



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL



INFLUENCIA DE ALGUNOS FACTORES PSICOSOCIALES Y DE CAPACITACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO

AUTORES:

Br. Bruzzese, Florencia
Br. Lima, Carina
Br. Lopez, Eliana
Br. Serra, Karla
Br. Trindade, Jannet

TUTORES:

Lic. Enf. Garay, Margarita
Lic. Enf. Capezzuto, Beatriz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2005

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
FUNDAMENTACIÓN	2
OBJETIVOS.....	4
MARCO CONCEPTUAL.....	5
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	12
- Método.....	12
- Definición y operacionalización de las variables.....	13
RESULTADOS.....	15
ANÁLISIS	30
CONCLUSIONES.....	32
SUGERENCIAS.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS	
ANEXO I : CARTA SOLICITUD DE PERMISO ÉTICO PARA OPERACIONALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	37
ANEXO II : PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.....	39
ANEXO III: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO.....	50
ANEXO IV: INSTRUMENTO.....	53

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se expone a continuación, fue realizado por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República, cursando 4º ciclo, 1º módulo y que surge como requisito curricular para obtener el título de grado.

El presente trabajo es una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, de corte transversal, que se ejecutó en la República Oriental del Uruguay, en una ciudad del interior del país, en un Hospital público, en los servicios de cirugía y medicina, en noviembre de 2005.

El tema seleccionado surge de experiencias prácticas realizadas por las integrantes del grupo investigador durante el transcurso de la carrera, quienes observaron las distintas reacciones de los integrantes del equipo de salud que asistían a pacientes en etapa terminal. Esto condujo a formular la siguiente interrogante: ¿Influyen algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería (Licenciados y Auxiliares) frente al paciente terminal oncológico?

Para dar curso a esta investigación, se seleccionaron algunos factores psicosociales y de capacitación, que se consideraron vinculados al comportamiento del personal de enfermería que trabaja con este tipo de paciente, y se planteó el objetivo de identificar su influencia.

Para cumplir con dicho objetivo, se elaboró un formulario individual y anónimo que se aplicó a todos los Licenciados en enfermería operativos y Auxiliares de enfermería que han asistido a pacientes terminales oncológicos en los servicios de cirugía y medicina, en el hospital anteriormente mencionado.

Luego de una extensa revisión bibliográfica, el grupo investigador consideró que se cuenta con más estudios dirigidos hacia el cuidado del paciente y la familia que aquellos que se enfocan a estudiar los aspectos que involucran el cuidado de la salud mental de los licenciados y auxiliares de enfermería que trabajan con pacientes terminales oncológicos. La importancia de la presente investigación radica en poder contribuir al conocimiento de esta temática y tal vez impulsar a investigaciones posteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Influyen algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería (Licenciados operativos y Auxiliares) frente al paciente terminal oncológico, en un Hospital público en noviembre de 2005?

FUNDAMENTACIÓN.

La idea de la muerte genera en el ser humano la angustia de reconocer y tener que aceptar la finitud de su propia existencia.

Desde el inicio de la carrera, si bien han sido muchas las situaciones gratificantes, también lo han sido las situaciones de convivencia con la agonía y la muerte.

En muchas oportunidades durante el transcurso de la experiencia práctica se pudo observar las distintas reacciones de los integrantes del equipo de salud que asistían a pacientes en estado terminal. Entre ellas, la conducta evitativa, la falta de comunicación con el paciente, la realización de los procedimientos mínimos necesarios y el delegar tareas propias a otros compañeros, fueron las predominantes.

Luego, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y los medios audiovisuales consultados por el grupo, se pudo deducir, que el hecho de trabajar con pacientes terminales, enfrenta al personal a un reto constante, en donde se conjugan muchos aspectos esenciales para brindar un cuidado de enfermería acorde a las necesidades de este tipo de pacientes. Para ello es indispensable el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan abordar los problemas con seguridad y en forma oportuna; contar con una fluidez en la comunicación entre el equipo de enfermería – paciente – familia que conduzca a canalizar las dificultades que se presentan, trabajar dentro de un marco de apoyo mutuo entre los integrantes del equipo para proteger la salud mental de los mismos ante la convivencia cotidiana de la agonía y la muerte cercana. No menos importante se considera a la formación continua, ya que esta aparece como un pilar fundamental que brinda las herramientas básicas necesarias para desarrollar buenas prácticas laborales.

Se parte de la base de que el personal de salud que trabaja con pacientes terminales oncológicos, está sometido a situaciones particulares, diferentes del resto de los profesionales que trabaja en otra área de la salud, donde la afectación emocional adquiere mayor relevancia. "Dada la complejidad de las demandas asistenciales del paciente oncológico, diversos estudios se han referido a las afectaciones a las que está expuesto el personal de salud y especialmente el personal de enfermería que brinda estos servicios. Se reportan reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira, que además de afectar al personal asistencial puede entorpecer la eficacia del cuidado a los pacientes y la comunicación adecuada con el enfermo".¹ González Barón también afirma que, "el diagnóstico de cáncer y el estadio avanzado de la enfermedad desencadena una plétora de problemas psicosociales en la persona enferma, en sus familiares y en el equipo asistencial; todos ellos fuentes de estrés, ansiedad y sufrimiento añadidos."²

¹ Chacón Roger, M., Grau Abalo, J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *La oncología en Cuba*. [Rev. Cubana Oncol] 1997; [citado de 5 de agosto de 2005]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/oncsu297.htm

² González Barón, M. y col. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996. cap. 79. p. 1093.

Por lo antedicho el grupo investigador cree que, el hecho de trabajar habitualmente con este tipo de pacientes, podría afectar psicológicamente al cuidador, repercutiendo en su calidad de vida, en las relaciones interpersonales y familiares y a su vez, en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Como grupo se comparte el pensamiento de González Barón, quien expresa que “el acompañar y dar apoyo a una persona que está enfrentada con su propia muerte es siempre una labor demandante, agotadora y estresante, pero es una de las cosas más valorables que un ser humano puede hacer por otro”.³

Se considera que el poder profundizar en este tema, permitirá realizar sugerencias que contribuyan en un futuro a un mejor desempeño del equipo de enfermería en ésta área.

³ González Barón, M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996. cap. 79. p. 1093.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la influencia de algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico, en un hospital público, en noviembre de 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los integrantes del equipo de enfermería que trabaja con pacientes terminales oncológicos, en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público del interior, según: edad, sexo, cargo que ocupa en la institución, años de trabajo en el servicio, multiempleo.
- Identificar los factores psicosociales: sentimientos frente al paciente terminal oncológico, afectación por la edad del paciente, experiencias previas en la relación enfermero-paciente y apoyo psicosocial, que influyen en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico.
- Identificar la influencia de la capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico.

MARCO CONCEPTUAL

La enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

El rol de la enfermera es fortalecer la capacidad reaccional del ser humano:

*Rol de suministrar cuidados, soporte, ayuda y escucha.

*Rol de defensora de los derechos.

*Rol de coordinadora entre los miembros del equipo, entre los usuarios y su familia.

En el desempeño del que hacer de enfermería, la enfermera se ve expuesta a situaciones y presiones que le exigen adaptarse al medio cambiante en el que trabaja. La conducta es un intento de adaptación al medio, sirve para satisfacer nuestras necesidades y así mantener al hombre en equilibrio.

Bleger define la conducta como "todas las manifestaciones del ser humano, cualesquiera sean sus características de presentación".⁴

Como características, se pueden destacar las siguientes: tiene por lo menos un estímulo que la origina; tiene la finalidad de resolver tensiones para volver al equilibrio que se pierde siempre y tiene una significación, la conducta expresa la personalidad del individuo.

Bleger define además que la finalidad de la conducta coincide con el concepto de homeostasis, que en psicología se refiere a que el campo psicológico tiende a mantener constantes sus condiciones de equilibrio o a recuperarlas si las ha perdido; esta tendencia a la desorganización o al desequilibrio proviene en parte de la propia inestabilidad del campo psicológico, pero también del campo ambiental o geográfico. Se tiende a mantener una imagen del mundo externo que no perturbe el campo psicológico, y también en función de ello se percibe o se reprime la percepción (se modifica el mundo externo a las necesidades del ser humano). Sin embargo, tampoco se logra mantener invariable la estructura del campo psicológico y de la personalidad total y cada vez que se ha recuperado el equilibrio, la estructura no vuelve nunca a ser exactamente la misma que existió antes (esto posibilita el proceso de aprendizaje). (Bleger, 1995).

La personalidad se desarrolla y se va acumulando a lo largo del ciclo vital, es algo inherente al sujeto, es la esencia psicológica de cada uno.

Jeanmet 1982, "la personalidad no es un dato biológico, transmitido hereditariamente. Es una elaboración progresiva, es una interacción constante entre el individuo y su ambiente. Esta elaboración se haya en renovación permanente y susceptible de trastornos y

⁴ Bleger, J. Psicología de la conducta. 14ª edición. Argentina: Editorial Paidós; 1995, p. 26

desorganizaciones bajo el efecto de traumatismos provenientes del propio interior del sujeto o del mundo externo".⁵

"Para Freud, personalidad es la integración del ello, el yo y el superyo".⁶

El yo representa el polo defensivo de la personalidad, puesto que, motivado por la percepción de un efecto displacentero pone en marcha una serie de mecanismos de defensa.

"Las conductas defensivas son las técnicas con las que opera la personalidad total, para mantener un equilibrio homeostático, eliminando una fuente de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad."⁷ Estas no existen solamente en los procesos patológicos, sino que intervienen normalmente en el ajuste y desarrollo de la personalidad. En todo momento que fracasan aparece la ansiedad.

La mayoría de las veces los mecanismos de defensa son inconscientes. La flexibilidad o la rigidez con que sean utilizados van a depender de la fortaleza yoica de la persona.

En el encuentro entre la enfermera y el paciente, aparecen sentimientos, actitudes y conductas. Estas corresponden a pautas que han establecido en el curso de su desarrollo, de su vida, o sea, dependen en alto grado de la historia personal de cada uno.

La transferencia del paciente sobre el personal puede variar desde la admiración al menosprecio, e integra la parte irracional e inconsciente de su conducta.

En la contratransferencia o contraactitud del personal, si aparecen esos sentimientos, conductas y se actualizan en ese momento, es porque hay características del paciente que hacen que esto sea así, (por ejemplo: la edad, el sexo, características físicas, etc...).

La transferencia y la contratransferencia están influenciadas por los mecanismos de defensa que utilizan tanto el enfermero, como el paciente y sus familiares para protegerse de la angustia que genera la enfermedad y todo lo que lo rodea.

"El contacto directo con seres humanos como tales, enfrenta al personal de salud con su propia vida, su propia salud o enfermedad, sus propios conflictos y frustraciones. Si no se gradúa este impacto, su tarea se hace imposible. O bien está dominado por una excesiva ansiedad, o bien se desinteresa y no pone ninguna carga afectiva en lo que hace y su tarea se puede volver estéril".⁸

Según Denise Defey, los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados son: la negación, la identificación y la disociación. Respecto a la identificación, en ciertas situaciones la enfermera puede sentirse vulnerable, como puede ocurrir cuando cuida de un paciente que le recuerda algo de sí mismo o de algún familiar, cuando es de su propia edad, cuando lleva su nombre, o cuando tiene condiciones de vida semejantes. Es en estos casos que puede ocurrir una reacción de identificación, que enciende su propio temor a la muerte, conduciéndolo a experimentar distintas reacciones como puede ser, evitar todo contacto con el paciente o por el contrario, una sobre implicación con respecto al mismo.

⁵ Tuzzo, R. Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales. Montevideo: Oficina del libro AEM; 2000. p. 48.

⁶ Tuzzo, R. Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales. Montevideo: Oficina del libro AEM; 2000. p. 48.

⁷ Bleger, J. Psicología de la conducta. 14ª edición. Argentina: Editorial Paidós; 1995. p. 159.

⁸ Defey, D, Roselló, J. L., Fridler, R. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo: CLAP. Editorial Roca Viva. Publicación científica N° 1173. cap. 2. p. 36.

Estos mecanismos que son normales, pueden tomarse patológicos cuando se presentan de una manera rígida y estereotipada, lo que facilita su observación y cuando impiden una adecuada adaptación del individuo a la realidad.

Durante el transcurso de la experiencia práctica de las diferentes integrantes del grupo investigador, pudieron observar en varias oportunidades, como el personal de salud evita el contacto con los pacientes terminales. Con respecto a esto Denise Defey menciona que: "especialmente cuando se trata de pacientes terminales, o situaciones particularmente angustiosas, para el manejo de las cuales el personal de salud no ha sido habitualmente entrenado, se tiende a huir y evitar el contacto con el paciente o sus familiares, o a evadirse de situaciones difíciles como el proporcionar información que se sabe va a resultar muy angustiosa para el paciente o sus familiares."⁹

Dado el aumento de las enfermedades crónicas y terminales que se observa actualmente, enfermería se encuentra en mayor contacto con este tipo de pacientes. Cuando los pacientes se vuelven terminales, sus necesidades así como las de su familia cambian cualitativamente y se hace indispensable la implementación de medidas terapéuticas específicas para el tratamiento de éste tipo de pacientes, es por ello que es de vital importancia que el enfermo cumpla con una serie de condiciones para ser considerado como un paciente terminal (según la Secpal: Sociedad Española de Cuidados Paliativos), entre ellas:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de diversos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

"El hombre tiene miedo a acercarse a todo lo que tenga relación con la muerte. Y como no puede vencerla, tiende a ignorarla o a ocultarla. En este sentido, la muerte se vive como un fracaso que genera angustia."¹⁰

La muerte conduce irremediamente al proceso de duelo de todos los involucrados en la situación, o sea, paciente, familia y equipo de salud.

La palabra "duelo" proviene del latín "duellum" y significa "dolor" y también "desafío o combate entre dos". El duelo es la respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, sin importar cuán insignificantes o profundos sean. El grado de desequilibrio que la persona experimenta depende del grado de importancia que tiene para ella la pérdida.

El duelo no es un proceso exclusivamente racional. Es una respuesta física y emocional a una interrupción en las actividades y el curso habitual de vida. Es un proceso dinámico y

⁹ Defey, D, Roselló, J. L., Fridler, R. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo: CLAP. Editorial Roca Viva. *Publicación científica* Nº 1173. cap. 2. p. 39.

¹⁰ González Baró, M. y col. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996. cap. 78. p. 1088.

complejo que involucra al individuo en lo físico y en lo psíquico, en sus aspectos concientes e inconscientes por lo cual se afectan los vínculos con las demás personas.

En ocasiones, el duelo por la muerte de un ser querido comienza para sus familiares cuando aún está viva la persona. Es muy común que esto ocurra cuando se anuncia la futura muerte de un paciente que cursa una enfermedad terminal, es como si empezaran a vivir el proceso de duelo anticipadamente. Si bien esa persona va a morir, aún está viva y es cuando más necesita afecto y apoyo.

Cuando el duelo ha comenzado, se hace difícil para los familiares acompañar al enfermo, oír las demandas y los deseos de esa persona, moribunda, pero aún viva. El duelo es tan doloroso porque al dolor por la pérdida del ser querido, se agrega el dolor y el temor ante la idea de la propia muerte.

La enfermera también puede experimentar el duelo trabajando con pacientes moribundos, esta necesita conocer la relación que mantiene con el paciente y familia y en que forma puede afectar su propio duelo.

Cuando la enfermera experimenta varias pérdidas y no consigue procesarlas adecuadamente puede experimentar una sobrecarga de aflicción.

Enfermería ha sido entrenada para curar, para aliviar el dolor y el tener que enfrentar la muerte, en muchas ocasiones genera una sensación de impotencia, frustración y tristeza.

Parkers (1984), entrevistó a una amplia muestra de estudiantes de enfermería y encontró que la agonía y la muerte eran los principales factores de tensión en sus materias. Este descubrimiento está corroborado por varios estudios (Sherr, 1988; Lazarus, 1971; Menzis, 1976). Los problemas también pueden tener origen en la falta de comprensión en relación a como ayudar mejor a los pacientes y a otros.

“Sin embargo, y siendo la muerte parte de la vida profesional del médico y de la enfermera, es algo para lo que, en la gran mayoría de los casos, no han recibido preparación, ni instrumentos con que manejarse, lo cual muchas veces lo lleva a negar la existencia de estas vivencias. Es así que mucha gente cree que el médico o la enfermera son personas a las que no afecta el dolor ni la angustia ante la enfermedad y la muerte.”¹¹

Por lo tanto, se debe considerar la educación efectiva y la capacitación del equipo asistencial, como pilares fundamentales. Las posibles razones incluyen:

- Antes de la primera exposición resulta ventajoso saber comprender y anticipar las consecuencias. La capacitación brinda ésta preparación.
- Los asistentes necesitan conocer las habilidades que pueden facilitar su trabajo para ayudar a una persona, a una familia y a otros compañeros.
- La capacitación puede proveerlos de la habilidad para aprender de sus experiencias de una manera activa más allá de jugar papeles pasivos.

¹¹ Defey, D, Roselló, J. L., Fridler, R. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo: CLAP. Editorial Roca Viva. Publicación científica Nº 1173. cap. 2. p. 41.

- La capacitación puede ayudar a lograr la introspección de las angustias, frustraciones y obstáculos que pueden enfrentar así como proporcionarles las técnicas para resolver los problemas relativos a como hacerle frente a todo esto.
- La capacitación puede sensibilizarlos ante las necesidades de los otros.

Las tres principales oportunidades para el aprendizaje son: antes, durante y después de la exposición. La enseñanza tradicional está enfocada a la primera oportunidad. El equipo generalmente es entrenado antes de la exposición y la cantidad de información recibida durante y después de ésta, con frecuencia está limitada al aprendizaje informal y a algunos cursos aislados. Así, muchos integrantes del equipo de salud anecdóticamente pretenden aprender mucho de sus experiencias. Por esto, se considera que sería beneficioso para el equipo de salud que el aprendizaje se cumpliera en las tres instancias mencionadas al principio.

Hablando específicamente del tema en el cual se trabajará: **paciente terminal oncológico**, pareció interesante citar el pensamiento de Rosser y Maguire (1982), el cual se comparte como grupo:

*"No cabe duda de que hay algo misterioso en relación con el cáncer, es especial, siniestro.....los pacientes reaccionan mejor ante un padecimiento coronario que ante el cáncer..... ellos piensan que tienen un mejor pronóstico. Con honestidad, yo de manera irracional, pienso lo mismo (me refiero emocionalmente, no a nivel de estadística)."*¹²

Una de cuatro personas en el hemisferio occidental padecerá de cáncer en algún momento de su vida y una de cada cinco de ellas morirá por ésta causa. En el Uruguay en el bienio 1996 -1997, se registraron 25988 casos incidentes, de los cuáles el 51% ocurrieron en hombres y el 49% en mujeres. Los 5 cánceres más frecuentes en hombres fueron: pulmón, próstata, colo-recto, piel y estómago, mientras que en mujeres fueron: mama, colo-recto, cuello uterino, piel y pulmón. En el quinquenio 1994 - 1998, la mortalidad fue de 36778 casos, de los cuales el 57,06% correspondió a hombres, el 42,94% restante, correspondió a mujeres. Los cánceres más frecuentes fueron, en hombres, de pulmón, próstata y colo-recto, mientras que en mujeres fueron, mama, colo-recto y estómago (última información publicada por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer). Sin embargo mayor número de personas muere por padecimientos cardíacos, entonces ¿por qué el cáncer infunde tanto temor? Una parte de ésta explicación tiene sus bases en la realidad, la otra en los mitos.

La palabra y el diagnóstico de cáncer suscita una especie de miedo como pocas otras pueden hacerlo en el ser humano y el alcance psicológico de la misma está fuertemente influido por dos elementos fundamentales: el miedo y las fantasías que las personas proyectan en ésta enfermedad, el dolor, la pérdida de control, el sufrimiento y la muerte son los pilares que los sustentan.

El cáncer por sí solo genera la sensación de soledad, abandono y desamparo, de alguna forma estigmatiza a quien lo padece.

¹² Sherr, L. Agonía, muerte y duelo. México: Editorial El Manual Moderno, 1992. cap. 13. p. 225.

“De todos los factores que influyen en las actitudes hacia un padecimiento letal, el más importante es la ignorancia; los especialistas en cáncer y quienes trabajan en su campo son más realistas y optimistas que quienes trabajan en unidades generales.

En un estudio sobre tensión llevado a cabo entre enfermeras dedicadas a cuidar pacientes cancerosos, Wilkinson (1986) describió como aquellas que tenían un bajo nivel de educación y preparación en oncología fueron las que experimentaron mayor nivel de tensión. La ignorancia tiene remedio: la educación tanto del público como de los profesionales empezará por enmendar la información errónea que por lo general caracteriza a este tema”.¹³

Se refiere a ignorancia en cuanto a las creencias populares que existen en relación al cáncer, que surgen más de la imaginación y de la falta de información que de la realidad en sí. Ejemplos de esto:

- Muchos manejan un concepto erróneo con respecto a “el cáncer”, considerándolo como una enfermedad única e invariablemente letal, es decir, es común referirse a el cáncer y no a los cánceres.

- Aún hoy existen personas que conservan la creencia popular de que el cáncer es contagioso, lo que influye en la estigmatización de los pacientes cancerosos, incrementándoles aún más su sufrimiento. Por ejemplo, una mujer recién diagnosticada de cáncer en la mama, evitó por completo cualquier tipo de contacto físico para con sus hijos, pensando que al tocarlos o abrazarlos podrían contagiarse.

- Existe un sentimiento prevaleciente de que, de alguna manera, los individuos son responsables de desarrollar el cáncer, o de que su aparición pueda tener origen en factores psicológicos intrínsecos. En la *Enfermedad como una metáfora*, Susan Sontag describe lo que ella denomina la mitología del cáncer, la cual señala que la causa del padecimiento es la constante represión de sentimientos.

Desde tiempos muy remotos, antiguos expertos manejaban muchas teorías con respecto al origen del cáncer. Galeano (siglo II d.c) creía que las mujeres “melancólicas” tenían mayor probabilidad de padecer cáncer de mama que el resto de las mujeres. Esta clase de teoría causal, hacía sentir a los pacientes, aunque en forma involuntaria, no solo de que ellos habían dado origen a sus padecimientos, sino que también, los hacían sentirse merecedores de ellos.

Otro punto que se consideró importante destacar, es sobre la necesidad de atención para los trabajadores de la salud.

“Cada vez se defiende más que, como profesional o como voluntario, aquellos cuyo trabajo involucra la atención psicológica de otros, necesitan descargarse emocionalmente a través de un grupo de apoyo (Nichols, 1988; Payne y Cozens, 1987).”¹⁴

En muchos casos, los profesionales de la salud no hablan sobre lo que sienten, quizá se deba a que consideran esto como una falta de entereza o una falla profesional. Otra causa que podría dificultarles hablar sobre lo que sienten es que la angustia es en ocasiones, tan intensa que ni siquiera se puede reconocer su existencia, y esto a lo largo de los años puede llevar a que el personal se desconecte cada vez más de sus propios sentimientos, angustias y temores. Las bromas, la frialdad, el ausentismo, el tecnicismo y la dificultad de escuchar al paciente,

¹³ Sherr, L. *Agonía, muerte y duelo*. México: Editorial El Manual Moderno; 1992. cap. 13. p. 226.

¹⁴ Sherr, L. *Agonía, muerte y duelo*. México: Editorial El Manual Moderno; 1992. cap. 6. p. 89.

podrían ser conductas que responden a la necesidad de defenderse de la angustia implícita en el trabajo.

“Las reuniones multidisciplinarias con oncólogos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, asesores espirituales y filosóficos, serían muy necesarias para los componentes del equipo. Debieran realizarse en forma sistemática y regular, por ejemplo una o dos veces por mes y serían tan útiles como los ateneos anatómico-clínicos, por ejemplo, serían grupos de reflexión. Así como sería útil la evaluación y la mejoría de la calidad de vida total de los pacientes, hay que tratar de evaluar y mejorar la calidad de vida total de los profesionales del equipo oncológico, en cuanto que los distintos tipos de conflictos de estos, se relacionan directa o indirectamente con la atención de los enfermos.”¹⁵ Se consideró interesante citar el testimonio de una enfermera con respecto al tema:

*“Poco a poco nos vamos haciendo una coraza y cuando hablamos con los pacientes o los familiares, parece que no sentimos nada. Pero esa coraza la tenemos porque si no, la angustia sería insoportable y no podríamos tolerarla.”*¹⁶

¹⁵ Navigante, A., Litovska, S. Propuestas en oncología. Editorial Akadía; 1992. cap. 10. p. 201.

¹⁶ Defey, D., Roselló, J. L., Fridler, R. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo: CLAP, Editorial Roca Viva. Publicación científica N° 1173. cap. 2. p. 42.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

MÉTODO

El presente trabajo es una investigación cuantitativa, ya que el producto de la misma es información. Esta se limita a recoger datos, a describir hechos y analizar fenómenos.

Según el análisis y alcance de los resultados es un estudio de tipo descriptivo. Estos estudios son la base y punto inicial para otros estudios y están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población; la presencia o ausencia de algo; la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno.

Según el período y secuencia del estudio, es de corte transversal, puesto que las variables se estudian simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

En cuanto al área de estudio, la investigación se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, en una ciudad del interior del país, en un Hospital público, en los servicios de internación de cirugía y medicina.

Previo al estudio, una vez elaborado el protocolo de investigación y aprobado por el Departamento de Enfermería en Salud Mental, se solicitó mediante una carta a las autoridades del Hospital público, el consentimiento para poder aplicar el instrumento confeccionado. (Ver anexo II)

La muestra de estudio incluyó a todos los integrantes del equipo de enfermería (Licenciados operativos y Auxiliares de enfermería) que habían asistido a pacientes terminales oncológicos, en los servicios anteriormente mencionados, en los cuatro turnos (mañana, tarde, vespertino y noche). No se incluyeron en la muestra a todos aquellos funcionarios que se encontraban con licencia reglamentaria, maternal, social o certificación médica, tampoco a los que se encontraban realizando voluntariado y a los estudiantes que estaban desarrollando su experiencia práctica.

El estudio se realizó en dos instancias en cada turno para poder entrevistar a la totalidad del personal de enfermería, debido a que el régimen de trabajo es de cinco y uno.

El método empleado fue la encuesta, mediante la aplicación de una entrevista estructurada. El instrumento que se utilizó para recolectar y registrar la información fue el formulario, en el cual estaban contenidas las variables escogidas para el estudio. (Ver anexo IV).

Una variable es una entidad abstracta que adquiere distintos valores, se refiere a una cualidad, propiedad o característica de personas o cosas en estudio y varía de un sujeto a otro o en un mismo sujeto en diferentes momentos. Una variable se define desde el punto de vista conceptual y operacional. La definición conceptual, es definir las variables. La definición operacional, es el proceso de llevar una variable de un nivel abstracto a un plano más concreto (significa, explicitar como se miden). Existen variables de tipo cualitativas y de tipo cuantitativas. Las primeras son atributos no medibles, dan una característica y a su vez se dividen en nominales (nombra la característica) y ordinales (establecen un orden jerárquico). Las cuantitativas son aquellas cuya magnitud puede ser medida en términos numéricos, y se

clasifican en continuas (su unidad de medición puede ser fraccionada en forma infinita) y discretas (toman un número finito de valores, no aceptan valores intermedios).

Las variables seleccionadas fueron las siguientes: edad, sexo, cargo que ocupa en la institución, años de trabajo en el servicio, multiempleo, sentimientos frente al paciente terminal oncológico, frecuencia de trabajo con pacientes terminales oncológicos, afectación por la edad del paciente, aportes de experiencias previas en la relación enfermero-paciente, contribución de los grupos de apoyo psicosocial, capacitación respecto a la atención de pacientes oncológicos.

En cuanto al plan de tabulación y análisis de datos, se realizó un análisis descriptivo, univariado y bivariado en el caso de las variables más relevantes, y se representó a través de tablas de frecuencia absoluta, y relativa porcentual, con las representaciones gráficas respectivas.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Edad

Def. conceptual: período de tiempo transcurrido en el ser humano desde el nacimiento al momento actual

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Se operacionaliza en años cumplidos.

Sexo

Def. conceptual: características biofisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, alude a las características de sus aparatos reproductores, funcionamiento y características secundarias.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en masculino y femenino.

Cargo que ocupa en la institución

Def. conceptual: indica las funciones que cada uno desempeña en la institución, de acuerdo a la descripción de cargos

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: licenciada en enfermería operativa y auxiliar de enfermería.

Años de trabajo en el servicio

Def. conceptual: tiempo transcurrido desde el momento de ingreso al servicio hasta el momento actual.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Se operacionaliza en: años de trabajo en el servicio hasta el momento actual.

Multiempleo

Def. conceptual: actividad laboral que desempeña además de la que ya cumple en la institución, ya sea en el área de la salud u otras.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: sí, no.

Sentimientos frente al paciente terminal oncológico

Def. conceptual: acción y efecto de experimentar sensaciones producidas por causas externas o internas, en un determinado momento y ante una situación específica.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: lo que manifieste el encuestado frente al paciente.

Categorías: ansiedad, amargura, depresión, entusiasmo, miedo, pena, rabia, nostalgia, otros.

Frecuencia de trabajo con pacientes terminales oncológicos

Def. conceptual: repetición de un acto en un periodo de tiempo.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal

Se operacionaliza en: casi siempre, ocasionalmente, nunca.

Categorías:

Casi siempre: repetición del acto en la mayor parte del tiempo, 4 - 6 veces por semana

Ocasionalmente: acto que tiene lugar alternadamente entre las veces que ocurre y las que no ocurre, 1 - 3 veces por semana.

Nunca: acto que no se produce en ningún tiempo, 0 veces por semana.

Afectación por la edad del paciente

Def. conceptual: vínculo establecido entre enfermero y paciente que está condicionado por la edad de este último.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en: sí, no.

Categorías: adolescente (15 a 18 años), joven (19 a 24 años), adulto joven (25 a 34 años), adulto medio (35 años a 44), adulto (45 a 64 años), adulto mayor (65 años en adelante).

Experiencias previas en la relación enfermero – paciente

Def. conceptual: vínculo que se establece entre el enfermero y el paciente, condicionado por las experiencias previas o antecedentes relacionados al cáncer, vivenciado por el enfermero.

Escala de medición : variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: ayuda, dificultad.

Capacitación respecto a la atención de pacientes oncológicos

Def. conceptual: es la acción y efecto de hacerse apto, para desempeñarse en tareas o áreas específicas o especializadas.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en: sí, no

Categorías: postgrado, cursos, otros (pasantías en oncología, congresos, seminarios).

Contribución de los grupos de apoyo psicosocial

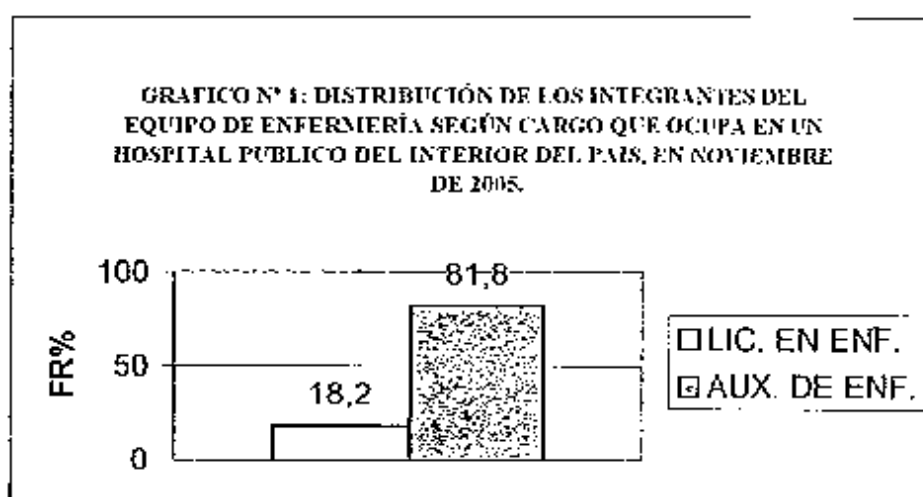
Def. conceptual: es el espacio de ayuda que se le brinda al equipo de enfermería, a través de reuniones grupales guiadas por profesionales capacitados en el área: psicólogos, psiquiatras, etc. **Escala de medición:** variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en: sí ; no.

RESULTADOS

TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SEGÚN CARGO QUE OCUPA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL INTERIOR DEL PAÍS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

CARGO	FA	FR %
LIC. EN ENF.	6	18.2
AUX. DE ENF.	27	81.8
N=	33	100.0

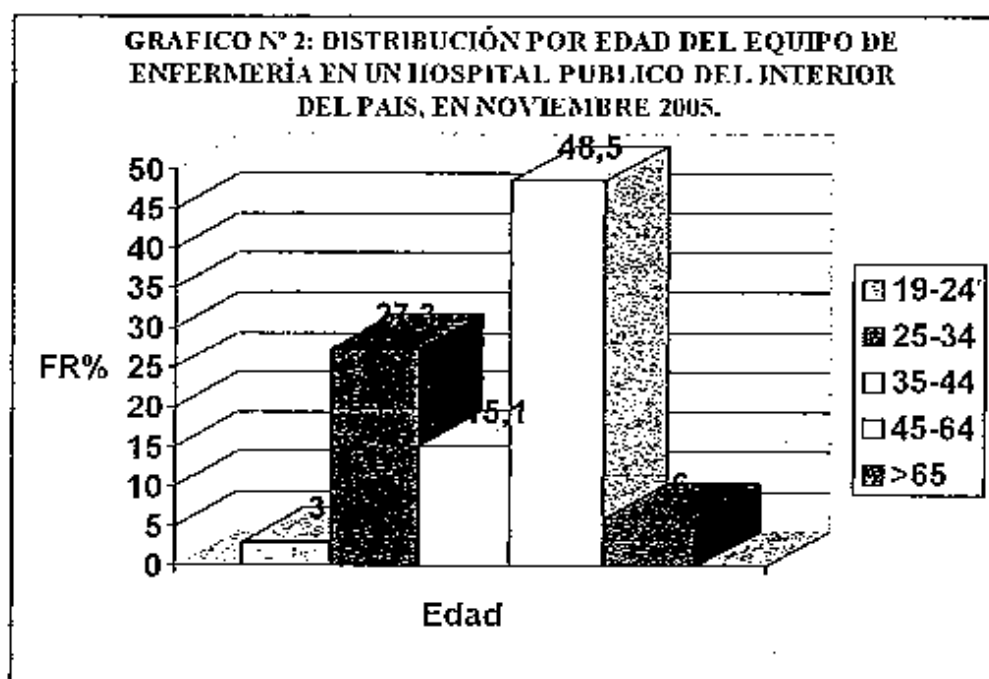


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

La población de estudio estuvo conformada por 6 Licenciadas en enfermería (18,2%) y 27 auxiliares de enfermería (81,8%), haciendo un total de 33 encuestados, 31 de sexo femenino (94%) y 2 de sexo masculino (6%).

TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL INTERIOR DEL PAÍS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

EDAD	FA	FR %
19-24	1	3.0
25-34	9	27.3
35-44	5	15.1
45-64	16	48.5
>65	2	6.0
N=	33	100.0

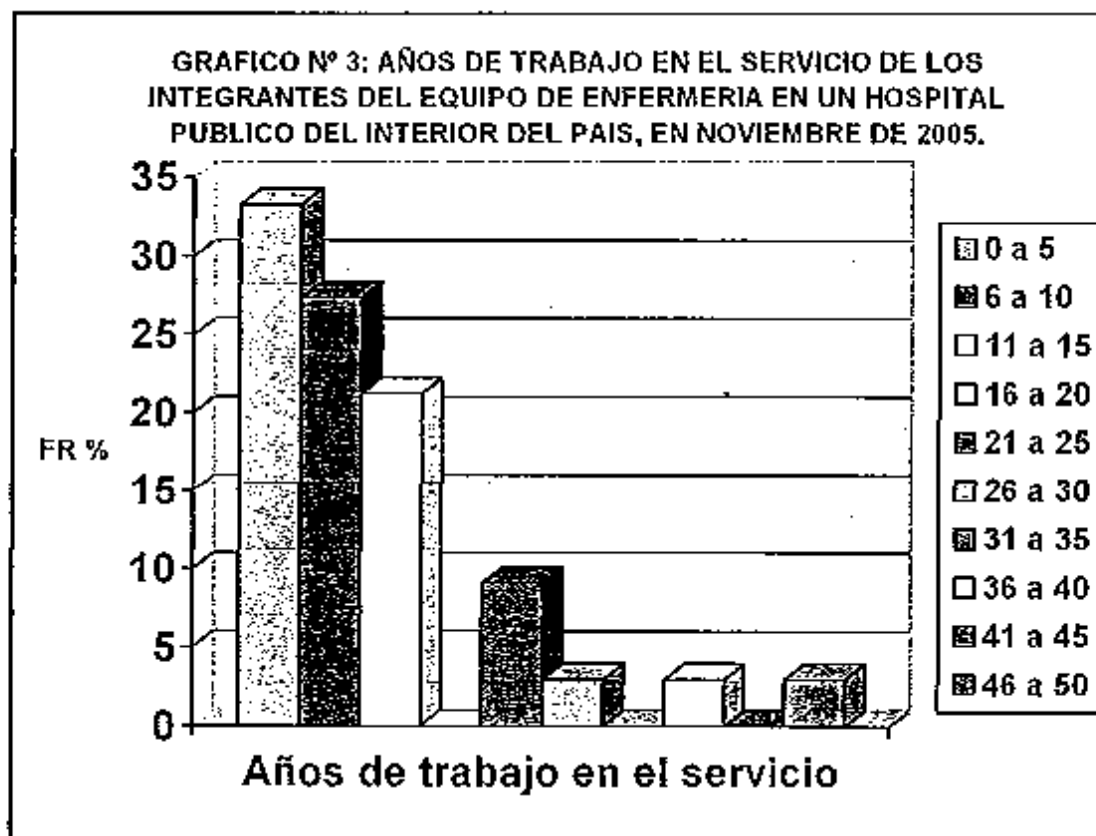


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

De la gráfica se desprende que, 48,5% tiene entre 45 y 64 años (adulto medio), y el 27,3% entre 25 y 34 años (adulto joven).

TABLA N° 3: AÑOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO, DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

Años de trabajo en el servicio	FA	FR %
1 a 5	11	33.3
6 a 10	9	27.3
11 a 15	7	21.2
16 a 20	0	0
21 a 25	3	9.1
26 a 30	1	3.0
31 a 35	0	0
36 a 40	1	3.0
41 a 45	0	0
46 a 50	1	3.0
N=	33	100.0

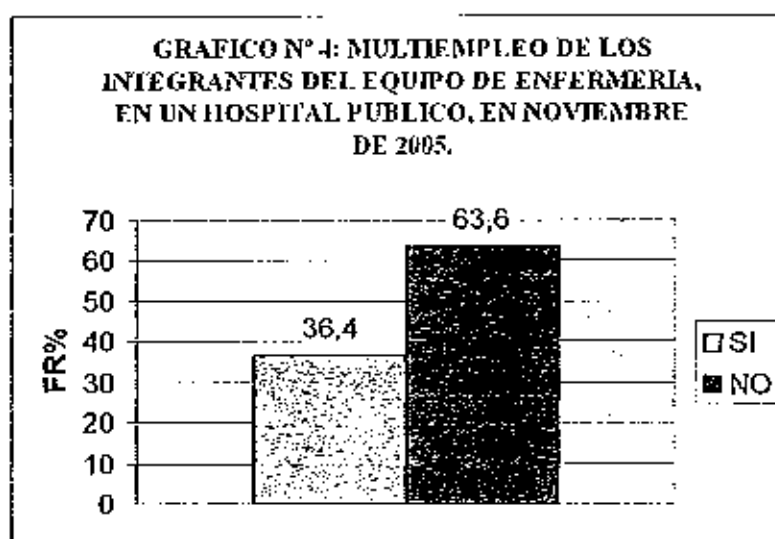


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

De los años de trabajo en el servicio se observa que el 33,3% de los encuestados se encontró comprendido dentro de los primeros 5 años de trabajo; el 27,3% entre 6 y 10 años.

TABLA N° 4: MULTIEMPLEO DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

MULTIEMPLEO	FA	FR %
SI	12	36.4
NO	21	63.6
N =	33	100.0



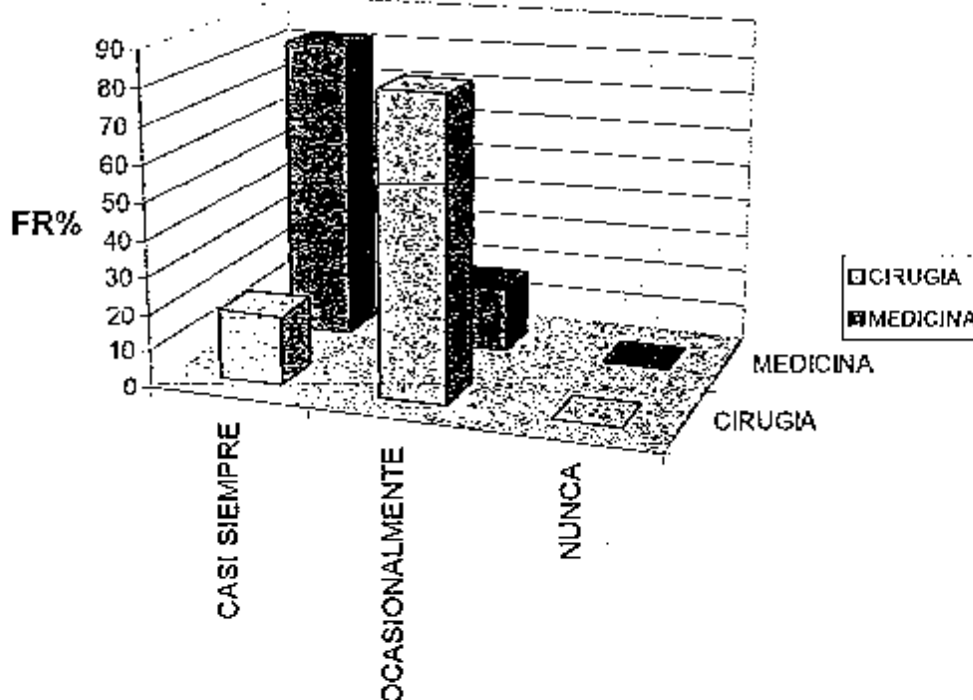
Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

De la gráfica N° 5 se desprende la siguiente información: un 36,4% poseía más de un trabajo.. Se destaca además que la totalidad de los trabajadores con multiempleo, se desempeñaban en el área de la salud.

TABLA N° 5: SERVICIO EN EL QUE SE DESEMPEÑA EL EQUIPO DE ENFERMERIA VS. FRECUENCIA DE TRABAJO CON PACIENTES TERMINALES ONCOLÓGICOS, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

SERVICIO	CASI SIEMPRE		OCACIONAL- MENTE		TOTAL	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
MEDICINA	14	82.4	3	17.6	17	51.5
CIRUGIA	3	18.8	13	81.2	16	48.5
TOTAL	17	51.5	16	48.5	33	100.0

GRAFICA N° 5: SERVICIO EN QUE SE DESEMPEÑA EL EQUIPO DE ENFERMERIA VS. FRECUENCIA DE TRABAJO CON PACIENTES TERMINALES ONCOLÓGICOS, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

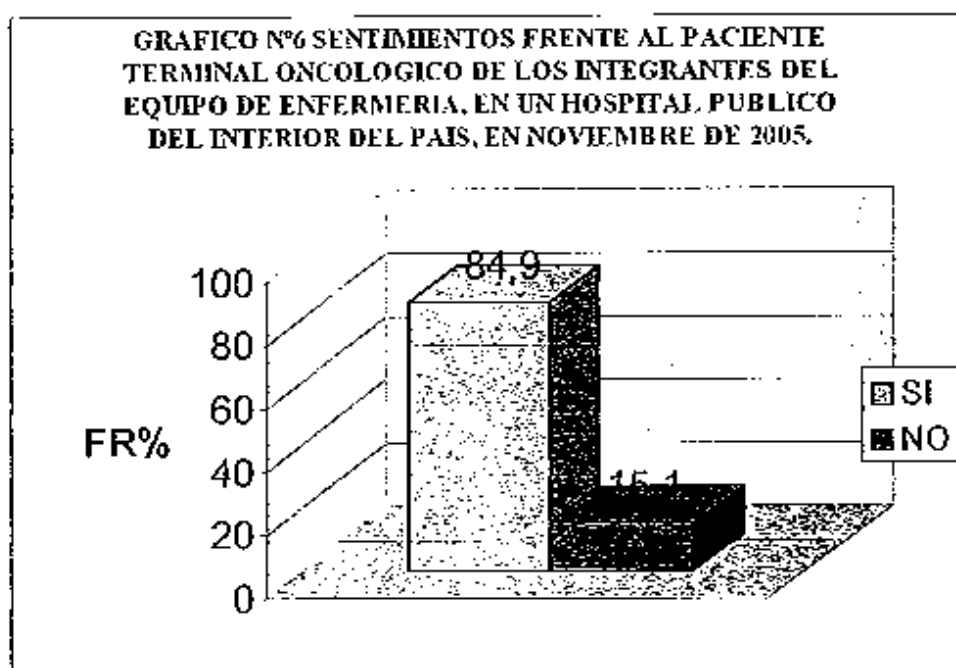


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

En relación a la frecuencia del trabajo con pacientes terminales oncológicos se destaca que en el servicio de medicina, el 82,4% trabajaba casi siempre con este tipo de pacientes. En el servicio de cirugía, el 81,2% trabajaba ocasionalmente con este tipo de pacientes.

TABLA N° 6: SENTIMIENTOS FRENTE AL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

SENTIMIENTOS	FA	FR %
SI	28	84.9
NO	5	15.1
N =	33	100.0

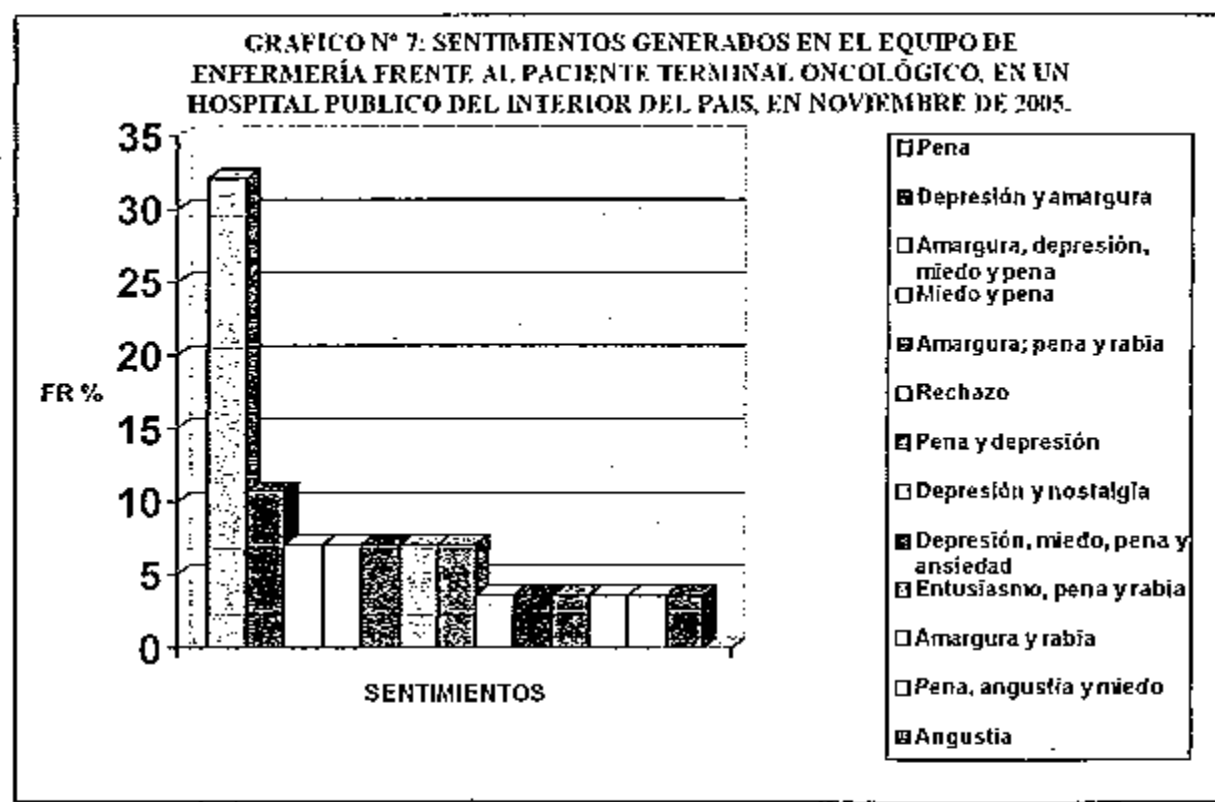


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005.

Se puede observar que el 85% de los encuestados, refirió presentar algún sentimiento/s en particular frente al paciente terminal oncológico.

TABLA N° 7: SENTIMIENTOS GENERADOS EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

SENTIMIENTOS	FA	FR %
Pena	9	32.1
Depresión y amargura	3	10.7
Amargura, depresión, miedo y pena	2	7.1
Miedo y pena	2	7.1
Amargura, pena, rabia	2	7.1
Rechazo	2	7.1
Pena y depresión	2	7.1
Depresión y nostalgia	1	3.6
Depresión, miedo, pena y ansiedad	1	3.6
Entusiasmo, pena y rabia	1	3.6
Amargura y rabia	1	3.6
Pena, angustia y miedo	1	3.6
Angustia	1	3.6
N=	28	100.0



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

Con respecto a los tipos de sentimientos que provoca el trabajar con pacientes terminal oncológico, el 32.1% sintió pena y, el 10.7% amargura y depresión.

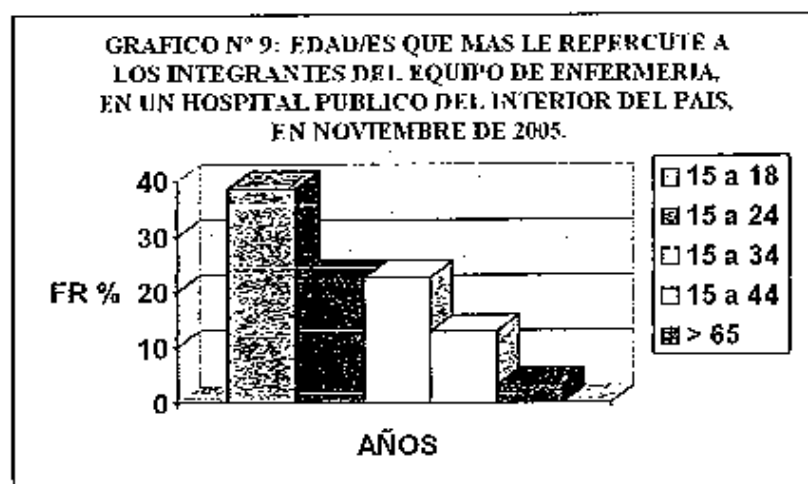
TABLA N° 8: AFECTACION DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA POR LA EDAD DEL PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

AFECTACION POR EDAD DEL PTE.	FA	FR %
SI	31	94.0
NO	2	6.0
N =	33	100.0

Al 94% de la población encuestada le afectaba la edad del paciente.

TABLA N° 9: EDAD/ES DEL PACIENTE QUE MÁS LE REPERCUTE A LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE ENFERMERIA, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

RANGO DE EDADES (años)	FA	FR %
15 – 18	12	38.7
15 – 24	7	22.6
15 – 34	7	22.6
15 – 64	4	12.9
> 65	1	3.2
N =	31	100.0

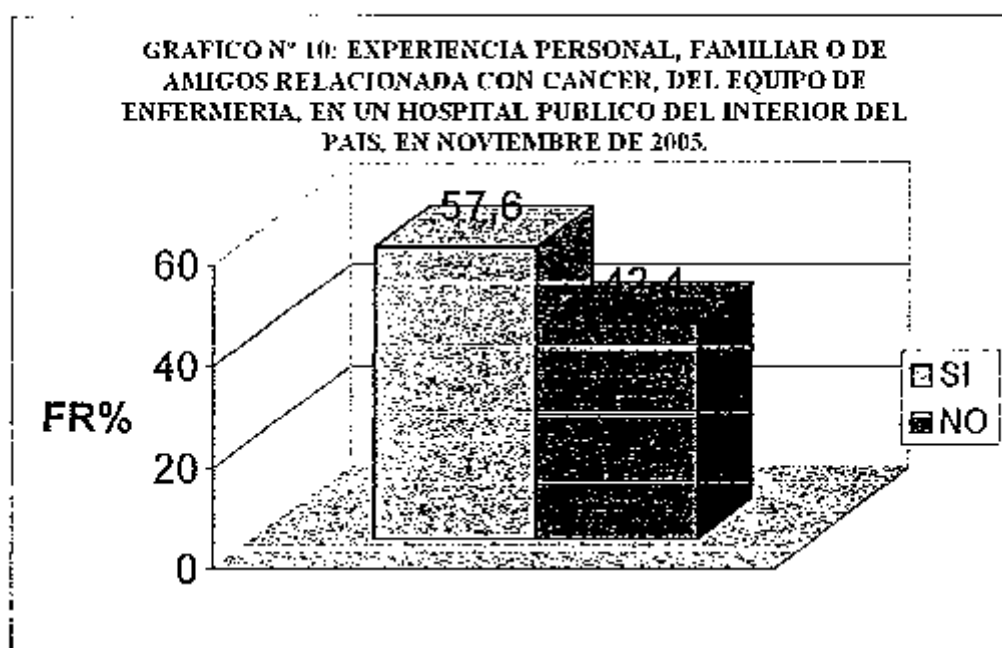


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

Con respecto a las edades, el rango que predominó fue de 15 a 18 años con un 38.7% correspondiente a los adolescentes.

TABLA N° 10: EXPERIENCIA PERSONAL, FAMILIAR O DE AMIGOS RELACIONADA CON CÁNCER DEL EQUIPO DE ENFERMERIA, EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL INTERIOR DEL PAÍS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

EXPERIENCIA RELAC. CON CÁNCER	FA	FR %
SI	19	57,6
NO	14	42,4
N =	33	100,0

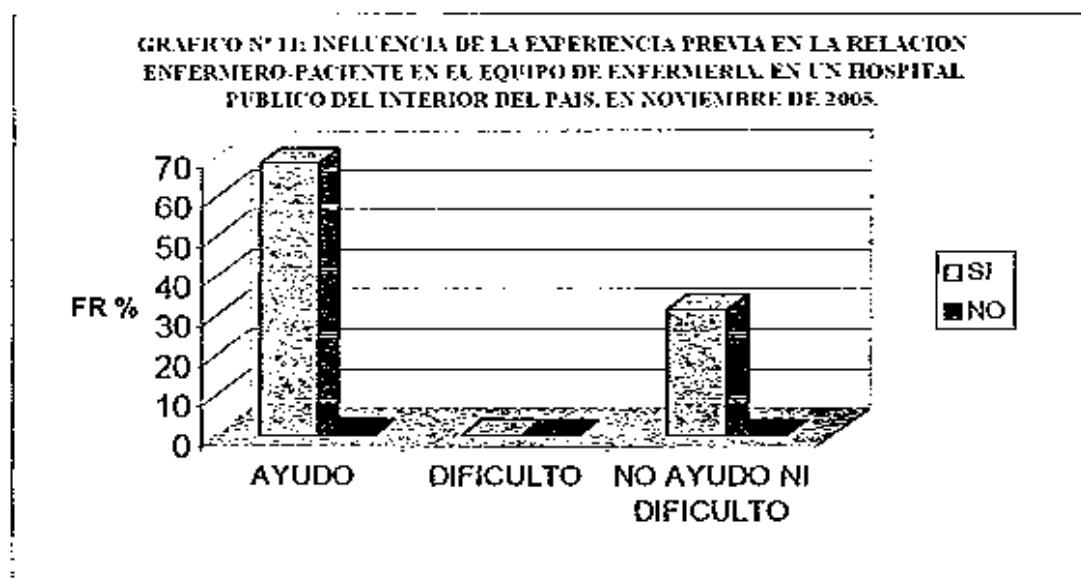


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

En cuanto a experiencias a nivel personal, familiar o de amigos relacionadas con cáncer, el 57,6% presentó antecedentes.

TABLA N° 11: INFLUENCIA DE EXPERIENCIA PREVIA EN LA RELACIÓN ENFERMERO – PACIENTE EN EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

AYUDO \ DIFICULTO	NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%
SI	13	68.4	13	68.4
NO	6	31.6	6	31.6
TOTAL	19	100.0	19	100.0

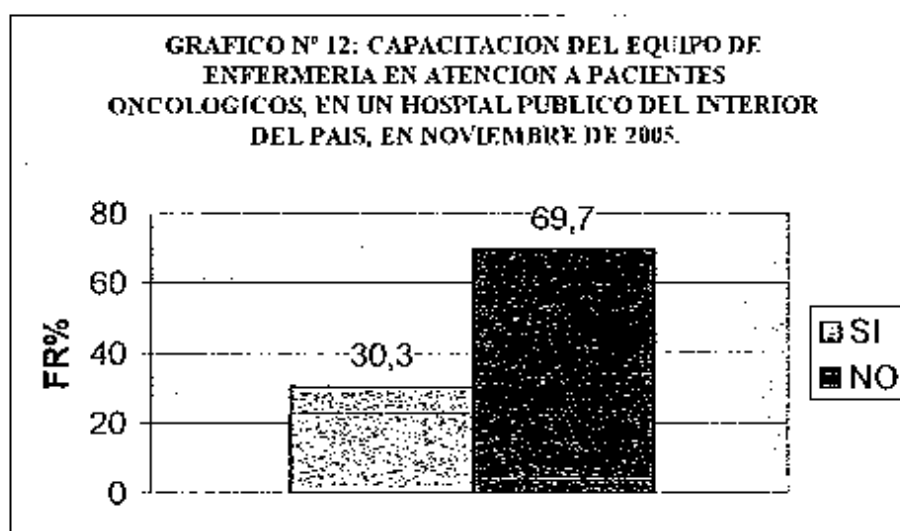


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

De los que presentaron antecedentes personales, familiares o de amigos relacionados con cáncer, al 68,4% dicha experiencia le ayudó a relacionarse con el paciente, mientras que ninguno manifestó que dicha experiencia le haya dificultado el relacionamiento

TABLA N° 12: CAPACITACION DEL EQUIPO DE ENFERMERIA EN ATENCION A PACIENTES ONCOLÓGICOS, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

CAPACITACIÓN	FA	FR%
SI	10	30.3
NO	23	69.7
N=	33	100.0

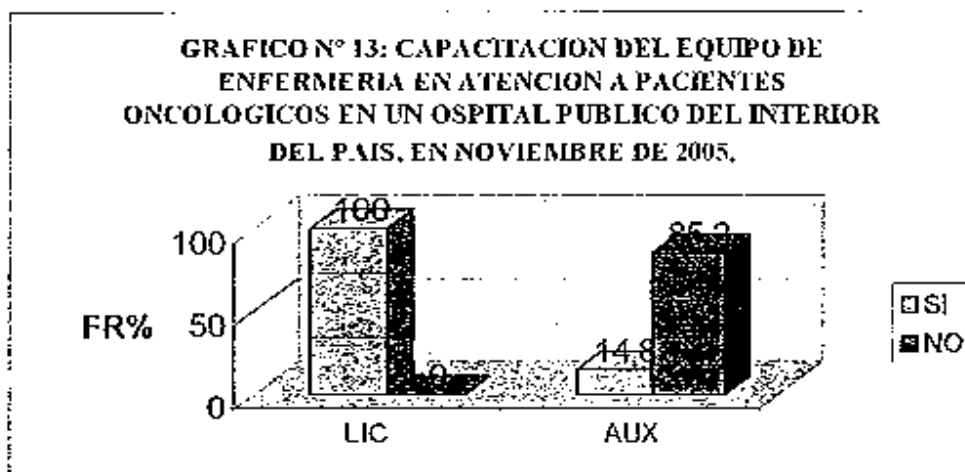


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

Con respecto a la capacitación en atención a pacientes oncológicos, el 69,7% del personal encuestado recibió capacitación.

TABLA N° 13: CAPACITACION DE LICENCIADOS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA EN ATENCION A PACIENTES ONCOLÓGICOS, EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005.

CAPACITACIÓN PERSONAL	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
LIC	6	100.0	0	0	6	18.2
AUX	4	14.8	23	85.2	27	81.8
TOTAL	10	30.3	23	69.7	33	100.0

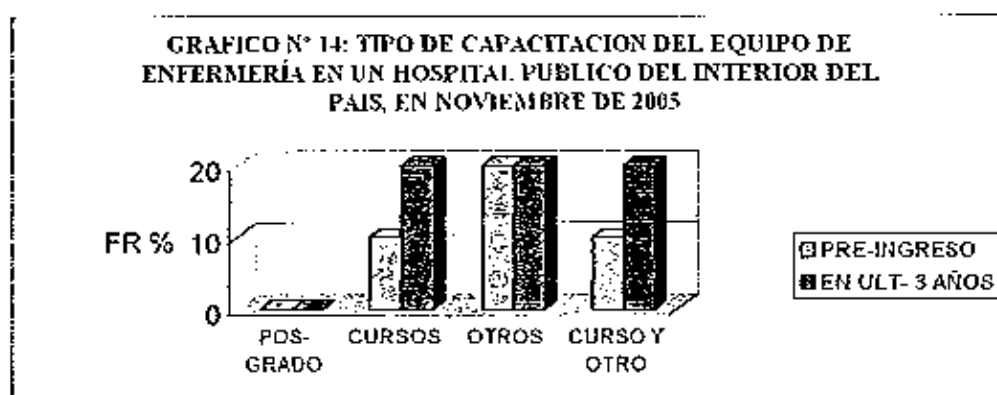


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

En dicha gráfica se destaca que, recibieron capacitación el 100% de las Licenciadas en enfermería y el 14,8% de los Auxiliares en enfermería.

TABLA N° 14: TIPO DE CAPACITACION DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005

CAPACITACION	PREINGRESO		ULTIMOS 3 AÑOS		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
CURSOS	1	25	2	33.3	3	30
OTROS	2	50	2	33.3	4	40
CURSOS Y OTROS	3	25	2	33.3	3	30
TOTAL	4	40	6	60	10	100.0

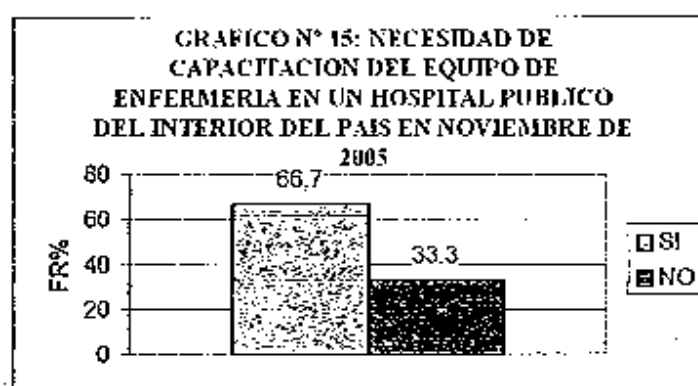


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

Con mención al tipo de capacitación se evidenció que previo al ingreso: el 10% realizó algún curso, el 20% realizó otros (jornadas, pasantías) y un 10% realizó cursos y otros. En los últimos 3 años un 20% realizó algún curso, un 20% realizó otros y el 20% restante realizó cursos y otros. Cabe destacar que ninguno realizó posgrado.

TABLA N° 15: NECESIDAD DE CAPACITACION DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A LA ATENCION DE PACIENTE TERMINAL ONCOLÓGICO EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005

NECESIDAD CAP.	FA	FR%
SI	22	66.7
NO	11	33.3
TOTAL	33	100.0

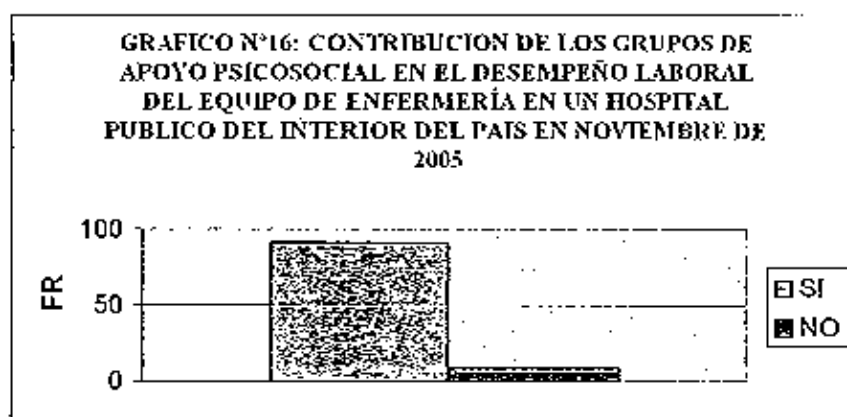


Fuente: Datos recabados por el grupo investigador, en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

En el gráfico se observa que un 66,7% ha sentido necesidad de capacitación los que consideraron en su totalidad que la misma contribuiría en la comunicación y en el relacionamiento con el paciente y familia, en el desempeño de sus tareas y en la calidad de atención.

TABLA N° 16: CONTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE APOYO PSICOSOCIAL EN EL DESEMPEÑO LABORAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PUBLICO DEL INTERIOR DEL PAIS, EN NOVIEMBRE DE 2005

CONTRIBUCION	FA	FR%
SI	30	90.9
NO	3	9.1
N=	33	100.0



Fuente: Datos recabados por el grupo investigador. en un Hospital público del interior del país, en Noviembre de 2005

En relación a los grupos de apoyo psicosocial, el 90,9% refirió que los mismos contribuirían en su desempeño laboral.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
 Hospital de Clínicas
 Av. Italia s/n Bar. Pinar
 Montevideo - Uruguay

ANÁLISIS

La población seleccionada para el estudio se constituyó por 33 personas que trabajaban en un Hospital público del interior del país, de las cuales 6 eran Licenciadas en enfermería (18.2%) y 27 eran Auxiliares de enfermería (82.8%). Se observó un predominio del 94% del sexo femenino.

En referencia a la edad, se destaca que un 48.5% era adulto medio, un 27.3% adulto joven y un 15.1% era adulto.

En lo que se refiere a los años de trabajo en el servicio, se observó que el 33.3% se encontraba dentro de los primeros 5 años, el 27.3% entre 6 y 10 años y el 21.2% entre 11 y 15 años.

En relación al multiempleo, el 36,4% tenía más de un trabajo y a su vez todos correspondientes al área de la salud.

Con referencia a la distribución del personal encuestado en los servicios seleccionados para el estudio, el 51.5% se desempeñaba en el servicio de medicina y el 48.5% en el servicio de cirugía.

En lo que respecta a la frecuencia de trabajo con pacientes terminales oncológicos se destaca que, en el servicio de medicina el 82.4% trabajaba casi siempre y el 17.6% restante lo hacía ocasionalmente. Por su parte quienes realizaban sus funciones en cirugía, el 81.2% trabajaba ocasionalmente con estos pacientes, en tanto que el 18.8% lo hacía casi siempre. Esto se vincula directamente a la situación de que la estadía de los pacientes oncológicos en el servicio de cirugía es transitoria, ya que una vez finalizado el tratamiento quirúrgico son transferidos, pues son pacientes tributarios de los cuidados del servicio de medicina, más aún cuando se encuentran en la etapa terminal de la enfermedad.

De acuerdo a los datos obtenidos, el 84.9 % manifestó que estos pacientes les generaban algún tipo de sentimiento en particular. La pena fue el sentimiento mayormente referido, aunque fue amplia la combinación de sentimientos expresados por parte de los encuestados, entre ellos, amargura y depresión, etc. El grupo investigador se cuestiona entonces si, esto podría estar relacionado con el proceso de duelo citado en el marco conceptual, el cual menciona que cuando ocurre la muerte de un paciente al que se le estaba brindando cuidados representa una pérdida para el personal de enfermería. Además refiere que como el duelo no es un proceso exclusivamente racional, es que aparecen manifestaciones desde lo emocional y que se traducen en la expresión de sentimientos. La muerte conduce inevitablemente al proceso de duelo y a ello no escapa el equipo de enfermería seleccionado para este estudio.

Considerando que el equipo de enfermería estudiado está frecuentemente expuesto al contacto con pacientes terminales oncológicos, cabe resaltar que los sentimientos manifestados reflejan las distintas situaciones de tensión que exigen de enfermería una constante adaptación a los cambios que acontecen en el contexto donde trabajan, con la finalidad de mantener el equilibrio emocional. Pero además, en el encuentro enfermero – paciente se generan sentimientos, actitudes o conductas, que se relacionan directamente con

la historia personal de cada uno, lo que en definitiva influye en el accionar frente a este tipo de paciente.

El 57.6 % de la población estudiada manifestó haber tenido alguna experiencia personal, familiar o de amigos relacionada con cáncer. A su vez, a más de la mitad del porcentaje anteriormente mencionado, dicha experiencia le ayudó a relacionarse mejor con el paciente y a ninguno le dificultó. Por lo tanto, para la muestra seleccionada, el contar con estas experiencias repercutió en forma positiva en la relación enfermero-paciente

En lo que respecta a la afectación por la edad del paciente, el 94% respondió sentirse afectado por la edad del mismo, siendo las edades más jóvenes las que predominaron y el rango adolescente el que mayor porcentaje alcanzó (38.7 %). Esta situación podría estar vinculada al hecho de que la adolescencia y la juventud son etapas tempranas del ciclo vital, donde comienzan a gestarse los proyectos de vida y que de un momento a otro pueden verse truncados cuando una enfermedad oncológica se vuelve terminal.

Respecto a la capacitación del equipo de enfermería en atención a paciente oncológico, la gran mayoría (69,7%) nunca recibió capacitación al respecto.

De los que recibieron algún tipo de capacitación, 6 fueron Licenciadas (representando el 100% del total de las Licenciadas) y 4 fueron auxiliares de enfermería (representando el 14,8% del total de las auxiliares de enfermería).

Del total de las personas que se capacitaron (30.3%), se evidenció que el 40% lo hizo previo al ingreso y el 60% en los últimos 3 años. Del primer grupo, el 50% realizó jornadas y pasantías y los del segundo grupo mencionado, realizaron en igual porcentaje (33%): cursos, otros (pasantías y jornadas) y cursos y otros.

En lo que respecta a la necesidad de capacitación en atención a pacientes terminales oncológicos, el 66,7% respondió que si necesitaba formarse en el área y la totalidad de los mismos (100%), consideró que contribuiría en la comunicación, en el relacionamiento con el paciente y familia, en el desempeño de sus tareas y en la calidad de atención.

Existe la tendencia a creer que el equipo asistencial que trabaja con pacientes terminales oncológicos está lo suficientemente entrenado como para no sentirse afectado por la agonía y la muerte de quien están cuidando, así como por el sufrimiento de sus familiares y allegados. Sin embargo, cuando estas situaciones movilizan al equipo de enfermería involucrado en esta temática, despiertan en ellos sentimientos, emociones que pueden ser consideradas como falta de entereza o como una falla profesional, pero que en realidad responden a manifestaciones normales del ser humano, pues de no presentarse estaría revelando el inadecuado manejo de la angustia y las frustraciones corriendo el riesgo de caer en la apatía y la indiferencia.

En cuanto a la necesidad de realización de instancias grupales de apoyo psicosocial en forma regular, casi la totalidad (90,9%) de los encuestados consideró que estas contribuirían en su desempeño laboral. Lo que coincide con lo que afirman muchos autores de que los grupos de reflexión integrados por distintos profesionales y realizados en forma sistemática y regular, serían muy necesarios para los componentes del equipo ya que contribuirían a mejorar la calidad de vida de los involucrados.

CONCLUSIONES

Este estudio fue realizado en un Hospital público del interior del país con una población conformada por 6 Licenciadas en enfermería y 27 Auxiliares de enfermería, haciendo un total de 33 encuestados.

De la caracterización del equipo de enfermería se destaca que:

- el 94 % era de sexo femenino
- el 48.5% era adulto (45 a 64 años)
- el 33.3 % tenía entre 1 y 5 años de trabajo en el servicio
- el 36.4 % tenía más de un empleo, todos correspondientes al área de la salud.

Con respecto a los factores psicosociales seleccionados para el estudio, se desprende que:

- más de la mitad de los encuestados trabajaba casi siempre con pacientes terminales oncológicos, siendo los del servicio de medicina los que con mayor frecuencia lo hacían
- el hecho de trabajar con pacientes terminales oncológicos constituyó para el 84.9 % un factor generador de sentimientos, destacándose que al 32.1% le generó pena y al 10.7% depresión y amargura.
- la edad del paciente terminal oncológico constituyó un factor de gran importancia para el equipo de enfermería a la hora de asistirlo, ya que el 94 % se ha sentido afectado, siendo los rangos más jóvenes (adolescentes, joven y adulto joven) los más expresados.
- el 58% manifestó haber tenido alguna experiencia personal, familiar o de amigos relacionada con cáncer. Al 68.4 % de los mismos le ayudó a relacionarse con el paciente, y es además de destacar que ninguno consideró que dicha experiencia le haya dificultado su trabajo con estos pacientes
- la realización de instancias grupales de apoyo psicosocial, de forma regular, resultó ser un factor de interés para la mayoría de la población encuestada dado que el 90.9% consideró que los mismos contribuirían en su desempeño laboral.

De los resultados obtenidos se desprende que, el hecho de trabajar con pacientes terminales oncológicos constituyó un factor movilizador para el equipo de enfermería estudiado desde el punto de vista emocional. Por otra parte, la edad del paciente fue un factor condicionante del vínculo enfermero – paciente. El hecho de contar con experiencias previas relacionadas con cáncer, constituyó un factor beneficioso para quienes asistían a pacientes terminales oncológicos, ya que a la mayoría le ayudó y a ninguno le dificultó el

relacionamiento. Finalmente la realización de instancias grupales de apoyo psicosocial fue percibido como un factor que contribuiría en el ejercicio de sus funciones.

En relación a la capacitación:

- fue notorio el porcentaje del equipo de enfermería (69.7%) que no había recibido ningún tipo de capacitación en atención a pacientes oncológicos.
- se destaca por otra parte que recibieron capacitación en el área el 100% de los licenciados, en contraste con los auxiliares de enfermería que solo recibió el 14.8%
- 2/3 aproximadamente de la población estudiada expresó sentir necesidad de recibir capacitación en atención al paciente terminal oncológico ya que consideraron que el estar capacitados contribuiría en la comunicación y el relacionamiento con el paciente y su familia, así como en su desempeño laboral y en la calidad de la atención brindada.

Por los datos anteriormente mencionados y en base a la bibliografía citada, el grupo investigador considera a la educación efectiva y la capacitación del equipo asistencial como pilares fundamentales para optimizar la calidad de los cuidados en este tipo de pacientes, puesto que:

- Prepara para saber comprender y anticipar las consecuencias
- Permite desarrollar habilidades para facilitar su trabajo, ayudar al paciente-familia y también le permite aprender de sus propias experiencias en forma activa
- Proporciona técnicas para resolver los problemas que se presentan y brinda elementos para manejar las frustraciones y las angustias

La presente investigación permitió al grupo investigador realizar un primer acercamiento al conocimiento de la temática seleccionada para el estudio, puesto que los factores psicosociales propuestos para el mismo, ejercieron una influencia sustancial en el comportamiento de los licenciados y auxiliares de enfermería estudiados. Por otra parte, tanto la capacitación como la participación en grupos de apoyo psicosocial, fueron percibidos como una necesidad por parte del equipo de enfermería investigado. Esto demuestra que son pilares esenciales para poder desempeñarse en áreas especializadas como es la oncología, con la finalidad no sólo de brindar calidad en cuidados de enfermería sino además, de contribuir a mantener intacta las relaciones personales, familiares y laborales de cada uno de los involucrados.

SUGERENCIAS

En base al marco conceptual expuesto y a la información que surgió como producto final de la investigación realizada, el grupo investigador sugiere que:

- Debido a la necesidad de capacitación en atención a pacientes oncológicos referida por la mayor parte de los miembros del equipo de enfermería, se considera que, sería de gran aporte la realización de actividades de formación y actualización en el área donde participe todo el personal que trabaje con este tipo de pacientes para brindar cuidados calificados que además de contemplar las necesidades de los pacientes contribuyan a satisfacer las necesidades de realización personal del equipo de enfermería.
- Si bien la capacitación brinda las herramientas básicas necesarias y elementos para satisfacer las demandas del paciente y su familia, es de vital importancia tener presente que quien cuida de otros debe cuidar de sí mismo. Puesto que la mayoría de los encuestados consideró que realizar instancias grupales de apoyo psicosocial en forma regular, guiadas por profesionales capacitados contribuirían en su desempeño laboral, se considera que realizar las mismas mensualmente o dependiendo de la demanda por parte del equipo de enfermería, constituirían un factor protector de la salud mental de los mismos. Por otra parte, todo aporte que pueda contribuir al desempeño del equipo de enfermería redundaría en beneficio de los pacientes, y por ende en la calidad de atención brindada.

Dado que ésta investigación permitió determinar que en la población estudiada existe la necesidad de profundizar en el conocimiento a través de la formación continua y de poder descargarse a través de instancias grupales de apoyo psicosocial, sería de valor para la profesión, profundizar en este tema en estudios posteriores, con el fin no sólo de contribuir a la salud mental de los integrantes del equipo de enfermería, sino también en la calidad de vida de todos los involucrados en esta temática.

La enfermería como profesión y por ende como disciplina científica, busca aumentar su imagen, como tal se dedica a la adquisición constante de un conjunto de conocimientos científicos fundamentales para su práctica.

Como meta final de la profesión enfermera, así como la de cualquier otra disciplina científica, es la de mejorar la práctica de sus miembros de modo que los servicios brindados a la población tengan la mayor eficacia. Por lo tanto pretendemos que las interrogantes que se plantearon para esta investigación, sean de motivación de nuevas investigaciones más profundas, para llegar de esta manera a una comprensión más cercana de la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajach, P., Kaufmann, A., Weissman, R. La enfermedad grave: Aspectos médicos y psicosociales. Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana 1989.
- Bleger, J. Psicología de la conducta. Argentina. Editorial Paidós. 14ª edición. 1995. p. 23-27, 82-84, 159-167.
- Cesárco, R. y Col. Aportes Prácticos de la Medicina Psicosocial. Montevideo: Unidad de Medicina Psicosocial.
- Chacón Roger, M., Grau Abalo, J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. La oncología en cuba. [Rev. Cubana Oncol] 1997; [citado de 5 de agosto de 2005]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/oncsu297.htm
- Defey, D., Rosselló, J. L., Fridler, R. Duelo por un niño que muere antes de nacer. Montevideo: CLAP. Editorial Roca viva. Publicación científica N° 1173. 1992.
- Estapé, J., Doménech, M. Enfermería y cáncer. España. Editorial Doyma. 1992. cap. 39. p. 272 – 289.
- Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. Tratado de psiquiatría. Tomo I. Barcelona. Editorial Salvat Editores. 1982. cap. 13. p. 912.
- García, P., Correa, L. Manual de Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Editorial Mosby, 1997. p. 112-118, 129-132, 177-180.
- Genovard Rosselló, C. Diccionario de psicología. Barcelona. Editorial Elicien. 1980.
- González Barón, M. y col. (Ordoñez, A., Feliu, J.). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996. cap. 78 – 80. p. 1085 – 1114.
- Kaplan, H., Sadock, B. Compendio de psiquiatría. México. Editorial Salvat Editores. 2ª edición. 1996.

- Kübler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona. Editorial Grijalbo. 4ª edición. 1993.
- Long, B., Phipps, W. Enfermería Médico Quirúrgico. Madrid. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1992.
- López Imedio, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. España: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 183-189, 211-218, 263-265, 267-273, 331-334.
- Luckmann, J. Cuidados de enfermería. Vol 1. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2000. cap. 17. p. 575 – 576.
- Navigante, A., Litovska, S. Propuestas en oncología. Buenos Aires. Editorial Akadia, 1992. cap. 10. p. 201.
- Otto, S. Enfermería oncológica. Madrid. Editorial Harcourt Brace. 3ª edición. 1999. cap. 31.
- Pineda, E.B., Alvarado, F.L., De Canales, F.H. Metodología de la Investigación. 2ª ed. Washington. D. C., 1994.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. España. Editorial Espasa – Calpe. 19ª edición. 1970.
- Sherr, J. Agonía, Muerte y Duelo. México. Editorial El Manual Moderno., 1992. p. 53-62, 89-102, 223-228, 233-234.
- Tuzzo, R. Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales. Montevideo: Oficina del libro AEM; 2000. p. 41-45, 48-49, 77-80.
- Vassallo, J. A, Barrios, E., De Stefani, E., Ronco, A. II Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 1996 – 1997. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 2001.
- Vassallo, J. A., Barrios, E. II Atlas de mortalidad por cáncer en el Uruguay. Comparación de dos quinquenios 1989 – 1993 y 1994 – 1998. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 1999.

**ANEXO N° I: CARTA SOLICITUD DE PERMISO
ÉTICO PARA OPERACIONALIZAR PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

Montevideo, Noviembre de 2005.

Para presentar ante las autoridades de....

De Facultad de Enfermería
Departamento de Salud Mental.
Tutores de Tesina.

Asunto: Solicitud de permiso ético para operacionalizar proyecto de investigación. .

De nuestra mayor consideración:

A través de la presente solicitamos en calidad de tutores, el permiso ético para que las estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Bachilleres: Florencia Bruzzese C.I. 28748773, Carina Lima C.I. 36411572, Eliana López C.I. 38644096 , Karla Serra C.I. 38546070, Jannet Trindade C.I. 35789843, puedan llevar a cabo el protocolo de investigación: La incidencia de algunos factores psicosociales y de capacitación que influyen en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico. Este estudio se llevará a cabo en los servicios de medicina y cirugía, durante el mes de noviembre del corriente año.

Sin otro particular, agradeciéndole desde ya, saluda a Ud. muy atentamente.

Prof. Agdo. Lic. Margarita Garay

Prof. Adj. Psic. Beatriz Capezuto

ANEXO II: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Influyen algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería (Licenciados operativos y Auxiliares) frente al paciente terminal oncológico, en un Hospital público en noviembre de 2005?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar la influencia de algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico, en un hospital público, en noviembre de 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a los integrantes del equipo de enfermería que trabaja con pacientes terminales oncológicos, en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público del interior, según: edad, sexo, cargo que ocupa en la institución, años de trabajo en el servicio, multiempleo.
- Identificar los factores psicosociales: sentimientos frente al paciente terminal oncológico, afectación por la edad del paciente, experiencias previas en la relación enfermero-paciente y apoyo psicosocial, que influyen en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico.
- Identificar la influencia de la capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL PROBLEMA

Conveniencia

Se entiende que la ejecución del presente protocolo puede contribuir a conocer algunos factores psicosociales y de capacitación que pueden intervenir en el comportamiento del equipo de enfermería que trabaja con el paciente terminal oncológico, de modo de poder colaborar en el desempeño de su trabajo. Simultáneamente el conocer que necesidades tiene dicho equipo en esta área, permitiría identificar elementos que podrían beneficiar a la población seleccionada para el estudio y por consiguiente podría contribuir a mejorar la calidad de atención.

Relevancia

La realización de la presente investigación contribuiría a realizar aportes a la práctica de los licenciados y auxiliares de enfermería que trabajan en áreas de oncología, enfocando tanto la capacitación como aquellos aspectos que se vinculan con la salud mental del equipo de enfermería, que se desempeña con una población de éstas características y que va en aumento.

Por otra parte, todo aporte que pueda contribuir al desempeño del equipo de enfermería redundaría en beneficio de los pacientes, y por ende en la calidad de atención brindada.

Factibilidad / Viabilidad

Se considera que es posible realizar la investigación planificada, dado que se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros.

A su vez se cuenta con un marco institucional que dispone la población objeto seleccionada que hace viable el estudio.

Finalmente se dispone del tiempo necesario para ejecutar el protocolo diseñado para esta investigación.

FUNDAMENTACIÓN

La idea de la muerte genera en el ser humano la angustia de reconocer y tener que aceptar la finitud de su propia existencia.

Desde el inicio de la carrera, si bien han sido muchas las situaciones gratificantes también lo han sido las situaciones de convivencia con la agonía y la muerte.

En muchas oportunidades durante el transcurso de la experiencia práctica, se pudo observar las distintas reacciones de los integrantes del equipo de salud que asistían a paciente oncológicos en etapa terminal. Entre ellas, la conducta evitativa, la falta de comunicación con el paciente, la realización de los procedimientos mínimos necesarios y el delegar tareas propias a otros compañeros, fueron las predominantes.

Luego, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica y los medios audiovisuales consultados por el grupo, se pudo deducir, que el hecho de trabajar con pacientes terminales oncológicos, enfrenta al personal a un reto constante, en donde se conjugan muchos aspectos esenciales para brindar un cuidado de enfermería acorde a las necesidades de este tipo de pacientes. Para ello es indispensable el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan abordar los problemas con seguridad y en forma oportuna; contar con una fluidez en la comunicación entre el equipo de enfermería – paciente – familia que conduzca a canalizar las dificultades que se presentan, trabajar dentro de un marco de apoyo mutuo entre los integrantes del equipo para proteger la salud mental de los mismos ante la convivencia cotidiana de la agonía y la muerte cercana. No menos importante se considera, que lo es la formación continua, ya que esta aparece como un pilar fundamental que brinda las herramientas básicas necesarias para desarrollar buenas prácticas laborales.

Para dar comienzo a esta investigación se parte de la base de que el personal de salud que trabaja con pacientes terminales oncológicos, está sometido a situaciones particulares diferentes del resto de los profesionales que trabaja en otras áreas de la salud, con otra clase de pacientes, donde la afectación adquiere mayor relevancia. “Dada la complejidad de las demandas asistenciales del paciente oncológico, diversos estudios se han referido a las afectaciones a las que está expuesto el personal de salud y especialmente el personal de enfermería que brinda estos servicios. Se reportan reacciones emocionales negativas de ansiedad, depresión e ira, que además de afectar al personal asistencial puede entorpecer la eficacia del cuidado a los pacientes y la comunicación adecuada con el enfermo”.¹⁷ González Barón también afirma que, “el diagnóstico de cáncer y el estadio avanzado de la enfermedad desencadena una plétora de problemas psicosociales en la persona enferma, en sus familiares y en el equipo asistencial; todos ellos fuentes de estrés, ansiedad y sufrimiento añadidos.”¹⁸

Por lo antedicho el grupo investigador cree que, el hecho de trabajar habitualmente con este tipo de pacientes, podría afectar psicológicamente al cuidador, repercutiendo en su

¹⁷ Chacón Roger, M., Grau Abalo, J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *La oncología en Cuba. [Rev. Cubana Oncol]* 1997; [citado de 5 de agosto de 2005]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol13_2_97/oncsu297.htm

¹⁸ González Barón, M. y col. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1996. cap. 79. p. 1093.

calidad de vida, en las relaciones interpersonales y familiares y a su vez, en la calidad de la atención brindada a los paciente.

Como grupo se comparte el pensamiento de González Barón, quien expresa que “el acompañar y dar apoyo a una persona que está enfrentada con su propia muerte es siempre una labor demandante, agotadora y estresante, pero es una de las cosas más valorables que un ser humano puede hacer por otro”.¹⁹

Se considera que el poder profundizar en este tema, permitirá realizar sugerencias que contribuyan en un futuro a un mejor desempeño del equipo de enfermería en ésta área.

¹⁹ González Barón, M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 1996. cap. 79. p. 1093.

MARCO DE REFERENCIA

La investigación tendrá lugar en un hospital público del interior, en los servicios de cirugía y medicina.

La selección de nuestro campo de investigación se basa en que esta institución, ofrece al investigador un número adecuado de funcionarios así como de usuarios con diversas patologías oncológicas. Por otro lado, resulta un entorno conocido para el grupo investigador ya que algunos integrantes realizaron voluntariado en dicha institución.

Es un hospital general que brinda atención en dos niveles de salud:

- Primer nivel, atención primaria en policlínica y consultorios en asistencia externa.
- Segundo nivel, hospital de internación (medicina / cirugía)

La cobertura es departamental, dentro de la esfera de salud pública.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Será un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, en el cuál se investigarán algunos de los factores psicosociales y de capacitación que influyen en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico.

ÁREA DE ESTUDIO

Se llevará a cabo en la República Oriental del Uruguay, en un Hospital público, del interior del país, en los servicios de internación de cirugía y medicina.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Edad

Def. conceptual: período de tiempo transcurrido en el ser humano desde el nacimiento al momento actual

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Se operacionaliza en años cumplidos.

Sexo

Def. conceptual: características biofisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, alude a las características de sus aparatos reproductores, funcionamiento y características secundarias.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en masculino y femenino.

Cargo que ocupa en la institución

Def. conceptual: indica las funciones que cada uno desempeña en la institución, de acuerdo a la descripción de cargos

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: licenciada en enfermería operativa y auxiliar de enfermería.

Años de trabajo en el servicio

Def. conceptual: tiempo transcurrido desde el momento de ingreso al servicio hasta el momento actual.

Escala de medición: variable cuantitativa continua.

Se operacionaliza en: años de trabajo en el servicio hasta el momento actual.

Multiempleo

Def. conceptual: actividad laboral que desempeña además de la que ya cumple en la institución, ya sea en el área de la salud u otras.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: sí, no.

Sentimientos frente al paciente terminal oncológico

Def. conceptual: acción y efecto de experimentar sensaciones producidas por causas externas o internas, en un determinado momento y ante una situación específica.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: lo que manifieste el encuestado frente al paciente.

Categorías: ansiedad, amargura, depresión, entusiasmo, miedo, pena, rabia, nostalgia, otros.

Frecuencia de trabajo con pacientes terminales oncológicos

Def. conceptual: repetición de un acto en un período de tiempo.

Escala de medición: variable cualitativa ordinal

Se operacionaliza en: casi siempre, ocasionalmente, nunca.

Categorías:

Casi siempre: repetición del acto en la mayor parte del tiempo, 4 - 6 veces por semana

Ocasionalmente: acto que tiene lugar alternadamente entre las veces que ocurre y las que no ocurre, 1 - 3 veces por semana.

Nunca: acto que no se produce en ningún tiempo, 0 veces por semana.

Afectación por la edad del paciente

Def. conceptual: vínculo establecido entre enfermero y paciente que está condicionado por la edad de este último.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en: sí, no.

Categorías: adolescente (15 a 18 años), joven (19 a 24 años), adulto joven (25 a 34 años), adulto medio (35 años a 44), adulto (45 a 64 años), adulto mayor (65 años en adelante).

Experiencia previa en la relación enfermero – paciente

Def. conceptual: vínculo que se establece entre el enfermero y el paciente, condicionado por las experiencias previas o antecedentes relacionados al cáncer, vivenciado por el enfermero.

Escala de medición: variable cualitativa nominal.

Se operacionaliza en: ayuda, dificultad.

Capacitación respecto a la atención de pacientes oncológicos

Def. conceptual: es la acción y efecto de hacerse apto, para desempeñarse en tareas o áreas específicas o especializadas.

Escala de medición: variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en: sí; no

Categorías: postgrado, cursos, otros (pasantías en oncología, congresos, seminarios).

Contribución de los grupos de apoyo psicosocial

Def. conceptual: es el espacio de ayuda que se le brinda al equipo de enfermería, a través de reuniones grupales guiadas por profesionales capacitados en el área: psicólogos, psiquiatras, etc. **Escala de medición:** variable cualitativa nominal

Se operacionaliza en: sí ; no

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de esta investigación está constituido por todos los Licenciados en enfermería operativos y Auxiliares de enfermería que asisten o han asistido pacientes terminales oncológicos en un Hospital público.

La muestra incluye a todos los integrantes del equipo de enfermería (Licenciados operativos y auxiliares) que asisten o han asistido a pacientes terminales oncológicos, en los servicios de medicina y cirugía, en los cuatro turnos (mañana, tarde, vespertino y noche).

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Licenciados en enfermería operativos y Auxiliares de enfermería.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El método a emplear será la encuesta, mediante la aplicación de una entrevista estructurada. El instrumento que se utilizará para recolectar y registrar la información será el formulario, en el cual estarán contenidas las variables escogidas para el estudio.

La técnica consistirá en, presentar los objetivos de la investigación y realizar la entrevista en forma personalizada. (Canales. Metodología de la investigación).

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

A) Autorización

Una vez elaborado el protocolo de investigación y aprobado por el Departamento de Enfermería en Salud Mental, se solicitará el consentimiento a las autoridades de la institución a efectos de poder aplicar el instrumento confeccionado.

B) Tiempo

Meses	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ag.	Sct.	Oct.	Nov.
Actividades									
Planificación	*****	*****	*****	*****					
Aprobación del protocolo					*****	*****	***		
Ejecución							**	*	
Plan de tabulación y análisis de datos								****	
Elaboración del informe final									***

C) Recursos

Recursos humanos: cinco estudiantes que cursan el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Las cinco integrantes del equipo investigador, participarán en todas las etapas de estudio, con la guía de dos docentes tutoras pertenecientes al Departamento de Enfermería en Salud Mental.

Recurso institucional: se requerirá del compromiso y del apoyo de la institución sanitaria y en particular de los servicios de medicina y cirugía, en donde se aplicará el formulario diseñado para encuestar al personal que allí se desempeña.

Recursos materiales:

Rubro	Cantidad	Detalle	Total (\$)
<i>Equipos</i>			
Computadora	2	Pertenecen a 2 integrantes del equipo	-----
Impresora (cartuchos)	2	1 a color y 1 negro	200
Teléfonos	2	Llamadas y conexión a internet	200
<i>Materiales</i>			
Carpetas	4	15 c/u	60
Hojas	500	0,28 c/u	140
Lapiceras	5	5 c/u	25
Disquetes	5	15 c/u	75
Fotocopias	200	1 c/u	200
Encuadernación	5	35	175
<i>Locomoción</i>			
Boletos urbanos	80	15 c/u	1200
Boletos interdepartamentales	32	22 c/u	704
	5	150	750

D) Proceso

El estudio se llevará a cabo por las cinco integrantes del equipo investigador que se distribuirán en subgrupos de dos y tres personas, para entrevistar a la totalidad del personal de enfermería que trabaja en los cuatro turnos. A su vez la investigación se realizará en dos instancias en cada turno, debido a que el régimen de trabajo del personal es de cinco y uno para todos los turnos.

No se incluirán en la muestra a todos aquellos funcionarios que se encuentren con: licencia reglamentaria, maternal, social o certificación médica; tampoco se incluirán a aquellos que estén realizando voluntariado o a estudiantes que estén desarrollando su experiencia práctica.

E) Capacitación

Con el fin de comprobar la validez del instrumento de recolección de datos, se llevará a cabo una prueba piloto para constatar si los datos recabados son realmente los que se desean investigar y además detectar posibles dificultades en su aplicación. Para ello, se aplicará el formulario a una licenciada en enfermería orientada en el área de investigación.

F) Supervisión y coordinación

Con el objetivo de asegurar la validez y confiabilidad de la investigación, se realizarán diferentes actividades durante el proceso de recolección de datos, como los son:

- organización y distribución del trabajo de campo
- selección de la muestra de estudio
- aclaración de dudas sobre el instrumento de recolección de datos
- revisión de todos los formularios ya aplicados por los diferentes integrantes del grupo
- organización y clasificación de los datos recabados

G) Posibles fuentes de error

Para minimizar posibles errores que se puedan presentar durante la recolección de datos, consideramos es necesario que:

- Cada investigador conozca el procedimiento de recolección de datos y la forma adecuada de registro de la información.
- El ambiente donde se realice la entrevista sea el mas adecuado posible, para lo que se tendrá en cuenta, la privacidad del encuestado y la comodidad (en lo posible sentados).
- El entrevistado posea disponibilidad de tiempo, que no se encuentre realizando tareas.

H) Plan de tabulación y análisis

A través de tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentual, se hará un análisis descriptivo.

Las variables que se han seleccionado para el estudio son: edad, sexo, cargo que ocupa en la institución, años de recibido, años de trabajo en el servicio, multiempleo, frecuencia de trabajo con pacientes terminales oncológicos, sentimientos frente al paciente terminal oncológico, afectación por la edad del paciente, aportes de experiencias previas en la relación enfermero- paciente, capacitación, apoyo psicosocial.

Se realizará un análisis univariado y bivariado, y se representará a través de tablas y gráficos.

ANEXO III: INSTRUCTIVO

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El encuestador se presentará con nombre y apellido ante los encuestados. Posteriormente explicará que pertenece a un grupo de estudiantes de Licenciatura en enfermería, de la Facultad de enfermería, de la Universidad de la República y mencionará el objetivo de la entrevista.

Al comienzo de la encuesta se asegurará al encuestado que, la misma será anónima.

Se realizarán preguntas para caracterizar a los encuestados y para recabar la información de interés de la investigación a ejecutar. El tiempo estimado para cada entrevista es de aproximadamente 7 minutos.

La pregunta N° 1 corresponde a los datos generales de cada encuestado.

1- Se anotará en números la edad del mismo.

1-1 Se marcará con las iniciales M y F según sexo al que corresponda (M = masculino F = femenino).

1-2 Se marcará con una cruz en el casillero correspondiente, según se desempeñe en el servicio como Licenciada en enfermería o Auxiliar de enfermería

1-3 Se anotará en números los años desde su ingreso al servicio hasta el momento actual.

2 - Se marcará con una cruz en el casillero correspondiente si tiene más de un trabajo.

Si la respuesta es negativa no se realizarán los dos ítems siguientes.

En caso de responder afirmativamente, se marcará con una cruz la opción que corresponda:

2-1 Si se desempeña en el área de la salud

2-2 Si se desempeña en otra área.

3- Esta pregunta se refiere a la frecuencia con que el encuestado trabaja en el servicio con pacientes terminales oncológicos. Se marcará con una cruz la opción que corresponda: ocasionalmente, casi siempre o nunca.

4- Esta pregunta pretende indagar si el trabajar con pacientes terminales oncológicos, le genera algún tipo de sentimiento al encuestado.

Se marcará con una cruz a la opción que corresponda; sí o no.

Si la respuesta es afirmativa:

4-1 Se marcará con una cruz a que sentimiento/os corresponde en las opciones de la pregunta, a excepción de la opción otros, en esta última el encuestado responderá en forma abierta.

5- Esta pregunta se refiere a si al encuestado le repercute de alguna forma la edad del paciente. Se marcará con una cruz la opción que corresponda; sí o no.

Si la respuesta es negativa, quedará sin efecto la pregunta 5-1.

En caso de contestar afirmativamente:

5-1 Se marcará con una cruz la/s opción/es que el encuestado considere más adecuada/s.

6- La misma se refiere a si el encuestado posee experiencia a nivel personal, familiar o de amigos en relación al cáncer. Se marcará con una cruz la opción que corresponda; sí o no.

Si la respuesta es negativa, no se contemplará los puntos 6-1 y 6-2.

6-1 Si la respuesta es afirmativa, se preguntará si esa experiencia le ha ayudado en el relacionamiento con el paciente terminal oncológico.

Se marcará con una cruz la opción que corresponda; sí o no.

6-2 Si la respuesta 6-1 es negativa, se continúa con el ítem 6-2. Se marcará con una cruz la opción correspondiente; si o no.

7- Este punto se refiere a si el encuestado ha recibido algún tipo de capacitación en atención al paciente oncológico.

Se marcará con una cruz la opción correspondiente; si o no.

En caso de responder afirmativamente, se pasa al punto 7-1.

7-1 Deberá marcar con una cruz en el cuadro diseñado en el instrumento, tipo de capacitación en función del tiempo en que la ha recibido.

8- Esta pregunta es en relación a la necesidad de capacitación que puede sentir el encuestado en relación con la atención al paciente terminal oncológico.

Se marcará con una cruz la respuesta que corresponda; si o no.

Si la respuesta es negativa, no se tomará en cuenta ninguna de las opciones del punto 8-1.

Si la respuesta es afirmativa:

8.1 - se indagará en cuanto a si la capacitación contribuiría en el relacionamiento con el paciente y familia.

Se marcará con una cruz las opciones seleccionadas; si o no.

8.2 - Se preguntará si la misma contribuiría en el desempeño de sus tareas.

Se marcará con una cruz la respuesta que corresponda; si o no.

8.3 - Se preguntará si dicha capacitación contribuiría a la calidad de atención. Se marcará con una cruz la respuesta que corresponda; si o no.

8.4 - Se ofrecerá la opción otros para que el encuestado responda de forma abierta.

9- Esta pregunta se refiere a si la realización de instancias grupales de apoyo psicosocial, contribuiría en su desempeño laboral.

Se marcará con una cruz la opción correspondiente a; si o no.

ANEXO IV: INSTRUMENTO

Estudio sobre “ Influencia de algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico”.

El objetivo del presente formulario es conocer la influencia de algunos factores psicosociales y de capacitación en el comportamiento del equipo de enfermería frente al paciente terminal oncológico.

Se aplicará a través de una entrevista estructurada de carácter anónimo.

Noviembre 2005

TURNO _____

1- Edad: _____ años

1.1- Sexo: _____

1.2- Se desempeña en el servicio como: Licenciado/a en enfermería: _____

Auxiliar de enfermería: _____

1.3- Años de trabajo en el servicio: _____

2- ¿Tiene usted más de un trabajo?

Si _____ No _____

Si es afirmativa:

2.1- se desempeña en el área de la salud: _____

2.2- se desempeña en otra área: _____

En lo que se refiere al tema de interés de ésta investigación:

3- ¿Con qué frecuencia trabaja usted en este servicio con pacientes terminales oncológicos?

Casi siempre _____

Ocasionalmente _____

Nunca _____

4- ¿El hecho de trabajar con pacientes terminales oncológicos le genera algún sentimiento particular?

Sí _____

No _____

4.1- En caso afirmativo, ¿Qué sentimiento/s le provoca?

- ansiedad _____
- amargura _____
- depresión _____
- entusiasmo _____
- miedo _____
- pena _____
- rabia _____
- nostalgia _____
- otros _____

5- ¿Considera usted, que la edad del paciente terminal oncológico le repercute de alguna manera?

Sí _____

No _____

En caso afirmativo:

5-1 ¿Cuál es la edad/es que usted considera le afecta más?

Adolescente (15 a 18 años) _____

Joven (19 a 24 años) _____

Adulto joven (25 a 34 años) _____

Adulto medio (35 a 44 años) _____

Adulto (45 a 64 años) _____

Adulto mayor (65 y más)

6- ¿Ha tenido una experiencia a nivel personal, familiar o de amigos relacionado con el cáncer?

Si _____

No _____

En el caso de contestar afirmativamente:

6.1- ¿Usted considera que esa experiencia le ha ayudado a relacionarse mejor con el paciente oncológico?

Si _____

No _____

6.2- Por el contrario, ¿usted considera que esa experiencia le ha dificultado dicho relacionamiento?

Si _____

No _____

Con respecto a su formación en el área:

7- ¿Ha recibido usted capacitación en atención a pacientes oncológicos?

Si _____

No _____

7.1- En caso afirmativo: ¿Qué tipo de capacitación y cuando la recibió?

Tipo capacitación	Postgrado	Cursos	Otros (pasantías en oncología, congresos, seminarios).
Tiempo			
Previo al ingreso a este servicio			
En los últimos 3 años			

8- ¿Siente necesidad de capacitación con respecto a la atención de pacientes terminales oncológicos?

Si _____

No _____

En caso afirmativo, considera que:

8.1 - ¿contribuiría en la comunicación y en el relacionamiento con el paciente y familia?

Si _____ No _____

8.2 - ¿contribuiría en el desempeño de sus tareas? Si _____ No _____

8.3 - ¿contribuiría en la calidad de atención? Si _____ No _____

8.4 - otros _____

9- ¿Considera usted, que realizar instancias grupales de apoyo psicosocial de forma regular, guiadas por profesionales capacitados, contribuiría en su desempeño laboral?

Si _____

No _____

Se muere mal cuando la muerte no es aceptada; se muere mal cuando los profesionales sanitarios no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad, en una sociedad donde no se sabe morir.

(Comité Europeo de Salud Pública, 1981)