Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Facultad de Psicología
Departamento de Psicología

UNIVERSIDAD CENTRAL
"MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILIS TOGA

Trabajo de Diploma presentado en opción al Título de Licenciada en Psicología.

Titulo: Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología.

Nombre del estudiante: Anabel Díaz Álvarez

Tutora: Dra. Vivian Guerra Morales
Asesora: Msc. Zeida E. Castillo Díaz

Santa Clara, 2010

Exergo

“Que la dureza de estos tiempos no nos haga perder la ternura de nuestros corazones”.

Ernesto Guevara de la Serna

Agradecimientos

Doy gracias a mis tutoras Zeida Castillo y Vivian Guerra por dedicar tanto tiempo y preocupación para la realización de este trabajo.

Al equipo de Oncología del Hospital "Celestino Hernández Robau", por atenderme a pesar de los tantos pacientes que tienen cada día en consulta, en especial a aquellos que formaron parte de la investigación.

A Claribel por ayudarme incondicionalmente.

A mi familia por su preocupación en todo momento.

A mis amigas Ane, Yada, Lianis y Ahyni por apoyarme y ayudarme en todo momento.

A todos los que de una forma u otra contribuyeron a ser realidad este sueño.

Dedicatoria

A los mayores tesoros de mi vida:

A mis padres

A mi abuela

A Jandry

Resumen

Tomando en consideración el efecto que puede traer consigo en los profesionales del Servicio de Oncología el entorno laboral, el rol ocupacional, la relación con los pacientes y sus familiares, así como las variables relacionadas con la enfermedad, esta investigación persiguió como objetivo elaborar una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, a partir de la detección de sus necesidades y valorada a través el propio usuario.

El estudio fue desarrollado en el período comprendido entre febrero y mayo del presente año, en el Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". El diseño metodológico quedó estructurado en tres etapas, para lo cual se empleó un paradigma mixto, específicamente un enfoque dominante o principal, predominantemente cuantitativo, bajo un diseño de investigación no experimental y un estudio descriptivo, en el que mediante un muestro no probabilístico intencional, fueron evaluados 17 sujetos que laboran en dicho servicio. Se aplicó un sistema de técnicas integrado por: Entrevista Psicológica Semiestructurada, Observación Participante, Cuestionario Sociodemográfico (MBI), Cuestionario de satisfacción con la calidad de los servicios recibidos y la Técnica de valoración del criterio de usuarios.

Los datos se analizan desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo utilizando el paquete SPSS 11.5.

Los resultados alcanzados más relevantes se asociaron al diagnóstico del estrés laboral, de lo cual se obtuvo una tendencia a la manifestación de estrés laboral, evidenciándose bajos, moderados y altos índices de afectación, siendo este último el de mayor incidencia en la mayoría de la muestra. En la esfera de Agotamiento Emocional prevalecieron altos índices en la generalidad de los profesionales, en la de Realización Personal altos grados y en la de Despersonalización bajos niveles.

En este sentido, se reveló una tendencia de altos niveles de satisfacción por parte de los pacientes con la calidad de los servicios recibidos.

De la misma forma, se logró elaborar la Guía Psicoeducativa en 3 secciones, a partir de las necesidades identificadas previamente. En la misma se abordaron temáticas con aspectos de interés de una manera amena, científica y didáctica. Se evaluó a través del juicio de usuarios y desde sus resultados se perfeccionó, alcanzando ser favorable.

Palabras claves: Estrés Laboral, Satisfacción, Guía Psicoeducativa.

Abstract

Taking in consideration the effect that he/she can bring gets in the professionals of the Service of Oncology the labor environment, the occupational list, the relationship with the patients and their relatives, as well as the variables related with the illness, this investigation pursued as objective to elaborate a Guide Psychoeducative to attenuate and to prevent the labor stress in the professionals of the Service of Oncology, starting from the detection of its necessities and valued to inclination the own user.

The study was developed in the period understood between February and May of the present year, in the University Hospital "Celestino Hernández Robau". The methodological design was structured in three stages, for that which a mixed paradigm was used, specifically a dominant or main, mainly quantitative focus, under a design of non experimental investigation and a descriptive study, in the one that by means of an I not show intentional probabilistic, they were evaluated 17 fellows that work in this service. A system of techniques was applied integrated for: Interviews Psychological Semistructured, Participant Observation, Questionnaire Sociodemographic (MBI), Questionnaire of satisfaction with the quality of the received services and the Technique of valuation of the approach of users.

The data are analyzed from the qualitative and quantitative point of view using the package SPSS 11.5.

The most outstanding reached results associated to the diagnosis of the labor stress, of that which a tendency was obtained to the manifestation of labor stress, being evidenced first floor, moderate and high indexes of affectation, being this last one that of more incidence in most of the sample. In the sphere of Emotional Exhaustion high indexes prevailed in the generality of the professionals, in that of Realization Personal high grades and in that of Depersonalization first floor levels.

In this sense, a tendency of high levels of satisfaction was revealed on the part of the patients with the quality of the received services.

In the same way, it was possible to elaborate the Guide Psychoeducative in 3 sections, starting from the identified necessities previously. In the same one they were approached thematic with aspects of interest in an interesting, scientific way and didactics. It was evaluated through the trial of users and from their results it was perfected, reaching to be favorable.

Key words: Labor Stress, Satisfaction, Psychoeducative Guides.

Índice

INTRODUCCIÓN…….....1

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1. El estrés relacionado con el trabajo: Un problema creciente…….....10
1.1 Consideraciones generales sobre el estrés…….....10
1.2 El Estrés Laboral: Una aproximación a su estudio…….....11
1.3 Tipos de estresores…….....14
1.4 Consecuencias del Estrés Laboral…….....15
1.5 Estrategias de Afrontamiento…….....17
2. Cáncer: Una visión panorámica de la enfermedad…….....21
2.1 Diferentes conceptualizaciones…….....21
2.2 Etiología…….....23
2.3 Tipología del Cáncer…….....25
2.4 Tratamiento…….....27
2.4.1 Cirugía…….....27
2.4.2 Radioterapia…….....29
2.4.3 Quimioterapia…….....29
2.5 Pronóstico del Cáncer…….....30
2.6 Impacto del Cáncer.....31
3 Intervención de Ayuda Profesional…….....32
3.1 Consideraciones Teóricas sobre el término “Psicoeducación”…….....33
3.2 Objetivos de la Psicoeducación……..35
3.3 Importancia de la Psicoeducación…….....36
3.4 Las Necesidades Humanas. Su conceptualización…….....37

CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Diseño de la Investigación……43
2.2 Etapas de la Investigación……43
2.3 Selección de la muestra……44
2.4 Operacionalización de las variables……45
2.5 Descripción de los métodos y técnicas empleadas……..49
2.5.1 Métodos Teóricos de las Investigación……...49
2.5.2 Métodos Empíricos de la Investigación……..50

2.5.3 Triangulación Metodológica……..62
2.6 Procedimiento de la Investigación……..63
2.7 Análisis de los Datos……64
2.8 Consideraciones Éticas……65

CAPITULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS……67

CONCLUSIONES……84

RECOMENDACIONES……86

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……88

ANEXOS

Introducción

En la actualidad el hombre se encuentra sometido a disímiles tensiones. Vivimos en un mundo de grandes transformaciones donde se necesitan capacidades para modularse, ajustándose a un medio que se complejiza cada día por la competencia y los altos niveles de demandas y especialización, que implican un constante cambio de estrategias y recursos.

Estas condiciones han determinado que el fenómeno del estrés se convierta en una preocupación latente para los investigadores, especialmente el estrés vinculado al contexto ocupacional, no solo por las consecuencias que ocasionan en la salud de los trabajadores sino por los altos costos económicos que trae consigo.

En este sentido, en la conferencia europea sobre el estrés laboral celebrada en Bruselas en 1993, se presentaron distintos estudios que evaluaron los costos económicos que el estrés produce a la organización, en términos de ausentismo y disminución del rendimiento. Es por ello, que se hace necesaria la atención a este fenómeno que es cada vez más frecuente y que no solamente afecta desde el punto de vista económico, puesto que en instituciones de salud degrada la calidad de los servicios prestados y afecta la calidad de vida de los pacientes atendidos (citado en Hernández, 2007).

Las consecuencias del estrés constituyen no solo un grave problema para la organización sino también para el propio trabajador, quien experimenta efectos tanto psicológicos como físicos. Entre los más frecuentes se destacan los trastornos depresivos, la ansiedad, la irritabilidad, la baja autoestima, los sentimientos de indefensión, la obesidad, el consumo de alcohol, el insomnio, entre otras. Por otro lado, el estrés tiene además relación con la HTA, las úlceras y el asma bronquial, así como trastornos coronarios.

Son varios los estudios que indican que el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que el de otras ocupaciones. Teóricamente cabe esperar que el nivel de estrés medio del profesional de los servicios de salud sea alto. Atender al dolor, la muerte, la enfermedad terminal, situaciones límites de otros, acompañadas del sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, no pueden sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen acompañadas por la urgencia y la toma de decisiones en cuestiones de vida o muerte, todo lo cual confirma las consideraciones que desde 1979 planteara Cartwright sobre el reconocimiento de los altos niveles de estrés que caracterizaban las profesiones sanitarias, convirtiéndolas en un contexto prioritario para la atención a las consecuencias del estrés y la prevención de sus manifestaciones.

El estrés laboral en los profesionales de la salud es una problemática que cobra importancia. Los trabajadores son precisamente un ejemplo elocuente de esta cuestión, ya que las exigencias laborales comunes se agravan a consecuencia de las características propias del sector, dadas por la inmediatez de las respuestas que ponen en juego la vida humana y el constante vínculo con el sufrimiento y la muerte. Situación que cada vez se le dedica más recursos e investigaciones por la repercusión que tiene tanto en el orden personal como organizacional, además de la alta incidencia que ha venido manifestando en los últimos tiempos.

En la literatura consultada se describe que en estas personas inciden diversos tipos de estresores, de los cuales se hallan clasificaciones desde diversas perspectivas, coincidiendo todas que las características de la atención de salud agudizan las consecuencias del estrés laboral, ya sea por el trabajo en turnos, el trato con pacientes y familiares difíciles, el contacto directo con la enfermedad, la muerte y el dolor, la falta de especificidad en sus funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol en situaciones ante las cuales el profesional posee una alta responsabilidad con la vida humana, factor que agudiza el estrés laboral.

Vinculado a las profesiones sanitarias surge el Síndrome del Burnout, por ser uno de los contextos más propicios para su desarrollo, el cual aparece como una consecuencia del estrés laboral que implica una mayor y más grave gama de síntomas de carácter somático y psicológico. Dentro de ellos se destacan el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal, como síntomas cardinales que aparecen como resultado del estrés mantenido.

Investigaciones realizadas por Rimpelae y Cols en Finlandia, detectaron altas tasas de morbilidad cardiovascular y psiquiátrica asociada al estrés laboral. Estos datos se corroboraron en estudios realizados posteriormente por Melahamed, Kushniy y Shirner (1990), que hallaron la existencia de asociación entre niveles altos de Burnout y el riesgo del infarto del miocardio. De igual modo, estudios efectuados por Revicki y May (1999) expresan la causalidad que se establece entre el Burnout, la depresión y el desarrollo de trastornos psíquicos (citado en Hernández, 2007).

De esta forma, las previsiones que se manejan para el futuro no son halagüeñas. Según los expertos, el Síndrome de Burnout se convertirá en pocos años en una de las principales causas de ausentismo por enfermedades laborales en las sociedades desarrolladas.

Si bien el estrés laboral y el Síndrome de Burnout constituyen un problema creciente en nuestros días, la enfermedad del Cáncer representa una dificultad para la salud de la humanidad debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad que se presentan en todo el mundo y a los problemas que genera en el orden psicológico, familiar, laboral, económico entre otros (Knapp, 2005).

En la actualidad, dicha enfermedad constituye la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial, después de los trastornos cardiovasculares.

Los datos más próximos muestran una incidencia global por cáncer de 10 055 551 pacientes por año, lo que representa el 22% de la población mundial. Tal es su incidencia en todo el orbe, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo en el año 2002 de millones el número de muertes por algún tipo de cáncer, lo cual representa el 12.5 % de las muertes totales y mundiales anuales.

En Cuba, desde hace varios años, con las modificaciones efectuadas en el Sistema Nacional de Salud y el incremento de la esperanza de vida, las enfermedades malignas constituyen la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, con una tendencia creciente.

Se estima que en el año son diagnosticados más de 29 000 casos nuevos y que 263 de cada 100 000 cubanos padecen de cáncer, con un 65% del total ubicado en el grupo de 60 y más años, por lo cual significa la principal causa en años de vida potencialmente perdidas. Cada año mueren por esta enfermedad aproximadamente 18 000 pacientes.

Particularmente en Villa Clara, el cáncer constituyó la segunda causa de muerte hasta el año 2008 cuando pasa a ocupar el primer lugar, seguido de las enfermedades cardiovasculares y las cerebrovasculares; lugar que mantuvo hasta el 2010.

En ese mismo año, en el Hospital “Celestino Hernández Robau” escenario de la investigación, se diagnosticaron 1670 casos de cáncer, dentro de ellos fallecieron 177, lo que representa una tasa neta de mortalidad 3.5 y una tasa bruta de 4.5. (Anuario Estadístico de Salud, 2010).

Todos estos casos son atendidos por un grupo de profesionales de Oncología y especialidades afines, para lo cual se necesita experimentar sentimientos de bienestar, satisfacción, complacencia, entre otros estados que le permiten al profesional realizar y desarrollar tan importante labor efectivamente, brindar un adecuado trato al paciente oncológico, así como sentirse realizado personal y profesionalmente.

En este sentido, la Psicoeducación es una de las herramientas más utilizadas en la actualidad, con el objetivo de desarrollar comportamientos saludables fortaleciendo la autoestima, la responsabilidad por el autocuidado y la autonomía creciente de cada individuo o comunidad, verdaderos cimientos para la salud. Asumiendo el compromiso de un verdadero cambio de actitud (Almendras, 2002).

Es además, una alternativa para mejorar nuestra vida y salud, necesitando la aceptación y aprobación por parte de las personas que estén dispuestas a tener un estado de bienestar.

La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital (citado en Roselló y Núñez, 2008).

Actualmente se han realizado varios estudios enfocados en el diseño de alternativas psicoeducativas para los cuidadores principales de pacientes con enfermedad oncológica de una forma sistémica, que complementen la atención integral del paciente en los diferentes contextos psicosociales en que se encuentra. Dentro de estos se pueden mencionar diferentes trabajos realizados en la provincia de Villa Clara, como la confección de una estrategia educativa para la preparación de la familia del paciente oncológico sobre cuidados paliativos (Rodríguez, 2007) y la elaboración de una guía psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes oncológicos en estadio clínico III y IV, sometidos a Quimioterapia (Roselló y Núñez, 2008).

Pese al esfuerzo investigativo desarrollado hacia el paciente y la familia, pocos investigadores han dirigido su atención a los disturbios emocionales que genera en la persona, dígase médicos, técnicos, enfermeras/os y otros proveedores de salud, la atención profesional a los pacientes oncológicos, ya que dichos profesionales se encuentran cara a cara y en el día a día con una enfermedad que, por su curso recidivante, potencialmente se dirige hacia la muerte; y aunque estén armados de estrategias, herramientas, habilidades, conocimientos, así como de estilos de afrontamiento para lidiar con el estrés profesional, no podemos obviar sus propios sentimientos, emociones, el hecho de crear lazos afectivos con sus pacientes, lo que hace que muchas veces experimenten sentimientos de frustración por el desenlace de la enfermedad.

Ahora bien, aquellas que se dedican a su estudio son descriptivas, no promocionando conductas que alivien, modifiquen o proveen al especialista de recursos suficientes que

puede provocar el estrés laboral (Pérez de la Cruz (2007), Núñez, Martí y Sardiñas, 2007), Estévez (2010), Martí (2009), Roselló y Núñez (2008), Chacón y Grau (1997), Gutiérrez y Martínez (2006), entre otras.

En la provincia de Villa Clara se han efectuado varios estudios con el objetivo de caracterizar y determinar la presencia del Síndrome del Burnout entre los profesionales médicos y enfermeros, como el realizado por Pérez de la Cruz (2007) en el Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero, en el cual se obtuvo la presencia de Burnout en la tercera parte de la población de médicos y enfermeros. Simultáneamente a este estudio, se puso en práctica un proyecto de investigación con el fin de caracterizar el síndrome en los Servicios de Urgencia del Hospital "Dr. Celestino Hernández Robau". En él se describe que la mayor incidencia del Burnout radica en el personal de Enfermería, fundamentalmente los que laboran en unidades de atención al paciente grave; obteniéndose una estrecha correlación entre el Burnout y las características especiales del entorno laboral (Núñez, Martí y Sardiñas, 2007). Asimismo podemos citar otros trabajos como: Estudio del Burnout en profesionales de Radioterapia, Servicio de Oncología (Estévez, 2010) y Alternativa terapéutica ante el Síndrome de Burnout en servicios de atención al paciente grave cardiovascular (Martí, 2009).

En el Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau" en la última década se ha desarrollado un estilo de dirección democrático en todos los departamentos y servicios, con participación de la masa trabajadora en la toma de decisiones; brindando continuamente la posibilidad de superación científico-profesional a la totalidad de sus trabajadores, además de encontrarse garantizada la disponibilidad de suficientes recursos estructurales, materiales y humanos. Estos elementos del entorno laboral contribuyen al fortalecimiento del trabajador. No obstante, se ha podido observar que estas medidas no son suficientes y los profesionales del Servicio de Oncología se encuentran carentes de recursos psicológicos que le permitan afrontar eficazmente las múltiples situaciones generadoras de estrés que se presentan cotidianamente durante el ejercicio de su rol, lo cual aumenta su vulnerabilidad a padecer estrés laboral (Estévez, 2010).

A partir de lo anteriormente expuesto, la investigación se enmarcó en la elaboración de una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, ya que se desconoce que se hayan desarrollado en este servicio hasta el momento actual, alternativas encaminadas a paliar esta situación que trae como resultado el detrimento en la motivación por el trabajo, la pérdida del sentido de compromiso

y la disminución de la capacidad de trabajo. En este tipo de servicio los profesionales dedicados a él, se enfrentan a patologías intensas a diagnosticar, a condiciones de tratamiento que justifican un estatus económico que no existe, a recursos que muchas veces escasean para afrontar determinadas situaciones que pueden aparecer durante el quehacer diario y a un constante contacto con las malas noticias, el sufrimiento humano y la muerte. La relación médico-paciente asume forma de triángulo, o sea, paciente, familia y médico; siendo peculiar e interdependiente por los prolongados tiempos de interacción durante el tratamiento. Todo lo cual va a condicionar que el trabajo tenga como objetivo mejorar la calidad de vida del profesional.

Quedando conformado el problema de investigación de la forma siguiente:

Problema científico

¿Cómo se logra a partir de la detección de las necesidades de los profesionales del Servicio de Oncología, elaborar una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral, valorada a través del propio usuario?

Objetivo General:

- Elaborar una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral de los profesionales del Servicio de Oncología, a partir de la detección de sus necesidades y valorada a través del propio usuario.

Objetivos Específicos:

- Diagnosticar el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología.
- Confeccionar una guía psicoeducativa a partir de la detección de necesidades de los profesionales.
- Valorar la guía confeccionada teniendo en cuenta el criterio de usuario.

A pesar de que se reconoce la importancia de influir en la calidad de vida de los elementos que forman la tríada paciente-familia- médico, existen para este último pocas tentativas de intervención dirigidas a controlar el estrés laboral. Por lo que crear un producto de fundamentación psicoeducativa basado en las necesidades reales y percibidas, y orientado a atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, constituye un aporte novedoso. El impacto esperado del mismo se relaciona con la alta incidencia y

prevalencia de este fenómeno en nuestros días, y con el esperado propósito de mejorar el bienestar subjetivo del profesional y la calidad de los servicios al paciente oncológico.

El alcance metodológico del estudio radica en que se realiza un diagnóstico profundo mediante un paradigma mixto, que permite no solo cuantificar y generalizar los datos, sino también predecir, comprender y profundizar ideográficamente en cada uno de los sujetos, lo cual nos da como resultado un diagnóstico de necesidades desde el punto de vista del profesional y de la visión del paciente, apoyado en la aplicación de diferentes técnicas psicológicas. Lo que constituye en un set ya aprobado, un primer acercamiento al diagnóstico del estrés laboral en los profesionales; diagnóstico que además de la sistematización de los aportes teóricos que encuentra en las fuentes bibliográficas más actuales disponibles, nos da la posibilidad de elaborar una Guía Psicoeducativa, cuya utilidad se sustenta en pretender transmitir de manera sencilla, amena y motivadora, la importancia de que estas personas asuman un comportamiento adecuado ante determinadas situaciones que pueden conllevar al estrés laboral y por tanto promover en ellos cambios favorables. Repercutiendo en su calidad de vida, así como en el mejoramiento de la atención médica al paciente. Dotando así al Servicio de Oncología, de un folleto que sirve para la puesta en práctica luego de su validación en futuras investigaciones.

La memoria escrita consta de 3 capítulos. El capitulo 1 esta subdividido en varios epígrafes, en los cuales se abordan consideraciones teóricas sobre el Estrés Laboral, el Cáncer, la Psicoeducación, las Necesidades Humanas, y finalmente sobre el Bienestar Psicológico. El capitulo 2, expone la fundamentación metodológica del estudio, explicando el paradigma de investigación empleado, las etapas en que se llevó a cabo la investigación, así como la metodología utilizada. Se describen los instrumentos aplicados para la obtención y análisis de los resultados. El capitulo 3 está dirigido al análisis de los resultados, al mismo tiempo que a la presentación y valoración de la Guía Psicoeducativa, ofreciéndose luego conclusiones y recomendaciones asociadas a los resultados científicos obtenidos.

Capítulo I Marco Teórico

1. El estrés relacionado con el trabajo: Un problema creciente

1.1 Consideraciones generales sobre el estrés

La dinámica del mundo contemporáneo demanda un estado de alerta permanente para los hombres y mujeres en los diferentes contextos donde se desempeñan, condicionados por altas y cambiantes exigencias socioeconómicas además del rigor de una cada vez más rigurosa competitividad profesional para estar a tono con el ritmo de la vida moderna.

Los sujetos sometidos a grandes y mantenidas tensiones, experimentan una serie de cambios fisiológicos, físicos y conductuales. Estos fenómenos llamaron la atención del fisiólogo canadiense Hans Selye, quien investigando la respuesta fisiológica inespecífica de un organismo ante situaciones tensionantes, encontró peculiaridades en las reacciones a las que denominó "Síndrome de Adaptación General", término que con el transcurso del tiempo y por el desarrollo de las investigaciones evolucionó hasta llegar a la denominación de lo que hoy conocemos como **estrés**.

El uso del término en los últimos tiempos se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo. Si revisamos la vasta literatura científica que existe en la actualidad sobre el tema podríamos encontrar multitud de definiciones, algunas de las cuales lo abordan desde la perspectiva del estrés como estímulo, como respuesta y como relación persona-entorno, como "transacción": acción recíproca producida entre un acontecimiento estresor y un sujeto susceptible, aceptándose este último planteamiento del fenómeno como el más acabado. Desde esta perspectiva transaccional se define el estrés como: "un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciada por aquella como gravosa, o que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar" (Meinchenbaum, 1987 citado Molerio, 2004).

Asimismo en Psicología, el término "estrés" hace referencia a aquellas demandas fuertes para el individuo que ponen a prueba sus recursos de afrontamiento. El tratamiento y categorización de estos estímulos como estresores ha sido clasificado a partir de su novedad, intensidad y duración, pero en el desarrollo de las investigaciones tuvo dos momentos significativos para llegar a la delimitación con la que hoy contamos sobre el análisis del estrés y sus mecanismos subyacentes.

Los acontecimientos vitales catastróficos, incontrolables e impredecibles como: la muerte de un ser querido, la separación la enfermedad, la ruina económica, fueron los más estudiados

en las décadas del sesenta y setenta, explicando el estrés desde las características del estímulo; una perspectiva de análisis externalista. Ya en los años ochenta comenzaron a investigarse los acontecimientos vitales menores que pueden surgir en el marco de las relaciones sociales y las exigencias de la vida cotidiana. Hablamos de los estresores que permanecen estables en el medio ambiente, con menor intensidad pero de mayor duración, se valoraron además los estímulos psíquicos como agentes estresores, otorgándole un papel activo a las percepciones del sujeto sobre las demandas y los recursos disponibles como elementos determinantes para la comprensión del fenómeno (citado en Hernández, 2007).

Por su parte, en Cuba se ha trabajado esta temática por el doctor Jorge A. Grau Abalo (1990) y sus colaboradores, donde las investigaciones realizadas ofrecen un acercamiento a su definición, considerando al estrés como un estado de alta intensidad, preocupación, amplia gama de manifestaciones neurovegetativas de matiz negativo, que se caracteriza por transcurrir sobre un fondo de vivencias positivas que sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. Estado que desaparece bruscamente al cesar la situación estresante que lo generó, que no tiene una repercusión potencialmente limitante para el desarrollo de la personalidad, no provocando alteraciones en el curso y contenido de los procesos psíquicos, aunque puede afectar el rendimiento por su incidencia en la disposición del sujeto a sumergirse en la tarea.

1.2 El Estrés Laboral: Una aproximación a su estudio

A pesar de que muchas personas opinan que el trabajo no es una actividad gratificante en sí misma, lo cierto es que su ausencia total o el sólo temor de quedar desempleado con todas las posibles consecuencias que ello implica suelen propiciar la aparición de problemas psicológicos en el adulto. Diversos estudios han puesto de manifiesto cómo los individuos sin empleo muestran una progresiva disminución de su implicación personal, un proceso de desencanto y “desenganche social”, fuertes sentimientos de humillación, resentimiento por la falta de ayuda, sentimiento de abandono por parte de los amigos y retraimiento social al sentirse ciudadanos improductivos y dependientes.

Sin embargo, también el trabajo puede provocar un efecto negativo en las personas cuando no se organiza y estructura atendiendo a las necesidades y capacidades reales de los encargados de llevarlo a cabo, ya que como bien plantea Peiró (1993) el deterioro de la

calidad de vida laboral en una determinada organización y los niveles elevados de estrés pueden repercutir negativamente sobre las contribuciones que sus recursos humanos han de realizar para preservar ese estado saludable.

En la actualidad, las investigaciones referidas al estrés laboral han cobrado gran importancia e interés a los estudiosos del tema, ya que el término es considerado más que un resultado del enfrentamiento a situaciones excepcionales, un fenómeno de la cotidianidad. Dichas investigaciones se encuentran, en gran medida, avaladas por las legislaciones que en muchos países europeos han surgido sobre la protección de los trabajadores, no ya de riesgos físicos, químicos o biológicos, sino de riesgos psicosociales, que pueden desencadenar reacciones de estrés y toda la gama de consecuencias asociadas, teniendo repercusiones nocivas tanto para la salud del trabajador como para la organización.

El estudio de los factores estresantes supone valorar los elementos organizacionales y personológicos en el marco de las interacciones que se desarrollan durante la ejecución de la actividad laboral. La perspectiva por la cual se analizan estos elementos responde a la descripción de uno de los modelos teóricos existentes: la teoría socio-cognitiva del yo dentro de la cual, de acuerdo a la clasificación realizada por Gil-Monte y Peiró (1997) que incluye además modelos que responden a las teorías del intercambio social y las teorías organizacionales, se destacan el modelo de French y Kahn, 1962; Macgranth, 1976; Harrison, 1978; Karasek, 1979 y Matterson e Ivansevich.

Tras profundizar en los tres grupos de modelos que explican la teoría del estrés laboral, consideramos que los modelos ubicados dentro de la teoría socio-cognitiva del yo perfilan un enfoque más acabado e integrador del fenómeno, tributando como elemento importante a la hora de comprender los mecanismos generadores del estrés, las percepciones del sujeto; tanto del entorno como de sus propias capacidades.

Es por ello que asumimos especialmente el modelo de Karasek para la explicación teórica de la situación del estrés laboral, ya que el mismo consiste en una ampliación del modelo interactivo de estrés de Lazarus y Folkman. Asimismo, propone que para cualquier situación el nivel de estrés organizacional está en relación proporcional a la amplitud de las demandas que se reciben, pero está moderado por la capacidad de autonomía o control que el sujeto tiene sobre la actividad que se va a realizar. De esta forma podemos afirmar que la ausencia de la percepción de control sobre los sucesos ambientales conlleva a la aparición del estrés

como resultado de la imprevisibilidad que revisten los acontecimientos y el contexto inmediato.

Karasek centra su análisis en la categoría “satisfacción laboral” como constructo en el que se expresan las interacciones demandas-posibilidades de ejercer el control. Esta interrelación se expresa directamente en los niveles de satisfacción personal, por lo que los sujetos sometidos a estrés expresarían bajos niveles de satisfacción laboral.

Por otra parte, el autor plantea que si se consideran de manera conjunta las demandas laborales y la capacidad de decisión del sujeto en el ámbito laboral, se gana en claridad al explicar el estrés, ya que las combinaciones entre las demandas y la posibilidad para la toma de decisiones, permiten entender las diferencias individuales existentes en los modos de afrontamiento, cuya repercusión aparece diferenciada tanto en la magnitud de las consecuencias físicas, como psicológicas que ocasionadas a los sujetos (Hernández, 2007).

Reconocemos como elementos positivos de este modelo el hecho de asumir el enfoque transaccional en la explicación del proceso de estrés laboral, destacando el papel de las percepciones del sujeto sobre la situación, a pesar de que consideramos que las percepciones no solamente se realizan en función de las demandas, ni pueden ejercer el control del todo sobre la persona, sino más bien representan el balance que el sujeto realiza del sistema de recursos tanto personales como organizacionales con los que cuenta para darle salida a las exigencias del medio y a las expectativas propias en relación al desempeño.

Desde esta perspectiva de análisis es preciso determinar los factores que en el contexto organizacional representan demandas por su valor tensionante en un momento dado, factores que responden tanto a las condiciones del puesto de trabajo, a los elementos de la organización del mismo, características del liderazgo, así como a la dinámica de las relaciones interpersonales.

1.3 Tipos de estresores

Jones (1988) identifica estresores tanto físicos como psicosociales que influyen en el buen desempeño laboral. Los estresores propios del trabajo o de la organización se presentan con poca claridad y difíciles de identificar (como pueden ser la comunicación, motivación, algunas

formas de sobrecarga cualitativa, problemas de rol), del puesto y contenido del trabajo, estresores relaciones, organizacionales, físicos, entre otros.

1. Como estresores del puesto y contenido del trabajo se consideran todos aquellos relacionados con las funciones o tareas propiamente de la actividad laboral, entre ellos se destacan:

- Sobrecarga cuantitativa: Tener para hacer más cantidad de tarea que la que es posible de cumplir en los tiempos o con los recursos disponibles (humanos, materiales, de información, etc.). La extensión de la jornada laboral es una forma de presentación de este factor.
- Sobrecarga cualitativa: Se refiere a tener asignadas tareas que superan las capacidades de formación o entrenamiento. Puede manifestarse con sensación de baja autoestima, dificultad para concentrarse. Parece afectar principalmente a trabajadores cuya tarea implica exigencias más bien intelectuales que físicas.
- Trabajo en turnos, sobre todo nocturno o con alteración de ritmos biológicos: Efectos que tienen sobre el organismo el trabajo nocturno alternante con el trabajo diurno.
- Conflicto de rol: Es la resultante de demandas contrapuestas hechas al trabajador por diversos grupos dentro de su organización; cuando debe realizar trabajo que le disgusta, o cuando se le exige realizar tareas que estima que están fuera de su responsabilidad o nivel de calificación.
- Ambigüedad de rol: Es la resultante de la falta de claridad respecto a los requerimientos del cargo o función, es decir, el empleado ignora los objetivos, horizontes, responsabilidades de su cargo o lo que esperan de él sus jefes y pares. En resumen, no cuenta con la información adecuada y necesaria para realizar sus tareas.
- Variedad: El trabajo continuo, monótono y rutinario, además de exponer a riesgos de seguridad, expone al estrés, disminuye la autovaloración y tiende a inhibir las propuestas innovadoras.

2. Estresores relacionales: Se consideran todos aquellos que tienen que ver con las relaciones interpersonales, grupales, con clientes, pares, supervisores y subordinados.
3. Estresores organizacionales: Se identifican con el clima y estructura organizacional, perspectivas de desarrollo de la organización, seguridad del empleo.
4. Estresores físicos: Asociados con el ruido, la temperatura, la iluminación, vibraciones y exposición a productos tóxicos.

5. Otros estresores: Relacionados con conflictos familiares, conflicto parental o conyugal y conflictos legales. Aunque estos factores no son abordados por muchos de los autores consultados, tienen gran relevancia en el análisis del estrés laboral, sobretodo si partimos de valorar como elemento determinante para la comprensión del fenómeno, al sujeto en el marco de sus interacciones, el que por estar en el medio laboral no deja de ser padre, hijo, con preocupaciones y aspiraciones, que aunque no se relacionan directamente con el contenido de trabajo, si están mediando en las percepciones del sujeto sobre su entorno y actividad laboral. (Matterson e Ivansevich, 1986 citado en Hernández, 2007).

1.4 Consecuencias del Estrés Laboral

Para Cox, T (1978) las consecuencias o síntomas del estrés laboral abarcan:

1. Efectos subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad, mal humor, poca estima, amenaza, tensión, nerviosismo y soledad.
2. Efectos conductuales: Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida del apetito, de bebidas o de cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor.
3. Efectos cognoscitivos: Incapacidad para tomar decisiones y concentrase, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la critica y bloqueo mental.
4. Efectos fisiológicos: Aumento de catecolaminas y corticoesteroides de la sangre y de la orina, elevación de niveles de glucosa sanguínea, incrementos del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de la boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultada para respirar, escalofríos, entumecimiento y escozor en las extremidades.
5. Efectos organizacionales: Ausentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo.

En la práctica, al observar la incidencia de las enfermedades derivadas del estrés, es evidente la asociación entre algunas profesiones en particular y el grado de estrés que en forma genérica presentan grupos de trabajadores de determinado gremio u ocupación con características laborales comunes, entre ellos resaltan: trabajo apresurado, peligro constante, riesgos vitales, confinamiento, alta responsabilidad, riesgo económico. Teniendo en cuenta

que el actual nivel de desarrollo de la sociedad, la actividad laboral se desempeña fundamentalmente en organizaciones constituidas por personas que se asocian para alcanzar objetivos determinados. Por otra parte, uno de los objetivos básicos de la organización lo constituye el limar las tensiones que se producen entre sus miembros, las mismas pueden aparecer tanto por razones vinculadas a las tareas que se desempeñan como a aspectos propios de la organización y compleja vida social de los miembros.

1.5 Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse varias con igual efectividad. Unas personas tienden a seleccionar unas y otras no, lo cual solo significa que intentan controlar la situación de manera distinta porque sus recursos y habilidades son también diferentes. Los estilos de afrontamiento deben considerarse como otra de las fuentes generadoras de estrés, si no cumplen con los requisitos de efectividad anteriormente mencionados, al limitar la capacidad de adaptación del sujeto a la situación de estrés.

Entendemos por estrategias de afrontamiento a las actuaciones del individuo, dirigidas a frenar, amortiguar y a ser posible anular el impacto y los efectos de la situación amenazante, una vez que ha sido valorada como amenaza real o potencial.

Según Lazarus y Folkman (1984) los modos de afrontamiento dependen principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada. Muchas de las investigaciones actuales se basan en las escalas desarrolladas por Lazarus y Folkman, (Ways of coping Chcklist, y Ways of Coping Questionnaire), de las cuales las dimensiones más popularizadas son las siguientes: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida- evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva.

Al profundizar en el tema, el propio Lazarus (1993) realiza una revisión de las investigaciones sobre el tema hasta 1992, determinando que el afrontamiento es un fenómeno complejo y los sujetos emplean la mayoría de las estrategias básicas de afrontamiento en cada situación estresante con la que se enfrentan.

El afrontamiento depende de la valoración que indique que algo “puede ser hecho” para cambiar la situación. Si la valoración indica que algo puede ser hecho, predominará el afrontamiento centrado en el problema; caso contrario predominará el afrontamiento centrado en la situación. Cuando la situación provocadora de estrés se mantiene en el tiempo (por ejemplo, estrés relacionado con el trabajo), las personas tienden a mostrar similares patrones de afrontamiento.

Ciertas estrategias de afrontamiento son más estables que otras a través del tiempo y otras aparecen asociadas a contextos. Las estrategias de afrontamiento cambian de una etapa a otra del proceso o acontecimiento estresante, actuando como poderosas mediadoras de los resultados emocionales, de modo que algunas de ellas están asociadas a resultados emocionales positivos, mientras que otras lo están a resultados emocionales negativos.

La utilidad de cada estrategia de afrontamiento varía con el tipo de estresor, el tipo de personalidad y la modalidad de resultado que se estudie (por ejemplo: bienestar subjetivo, funcionamiento social o salud), en el sentido que la estrategia que resulta exitosa en un contexto puede resultar contraproducente para otro (citado en Molerio, 2004).

Lazarus y Folkman (1982) proponen modos de afrontamiento al estrés:

- Confrontación: Acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- Distanciamiento: Esfuerzos para separarse de la situación.
- Autocontrol: Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: Acciones para buscar consejos, información, comprensión o ayuda.
- Aceptación de la responsabilidad: Reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
- Huida- evitación de la situación de estrés.
- Planificación: Esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta.
- Reevaluación positiva: Esfuerzos por crear un significado positivo, centrándose en el bienestar personal.

Las estrategias de afrontamiento no son en sí mismas adaptativas o des-adaptativas, sino que dependen de manera importante de la situación, la disponibilidad de recursos y las características personales. El afrontamiento es adaptativo cuando atenúa o canaliza el

distrés emocional junto con la activación fisiológica y ejerce una acción sobre las demandas en un grado que permita el mayor control posible de ellas.

Se plantea que la cuestión clave quizás no sea cuáles estrategias de afrontamiento usa un individuo, sino más bien cuántas hay en su repertorio conductual o cuan flexible es la persona en el empleo de diferentes estrategias. Se consideran indicadores de afrontamiento exitoso al estrés, el funcionamiento social adecuado, la buena adaptación laboral, el estado de ánimo positivo y la ausencia o disminución de síntomas fisiológicos.

Si bien las estrategias de afrontamiento que emplea un individuo ante determinada situación amenazante son de vital importancia, el profesional de la Psicología posee la necesaria preparación para afrontar los riesgos que esta situación presenta, desempeñando múltiples funciones en correspondencia con la aparición de una u otra problemática, así como promover creencias y comportamientos que optimicen el funcionamiento y el bienestar de una persona.

La tendencia a la presencia de las funciones de prevención y promoción tiene que ver no solo con el cambio de concepción de un modelo de lo patológico a un modelo salutogénico, sino que se vincula con el cambio desde un modelo de la salud mental hacia un modelo de la salud general que dio paso con mucha fuerza, a la emergencia de la Psicología de la Salud, la cual está comprometida en su quehacer con todos los factores psicológicos y sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, reconocidos por el modelo biomédico de manera creciente.

Las funciones de prevención y promoción depositan buena parte de la responsabilidad por su salud y bienestar-sin devaluar la responsabilidad ética del psicólogo clínico-en la persona. Esta responsabilidad, sin embargo no se logra con buenas intenciones: presupone que la persona asuma una cosmovisión que incluya la práctica de conductas saludables y evitar conductas que puedan comprometer su salud y bienestar, además del desarrollo de un sistema de creencias y actitudes que favorezcan el desarrollo del tan polémico término de “salud mental” (Roca, 2000).

Sobre la base de los modelos teóricos de Lazarus y Folkman y de Karasek realizaremos nuestra investigación acerca del estrés laboral, tomando en consideración además, sus posibles consecuencias o efectos planteadas anteriormente por Cox, T. Por tanto resulta conveniente conceptualizar a dicho constructo como un desequilibrio que depende no solo

del balance que el profesional realiza de los recursos propios, sino además de la consideración de los recursos que la organización le ofrece, el cual es generado por una serie de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador con la participación de algunos estresores los cuales pueden llegar a afectar la salud del trabajador.

El síndrome de “Burnout”, también llamado síndrome de quemarse por el trabajo, de estar quemado o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario. Es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y en general en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (Moreno, 2000).

Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Por **baja realización personal** en el trabajo se entiende: “tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden”. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales (Martí, 2009).

El **agotamiento emocional** alude a la situación en que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo; es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto “diario” y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

La **despersonalización** se define como: “el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo” (Martí, 2009).

El síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores).

Gil-Monte y colaboradores (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de

afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud, lo cual supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada implica sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome, las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional-organización.

En nuestro país, existen precedentes de investigaciones sobre el estrés laboral y mayoritariamente sobre Burnout acerca de como diagnosticarlo, a partir de la identificación de sus síntomas en el marco de las profesiones sanitarias. Sin embargo, en la literatura consultada aparecen pocas investigaciones dedicadas al estrés laboral que experimentan los oncólogos y demás miembros del equipo en su quehacer diario, en especial las repercusiones que tiene sobre la vida profesional, familiar y personal de éstos. Es por ello, que nuestro trabajo estará encaminado a la elaboración de una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral que puede generar en ellos la práctica de la Oncología, a partir de la detección de necesidades. Servicio éste que por su naturaleza estresante es uno de los más importantes.

2. Cáncer: Una visión panorámica de la enfermedad.

2.1 Diferentes conceptualizaciones

Las enfermedades neoplásicas constituyen un proceso patológico que no solamente pertenece a la humanidad del presente, sino que aún desde la misma prehistoria ya existían, como se aprecia en los restos fósiles de algunos animales de esa época. Igualmente han sido observadas en momias procedentes de 1500 a 3000 años a. n. e. mediante métodos radiológicos que han mostrado signos de lesiones provocadas por tumores malignos en los huesos (Marinello, 1983).

Asimismo se han descrito procesos tumorales durante el transcurso de la historia, quedando grabados en jeroglíficos y manuscritos desde la época de la civilización egipcia (Knapp, 2005).

Numerosos han sido los notables de la historia vinculados con la Medicina, como Hipócrates y Galeno, quienes aportaron y transmitieron a las generaciones de su época y a las posteriores sus ideas acerca de la enfermedad; siendo Hipócrates el primero en describir la enfermedad dándole el nombre de kankros, palabra griega que significa cangrejo, por la similitud con que este animal atrapa y destroza las presas. Definió además por vez primera, su grave pronóstico, a la vez que estableció las bases epidemiológicas y describió, el concepto general de la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad. (Devita, 1886, citado en Knapp, 2005).

En este sentido, fue escrito el primer documento de carácter médico que describió el cáncer, aproximadamente en el año 1.500 a.c, documento que no propiciaba una descripción detallada de la enfermedad, sino solo una explicación de las inflamaciones características de ciertos tumores. (Braun, 1977, citado en Brannon & Feist, 2001).

De este modo se inician estudios a fin de alcanzar una definición apropiada del cáncer, es por ello que diferentes autores plantean disímiles conceptualizaciones con respecto al mismo.

En 2001, Brannon y Feist plantean que dicha enfermedad es el “conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control” (p. 325).

> …“Neoformación tisular originada a expensas de un grupo celular localizado en un área determinada de tejido por un aumento absoluto de las células, por una multiplicación progresiva y aparentemente autónoma del control de limitación cuantitativa tisular correspondiente”… (Marinello, 1983, p. 98).

Por otra parte, Cordero (2007) propone que es un término genérico que se aplica a un número de enfermedades susceptibles de afectar a cualquier parte del organismo y que poseyendo características biológicas comunes, tienen evolución, respuesta al tratamiento y pronósticos diferentes (citado en Roselló y Núñez, 2008).

Si bien para algunos autores el cáncer es una enfermedad única, para otros es un conjunto de enfermedades, coincidiendo con estos al considerarlo como un grupo de enfermedades con localización clínica y evolución diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes:

crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y dando metástasis (Matías, 2007).

2.2 Etiología

A lo largo del siglo XIX la teoría principal del cáncer afirmaba que un agente parasitario o infeccioso causaba este trastorno, pero los investigadores no podían determinar cual era la naturaleza de este agente. Por esta razón se formuló la teoría de la mutación, la cual establece que el cáncer se origina a un cambio que opera en las células o en otras palabras a una mutación. Las células continúan reproduciéndose en su forma mutada y el resultado es un tumor (Brannon & Feist, 2001).

Diferentes investigaciones realizadas a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX establecieron que una gran cantidad de agentes químicos, físicos, y biológicos causaban distintas clases de cáncer. Resulta interesante destacar que cada uno de los agentes puede causar tumores idénticos. Ciertamente cualquier célula capaz de dividirse puede transformarse en una célula cancerígena (Brannon & Feist, 2001).

En la actualidad numerosos autores han profundizado en el tema del cáncer por la implicación que representa el mismo para la humanidad y con ello sus factores de riesgo. Es por ello que Doll y Peto (1981) refieren que el cáncer es producto de la interacción de condiciones genéticas, conductuales y medioambientales, la mayor parte de las cuales aún no se comprenden totalmente. Sin embargo, hasta la fecha se han identificado una gran diversidad de factores de riesgo de cáncer. La mayor parte de los factores de riesgo de contraer cáncer dependen de la conducta personal y el estilo de vida, especialmente en lo que afecta a hábitos como el tabaquismo y la dieta. Aproximadamente dos tercios de todos los casos de muerte se asocian tanto al tabaquismo como a una dieta inadecuada (citado en Brannon & Feist, 2001).

Diversos son los estudios realizados que ven al cáncer como una enfermedad multicausal, multideterminada, donde intervienen factores de tipo genético, ambiental, geográfico, psicosocial, etcétera. Es importante tener en cuenta que el cáncer no es una patología única sino que constituye un grupo de entidades patológicas y epidemiológicas distintas (Knapp, 2005).

> …“El uso del tabaco constituye la causa principal de muerte debido al cáncer, aunque la basta mayoría de las muertes de cáncer relacionadas con el tabaquismo son las que han afectado el pulmón. La práctica de fumar también es responsable de las muertes producidas por otras clases de cáncer, incluyendo la leucemia, el cáncer de labios, la cavidad bucal, el esófago, el páncreas, la laringe y el riñón”… (Brannon y Feist, 2001, p. 331).

La Sociedad Americana contra el cáncer (1998) estimó que un tercio de todas las muertes alrededor de esta enfermedad en Estados Unidos fueron resultado de regímenes dietéticos inadecuados (Simone, 1983, citado en Brannon & Feist, 2001). En relación a lo antes planteado estos autores plantean que una comida inadecuada supone elegir alimentos con un elevado índice de agentes cancerígenos, tanto si se trata de componentes naturales como adictivos alimentarios. Además, establece que para todo tipo de cáncer el alcohol no constituye un factor de riesgo tan importante como el tabaquismo o una dieta inadecuada. No obstante, se han implicado el alcohol en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, pecho e hígado.

El alcohol presenta un efecto sinérgico con el tabaquismo, por lo que aquellas personas que fuman y beben en grandes cantidades presentan un riesgo relativo mucho mayor de contraer cáncer que el que cabe encontrar en cualquiera de estos factores de riesgo de forma independiente (Flanders & Rolhman, 1982 citado en Roselló y Núñez, 2008).

En 2001, Brannon & Feist plantean que la falta de actividad física y la exposición adicional a la luz ultravioleta son factores de riesgo adicional. Asimismo un comportamiento sexual determinado se asocia al cáncer cervical, así como al cáncer vinculado al SIDA- el sarcoma de Kaposi y el Linfoma no tipo Hodqkins. Los factores inherentes del cáncer son, entre otros, los que se relacionan con los antecedentes familiares, las características étnicas y la edad. Si bien estos riesgos están más allá del control personal, las personas con un riesgo inherente de contraer esta enfermedad pueden reducirla modificando su conducta y los factores de riesgo psicológico.

2.3 Tipología del Cáncer

De las distintas causas de cáncer, existen muchos tipos de tumores. No obstante, diversas clases de cáncer comparten ciertas características, las más comunes de las cuales son: la presencia de células titulares neoplásicas (Brannon y Feist, 2001).

El término de “Neoplasia”, en su acepción literal, significa nuevo crecimiento y es precisamente la masa de tejido que forma este nuevo crecimiento lo que se conoce con este nombre. Es difícil describir con precisión sus propiedades; no obstante la caracterizamos como una masa de tejido anómalo cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales y no está coordinado con ellos. Sus cualidades fundamentales son: propensión para crecer a expensas de su huésped, comportarse como un parásito, competir para el alimento, adquirir algún grado de autonomía y amenazar la supervivencia del huésped (Knapp, 2005, p.122).

Levy, 1985 (citado en Brannon y Feist, 2001) expone que todas las clases de cáncer comparten las características del crecimiento neoplásico y que las células neoplásicas pueden ser benignas o malignas, si bien esta distinción no siempre resulta fácil determinar.

En este sentido, Knapp (2005) plantea que se pueden dividir en dos grandes grupos:

1. *Neoplasia benigna:* Es aquella neoformación tisular resultado del aumento del número de células que mantienen una diferenciación morfológica normal, por lo cual no infiltra los tejidos vecinos y mucho menos, a otros órganos. En ellas, la lesión hística está bien definida por un límite preciso con relación a las células normales del tejido donde crece.
2. *Neoplasia maligna:* Es aquella neoformación cuyas células se apartan de su tipo normal, adoptando una morfología atípica, lo cual se expresa clínicamente en un crecimiento más agresivo y rápido del tejido neoformado, el cual destruye e infiltra los tejidos vecinos haciendo siembras en zonas distantes hasta provocar la muerte del paciente. En ellas hay también multiplicación celular, pero con la existencia, además, de una modificación biomorfológica (Marinello, 1986, citado en Knapp, 2005).

El desarrollo evolutivo de las neoplasias malignas comienza desde el mismo momento que la cancerización celular aparece y está determinado por la trasformación de una o varias células normales en células atípicas. Cuando se produce la fijación del pequeño grupo celular neoplásico este puede mantenerse latente en una forma preclínica, hasta que en algún momento la multiplicación incontrolada de las células del foco atípico primario infiltra hacia tejidos vecinos, destruyendo e invadiendo (Knapp, 2005).

Una de las características peculiares que presentan las neoplasias malignas es su capacidad para realizar metástasis, la cual es definida como “la transmisión de la enfermedad de un órgano o parte, a otro no directamente conectado con él. Puede ser debido a la transmisión

de organismos patógenos o bien a la transmisión de células como tumores malignos" (Marinello, 1986, citado en Knapp, 2005, p.126).

El proceso metastásico comprende la liberación de las células del tumor primario, la diseminación a zonas distantes, la detención a nivel de la microcirculación de los órganos, así como la supervivencia y crecimiento de dichas células en colonias en un nuevo tumor (Knapp, 2005).

La clasificación de las neoplasias se realiza atendiendo al lugar, órgano o tipo de célula donde se origina el tumor.
En este sentido se agrupan en:

1. **Carcinomas:** Se origina en los estratos celulares o epitelios que recubren nuestra superficie y tapizan las múltiples glándulas del cuerpo. Se observan en edades avanzadas y su crecimiento es más lento.
2. **Sarcomas:** Tienen su origen en órganos mesenquimatosos y de sostén, como el esqueleto (osteosarcomas), el tejido graso (liposarcomas), músculos, etcétera. En general son muchos más raros y se observan con mayor frecuencia en edades tempranas (Knapp, 2005).ç
3. **Leucemias:** Braun, (1977) establece que es un tipo de cáncer que se origina en la sangre o en las células que lo forman, como la medula ósea (citado en Brannon & Feist, 2001).
4. **Linfoma:** Este tipo de cáncer ataca el sistema linfático y es un cáncer un poco común.

Braun (1977) refiere que los carcinomas, los sarcomas y las leucemias conforman más del 95% de las enfermedades malignas (citado en Brannon & Feist, 2001).

Brannon y Feist (2001) declaran que la incidencia del carcinoma asciende marcadamente con la edad. La razón que explica el incremento y la frecuencia del carcinoma tiene que ver con la exposición de sustancias que promueven la aparición del cáncer.

2.4 Tratamiento

Los tratamientos más frecuentes en las neoplasias malignas son: la **cirugía,** consistente en la extirpación del tumor; la **radioterapia**, en la cual se utilizan las radiaciones ionizantes con fines terapéuticos; la **quimioterapia,** que consiste en la administración, generalmente por vía intravenosa, de fármacos para impedir la proliferación de células malignas; y la **bioterapia,**

que constituye un tratamiento moderno que se implementa en la utilización de anticuerpos monoclonales en el tratamiento de cáncer (Knapp, 2005, p.127).

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. En la actualidad se estudia la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica.

3.4.1 Cirugía

Suele ser el principal tratamiento para determinados tumores. Hace unas décadas era un tratamiento agresivo, ya que su finalidad era eliminar el tumor con la mayor cantidad de tejido sano de alrededor para eliminar todas las células tumorales. Actualmente con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas es posible intervenir de forma satisfactoria a multitud de enfermos, conservando, la mayoría de las veces, el órgano donde se asentaba el tumor y su función (**cirugía conservadora**).

Según los doctores Moreno, Pérez, Sánchez y Rodríguez, 1998 (Medina, 2010) la cirugía conservadora, asociada a los tratamientos complementarios (radiaciones ionizantes y quimioterapia) constituye un componente obligatorio en esta tecnología y, hasta la fecha, no se ha podido determinar el grupo en que se puede obviar. El término conservación no significa extirpar de forma incompleta el tumor. Este tratamiento deberá ser radical desde el punto de vista oncológico. Esta cirugía debe garantizar mínima mutilación, la estética adecuada, la máxima información y el máximo control local. Está indicada en los cánceres que no se han extendido a otros órganos. También tiene un papel muy importante en el diagnóstico y estudio de extensión de la enfermedad.

En función de sus objetivos puede ser:

Preventiva: Se emplea para extirpar lesiones que con el tiempo pueden llegar a ser malignas.

Diagnóstica: Se extirpa una muestra de tejido para analizarla al microscopio (biopsia) y descartar o confirmar que la lesión sea un cáncer.

De estadiaje: Permite conocer la extensión del tumor.

Curativa: Se extirpa todo el tumor con tejido sano de alrededor. Su intención es curar el cáncer.

Paliativa: Se utiliza para tratar alguna complicación del tumor y disminuir los síntomas que puede ocasionar.

Reparadora: Su objetivo es restaurar la apariencia y/o la función de un órgano tras la realización de la cirugía curativa.

Antes de cualquier cirugía es necesario realizar un estudio preoperatorio, el cual consiste en un análisis de sangre, un electrocardiograma, una radiografía de tórax y una consulta con el anestesista que valorará el riesgo de la intervención y el tipo de anestesia más indicada.

Asimismo, tras las explicaciones del cirujano, el paciente ha de firmar un consentimiento informado, donde consta reflejada toda la información sobre la cirugía. En el declara haber recibido y comprendido dichas explicaciones.

Es necesario mencionar que los efectos secundarios de la cirugía variarán en función de la localización del tumor, aunque determinados efectos son generales a cualquier localización, como puede ser el dolor por la herida quirúrgica.

2.4.2 Radioterapia

Es un tratamiento de acción local que utiliza radiaciones ionizantes de alta energía y que puede indicarse solo o combinado con quimioterapia y en algunos casos posteriormente a la cirugía. Cuando el tumor es del tipo no células pequeñas y está en sus inicios y no puede realizarse un tratamiento quirúrgico radical, la radioterapia puede ser una buena alternativa de tratamiento. Sin embargo, cuando el tumor es del tipo células pequeñas y la enfermedad está localizada en el tórax y es susceptible de irradiación, se suele utilizar radioterapia en combinación con quimioterapia. Asimismo, la radioterapia está indicada para mejorar la calidad de vida del paciente cuando aparecen síntomas como dolor o sangre en el esputo y metástasis óseas o craneales (Molas, 2003 citado en Roselló y Núñez, 2008).

Chodkiewicz (2003) refiere que la radioterapia consiste en dirigir rayos de alta frecuencia a una zona cuyo tamaño y volumen se determinan por adelantado. Es por tanto, un tratamiento local (citado en Roselló y Núñez, 2008).

2.4.3 Quimioterapia

Molas (2003) expresa que la quimioterapia se trata de una terapia sistémica pues actúa tanto sobre el tumor principal como sobre otras posibles células cancerosas o tumores secundarios situados fuera del pulmón. Es el tratamiento de elección en el cáncer de pulmón de células pequeñas, pues este tipo de cáncer es muy sensible a la quimioterapia. De la misma manera, puede utilizarse la quimioterapia para mejorar la calidad de vida del paciente, para aliviar síntomas y para reducir el tamaño del tumor (citado en Roselló y Núñez, 2008).

De acuerdo con sus finalidades se clasifica en:

Curativa: pretende conseguir el control total del tumor.

Coadyuvante: a continuación de la cirugía curativa, con el objetivo de esterilizar células residuales locales o en circulación, reduciendo la incidencia de metástasis a distancia.

Previa: indicada para obtener la reducción parcial del tumor (complementación terapéutica a la cirugía o radioterapia).

Paliativa: sin finalidad curativa; su objetivo es mejorar la calidad de supervivencia del paciente.

Molas (2003) plantea que los efectos secundarios de este tratamiento dependen de la combinación de medicamentos específicos que se utilice, así como de las características individuales de cada persona. La quimioterapia afecta a las células de división rápida como son las células sanguíneas, las de la pared del tubo digestivo y los folículos del pelo. En consecuencia, los efectos secundarios más frecuentes son la caída del pelo, la disminución del apetito, las náuseas, los vómitos y las úlceras bucales (citado en Roselló y Núñez, 2008).

Por otro lado, dicha terapia puede alterar transitoriamente el sentido del gusto de los alimentos y producir sensibilidad a los olores. Otro efecto secundario importante puede ser la disminución de los glóbulos blancos, de los rojos y más raramente de las plaquetas de la sangre. La disminución de los glóbulos blancos produce una mayor propensión a contraer enfermedades infecciosas. La disminución de los glóbulos rojos produce sensación de fatiga o cansancio.

La disminución de plaquetas produce la aparición de sangrados o pequeños hematomas si se produce algún corte o pequeño golpe. Todas estas molestias desaparecen una vez finalizado el tratamiento y, a veces, durante los períodos de recuperación entre un ciclo de quimioterapia y el siguiente.

Es importante conocer que la duración total del tratamiento y sus efectos secundarios dependen de una serie de factores como son el tipo de tumor, la respuesta del tumor al tratamiento y el tipo de quimioterapia empleada.

2.5 Pronóstico del Cáncer

Ningún especialista médico puede estar completamente seguro de que el paciente que atiende se vaya a curar. Las posibilidades de una persona dependen primordialmente, de lo temprano que se haya descubierto la enfermedad, ya que mientras más tiempo pase, más se esparcen las células cancerosas por el cuerpo o, en cualquier caso, más evoluciona el estadio inicial del cáncer y es más complicado eliminarlo. Pero además depende del tipo de cáncer que presenta, pues algunos son más agresivos que otros. Otro factor que interviene es la condición física del paciente; es muy importante que su forma física sea buena y la

disposición hacia su enfermedad, ya que debe afrontarla y ayudar con su estado de ánimo a curarla.

A partir de la década del ´90 y con las técnicas terapéuticas disponibles, el cáncer es curable en aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados. El pronóstico del cáncer depende sobre todo de:

1. La localización del tumor primario.
2. El tipo histológico con su grado de diferenciación celular, sus características biológicas y citogenéticas.
3. El estado del cáncer o extensión de la enfermedad.
4. La edad del paciente.
5. El estado funcional o la reserva fisiológica del paciente.

2.6 Impacto del Cáncer

Actualmente se dice que el cáncer causa la décima parte de la mortalidad total y la segunda causa de defunción por orden de frecuencia en la mayor parte de los países desarrollados; tiene aún más de la mitad de los casos en las tres cuartas partes de la población mundial que vive en países en vías de desarrollo y, también cerca de la mitad de todas las muertes por esta enfermedad son debidas a tres tipos de cáncer: el de pulmón, el de colon y el de mama. El análisis de sus tendencias actuales muestra que, a menos que se tomen medidas rigurosas de control, este problema de salud se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países a comienzos del próximo siglo, con un volumen de 300 millones de casos nuevos y 200 millones de defunciones en un plazo de 25 años (Citado en Chacón, Grau y Massip, 1998).

De todo lo anterior se infiere que el cáncer es uno de los más graves problemas de salud en el mundo, y también en la región de América Latina y el Caribe. Pero el impacto del cáncer no está dado solamente por las estadísticas y los estudios epidemiológicos clásicos. La sospecha de padecer un cáncer es una alarma por su asociación a las amenazas e incertidumbres que origina. Cohen y Lazarus (1979), establecieron una lista de amenazas: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a la modificación de los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a la comprensión de la terminología médica, a la toma de decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a la pérdida de la intimidad física y psicológica. En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una

nueva realidad. Además, es una realidad que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte. Se hace impostergable que los profesionales y el personal sanitario tengan plena conciencia y compromiso emocional con las palabras referidas por Ramón Bayés (2001): “Un hombre enfermo es esencialmente un hombre vulnerable que se siente amenazado por la invalidez, el malestar, la succión por el cuerpo, la soledad y la anomalía”. Por tanto, el acto médico no consiste sólo en manipular al organismo de los pacientes para evitar la muerte o mejorar su funcionamiento; incluye también la necesidad de proporcionarle calidad de vida, bienestar, y de tratar de alejar, en la medida de lo posible, el sufrimiento de sus vidas, en especial del que se produce en la confrontación de los enfermos con pérdidas -o expectativas de pérdidas- biológicas o psicológicas, subjetivamente importantes para ellos, en especial, con la pérdida de la propia vida.

Estas características de la enfermedad que se conoce globalmente como cáncer, y que como vemos tiene una enorme connotación psicosocial en la población y genera un impacto emocional difícil de medir en estadísticas, ha generado un campo de aplicación práctica de la Psicología de la Salud, condicionado por el reconocimiento del papel que desempeña el psiquismo y la conducta humana en su etiología y evolución, así como en las propias manifestaciones de la enfermedad, asociadas a sufrimiento, muerte, minusvalía, incertidumbre e impredictibilidad del curso de la enfermedad, al distrés afectivo que genera y a las afectaciones a la autonomía, controlabilidad, imagen corporal y autoestima de los pacientes, entre otras manifestaciones. Los tratamientos aversivos, mutilantes y prolongados en tiempo, que requieren muchos de estos pacientes, así como el estigma social dado por las creencias, atribuciones y representaciones sociales del cáncer en la población, hacen que la enfermedad se vea como sinónimo de muerte y sufrimiento, aún cuando los tratamientos médicos oncoespecíficos hayan experimentado un notable desarrollo que hacen posible, en la actualidad, más curaciones efectivas en casos de cáncer (Llantá, Grau y Massip, 1998).

3. Intervención de Ayuda Profesional

Las intervenciones en el campo de la Psicología pueden ser clasificadas según diversos criterios, tales como: el tipo de objetivo o meta perseguido, la unidad de intervención o destinatario y el método o encuadre utilizado. Así, podemos establecer una clasificación muy general de los tipos de intervención en psicología y plantear dos tipos específicos:

1. La intervención psicológica (psicoterapéutica) cuyos objetivos son los de propiciar y provocar cambios en las personas (individuos, parejas, familias), ayudándolos en la solución de diversos problemas psicológicos. Para lo cual se emplean procedimientos psicológicos.
2. La intervención psicosocial, cuyos objetivos son los de procurar cambios en los sistemas sociales (instituciones, comunidades) con la finalidad de promover o restablecer el bienestar comunitario o social, utilizando para ello procedimientos variados (además de los psicológicos, trabajo social, administrativo, etc.).

Dentro de este último tipo de intervención aparece la Psicoeducación, la cual constituye un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para mantenerse saludables, haciendo énfasis tanto en aspectos psicológicos como motor para alcanzar sus objetivos y metas propuestas.

Las alternativas psicoeducativas además, tienen gran utilidad en la actualidad por ser más económicas y productivas que muchas de las formas psicológicas tradicionales, pues a diferencia de las mismas pueden ser realizadas por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, licenciadas en enfermería, pedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales con habilidades en el trabajo con grupos humanos y de forma independiente.

3.1 Consideraciones Teóricas sobre el término "Psicoeducación"

El concepto de Psicoeducación fue comentado por vez primera en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley "Psichotherapy and re-education" en "The Journal of Abnormal Psichology", publicado en 1911. No fue hasta 30 años después que el primer uso de la palabra Psicoeducación apareció en el titulo de un libro de literatura médica "The psichoeducational clinic" por Brian E. Tomlinson. New York, NY, US: MacMillan Co. Este libro fue publicado en 1941.

No obstante, la divulgación y el desarrollo del término en su forma actual, se le atribuye ampliamente al investigador norteamericano C.M Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia, en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad. Asimismo dicha investigación, incluía técnicas del manejo del estrés más efectivas.

Por su parte, la terapia del comportamiento considera que tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. Es por ello que en los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupos sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

De forma general, la Psicoeducación hace alusión a la educación o información que se ofrece a las personas que padecen de un trastorno psicológico. El entrenamiento psicoeducativo, a menudo, involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastorno de personalidad. Igualmente incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física, así como también los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

A pesar de haber sido abordada desde diferentes puntos tomamos en consideración la definición dada por Rebolledo (1998), donde se plantea que es un aprendizaje experencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. A través de esta se busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y de su núcleo familiar. Además no es solo educación, es decir, no solo enseña también apoya (citado en Treto, 2009).

3.2 Objetivos de la Psicoeducación

La Psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud mental, convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud.
Asimismo ha estado orientada al logro de tres **objetivos** fundamentales a nivel individual, familiar o grupal, los cuales son:

- Promover su compromiso con el cuidado de la salud.
- Promover la búsqueda de comportamientos saludables.
- Promover su protagonismo en el proceso de salud.

El logro de estos objetivos está en relación a la capacidad del psicoeducador de promover, desarrollar y fortalecer en los individuos o grupos la autoestima, la responsabilidad por el autocuidado y la autonomía creciente. Estas tres AUTO constituyen una verdadera fuente de desarrollo y superación del ser humano aún en las situaciones consideradas más difíciles o penosas y deben ser consideradas primordiales para alcanzar los objetivos más específicos de la Psicoeducación (Rebolledo, 1998, citado en Treto, 2009), los cuales son:

- Proporcionar información de forma comprensible y asequible teniendo en cuenta las características individuales de la persona a la que va dirigida.
- Asumir que los individuos afectados conserven habilidades que podrán ser utilizadas en su cuidado.
- Mejorar la autopercepción y las dificultades derivadas de la enfermedad.
- Poner énfasis en lo educativo redefiniendo roles: el ambiente estructurado en una clase, el terapeuta como facilitador, el de la familia como cuidador informado y el de la persona afectada como estudiante y participante activo en la resolución de su problema.
- Ayudar en situaciones de pequeños grupos a elaborar la información y proporcionar apoyo, con todas las partes implicadas ayudándose mutuamente.

Es importante señalar que cuando se habla del término Psicoeducación, convoca la idea de dos ámbitos que están relacionados (salud-educación). Se dice que toda práctica en el campo de la educación es socio sanitaria: se trata de un trabajo intelectual mediatizado por las formas de decir singulares de los diversos protagonistas, los episodios cotidianos, los hechos y los acontecimientos que objetivan y materializan una realidad inapreciable de otro modo (Arévalo y Maldonado, 2003)

3.3 **Importancia de la Psicoeducación**

El modelo psicoeducativo surge en los años noventa en instituciones asistenciales dedicada a la atención de pacientes crónicos. Su efectividad ha traído como consecuencia que se extienda a una gran variedad de trastornos.

Metodológicamente se trata de organizar sesiones con un clima propicio para el intercambio y de respeto mutuo. Debe crearse además, un ambiente relajado y optimista, teniendo en cuenta que:

- En la secuencia de las sesiones se deben incluir introducción de la idea genérica y el auto-esfuerzo.

- Utilización del recurso social del grupo, elicitación de componentes positivos en el grupo y refuerzo social.
- Utilización de tareas de autoestimulación sensorial y creativa.
- Propiciar distinguir los componentes de autosatisfacción.
- Contribuir a la elaboración colectiva y mejoramiento de la imagen personal.

En este sentido, el modelo psicoeducativo constituye una herramienta necesaria en el proceso terapéutico de cualquier enfermedad crónica y ayuda además, al ser humano ha tener más posibilidades de afrontar las adversidades y estar más inclinados a valorar el respeto por los demás empezando por el respeto propio. En lo cotidiano, la misma promueve el desarrollo de alternativas de cambio tendientes a alcanzar y mantener la salud integral a nivel individual, familiar y comunitario. En todas y cada una de las manifestaciones de la vida humana es posible aplicar los conocimientos de la Psicoeducación de forma de optar por aquellas actitudes y comportamientos que permitan mantener la salud en un sentido integral.

Pero la mayor importancia que tiene el modelo radica fundamentalmente en el logro de cada uno de los objetivos mencionados en epígrafes anteriores, que posee, pues de ello depende su efectividad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, optamos por utilizar a la Psicoeducación en nuestro estudio como herramienta eficaz, que haremos llegar a los profesionales del servicio de Oncología del Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, con la intención de informar y orientar en temas que dependerán de las necesidades que se logren detectar en los mismos, necesidades que representan una gran importancia para la calidad de vida de dichos pacientes ya que impulsan, demandan y dan sentido al comportamiento.

3.4 Las Necesidades Humanas. Su conceptualización

Durante el desarrollo de la Psicología como ciencia, diversos autores han abordado el tema referente a las necesidades humanas por la implicación que tienen en la regulación e impulsión del comportamiento, razón por la cual y teniendo en cuenta las características de nuestro estudio, se hace necesario la compresión del tema.

Se destaca dentro la Psicología Marxista K.Obujovsky (1972), el cual plantea que las necesidades son el verdadero agente dinamizador del comportamiento (citado en González, 1989).

Por su parte, Maslow (1943) propone la Pirámide de las necesidades formulando una jerarquía de las mismas. Su teoría aboga que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. La idea fundamental de esta jerarquía es que las necesidades superiores ocupan nuestra atención solo una vez que se han satisfecho aquellas necesidades inferiores en la pirámide. Definió en su pirámide las necesidades más básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o importantes en la cima de la pirámide, a medida que van siendo satisfechas surgen otras de nivel superior o mejor. Maslow organizó esta jerarquía de forma tal que las necesidades básicas de todo individuo se encuentren en la parte más baja de su jerarquía, mientras que las necesidades de desarrollo sean las ubicadas en la parte más elevada, lo cual está basado en la prioridad que se les brinda; ya que así las necesidades de las que depende el individuo sean las fisiológicas junto con las de seguridad. Las necesidades de amor y pertenencia las reconoce como necesidades sociales del individuo, considerando las de estima y autorrealización como existenciales. Las necesidades básicas son aquellas que se les brinda una prioridad a satisfacer y por tanto se vuelve más importante su satisfacción, y solo cuando estas hayan sido satisfechas, aunque no de un modo relativo, comienzan a preocuparnos las necesidades superiores y con esta su respectiva motivación, lo que conlleva al individuo a una plena realización (citado en Roselló y Núñez, 2008).

Otro autor que aborda el tema es Leontiev, quien desarrolla un concepto de necesidad que no permite discriminar cualitativamente la diferencia entre el hombre y el animal, al señalar: la necesidad es, en sí misma, como condición interna de la actividad del sujeto, sólo el estado negativo, el estado de ansiedad, de insuficiencia, de característica positiva sólo la recibe como resultado del encuentro con el objeto (Leontiev, 1971, citado en González 1989).

En esta definición podemos apreciar que el autor asocia el estado negativo de las necesidades a la insatisfacción, mientras que el estado positivo lo asocia al objeto que la satisface, por lo que creemos que dicha relación se vincula más a las necesidades biológicas o primarias, ya que las mismas dependen del objeto para su satisfacción.

En oposición con este concepto Bozhovich expone: en realidad es precisamente aquí donde surge una forma cualitativamente nueva de necesidad (su forma psíquica), cuando el individuo se ve impulsado a la acción, no a la necesidad o falta de algo; más adelante la

misma autora continua: las necesidades psíquicas espirituales, son pues insaciables, y encierran la posibilidad de autoimpulsion (Bozhovich, 1977, citado en González, 1989).

Con relación a las ideas planteadas por Bozhovich, coincidimos en que las necesidades superiores no dinamizan el comportamiento ante las vivencias negativas por la ausencia o insuficiencia de algo, sino que las mismas son más comprendidas ya que van a la búsqueda, suponen logros, dan sentido.

Por otro lado, M. Calviño plantea: "las necesidades crecen, cambian constantemente en respuesta a la condición física de un individuo, a su medio ambiente, a sus interacciones con otros y a sus experiencias" (Calviño, 2004, p.80).
Dicho planteamiento nos lleva a afirmar que las necesidades humanas son dinámicas, debido a que la mayoría nunca son satisfechas por completo o totalmente, y a medida que se satisfacen van emergiendo nuevas de mayor orden.
Por otro lado según González (1989), las necesidades superiores de la personalidad son insaciables y se mantienen a lo largo de la vida del sujeto, definiéndolas como:

> …"La cualidad estable de la personalidad, portadora de un contenido emocional constante, que orienta al sujeto en una dirección igualmente estable de su comportamiento, en forma de relación o de realización con objetos o personas, garantizando en este proceso la expresión activa y creadora de la personalidad, que busca de manera activa nuevos niveles cualitativos en esa relación…" (González, 1989, p.55).

Afirmación que tomamos en consideración, ya que el proceso psicológico de búsqueda de satisfacción integra en sí mismo momentos de insatisfacción, lo cual, aunque contradictorio, representa a su vez el dinamismo del comportamiento humano. Su satisfacción no está allí donde el sujeto se encuentra con el objeto, sino en el propio proceso dinámico de interrelación que se produce entre ambos, en el que las vivencias negativas y positivas se hayan en perenne interjuego.

Asimismo dichas necesidades son insaciables, estables, autopropulsadas, contradictorias, se gratifican en la relación. Propician una búsqueda activa de nuevos niveles de relación, más que una movilidad por la carencia. Poseen una unidad interna fuente de autoimpulso y transformación, sin depender de modo lineal del objeto externo. Esta unidad está mediatizada por la acción de la personalidad en su vínculo con el medio.

El bienestar psicológico constituye una de estas necesidades superiores. El estudio de este constructo, en el seno de la Psicología, se remonta a la década de los setenta, y en su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones: la hedónica, representada por una sólida línea de investigación que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo, y la tradición eudaemónica, centrada en el bienestar psicológico. La filosofía que impregna la primera de ellas la resume Ed Diener (1994), uno de sus más cualificados representantes, quien plantea que la literatura sobre el bienestar subjetivo trata de cómo, y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas. El bienestar subjetivo se inscribe dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad, satisfacción con la vida y afectos positivos o negativos que se desprenden de las condiciones con las que se desenvuelve nuestra existencia. A la postre, viene a ser el resultado de un "balance global" (nivel de satisfacción) que hace la persona de sus oportunidades vitales (recursos sociales, personales y aptitudes individuales), del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta (privación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía, etcétera), y de la experiencia emocional derivada de ello (citado en Coronel de Pace, 2009).

Respecto a la tradición eudaemónica, cuyo representante es el bienestar psicológico, se trata de una tradición más reciente, a la cual le interesa investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras de como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que deseamos.

Desde una perspectiva más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos. Subrayó la responsabilidad del individuo de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades ásperas o adversas.

Los conceptos de bienestar subjetivo, calidad de vida, satisfacción y felicidad, son característicos del enfoque teórico denominado Psicología Positiva. La calidad de vida es un concepto polisémico, el cual ha sido definido en Psicología de modos tan distintos como bienestar subjetivo, felicidad, satisfacción y, aunque éstos tienen distintos significados en la mayoría de los estudios son utilizados de manera indiferenciada. No obstante, se concibe la

calidad de vida como: "…un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona" (Ardila, 2003 citado en Moyano y Ramos, 2007). Asimismo dicho constructo posee aspectos objetivos y subjetivos, resultando aquí determinante el grado de satisfacción-insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, el cual está determinado por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros, que en relación con ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia.

Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no solo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo.

Capítulo II Marco Metodológico

2.1 Diseño de la Investigación

La investigación se realizó en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau” por un período de tiempo de cuatro meses aproximadamente, desde febrero hasta mayo del 2011, donde se trabajó con profesionales del Servicio de Oncología, patología ésta que por sus propias características somete al profesional a una gran presión psicológica. Motivo por el cual dirigimos la investigación hacia elaboración de una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral de estos profesionales, a partir de la detección de sus necesidades y valorada a través del propio usuario. Dicho estudio presenta un carácter descriptivo.

Para dar cumplimiento al objetivo general del estudio se empleó un paradigma mixto, específicamente un enfoque dominante o principal, predominantemente cuantitativo con apoyo de métodos y recursos metodológicos cualitativos; bajo un diseño de investigación no experimental.

En este modelo, el estudio se desarrolla bajo una perspectiva de alguno de los dos enfoques, la cual prevalece, y la investigación mantiene un componente del otro enfoque.

La ventaja de este modelo, según Grinnell (1997), consiste en que presenta un enfoque que en ningún caso se considera incoherente y se enriquecen tanto la recolección de datos como su análisis (citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2.2 Etapas de la Investigación

La investigación quedó estructurada en tres etapas, cada una de las cuales perseguía objetivos específicos que llevaron a la selección de las técnicas a emplear, etapas que se desarrollaron en función de los objetivos trazados.

Primera Etapa: Diagnóstico del estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología.

Segunda Etapa: Confección de la guía psicoeducativa, a partir de la detección de las necesidades de los profesionales.

Tercera Etapa: Valoración de la guía confeccionada teniendo en cuenta el criterio de usuarios.

2.3 Selección de la Muestra

En el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, contexto en el que se llevó a cabo la investigación 27 especialistas y 12 no especialistas integran el Servicio de Oncología, de

los cuales 17 fueron seleccionados a través del muestreo no probabilístico intencional, teniendo en cuenta la elección de los sujetos en función de determinados criterios. Dicho método tiene como ventaja su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto de una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas previamente en el planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Criterios de Inclusión:

- Que estén vinculados al Servicio de Oncología.
- Que ofrecieran su consentimiento informado.
- Que tengan más de 10 años de experiencia de trabajo con el paciente oncológico.

Criterios de Exclusión:

- Profesionales que se encuentran cumpliendo funciones directivas o que están separados del puesto de trabajo por un período superior a los tres meses (Estudios de especialidad, licencia de maternidad, certificado médico prolongado, misiones nacionales e internacionales, etc.) durante el tiempo en que se desarrolla la investigación.
- Profesionales que no aceptan ser evaluados.

Con el criterio de indagar desde la visión de los pacientes oncológicos la satisfacción con la calidad de la atención recibida por el personal médico, fueron selectos 35 clientes de diferentes sexos de forma no probabilística intencional. Los mismos son atendidos por los profesionales y técnicos involucrados en la investigación.

Por otro lado, para valorar la guía psicoeducativa fueron escogidos a 6 especialistas de Oncología y a una Licenciada en Enfermería, que por demás ocupa el cargo de Jefa de Enfermeras de la Sala de Cirugía del Hospital “Celestino Hernández Robau”, cada uno de los cuales debían reunir los requisitos siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Profesionales que ofrecieran su consentimiento informado.
- Experiencia profesional de más de 10 años.
- Ostentar una categoría docente.
- Nivel de conocimiento adecuado y suficiente sobre el tema abordado.

- Motivación sobre el tema que garantice el compromiso con el problema abordado.
- Estar vinculado a la asistencia en cualquier nivel de atención, preferentemente la secundaria y terciaria.

Criterios de Exclusión:

- Que no desearan participar en la investigación.
- Tener menos de 10 años de experiencia.
- No presentar capacitación profesional.

2.4 Operacionalización de las variables

Las variables que se tomaron en cuenta para la realización del estudio fueron las siguientes: estrés laboral, satisfacción, edad, sexo, estado civil, ocupación laboral, experiencia profesional, jornada laboral y procedencia.

Estrés Laboral: Es aquella respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo ante determinadas situaciones laborales que repercuten en su rol profesional.

Indicadores:

1. Agotamiento Emocional (AE): Fatiga física y/o psicológica, con saturación emocional. Puntación máxima 54 puntos:
   - Bajo: cuando se obtiene una calificación menor o igual a 18 puntos.
   - Medio: cuando la calificación oscila entre los 19-26 puntos.
   - Alto: cuando se obtiene una calificación mayor o igual a 27 puntos.
2. Despersonalización (DP): Actitudes negativas de insensibilidad hacia la vida, con respuestas impersonales. Puntación máxima 30 puntos:
   - Baja: cuando se obtiene una calificación menor o igual a 5 puntos.
   - Media: cuando la calificación oscila entre los 6-9 puntos.
   - Alta: cuando se obtiene una calificación mayor o igual a 10 puntos.
3. Falta de realización personal (RP): Escases de sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. Puntación máxima 48 puntos:
   - Baja: cuando se obtiene una calificación menor o igual a 33 puntos.
   - Media: cuando la calificación oscila entre los 34-39 puntos.
   - Alta: cuando se obtiene una calificación mayor o igual a 40 puntos.

Grado de Estrés Laboral:

- Alto: altos niveles en las esferas de AE y DP y bajos niveles en la esfera de RP.
- Moderado: si se obtienen niveles moderados en los 3 esferas.
- Bajo: bajos niveles en las esferas de AE y DP y altos niveles en la esfera de RP.
- Sin estrés laboral: aquellos que muestran alto nivel de afectación en una sola esfera y las demás no se encuentran afectadas.

Satisfacción: Es un estado de bienestar que experimenta la persona una vez que siente cubiertas sus necesidades.

Indicadores:

1. Información: Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre determinadas cuestiones.
   - Buena: cuando el entrevistado considera, en respuesta al cuestionario, que el personal médico profundiza en la información sobre la enfermedad que padece, aclarando dudas e inquietudes a cerca de la misma. Explica a la pareja y familia los beneficios y perjuicios que la persona puede sufrir con las investigaciones realizadas.
   - Regular: cuando se realizan algunas de estas cuestiones ocasionalmente o se deja de cumplir una de ellas.
   - Mala: cuando se olvidan acciones o simplemente no se lleva a cabo ninguna.
2. Atención: Acción de atender al paciente.
   - Alta: cuando el paciente percibe atención a sus preocupaciones y buen trato por el equipo de salud, solicitándole este último el consentimiento para la realización de los exámenes de detención de la enfermedad. La explicación de los resultados y la conducta a seguir es de forma adecuada, alcanzando la persona una total mejoría en su estado de salud.
   - Media: cuando considera que algunas de estas acciones se desarrollan de forma efectiva y otras no.
   - Baja: cuando la atención hacia el afectado es escasa o no existen elementos que la indiquen.
3. Apoyo: Acto de ayuda y respaldo que brinda el profesional hacia el paciente necesitado.
   - Bueno: cuando el paciente siente que se preocupan por su salud física y mental, así como por sus estados de ánimo, permitiéndole la participación de la familia y pareja en todo proceder que se realiza**.**

- Regular: cuando se muestra preocupación por el enfermo, pero no permite la implicación de la familia y pareja en el proceso, o viceversa.
- Malo: Todo lo contrario a lo referido con anterioridad.

4. Valoración: Opinión personal acerca de la calidad del servicio recibido por el equipo de salud.
   - Satisfecho: Cuando muestra complacencia en todos los aspectos a evaluar.
   - Medianamente Satisfecho: Cuando no se siente complacido con ciertas situaciones.
   - Insatisfecho: Cuando siente descontento con el servicio recibido.

Nivel de Satisfacción:

- Alto: altos niveles en los cuatro indicadores (Información, Atención, Apoyo y Valoración).
- Medio: si se obtienen respuestas positivas y moderadas en cada indicador.
- Bajo: bajos niveles en las categorías a evaluar.

Edad: Periodización, tradicionalmente usada, en la que se divide la historia de cada persona. Para el análisis de esta variable se establecieron grupos etáreos tanto para los profesionales como para los pacientes.

Para el primer caso:

- Entre 32-40 años
- Entre 41-49 años
- Entre 50-58 años
- Entre 59-67 años

Para el segundo caso:

- Entre 40-47 años
- Entre 48-55 años
- Entre 56-63 años
- Entre 64-71 años
- Entre 72-79 años

Ocupación laboral: Desempeño laboral de cada persona que conforma la muestra, cirujanos, quimioterapeutas, radioterapeutas, médicos, enfermeras y técnicos de radioterapia, quimioterapia y anestesia (cirugía).

Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de cada profesional evaluado.

Estado Civil: Donde contemplando el estatus legalmente reconocido por el Código Civil de la República de Cuba, se clasifica en Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a.

Experiencia Profesional: Cantidad de años ejerciendo una labor. En este caso se valoró la antigüedad en el trabajo actual y en la profesión del encuestado. En el primer caso se tuvo en cuenta los siguientes intervalos:

- Entre 1 y 5 años
- Entre 6 y 10 años
- Entre 11 y 15 años
- Entre 16 y 20 años
- Más de 20 años

Con relación al tiempo en la profesión se constituyeron los grupos siguientes:

- Entre 10 y 15 años
- Entre 16 y 21 años
- Entre 22 y 26 años
- Más de 26 años

Procedencia: Lugar de origen de una persona, que oscila entre rural y urbana.

Jornada Laboral: Espacio de tiempo donde se desarrolla la actividad laboral, que puede ser de 8 horas o de 12 horas.

2.5 Descripción de los Métodos y Técnicas empleadas

2.5.1 Métodos Teóricos de la Investigación

Para el desarrollo de la investigación fueron empleados diferentes métodos de investigación, tanto del nivel teórico, del nivel empírico y del estadístico matemático, según la clasificación de Hernández (2003).

Los **métodos teóricos** posibilitaron la determinación del sistema conceptual al que se hace referencia, así como la fundamentación de la propuesta.

El **histórico y lógico**: Su empleo posibilitó el análisis acerca de la evolución del objeto de estudio y determinar su estado actual.

El **método de análisis y síntesis** fue utilizado durante el procesamiento e interpretación de la información procedente de las fuentes consultadas y de los resultados de la determinación de necesidades.

La **inducción y deducción** se utilizó para la interpretación de la información de las entrevistas, cuestionarios y observaciones.

La **modelación** se empleó para el diseño de la Guía Psicoeducativa dirigida a los profesionales del Servicio de Oncología para atenuar y prevenir el estrés laboral durante el ejercicio médico.

2.5.2 Métodos Empíricos de la Investigación

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en este estudio se utilizaron las siguientes técnicas para la recogida de la información necesaria:

- Entrevista Psicológica Semiestructurada.
- Cuestionario Sociodemográfico (MBI) (Inventario de Burnout de Maslach).
- Cuestionario de Satisfacción con la Calidad de los Servicios Recibidos.
- Observación Participante.
- Técnica de valoración por criterios de profesionales.

1. Entrevista Psicológica

La entrevista continúa siendo el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica, en tareas que van desde la investigación hasta las praxis y en áreas que se extienden por todas las ramas de la psicología aplicada. Más aún escribe García Marcos (1983):

> La entrevista debe considerarse no solo como el instrumento de evaluación o exploración psicológica que precede a cualquier modalidad de intervención o de toma de decisiones (como es el caso de los test psicológicos), sino que el sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación-intervención. En efecto es la matriz dentro de la cual todo proceso es llevado a cabo (citado en Fernández-Ballestero, 2004, p.252).

Existen diferentes tipos de entrevistas, siendo uno de ellos la semiestructurada, entrevista de la cual nos auxiliaremos en la investigación que nos ocupa. La misma se desarrolla partir de

un protocolo elaborado con anterioridad, pero ofreciendo grados de libertad al entrevistado en las respuestas que ofrece sobre el tema abordado.

Dentro de las principales **características** de la entrevista tenemos:

- Es una relación entre dos o más de dos personas.
- Se establece una relación positiva-empática con el entrevistado.
- Tiene un propósito definido que debe ser conocido por ambas partes.
- La estructura del encuentro es principalmente concebida para atender a los intereses del sujeto.
- Se establece una vía de comunicación simbólica bidireccional, preferentemente oral.
- Una asignación de roles y control de la situación por parte del entrevistador.
- Es un encuentro formalmente convenido a la hora, sitio y la duración de la entrevista debe ser planificado previamente.
- No debe desarrollarse como interrogatorio, se debe ser flexible durante el proceso.

Objetivo: Conocer algunos datos generales de los profesionales del Servicio de Oncología.

Materiales: Protocolo o Guía de la entrevista, hojas de papel y lápiz.

Procedimiento: El proceso consta de cinco fases:

- Fase previa: El proceso debe ser iniciado por el profesional con anterioridad a su encuentro con el sujeto, lo cual permitirá un mejor desarrollo de las fases subsiguientes.
- Fase inicial: Comienza la interacción, este inicio es diferente según se trate de una primera entrevista o no. En el caso de la primera, la fase inicial es de mayor duración pues hay que dar a conocer al cliente todos los elementos necesarios para comprender la atención al sujeto.
- Fase de desarrollo: Todo el trabajo de los participantes se centra en la realización del propósito previamente convenido y su secuencia es enfocada en relación directa con los objetivos mismos que serán cumplidos si se conjugan la cooperación del sujeto y la destreza técnica del profesional.
- Fase final: Su preparación comienza desde el inicio de la entrevista al dar a conocer el objetivo de la sesión relacionado con el cierre del proceso.
- Fase de devolución: el cliente ha aceptado participar en el proceso de atención porque necesita ayuda, nos permite conocer sus aspectos íntimos, esperando ser orientado, por tanto se hace necesario cumplimentar ese propósito.

Calificación e Interpretación: Se realiza un análisis cuali-cuantitativo a partir de la información obtenida en cada uno de los indicadores descritos, no perdiendo la perspectiva de reflejar el dato, validándolo a través de verbalizaciones de los profesionales encuestados.

1. Estado de Salud:
   - Padecimiento de alguna enfermedad o manifestación clínica:

   - No (1pto)
   - Si (2pto)

   a) Cardio-circulatorias
   b) Respiratorias
   c) Digestivas
   d) Renales
   e) SOMA
   f) Endocrinas.

   - Alteraciones emocionales en algún período de su vida:

   - No (1pto)
   - Si (2pto)

   a) Depresión
   b) Ansiedad
   c) Frustración
   d) Miedo
   e) Otras
2. Situación Personal:
   - Ingestión de bebidas alcohólicas:

   -No (1pto)
   -Si (2pto)

   - Hábito de fumar:

   -No (1pto)
   -Si (2pto)
3. Situación Familiar**:**
   - Si (2pto): presencia de alguna situación que agobie o preocupe al profesional.
   - No (1pto): cuando no se muestran problemas en esta esfera.

4. Auto percepción de su Estado Emocional:
    - Bien (3ptos): satisfacción con la vida, bienestar emocional, predominio de emociones positivas como fortaleza, optimismo, motivación, resiliencia, afrontamientos activos, autoestima positiva.
    - Regular (2ptos): cuando considera que alguno de estos aspectos no son del todo satisfactorio.
    - Mal (1pto): Necesidad sentida o percibida por el profesional de que su vida está mal en estos aspectos.
5. Necesidad sentida de recibir ayuda psicológica:
    - Si(1pto)
    - No(0 pto)
6. Situación Laboral
    - Situación laboral que lo agobie o preocupe.
    - No (1pto)
    - Si (2pto)
    - Satisfacción por la labor desempeñada.
    - No (1pto)
    - Si (2pto)
    - Relaciones Interpersonales con el resto del equipo de salud. (Médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares)
    - Buena (3ptos)
    - Regular (2ptos)
    - Mala (1pto)
    - Conocimiento de los factores de su entorno laboral que actúan como estresores:
    - No (1pto)
    - Si (2pto)
    - Conocimiento elemental del Estrés Laboral.
    - No (1pto)
    - Si (2pto)
    - Necesidad sentida de actualizar conocimiento y habilidades en materia de Estrés Laboral.
    - No (1pto)
    - Si (2pto)
    - Recursos con los que cuentan para afrontar las situaciones profesionales:

1. Materiales (Conjunto de máquinas, herramientas u objetos de cualquier clase, necesario para el desempeño de un servicio o el ejercicio de la profesión.)
   - Si (2pto)
   - No (1pto)
2. Estructurales: Distribución, orden y confort de las partes constructivas del edificio y locales del servicio.
   - Si (2pto)
   - No (1pto)
3. Psicológicos: Conjunto de elementos psicológicos disponibles para resolver una necesidad.
   - Si (2pto)
   - No (1pto)

2. Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Este instrumento fue descrito por las autoras Cristina Maslach y S. E. Jackson en el año 1981 para evaluar el "Síndrome del Burnout" en profesionales de la Salud. En la actualidad dicha herramienta ha pasado por varias adaptaciones, a fin de poder evaluar el Burnout en otros tipos de profesiones. Asimismo cuenta con 22 ítems con escala tipo Likert (0-6) que miden las tres características fundamentales del Burnout:

1. Agotamiento Emocional (CE): Con 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. (PD Máx.: 54)
2. Despersonalización (DP): Con 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22. (PD Máx.: 30)
3. Realización Personal (RP): Con 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. (PD Máx.: 48)

Objetivo: Identificar la presencia y niveles de estrés laboral en los profesionales.
Materiales: Cuestionario y lápiz.
Procedimiento: El sujeto debe responder 22 frases relacionadas con los sentimientos que experimenta en su trabajo, frases que debe marcar según la frecuencia con que ha experimentado ese sentimiento de acuerdo con la escala que se presenta en dicha técnica.
Calificación e Interpretación: Se analiza de manera cuantitativa y la puntuación en las escalas del MBI es el resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas. Una vez realizada la calificación se procede a la interpretación de esta, la cual indica que altas puntaciones en los indicadores de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajas puntuaciones en los de Realización

Personal, son reflejo de un alto grado de estrés laboral. Un grado medio es reflejo de puntuaciones medias en las tres categorías. La presencia de bajas calificaciones en los indicadores de Agotamiento Emocional y Despersonalización y de altas puntuaciones en el de Logros Personales, son indicativas de un bajo grado de estrés laboral. Aquellos que solo muestran alto nivel de afectación en una esfera y las demás no se encuentran afectadas, no presentan estrés laboral.

4. Cuestionario de Satisfacción con la Calidad de los Servicios Recibidos

El cuestionario es una técnica de recogida de información, que consiste en una serie de auto-informes estructurados que aparecen recopilados o integrados en un listado (Fernández-Ballestero, 2004).

Otros autores como Hernández (2005), lo definen como un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir (citado en Hernández, 2010).

En el diseño del cuestionario del cual nos apoyamos en la investigación, se utilizaron preguntas abiertas y cerradas, teniendo en cuenta una serie de **características**:

- Las preguntas tienen que ser claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados.
- Incluir las palabras necesarias para que se comprenda la pregunta, sin ser repetitivos o barrocos.
- Deben formularse con un vocabulario simple, directo y familiar para los participantes.
- No deben incomodar al sujeto encuestado, ni ser percibidas como amenazantes y nunca éste debe sentir que se le enjuicia.

Objetivo: Evaluar la satisfacción del paciente oncológico con la calidad del servicio recibido.
Materiales: Cuestionario y lápiz.
Procedimiento: Se aplica de forma individual, auto-administrado y por una entrevista personal al paciente, el cual deberá responder de acuerdo a su criterio y experiencia.
Calificación e Interpretación: Se analiza de forma cuantitativa a partir de los 12 ítems que contiene, cada uno de los cuales responden a los indicadores siguientes:

1. Información: Con 3 ítems: 4, 5,6.
2. Atención: Con 5 ítems: 2, 3, 9, 10,11.
3. Apoyo: Con 2 ítems: 7,8.

4. Valoración: Con 1 ítems: 12

Cada uno de estos indicadores presenta opciones de respuestas que el encuestado deberá responder según su opinión y experiencia. Luego se analiza si contestó cada pregunta y la opción que apuntó, y en función de esto se determina la evaluación de cada indicador de acuerdo a la escala siguiente:

1. Información
   - Buena (3ptos): cuando marcan la primera opción en los 3 ítems.
   - Regular (2ptos): cuando señalan la tercera alternativa en dos de las tres preguntas o cuando apuntan la segunda opción en una de las propuestas.
   - Mala (1pto): cuando responden la segunda variante en los 3 ítems o cuando la eligen 2 veces.
2. Atención
   - Alta (5-4ptos): cuando responden de forma positiva todos los ítems o al menos 4 de ellos.
   - Media (3-2ptos): cuando señalan la primera opción en 3 o 2 ítems.
   - Baja (1-0pto): cuando apuntan en un solo ítems la primera variante o cuando no la señalan en ninguna de las preguntas.
3. Apoyo
   - Bueno (3pto): cuando señalan los 2 ítems con una respuesta de si.
   - Regular (2pto): cuando indican las dos opciones (si y no).
   - Malo (1pto): cuando señalan la segunda opción como respuesta en los 2 ítems.
4. Valoración
   - Satisfecho (3ptos): cuando responden estar satisfechos con el servicio.
   - Medianamente satisfecho (2ptos): cuando señalan estar medianamente satisfecho con la calidad de la atención recibida.
   - Insatisfecho (1pto): cuando responden no estar satisfecho.

Una vez que se evalúan los indicadores se realiza una valoración general del instrumento para conocer el nivel de satisfacción de cada paciente, auxiliándonos para ello en cada respuesta señalada.

Nivel de Satisfacción:

- Alto (3ptos): altos niveles en los cuatro indicadores (Información, Atención, Apoyo y Valoración).
- Medio (2pto): si se obtienen respuestas positivas y moderadas en cada indicador.
- Bajo (1pto): bajos niveles en las categorías a evaluar.

5. Observación:

Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias (Hernández, 2003 citado en Hernández, 2010).

Es observación cualquiera de los procedimientos y técnicas de recogida de información que requieren la percepción deliberada de comportamientos emitidos por uno/s sujeto/os (a distintos niveles de complejidad o inferencia), realizada por un observador entrenado (participante o no participante) mediante protocolos preparados al efecto (de mayor o menor estructuración) que permitan una anotación sistemática, en una situación natural o análoga en la que no se eliciten respuestas.

Las condiciones esenciales de una buena observación según Alonso, Cairo y Rojas (2003) son:

- Tiene que ser orientada a un objetivo. Esto exige que ella sea planificada conscientemente.
- Tiene un carácter selectivo o fragmentario. Abarca una parte determinada de la realidad objetiva y es organizada sistemáticamente en ese sentido.
- Debe estar dirigida a una comprensión objetiva del sujeto. De ello se desprende que los resultados son controlados en su validez y confiabilidad.

Ventajas de la observación según Hernández (2003):

- Son técnicas de medición no obstrusivas. En el sentido que el instrumento de medición no estimula el comportamiento de los participantes. Los métodos no obstrusivos simplemente registran algo que fue estimulado por otros factores ajenos al instrumento de medición.
- Aceptan material no estructurado.
- Puede trabajar con grandes volúmenes de datos.

En este estudio se realizó una observación de tipo participante, la cual es definida como un proceso donde la presencia del observador en la situación social es mantenida para fines de investigación científica. En la medida en que el observador acompaña las experiencias diarias de los sujetos puede intentar aprehender su visión del mundo, es decir, el significado que ellos atribuyen a la realidad que los rodea y a sus propias acciones propiciando el diálogo y la participación y trabajando para obtener una concreta evaluación (citado en Pascual, 2010).

Objetivo: Reconocer manifestaciones de estrés laboral en el comportamiento de cada profesional durante el ejercicio médico.

Materiales: Protocolo de observación, hojas de papel y lápiz

Procedimiento: Se realiza un protocolo de observación en el que se recogen aquellos aspectos a observar en el profesional durante la entrevista con el paciente, en las salas o consultas donde radican, a la misma vez que se observan las condiciones de la institución.

Calificación e Interpretación: Se realiza mediante un análisis cuali-cuantitativo, no perdiendo la perspectiva de reflejar el dato, validándolo a través de verbalizaciones de los profesionales encuestados.

- Experiencia Facial:
    1. Serio/a
    2. Preocupado/a
    3. Deprimido/a
    4. Risueño/a
    5. Huraño/a
    6. Atento/a
- Postura
    1. Apoyada
    2. Recostada
    3. Relajada
    4. Cambios de posición.
- Conducta
    1. Intranquilidad
    2. Rubor
    3. Sudación
    4. Tics

5. Levantarse y caminar
6. Gestos moderados
7. Gestos expansivos
8. Retraimiento
9. Movimiento continuo de pies y manos
10. Fumar excesivo

- Expresión oral
  1. Velocidad lenta
  2. Velocidad rápida
  3. Cambios bruscos en tono
  4. Sonidos extraños
  5. Tono adecuado acorde con el paciente
  6. Tono fuerte o seco que denota irritabilidad
  7. Bloqueos
  8. Silencio
  9. Incoherencia
  10. Lenguaje reducido
- Apariencia Física
  1. Correcta
  2. Incorrecta
- Actitud ante la relación con el paciente
  1. Dispuesta
  2. Rechazante
  3. Evasiva
  4. Temerosa
- Actitud ante el examinador
  1. Colaboradora
  2. Temerosa
  3. Hostil
  4. Intranquila
- Cumplimiento del horario de descanso establecido
  1. Si (2ptos)
  2. No (1pto)

6. Técnica de valoración por criterios de usuarios

Esta técnica permite obtener realmente la experiencia y sabiduría de un grupo de personas (usuarios), no sujetos a restricciones, ni censuras de ningún tipo. Posibilita además, un determinado sistema de mediciones que puede ser complementado con aquellas apreciaciones cualitativas que se hayan realizado por los mismos.
Este método permite encontrar el consenso de opinión de especialistas en la esfera del problema a resolver, a través de extraer o exponer sus intuiciones y experiencias, utilizando las capacidades asociativas y clasificadoras del cerebro humano (citado en Hernández, 2010).

Objetivo: Valorar la guía psicoeducativa confeccionada.
Materiales: Escala valorativa y lápiz.
Procedimiento: Se les entrega un cuestionario conjuntamente con la guía elaborada a siete especialistas de Oncología del Hospital “Celestino Hernández Robau”, donde deben evaluar en una escala del 1-3 cada una de las categorías a tener en cuenta:

- Calidad de la elaboración de guía psicoeducativa dirigida a los profesionales del Servicio de Oncología para atenuar y prevenir el estrés laboral.
- Idoneidad de la guía según a las personas que va dirigida.
- Coherencia entre los temas en su conjunto.
- Cumplimiento del objetivo propuesto por la guía psicoeducativa.
- Satisfacción con el diseño de la guía psicoeducativa.
- Aceptación del término guía psicoeducativa.
- Aplicabilidad de la guía a profesionales de Oncología.
- Incorporación de parámetros que consideren que deban evaluarse en este criterio de profesionales que no se hayan referido con anterioridad.
- Valoración integral del instrumento.

Calificación e Interpretación: Se analiza la información obtenida en cada indicador de forma cuantitativa, no perdiendo la perspectiva de reflejar el dato, validándolo a través de verbalizaciones de los encuestados. Partiendo de dichos resultados, el contenido existente en la guía será perfeccionando.

2.5.3 Triangulación Metodológica

Se utilizó el recurso de la triangulación para el análisis de las pruebas psicológicas, el cual consiste en el uso de diferentes fuentes de datos, investigadores, perspectivas o

metodologías para contrastar los datos e interpretaciones. Si diversas clases de datos conducen a la misma conclusión podemos estar más seguros de la misma (citado en Roselló y Núñez (2008).

Los científicos en el campo de las ciencias sociales consideran que la utilización de un único método puede dar lugar a sesgos metodológicos, en los datos o en las investigaciones, existiendo hoy en día consenso para fundamental que el análisis de sistemas organizativos complejos requiere la diversidad en los métodos de recogida de datos, para así reflejar la complejidad que están tratando de interpretar.

A partir de estas posturas se asumen los criterios de Denzin (1970) y sus seguidores, donde se destaca que la triangulación puede ser de datos, de investigaciones, de teorías, de métodos o múltiple.

En esta investigación se utiliza la triangulación de datos, la cual supone el empleo de las distintas estrategias de recogida de datos ya explicadas. Su objetivo es verificar las tendencias detectadas recurriendo a la mezcla de los tipos de datos para validar los resultados del estudio.

2.6 Procedimiento de la Investigación

Luego de la selección de las técnicas a utilizar, así como la elaboración de los protocolos de recogida de información, se procedió a contactar con las personas, específicamente los profesionales del Servicio de Oncología, solicitándoles su consentimiento informado.
La aplicación de las técnicas se realizó de forma individual en los diferentes locales donde radica cada trabajador, los cuales cumplen las exigencias para este servicio.
La exploración se desarrolló en tres etapas, en las cuales se efectuaron varias sesiones de trabajo realizadas en el horario de la mañana, de 9 a 12 del día, debido a las características organizativas del Hospital, ya que en este horario se encuentra la mayor cantidad de profesionales y pacientes, lo que nos facilitó el trabajo constituyendo la flexibilidad un aspecto esencial en el proceder de los investigadores.

Primera Etapa: Diagnóstico Inicial
Se llevó a cabo la revisión actualizada de la bibliografía y el resultado de estudios sobre el tema que nos ocupa. Posteriormente se organizó el trabajo en nueve sesiones:

Para el diagnóstico del estrés laboral y la detección de las necesidades de los profesionales se realizaron diferentes sesiones para las técnicas siguientes:

- Sesión #1: Se tuvo en cuenta la petición del consentimiento informado para participar en la investigación, así como la autorización de los que conforman la muestra. Asimismo se llevó a cabo la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico Maslach Burnout Inventory (MBI), con el objetivo de identificar la presencia y niveles de estrés laboral en los mismos.
- Sesión #2: Se realizó una entrevista psicológica semiestructurada (en forma de conversatorio), para así conocer algunos datos generales de cada profesional.
- Sesión #3 y #4: Se puso en práctica la guía de observación destinada a los seleccionados, con el objetivo de reconocer manifestaciones de estrés laboral en sus comportamientos durante el ejercicio médico.
- Sesión #5: Se aplicó el cuestionario de satisfacción con la calidad de los servicios recibidos a determinado número de pacientes oncológicos, atendidos por este grupo de profesionales, a fin de evaluar su satisfacción con la calidad del servicio recibido.

Segunda Etapa: Elaboración de la Guía Psicoeducativa.

- Sesión # 6 y # 7: En estas dos sesiones de trabajo fue posible elaborar la guía psicoeducativa con el objetivo de atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, a partir de la detección de sus necesidades.

Tercera Etapa: Valoración de la Guía Psicoeducativa.

- Sesión # 8: Se aplicó la técnica de valoración por criterios de usuarios, a siete especialistas con experiencia y conocimientos en los temas a tratar, con la finalidad de valorar la pertinencia, objetividad y aplicabilidad del producto elaborado.
- Sesión # 9: Se ofreció a los especialistas la última versión de la guía, teniendo en cuenta su valoración.

2.7 Análisis de los Datos

Los resultados obtenidos fueron analizados cualitativa y cuantitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación. Desde el punto de vista cuantitativo el análisis estadístico se realizó mediante un conjunto de estadígrafos contenidos en el paquete SPSS versión 11.5 para WINDOWS y EXCEL para la realización de diferentes gráficos.

Se empleó la prueba estadística descriptiva con el objetivo de describir la información obtenida por los profesionales y pacientes encuestados. Asimismo se utilizaron pruebas no paramétricas como la prueba del coeficiente de correlación de Spearman y el Chi cuadrado para determinar asociación entre ciertas variables del estudio, aplicándosele a esta última valores porcentuales absolutos y relativos, determinando el nivel de significación entre variables relacionadas. Se trabajó con una significación de 0,05.

2.8 Consideraciones Éticas

Para este estudio, se han mantenido las consideraciones éticas relativas al profesional de la Psicología y de la investigación.

Se ha mantenido como principio básico para las relaciones con todos los sujetos en el marco de la investigación: el respeto, el compromiso y la responsabilidad en la conducción del proceso investigativo.

El carácter confidencial de la información obtenida y/o la aprobación de los entrevistados sobre la forma en que será usada la misma.
La entrega o devolución de los resultados construidos por sus participaciones.

Capítulo III Análisis de los Resultados

Asumiendo la tarea de lograr la determinación de las necesidades de los profesionales del Servicio de Oncología, es que planteamos el primer objetivo de investigación: diagnosticar el estrés laboral en estos profesionales. Para cumplimentar esto, se realizaron diferentes técnicas psicológicas como: el Cuestionario Sociodemográfico (MBI), la Entrevista Psicológica Semiestructurada, la Observación Participante y el Cuestionario de satisfacción con la calidad de los servicios recibidos, logrando así una triangulación entre las mismas. Asimismo, se tuvo en cuenta la petición del Consentimiento Informado (véase Anexo 1) para participar en la investigación.

Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Atendiendo al análisis estadístico descriptivo y al de por ciento de las variables sociodemográficas (véase Anexo 2), se encontró que con respecto al sexo, la muestra estudiada estuvo conformada por 9 mujeres para un 52,9% y solo 8 hombres (47%); por lo que prevalece el sexo femenino (véase Tabla 1, Anexo 8).

El estudio de la edad arrojó que el valor máximo de la edad fue de 67 años y el mínimo de 32 años. Se establecieron cuatro grupos de edades, el primero abarca desde 32 a 40 años, el segundo de 41 a 49 años, el tercero de 50 a 58 años y el cuarto de 59 a 67 años; dentro de los cuales se notó similitud entre el primer y el segundo grupo, con un valor de 35,3%. Sin embargo, las edades que más predominaron se hallan entre 32-49 años, que representa el 70,6%, de los encuestados. (véase Tabla 2, Anexo 9).

De acuerdo al nivel de estudios terminados se pudo determinar que todos los entrevistados presentan un nivel superior. Esto guarda estrecha concordancia con los objetivos y lineamientos trazados por el Ministerio de Salud Pública, el cual persigue el incremento continúo de la preparación científico-técnica de todos sus profesionales.

Se constató que existe un predominio de personas casadas con un 58,8% (10 personas), un 17,6% (3 personas) divorciados y un 23,5% (4 personas) solteros (véase Tabla 3, Anexo 10), hecho que denota fortaleza según los resultados de estudios de correlación entre el estrés laboral y las variables sociodemográficas. Sobre este tema se han realizado investigaciones que apuntan a que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que están casadas o conviven con parejas estables. Al respecto, exponen que la pareja escucha sus problemas y se comportan en la mayoría de los casos como sostén (“El síndrome de quemarse por el trabajo: Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la

intervención" (2001), "El Burnout o síndrome de "estar quemado" en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas" (2004) y "Burnout e identificación con el grupo: El papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales" (2007).

La distribución de las diferentes categorías profesionales por el servicio de Oncología al que pertenecen se ilustra en la Tabla 4(véase Anexo 11), lo cual se comportó del modo siguiente: un Técnico de Anestesia (5,9%), 2 Enfermeras de Cirugía (11,8%), 2 Quimioterapeutas (11,8%), 2 Enfermeras (11,8%) y un Técnico de Quimioterapia (5,9%) 2 Radioterapeutas (11,8%), 2 Enfermeras (11,8%) y un Técnico de Radioterapia (5,9%), 3 Cirujanos/as (17,6%) y un Médico de Cuidados Paliativos(5,9%).

Con relación a la experiencia profesional la Tabla 5 (véase Anexo 12) muestra la distribución del personal investigado en los grupos de años establecidos para esta variable, donde se exhibe que la mayor cantidad de personas se concentró en el grupo de más de 10 años en su profesión (35,3%), sin embargo, es válido destacar que el 64,7% tenía más de 16 años en la misma.

De la misma forma, la experiencia en el trabajo actual se pudo precisar mediante la Tabla 6 (véase Anexo 13), la cual nos reveló que la generalidad de los individuos tiene más de 16 años en el trabajo actual, lo que se semeja con el resultado del tiempo en la profesión, siendo un indicador de gran permanencia en la actividad, obsérvese que el 70,6% tiene 16 o más de 20 años en el trabajo actual. Esto se debe, en gran medida, al nivel de satisfacción que sienten hacia su trabajo, pues a pesar de lo difícil que resulta ser la experiencia de trabajar con el paciente oncológico, pocos trabajadores se van de su puesto laboral, la permanencia es alta y los años de servicio también, lo que es loable teniendo en cuenta que las condiciones no siempre son buenas para realizar las actividades, hablando a favor del altruismo y dedicación de nuestro personal.

Al referirnos a la jornada laboral, se obtuvo que la gran mayoría labora en turnos fijos de 8 horas y solo la minoría (enfermeras) en el turno rotativo de 12 horas. Estas enfermeras trabajan en distintos horarios, lo que supone diversos ajustes para la satisfacción de necesidades biológicas y psicosociales. En este sentido, Hernández, Juárez, Hernández y Ramírez (2005) exponen que el trabajo por turnos y el nocturno puede conducir a la presencia de estrés laboral. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardíacos, del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.

Una vez caracterizadas estas variables nos dirigimos al análisis de la variable "**estrés laboral",** comprendida en el primer objetivo investigativo**.** El gráfico 1 que presentamos a continuación nos muestra los niveles alcanzados en cada una de sus dimensiones, exploradas en los profesionales.

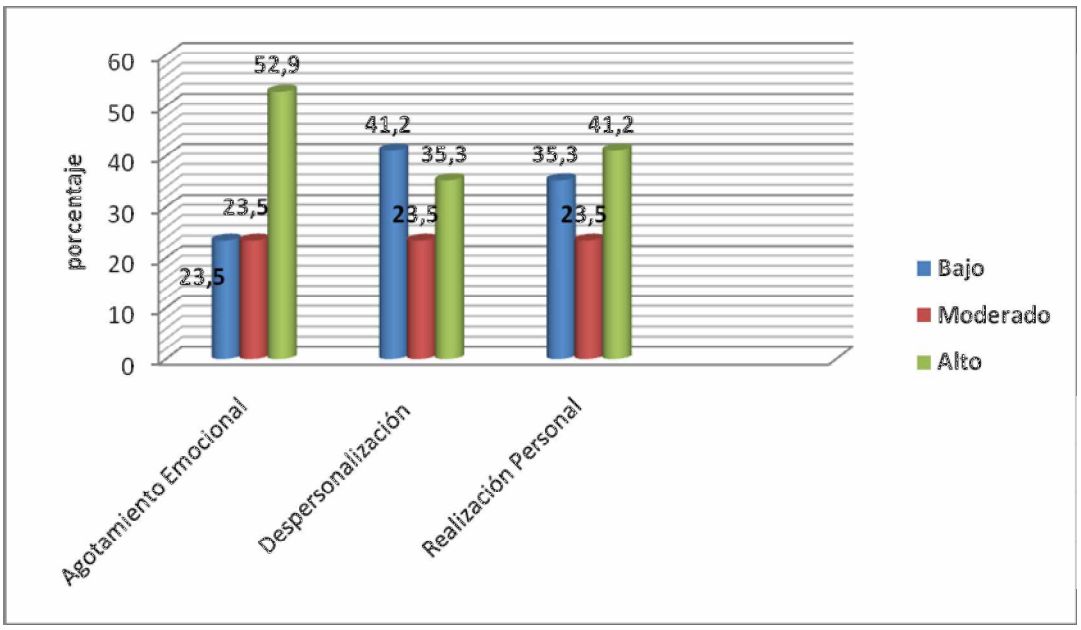


Gráfico 1: Distribución de los profesionales según las dimensiones del estrés laboral.

De lo cual resultó preocupante que en la esfera de Agotamiento Emocional todos los investigados presentaron bajos, moderados y altos niveles de afectación, prevaleciendo este último con un valor de 52,9% (9 personas). Resulta contradictorio que se disponga de profesionales emocionalmente desgastados, con sensación de no poder dar más de sí mismos brindando sus servicios a pacientes que por su patología grave los convierte en personas muy necesitadas de apoyo psicológico y emocional. Corresponde a estos trabajadores entonces, la tarea de suplir estas necesidades en el paciente, para lo cual es necesario que se mantengan fortalecidos emocionalmente.

Por su parte, en la esfera de Despersonalización se observó que no existe mucha diferencia entre los bajos y altos niveles, pero aún así predominan bajos índices de afectación, para un 41,2% (7 personas), evidenciándose también, moderados y altos grados. Situación que puede generar grandes complicaciones con respecto a la calidad de la atención que se brinda en este servicio, si se tiene en cuenta que aquellos que manifiestan este tipo de alteración comienzan a tratar a sus pacientes como objetos y dejan de concebirlos como personas que requieren de cuidados y afectos.

De acuerdo a la Realización Personal, al igual que la anterior, no se halla gran contraste entre los bajos y altos niveles, sin embargo 7 personas reflejaron un alto nivel (41,2%), a pesar de que 4 de ellos (23,5%) revelaron niveles moderados y 6 (35,3%) bajos grados en esta esfera. La sensación de inconformidad expresada por los mismos con respecto a los logros personales alcanzados en su vida profesional, pudiera estar relacionada con el reconocimiento social de la profesión, el cual a pesar de los grandes adelantos que ha experimentado en décadas recientes, aún es inadecuado. En este punto juega también su papel el deterioro de la situación económica internacional, que repercute claramente en la economía del país y del trabajador.

En la Tabla 7 (véase Anexo 14) se aprecia la distribución de la muestra estudiada según el nivel de estrés laboral y el sexo. Del total de 17 encuestados, 5 (29,4%) no presentan estrés laboral, aún cuando se demostró que la totalidad tiene Agotamiento Emocional en un u otro grado, no mostrando dificultades en las esferas restantes. De ellos, 3 (17,6%) pertenecen al sexo femenino y 2 (11,8%) al masculino. El 70,6% implica estrés laboral (12 sujetos), representando el 11,8% de sexo masculino un bajo nivel (2 personas), lo cual indica bajas puntuaciones en las esferas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y una alta calificación en la de Realización Personal. El 23,5% (4 sujetos) obtuvo un estrés laboral moderado, ya que en todas las dimensiones resaltaron niveles moderados, de los cuales 11,8% son mujeres (2 sujetos) y 11,8% son hombres (1 sujeto). Asimismo el 35,3% (6 personas) es portador de un alto grado, con elevados índices en las esferas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajos niveles en la esfera de Realización Personal, siendo el 11,8% masculino (2 personas) y el 23,5% femenino (4 personas). Cifras que apuntan a que la mayoría de los estudiados padecen de algún grado de estrés laboral, con menos incidencia de bajos niveles, representado por el sexo masculino. Predominando altos valores de afectación en el sexo femenino. En este sentido, se describe que las mujeres representan el grupo más vulnerable a sufrir “estrés laboral”, sobre todo aquellas que pertenecen a las profesiones sanitarias, por razones como: la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas profesiones que prolongarían el rol de mujer (Román, 2003 y Chacón y Grau, 2008).

Ahora bien, el estrés laboral manifestado se relaciona fundamentalmente con las características del trabajo, ya que la asistencia a pacientes oncológicos y con enfermedades graves o terminales produce mayor impacto psicológico en el personal sanitario que en el resto de los pacientes. Más de un ⅓ de los profesionales que trabajan con este tipo de personas tiene considerables niveles de morbilidad psicopatológica, en una proporción

similar a la alcanzada en pacientes, médicos, ingresados y ambulatorios. Además, más de un 20% de ellos presenta altos niveles de desgaste profesional. También la escaza disposición de condiciones y recursos materiales y estructurales con los que cuentan para el desempeño de su quehacer diario puede ser fuente generadora de estrés, así como la sobrecarga de trabajo a la que se enfrentan. De lo cual se producen síntomas como ansiedad, depresión, insomnio, cambios del apetito, disminuyen la energía y la capacidad de concentración, ocasionando también una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.) y un deterioro del rendimiento en el contexto laboral.

Entrevista Psicológica Semiestructurada

A través de esta entrevista psicológica semiestructurada efectuada de manera individual en la segunda sesión de trabajo (véase Anexo 3), nos fue posible percatarnos una vez más, de la motivación y disposición ante la investigación por parte de los profesionales del Servicio de Oncología. De la misma forma, se asume indagar sobre el estado de salud, situación personal y familiar, autopercepción del estado emocional, necesidad sentida de recibir ayuda psicológica y situación laboral de los mismos.

Teniendo en cuenta el estado de salud, se desarrolló un análisis del padecimiento de alguna enfermedad psicosomática o manifestación física, la diferencia resultó muy significativa, ya que el 80% de los encuestados no presenta ninguna enfermedad, mientras que solo el 20% padece de manifestaciones cardio-vasculares. Si bien lo anterior no arrojó cifras representativas se pudo observar, (véase Gráfico 2) que la totalidad de los entrevistados sufren de alteraciones emocionales en ciertos momentos de su vida, prevaleciendo el estado de ansiedad (14 personas para un 82,4%), seguido por depresión (3 personas para un 17,6%), resultados que concuerdan con los alcanzados por autores como Chacón, Grau y Martín (1994), quienes plantean que resulta significativamente frecuente la aparición de estos estados entre los trabajadores que enfrentan cotidianamente situaciones estresantes, lo cual se sustenta bajo las siguientes frases: "……*tengo a veces ganas de llorar y salir corriendo",…. "yo que nunca me he comido las uñas ahora estoy en eso",…. "me siento muy ansiosa y eso no me gusta",…..* "*me siento muy cargada de trabajo, a veces siento que voy a estallar",…. "todos los casos te llegan pero algunos más que otros",* etc. A pesar de ello, no manifestaron sentir miedo, frustración u otras alteraciones en su vida.

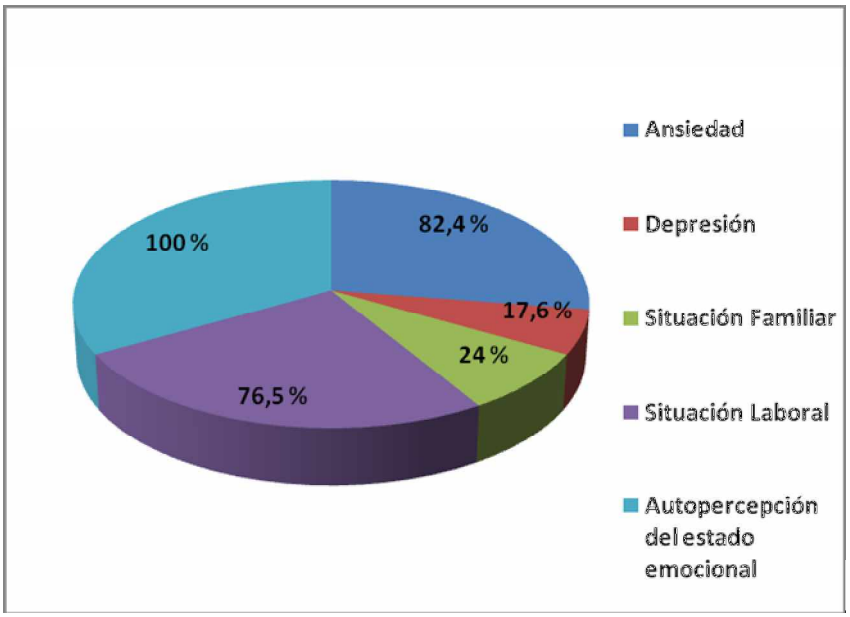
A partir de lo anteriormente expuesto se determinó que el estado de salud no es del todo satisfactorio. No obstante, es significativo señalar que el 100% evalúa de bien su estado emocional, aún cuando presentan alteraciones emocionales (véase Gráfico 2).

Por otro lado, no se hallaron indicios de hábitos tóxicos e ingestión de bebidas alcohólicas en cada uno de ellos, situación que se ha de destacar como fortaleza. Estos resultados difieren con estudios realizados con anterioridad según la literatura consultada, donde se han descrito dentro de las manifestaciones conductuales, el predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales; diferencias que pudieran estar relacionadas con la amplia divulgación que llevan a cabo las autoridades de Salud Pública y los medios de difusión masiva en nuestro país, con respecto a la importancia de los estilos de vida saludables y los perjuicios que ocasionan los hábitos tóxicos.

La presencia de situación familiar fue referida por 4 personas para un 24%, quienes plantearon: …. *"tengo a mi papá muy enfermo",…. "A veces siento que no le dedico todo el tiempo que quisiera a mi familia",…. "tengo días que apenas veo a los niños", "mi mamá es una persona enferma que esta encamada"*, verbalizaciones que nos demuestran que no se trata de conflictos o disfunciones familiares sino más bien del grado de responsabilidad hacia los padres y de preocupación que tienen estas personas al no dedicarles a los hijos, esposas/os y padres el tiempo suficiente que requieren, lo que pudiese estar evidenciado por el exceso de trabajo que realizan en este tipo de servicio. El 76 % expresó no presentar dificultades (véase Gráfico 2), de lo cual podemos afirmar que esta área no parece influir negativamente en la salud del trabajador.

En el contexto laboral solo 4 sujetos (23,5%) no reflejan situaciones laborales que agobien o preocupen, mientras que el 76,5 % afirma tener (véase Gráfico 2,), las cuales apuntan a la escasez de recursos, la falta de condiciones laborales y la sobrecarga de trabajo. Dato que reafirma lo obtenido en el contexto familiar, por tanto la percepción del poco tiempo productivo con los hijos, esposas/os y padres está relacionada con las exigencias laborales. Estas situaciones laborales representan según Martínez y Vásquez (2004), agentes estresantes que llevan a los individuos a cambiar su ritmo de vida, generando una serie de reacciones y estados emocionales tensos que impiden la realización de tareas específicas.

El gráfico 2 señala el nivel de incidencia de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), autopercepción del estado emocional y de la situación familiar y laboral que agobia o preocupa al profesional.



En lo que respecta al conocimiento del estrés laboral y sus características, la totalidad alegó tenerlo y actualizar esos conocimientos, realidad que evidencia el alto grado de superación que tienen estos trabajadores. Se pudo determinar además, que cuatro de los entrevistados (23,5%) coincidió con el criterio de que disponían de suficientes recursos materiales y estructurales para afrontar las situaciones que se le manifiestan durante su quehacer diario, constituyendo un 76,5% (13 personas) desacuerdo, lo cual se corroboró con la observación realizada por la autora en la institución de salud. Cifras que coinciden con los que dicen tener una situación laboral. Sin embargo, el 100% expresó contar con suficientes recursos psicológicos, lo cual no se relaciona con el hecho de que 10 de ellos (58,8%) consideraron la necesidad de recibir ayuda psicológica y 7(41,2%) no lo requirieron (véase Tabla 8, Anexo 15), a pesar de todos sentir estados de ansiedad y depresión. Por tanto, se consideró pertinente tener en cuenta estos aspectos descritos en la confección de la Guía Psicoeducativa.

Es importante especificar que el 100% de los sujetos evaluados mencionaron tener buenas relaciones interpersonales con el resto del equipo de salud, conocimiento de los factores que actúan como estresores en su entorno laboral y satisfacción por la labor que desempeñan, pese a que la generalidad no coincide con tener las suficientes condiciones y recursos para cumplir su rol profesional.

Observación Participante

Se desarrolló durante diferentes sesiones de trabajo mediante un protocolo de observación a partir de diferentes indicadores (véase Anexo 4), los cuales nos guiaron para así reconocer manifestaciones de estrés laboral en el comportamiento de cada profesional durante su ejercicio médico.

El 100% se mostró atento en la interrelación con el paciente, que se justifica en atender a sus preocupaciones y escucharlo activamente, ya sea en la consulta como en las salas donde permanecen. Sus expresiones orales fueron adecuadas con un tono acorde con el enfermo, no percibiéndose en ninguno de ellos bloqueos, incoherencia, sonidos extraños o cambios bruscos en el tono. Del mismo modo ocurrió con la apariencia física, distinguiéndose una actitud ante la relación con el paciente y el examinador de disposición y colaboración.

Con relación al tipo de postura y la conducta asumida, se determinó que aún cuando sobresale una postura relajada (52.9%) la diferencia con respecto a los cambios de posición no es muy significativa (47.1%), reflejándose en cada una de ellas movimientos continuos de pies y manos, gestos moderados y expansivos e intranquilidad como conductas.

En este sentido, consideramos conveniente correlacionar estas dos dimensiones, a través de la prueba de correlación de Spearman, de lo cual resultó que la intranquilidad apareciera con más frecuencia en los cambios de posición (35.3%) que en una postura relajada (5.9%) para un total de 41.2 %, ocurriendo lo inverso cuando se trata de los gestos moderados. Los movimientos continuos de pies y manos se observaron en los dos estados asumidos (5.9%) y los gestos expansivos fueron realizados bajo una posición tranquila (5.9%) (véase Tabla 9, Anexo 16).

Por otro lado, se pudo apreciar que la gran mayoría no cumple el horario de descanso establecido, (12:00 a.m- 1:00 p.m) sobretodo los médicos que se debe muchas veces, a que la cantidad de pacientes excede al número de profesionales. Condición que está dada por la sobrecarga de trabajo hacia la que se enfrentan día a día que les impide tomar un receso y que también representa una fuente de estrés laboral.

Los resultados de este análisis reafirman la presencia de ansiedad y la sobrecarga de trabajo en estos profesionales como manifestaciones de estrés laboral, aún cuando sus expresiones orales y faciales no indicaron ninguna alteración. Estas manifestaciones de estrés se hacen evidentes además, tras analizar los resultados de la entrevista psicológica.

Cuestionario de satisfacción con la calidad de los servicios recibidos

Con el objetivo de evaluar la satisfacción con la calidad de los servicios recibidos, se procedió a aplicar dicho instrumento a diferentes pacientes oncológicos atendidos por este grupo de profesionales, destacándose éstos por brindar una buena atención, información y apoyo ante la enfermedad, de lo cual se deriva la valoración del afectado hacia ellos. Sobre esta base cumplimentamos los objetivos propuestos. La edad, el sexo y la procedencia constituyeron variables a evaluar, para ello se crearon cinco grupos de edades, con un predominio del grupo de edades comprendidas entre 64 y 71 años (94,3%) como lo informa la tabla 10 (véase Anexo 17).

Se observó que predomina el sexo femenino (54,3%) con respecto al masculino (45,7%) (véase Gráfico 3, Anexo 18), constatándose además, que el 65,7% pertenece a una procedencia urbana y el 34,3% a una rural. (véase Tabla 11, Anexo 19).

La totalidad de los entrevistados plantea que recibe una buena información por parte del personal médico, basada en la profundización de la enfermedad padecida, aclaración de dudas e inquietudes y explicación de los beneficios y perjuicios con las investigaciones realizadas. Lo cual se acompaña de un bajo volumen de voz, tono acorde con el enfermo, sin percibirse bloqueos, incoherencia, sonidos extraños o cambios bruscos en el tono en la medida en se expresa. Resultados que coinciden con aquellos alcanzados en la observación, de lo cual se deriva que el personal médico cuenta con actitudes fundamentales y habilidades de comunicación que hacen que la relación interpersonal con el enfermo sea más eficaz y gratificante; más eficaz para quien recibe la ayuda, y gratificante para quien se ve en función de ayudante.

Con relación a la atención, sobresalió una atención alta (62,9%), constituyendo el 37,1% media (véase Gráfico 4, Anexo 20) que se ilustra en lo siguiente: *…"a veces el médico me trata regular",…. "en ocasiones le prestan atención a mis preocupaciones"…. "unas veces me tratan de maravilla pero otras me tratan regular",* etc. Frases que responden a los ítems 2 y 9 donde único se presenció mediana inconformidad con respecto a esta categoría, que si bien en la observación se notó una total atención de estos profesionales hacia los pacientes, ya sea ante sus preocupaciones u opiniones, vemos que aquí no están del todo satisfechos. Sin embargo, el 100% refirió notar un total apoyo por el equipo médico, reflejándose una vez más la satisfacción que sienten estos profesionales hacia su labor, a pesar de la mayoría ser portadores de algún grado de estrés laboral. Del mismo modo, 26 personas para un 74,3%

expresó estar satisfecha con respecto a la calidad de los servicios recibidos, siendo solo un 25,7% (9 personas) el que expone sentirse medianamente satisfecho.

El estudio del nivel de satisfacción de acuerdo a las respuestas en cada ítems, reveló que 26 sujetos (74,3%) tienen una alta satisfacción, de los cuales 18 (51,4%) son de procedencia urbana y 8 (22,9%) de origen rural. Asimismo, 9 (25,7%) presentan una moderada satisfacción directamente del médico, siendo 5 de ellos urbanos (22,9%) y 4 (11,4%) rural (véase Tabla 12, Anexo 21). Por tanto, podemos decir que si bien la tabla 11 no manifestó una diferencia significativa entre la procedencia urbana y rural, sí existe cuando se trata del nivel de satisfacción según esta variable, resaltándose la procedencia urbana en personas con un alto grado de satisfacción. También se pudo determinar que la valoración que ofrecen los pacientes ante la calidad de los servicios concuerda totalmente con el nivel de satisfacción alcanzado (véase Tabla 13, Anexo 22), de lo cual se puede inferir que predomina un nivel de satisfacción alto, que se basa en una información facilitada (cantidad y calidad), apoyo, satisfacción general con los servicios y una elevada atención, que muchas veces favorece la toma de decisiones del enfermo, mejora la relación médico-paciente e incrementa su adherencia a los tratamientos, contribuyendo al bienestar personal del paciente. No corroborándose así, la presencia de manifestaciones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en los trabajadores. Esto no significa que no exista, existe pero sin repercutir de forma alarmante en el trato con el paciente oncológico, lo cual demuestra que este grupo de profesionales cuenta con suficientes recursos psicológicos para autorregular su personalidad a la hora de enfrentar su tarea diaria.

A partir del análisis y la triangulación de los datos obtenidos en las cuatro pruebas aplicadas con anterioridad, se determinaron las principales necesidades de ayuda que poseen los profesionales vinculados al área de Oncología, las cuales hacen referencia a:

- Recibir ayuda en la esfera psicológica. A pesar de que la totalidad presentó alteraciones emocionales (ansiedad y depresión), 10 de ellos para un 58,8% expresó sentir dicha necesidad y 7 (41,2%) no lo precisaron.
- Actualizar los conocimientos y habilidades en materia del estrés laboral. Esto fue expresado por todos los de la muestra (100%), aún cuando afirmaron tener conocimientos sobre dicho fenómeno y sus características. Situación que puede estar dada por la complejidad e incremento que en nuestros días adquiere este suceso.

- Distribución del tiempo libre. Al no cumplir el 100% de los profesionales el horario de descanso establecido y sentir como situación familiar el hecho de no dedicarle el suficiente tiempo a su familia por la sobrecarga de trabajo, se evidencia esta necesidad.
- Contar con las condiciones y recursos para afrontar situaciones que se le pudiesen presentar durante su labor, para de esta forma mejorar su calidad de vida, al mismo tiempo que el bienestar del paciente; necesidad referida por 13 de la muestra (76,5%).

Asumiendo estas necesidades, aunque estas dos últimas serán trabajadas al alcance de la propuesta metodológica, contemplamos la posibilidad de incorporar aspectos en la guía psicoeducativa que aborden cada una de las temáticas solicitadas.

Sobre la base de las mismas, nos dirigimos a cumplir el segundo objetivo del estudio, elaborando así, una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, la cual quedó conformada de la manera siguiente:

Título de la Guía: El Estrés Laboral. Autoayuda para los profesionales y técnicos del Servicio de Oncología.

Objetivos de la Guía Psicoeducativa:

- Prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología.
- Estimular el nivel de conocimiento que tienen estos profesionales sobre el estrés, estrés laboral y las técnicas de afrontamiento al estrés.
- Promover cambios favorables en su estilo de vida como elemento significativo para su bienestar psicológico.

Estructura: La propuesta cuenta en primer lugar, con una somera introducción que justifica nuestro propósito, continuando posteriormente con el desarrollo que se divide en 3 secciones. En cada una de las cuales aparecen las categorías generales a tener en cuenta en el desarrollo de la misma:

- Autoconocimiento del Estrés.
- La Relajación.
- Consejos Prácticos con relación al Estrés.

Teniendo determinadas estas tres categorías generales que integrarían la guía y a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los profesionales con los que interactuamos, se precisaron los elementos que se abordarían en cada una de ellas, resultando el producto de esta forma:

- El Autoconocimiento: ¿Qué es el estrés?, ¿por qué se produce el estrés?, síntomas y signos comunes, el estrés no siempre es malo.
- La Relajación: para relajarse es necesario, técnicas de relajación: La Relajación Progresiva de Jacobson y Mi Lugar de Descanso.
- Consejos Prácticos con relación al Estrés: el ejercicio fuente de relajación, la respiración y consejos útiles.

Con la entrega de este producto “El Estrés Laboral. Autoayuda para el profesional de Oncología” dotamos a este tipo de servicio y sus profesionales de un material de consulta descriptivo, de formato pequeño, manipulable, muy concreto, con ilustraciones agradable a la vista, que refuerza los contenidos, y como toda obra humana es susceptible de continuar enriqueciéndose de forma dinámica.

A continuación una muestra de la Guía Psicoeducativa:

Una vez confeccionada la guía procedimos a su valoración, para ello nos apoyamos en la técnica siguiente:

Técnica de valoración del criterio de usuarios

La valoración de la Guía Psicoeducativa se realizó a partir del juicio de siete profesionales que tienen más de 10 años en la profesión, están vinculados a la asistencia médica y ofrecieron su consentimiento. Siendo uno de ellos Licenciada en Enfermería y el resto Especialistas en Oncología y Máster en Ciencias. Del mismo modo, muestran las categorías de asistente, auxiliar e instructor; manifestando motivación y un nivel de conocimiento adecuado y suficiente sobre el tema abordado.

El gráfico 5 que mostramos a continuación nos ilustra el valor alcanzado en las diferentes categorías evaluadas en la guía por los especialistas.

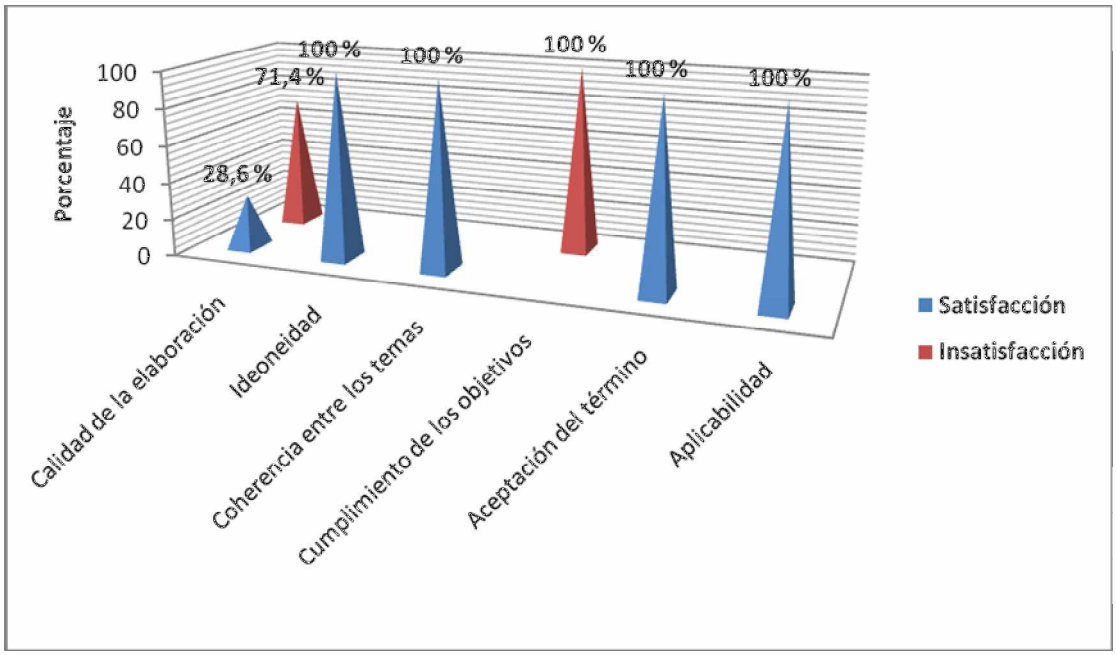


Gráfico 5: Distribución de la muestra según las categorías a evaluar en la Guía.

Como se puede observar en solo dos aspectos a evaluar, se evidenció insatisfacción por parte de los profesionales con el producto elaborado, resaltando la satisfacción en los aspectos restantes. Tras analizar la idoneidad y viabilidad de la guía el 100% de los entrevistados, coincidieron en que se trataba de un folleto muy valioso y oportuno, en función de atenuar y prevenir los daños en la salud que puede ocasionar el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología. Asimismo resultó muy buena, útil y práctica, considerando su factible aplicabilidad en los trabajadores de este servicio por ser uno de los

más propensos a padecer estrés laboral. La coherencia entre los temas y la satisfacción con el diseño fueron dos indicadores evaluados que se han de destacar, ya que todos los encuestados (100%) concordaron con que los temas iban de lo general a lo particular, del análisis a la síntesis, satisfaciendo una demanda fundamental: ¿Qué hacer? Lo cual demuestra que las temáticas plasmadas en la guía responden a las necesidades de ayuda detectadas. Encontraron que las ilustraciones utilizadas cumplen un papel importante al estar relacionadas con los temas tratados en cuestión, y constituyen por tanto un complemento de los mismos, lo que influye en que el contenido no se perciba como tedioso, aburrido y/o monótono. También indicaron estar de acuerdo con la portada de la guía, con el uso del término, así como con el uso de las imágenes dentro del marco. En cuanto a la calidad de la elaboración solo 2 (28,6%) estuvieron satisfechos, destacándose opiniones como: … *"creo que está bien elaborada",… "los subtítulos responden al texto descrito",…. "hay variedad de temas",* sin embargo 5 (71,4%) no coincidieron con tales criterios, quienes señalaron errores de redacción en ciertas temáticas y falta de términos técnicos a la hora de abordar los síntomas que produce el estrés. Con relación al cumplimiento del objetivo la totalidad (100%) expresó no percibirlo con claridad en el producto, sugiriendo así, la incorporación de éste en dicho folleto. Hechos que denotan insatisfacción.

En lo que respecta a la incorporación de parámetros en la evaluación del criterio de profesionales el 100% estimó que el título debía estar más dirigido al profesional y técnicos del Servicio de Oncología y se requería incorporar una introducción donde se abordase las características particulares del servicio y el efecto que provoca el ejercicio profesional con pacientes que sufren de una enfermedad potencialmente letal con un curso imprevisible que se desarrolla con dolor, mutilaciones y una amenaza de una recidiva constante.

Sugirieron como recomendación entregar el folleto a todos los profesionales y demás trabajadores de la Vice-Dirección de Oncología, lo que contribuiría en el aumento de los conocimientos, mejorar las competencias en lo relativo a las Técnicas de Afrontamiento y por tanto a incrementar su calidad de vida y con ello la calidad de los servicios.

Tomando en cuenta, tanto los aspectos positivos como las sugerencias realizadas, se procedió al perfeccionamiento de la guía, así como al cierre de su proceso de edición en cuanto a las imágenes, redacción y estilo. Logrando desarrollar la introducción al inicio de la guía, que incluyó el objetivo a perseguir y las demás propuestas descritas, se agregaron términos acordes al profesional y se eliminó cada error distinguido en la redacción.

Conclusiones

- En los profesionales, objetos de estudio, se constató una tendencia a la manifestación de estrés laboral, evidenciándose bajos, moderados y altos índices de afectación, siendo este último el de mayor incidencia en la mayoría de la muestra.
- Se observó además, que en las dimensiones de Agotamiento Emocional predominaron altos índices en la generalidad de los profesionales, en la de Realización Personal altos grados y en la de Despersonalización bajos niveles.
- Los pacientes que participaron en la experiencia investigativa manifestaron una tendencia de altos niveles de satisfacción con respecto a la calidad de los servicios recibidos por el personal médico. Las valoraciones ligadas a las insatisfacciones están relacionadas a la atención directamente del médico.
- Se logró elaborar una Guía Psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, a partir de la detección de sus necesidades, quedando conformada en tres categorías fundamentales: características del estrés, técnicas y consejos prácticos para su control.
- El criterio de usuarios posibilitó alcanzar un consenso al emitir una valoración favorable de la Guía Psicoeducativa elaborada.

Recomendaciones

- Someter el producto comunicativo elaborado al juicio de especialistas con experiencias profesionales en diferentes ciencias, tales como: Psicología, Comunicación Social, Diseño Gráfico, entre otras.
- Comunicar los resultados obtenidos a los profesionales del Servicio de Oncología del Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, con el objetivo de incorporar la Guía Psicoeducativa confeccionada a la atención profesional brindada por el equipo de salud.
- Implementar la utilización del MBI como instrumento para la detección temprana del estrés laboral en los trabajadores del servicio, como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica.

Bibliografía

1. Álvarez, M. A. (1989). *Stress. Un enfoque psiconeuroendocrino*. La Habana: Científico-Técnica.
2. Álvarez, M. A. (2000). *Stress. Un enfoque integral.* La Habana: Científico Técnica.
3. Almendras, I. (2003). Objetivos de la Psicoeducación. Retrieved from http://www.psicoeducar.com/objetivos.htm.
4. Arévalo, G. A., & Maldonado, J. R. (2003). Psicoeducación. Retrieved from http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art51001.
5. Alonso, A., Cairo, E., & Rojas, R. (2003). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*. La Habana: Félix Varela.
6. Amador, A. (1997). *Técnicas para dominar el stress y vivir mejor.* (4 ed.). México: EDAMEX.
7. Ministerio de Salud (2011). Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de la Habana.
8. Brandon, L., & Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo-Thomson.
9. Buela-Casal, G., & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 505-535). Madrid: Biblioteca Nueva.
10. Batista, J., Carlotto, M., & Souto, A. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev. Brasileña de Epidemiologia, 13*(3), 502-512.
11. Calviño, M. (2002). *Análisis dinámico del comportamiento.* La Habana: Félix Varela.
12. Cano, A. (1995). El estrés laboral: Bases teóricas y Marco de intervención. *Ansiedad y estrés, 2*(#1), 35-48.
13. Cano, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés 9*(2-3), 203-229.
14. Cano, A. (2003). La naturaleza del Estrés. Retrieved from http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm
15. Cruzado, J., & (2007). Ética en cuidados paliativos. *Psicooncología, 4*, 205. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=28349036&lang=es&site=ehost-live.
16. Castro, J. A., Fuentes, J., & (2007). *Exploración de la presencia de estrés a reclutas en la unidad militar 1965 "Centro de preparación para el nuevo soldado"* Unpublished Tesis de Licenciatura Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas, Santa Clara.

17. Creagan, E. (2004). Burnout and balance: how to go the distance in the 21st century. *Cáncer Control, 11*(4), 266-268.
18. Coronel de Pace, C. P. (2009). Bienestar Psicológico. Consideraciones teóricas. Retrieved from http://www.google.com/search?q=%22bienestar+psicologico%22&btnG=Buscar&hl=es&prmd=ivns&ei=mZZSTdbrB4is8APNqunADw&sa=N&aq=f&aqi=&aql=&oq=
19. Chodkiewicz, C. (2003). Cáncer y Radioterapia. Retrieved from http://www.netdoctor.es/XML/verArticuloMenu.jsp?XML=000480
20. Chacón, M., & Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos *Rev. Cubana de Oncología, 13*(2), 118-125.
21. Díaz, T. M., Faxas, M. E., & Arango, M. (1998). Factores etiopatogénicos y moleculares en la génesis del cáncer. *Revista Cubana de Oncología, 14*, 42-50. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14-1-98/onc09198.htm
22. Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Española de Salud Pública, 78*(4), 505-516.
23. Estévez, L. (2010). *Estudio del Burnout en profesionales de Radioterapia, Servicio de Oncología.* Unpublished Tesis de Maestría Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz", Santa Clara.
24. Fernández-Ballestero, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos.* Madrid: Pirámide.
25. Fernández, A. (2008). Pirámide de Maslow. Retrieved from http://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow
26. Fernández, L. (2003). *Pensando en la Personalidad. Selección de lecturas (tomo 1)*. La Habana: Félix Varela.
27. Folkman, S., & S., L. R. (1985). If it changes, it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* (48), 150-170.
28. Gutiérrez, M. T., & Martínez, S. (2006). *Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas 14*, 19-30. Retrieved from http://portal.revistas.bvs.br/transf.phpsearch_exp=Salud
29. González, F. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. La Habana: Pueblo y Educación.
30. Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse* (1 ed. Vol. 2). Madrid: Síntesis.

31. Gelfand, D. V., Podnus, Y. D., & Carmichael, J. C. (2004). Affect of the 80 hour workweek on resident Burnout. *Arch Surg, 139*(9), 933-938.
32. Gómez, A., Gala, F. J., Guillen, C., & Lupiani, M. (2003). Intervención y prevención del estrés laboral. *Revista Psiquis, 24*(# 5), 226-235.
33. Grau, J., Hernández, E., & Vera-Villarroel, P. (2004). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. In E. Hernández & J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 204-211). México: Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara.
34. Hernández, G. (2007). *Riesgos psicosociales del trabajo en los servicios de Hemodiálisis y terapia intermedia del Hospital "Arnaldo Milián Castro.* Unpublished Tesis de Maestría, Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas, Santa Clara.
35. Hernández, C. I., Juárez, A., Hernández, E., & Ramírez, J. A. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Rev. Enferm IMSS, 13*(3), 125-132.
36. Hernández, R. (2003). *Metodología de la Investigación (Tomo 2)*. La Habana: Félix Varela.
37. …… (2003). *Metodología de la Investigación (Tomo 1)*. La Habana: Félix Varela.
38. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4 ed.). México: Mc Grau-Hill/Interamericana.
39. Hernández, Y. (2010). *Guía Psicoeducativa dirigida a la familia para potenciar el desarrollo cognitivo y social de niños sordociegos.* Unpublished Tesis de Licenciatura, Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas, Santa Clara.
40. Jex, S. M., & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of workrelated stressors: A multilevel study. *Journal of Applied Psychology, 84*(9), 349-361.
41. Jimmieson, N. (2000). Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy. *Works & Stress, 14*(4), 262-280.
42. Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.
43. Knapp, E. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana: Félix Varela.
44. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
45. Martínez, M., & Vásquez, M. (2004). *Psicología Organizacional. Selección de lecturas (Tomo 1)*. La Habana: Félix Varela.

46. Martínez, I., Marques-Pinto, A., Salanova, M., & Silva, L. d. (2002). El Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal. *Ansiedad y Estrés, 8*(3), 13-23.
47. Moreno, B. (2000). *El Estrés Asistencial. Manual de la Psicología de la Salud.* Madrid: Buela-Casal.
48. Marinello, Z. (1983). *Nociones y reflexiones sobre el cáncer*. La Habana: Científico-Técnica.
49. Martí, D. (2009). *Alternativa terapéutica ante el Síndrome de Burnout en servicios de atención al paciente grave cardiovascular.* Unpublished Tesis de Maestría, Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz”, Santa Clara.
50. Medina, Y. (2010). *Evaluación de la calidad de la Guía Psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes oncológicos en estadio clínico III y IV, en tratamiento quimioterapéutico.* Unpublished Tesis de Licenciatura, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara.
51. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. (1996). *Manual Maslach Burnout Inventory* (3ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
52. Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum 22*(2).
53. Molerio, O. (2004). *Actualidad en Estrés*. Santa Clara: Samuel Feijoó.
54. Maslach, C. (2001). ¿What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health, 16*(5), 607-611.
55. Núñez A, Martí D, Sardiñas E. (2007). *Desgaste profesional: Comportamiento en los Servicios de Urgencias.* Trabajo presentado en Memorias del XII Congreso de la SOCENF y I Simposio Cubano de Cuidados paliativo, junio, La Habana: Palacio de las Convenciones.
56. Núñez de Villavicencio, P.F. (2001). *Psicología y Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
57. Ortega, C., & López, F. (2004). El Burnout o síndrome de “estar quemado” en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 4*(2), 137-160.
58. Pérez, S., & Pérez, A. (2009). *Validación de la Guía Psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes con enfermedad oncológica con tratamiento quimioterapéutico.* Unpublished Tesis de Licenciatura Universidad Central “Martha Abreu” de las Villas, Santa Clara.

59. Pérez de la Cruz, V. (2007). *Caracterización del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros del Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero".* Unpublished Tesis de Maestría, Universidad Central " Martha Abreu" de las Villas, Santa Clara.
60. Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
61. Pascual, Y. (2010). *Exploración de procesos autorreferenciales, en pacientes preoperatorias con cáncer de mama y satisfacción con la intervención psicoterapéutica recibida.* Unpublished Tesis de Licenciatura, Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas, Santa Clara.
62. Richard, M. C., & Sacchi, C. (1999). Algunas variables moduladoras del estrés. *Revista Latinoamericana de Psicología, 5*(2), 355-366.
63. Rizzo, J., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly, 15*(3), 150-163.
64. Roca, M. A. (2000). *Psicología Clínica. Una visión General.* La Habana: Félix Varela.
65. Roselló, D. M., & Núñez, Y. (2008). *Elaboración de una guía psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes oncológicos en estadio clínico III y IV, sometidos a Quimioterapia. .* Unpublished Tesis de Licenciatura Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas, Santa Clara.
66. Ramos, F., Fernández, B., Contador, I., & Hernández, L. (2006). El síndrome de Burnout en funcionarios de vigilancia del centro penitenciario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3), 599-611.
67. Rodríguez, J., Blanco, M., Issas, S., Romero, P., & Ganoso, P. (2005). Relación de la Calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de Atención Primaria. *Atención Primaria, 36*(8), 442-447.
68. Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev. Cubana Salud Pública, 29*(2), 103-107.
69. Roque, Y., & Molerio, O. (2002). Estrés Laboral. Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Retrieved from www.psiologiacintifica.com
70. Salanova, M., Grau, J., & Martínez, M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador profesional. *Anuales de Psicología, 3*, 24-35.
71. Salanova, M., Peiró, J. M., Schaufeli, W. B., & (2002). Self-efficacy Specificity and Burnout among Information Technology Workers: An extension of the Job Demands-Control Model. . *European Journal on Work and Organizational Psychology, 11*(3), 2-7.

72. Salanova, M., Schaufeli, W., & Peiró, J. M. (2000). Desde el Burnout hasta el Engagement ¿una nueva perspectiva? *Del trabajo y las organizaciones, 16*(#2), 205-211.
73. Treto, A. M. (2009). *Validación de una guía psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes oncológicos en estadio clínico III y IV, sometidos a Quimioterapia.* Unpublished Tesis de Maestría Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz". Santa Clara.
74. Victoria, C. R. (1992). *Estrés: ¿Cómo enfrentarlo?* La Habana: Ciencias Médicas.
75. Villalva, J. (2008). Cáncer. Retrieved from http://www.monografias.com/trabajos12/cance/cance.shtml
76. Zaldívar, D. (1996). *Conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: Científico- Técnica.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

Estimado/a compañero/a:

Se está llevando a cabo una investigación por la Facultad de Psicología de la Universidad Central "Martha Abreu" de las Villas, que tiene como propósito diseñar una guía psicoeducativa para atenuar y prevenir el estrés laboral en los profesionales del Servicio de Oncología, por lo que estamos solicitando su colaboración voluntaria para tales efectos.

Se recopilará la información a través de instrumentos sencillos. Esta información tendrá carácter confidencial. Usted puede salir de la investigación en el momento que así lo considere pertinente.

De ahí que pidamos su consentimiento una vez conocido el propósito de la investigación.

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente participar.

_____ _____

Nombre y apellidos del participante Firma

_____ _____

Nombre y apellidos del investigador Firma

_____

Fecha

Anexo 2

Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Sexo: ____ Edad: _____ Servicio donde labora: _____

Estado civil: Soltero_____ Casado _____ Divorciado_____

Nivel de estudios terminados: Medio____ Medio-superior____ Superior _____

Profesión actual y Categoría ocupacional: _____

Horario _____ turno _____

Antigüedad en el trabajo actual_____ y en la profesión _____

Usted encontrará aquí 22 frases relacionadas con los sentimientos que experimenta en su trabajo. Lea cada frase y marque la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo a la Escala siguiente:

(0) nunca

(1) pocas veces al año o menos

(2) una vez al mes

(3) unas pocas veces al mes

(4) una vez a la semana

(5) pocas veces a la semana

(6) todos los días.

Frases	Frec. (0-6)
1-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2-Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3-Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	
4-Fácilmente comprendo como se sienten las personas.	
5-Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales.	
6-Trabajar todos los días con personas es un esfuerzo.	
7-Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	
8-Me siento "quemado" por mi trabajo.	
9-Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.	
10-Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	
11-Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12- Me siento muy activo.	
13-Me siento frustrado en mi trabajo.	
14-Creo que estoy trabajando demasiado.	
15-No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.	
16-Trabajar directamente con personas me produce estrés.	
17-Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	
18-Me siento estimulado después de trabajar con las personas.	
19-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	
20-Me siento acabado-a.	
21-En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	
22-Creo que las personas con las que trato me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo 3

Entrevista Psicológica Semiestructurada

Se analizará el comportamiento de diferentes roles en la vida del trabajador a través de una entrevista en la cual el entrevistador realiza una conversación amena sin elementos sugerentes ni interrogantes, su propósito esencial es evaluar los siguientes puntos:

Estado de Salud.

1. ¿Padece de alguna enfermedad psicosomática o manifestación física?
2. ¿Ha presentado alteraciones emocionales en su vida: Depresión / Ansiedad / Frustración / Miedo / Otras?

Situación Social.

3. Ingestión de bebidas alcohólicas o drogas.
4. Hábito de fumar. Informar cantidad de cigarrillos diarios.

Situación Personal.

5. Auto-percepción de su estado Emocional (bien/ regular /mal)

Situación familiar.

6. ¿Presenta alguna situación familiar que lo agobie o preocupe?

Situación Laboral.

7. ¿Presenta alguna situación laboral que lo agobie o preocupe?
8. ¿Siente satisfacción por la labor que desempeña?
9. ¿Cómo considera que son sus relaciones interpersonales con el resto del equipo de salud (Médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares)?
10. ¿Considera que cuenta con todos los recursos (Recursos Materiales, Recursos estructurales, Recursos Psicológicos) para afrontar las situaciones que se le presentan en el desempeño de su rol profesional?
11. ¿Tiene conocimiento de los factores de su entorno laboral que actúan como estresores?
12. ¿Tiene conocimiento de la existencia del Estrés laboral y sus características fundamentales?
13. ¿Siente la necesidad de actualizar sus conocimientos y habilidades en materia de estrés laboral?
14. ¿Siente ocasionalmente la necesidad de recibir ayuda en la esfera psicológica?

Anexo 4

Guía de Observación

1. Expresión facial: serio/a, preocupado/a, depresivo/a, risueño/a, huraño/a, atento/a.
2. Postura: apoyada, recostada, relajada, cambios de posición.
3. Conducta: intranquilidad, rubor, sudoración, tics, levantarse y caminar, gestos moderados, gestos expansivos, retraimiento, movimientos continuos de pies y manos.
4. Expresión oral: velocidad lenta, velocidad rápida, cambios bruscos en el tono, sonidos extraños, tono adecuado acorde con el paciente, tono fuerte o seco que denota irritabilidad, bloqueos, silencios, incoherencia, lenguaje reducido.
5. Apariencia física: higiene personal, arreglada/o, desaliñado/a, vestimenta adecuada, inadecuada.
6. Actitud ante la relación Médico–Paciente: dispuesta, rechazante, evasiva, temerosa.
7. Actitud ante el examinador: Colaboradora, temerosa, hostil e intranquila.
8. Cumplimiento del horario de descanso establecido.

Anexo 5

Cuestionario de Satisfacción con la Calidad de los Servicios Recibidos

Estimado Paciente: Los resultados de este cuestionario son importantes para la valoración de aspectos relacionados con su satisfacción por la atención médica que ha recibido. Exprese su opinión mediante una cruz sobre los siguientes aspectos a continuación. Tiene un carácter anónimo, agradecemos su colaboración. Gracias.

1) Datos Generales:

   -------- Edad
   -------- Sexo
   -------- Nivel escolar

2) ¿Cómo usted considera el trato brindado por el personal médico que lo ha atendido?
   ------- Bueno
   -------- Malo
   -------- Regular

3) ¿Para la realización de los exámenes de detección de su enfermedad solicitaron su consentimiento?
   ------- Si --------- No

4) ¿El personal médico ha profundizado en la información sobre la enfermedad que usted padece?
   ------- Siempre -------- Nunca --------- En ocasiones

5) ¿Le han aclarado dudas e inquietudes acerca de su enfermedad?

   ------- Siempre -------- Nunca --------- En ocasiones

6) ¿Le han explicado a tu pareja y familia los beneficios y perjuicios que podías sufrir con las investigaciones realizadas?
   ------- Siempre -------- Nunca --------- En ocasiones

7) ¿Permiten que tu pareja y familia participe en todo proceder que se realiza?
   ------- Si -------- No

8) ¿Siente que se preocupan y ocupan de su salud física, estados de ánimo y salud mental?
   ------- Si --------- No

9) En la consulta usted nota que le prestan atención a sus preocupaciones y lo escuchan activamente.
   ------- Siempre -------- Nunca -------- En ocasiones

10) ¿De que forma le explicaron los resultados y la conducta posterior a seguir?

-------- Adecuada --------- Inadecuada

11) ¿Qué mejoría alcanzó en su estado de salud con el servicio recibido por el personal médico?

----- Total ------- Alguna ------- Ninguna

12) En términos generales ¿Cómo se sintió usted con el servicio recibido?

-------- Satisfecho

-------- Medianamente Satisfecho

-------- Insatisfecho

Anexo 6

Especialistas consultados para la valoración de la Guía Psicoeducativa

1. Lic. Maslem Ferrer Oves. Licenciada en Enfermería. Jefa de Enfermeras de Sala; con 12 años de experiencia en su especialidad. No presenta categoría docente pero ocupa un cargo administrativo en el Hospital “Celestino Hernández Robau” de Villa Clara (Jefa de Sala de Cirugía).
2. Lic. Ramón Ortiz Carrodeguas. Especialista en Oncología. Máster. Jefe de la Oficina de Control de Cáncer; con 15 años de experiencia en su especialidad. Categoría Docente Auxiliar.
3. Lic. Sergio Santana Rodríguez. Máster. Especialista en segundo grado de Oncología. Jefe de Cátedra de Oncología Clínica; con 25 años de experiencia en su especialidad. Categoría Docente Auxiliar.
4. Lic. Lisy Rodríguez. Especialista en primer grado de Oncología. Máster; con 15 años de experiencia en su profesión. Categoría Docente Instructor.
5. Lic. Esther Lucía de Armas Ramírez. Especialista en segundo grado de Oncología; con 25 años de experiencia en su especialidad. Categoría Docente Asistente.
6. Lic. Diosvany Hernández Plasencia. Especialista en primer grado de Oncología. Subdirector Clínico del Hospital “Celestino Hernández Robau” de Villa Clara; con 10 años de experiencia en su especialidad. Categoría Docente Instructor.
7. Lic. Aguedo M. Treto González. Especialista en Oncología. Máster; con 30 años de experiencia en su profesión. Categoría Docente Asistente.

Anexo 7

Cuestionario de criterios de usuarios

Ítem Sesiones	Calidad de la elaboración de la Guía.	Idoneidad de la Guía.	Coherencia entre los temas.	Cumplimiento de los objetivos.	Satisfacción con el diseño.	Aceptación del término.	Aplicabilidad de la Guía.
Sección 1	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3
Sección 2	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3
Sección 3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3	Evaluar de 1 a 3 _____1 _____2 _____3

_____1.Total desacuerdo

_____ 2. Parcial acuerdo

_____ 3. Total acuerdo

Anexo 8

Tabla 1: Distribución de la muestra según el sexo. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

Sexo	Profesionales	Porcentaje
Masculino	7	41.2
Femenino	10	58.8
Total	17	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 9

Tabla 2: Grupos de edades de los profesionales de Oncología. Hospital "Celestino Hernández Robau". 2011.

Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Entre 32 y 40 años	1	35,3	35,3
Entre 41 y 49 años	2	35,3	70,6
Entre 50 y 58 años	3	23,5	94,1
Entre 59 y 67 años	6	5,9	100,0
Total	17	100,0	-----

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 10

Tabla 3: Profesionales según el estado civil. "Celestino Hernández Robau" 2011.

	Profesionales	Porcentaje
Divorciado	3	17.6%
Casado	10	58.8%
Soltero	4	23.5%
Total	17	100.0%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 11

Tabla 4: Distribución de las diferentes categorías ocupacionales de los profesionales del Servicio de Oncología. "Celestino Hernández Robau" 2011.

Ocupación	Profesionales	Porcentaje
Quimioterapeutas	2	11.8
Técnico en Anestesia	1	5.9
Enfermeras de Cirugía	2	11.8
Enfermeras de Quimioterapia	2	11.8
Técnico de Quimioterapia	1	5.9
Técnico de Radioterapia	1	5.9
Enfermera de Radioterapia	2	11.8
Radioterapeutas	2	11.8
Médico	1	5.9
Cirujanos	3	17.6
Total	17	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 12

Tabla 5: Tiempo en la profesión de los trabajadores de la muestra. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

Tiempo en la profesión	Profesionales	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Entre 10 y 15 años	6	35.3	35.3
Entre 16 y 21 años	5	29.4	64.7
Entre 22 y 26 años	4	23.5	88.2
Más de 26 años	2	11.8	100,0
Total	17	100,0	---

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 13

Tabla 6: Tiempo en el trabajo actual de los profesionales del Servicio de Oncología. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

Tiempo en el trabajo actual	Profesionales	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Entre 1 y 5 años	1	5.9	5.9
Entre 6 y 10 años	2	11.8	17.6
Entre 11 y 15 años	3	17.6	35.3
Entre 16 y 20 años	6	35.3	70.6
Más de 20 años	5	29.4	100
Total	17	100,0	-----

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 14

Tabla 7: Distribución de los profesionales según el nivel de estrés laboral y el sexo. Hospital "Celestino Hernández Robau", 2011.

		Sexo de los Profesionales				Total	
		Masculino		Femenino			
		Profesionales	Porcentaje	Profesionales	Porcentaje	Profesionales	Porcentaje
Grado de stress laboral de los profesionales	Sin stress	2	11.8%	3	17.6%	5	29.4%
	Bajo	2	11.8 %			2	11.8%
	Moderado	2	11.8%	2	11.8%	4	23.5%
	Alto	2	11.8%	4	23.5%	6	35.2%
Total		8	47.1%	9	52.9%	17	100.0%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico (MBI)

Anexo 15

Tabla 8: Necesidad sentida y disponibilidad de recursos del personal de Oncología. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

Criterios expresados por los profesionales		Si		No		Total	
		Profesionales	%	Profesionales	%	Profesionales	%
Disponibilidad de suficientes recursos	Materiales	4	23,5	13	76,5	17	100
	Estructurales	4	23,5	13	76,5	17	100
Necesidad sentida de recibir ayuda psicológica.		10	58,8	7	41,2	17	100

Fuente: Entrevista Semiestructurada

Anexo 16

Tabla 9: Distribución de los profesionales según la postura y conducta asumida. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

		Postura de los profesionales				Total	
		Relajada		Cambios de posición			
		Porcentaje	Profesionales	Porcentaje	Profesionales	Porcentaje	Profesionales
Conducta de los profesionales	Intranquilidad	5.9%	1	35.3%	6	41.2%	7
	Gestos moderados	35.3%	6	5.9%	1	41.2%	7
	Gestos expansivos	5.9%	1			5.9%	1
	Movimientos continuos de pies y manos	5.9%	1	5.9%	1	11.8%	2
Total		52.9%	9	47.1%	8	100.0%	17

Fuente: Observación Participante

Anexo 17

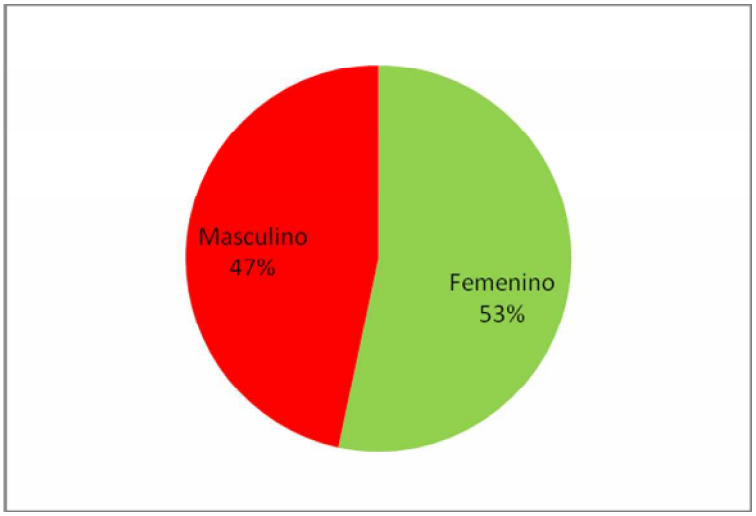
Tabla 10: Grupos de edades de los pacientes encuestados. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

Edad	Pacientes	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Entre 40 y 47 años	9	25.7	25.7
Entre 48 y 55 años	8	22.9	48.6
Entre 56 y 63 años	6	17.1	65.7
Entre 64 y 71 años	10	28.6	94.3
Entre 72 y 79 años	2	5.7	100.0
Total	35	100,0	---

Fuente: Cuestionario de Satisfacción

Anexo 18

Gráfico 3: Pacientes según el sexo. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.



Fuente: Cuestionario de Satisfacción

Anexo 19

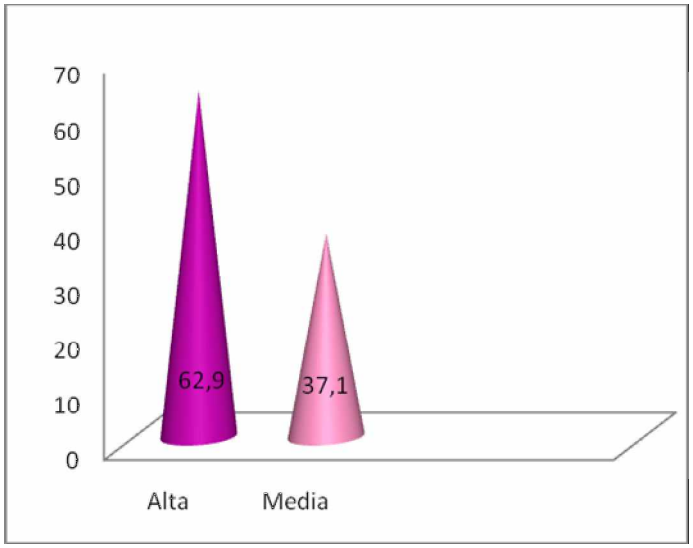
Tabla 11: Distribución de los pacientes según su procedencia. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

		Casos	Porcentaje
Procedencia de los pacientes	Rural	12	34.3%
	Urbana	23	65.7%
Total		35	100.0%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción

Anexo 20

Gráfico 4: Nivel de atención que reciben los pacientes por parte de los profesionales del Servicio de Oncología. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.



Fuente: Cuestionario de Satisfacción

Anexo 21

Tabla 12: Distribución de pacientes de acuerdo a la procedencia y nivel de satisfacción. Hospital "Celestino Hernández Robau" 2011.

		Procedencia de los pacientes				Total	
		Rural		Urbana			
		Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
Nivel de satisfación de los pacientes	Medio	4	11.4%	5	14.3%	9	25.7%
	Alto	8	22.9%	18	51.4%	26	74.3%
Total		12	34.3%	23	65.7%	35	100.0%

Fuente: Cuestionario de Satisfacción

Anexo 22

Tabla 13: Correlación entre la valoración que hacen los pacientes y el nivel de satisfacción alcanzado.

Correlaciones

			Valoración de los pacientes	Nivel de satisfación de los pacientes
Rho de Spearman	Valoración de los pacientes	Coeficiente de correlación	1.000	1.000**
		Sig. (bilateral)	.	.
		N	35	35
	Nivel de satisfación de los pacientes	Coeficiente de correlación	1.000**	1.000
		Sig. (bilateral)	.	.
		N	35	35

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario de Satisfacción