

**SIGNIFICADOS DEL CÁNCER EN PERSONAL ADMINISTRATIVO Y
ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA**

NATALIA URDINOLA RÍOS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA, 2016**

**SIGNIFICADOS DEL CÁNCER EN PERSONAL ADMINISTRATIVO Y
ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA**

NATALIA URDINOLA RÍOS

Trabajo de grado presentado como requisito
parcial para optar por el título de psicóloga

Nathalie Olano Duque
Psicóloga. Mg en Familia
Directora

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA, 2016**

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”

Nota de Aceptación

Nathalie Olano D.

Nathalie Olano Duque
Directora del Trabajo de Grado

Diego Correa

Diego Correa
Evaluador

Angela Maria Bacca

Ángela Bacca
Evaluador

Santiago de Cali, 2016.

AGRADECIMIENTOS

A las personas que hicieron parte de este proceso. A mis padres por el apoyo y mi directora de Trabajo de Grado por el acompañamiento incondicional.

A los participantes por permitirme conocer su realidad, adentrarme en su mundo para comprender esa gran magia que se genera día a día en el contacto persona a persona en un proceso oncológico.

Gracias por confiar en mí y pertenecer a esta gran experiencia.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	29
Modalidad de investigación	29
Participantes	30
Instrumentos	30
Procedimiento.....	31
Tipo de análisis.....	35
Validez	36
Consideraciones éticas	37
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN.....	63
REFERENCIAS	83
ANEXOS.....	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías de Análisis.....	32
Tabla 2. Participantes.....	38
Tabla 3. Significados de la enfermedad.....	39
Tabla 4. Impacto del trabajo en oncología.....	42
Tabla 5. Necesidades para el autocuidado.....	51
Tabla 6. Significados sobre los trámites administrativos.....	54
Tabla 7. Recursos para la atención.....	57

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Anexo 2. Guía de Entrevista Inicial

Anexo 3. Retroalimentación de Jueces

Anexo 4. Guía de Entrevista Final

RESUMEN

Los profesionales de la salud viven día a día en contacto con la enfermedad del cáncer. Para ellos, esta experiencia genera un impacto más allá del laboral, involucrándose las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. La presente investigación se realizó a partir de una modalidad cualitativa y tuvo como objetivo general describir los significados alrededor del cáncer en trabajadores del área administrativa y asistencial en una unidad oncológica de una clínica nivel 3 de la ciudad de Cali.

Los participantes fueron 6 trabajadores de un servicio oncológico, 3 pertenecen al área asistencial y 3 al área administrativa. Se realizaron entrevistas a profundidad, lo que permitió una mirada amplia sobre sus realidades de la cotidianidad. Como resultados se evidenciaron significados del cáncer relacionados con experiencias negativas en cuanto a la enfermedad como una vivencia horrible, sin embargo una experiencia positiva en cuanto a la posibilidad de valorar la vida de una forma distinta. Se genera un impacto en la vida de los trabajadores, más allá de las áreas laborales, las actitudes ante la vida de los pacientes contagia al personal provocando una reflexión a la situación particular. Trabajar continuamente con los trámites administrativos plantea un reto día a día para solucionar la situación de los pacientes. El personal toma actitudes de distanciamiento como mecanismos de defensa ante el dolor, lo que propone un desafío para el autocuidado. Finalmente, señalan cualidades en la unidad en cuanto al recurso humano y características específicas del servicio que permite brindar una buena atención al paciente.

Palabras clave: cáncer, oncología, significados, personal asistencial, personal administrativo.

INTRODUCCIÓN

Para los equipos de salud, la atención en cáncer genera impacto no sólo a nivel laboral, sino también en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales e incluso espirituales. Los profesionales invierten tiempo, esfuerzo y recursos emocionales en el contacto con los pacientes oncológicos, buscando cumplir con las demandas de su empleo, y también generar una influencia positiva en los pacientes a su cargo.

Para estos profesionales el impacto del trabajo no solo está relacionado con el contacto con los pacientes, sino, con las múltiples implicaciones psicosociales del cáncer. De esta manera, todo el proceso de atención involucra emocionalmente al equipo, donde se tiene en cuenta lo referente a los trámites administrativos, necesidades y falencias que pueden tener las instituciones prestadoras de salud con habilitación de servicios oncológicos, que también intervienen en su forma de vincularse y significar el trabajo (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011; González, 2012; Novoa et al, 2005).

Por esto, la atención de las necesidades de los equipos y la promoción de programas de autocuidado son necesarias para que el servicio de la unidad sea óptimo, esto, teniendo en cuenta que el recurso humano es considerado valioso para la atención y desarrollo del área. Si el personal al servicio de pacientes tiene herramientas para cuidar de sí mismos y satisfacer sus necesidades, será apto para brindar el apoyo requerido y a la vez, tendrá recursos para protegerse ante consecuencias negativas que se puedan generar como el *burnout* la disminución de calidad de vida.

Se ha considerado que los significados y concepciones alrededor del trabajo profesional permean e influyen en el desempeño del mismo, haciendo entonces que la persona sea más productiva o por el contrario, no ejecute sus labores como se han asignado (Albaladejo et al, 2004).

Además, como características negativas que son generadas en el ambiente laboral del personal asistencial se identifican la carga de trabajo, la baja autoestima o baja valoración en cuanto a lo profesional y la ambigüedad que se da en el rol que desempeñan. De esta forma, se han considerado como un grupo de profesionales que se desenvuelven en medio de factores potenciales de riesgo, puesto que se involucran factores personales, profesionales e institucionales (Albaladejo et al, 2004).

Revisando las estadísticas anivel mundial en relación con el cáncer, este es considerado como una de las principales causas de mortalidad y morbilidad (Comfandi, 2014). Esta enfermedad es asumida como un problema de salud pública, teniendo en cuenta que no discrimina edad, género, nacionalidad o clase social. Es la segunda causa de muerte en países desarrollados y la tercera en los países en desarrollo, estimándose que un 12,6% del total de muertes en el mundo tienen como causa el cáncer (Rezende, Benedita, Dos Santos y Martins, 2010).

Por otro lado, a nivel nacional, en el 2010 se presentaron 33.450 muertes debidas al cáncer, lo que corresponde al 16,9% del total de fallecimientos. De esta cifra 16381 fueron hombres y 17069 mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 72,9 por 100000 y 74,1 por 100000 respectivamente (Colsanitas, 2013).

Los departamentos que tienen mayor riesgo de diagnósticos oncológicos son: Antioquia, Eje Cafetero, Valle del Cauca, Norte de Santander, Santander, Bogotá y Meta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Continuando, en el 2010, el cáncer de mama fue la primera causa de muerte para las mujeres estimando 2.381 muertes, seguido por el cáncer de cuello uterino, estómago, pulmón y colon y recto. Por otro lado, para los hombres la mortalidad por

cáncer fue encabezada por cáncer de estómago con 2.796 casos, seguido por cáncer de próstata, pulmón, colon y recto, y leucemia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Se proyecta que en el 2020, anualmente se van a presentar 15 millones de casos nuevos a nivel mundial, en el que aproximadamente el 60% se encontrará en los países desarrollados (Alves, Carvalho y Galán, 2014).

Las estadísticas en relación con el personal de salud y el impacto del cáncer revelan que los profesionales de la salud son quienes presentan los índices más altos cuando de estrés laboral se habla, lo cual y en concordancia con lo mencionado anteriormente, repercute en la satisfacción laboral y también en el desempeño que se tiene en el trabajo. Como estresores principales se encuentran la interferencia en las funciones, la sobrecarga en el trabajo, problemas en relaciones interpersonales y el conflicto de roles (D'Anello, Marcano y Guerra, 2003).

La búsqueda bibliográfica, permite reconocer estudios internacionales y nacionales en donde se destaca la importancia de atender las necesidades de los profesionales que trabajan en programas de oncología.

A nivel internacional, D'Anello et al. (2003), estudiaron el estrés ocupacional y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. Por medio de la escala ETRA aplicada a 52 profesionales del sector de la salud, encontraron que tienen grandes cargas de estrés y que esto repercute en la satisfacción laboral, donde los estresores primarios son las interrupciones en las labores, sobrecarga de trabajo, problemas interpersonales y conflicto de roles.

Por su parte, Alves et al. (2014), realizaron una medición de la carga de enfermería en una clínica oncológica. El estudio destaca la importancia de tener en cuenta cómo se está ejecutando la carga en el personal asistencial, puesto que esto es necesario para comprender cómo se da la atención y por supuesto para optimizar el servicio. Como conclusión principal establecieron que el personal asistencial pasa

la mayor parte de su tiempo en actividades indirectas como interpretar datos de estudios de laboratorio, supervisión del equipo y preparación para emergencias.

Bragard et al. (2010) realizaron un estudio sobre los predictores del Burnout en residentes que trabajan con pacientes oncológicos, esto con el fin de desarrollar intervenciones efectivas. Encontraron que cerca del 50% de los participantes tuvieron grandes puntajes para el agotamiento emocional que ha sido considerado como indicador significativo para el burnout. En sus conclusiones, destacaron la necesidad de implementar intervenciones dirigidas a adquirir habilidades para el manejo del estrés para mejorar los efectos físicos y mentales cuando el estrés está presente.

Moreno (2007) realizó una investigación sobre el *Burnout* en el ámbito del personal asistencial. En sus resultados resalta los factores que generan el *Burnout*, cómo se vive y por supuesto las consecuencias que este trae a nivel físico, emocional/psicológico y conductual. Además, resaltó cómo identificarlo, prevenirlo y afrontarlo desde el punto individual, social y organizacional. Reconoció que los profesionales de la salud deben actuar a partir de una formación preventiva en relación con este síndrome.

Albaladejo et al. (2004), a través de un cuestionario lograron establecer el *burnout* manifestado en personal con experiencia laboral que no reconoce un grado alto de reconocimiento a su labor asistencial y por el contrario, muestran insatisfacción laboral. Con lo que se afirma la relación que hay entre las concepciones alrededor de sus labores y las consecuencias negativas que pueden tener, en este caso, el *burnout*.

En los artículos relacionados con el personal asistencial que trabaja con enfermedades crónicas como el cáncer, se encontraron abordajes con metodologías cuantitativas, en su mayoría cuestionarios, y cualitativas con entrevistas y relatos. Estos han logrado dar un panorama amplio en relación con el cáncer y el personal asistencial. En estos estudios, se preocupan por la calidad de vida de los cuidadores, tanto familiares como asistenciales y mediante revisiones bibliográficas,

la narrativa y entrevistas se busca sumergirse en el impacto del cáncer desde cada postura. Así, resaltan la importancia de considerar no solamente a los pacientes como agentes fundamentales en el proceso del cáncer, sino también al personal y a los cuidadores familiares que día a día hacen parte del proceso (Expósito, 2010; Medeiros y Baena, 2007; Waldow, 2011).

Continuando, hay otro actor en el proceso del paciente con cáncer: los cuidadores. Por lo general, estos cuidadores son personas de la familia que han asumido este rol y son quienes están realizando el acompañamiento a la persona a diario, no sólo en el hogar sino también en las consultas médicas, toma de medicamentos, aplicación de tratamientos y trámites necesarios en el proceso de atención.

Moreira de Souza y Turrini (2011), realizaron una investigación en relación con la sobrecarga del cuidador familiar del paciente oncológico, mediante un abordaje cualitativo lograron identificar sentimientos experimentados por los cuidadores en relación al paciente con cáncer en estado terminal, se identificaron sentimientos como pérdida de autoestima, desesperanza, desánimo, tristeza y soledad. Además, los cambios en el día a día familiar y profesional pueden llevar a la persona a un agotamiento físico y emocional.

Por otra parte, a nivel nacional se rescatan estudios como el de Achury et al (2011), que permitió una mirada más amplia en relación a la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas de parcial dependencia, resaltando la importancia de tener en cuenta al cuidador, pues al estar cuidando al paciente enfermo, descuida su calidad de vida.

Barrera, Pinto y Sánchez (2007) estudiaron la conformación de un grupo dedicado al cuidado de los cuidadores de pacientes crónicos, donde se investiga los principios de las redes para reconocer el proceso, aplicación y articulación de grupos a partir de las experiencias del grupo académico "Cuidado al paciente crónico" de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional en Chía, Colombia. Se encontró que para que una red sea conformada, es necesario

considerar las construcciones, esfuerzos constantes y trayectorias que se enfoquen en la excelencia académica. Además, los procesos requeridos para que la red se construya son: la comunicación, el acercamiento, la unión de esfuerzos y generación de impacto.

Vergel y Ospina (s.f.) realizaron una investigación en torno al *síndrome de burnout* relacionado con un déficit de autocuidado en el personal asistencial, reconociendo los conceptos principales del *burnout* y el autocuidado, los factores asociados con la labor del equipo y las consecuencias que esto trae. De esta forma, encontraron que hay prácticas en el personal que no fortalecen el autocuidado y por el contrario, los dejan vulnerables a adquirir *burnout*: estrés en el ámbito hospitalario, múltiples ocupaciones y roles asumidos dentro del área laboral como en la personal.

Por otro lado, sobre el impacto en los pacientes, Salas y Grisales (2010) estudiaron la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Antioquia, mediante un cuestionario y el análisis de las características sociodemográficas, encontraron una disminución de la calidad de vida en distintos dominios para las mujeres que provenían de estratos socioeconómicos bajos. Propone ejecutar intervenciones dirigidas a esta población que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida y a generar formas de afrontamiento efectivas.

Lo anterior resulta muy importante puesto que según la investigación realizada por García, Pachón, Meneses y Zuleta (2006) en la intervención en cáncer en una de las ciudades más reconocidas de Colombia, como es Medellín, los pacientes tienen un alto nivel de pobreza, bajos niveles de escolaridad y predominio significativo en los estadíos tardíos de la enfermedad.

En cuanto al proceso de atención en Cáncer en Colombia, se encontró un estudio realizado por Castillo et al. (2005), donde logra medir la satisfacción de los cuidadores familiares en cuanto a la atención en salud oncológica tanto en adultos como en niños. Dentro de sus resultados, logra reconocer puntos fuertes y por el contrario, puntos débiles en la atención. Como punto común de satisfacción se

encontró la capacidad científica técnica del personal asistencial y la capacidad de resolución de problemas y situaciones del personal administrativo. Como puntos débiles, se encontró la oportunidad de atención y los trámites al ingresar y salir de consulta.

De esta forma, tras realizar la revisión bibliográfica se observaron estudios relacionados en dos áreas principalmente: cuidador familiar y personal asistencial involucrado en distintas formas con la patología, utilizando metodologías cuantitativas para medir *burnout*, estrés y satisfacción desde el punto de vista de los cuidadores familiares, y cualitativas fenomenológicas a través de entrevistas ubicándose desde el punto de vista de los actores en relación a la carga laboral en el área, la cotidianidad alrededor del cáncer y el cuidar pacientes oncológicos.

Sin embargo, a pesar de realizar la búsqueda de investigaciones alrededor de la experiencia del personal administrativo en su trabajo con pacientes oncológicos no se obtuvieron resultados. Esto evidenció la necesidad de conocer su experiencia y reconocer cómo viven el proceso de atención de la enfermedad las personas que se encuentran “detrás del vidrio”, quienes en su cotidianidad se dedican a solucionar los trámites administrativos que implica el tener un diagnóstico de este tipo en el Sistema de Salud Colombiano.

Este aspecto se constituye en uno de los principales aportes de este estudio, permitiendo una visión más amplia de los entes que laboran y participan en el proceso de atención en el servicio, lo que permitió reconocer sus dinámicas, vivencias y necesidades, teniendo en cuenta que estas experiencias generan distintas reacciones que influyen en el equipo de trabajo, la institución, los pacientes y el servicio en sí.

Ellos, el personal asistencial y administrativo, se acercan en su día a día a las historias y necesidades de los pacientes. Pueden vivir estrés laboral no solamente por las condiciones básicas del trabajo en el área administrativa y asistencial del servicio de salud, sino que también pueden verse influenciados emocional, psicológica y físicamente por las implicaciones de los diagnósticos de la

enfermedad. De esta forma, la presente investigación se realizó con el equipo asistencial y administrativo de una unidad de oncología, profundizando en los significados que ellos han construido alrededor del cáncer.

Como lo referencia la revisión realizada, este tipo de estudios resultan vitales ya que al reconocer la perspectiva del personal que tiene contacto directo con los pacientes, se podrá comprender las dinámicas que se dan en el servicio desde el personal administrativo y asistencial hacia los pacientes, familiares y acompañantes que ingresan a la unidad. De esta forma, la institución conoce las experiencias del personal y así puede llegar a plantear estrategias para potenciar el bienestar de los trabajadores del servicio de oncología. Entendiendo que el bienestar del personal es esencial para cumplir con un servicio óptimo y de calidad, humanizar los procesos de atención, y al mismo tiempo cuidar a los equipos de atención que tienen contacto directo con las personas diagnosticadas con cáncer y todo el proceso que implica este diagnóstico.

Además de la dinámica del personal con los pacientes, familiares y acompañantes, es importante reconocer cómo se desarrolla la relación entre el mismo personal administrativo y asistencial, observando la cotidianidad entre estos dos grupos de personas y también entre el mismo equipo (dentro del grupo administrativo y del asistencial).

En relación a lo anterior, es fundamental tener en cuenta que el personal está compuesto por distintos seres humanos que viven sus experiencias de formas diferente, por lo que el ejercicio de investigar a profundidad desde un punto de vista fenomenológico rescata la realidad de la persona en sí misma a partir de su mirada, lo que enriquece el panorama que se tiene de la cotidianidad en la institución.

Aun cuando ya está referida la temática en investigaciones como las anteriores expuestas, tener conocimiento sobre la situación particular del lugar y comprender qué está sucediendo con este grupo de profesionales, permitirá a la institución en la que se desarrolló el estudio, el desarrollo de planes de acción más específicos para atender sus necesidades.

Cuando se habla que la unidad podrá tener un panorama más amplio sobre la realidad del personal, se plantea la posibilidad de que el mismo equipo pueda reconocer la situación junto con las necesidades actuales de ellos mismos, lo que genera una responsabilidad en ellos también de promover acciones propias para su bienestar.

Es esencial resaltar también como ya se ha mencionado, la relevancia a nivel de salud pública, reconociendo la mortalidad, y los efectos psicosociales que se generan no solo en pacientes, sino en las familias, la sociedad y demás personas que crean vínculos y tengan contacto con el paciente, como sucede con el personal tanto asistencial como administrativo. Así mismo, va en concordancia con lo manifestado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional en cancerología, en el Plan Decenal para el Cáncer (2012) donde es fundamental fomentar y fortalecer acciones para la promoción de la salud del talento humano que se encuentra inmerso en un servicio de oncología.

Los elementos mencionados enfatizan la importancia de la presente investigación, la pertinencia a nivel de la institución de salud en la que se realizará el estudio.

La investigación se enmarcó en la Psicología de la Salud, reconociendo la importancia de la contribución de aspectos psicológicos y psicosociales en los procesos de salud-enfermedad. A su vez, en el área de Psicooncología, teniendo en cuenta las investigaciones realizadas alrededor de la forma como la presencia del cáncer influye en pacientes, familias y personal de salud (Becoña, Vázquez y Oblita, 2000).

Teniendo en cuenta lo anterior, los antecedentes investigativos, la necesidad de seguir profundizando en la experiencia del personal asistencial y administrativo, y aportar a las necesidades de la institución, la pregunta de investigación que guió el presente estudio fue la siguiente *¿Cuáles son los significados del cáncer y su proceso de atención en el personal administrativo y asistencial de una unidad de oncología en una clínica nivel III de la ciudad de Cali?*

Como objetivo general se planteó describir los significados del cáncer y su proceso de atención en el personal administrativo y asistencial de una unidad de oncología en una clínica nivel III de la ciudad de Cali.

Para llevar a cabo el objetivo general, se reconocieron como objetivos específicos los siguientes: Indagar los significados del cáncer en el personal asistencial y administrativo, explorar el impacto que genera el trabajo con pacientes oncológicos en el personal administrativo y asistencial, reconocer las concepciones y posturas del personal en torno a los trámites administrativos que implica el proceso de atención, identificar recursos personales y externos que el personal administrativo y asistencial consideran esenciales como equipo para prestar un mejor servicio y conocer las necesidades del personal para favorecer su autocuidado en el marco de los procesos de atención en oncología.

Para este propósito, se presenta a continuación elementos conceptuales alrededor del cáncer, sus principales tipos, diagnósticos y tratamientos de las patologías más comunes y la atención de las enfermedades oncológicas en Colombia. También se tratará temas como el impacto generado en los pacientes, el impacto en el personal asistencial y el autocuidado en estos equipos.

El cuerpo humano está constituido en su totalidad por células vivas. Estas, llevan a cabo un proceso uniforme de crecimiento, división y muerte en el ciclo de vida del ser humano. Hay momentos en los que la división de las células se da de una forma más rápida para que así el crecimiento del ser humano se vaya dando; al alcanzar la edad adulta, las células se dividen con el fin de reponer las células que han sufrido desgaste. Cabe anotar que este proceso se realiza de forma ordenada; sin embargo, en algunas situaciones el proceso de crecimiento de las células en alguna parte del cuerpo se realiza de manera descontrolada. Es así como se genera el cáncer (Instituto Nacional de Cáncer, 2014).

El cáncer inicia con la modificación de una sola célula, que puede darse por distintos agentes externos o también por factores hereditarios. En esta enfermedad, el ciclo de la célula no es normal; ellas no mueren, sino que de forma contraria

continúan formándose y creciendo cada vez más, incluso invadiendo otros tejidos (Instituto Nacional de Cáncer, 2014).

De esta forma, la palabra cáncer hace referencia a una agrupación de enfermedades en las que el cuerpo produce en exceso células de carácter maligno que crecen y se comportan de manera descontrolada, estas células no mueren, por el contrario se dividen sin limitaciones, de esta forma, se forman masas y a medida que se expanden destruyen y reemplazan los tejidos normales del organismo, lo que da paso a la solidificación de tumores y generación de enfermedades hematológicas o linfáticas dependiendo de la función de los tejidos involucrados (Torre, Cobo, Rodríguez y Vicente, 2008).

A pesar de existir distintas formas de cáncer, se hallan tres subtipos principales (Instituto Nacional del Cáncer, 2014). Los *sarcomas*, que provienen de tejidos conectivos como los huesos, cartílagos, vasos sanguíneos, músculos, nervios y tejido adiposo. Los *carcinomas*, que se originan en tejidos epiteliales tales como la piel o como los epitelios que recubren las cavidades y órganos del cuerpo, y los tejidos glandulares de la mamá y la próstata; y las *leucemias* y *linfomas*, que proceden de tejidos formadores de células sanguíneas, como consecuencia se produce inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y la médula ósea, y proliferación de células blancas inmaduras.

Teniendo presente los tipos de cáncer que más se diagnostican en el país, se presentan a continuación algunos elementos relevantes en relación con su diagnóstico y tratamiento.

En el caso del *cáncer de mama*, la mayoría de veces es detectable en sus primeras etapas mediante estudios de imágenes como la mastografía, ultrasonido y resonancias magnéticas y en una menor medida se pueden detectar mediante medidas clínicas, es decir, los tumores palpables. Su tratamiento se realiza mediante una intervención multidisciplinaria, el manejo que se da de forma locorregional por lo general es la cirugía y radioterapia, y en otra forma de

tratamiento se incluye la quimioterapia, terapia endocrina y terapia dirigida a blancos moleculares (Arce et al, 2011).

Para el diagnóstico del *cáncer de cuello uterino*, se realizan estudios histopatológicos mediante biopsia dirigida, esto se hace mediante una colposcopia si no se observan lesiones o mediante una toma directa si el tumor es visible (Montalvo et al, 2011). El tratamiento, al igual que para el cáncer de mama se realiza para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadio temprano la cirugía o radioterapia. Para el seguimiento a largo plazo se realiza quimio-radiación concurrente (Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2011).

Para el *cáncer de estómago*, la endoscopia es empleada como el mejor método para su diagnóstico, también se utiliza la tomografía axial computada (TAC), ultrasonido endoscópico (UE) y laparoscopia (Arana y Corona, 2004).

El tratamiento primario para el manejo del cáncer gástrico extirpable es la cirugía. Entre otros tratamientos se encuentra la disección ganglionar, resección endoscópica, resección por laparoscopia, radioterapia, quimioterapia y terapia combinada (quimioterapia y radioterapia) (López, Ospina, Rubiano y Rey, 2009).

El *cáncer de pulmón*, a pesar que no ha sido demostrado un método que sea altamente efectivo para su la detección temprana masiva, la combinación de citología de esputa y radiografía de tórax son útiles para su detección. Otros métodos de detección son: el TAC de tórax, broncoscopia, tomografía lineal, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, citología del derrame pleural, biopsia cerrada de picura, y biopsia por punción transtorácica entre otros (Mainieri y Brenes, 2003).

Ejemplificar lo anterior, las formas de diagnóstico y tratamiento de los distintos tipos de cáncer permite evidenciar de manera general los múltiples pasos en el proceso, y los profesionales que pueden estar implicados. Y en los que los pacientes se ven involucrados para el proceso de la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante reconocer cómo se da la atención de la salud en Colombia, esto, con el fin de ampliar el panorama y poder conocer la experiencia tal cual se da con todos los aspectos que la rodean.

De esta forma, se encuentra que la atención en salud en Colombia es foco de grandes polémicas a nivel social. Hay gran número de tutelas por negación de servicios por parte de las EPS (Entidad Promotora de Salud) aun cuando estos servicios son incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Lo que sucede también con la entrega de medicamentos. Y también se ha evidenciado inequidad en el servicio, encontrando que las personas del régimen de salud subsidiado tienen menor acceso a los servicios de salud y tienen resultados de salud deficientes (Yepes, 2010).

De esta forma, para el departamento del Valle del Cauca, actualmente se cuenta con 164 Clínicas y Hospitales de las cuales 50% son de carácter particular y pólizas, y 50% de servicio POS (Cámara de Comercio, 2014).

El cáncer genera día a día nuevos casos que necesitan de una atención óptima para poder llevar a cabo el proceso debido, sin embargo cuando se trata de la relación oferta demanda en Colombia se encuentra que no siempre se da de la forma esperada. Para la capital colombiana se realiza una oferta de servicios oncológicos de manera predominante mediante instituciones privadas con 91% de las entidades con servicios de oncología habilitados. Sin embargo, cuando se revisan las Institución Prestadora de Servicios (IPS), estas no brindan las modalidades que por lo general solicitan los pacientes con cáncer como cirugía, quimioterapia, radioterapia y manejo paliativo (González, 2012).

En relación con la calidad y lapsos de atención de los servicios, algunos estudios plantean que aunque se establece un tiempo de espera entre la formulación de quimioterapia y la aplicación de la misma en promedio de 3 días y de la radioterapia un tiempo promedio de 8 días, el paciente tiene que desplazarse en varias oportunidades para poder recibir los tratamientos lo que genera costos adicionales. Teniendo en cuenta que no todos los servicios brindan los tratamientos

solicitados se dificulta la coordinación para llevar a cabo de forma adecuada lo asignado para el bienestar del paciente. De manera que a pesar de que aunque la persona pueda iniciar el proceso, hay dificultades para continuarlo y culminarlo de forma adecuada y satisfactoria (González, 2012; Mejía, Sánchez y Tamayo, 2007).

Lo anterior está relacionado con las respuestas de los cuidadores cuando se les pregunta sobre la satisfacción en cuanto a la oportunidad de atención a los pacientes oncológicos, quienes manifiestan niveles bajos de satisfacción sobre todo en cuanto al tiempo de espera para la consulta y las diligencias del ingreso (Castillo et al, 2005).

Al mismo tiempo, se relaciona con la percepción e impacto del trabajo en el personal administrativo y asistencial, quienes en muchas ocasiones, aun cuando se esfuerzan en la prestación del servicio, hay elementos y trámites que complican el proceso de atención al paciente.

En concordancia con esto, es fundamental reconocer que los familiares que han asumido el rol de cuidadores son actores principales para lograr visión completa de la atención en salud en áreas oncológicas en Colombia, dado que ellos en el acompañamiento a los pacientes presencian el actuar de los servicios.

De acuerdo con esto, se encuentra un nivel alto de satisfacción cuando se habla de la capacidad científico técnica del personal asistencial, al igual que en cuanto a la capacidad del personal administrativo para la resolución de problemas y necesidades. Con respecto a la satisfacción con la comodidad y limpieza de las unidades se presenta en un nivel más bajo sobre todo en lo relacionado a la comodidad. Cuando se pregunta a los cuidadores sobre la oportunidad de atención a los pacientes oncológicos, manifiestan niveles bajos de satisfacción sobre todo en cuanto al tiempo de espera para la consulta, como se mencionó anteriormente, y las diligencias del ingreso (Castillo et al, 2005).

Otro punto importante que se ha encontrado es una discrepancia entre la oferta y la realidad. Las IPS presentan oferta de servicios que no corresponde con la

realidad de la atención que se brinda. La capacidad que se oferta para los consultorios está sobredimensionada en lo que se refiere al número de horas que exceden a lo que se puede realizar con el talento humano disponible. Esto sucede también en especialidades como hematología oncológica, ginecología oncológica, mastología y gastroenterología. Sin embargo, sucede lo contrario con especialidades como urología, cabeza y cuello, dermatología oncológica, neurocirugía oncológica, ortopedia oncológica, cirugía pediátrica oncológica y radioterapia, donde el recurso especializado no es usado de una forma efectiva; el tiempo que es contratado es mayor que el que es utilizado (González, 2012).

Desde esta perspectiva, la atención en Colombia tiene ambas caras: es fuerte en algunos aspectos y esto es reconocido por los cuidadores familiares, trabajadores y pacientes que son ejes importantes en el proceso de atención, se rescata entonces la labor del personal tanto asistencial como administrativo en cuanto a los aspectos técnicos (conocimientos y acciones que se llevan a cabo) y a los aspectos del día a día donde se involucra la resolución de problemas.

Teniendo en cuenta lo que se ha mencionado, puede plantearse que sin embargo, es débil en otros aspectos que afectan de manera directa el desarrollo de los tratamientos y por ende el curso de la enfermedad misma. Estos aspectos que podrían mejorarse, son esenciales en cualquier unidad de atención en salud, y para el caso específico del cáncer se debe tener en cuenta cómo pueden influir estos aspectos teniendo en cuenta también el impacto emocional y físico que implica.

En adición, el impacto que se genera de carácter positivo o negativo, no sólo se da en el paciente y el curso del cáncer en sí, sino que a su vez va a influir en las personas que trabajan en el área de la salud y quienes viven continuamente el proceso también. Lo anterior, permite que se generen representaciones alrededor del tema, considerando las representaciones como las interpretaciones que se dan a una situación u objeto y que construyen la realidad del mismo. Estas están mediadas constantemente por las creencias, religión, valores, necesidades, roles sociales y distintos aspectos socioculturales (Materán, 2008).

Para comprender de manera integral lo que implica una enfermedad como el cáncer, es importante conocer el impacto que tiene en pacientes y cuidadores. Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica, como el cáncer, se enfrenta a una situación repentina, sorpresiva e inesperada que genera un gran caos en la experiencia. Esto hace que la persona se vea afectada emocional y físicamente, chocando con el límite que el ser humano tiene ante el mundo: el cuerpo. Se dan una serie de impresiones y sensaciones que marcarán de ahí en adelante la forma en la que la persona decida vivir (Solana, 2005).

A partir del diagnóstico oncológico, el paciente vive un proceso psicológico adaptativo que le permite estructurar una respuesta a los distintos desafíos a los que se ve enfrentado a nivel orgánico, cognitivo, social y emocional (Rojas, 2006). Aun así es importante resaltar que su experiencia de enfermedad es distinta dependiendo de las características personales, la fase de la enfermedad en la que se encuentren, la red de apoyo con la que cuenten y las necesidades que pueda tener en el proceso.

Esto también aplica para el momento en el que la enfermedad ha avanzado y el paciente se encuentra en una fase avanzada de la patología, recibiendo tratamiento paliativo. En esta situación, también viven de forma singular; y así mismo experimentan la vida y la muerte en su misma particularidad (Blair y Cardona, 2008).

Dadas las circunstancias del cáncer y teniendo en cuenta la forma en la que este ha ido avanzando a través del tiempo, es probable que en un futuro todas las personas se vean afectadas por la patología bien sea de forma directa en calidad de pacientes, o de forma indirecta en calidad de familiares o amigos, por lo que es importante reconocer cómo impacta en las vidas de los pacientes y las personas de su alrededor y cómo puede asumirse (Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología, citado por Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto, 2010).

Es importante reconocer las formas de afrontamiento que las personas pueden asumir ante un diagnóstico: Dentro de las actitudes que las personas

pueden asumir en esta situación, se encuentran las de indiferencia, temor, descanso o serenidad. La *indiferencia*, es dada mediante una resistencia al tema de la muerte. El *temor*, se evidencia cuando se evita este tema a toda costa y sólo expresa dolor y sufrimiento. El *descanso* es reflejado cuando la muerte es asumida como el fin del sufrimiento y el inicio de la tranquilidad, esta actitud es característica de las personas que han sufrido una enfermedad crónica. Y por último, la actitud de *serenidad* se da cuando se encuentra una satisfacción con lo que ha vivido y de esta manera se siente preparado para la muerte (Oliveros et al, 2010; Uribe, Valderrama y López, 2007).

Así, se entiende entonces que las personas que son diagnosticadas con cáncer se ven afectadas en su desarrollo biopsicosocial. Se cambia la forma como se ve la vida y a sí misma, las áreas conductual y cognitiva se alteran incluso llevando a cambios comportamentales que dependiendo de la forma de afrontamiento que se asuma, puede ser funcional o no funcional. Cuando es no funcional, puede haber abandono del tratamiento, mayor percepción de dolor, desordenes psicológicos como depresión y ansiedad, y progresión de la neoplasia, además, afectación a nivel de las relaciones establecidas donde se involucran los aspectos sentimentales, sexuales y dinámicas relacionales (Oliveros et al, 2010; Montes, Mullins y Urrutia, 2006; Vinaccia, 2003).

Con base en lo anterior, se entiende entonces que el cáncer en la medida en la que influye en distintas áreas del ser humano tanto a nivel emocional, como físico y relacional, y dependiendo de la forma en la que la persona asuma todos estos cambios puede progresar de manera positiva o negativa, lo que repercutirá en el mismo desarrollo de la enfermedad.

Siguiendo con la misma línea, resulta importante resaltar que el impacto de esta enfermedad no va dirigido solamente a los pacientes quienes son los directamente implicados, sino que, como se mencionó anteriormente, también afecta de manera indirecta a personas que tienen contacto con los pacientes, como la familia y amigos. De esta forma, se encuentra que las familias pueden atravesar

periodos de crisis que tienen repercusiones que pueden generar homeostasis, crisis o en ocasiones disolución del grupo (Cabrera y Ferraz, 2011).

Cuando de la dinámica familiar se habla, es importante resaltar que aun el cáncer es considerado como un sinónimo de dolor, sufrimiento, quebranto y finitud, lo cual trae consigo una serie de temores que se relacionan con los síntomas físicos, asuntos económicos, emocionales y existenciales. Todo lo anterior, impacta en la familia donde cada uno de los integrantes se ve afectado a nivel emocional, cognitivo y también en cuanto a las percepciones que se tienen sobre el sentido de la vida. Durante este proceso, las familias viven periodos de enojo, frustración, falta de control, desamparo, desajuste y readaptación, donde el cáncer además de ser una amenaza para el paciente, puede llegar a generar desintegración (Cabrera y Ferraz, 2011; Krikorian, 2008; Ruiz-Benitez y Coca, 2008).

Asimismo, el personal de las unidades oncológicas al tener contacto con los pacientes, se ven involucrados también. De esta manera, una vez reconocido el impacto que se genera en los pacientes, es fundamental conocer cómo impacta este fenómeno en el personal también.

Significados e impacto del cáncer en el equipo de salud.

Las personas tienen la capacidad de encontrarle sentido a las cosas. Todo el tiempo se está en el proceso de experimentar y vivir situaciones que permiten la construcción de significados de las mismas. De esta forma, el funcionamiento de la vida está en un continuo generar, demostrar y relacionar significados (Chen, 2001).

Desde una mirada dialéctica-constructivista, el proceso consciente y personal de realizar significados es generado a partir de procesos cognitivos, que permiten realizar bosquejos de grandes clasificaciones y niveles de información, pero para que esto sea realizado debe tenerse en cuenta un aspecto fundamental que es la experiencia afectiva que represente la situación. El proceso cognitivo de la creación de significados se da a través de una selección de la información a la que se le va a dar interpretación. Sin embargo, esto es dado no solamente a partir de

factores internos, está mediado también por lo que ha sido culturalmente enseñado, lo socialmente encuadrado o lo universalmente significado (Chen, 2001 y Greenberg y Pascual, 2001).

Desde la visión Centrada en la Persona propuesta por Rogers (citado por Chen, 2001), a partir del mundo fenomenológico que el ser humano construya es que va a estructurar todos el funcionamiento psicológico. Este marco de referencia en el que el ser humano se mueve es reconocido como el campo perceptual de lo individual, siendo entonces la forma en la que el mundo se presenta, y los significados están entrelazados con la experiencia propia y los sentimientos.

En este sentido, los significados son entendidos como la interpretación que la persona le da a un fenómeno o situación que viva. Con esta interpretación es que la persona se desenvuelve en el medio e interactúa con él de una forma específica. Todo el tiempo se están construyendo significados a partir de lo vivido, lo sentido y con una influencia de la forma en la que la sociedad lo ha considerado.

A partir de lo anterior, es importante también tener en cuenta lo que son las *emociones*, reconociéndolas como las expresiones que el ser humano tiene, a partir de un vínculo inminente con quién es la persona, sus concepciones, vivencias y se generan desde una situación presentada. Estas manifestaciones, influyen en distintos campos de la vida, tales como el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento de síntomas ante alguna enfermedad, la búsqueda de atención médica, involucración de conductas saludables y no saludables que juegan un papel importante en la regulación de las emociones y la percepción que la persona puede tener sobre el apoyo social (Barra, Cerna, Kramm y Vélez, citados por Gaviria et al, 2007 y Perea, 2009).

Además, actúan como procesos que son activados cuando el sistema psíquico detecta un cambio significativo para la persona, facilitando así la adaptación al entorno social. No son procesos de carácter estático, sino más bien, son cambiantes en el tiempo y dependiendo de las demandas del entorno a partir de la experiencia propia, como se mencionó anteriormente. Al cumplir una función

adaptativa, resulta esencial reconocerlas a cada momento, pues pueden convertirse en poco saludables produciendo malestar que puede volverse crónico. Dentro de las emociones, se encuentran la felicidad, la ira, el miedo, el odio, el enojo, la ira, el amor, la envidia, los celos, la tristeza, la melancolía, la sorpresa y los celos, entre otros (Ortega, 2010; Perea, 2009).

De esta forma, ya habiendo enfatizado en aspectos fundamentales a la hora de hablar del significado e impacto, buscando comprender desde el punto de vista del trabajo en unidades oncológicas, es importante reconocer su contexto y sus labores. Se entiende entonces que las personas que ejercen sus labores en este ámbito están expuestas a largas jornadas de trabajo, gran inversión de tiempo, de esfuerzo y de sí mismos en cuanto a lo profesional y a lo personal. Esto, dado que el ser humano no es distinto en el lugar de trabajo y en su vida personal, el ser humano es un todo, es un ser integral que aunque se desenvuelva en distintos campos sigue siendo quién es, junto a sus experiencias y concepciones (Novoa et al, 2005)

A partir de lo anterior, una cantidad considerable de tiempo que los profesionales de la salud invierten, se enmarca en el contacto directo con personas que están en situaciones problemáticas y con necesidad de intervención en crisis, esto por su condición médica o por la situación psicológica que estén viviendo en el momento en el que se encuentran en los servicios oncológicos. Esto no involucra solamente a los pacientes, sino también a los acompañantes y familiares que asumen una situación imprevista (Novoa et al, 2005).

Con base a lo dicho, se considera que las personas que se encargan de labores en el ámbito de la salud se ven envueltas en situaciones que influyen en su calidad de vida, afectando así distintas dimensiones de desarrollo como: la dimensión física, psicológica, social y espiritual lo que en ocasiones puede generar un estrés constante que puede verse relacionado con el desempeño de los trabajadores en su labor (Achury et al, 2011; Contreras, Espinal, Pachón y González, 2013)

En el caso específico de la atención a pacientes oncológicos, estas personas viven continuamente enmarcadas en una serie de demandas mentales y de control mayor que en otras áreas. Por esto, muchos autores coinciden en que el colectivo de enfermería y en sí el personal asistencial está constantemente expuesto a adquirir niveles altos de estrés, por encima de otros profesionales, pues esta actividad implica un compromiso personal (Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008).

En este orden de ideas, el personal asistencial actúa e interactúa en un contexto multidimensional, en función de entender su trabajo como la suma de características o habilidades que sobrepasan lo mecánico y se ubican en el campo emocional, ya que las características de los pacientes con cáncer trasciende el tratamiento médico y se hace necesario un contacto persona a persona, donde se va más allá del rol profesional para mostrarse desde la posición de ser humano.

El profesional que ofrece cuidados a pacientes crónicos vive estrés por distintas razones: ya sea por limitaciones físicas, psicológicas o cognitivas para la óptima realización de su labor. En estos factores generadores de estrés también se encuentran alteraciones en la ejecución del rol, interacciones sociales que se dan dentro del ámbito laboral, una percepción de falta de respaldo y apoyo a nivel social en relación a su labor, dispersión, nivel de gravedad de la enfermedad del paciente que recibe el cuidado, la cantidad de cuidado y la supervisión que requiere (Achury et al, 2011).

Dicho lo anterior, el rol que desempeña el personal asistencial presenta demandas más allá de sus funciones profesionales, ya que en la cotidianidad de sus labores se presentan coyunturas debido a varios factores como: la falta de personal para las labores diarias, a nivel administrativo y asistencial, además de personal calificado que esté dispuesto a asumir las necesidades en momentos de crisis de los pacientes.

Es importante rescatar también que los directivos juegan un rol importante en la forma en la que el personal asume estas cargas y por tanto puede llegar a

presentar niveles de estrés laboral. Así, es importante que las personas que ejercen cargos superiores estén al pendiente y puedan potenciar cualidades que generen bienestar y un ambiente apropiado para el desarrollo de este personal característico por llevar consigo un día a día en una unidad de grandes cargas emocionales (Conteras, Espinosa, Hernández y Acosta, 2013).

De esta manera, el estrés generado muchas veces se convierte en *burnout*, abordado como la “tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos” (Shinn, Rosario y Chesnust, citados por Moreno, 2007, p. 65). Este, se materializa ante una serie de presiones sistemáticas en las que la persona se ve envuelta ante distintos factores a nivel profesional, emocional e interpersonal que se ve relacionados con el trabajo (Forbes, 2011; Moreno, 2007).

Entre las causas del *burnout* en trabajadores de la salud oncológicos, se destaca la naturaleza del trabajo que implica enfrentarse al dolor cotidiano, la situación emocional de los pacientes y también la de sus familiares; los problemas del equipo-paciente como la gran demanda que existe, insuficiencia de tiempo y problemas de comunicación; las características personales tales como la dificultad de pedir ayuda, dificultades fuera del trabajo, el involucrarse mucho o poco; y otros aspectos como el no poder descansar lo suficiente, estar en problemas en el trabajo y en la vida privada al mismo tiempo. Lo que afirma las grandes demandas de la profesión a nivel personal y profesional (Ballinas et al, 2009; Comité Nacional de Psicooncología Pediátrica de la Sociedad Brasileira de Psicooncología, citado por Nascimento y Fantini, 2007).

Así mismo, es importante tener en cuenta que la relación personal-paciente establece eventos de gran carga emocional para la persona que se desempeña en esta área, por tanto es necesario controlar de forma cuidadosa las situaciones para que así puedan ser resueltas de una forma eficiente. Hay ocasiones en las que la situación tiene progreso negativo para el paciente, en estos casos se puede generar sentimientos de frustración, temor, rabia o incluso desesperación por parte del personal (Novoa et al, 2005).

En adición, es fundamental saber cómo vive el paciente la enfermedad, pero también cómo lo hace el entorno en el que se desenvuelve. Por esto, el personal asistencial debe estar preparado para enfrentarse a la situación del paciente y también a la de su familia, para que así se dé un reconocimiento y manejo al impacto de la enfermedad, permitiendo que estas personas puedan confrontar la situación. Así, el asumir la situación actual del paciente y del familiar que en muchos casos es negativa en cuanto a la evolución de la enfermedad, se convierte en un reto que implica un desajuste también en el personal (Cabrera y Ferraz, 2010; Ruiz-Benítez y Coca, 2008).

Siguiendo esta misma línea, los trabajadores se ven confrontados desde varios ángulos: el personal, el del paciente y cuidador familiar. En función de lo anterior, produce que la suma de estos factores genere una deficiencia en el desempeño de sus funciones cotidianas asignadas.

Es importante reconocer que la manifestación del *burnout* no se limita a factores emocionales u organizacionales por separado, sino más bien a la interacción eficiente o ineficiente de los mismos (Forbes, 2011).

De esta forma, Moreno (2007) reconoce como consecuencias de este fenómeno en distintas áreas de la vida del ser humano tales como el área conductual, física y psicológico/emocional. Así, se identifica a *nivel conductual*, comportamientos relacionados con el absentismo laboral, abuso de sustancias, conducta violenta y comportamientos de alto riesgo como la conducción de manera imprudente, alteración de la conducta alimentaria, superficialidad en el trato, disminución de productividad, incapacidad para relajarse, cambios bruscos de humor, conductas evasivas, dificultad de concentración, incumplimiento en horarios de trabajo, deterioro social y familiar. Aspectos que generan impacto negativo en la persona y su desenvolvimiento en las distintas áreas de su vida; por lo que entonces se amplía el rango de impacto, llegando incluso a nivel organizacional, familiar y social.

De la misma forma, a nivel *físico*, alteraciones cardiovasculares, disfunciones sexuales, cefaleas y migrañas, hipertensión, fatiga crónica, alteraciones gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales, dolores musculares y articulatorios, pérdida de peso y agotamiento que pueden llegar a deteriorar la calidad de vida de la persona, siendo esto visible para el equipo con el que labora, lo que implica también un impacto en ellos. Aquí es importante reconocer que al afectar a la persona en estas áreas, esta empieza a faltar al trabajo por incapacidades lo que afecta el desarrollo de él dentro de la organización y de la organización en sí misma (Moreno, 2007).

Y por último, a nivel *psicológico/emocional* se reconocen como consecuencias la autovaloración negativa, ansiedad, irritabilidad, apatía, cinismo, depresión, sentimientos de alienación, hostilidad, melancolía, baja autoestima, desmotivación, desorientación, distanciamiento emocional, frustración personal, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles, impaciencia, culpabilidad, dificultades para la memorización, abstracción y elaboración de juicios. Estos, afectan a la persona que los está viviendo pero también a las personas que se encuentran a su alrededor, tanto los compañeros de labores que identifican un cambio negativo en la persona, como también en los pacientes y familiares que buscan un servicio óptimo realizado por personal competente (Moreno, 2007).

Siguiendo esta lógica, la materialización del *burnout* no se ve limitada a la expresión de un factor físico sino a la manifestación de otros factores y por esto no se debe abarcar como un síntoma aislado sino como una condición que involucra al ser humano de manera integral y puede ser trascendental en el acompañamiento del proceso oncológico de los pacientes.

En síntesis, tener en cuenta la carga laboral del personal es esencial para la optimización del trabajo en estos profesionales, para que suceda es muy importante resaltar la cantidad de tiempo que ocupan al llevar a cabo las tareas de cuidado tanto de manera directa, como indirecta a los pacientes. Sin embargo, cuando se habla de cuidar un paciente oncológico hay un desafío mayor de acuerdo las condiciones impredecibles de la población y las concepciones socialmente

establecidas que giran alrededor del cáncer. Es por esto que el enfoque que se le debe dar al personal debe ser de promoción y prevención del autocuidado (Alves et al, 2014; Sarmiento, 2012).

La muerte es un evento que hace parte de la cotidianidad del profesional de la salud. Es difícil afrontarlo tanto para el paciente, como para su familia. Existe temor no sólo ante la muerte en sí, sino al proceso que se lleva a cabo en esta, la agonía, el dolor y la pérdida de facultades mentales. Al ser parte del contexto de las instituciones de salud, el personal tiene una participación inminente en estos procesos (Maza, Zavala y Merino, 2008; Hernández, González, Machín e Infante, 2002),

Ante estas características, es esencial tener en cuenta entonces la temática de muerte y la forma en la que es asumida por parte del personal; encontrando como una de las características más representativas de las actitudes ante el pronóstico negativo de los enfermos: la evitación. Esto, mediante una ambigüedad presentada en el contexto cognitivo en el que se muestra mayormente aceptación, pero en el afectivo se encuentran actitudes de evitación (Abalo et al., 2008).

Esta temática ha sido abordada en distintas ocasiones y al reconocer el impacto que se genera en las tareas diarias que implica el trabajo en el área de la salud y para el caso específico, en una unidad oncológica, diferentes autores han propuesto métodos para mejorar el bienestar de estos profesionales, tales como: valorar las necesidades del cuidador y abrir espacios de descanso. Dicho lo anterior, se mencionan estrategias como terapias de grupo y reconocimiento de su labor que resultan ser esenciales y en la mayoría de casos son una recompensa suficiente para el profesional (Expósito, 2010).

En esta medida, las *necesidades* se ven relacionadas con la satisfacción de carencias y fines que son vitales para la supervivencia de la persona o para el desarrollo físico y psíquico de los seres humanos, o que sean sentidas por la subjetividad del individuo. Estas pueden ser resueltas por la persona, sin embargo por lo general la satisfacción de las necesidades están ligadas a un grupo o

contexto que se constituye por objetos de deseo y una demanda de reconocimiento por parte de los otros. Son importantes en la medida en la que actúan como motivadores para llevar a cabo actividades organizadas, que se concretan en las instituciones socioculturales donde hay necesidades sociales de adaptación, integración, coherencia de normas, valores y persecución de objetivos comunes (Kehl, 1993).

De esta forma, se buscan estrategias para el bienestar de los equipos, para lo que se ha encontrado y resaltado la importancia de tener en cuenta que el cuidado no sólo está dirigido hacia las personas que se tienen a cargo, sino que se considera también el cuidado a sí mismo como un aspecto fundamental en el desarrollo de cualquier actividad que se realice.

El *autocuidado* es definido como la capacidad que tienen las personas para asumir de manera consciente y voluntaria el cuidado y mantenimiento de su salud, previniendo de esta forma enfermedades que mediante el conocimiento y prácticas les permite vivir de manera activa y saludable (Ministerio de Salud, 2008). Entre las prácticas que promueven el autocuidado se encuentran: la higiene, alimentación adecuada, manejo del estrés, habilidades para relacionarse y resolver problemas interpersonales, ejercicio, control del consumo de medicamentos, seguimiento a las indicaciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, adaptación al cambio de contexto (Tobón, 2013).

Teniendo en cuenta los planteamientos mencionados, se puede resaltar que el autocuidado de los equipos de salud es importante para procurar el bienestar de los mismos. Se reconoce el personal no sólo como un grupo de personas que ejecutan unas labores, sino como seres que llevan consigo todo su existir y de esta misma forma actúan. Cuando cada integrante del equipo logra tener y aplicar herramientas para su bienestar, se permite que la dinámica en los servicios se dé de manera efectiva, con lo que se logra entonces una armonía entre los equipos y en la y atención a pacientes.

El cuidado es eje principal en la labor del personal asistencial, su labor diaria involucra el rehabilitar pacientes y disminuir cualquier factor que produzca malestar. Sin embargo, la labor de cuidar en las unidades intrahospitalarias no se limita a la interacción profesional-paciente, se encuentran otros factores y situaciones que generan ambientes negativos para la salud y estrés dados las condiciones del trabajo, lo que conlleva a unas malas prácticas de autocuidado (Vergel y Ospina, s.f.).

Se ha determinado que existe una relación entre el trabajo y la salud mental, nexo que ha venido aumentando con el paso del tiempo. Las personas que se dedican en el área de la salud, docencia o ciencias sociales son vulnerables a sufrir de estrés (Rodríguez, 2010).

Además, se encuentran aspectos que resultan ser fundamentales a la hora de reforzar actitudes de autocuidado: El *apoyo mutuo o de pares*, en el que personas que se encuentran en situaciones similares, como por ejemplo trabajadores de la unidad, permiten una conexión para que se genere un cambio a partir de la potenciación del autoestima, la autoeficacia, el bienestar en salud mental, intercambio de información y apoyo a nivel social. Los *cuidadores informales*, la familia y amigos pueden estar alerta a cualquier cambio que observen en la persona y que pueda dar pie a una situación negativa por el no cuidarse, de manera que pueden brindar un apoyo para que pueda mejorar el cuidado de la persona. Y las *capacitaciones e intervenciones* que las instituciones puedan brindar para fomentar el autocuidado y bienestar de sus trabajadores (Sapag, Lange, Campos y Piette, 2010).

Dado lo anterior, se resaltan recursos con los que cuentan los equipos como la autonomía sobre sí mismos que les permite la toma de decisiones sobre qué acciones generar para su autocuidado; la posibilidad de significar las experiencias, con lo que se pueden afrontar de manera positiva o negativa las situaciones presentadas en las unidades oncológicas; el contacto a diario con su equipo y con experiencias de vida distintas que abren las puertas para valorar el aquí y el ahora, lo anterior, basado en el ser en sí.

Los *recursos*, teniéndolos en cuenta como las fortalezas, herramientas y características positivas que tiene la persona con las cuales puede dirigir su comportamiento para actuar en distintas situaciones. Es importante resaltar que estas cualidades son utilizadas en distintas ocasiones a lo largo del tiempo, además de ser desarrolladas y modificadas a partir del contacto y las interacciones que tiene la persona con el entorno. Actúan como factores de protección en situaciones adversas, estos recursos ejercen un rol de gestores de estrategias de afrontamiento (Remor, Gómez y Carrobles, 2010).

De esta forma, se reconoce entonces la relación personal asistencial y administrativo–pacientes oncológicos como un conjunto de aspectos complementarios que se dan tanto en la persona que ejerce un rol de personal de la salud, como en la misma relación que se presenta. Reconociendo la relación como una interacción entre dos seres que son dos mundos aparte, con todas las vivencias y concepciones que pertenecen a cada uno de los individuos y además, lo que implica el ejercicio de un rol específico en una institución de salud.

METODOLOGÍA

Modalidad de investigación

La presente investigación adoptó una modalidad cualitativa, por lo que se ocupó del estudio de la naturaleza de la realidad investigada, para lo que se tiene en cuenta los aspectos que pueden dar cuenta de esta naturaleza y de su comportamiento y manifestaciones. Este abordaje reconoce la visión holística de los fenómenos en estudio como premisa esencial. Al mismo tiempo, el significado y descripción de situaciones reales, con un procedimiento de carácter inductivo, partiendo desde la realidad misma para comprenderla (Álvarez, 2003; Martínez, 2006; Ruiz, 2012).

Se adoptó un diseño fenomenológico, entendiendo la situación desde la perspectiva de los participantes, perspectivas que han sido construidas colectivamente. Se buscó profundizar en el *cómo* del fenómeno, más que el *por qué*, dirigiendo la mirada hacia la subjetividad de cada uno de los participantes en el día a día de su experimentar anclado al contexto ya expuesto. Todo esto realizado a partir de la pregunta por el significado, de la experiencia de profesionales administrativos y asistenciales que trabajan en una unidad de oncología (Salgado, 2007; Sandín, 2003).

Participantes

Los participantes de la investigación fueron 6 profesionales del área de oncología de una clínica nivel 3 de la ciudad de Cali, de los cuales 3 pertenecen al área administrativa y 3 al área asistencial.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: laborar actualmente en la clínica, pertenecer a la unidad de oncología, trabajar en el área desde hace mínimo 6 meses, pertenecer al equipo asistencial o administrativo de la unidad, tener contacto directo con los pacientes en el ejercer de su labor, deseo de participación voluntaria y firma de consentimiento informado. Aunque no fue un criterio de inclusión para la investigación, los participantes resultaron de género femenino.

Para la selección de los participantes se empleó un muestreo intencional. En este, se eligieron criterios necesarios para una unidad de análisis con las mayores ventajas o características pertinentes para alcanzar los objetivos del estudio (Martínez, 2006). De esta forma, una vez reconocidos los criterios de inclusión se buscaron profesionales del área que cumplieran con las características necesarias y se les invitó a la participación en la investigación a través de personas claves, informándoles el objetivo, procedimiento e implicaciones del estudio.

Instrumentos

La técnica que se manejó para la recolección de información de la investigación fue la entrevista en profundidad, donde mediante un diálogo ajustado a la naturaleza de la investigación se recogió el material primario para realizar el análisis (Martínez, 2006).

La entrevista fue estructurada a partir de los grandes rasgos y temáticas que se quisieron tratar en el estudio y tuvo flexibilidad para adaptarse a las circunstancias específicas que se fueron dando durante el diálogo, buscando guiar al participante para que pudiera proveer y profundizar en las temáticas requeridas para la investigación (Flores, 2004; Menéndez et al, 2007).

El instrumento fue una guía de entrevista, realizada con base en los objetivos planteados, las categorías de análisis propuestas y una serie de preguntas que permitieron observar y analizar de manera profunda los significados del cáncer y de esta forma cumplir de manera satisfactoria los objetivos de investigación (ver anexo 2).

Procedimiento

El procedimiento de la investigación consistió en el planteamiento de los puntos principales que se realizan a través del proyecto para lograr el desarrollo satisfactorio del mismo, permitiendo entonces que desde el inicio el estudio se consolidara y paso a paso se pudiera ir dando para concluir en unos resultados, análisis y conclusiones pertinentes (Sandoval, 2002).

A continuación se presentarán las fases que se emplearon a través de la investigación:

Para la construcción del proyecto se realizó la búsqueda de artículos relacionados con la temática, buscando tener un panorama amplio para que a partir de ahí la investigación sea soportada. Se plantearon objetivos y la ruta metodológica a partir de la cual el estudio fue realizado, esto permitió tener las herramientas conceptuales sobre el tema, un panorama profundo sobre la situación actual del mismo y unas concepciones en cuanto a metodología para el curso del proyecto.

Es importante resaltar que este estudio nace desde una experiencia profesional, donde a partir de un contacto previo con una unidad oncológica se observó la dinámica dada y la cotidianidad del trabajo en un servicio dedicado a la atención en cáncer, en el que se genera impacto en el personal que lo asiste. De esta forma, el trabajo de grado responde a una necesidad planteada por parte del personal administrativo y asistencial de esta unidad, la cual es manifestada además por la Jefe del servicio.

La construcción del instrumento, fue realizada a partir de los elementos teóricos revisados adaptados a la realidad de la muestra. De esta forma los

participantes, mediante la entrevista, dieron cuenta de los aspectos fundamentales en la investigación. De esta forma, se realizó una primera versión del instrumento el cual fue revisado por jueces expertos, una vez realizado esto se aplicó una prueba piloto. Finalmente, a partir de estas dos experiencias, se realizaron ajustes para la versión final.

Para el *contacto con los participantes* se presentó la propuesta de la investigación al Jefe del Servicio de Oncología, al director de la unidad de Oncología y al Director General de la Clínica, a quienes se les brindó la información precisa del objetivo de estudio y el proceso que se va a llevar a cabo. Una vez se completó el proceso de aceptación, el Jefe invitó al personal permitiéndoles conocer todo lo que concierne al estudio. Al estar dispuestos a participar los profesionales, el jefe del servicio dio información a la investigadora. Se programó una reunión con ellos en la que se presentó de nuevo los objetivos del estudio y las consideraciones éticas. Con quienes decidieron participar, se procedió a la firma del consentimiento informado y a la realización de la entrevista.

El trabajo de campo se llevó a cabo mediante las entrevistas semiestructuradas con los participantes, estas, fueron grabadas en formato de audio con previo consentimiento de los participantes.

El *análisis de los resultados* obtenidos a partir de las entrevistas, se llevó a cabo a partir del material recogido a través de los encuentros con los participantes. Se realizó de forma manual, reconociendo en la entrevista a profundidad realizada, los fragmentos que hacen referencia a cada una de las categorías de análisis. Lo anterior, para poder realizar la identificación de unidades de significados y de esta manera se pueda constituir el análisis pertinente del contenido abstraído de los diálogos.

Posterior a esto, se realizará una sesión con los participantes en la que se hará una devolución de resultados, permitiendo que sean parte de lo que se ha obtenido a través de la investigación en la que han participado; esta sesión ya ha sido programada. Esto puesto que estas personas están en total derecho de

conocer qué se obtuvo a partir de su participación y además, como compromiso ético de la investigadora en la realización del estudio con seres humanos. La devolución de resultados permite cumplir también con los criterios de validez en investigación cualitativa.

La preparación y presentación del documento final se realizó a través del documento integrando a la revisión conceptual y teórica realizada a lo largo de la investigación, los resultados y el análisis. Se añadieron conclusiones del estudio y recomendaciones para siguientes investigaciones teniendo en cuenta los alcances y limitaciones de la investigación realizada.

Categorías de análisis

A continuación, se presentan las categorías de análisis que fueron establecidas para la investigación, teniendo en cuenta los objetivos planteados para el estudio y la literatura revisada. Las subcategorías fueron construidas en el proceso de categorización de la información.

Tabla 1
Categorías de análisis

Categoría	Subcategorías
Significados de la enfermedad	
<p>Forma en la que la persona reconoce el cáncer, conceptos contruidos a partir de la experiencia propia y los sentimientos generados en relación a esta.</p> <p>Este campo perceptual es individual, pues se da en torno al mundo fenomenológico. (Rogers citado por Chen, 2001 y Greenberg y Pascual, 2001)</p>	<p>Significados del cáncer como enfermedad Como la persona concibe la enfermedad del cáncer desde su experiencia fenomenológica.</p> <p>Significados de la experiencia de los pacientes Forma en la que la persona reconoce la experiencia de los pacientes oncológicos.</p>
Impacto del trabajo en oncología	
<p>Pensamientos alrededor de los efectos generados en los participantes al trabajaren una unidad de oncología.</p>	<p>Experiencia de trabajo en oncología Reflexiones alrededor de la experiencia del ejercicio profesional en una unidad oncológica.</p> <p>Creación de vínculos y el involucrarse con el paciente oncológico</p>

De esta forma, el impacto es reconocido como la impresión, sensación, emociones y efecto que se genera a partir de una situación, que para este caso se enmarca en el trabajo con pacientes oncológicos, en el que se invierte gran cantidad de tiempo e implica también brindar las competencias tanto a nivel profesional, como las habilidades y formas personales de asumir situaciones (Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008).

Proceso y efecto de la creación de vínculos con los pacientes y sus familiares, además de impresiones, sensaciones y emociones el mismo.

Emociones y sentimientos presentes

Sensaciones y emociones que se hacen presente ante el proceso de los pacientes y el ejercicio laboral en la unidad oncológica.

Significados alrededor del pronóstico y la muerte

Pensamientos, impresiones y sensaciones relacionadas al pronóstico del paciente y la muerte

Necesidades para el autocuidado

Deseos y consideraciones de los participantes para generar un ambiente de bienestar y favorecer su autocuidado.

Las necesidades pueden ser concebidas a partir de dos puntos: las necesidades contingentes, que hacen referencia a las que persiguen fines en común; y las necesidades básicas o esenciales que implican aspectos fundamentales sin los cuales la integridad física y psíquica podría extinguirse (Riechmann, 1999).

Significados sobre el autocuidado

Pensamientos, concepciones y sensaciones alrededor del autocuidado.

Sus Necesidades de autocuidado

Consideraciones de la persona para favorecer su autocuidado y bienestar.

Lo que hacen actualmente para cuidarse

Acciones puntuales que realiza la persona para cuidarse.

Representaciones sobre los trámites administrativos

Ideas o interpretaciones que los profesionales tienen alrededor de la atención a pacientes oncológicos, que se han dado en un proceso de construcción y están mediadas por sus valores, creencias, necesidades, roles (Materán, 2008).

Concepciones alrededor de los trámites administrativos

Ideas o interpretaciones que la persona tiene en relación a los trámites administrativos que los pacientes deben llevar a cabo en el proceso de atención.

Participación en los trámites e influencia en la labor

Concepciones que tiene la persona en relación a cómo es trabajar el día a día en medio de esos trámites administrativos.

Recursos para un mejor servicio

Consideraciones y propuestas para que el servicio sea óptimo, tanto en la atención al paciente como en el trabajo en equipo, entendidos como las características positivas que se mantienen en el tiempo y se desarrollan o modifican al interactuar con otros individuos o el entorno. Estos, dirigen y organizan los comportamientos en las situaciones específicas (Remor, Gómez y Carrobles, 2010).

Recursos existentes

Qué considera la persona que ya tiene en su medio laboral y que es útil a la hora de brindar un buen servicio.

Consideraciones a mejorar

Consideraciones y propuestas para que el servicio sea mejor en sus procesos.

Tipo de análisis

En una investigación, es esencial siempre reconocer la necesidad de establecer las ideas fundamentales que guían el estudio. Para esta investigación se realizó un análisis de tipo temático, que hace referencia a un proceso de identificación, codificación y categorización de las cualidades principales que permiten dar un significado a los datos recogidos. Permite una abstracción de los datos para analizarlos en sí mismos buscando su contenido latente (González y Cano, 2010).

La identificación de las temáticas y la consecución de la estructura del proyecto implican una rigurosa planificación, cuando esto se da, los resultados son analizados tomando los datos en su esencia para enmarcarlos en lo que ya se ha establecido. A partir de esto, se logró un análisis temático pertinente y provechoso para la investigación (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012).

Una vez dicho lo anterior, para el análisis de los resultados que se obtuvieron a través de la entrevista semiestructurada a los participantes, se realizó un análisis de carácter manual; tomando los datos recibidos y ubicándolos a partir de las categorías de análisis. A partir de esto, se dio lugar al procedimiento de

identificación, codificación y categorización para reconocer las experiencias expresadas en sí mismas y encontrar el contenido de ellas dando respuesta así a los objetivos de la presente investigación.

Validez

Continuando, a partir de lo planteado por Sandoval (2002), la validez del estudio se dio de la siguiente forma:

Para la validez interna de la investigación, se tiene en cuenta que los datos fueron recogidos y analizados de manera que todos los puntos de vista de los participantes estuvieron incluidos en la investigación para lograr un panorama completo y profundo, teniendo presente siempre la concepción de fenomenología, reconociendo entonces que cada realidad es única y que esa realidad es de carácter holístico. Se describe de manera detallada los resultados obtenidos, profundizando en cada uno de los aspectos planteados para la resolución de la entrevista semiestructurada para así tener un panorama amplio sobre lo que se quiere estudiar.

En cuanto a la validez externa del estudio es importante tener en cuenta que el objetivo de la investigación no es generalizar los resultados, sino conocer la realidad que se da en los participantes de la investigación, comprendiendo su experiencia tal cual es (Álvarez, 2003).

Se realizó un análisis profundo en el que se contrastaron los resultados que se obtuvieron con la revisión bibliográfica ya realizada, para establecer si existe congruencia entre los hallazgos y la teoría.

En adición, se organizó una sesión con los participantes en la que se hará la devolución de los resultados obtenidos en la investigación. Esto como derecho de los participantes y como deber de la investigadora.

Consideraciones éticas

La presente investigación toma como base el respeto y la dignidad de los participantes, procurando el bienestar y haciendo valer los derechos de las personas que hagan parte de ella, consolidada desde el Código Deontológico y Bioético de Psicología, para garantizar el derecho a la autonomía, a la intimidad y a la información veraz y con pleno conocimiento de los aspectos legales y profesionales que reglamentan la investigación en la que se involucran participantes humanos (art. 2, núm. 9). Además, se reconoce también en la Ley 1090 de 2006 decretada por el Ministerio de Protección Social por la que se pauta el ejercicio de la Psicología. A partir de esto, el consentimiento informado se realiza de manera clara, mediante un lenguaje comprensible para los participantes del estudio.

Se asume el Consentimiento Informado como un acuerdo escrito por medio del cual la persona da autorización a su participación, conociendo los objetivos, métodos y demás implicaciones, de manera voluntaria, esto, de acuerdo a la resolución No. 008430 del Ministerio de Salud en la que se decretan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en el área de la salud (art. 14).

Conforme al art. 15, los participantes fueron informados previamente en relación con los siguientes aspectos:

- Objetivos y Justificación del estudio.
- Procedimiento.
- Riesgos o molestias relacionados.
- Beneficios que pueden obtener al participar de la investigación.
- Garantía de recibir respuesta a cualquier inquietud que se presente en relación de lo anteriormente descrito o de cualquier otro asunto propio de la investigación.

- Autonomía de retirar el consentimiento informado y abandonar el estudio en cualquier momento del mismo.
- Garantía de confidencialidad.
- Compromiso a brindar información veraz y actualizada.

Esta investigación se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con las técnicas y métodos empleados y a la no intervención en variables fisiológicas, psicológicas, sociales o biológicas de los participantes (art. 11).

La investigadora se dirigió a la Clínica para pedir autorización para realizar la investigación, informando sobre todos los aspectos relacionados con el estudio y resolviendo las dudas que puedan generarse a partir de este. Se tendrá en cuenta las implicaciones para la Unidad de Oncología y los beneficios que puedan surgir.

Finalmente, el consentimiento informado fue entregado a los participantes previa la realización de la investigación, aclarando cualquier duda que surgió con respecto a la misma y entregando una copia para efectos legales.

Se adoptó una postura ética que parte del reconocimiento del otro, desde la cual se generarán las condiciones aptas y adecuadas para que la persona tenga la posibilidad de desarrollarse en su individualidad con confianza, autonomía y libertad.

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados de acuerdo a cada una de las categorías establecidas y las subcategorías propuestas. En cada tabla se cuenta con las temáticas principales evidenciadas en los apartados propuestos en la categoría correspondiente, con el fin de mostrar un panorama amplio y completo de lo evidenciado en las entrevistas realizadas al personal. Posterior a esto se realiza una descripción de los resultados en cada apartado.

Tabla 2
Participantes

#	Seudónimo	Área	Cargo	Experiencia en oncología	Profesión
1	Adm1	Administrativo	Analista	3 años	Administradora de Empresas
2	Adm2	Administrativo	Auxiliar administrativa	2 años	Auxiliar de enfermería
3	Adm3	Administrativo	Auxiliar administrativa	4 años	Administradora de Empresas
4	Asis1	Asistencial	Cirujana	1 año	Cirujana General
5	Asis2	Asistencial	Coordinadora de cirugía general	4 años	Cirujana General
6	Asis3	Asistencial	Ginecóloga Oncóloga	2 años	Ginecóloga Oncóloga

Como se puede evidenciar en la Tabla 2, en cuanto al personal asistencial se tienen 2 de 3 participantes trabajando en los aspectos quirúrgicos de los pacientes

oncológicos. Por tanto, gran parte de los resultados obtenidos están guiados desde el enfoque y la relación paciente-cirujano.

Categoría 1: Significados de la enfermedad.

En relación con la primera categoría se exploraron los significados del cáncer cómo enfermedad y en la segunda pudieron manifestar sus pensamientos y concepciones en relación a las experiencias que los usuarios viven, se pudo observar ante los relatos cómo creen ellos que los pacientes experimentan el proceso de la enfermedad. A continuación en la tabla 3 se presentan los temas que se destacaron.

Tabla 3
Significados de la enfermedad

Subcategoría	Temas
Significados de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - “Lo peor que le puede llegar a pasar a un ser humano”. - Posibilidad de mejora a medida que la tecnología avanza. - Proceso de deterioro a partir del diagnóstico. - Cáncer como sinónimo de muerte. - Enfermedad catastrófica a nivel físico y psicológico. - Enfermedad distinta a otras. Influye en el paciente pero también en el entorno familiar.
Significados de la experiencia de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de los pacientes como experiencia negativa para el personal. - Experiencia propia y empatía como agentes esenciales para ayudar. - Reflexión acerca de la situación de los pacientes (y sus familias) vs. la propia. - Pacientes oncológicos tienen buena actitud, sonrisa siempre y disfrutan de la vida. - Mayor impacto cuando el paciente es un niño. - Muerte como experiencia más cercana en pacientes lo que no implica ausencia de dolor ante el evento. - Cáncer como experiencia de unión familiar. Admiración ante la familia de los pacientes. - Paciente oncológico distinto a otros pacientes por su idea de “aferrarse a la vida”. - Importancia de brindar apoyo psicológico al paciente y a la familia.

Al realizar las entrevistas a los participantes y explorar la subcategoría significados de la enfermedad, estos manifestaban la enfermedad concebida desde una mirada negativa, como una enfermedad catastrófica, horrible, de gran impacto, considerándola como *“Lo peor que puede le puede llegar a pasar a un ser humano”* (Adm1).

Las entrevistas iniciaron al realizar una exploración sobre las concepciones del cáncer, preguntando directamente sobre lo que significa el cáncer para ellos. Sin embargo, a medida que se daba el diálogo entre la investigadora y los participantes, surgían constantemente los pensamientos y concepciones alrededor de la enfermedad, en repetidas ocasiones la mencionaban como un fenómeno negativo en la vida de cualquier ser humano.

Aun cuando no se estaba preguntando directamente sobre esto las personas rescataban las características de la patología, repitiendo constantemente que la enfermedad y su proceso es muy distinto, generando impacto en la persona que ha sido diagnosticada y su familia. Rescataron la influencia que tiene esta experiencia a nivel físico y a nivel emocional. Los participantes del área asistencial rescataron en varias ocasiones el autocuidado, la prevención y la detección temprana como aspectos esenciales cuando se habla de cáncer.

En el proceso comentaron cómo la enfermedad en la actualidad puede asumirse de una forma distinta en el proceso médico, pues ante el avance tecnológico dicen que hay mayor posibilidad de llevar un tratamiento que con el paso del tiempo significará una mejora en los procedimientos.

Continuando, los participantes hicieron explícito que la enfermedad genera deterioro y acercamiento a la muerte, reconociendo que aun cuando la muerte es una realidad del ser humano, los pacientes oncológicos la ven desde una perspectiva más cercana pues reconocen que puede llegar en cualquier momento. Además, mencionaban que la mayoría de pacientes que tenían cáncer morían.

“¿Qué es el cáncer? En algún momento sentí que era una enfermedad y muerte, inmediatamente lo asociaba con la muerte (...),

porque mal que bien aunque todos vamos para allá igual lo tienes en mora y esa palabra cáncer es el temor a morir". (Adm3)

En adición, los entrevistados rescataron que esta experiencia que vive el paciente es una oportunidad para ellos como trabajadores de ayudar. De esta manera, mencionaron la cualidad de ayuda como característica de su ejercicio profesional y como persona en el día a día. Una de las participantes del área asistencial comentó haber estudiado su carrera precisamente para ayudar al otro, mientras que se encontró también dos participantes del área administrativa que a partir de su experiencia personal rescataban la ayuda como una actitud que les genera el trabajar con cáncer.

Es entonces como se observa que tanto en el personal asistencial, como en el administrativo estas cualidades son compartidas, manifestando respuestas similares en cuanto a la forma en la que ellos ven el cáncer.

En relación con la segunda subcategoría que abarcó los significados de la experiencia de los pacientes, resaltaron que el proceso de la enfermedad oncológica era una situación triste y dolorosa, desde el momento en que se da el diagnóstico donde ellos pueden ver pacientes saliendo desconsolados de la unidad.

"Por ejemplo los cambios físicos son el deterioro, el cambio general, enflaquecimiento, pérdida del cabello, todo eso durante el tratamiento (...) y emocionalmente hay algunos que uno los vuelve a ver más fuertes o los vuelve a ver más deteriorados dependiendo de cómo vayan con la enfermedad" (Asis 2).

Uno de los participantes, mencionó que el observar el proceso de deterioro de los pacientes resulta ser una experiencia difícil. En varias ocasiones los entrevistados manifestaron que a partir de experiencias personales relacionadas con el cáncer, trabajar con estos pacientes hacía que ellos tuvieran una actitud distinta, y en los casos en los que no se mencionaron experiencias cercanas al cáncer, de igual forma contaban que se ponían "en el lugar de los pacientes e intentaban ayudar en lo que más pudieran.

Se realizaron comparaciones en cuanto a la experiencia de vida de los pacientes oncológicos con la experiencia de vida propia. Comentaron que en muchas ocasiones ellos asumen actitudes negativas ante eventos no tan significativos, mientras que los enfermos de cáncer tienen una actitud distinta ante la vida, sonriendo siempre y mostrando cariño.

Los entrevistados señalaron un gran nexo entre el cáncer y la muerte como ya se ha mencionado en la subcategoría anterior, manifestando que la mayoría de pacientes que tienen cáncer mueren.

“pues el cáncer se la llevó, o sea, es muy doloroso, es muy duro ver cómo queda la familia y como... Pero pues es algo por lo cual así lo quiso... no sé, así lo quiso Dios... no sé y es algo que por más que uno quiera ayudar y estar la enfermedad se lo... se lo come... es muy difícil” (Adm1)

Sin embargo, hubo algunos participantes que reconocieron que la experiencia de acercamiento a la muerte puede tener algunos aspectos positivos como el hecho de reafirmar los lazos familiares, demostrar el amor que se tiene a su familia, brindar el apoyo por parte de la familia hacia el paciente, disfrutar más, ser feliz en el día a día, estar siempre sonrientes y valorar la vida.

“Pero digamos que de todas las enfermedades es una que le permite a uno tomar conciencia a nivel familiar de la importancia que tienen sus familiares en todos los procesos duros de la vida, y donde pueda hacerse un adecuado acompañamiento de la persona porque todos los demás hacen lo adecuado, pueden contribuir en ese periodo de tiempo afianzar los lazos familiares y ayudarse y no solo con los pacientes de cáncer específicamente sino entre ellos mismos. Favorece la solidaridad intrafamiliar y favorece que uno sepa que uno es mortal y que finalmente durante todo ese proceso uno puede morir hoy y no darse cuenta y no haber valorado a sus familiares en este periodo de tiempo...”(Asis1)

Para esta subcategoría, los participantes de ambas áreas mostraron también similitudes en las concepciones, manifestando la experiencia del cáncer como negativa, relacionándola con temas de muerte pero también rescatando la posibilidad de estrechar lazos familiares como parte del proceso de la enfermedad.

Categoría 2: Impacto del trabajo en oncología

El impacto que se genera en los trabajadores al ejercer sus labores diarias en una unidad de oncología se hace evidente en el diálogo de los participantes en gran parte de la conversación, encontrando varios puntos que permiten tener una visión amplia de la forma en la que estas personas viven la experiencia. En la tabla 4, se presentan los temas más significativos y las 4 sub categorías: Impacto de la experiencia de trabajo en oncología, creación de vínculos y el involucrarse con el paciente oncológico, emociones y sentimientos presentes, y significados alrededor del proceso.

Tabla 4
Impacto del trabajo en oncología

<i>Subcategoría</i>	<i>Temas</i>
Experiencia de trabajo en oncología	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar y dar apoyo como experiencia significativa. - Aprender a diferenciar el trabajo de la vida personal. - Valorar la vida, el trabajo, hacer las cosas bien y no quejarse de cosas insignificantes. - Unidad oncológica más difícil en comparación a otros servicios. - La adaptación toma tiempo por la carga emocional. - Es difícil cuando el tratamiento no sale como es esperado y genera satisfacción cuando es exitoso. - Ventanilla de atención: experiencia difícil. Asociación de enfermedad con esta vivencia. Los familiares de los pacientes llegan muy agresivos. - Impacto y ansiedad ante la posibilidad de un cáncer al asociarlo con la experiencia de los pacientes. - Experiencia de aprendizaje a nivel personal. - Dificultad para dar malas noticias.
Creación de vínculos y el involucrarse con el paciente oncológico	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad cuando los pacientes son allegados. - Se crea un vínculo al conocer al paciente. - Intentan ayudar al máximo a los pacientes más cercanos y cuando esta ayuda tiene éxito se genera alegría. - Dificultad y cargas cuando no se puede ayudar a los pacientes allegados. - Personal asistencial crea conexión emocional con algunos pacientes. - Esfuerzo por no involucrarse tanto con los pacientes sin volverse "insensibles". - Se forman lazos de amistad con los familiares y los pacientes.

Emociones y sentimientos presentes	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor ante la muerte de algún paciente. - Dolor y pesar al ver la reacción de los pacientes al darles el diagnóstico. - Dificultad cuando se cruza con experiencias personales. - Dificultad en el proceso de acoplarse y aprender a dejar en el trabajo las cargas emocionales. - Tristeza por no tener el control para ayudar a los pacientes. - Tristeza por el deterioro y no tener control. - Pensamientos en torno a la posibilidad de vivir una experiencia similar en la familia. - Asistenciales: Depende de a qué lo asocien realizan transferencia o contratransferencia.
Significados alrededor del pronóstico y la muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que mueren a la espera de soluciones administrativas. - Asombro ante el deterioro de la enfermedad. - Cuando son muy cercanos es muy doloroso y muchas veces, distinto a otros pacientes. - Al paciente le dan un diagnóstico que lo lleva a morir - Al vivir gran cantidad de muerte de pacientes se vuelve cotidiano. - Dar ánimo ante el deterioro. Tratar de disimular. - Dejar huella, aún cuando el paciente muere que se vea que de verdad se le colaboró y se hizo lo que más se pudo. - No es viable llegar deprimido a la casa siempre. - Relación con la propia experiencia genera tristeza. - Estar cerca a la muerte es un aprendizaje desde la universidad.

En la primera subcategoría, al explorar la experiencia del trabajo en oncología, se encontró que manifestaban varios puntos en los que trabajar en la unidad oncológica les ha generado un impacto positivo. Todos los participantes comentaban la oportunidad de aprender en la unidad, desde el punto de vista profesional como lo mencionaron explícitamente el personal asistencial pero también desde el punto de vista personal, mencionado por todos los participantes; al verse inmersas en una experiencia que les enseña que en el proceso deben aprender a diferenciar la vida personal de la laboral.

Esta diferenciación para no afectar a la familia con los relatos negativos de sus pacientes, no cargarse demasiado emocionalmente ante estas experiencias, pero también para valorar los espacios que se dan con sus seres queridos, como lo manifestaba una entrevistada del área asistencial.

Entre estos aprendizajes que se dan, también está el valorar y disfrutarla vida, la familia y los espacios con los seres queridos. Revisaron que a diferencia de los pacientes, muchas veces se quejan por aspectos que tienen solución o tal vez no son tan difíciles como los que viven los enfermos.

Todos los participantes mencionaron el ayudar y dar apoyo a los pacientes como un aspecto significativo, intentando dar lo mejor de sí mismos. Tanto del área administrativa, como del área asistencial mencionan la ayuda como parte del día a día en la unidad. Una participante lo manifiesta así:

“... tu intervienes dentro de lo que uno... pues por religión, por cultura, por conocimiento, por bondad, tiene para darle a su paciente entonces tu le das de lo que tú tienes (...) te vuelves una lucha en su camino, tenga o no tenga éxito en la solución de lo que ellos están teniendo” (Asis1)

De esta forma, los participantes hacen una distinción entre otro tipo de servicios de la salud y el oncológico. Comentan que el trabajo en la unidad de cáncer no es un trabajo de producción, sino que es un trabajo en el que constantemente están al servicio del otro. Mencionan que cuando pueden ayudar en el proceso de los pacientes y este se da con éxito, se genera una gran satisfacción.

“Cuando salen adelante, cuando usted ve que el proceso es factible, que... que ves al paciente en muy buena mejoría eso es una satisfacción muy grande, qué más que eso” (ADM2)

Sin embargo, cuando la posibilidad de ayudar se ve limitada por distintos motivos: el cargo, el tiempo, o el estadio de la enfermedad; es difícil afrontarlo. Incluso, una de las participantes manifestó que lo más difícil del trabajo es el dar malas noticias. Cabe anotar que esto fue compartido por los participantes del área administrativa y del área asistencial.

Una entrevistada del área administrativa, comenta que ella estuvo desde el inicio de la unidad y ha vivido todo el proceso con los pacientes. Con esto, manifiesta que al iniciar ella estuvo casi 10 meses en la ventanilla de atención al

paciente, lo que fue difícil dada las circunstancias de ese puesto: el recibir todo lo que los pacientes y familiares tienen por decir. Además, asocia haberse enfermado con esta situación vivida.

“Para mí fue muy difícil porque cuando yo llegué a aquí yo llegué a la ventanilla y a la ventanilla llega todo, y era yo solamente porque pues en el momento no teníamos más personal y era yo, yo, pues todo el tiempo en la ventanilla y me llegaba todo, me llegaba todo y para mí fue muy difícil, hubo una época que hasta me enfermé porque yo sentía que recibía como todo porque yo sentía que me llegaba todo”
(Adm2)

Mas esto no se da únicamente con la persona que está en la ventanilla de atención, los participantes señalaron que los pacientes contaban sus experiencias y en muchas ocasiones se quejaban con ellos, afirmando que varias veces los pacientes y sobre todo sus familiares y acompañantes llegan con actitudes agresivas culpando a los trabajadores por situaciones que se presentan en el proceso. Ante esto, algunos entrevistados mencionan que comprenden que sucede dada la situación que están viviendo los pacientes y sus familias, sin embargo lo consideran como uno de los aspectos difíciles de trabajar en la unidad oncológica.

Por último, resaltan que al conocer las historias de los pacientes les genera ansiedad y preocupación ante cualquier síntoma similar, y mucho miedo de llegar a tener la enfermedad. Lo anterior, sobre todo en el personal administrativo. Sin embargo en cuanto a la experiencia del trabajo en oncología ambas áreas manifiestan similitudes afirmando que este ejercicio cotidiano es difícil de llevar por la carga emocional que manejan los pacientes ante el diagnóstico y el proceso físico y psicológico relacionado con el proceso de la enfermedad:

“Sí, porque, o sea, nosotros que vivimos el día a día con esto... a nivel personal si en el momento en el que te salió un dolor tú sientes que “Dios mío, este dolor de dónde salió” eh, cualquier cosa, una masita o sea ya te llenas como de tantas cosas, por lo mismo, ¿me entiendes? O sea, no es pensar negativo, sino como “Dios mío, este dolor” o así le empezó a... porque es que uno escucha, “a mí me

empezó con un dolor en tal lado” o “me empezó así, o me empezó así” entonces uno es “ay, así le empezó a fulano”, ¿sí?

Se genera una angustia porque no quieres que te pase lo mismo que a esos pacientes” (Adm2)

En la subcategoría de creación de vínculos y el involucrarse con el paciente oncológico, los participantes hicieron explícito la creación de vínculos al trabajar en la unidad y al tener contacto con los pacientes, considerando que sean administrativos o asistenciales, están resolviendo los procesos de los pacientes por lo que empiezan a conocer a los pacientes.

Es difícil no involucrarse con los pacientes, ellos se vuelven parte del diario en el trabajo, comentan constantemente cómo viven esta situación. Una participante manifiesta la experiencia así:

“Pues el no involucrarse con ellos, porque uno termina involucrándose de cierta manera, porque ellos siempre llegan y hoy amanecí así, hoy estoy así entonces uno ve como el paso a paso del proceso de ellos durante toda la enfermedad, entonces eso es como eso” (Adm1)

Sin embargo este proceso no se da solamente con los pacientes, también se crea vínculo con la familia y los acompañantes llegando a considerar estos nexos como amistad, como lo mencionaba una de las participantes:

“(…) con los familiares se forman lazos de amistad muy fuertes y ahí uno va conociendo personas, conoce muchos puntos de eso donde uno entra a... como te decía anteriormente “aprender de cada cosa y cada día tratar de ser mejor””. (ADM3)

De esta manera, los trabajadores del área administrativa, intentan ayudar al máximo a los pacientes allegados por lo que cuando logra tener éxito y los procesos de estas personas son positivos, se genera alegría por haber hecho parte. De lo contrario, cuando no se puede ayudar dado que se llega a un límite, la situación se torna difícil y pesada, ante lo que resuelven buscando cualquier otra ocasión en la que puedan ayudarle al paciente.

En contraste a esto, los participantes del área asistencial mencionan que no con todos los pacientes hacen conexión emocional como para sentir dolor, generándoles tristeza aunque esta no influya mucho en ellos. Comentan que en el proceso de formación como médicos han aprendido a tener un equilibrio entre ser insensible y el no verse involucrado. Además, llevan mucho tiempo viendo pacientes, no sólo con cáncer sino con otras patologías y han aprendido a manejar la situación.

“Eh... trata uno de no involucrarse tanto emocionalmente con los pacientes porque en realidad si uno estuviera involucrado y sufriendo con cada uno de ellos sería duro para nosotros como médicos. Pero sí la idea y la idea es tampoco el otro extremo, ¿no? No es llegar a ser insensible con ellos, pero sí mantener un equilibrio entre no involucrarse tanto, ni tampoco ser pues insensible con ellos, estar como en el equilibrio de poderles colaborar y ayudarlos en lo que más se pueda”. (Asis2)

Dicen que cumplen con realizar su trabajo bien, de manera que así “saldan sus cuentas”. Sin embargo, comentan que hay casos que les llegan más que otros ya sean por ser socialmente impactante o por algún tipo de “transferencia” que se realice con el paciente:

“De todo tipo, uno hace transferencia y contratransferencia de diferentes tipos con cada paciente... Eso depende de a qué lo asocia a uno, si se le parece a un familiar, a que si lo ve joven, obviamente uno se identifica más si es por ejemplo yo soy mujer entonces si es mujer, es la mamá de niños pequeños, obviamente uno hace transferencia” (Asis1)

Con estos pacientes, el proceso va más allá cuando se tiene un desenlace como la muerte, comentando que han derramado algunas lágrimas por algunos pacientes en específico y han tomado medidas distintas como el distanciamiento.

“(...) pues obviamente ellos se apegan mucho a uno por que se sienten respaldados, acompañados, identificados de alguna manera y ayudados, entonces te buscan más y esto genera más vínculo, y al haber más vínculo pues obviamente hay más cosas por las que te puedes sentir triste en el momento que les pasa su desenlace que es esperado, definitivo que es la muerte” (Asis3)

Al profundizar en la subcategoría emociones y sentimientos, los participantes mencionaron en varias ocasiones distintas emociones y sentimientos que hacen presencia frente a las experiencias del día a día. De esta forma todos los participantes hicieron explícito que hay una diferencia entre el proceso de pacientes más allegados y los que no, al conocerlos el diagnóstico y pronóstico genera emociones más fuertes.

Dos participantes comentaron que hay una visión distinta cuando se tiene una experiencia personal como el tener o haber tenido un familiar con cáncer. En estas situaciones las emociones se dan de manera más fuerte, cuando la persona debe lidiar del trabajo a su hogar con esta experiencia hay un mayor dolor y la carga no se limita al trabajo sino que continúa en su casa.

Una de las entrevistadas comenta que más que tristeza como sentimiento principal, lo que les genera la experiencia es el ayudar al paciente y su familia en este proceso. Sin embargo, en ocasiones siente dolor ante la muerte de algún paciente.

Aun cuando no se vive una situación personal, existen pensamientos alrededor de la posibilidad de vivir una experiencia similar en la familia, como lo manifiesta una entrevistada:

“Ay no, a mi me da mucha tristeza, pues... es muy triste verlos que... que se van deteriorando de esa forma y pensar que Dios no lo quiera pues un familiar de uno, la mamá, un hijo, ¿me entiende? Y le pide uno mucho a mi Dios que no, de que eso no lo tenga que asumir uno digamos a nivel familiar... muy duro” (Adm2)

Ante el diagnóstico que es comunicado a los pacientes, los participantes manifiestan que se conmueven y también se genera tristeza por no tener la *potestad* para ayudar a los pacientes en su proceso, no tener el control de la enfermedad.

“Claro, pues cuando de entrada al paciente le dicen que tiene cáncer porque a muchos les dicen... eh... causa un sentimiento de dolor, o

de de pronto de pesar de ver que les dan el diagnóstico y salen de aquí destrozados completamente aquí la familia, o salen llorando a uno le conmueve, eso que ellos salen así” (Adm1)

Los sentimientos que manifiestan estas personas ante la experiencia de los pacientes son de tristeza, más profunda cuando son pacientes cercanos, y también rabia en algunas ocasiones porque hay pacientes que no siguen las indicaciones y esto genera un impacto negativo en el pronóstico.

En relación con los significados alrededor del pronóstico y la muerte, los entrevistados mencionaron en varias ocasiones que la enfermedad del cáncer es distinta a las demás, de manera que en la unidad cuando al paciente se le da un diagnóstico, este lo va a llevar a morir, es una causa de muerte.

Esto se da mediante un proceso de deterioro por la enfermedad y los tratamientos lo que genera asombro, lo hace explícito una entrevistada, cuando se observa el proceso de la enfermedad que se hace visible ante deterioro en 15-20 días; ante lo cual el personal busca darle ánimo al paciente tratando de disimular el asombro que ha sido generado en ellos.

Cuando fallece un paciente muy cercano es muy doloroso, lo cual se vive de forma distinta cuando no son pacientes tan allegados:

“Mmm... cuando son muy cercanos ehh... por ejemplo hemos tenido unos 4-5 que son muy cercanos y cada vez que vienen comparten con nosotros, conoce uno a veces a las familias, entonces sí es, sí es muy doloroso y muchas veces hasta a uno se le salen las lágrimas por los pacientes, pero hay otros que simplemente uno dice “bueno, que pesar pues falleció, su familia, el dolor” pero no es mucho, como otros que sí hay...” (ADM1)

Por otro lado, mencionan que en ocasiones, ante la espera de una solución de algún proceso administrativo como el asignar la cita de la quimioterapia, con el oncólogo, o en espera de autorizaciones los pacientes han fallecido ante lo cual relatan que lo esencial es dejar huella, para que se comprenda que sí se colaboró y

se hizo lo que se pudo para mejorar la situación del paciente y es eso lo que es importante para ellos, como lo manifiesta una participante en la entrevista.

Continuando, a pesar que relatan un dolor y tristeza ante la muerte de algunos pacientes, manifiestan intentar que no se genere tanto impacto en ellos, lo que es un proceso difícil y se logra con el tiempo. Comentan que a medida que se enfrentan a la muerte de pacientes esto se va haciendo parte de la cotidianidad llegando a normalizarlo.

Por su parte, los participantes del área asistencial comentan que este proceso lo están llevando desde sus estudios profesionales, pues la experiencia de estar cercano a la muerte la viven en todo este proceso:

“(..) eso es un aprendizaje desde que uno está en la universidad, es ese estar con la muerte porque no es solo estar cerca de la muerte con los pacientes oncológicos sino con los pacientes de trauma, en todo lo que me he desempeñado antes, entonces siempre esa cercanía con la muerte, la muerte, pero es eso, es la capacidad de aprender a convivir con ella q ya uno está de turno y morir un paciente en tus manos es el diario vivir, estar todos los días en contacto con la muerte no solo del paciente oncológico sino de cualquier otro paciente que llegue a urgencias”.(Asis2)

Cuando un paciente muere, surgen preguntas como ¿pude hacer algo más? ¿Y si hice algo mal? ¿Si pude haber hecho algo para que no muriera en ese instante? Sin embargo, estar cercanos a la muerte en el día a día permite vivir experiencias distintas:

“Te contacta más, te hace sentirte más humano, más en contacto con la realidad de la vida, en la que uno hoy amanece y mañana pueda que no, en cualquier momento te pueden decir: “tú tienes cáncer” y la vida te puede cambiar del cielo a la tierra”. (Asis1)

Categoría 3: Necesidades para el autocuidado

Al realizar las entrevistas, los participantes comentaron en varios momentos pensamientos y concepciones alrededor del autocuidado. En la Tabla 5, se presentan sus significados alrededor del autocuidado, las necesidades que reconocen en este ámbito y lo que hacen actualmente para cuidar de sí mismos.

Tabla 5
Necesidades para el Autocuidado

<i>Subcategoría</i>	<i>Temas</i>
Significados sobre el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento del autocuidado desde el punto de vista médico. - Manejar, auto-controlarse, porque qué más podemos hacer. - Hacer ejercicio, buscar actividades alternas, promover lazos familiares y hacer cosas distintas.
Necesidades para el Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas de conocimiento para saber tratar ciertas situaciones y manejar ciertas dificultades. - Tratar de dejar en el espacio laboral las cargas emocionales sin embargo es difícil. - Dificultad ante el rol de la Ventanilla de atención, el volver día a día. - Percepción de que algunas personas lo asumen de forma distinta. - Brindar más apoyo al personal, valorar más lo que se hace, estar más pendiente del área. - Mayor integración con la otra sede de la Clínica. - Manejan mucha carga emocional pero no tienen programas dirigidos al autocuidado emocional. - Acompañamiento psicológico. - Participación en eventos adicionales fuera del área.
Acciones actuales de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Separar la situación laboral de la personal. - Las creencias religiosas ayudan a soltar las cargas. - Cuando se culminan con éxito las jornadas con pacientes allegados la carga disminuye. - Liberarse contándole a otra persona sus experiencias. - Autocuidado físico: chequeos, estar pendiente al reconocer ciertos riesgos. Ser muy responsable con la salud, alimentarse bien. - Autocuidado emocional: Compartir espacios distintos con la familia, en el hogar, hacer ejercicio, tratar de llevar una vida tranquila, ante situaciones con personas allegadas alejarse, evitar las visitas, y en caso de muerte no ir a los velorios o entierros.

En la subcategoría significados sobre el autocuidado, se encontró que cuando se preguntaba sobre el autocuidado lo relacionaban inmediatamente con el autocuidado físico, médico, mencionando el hacer ejercicio, hacer cosas distintas y lúdicas como características de actitudes para el autocuidado.

Se destacó que cuando se les pregunta sobre el autocuidado a nivel emocional, una de las participantes señala que es necesario tener en cuenta el autocuidado en este aspecto, puesto que se generan muchas cargas y es importante aprender a manejarlas para que no les afecte como personas. Esto fue evidenciado tanto en el personal asistencial como en el administrativo, rescatando entonces la importancia del autocuidado pero enfocándolo en su discurso mayormente hacia el cuidado a nivel físico. De manera que mencionan que el autocuidado emocional se da al:

“Manejar, auto-controlarse, porque qué más podemos hacer” (Adm2)

Al explorar la subcategoría necesidades para el autocuidado, los entrevistados comentaron sobre sus necesidades para fomentar y promover el autocuidado en ellos mismos pues a pesar de tratar de dejar en el trabajo las cargas emocionales que reciben a diario, es difícil sobre todo cuando al día siguiente deben regresar a ejercer el mismo rol lo que se hacía más fuerte en el caso de la persona que atendía la ventanilla de atención durante más de 10 meses.

De esta forma, señalaron que necesitaban charlas de conocimiento para comprender cómo manejar distintas situaciones y dificultades:

“Como por ejemplo, saber hablarle al paciente, conocer más a fondo sobre sus procesos, sobre la enfermedad, sobre los diagnósticos, pienso yo que como esa parte, y aparte de eso como en el, como manejar la situación que un paciente falleció, que no le afecte tanto, que eso no marque ciertas partes de su vida, ¿sí?” (Adm1)

Brindar mayor apoyo al personal, valorar más lo que se hace, mayor integración con la otra sede de la clínica y estar más pendiente del área de

oncología también lo mencionaron. En adición, comentaron la propuesta de participar en eventos adicionales que estén fuera del área, como reuniones en lugares distintos y horarios distintos al laboral.

Además, una participante mencionaba el acompañamiento psicológico como aspecto esencial pues comenta que marca el vivir el día a día afrontando diferentes cargas emocionales y que si está triste, va a llevar esa tristeza al hogar, la familia, la pareja e hijos:

“(...) porque eso afecta a nivel personal, eso afecta entonces digamos que las cosas que uno siempre debería tener es como un acompañamiento psicológico para que uno no traiga ese tipo de cosas a tu casa porque te marca” (Adm 3)

Esto sobre todo en el personal administrativo, pues el personal asistencial menciona que es importante tener en cuenta el autocuidado pero no especifican sus necesidades más allá que las que ellos llevan a cabo para promover el autocuidado, enfocándolo en el cuidado físico.

Teniendo en cuenta las necesidades mencionadas, la subcategoría de acciones actuales de autocuidado refleja que los participantes constantemente intentaban separar la situación laboral de la personal, dejando todo en la clínica para en el hogar no llegar cargados. En ocasiones, ante esas cargas lo que hacen es contarles a personas cercanas su experiencia para que así la carga disminuya. También, una participante señaló que cuando culminan de manera exitosa las jornadas con pacientes muy cercanos la carga es menor.

A medida que las entrevistas se fueron dando, los participantes comentaron que para el autocuidado físico se realizaban chequeos, estaban pendientes al reconocer ciertos riesgos dado el conocimiento que ya tienen por la experiencia, son responsables con su propia salud y se cuidan con la alimentación:

“En cuanto a la parte física pues todo el tiempo estar haciéndose chequeos, pendiente, como uno ya conoce pues ciertos riesgos, ¿sí? Como manejar esa parte, ser muy responsable como con esa parte de salud” (Adm 1)

Por otro lado, para el autocuidado a nivel emocional comparten espacios distintos con la familia, en el hogar, hacen ejercicio, deporte, tratan de llevar una vida tranquila y mencionan que sus creencias religiosas ayudan a soltar las cargas.

“Eh... pues trato de separar la situación, cuando yo salgo a las 5 pm de aquí, salgo y pienso en mi familia, en la salud, en todo lo que hay, y no... aparte de eso yo soy cristiana y trato de dejar como siempre en manos de Dios esas situaciones y que no me cargue a nivel físico o nivel espiritual y trato como de separar” (Adm1).

Otro aspecto que también señalaron es que cuando se presentan situaciones con pacientes allegados se alejan físicamente, evitando las visitas y en caso de muerte no asisten a los velorios o entierros. Esto, mencionado tanto en el personal administrativo como asistencial.

“Entonces traté de no involucrarme tanto, en alejarme un poquito porque sí me estaba afectando el sufrimiento de mi amiga con su padre enfermo de cáncer (...) Alejarme un poco es eh... alejarme físicamente. No visitarlo tanto, sólo como por teléfono” (Asis2)

Categoría 4: Significados sobre los trámites administrativos

En relación con los trámites administrativos, a lo largo de las entrevistas se destacaron varios puntos relacionados con las concepciones que se tienen y a partir de la experiencia de trabajo en medio de estos procesos, aspectos que serán ampliados a continuación.

En la Tabla 6 se presentan las subcategorías concepciones alrededor de los trámites administrativos y la participación en los trámites e influencia en la labor.

Tabla 6
Significados sobre los Trámites Administrativos

<i>Subcategoría</i>	<i>Temas</i>
Concepciones alrededor de los trámites administrativos	<ul style="list-style-type: none"> - Trámites dispendiosos, rescate de la unidad en comparación a otras unidades. - Fortalezas de los trámites administrativos en la unidad. - Proceso externo a la unidad implica demoras. - Consecuencias de las demoras en el paciente y su enfermedad. - Quejas constantes por parte de los pacientes, agradecimiento al comparar el servicio con otros. - Estado de la salud a nivel nacional. - Dificultad al querer dar más por instrucciones de cargos con mayor influencia. - “Si yo alego y peleo, pues me solucionan” - Dificultad de desplazamiento y a nivel económico con pacientes que no residen en Cali. - Trámites con falta de oportunidad para el paciente.
Participación en los trámites e influencia en la labor	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de ayuda con el servicio de la unidad. - Dificultad cuando los procesos son externos. - Pacientes han muerto a la espera de un proceso - Impotencia por no poder ayudar en algunos momentos a los pacientes allegados. - Mejores equipos y consultorios para tener los recursos para trabajar con el paciente. - Quejas en la ventanilla. - Acompañamiento a personas de la tercera edad sin familiar, no hacen las cosas a tiempo, cuando lo hacen ya no hay cupo. - Satisfacción ante el éxito de los procesos. - Ventaja: conocer a las personas encargadas de autorizaciones. - No conocimiento de los trámites: no sé dónde ni cómo, uno los espera con exámenes y todo.

En la subcategoría concepciones alrededor de los trámites administrativos, los entrevistados consideran los trámites dispendiosos. Comentan que ante las demoras que se dan muchas veces para las autorizaciones o asignaciones de citas los pacientes no pueden tomarse los medicamentos a tiempo, el tratamiento se retrasa lo que puede ocasionar que el cáncer avance y cuando ya puedan hacerle el tratamiento adecuado no es eficiente y no habrá nada que hacer como ha sucedido en algunos casos. Estas demoras en ocasiones se dan por aspectos muy

minuciosos que podrían ser resueltos de otra forma, como lo señalaron tanto el área administrativa como el área asistencial:

“(...) que no pusieran tanto a voltear el paciente en cuanto al proceso de autorizaciones, que no sea muy largo o que por ciertas cosas que son muy pequeñas como que faltó, faltó un sello, faltó una firma, faltó algo aquí entonces en cuanto a eso que puedan dar una solución rápida y no pongan a voltear al paciente” (Adm1)

Además, los trámites tienen falta de oportunidad para el paciente como lo manifestaron dos personas del área asistencial:

“Me parecen eh... que son demasiado con falta de oportunidad para los pacientes, con falta de autorización temprana de los procedimientos de las imágenes y de reasignar la cita para volver. Eso sí, hay falta de oportunidad, para ellos que son pacientes oncológicos y que cualquier día, mes, semana para ellos es vital para empezar un tratamiento o alguna cosa” (Asis2)

Señalan también que es más difícil cuando los pacientes son residentes de lugares distintos a Cali, puesto que implica un constante desplazamiento para lo que deben realizar aportes económicos que en muchas ocasiones no tienen.

Dadas estas situaciones, comentan que los pacientes dicen en repetidas ocasiones que los trámites no están a tiempo, que las autorizaciones son muy demoradas y que el proceso es complicado; situación que genera actitudes agresivas en muchas ocasiones. En adición, resaltan que esta situación no es excluyente de la unidad, sino que se ve influenciada por el sistema de salud nacional a lo que comentan que no se le da prioridad al paciente.

A pesar de estos aspectos que se dan en los procesos administrativos, los participantes tanto del área administrativa como asistencial rescataron que en la unidad hay ciertas características que permiten que estos trámites sean mejores: todos los trámites están centralizados, hay rapidez en el servicio y eficiencia. Esto, señalan, los pacientes lo ven y en ocasiones al comparar el servicio de la unidad con otras se van muy agradecidos.

Es importante resaltar que el personal administrativo dada su cotidianidad tiene mayor conocimiento en cuanto a los trámites, caso contrario a los participantes del área asistencial mencionando uno de ellos no tener conocimiento alguno en relación a estos puesto que los pacientes llegan al consultorio con las autorizaciones y trámites realizados para su proceso.

En la subcategoría participación en los trámites e influencia en su labor, los participantes mencionaron que el servicio de la unidad oncológica es distinto al de otras, lo que permite que mediante este programa se pueda hacer todo para ayudar al paciente. Cuando se da un desarrollo exitoso de los trámites y del proceso del paciente se genera gran satisfacción, pero cuando los trámites no están en manos del personal de la unidad, es complicado.

Ante las complicaciones, se toma el tiempo y con paciencia se le explica al paciente la situación para que vean que se está haciendo todo para prestarles un buen servicio, menciona una de las entrevistadas. Se busca el medio para que se le pueda solucionar los trámites al paciente, aunque en ocasiones hay limitaciones y los trabajadores no pueden ir más allá, lo que les genera impotencia, comentan. A pesar de esto, algunos pacientes culpan a los trabajadores por la situación:

“y... y “usted no me quiere colaborar” y esto es una porquería, bueno, pero no es uno, digamos es el sistema de salud y pues, ¿sí?” (Adm2)

Estas limitaciones se ven en muchas ocasiones, como se mencionaba anteriormente, por cosas muy pequeñas devuelven los documentos y esto retrasa el proceso de atención. Una de las participantes aseguró no comprender por qué sucedía esto.

Ha habido situaciones en que pacientes ante la espera de autorizaciones y procesos, han fallecido.

“Hemos tenido pacientes los cuales el cáncer va a mil y los procesos son externos, entonces a veces llamamos como “ah mire el paciente tiene cita para mañana” “no pero el ya falleció”” (adm1)

Y hay pacientes adultos mayores que no tienen acompañante y a pesar que se le den las instrucciones no realizan los trámites a tiempo y cuando lo hacen ya no hay cupo para ayudarles. De nuevo viendo la influencia de estos trámites específicamente en el área administrativa por tener que convivir día a día con la solución de estos.

Categoría 5: Recursos para la atención

A través de las entrevistas se evidenciaron distintos recursos que los participantes consideran que tienen como equipo y como unidad para que el proceso de atención que se lleva a cabo sea eficiente. A continuación se presentarán las subcategorías recursos existentes y consideraciones a mejorar que darán cuenta de estos aspectos esenciales para la atención al paciente oncológico.

Tabla 7
Recursos para la atención

<i>Subcategoría</i>	<i>Temas</i>
Recursos Existentes	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción de los pacientes al tener éxito en la atención. - Calidez, eficiencia. - Sistema propio que centraliza la atención. - Seguimiento al paciente. - Existencia de un plan de mejoramiento que se está ejecutando. - Contacto interdisciplinario para mayor rapidez en los procesos. - Grupo de trabajo unido y profesional. - Secretarías y enfermeras como recurso valioso. - Especialistas altamente calificados. - Calidad humana como valor importante. - Experiencia como recurso.
Consideraciones a Mejorar	<ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura donde el paciente no tuviera que realizar trámites. - Capacitaciones en programas de Excel y patologías a todo el personal. - Mayor oportunidad quirúrgica para el paciente. No operar una sola vez a la semana. - Integración de especialidades - Infraestructura mejor para comodidad del paciente. - Oportunidad de atención.

En la subcategoría recursos existentes, los participantes de ambas áreas manifestaron que en el servicio se brinda calidez y eficiencia, cuentan con un sistema que permite que los trámites de los pacientes oncológicos se realicen de manera centralizada, todo en un mismo lugar.

“Es un factor muy importante que es el evitar el desplazamiento de esos pacientes o evitar digamos largas filas, eso es un recurso y el otro es el conocimiento que tenemos las personas que estamos acá” (Adm3).

En adición, señalaron que se le realiza un constante seguimiento al paciente y además existe un plan de mejoramiento que se está llevando a cabo, de manera que están en ese proceso de ser mejores.

Por otro lado, los entrevistados también comentaron que el equipo era profesional y unido, donde desde la persona que colabora con el aseo realizan un aporte significativo a la unidad, se destacan las secretarias y enfermeras como un recurso a la hora de realizar los procesos. Esto, añadiéndole que las personas que se encuentran trabajando en el servicio han tenido experiencia anterior y cuando alguien nuevo ingresa, todos tienen disposición a ayudarlo.

“Aquí todo el mundo, hasta la niña que hace el aseo, todo el mundo aporta algo, me parece que esta es la manera en la que deberían funcionar todos los servicios, o sea si no hay una cuestión interdisciplinaria y que todo el mundo haga lo que tiene que hacer y bien hecho, las cosas funcionan y este servicio tiene esa característica, que se le ayuda mucho a los pacientes, estamos halando para el mismo lado” (Asis3)

Al explorar la subcategoría de consideraciones a mejorar, una de las entrevistadas comentó la infraestructura distinta donde el paciente no tenga que realizar trámites y donde hubiera mayor comodidad para el paciente. Además, los participantes mencionan la oportunidad de atención como un aspecto a mejorar, tanto en cirugía buscando más allá de una sola vez a la semana para operar, y en las citas con especialistas.

“(…) que un paciente venga y tenga una oportunidad de atención, (…) hablemos con realidad, que hoy venga un paciente y le digan que

tiene cita para diciembre o sea no sería justo, no es justo porque es un paciente que requiere una atención pronta y que su diagnóstico sea pronto para iniciar su tratamiento,(...), que tengamos una agenda o que tengamos unos especialistas y no solo uno sino que sean dos especialistas que puedan abarcar esa comunidad, por que como te decía, no son 10 pacientes, son muchos pacientes y que el médico solo viene lunes y viernes y por eso nosotros tengamos que decirle a un paciente que el doctor solo tiene agenda lunes y viernes y a mí me parece que eso no es una razón válida (...)" (Adm3)

En cuanto al equipo señalaron la realización de capacitaciones en cuanto a temáticas de manejo del programa Microsoft Excel y patologías relacionadas al cáncer a todo el personal. En adición, mayor interacción entre especialidades:

"¿El equipo? Mmm... en que de pronto deberíamos a ver... como con los ginecólogos oncólogos, los urólogos oncólogos en sí tratar de manejar los pacientes más en llave, no estar como los cirujanos generales acá oncológicos acá, y por allá, trabajar más en llave todas las especialidades" (Asis2)

De esta forma se concluyen los resultados de la investigación, encontrando que a través de los diálogos dados en las entrevistas los participantes tuvieron la oportunidad de expresar sus puntos de vista, vivencias y consideraciones; lo que permitió una visión amplia y a la vez profunda de los aspectos esenciales de la investigación, comprendiendo el mundo fenomenológico de cada uno de los entrevistados.

Los significados construidos frente al cáncer, los pacientes y las familias, los trámites administrativos y el propio autocuidado se entrecruzan en el día a día del esfuerzo de un equipo por cuidar de sí mismos y cumplir los objetivos de una unidad de atención en oncología, buscando ayudar en todas las oportunidades a pacientes en situaciones críticas en áreas de la salud física pero también emocional.

DISCUSIÓN

Las reflexiones y significados que se construyen permanentemente alrededor del cáncer requieren de una mirada de contexto y de profundidad en la historia de todos los involucrados. En este caso, las narrativas del equipo médico bajo la voz de profesionales del área asistencial y administrativa, permitieron reconocer una parte de la historia, y del impacto que tiene para el equipo encargado de brindar soporte a los pacientes su situación. Escuchar a los miembros del equipo permite entender sus propios procesos al tiempo que se esfuerzan por cumplir las necesidades de los pacientes, comprendiendo paso a paso las realidades de cada uno de estos mundos fenomenológicos y cómo lo experimentan junto a los pensamientos, sensaciones, emociones y sentimientos que llevan consigo.

Esta experiencia brinda una mirada distinta a los servicios de salud, reconociendo que detrás de las funciones administrativas, en los consultorios y quirófanos hay seres humanos dispuestos a ayudar en cada paso de la experiencia como pacientes. Estas personas viven el día a día en medio de procesos exitosos, fallidos, personas amables, agresivas, trámites administrativos difíciles de llevar, todo esto siendo seres tan humanos como los del otro lado. Al reconocer cómo son estas vivencias se comprende la posición y rol que ejercen.

A continuación se discutirán los resultados, dando respuesta al objetivo general planteado de describir los significados que se han creado alrededor de la enfermedad del cáncer en trabajadores del área administrativa y asistencial en una unidad oncológica de una clínica nivel 3 de la ciudad de Cali. Para este propósito, se revisarán cada uno de los objetivos específicos propuestos evaluando los aspectos

más importantes de la investigación y las reflexiones que derivan del proceso para nutrir no solo procesos investigativos, sino la dinámica cotidiana de la unidad relacionada con la vivencia del personal en los procesos del día a día que tienen que ver con todos los trámites administrativos que se deben llevar a cabo, pero también con los trabajadores como personas, con concepciones y sentimientos que se generan en la relación personal-paciente, personal-equipo y personal-institución.

En relación con el primer objetivo de indagar los significados del cáncer en el personal asistencial y administrativo, se encontró que ambas áreas tienen concepciones y pensamientos alrededor de la enfermedad interpretándola como una experiencia negativa, donde la caracterizan como lo peor que le puede suceder a un ser humano.

Como lo menciona Materán (2008), los significados están mediados constantemente por creencias, valores, necesidades, roles sociales y aspectos socioculturales que junto con la experiencia que tienen estas personas al trabajar en una unidad oncológica resultan en expresiones negativas como que el cáncer es *horrible*, hacer explícito el no desearle esto a ninguna persona y otras manifestaciones ya expuestas anteriormente.

Para los participantes del área asistencial y administrativa, esta patología no es considerada de igual forma que otras enfermedades, aun cuando otras pueden tener un pronóstico igual o incluso más difícil. A partir del diagnóstico de una enfermedad oncológica, los entrevistados consideran que se da un deterioro a nivel físico pero también psicológico, aunque este último a diferencia del físico no siempre es negativo. En ocasiones los pacientes con cáncer tienen una apariencia más fuerte emocionalmente a partir de su experiencia.

El proceso de la enfermedad es presenciado por los trabajadores tanto del área administrativa, como asistencial; dado que el trabajo de estas personas está enmarcado en el contacto diario con pacientes y familias. Como lo menciona Nova et al. (2005), el proceso de los pacientes no es vivido únicamente por ellos mismos y sus familias, sino que pasa a ser parte de la cotidianidad de los trabajadores de la

salud que están cercanos a estas realidades en su jornada laboral cuando los enfermos viven los cambios que se dan en distintas áreas, como ya se mencionó.

De esta forma, el personal administrativo participante manifiesta el proceso de contacto con la experiencia de deterioro de los pacientes como un evento difícil de llevar, ante lo cual deciden “disimular” para no generar impacto en los pacientes; lo que evidencia que los trabajadores en su motivación para ayudar al enfermo, consideran que hacer evidente el reconocimiento del deterioro en ellos va a lastimarlos y por tanto deciden ocultarles sus percepciones en relación a esto, lo que resulta difícil en la cotidianidad de los pacientes en procesos de cambio.

El hecho de disimular ante los cambios del paciente se ve enfocado también por la necesidad que tiene el personal de omitir distintos aspectos que puedan causar experiencias negativas en ellos mismos. De la misma forma que expresan que dejan las cargas emocionales en el trabajo para no generar impacto, se puede considerar que toman la actitud de disimular ante los cambios. La verdadera cuestión es si esto realmente funciona, la movilización a nivel personal se da de igual forma. Sería interesante que se prestara atención a estos procesos como medida de autocuidado también.

Esto plantea un cuestionamiento alrededor de las concepciones que tienen los profesionales sobre la experiencia de los pacientes en relación a los cambios que se generan y el deterioro que hacen manifiesto los entrevistados: ¿Por qué el evidenciar los cambios podría lastimar a los pacientes?, el personal menciona que para los pacientes es difícil afrontar los cambios sobre todo físicos, dando ejemplos de personas que tienen un cabello largo y ha sido cuidado, pero que con la quimioterapia lo ha perdido, sin embargo no se puede determinar si estas concepciones concuerdan con la realidad del paciente.

Además, los entrevistados del área administrativa y asistencial dieron cuenta de una estrecha relación entre el concepto de cáncer y la muerte. Para ellos cáncer es igual a muerte. A pesar de que algunos mostraban esperanza ante el avance de

la tecnología y la posibilidad de la detección temprana para actuar a tiempo, todos señalaron la relación entre ambos conceptos.

Es importante resaltar que los profesionales de la salud se enfrentan a diario con la muerte, sin embargo manifiestan desde ambas áreas que no están exentos de que este evento incida en ellos, como lo menciona Maza, Zavala y Merino (2008). Así, se encuentra que como estos autores lo señalaban, hay factores que influyen de forma más significativa en los trabajadores como la edad de los pacientes cuando comentaban que si la persona es muy joven genera mayor impacto en ellos, según los años de experiencia profesional, cuando resaltaban que con el paso del tiempo habían aprendido a manejar la situación de muerte de los pacientes sin que les llegara a afectar en forma desmedida.

Asimismo, como lo mencionaba Abalo et al. (2008) los profesionales de la salud tienden a tratar de sentirse bien de inmediato cuando surge un desenlace como la muerte en un paciente, estableciéndolo como un mecanismo de defensa ante el dolor. Esto fue evidenciado en 5 de 6 participantes cuando mencionaron que no con todos los pacientes sentían dolor ante la muerte, y cuando lo hacían lo dejaban de lado al irse a sus hogares, ante lo cual la investigadora cuestionó a los entrevistados pero ellos lo reafirmaron. Comprendiendo que el ser humano es un ser holístico, un conjunto de experiencias, sentimientos, pensamientos, concepciones, etc. resulta difícil entender que pueda dejar una parte de sí en un lugar específico como es el trabajo, la persona lleva consigo a cualquier lugar sus vivencias, aunque por un mecanismo de defensa quiera dejar atrás experiencias que le puedan ocasionar dolor.

Es importante invitar al personal para que puedan tener una mirada más reflexiva sobre su propia realidad, reconociendo que es imposible no involucrarse y que aceptando las reacciones emociones como parte del proceso del trabajo, es una forma de afianzar los recursos y de afrontar estas situaciones. En esta medida, este es uno de los puntos que se podrían abordar en los programas de autocuidado.

Sin embargo los significados que aparecen en los entrevistados tienen un punto positivo, al observar una actitud distinta en los pacientes oncológicos y su familia, a partir de esta experiencia reconoce que estas personas al estar más cercanas a la muerte deciden vivir. Disfrutan cada momento y valoran aspectos que muchas veces las personas sanas no valoran, esto se da de acuerdo a lo que menciona Solana (2005) cuando señala que ante la experiencia que vive el paciente, tiene una mirada distinta hacia la vida y la muerte. Esta situación permite que los trabajadores tanto del área administrativa como asistencial reflexionen acerca de los aspectos por los cuales ellos constantemente se quejan. En adición, las circunstancias de los familiares con el paciente es distinta y los participantes la admiran.

El cáncer permite hacer una reflexión alrededor de la vida, cómo se ha vivido, qué se espera de la vida, de quién se está rodeado y qué es lo que más se valora. Permite una relación distinta con la familia. Permite que se aferre y valore más la vida. Esto influye en la visión de la vida que tiene el personal, pues al estar en contacto todos los días con estas realidades, se genera un impacto en la experiencia propia también.

En esta medida, en cuanto al objetivo de explorar el impacto que genera el trabajo con pacientes oncológicos en el personal administrativo y asistencial, se rescata un reconocimiento de la experiencia a partir de distintas oportunidades en todos los participantes: La oportunidad de aprender y la oportunidad de ayudar.

Como lo ha expresado Novoa et al. (2005), la relación que se establece entre el personal y los pacientes lleva consigo situaciones que implican gran carga emocional, por lo que es necesario llevar un control ante estos eventos para que puedan ser solucionados de manera eficiente. En esos procesos de aprendizaje, los profesionales se encuentran en un trabajo continuo para diferenciar el trabajo de la vida personal, lo que es significativo para los empleados tanto del área administrativa, como asistencial. Al verse envuelto en este medio, deben enfrentar el proceso de dejar atrás lo que sucede en el día a día, enfocando la jornada laboral

para realizar todo lo relacionado con el trabajo y que así cuando lleguen a sus hogares no tengan pendientes.

Lo anterior teniendo en cuenta que el trabajar con cáncer no es como trabajar en cualquier otro servicio, la naturaleza de este trabajo implica enfrentarse a la situación emocional de los pacientes y familias, el dolor cotidiano y lo que pueda suceder entre la relación equipo-paciente como la gran demanda que es manifestada. Lo anterior coincide con lo planteado en diversos estudios alrededor de los equipos que trabajan en oncología (Ballinas et al, 2009; Comité Nacional de Psicooncología Pediátrica de la Sociedad Brasileira de Psicooncología, citado por Nascimento y Fantini, 2007).

Los entrevistados de ambas áreas dan cuenta de esto al señalarla carga emocional y el impacto que genera en ellos, las historias de vida de los pacientes y las dinámicas con los familiares en el día a día. Resaltan que deciden dejar la carga emocional para el espacio puramente laboral, aunque sea un proceso complejo que necesita de tiempo, lo que resulta difícil pues el ser humano es un ser integral, que se compone de experiencias, pensamientos, emociones y significados que se construyen en la cotidianidad, lo que implica también la vida laboral y lo que se vive en esta.

Adicionando, el aprendizaje se da también en cuanto al proceso laboral y profesional. Se plantea el trabajar en cáncer como un reto, sobre todo para el personal asistencial, donde deben estar actualizados todo el tiempo para que puedan brindar una atención adecuada y ayudar a sus pacientes.

Pero la experiencia de trabajar en cáncer va mucho más allá. Las personas que trabajan en esta unidad viven un proceso con los pacientes, sean asistenciales o administrativos. Los usuarios van día a día a hacer distintos trámites y en esta rutina se crean vínculos. Los entrevistados del área asistencial comentan que esto no se da todas las veces, sin embargo dadas distintas circunstancias como por ejemplo que el paciente tenga características similares a las propias, hijos, familia,

edad, género; se da una relación distinta y esto permite que en muchas ocasiones se cree un nexo.

Del otro lado se encuentran los trabajadores del área administrativa, quienes dieron cuenta de un establecimiento de vínculos más constante que no se limita a características similares sino a una empatía al comprender la situación que vive el paciente. De esta forma, conocen el paso a paso del proceso de la enfermedad y la viven junto a él. Los usuarios se acercan a comentarles sus vivencias y estas influyen en la emocionalidad del personal, lo que no ha sido encontrado en revisiones bibliográficas dado que las temáticas de los trabajadores del área administrativa no han sido trabajadas a profundidad.

Ante estas experiencias, los entrevistados administrativos y asistenciales encuentran una forma de incidir en el proceso de los pacientes, mediante la ayuda. Es significativo para ellos ayudar desde sus posibilidades, sea con un tratamiento que resulte positivo o sea mediante la resolución oportuna de los trámites administrativos. Cuando hay posibilidad y ayudas exitosas, se genera impacto positivo en el personal.

Además, como lo menciona Moreno (2007) cuando se dan grandes cargas de estrés laboral se puede dar el síndrome de *Burnout*, el cual puede ser manifestado de distintas formas entre ellas con síntomas físicos, lo que es visible en el equipo cuando una de las participantes mencionaba que al estar ejerciendo el rol de la ventanilla de atención tuvo un evento de enfermedad para el que tuvo que incapacitarse durante 10 días, relacionándolo con la situación continua de estrés laboral que vivía día a día en sus jornadas. Esto está vinculado con el impacto que se genera en el personal el trabajar en esta unidad, lo que resulta contrario a lo planteado por los entrevistados al mencionar que cuando se van del lugar de trabajo, dejan ahí los aspectos laborales que incluso involucran emociones y sentimientos.

Se resalta entonces que las experiencias que se viven al tener contacto constante con pacientes oncológicos y sus realidades impactan a la persona en

distintas áreas, tanto emocional y psicológicamente como físicamente. Es por esto que resulta esencial reconocer el impacto que se genera constantemente en el personal asistencial pero también administrativo, evaluando cómo se está viviendo y cómo se están afrontando las experiencias vividas. ¿En realidad se deja atrás lo que sucede con el contacto personal-paciente o es un mecanismo de defensa ante el dolor? Esto se relaciona con lo planteado por varios autores, donde se establecen este tipo de conductas como defensas ante el dolor y las experiencias negativas (Achury et al, 2011; Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008; Novoa et al., 2005).

Alrededor del objetivo de reconocer las concepciones y posturas del personal en torno a los trámites administrativos que implica el proceso de atención se encuentra que el personal tanto administrativo como asistencial los ubica dentro de unas características negativas como dispendioso, demorado y falta de oportunidad.

En cuanto a la salud en Colombia dan certeza de una influencia de este sistema en su labor, comentando que falta mucho para tener un buen servicio a nivel nacional. Los entrevistados tanto del área administrativa como asistencial mencionaron en varias ocasiones la falta de oportunidad para el paciente con cáncer a nivel general de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) lo cual se relaciona con lo establecido por González (2012) cuando establece que la relación oferta-demanda en Colombia no se desarrolla de forma óptima, enfocándolo en muchas de las especialidades relacionadas con pacientes oncológicos como la cirugía, quimioterapia, radioterapia y manejo paliativo.

Como es mencionado por Yepes (2010), la salud en el país es foco de grandes polémicas, lo que concuerda por lo dicho por las participantes cuando mencionan que en la actualidad hay muchos problemas relacionados con la salud, considerándola con grandes brechas. Además, los tiempos de espera para la solución de autorizaciones, citas con especialistas, imágenes diagnósticas, laboratorios y procedimientos como cirugía y quimioterapias se prolongan muchas veces por la devolución de documentos a causa de aspectos muy pequeños que se podrían resolver de otra forma, lo que se relaciona con lo señalado por González

(2012) y Mejía, Sánchez y Tamayo (2007) al mencionar que los tiempos de espera establecidos de 3 días en promedio no concuerdan con la realidad del día a día.

González (2012) menciona que hay una discrepancia entre la oferta y la realidad en las unidades de cáncer, lo que está estrechamente relacionado con lo que manifiestan los participantes evidenciando que el personal disponible para atender a los pacientes no logra acoger a la demanda de pacientes que existe, razón por la que también se generan las demoras. Esto sigue siendo un reto para los sistemas de salud y las instituciones. Lo que requiere también que los profesionales encuentren estrategias para adaptarse a estas condiciones que se presentan y que de esta forma se puedan llevar a cabo acciones que permitan brindar un mejor servicio a los pacientes.

En adición a esto, conciertan también en que los procesos administrativos implican costos adicionales cuando los pacientes tienen que desplazarse constantemente para resolver los trámites y para recibir los tratamientos como lo mencionaban los entrevistados, manifestando que esta problemática se agudiza cuando los pacientes no residen en la ciudad de Cali sino en zonas aledañas. Esto se relaciona con lo establecido por Yepes (2010) cuando habla de que en las temáticas de salud en el país existe inequidad.

En coherencia con lo planteado por Castillo et al. (2005), los participantes hicieron evidentes los sentimientos de frustración cuando a pesar de intentar solucionar trámites administrativos esenciales para la atención de los pacientes, hay elementos que no permiten un avance y obstaculizan el proceso.

En estos procesos administrativos de atención se ven involucrados no sólo los pacientes sino también los familiares y acompañantes. Es entonces cuando se relaciona con lo establecido por Castillo et al. (2005), logrando distinguir que la relación no es únicamente personal-paciente, sino que involucra más personas, como lo establece. Los participantes del presente estudio comentaron que cuando la relación con el paciente se extiende a más personas se torna complejo puesto que

en muchas ocasiones estas personas no logran comprender el esfuerzo que realizan para intentar ayudar al paciente.

Sin embargo, rescatan que en la unidad el servicio es distinto, a pesar de la constante devolución de autorizaciones y documentos, el servicio es eficiente y centralizado, haciendo explícito que cuentan con un sistema del Centro Integral de Atención al Usuario(CIAU) oncológico que realiza los procesos en un solo lugar, lo que permite que el paciente no se tenga que desplazar mucho (aunque anteriormente habían mencionado que sí deben trasladarse constantemente) y hay mayor conexión a comparación de otras unidades.

También manifiestan que el personal disponible cuenta con grandes cualidades que permiten prestar una buena atención, diciendo que son profesionales de gran calidad, que están muy preparados; esto es similar a lo señalado por Castillo et al. (2005) quien establece que existe un nivel alto de satisfacción cuando se refiere a la capacidad científico técnica del personal asistencial.

Se resalta que aunque la influencia de los trámites administrativos es definitiva tanto en el personal que se encarga de estos como también en el asistencial, este último no se involucra tanto como el administrativo. Además de que ellos no son quienes gestionan estos procesos, hicieron explícito que cuando llegaban al consultorio los pacientes ya tenían los trámites resueltos de manera que no los conocían muy a fondo a pesar que manifestaron la importancia de conocerlos para tener mayor empatía con el proceso del paciente.

Continuando, en relación con el objetivo de identificar recursos personales y externos que el personal administrativo y asistencial considera esenciales como equipo para la atención, se rescata la distinción del servicio con su centralización para los trámites administrativos.

Resaltan el equipo como un grupo unido y profesional, aunque proponen un contacto mayor a nivel interdisciplinario para que haya mayor rapidez en los

procesos, además señalan una mejor infraestructura donde el paciente se sienta más cómodo e importante.

El personal menciona como una de sus necesidades realizar capacitaciones, lo cual se refuerza cuando mencionan que el personal administrativo ingresó a la unidad sin estar preparados exclusivamente para oncología, de manera que lo que saben lo han aprendido con base a la experiencia.

Además, como aspecto a mejorar señalan que las cirugías se hacen una sola vez a la semana y las citas con unos especialistas se realizan dos veces a la semana, los participantes del área administrativa consideran que esta no es una razón válida para no asignar citas, lo que no permite que haya oportunidad de atención.

Teniendo en cuenta que para la presente investigación los recursos son considerados como fortalezas, herramientas y características positivas propias de la persona a partir de la definición de Remor, Gómez y Carrobles (2010), en el discurso de los participantes se destaca la motivación para ejercer su rol de manera óptima y así ayudar al paciente, además de las cualidades que han adquirido a través de su experiencia en la unidad de tratar con pacientes que están viviendo experiencias de crisis física y psicológicas, además de los trámites administrativos que se llevan a cabo y la forma en la que pueden solucionar de manera eficiente los mismos.

De esta forma, los participantes mencionan que a partir de las características del equipo en específico de esta unidad, el recurso humano es de los más significativos. Además del sistema de Centro Integral de Atención al Usuario (CIAU) oncológico donde tienen los procesos más centralizados, la interacción entre varios especialistas y colaboradores de la clínica, y la eficiencia que buscan tener en los trámites administrativos. Esto ayuda a los procesos de atención en cuanto que se realizan los trámites de manera más cómoda, rápida y eficaz para el paciente, teniendo en cuenta que este es el eje por el que la unidad se mueve.

Adicionando, como lo manifiestan Remor, Gómez y Carrobles (2010) los recursos internos y externos actúan como factores de protección en situaciones adversas, lo que es evidente cuando el personal manifiesta que han logrado aprender a dejar de lado experiencias que reconocen de gran impacto negativo en su estado anímico para evitar que haya malestar en ellos. Esto ha sido adquirido a través de la experiencia y el tiempo, comentan, lo que se relaciona con lo señalado por los autores.

Finalmente, en cuanto al objetivo de conocer las necesidades del personal para favorecer su autocuidado en el marco de los procesos de atención en oncología se encuentra que a partir de lo definido por el Ministerio de Salud (2008) y Vergel, Ospina y Orozco (s.f.), el autocuidado se entiende como la capacidad para asumir de manera consciente y voluntaria el cuidado, y abarca prácticas a nivel de salud física como alimentación saludable, actividades para ejercitarse, seguimiento a las indicaciones de salud y estado de alerta a cualquier signo o síntoma que puedan presentar.

Las prácticas de autocuidado a nivel emocional que tiene el personal están dirigidas al manejo de estrés, el apoyo mutuo o de pares como los compañeros de trabajo y los cuidadores informales como la familia que como señalaron, en ocasiones están abiertos para escuchar las vivencias y el impacto que este ha generado en la persona. Lo anterior se relaciona con lo planteado en estudios sobre el cuidado de equipos (Sapag et al., 2010; Tobón, 2013). Sin embargo manifiestan la necesidad de un programa para el personal y capacitaciones, lo que se relaciona también con las acciones propuestas en pro del autocuidado.

Como actitud hacia el autocuidado los participantes tanto del área administrativa como asistencial mencionan el intentar dejar de lado las situaciones que les generan cargas emocionales, sin embargo esto no sucede todas las ocasiones. Manifiestan que es un proceso difícil y que necesita de tiempo para que se dé este aprendizaje, lo que plantea un reto a la población de trabajadores de la salud para buscar estrategias que les ayuden con este proceso, pero además a las instituciones para que cuiden de su personal y les realicen un acompañamiento

donde puedan conocer cómo se vive en una unidad oncológica y cómo asumir las cargas emocionales que se generan en la cotidianidad del contacto con pacientes con cáncer y sus historias.

Sin embargo, es necesario también que el personal haga un trabajo de reconocimiento y consciencia en cómo están asumiendo las cargas emocionales y si estas estrategias que mencionan en realidad son eficientes para lo que se quiere lograr o son un mecanismo de defensa que permite disimular el impacto generado en el día a día de su trabajo.

Además, los trabajadores sobre todo del área administrativa manifiestan necesitar más apoyo, sentir que lo que hacen es valorado y que haya más atención hacia la unidad, lo que se relaciona con lo establecido por Achury et al. (2011) al resaltar que hay factores generadores de estrés como la percepción de falta de respaldo y apoyo a nivel social.

Al profundizar en el cuidado físico y emocional, se observa una prevalencia del físico. Esto plantea una serie de cuestionamientos y reflexiones alrededor de las concepciones del personal sobre a quién se debe cuidar y en qué se debe cuidar. Los trabajadores de la salud, como se ha mencionado anteriormente, están en un constante ejercicio de cuidar al otro, todo el tiempo están al pendiente de personas que los necesitan, ya sea brindándoles un apoyo para su salud física o emocional con el hecho de escucharlos y crear vínculos como los de la relación encontrada en el personal administrativo-paciente (Vergel, Ospina y Orozco, s.f.). Pero, ¿en qué momento se cuidan a ellos mismos? ¿De qué se deben cuidar?

Los entrevistados tenían mucho por decir alrededor del autocuidado a nivel físico, mencionando estrategias como el ejercicio, los controles médicos y la alimentación para cuidarse; sin embargo, el cuidado emocional y psicológico no estuvo tan presente a no ser que fuera traído intencionalmente a la conversación por parte de la investigadora, y cuando esto sucedía, manifestaban lo esencial de este cuidado, aunque no tuvieran estrategias tan claras para que este se lleve a cabo. Lo anterior lleva al cuestionamiento de ¿en qué momento hacen consciencia

de la emocionalidad como un aspecto a cuidar? ¿O su trabajo en aspectos físicos o puramente administrativos ha hecho que se deje de lado cuestiones esenciales como el autocuidado emocional?

De esta forma, para responder a *la pregunta de investigación*, los significados del cáncer en el personal administrativo y asistencial de la unidad oncológica son dados a partir de sus concepciones relacionadas con lo vivido, lo que han sentido y una influencia de lo socialmente establecido. Para generar significados es necesario que se den distintos procesos cognitivos, lo que permite que se realice una clasificación, organización y distinción de la información que se recibe, sin embargo es esencial que se dé una experiencia afectiva que marque la situación (Chen, 2001 y Greenberg y Pascual, 2001).

Así, la experiencia de trabajar en contacto constante con pacientes oncológicos, conociendo sus vivencias, historias y diagnósticos han permitido que los trabajadores realicen esos procesos cognitivos pero también vivan la experiencia desde una perspectiva afectiva, para que así signifiquen el cáncer encontrándolo en el personal desde dos miradas específicas: una mirada negativa, que conlleva a un deterioro físico y muchas veces psicológico y emocional, no sólo afecta al paciente sino a la familia entera, lo que ejerce una influencia en el personal que lo atiende también. Además, esta enfermedad no tiene recuperación efectiva sino que se relaciona directamente con la muerte.

Desde la mirada positiva, el cáncer es significado como una oportunidad de aferrarse a la vida, de disfrutar cada instante como si fuera el último y de valorar cosas y personas que no se han tenido en cuenta antes de la experiencia. Además, para la familia del paciente “es un chance” para reafirmar los lazos familiares, demostrar amor y unirse en el vínculo que se ha establecido.

Para el trabajador, el cáncer también implica una experiencia de reconocimiento de las experiencias, personas y cosas que tienen valor para la propia persona. Teniendo entonces una mirada distinta de la vida.

En cuanto al proceso de atención, el personal lo significa a partir de una dualidad. A nivel general el proceso es significado como una experiencia con características negativas rescatando como se ha mencionado anteriormente las demoras y la falta de oportunidad de atención. Sin embargo, para la unidad específica el significado es positivo dado que la unidad es considerada distinta a otras, resaltando que es eficiente y con recursos, entre ellos el más valioso que es el recurso humano.

Es importante resaltar que la mirada que se le da al cáncer en la investigación es a partir del género femenino. Encontrando entonces que la visión puede verse influenciada por aspectos particulares de las mujeres y su forma de vivir y experimentar realidades.

Como conclusiones se rescata que a pesar de los significados negativos generados alrededor de la enfermedad, se da la posibilidad de una experiencia positiva, estar cerca de la muerte se da mayor valor a la vida y la familia.

El impacto que se da en el personal que participó en la investigación es definitivo, tanto de forma negativa al tener una carga emocional significativa con la que aprenden a convivir, como positiva al reconocer la experiencia de los pacientes y dar valor a los aspectos de la propia vida.

En relación a los trámites administrativos a pesar de resaltar la situación difícil actual de la salud a nivel nacional, se rescata que en la unidad oncológica trabajada se cuenta con recursos humanos y un programa dinámico que tiene muchas fortalezas.

Como recursos esenciales se encuentran el recurso humano, caracterizándose por ser unido, dispuesto a ayudar y profesional. Además de que hay un reconocimiento positivo de la unidad en relación a las otras unidades.

Aunque el personal entrevistado reconoce el autocuidado como un aspecto esencial, no hay conductas propias dirigidas a su autocuidado emocional; y en cuanto al autocuidado físico relacionado con el cáncer mencionan tener acciones en

pro de ellos mismos, sin embargo no están establecidas tampoco. Es importante que el reconocimiento del autocuidado se dé a nivel institucional pues se debe tener en cuenta no sólo el cuidado a los pacientes, sino también el cuidado al cuidador.

Es fundamental también que el personal tanto asistencial como administrativo se empodere, tomando el rol de agentes de su propio autocuidado. En la medida en la que el equipo reconoce cómo está viviendo y asumiendo las realidades del trabajo en una unidad de cáncer, podrá ejecutar distintas acciones que generen su propio cuidado; de esta forma la responsabilidad por la bienestar del trabajador no está enfocada únicamente en la institución, sino que se crea una responsabilidad compartida unidad oncológica-equipo. Los profesionales pueden aprender y ser entrenados en pequeñas actividades-recursos para ser realizados en lo cotidiano que se verían reflejados en su bienestar emocional.

Se plantea como conclusión también, que existe una diferencia entre la forma de asumir la experiencia de contacto cotidiano con pacientes con cáncer desde la mirada de que son personas en riesgo de morir, entre el personal administrativo y el asistencial que fue entrevistado.

Los participantes del área asistencial dieron cuenta de una relación entre ellos y los pacientes que a través del tiempo han adquirido unas características específicas haciendo que no creen un vínculo estrecho con ellos para efectos de cuidado. Resaltan que esta cualidad la han formado desde su rol de estudiantes pasando por las vivencias con los pacientes de cada servicio que involucran también dolor, sufrimiento y muerte.

Sin embargo, el personal administrativo de la investigación establece mayor dificultad para no crear vínculos estrechos con los pacientes, pues mencionan que es difícil no relacionarse con ellos cuando conocen su historia y el paso a paso que se da en todo el proceso de enfermedad, llegando a conocer incluso a los familiares y creando en ocasiones lazos de amistad.

Además, se encontró que este personal administrativo asume de manera distinta el trabajo con pacientes oncológicos enfocándolo puramente desde la ayuda a estas personas, pero el personal asistencial le añade sentirse retados a nivel profesional para que los procedimientos que realicen tengan un efecto positivo en el paciente.

Retomando los elementos planteados, el presente trabajo de grado realiza un aporte en distintos niveles. Primero, a nivel de la investigadora permitiéndole tener una mirada amplia y profunda en cuanto a la manera en que el personal observa y vive su día a día en una unidad oncológica, con todo lo que implica: la experiencia del paciente, la experiencia personal, la dinámica entre ambas y el trabajar con trámites administrativos.

A nivel de la academia se contribuye al brindar un enfoque fenomenológico de la experiencia del personal asistencial pero sobre todo administrativo en una clínica nivel III de la ciudad de Cali. Se encontraron puntos significativos que dentro del contexto de la salud permiten una perspectiva enriquecedora teniendo en cuenta las miradas tanto de las personas que ejercen cargos asistenciales y acompañan el proceso médico del paciente, como administrativos que van paso a paso de los procesos y trámites que tienen que realizar, estos últimos siendo un grupo que no ha sido tenido en cuenta en los estudios relacionados con estas temáticas. Lo que permite una visión distinta desde el punto de vista de las personas que se encuentran *detrás del vidrio* quienes día a día ofrecen un servicio a los pacientes y sus familias que les permite tener acceso a la atención necesitada.

Tercero, realiza un aporte a la clínica al proponer un panorama diferente desde la mirada de su propio personal tanto administrativo como asistencial, lo que permite reconocer los significados alrededor de su trabajo en la unidad, de manera que al reconocer al personal como recurso humano importante y esencial para la ejecución del programa se puede tener en cuenta como base para un diagnóstico y futura intervención preventiva o de ejecución en aspectos que consideren.

Como limitaciones metodológicas del presente estudio se encuentra la mirada única desde el género femenino, pues sin ser planeado resultaron todas las participantes mujeres. Además de tener una muestra que no cubre con la totalidad de la unidad.

Para futuras investigaciones se recomienda una muestra más extensa de personas donde se pueda tener un panorama aún más amplio para que además de una mirada fenomenológica se pueda dar una mirada a nivel general de lo que sucede en estas áreas. Los resultados podrán ser más representativos de la realidad de la población lo que permitirá tomar acciones no sólo en la institución específica donde se ha realizado la presente investigación, sino que se tomen medidas en el área a nivel nacional y a quien le competa.

Dado que los participantes del estudio resultaron ser todos del género femenino sin haber sido planeado, resulta interesante la posibilidad de observar las temáticas en la visión también del género masculino, reconociéndolas particularidades de sus experiencias.

Es importante profundizar con otros profesionales del equipo asistencial de oncología como enfermeras, jefes del servicio y más especialidades. En especial a los médicos oncólogos, quienes asumen el liderazgo del tratamiento. Esto, para tener un panorama mayor de la experiencia de trabajar con pacientes con cáncer y así se pueda establecer si influye el nivel de contacto que se tiene con el paciente para la creación de significados. También resulta interesante investigar las movilizaciones que se dan en relación con los cuidados paliativos a pacientes con enfermedades oncológicas, precisamente en este momento en el que se están dando cambios en la legislación al respecto.

En cuanto a la Entidad Prestadora de Salud, a partir de lo manifestado por los participantes se propone realizar capacitaciones a nivel administrativo, donde se manejen temas que ayuden a desarrollar el trabajo con mayor eficiencia.

La investigadora plantea la importancia de implementar un programa de autocuidado donde se realicen talleres relacionados con temáticas de duelo, muerte e interacción con pacientes; además de unos espacios de reconocimiento de la labor. Es importante que se generen estrategias para que el personal sienta que su ejercicio es importante para la institución.

Además se propone un espacio de integración con todo el personal de la unidad en primera instancia, donde se reconozca el trabajo de cada una de las personas que están participando en el día a día de la organización. El cuidado a los cuidadores debe ser tenido en cuenta así como el cuidado a los pacientes es parte del ejercicio de la unidad.

Además, en este proceso de cuidado es importante desmitificar la muerte. Reconocer que esta hace parte del ejercicio diario de sus labores y que por tanto se deben buscar recursos de afrontamiento para asumir de manera sana esta situación. El proceso de muerte en algunas ocasiones es inevitable, como también es inevitable que este afecte en alguna medida al personal que lo ha atendido; por tanto, estas personas deben permitirse esa experiencia. La experiencia de muerte no la vive solamente el paciente y su familia, sino todo aquel con quien haya tenido un contacto cercano al proceso como las personas que lo han atendido en la unidad oncológica. Lo anterior genera un reto para las unidades de oncología y los programas de formación en medicina, que puedan preparar a los profesionales para estas reflexiones.

Por último, es fundamental que el equipo se empodere. Este empoderamiento debe darse en el ámbito de su labor, pero también en el ámbito del autocuidado. Como se mencionó anteriormente, si el personal se reconoce como un agente responsable de su propio cuidado va a generar estrategias que produzcan bienestar, de manera que ese proceso de cuidar al cuidador va a realizarse en conjunto entre la unidad y el equipo mismo. Para que este proceso se dé, es importante fomentar las actitudes reflexivas sobre la realidad que viven los trabajadores, pero sobre todo la forma en la que estos están asumiendo las situaciones que puedan o no afectarlos: ¿Qué está sucediendo en cada uno en el

proceso de atención al paciente con cáncer? ¿Cómo asumen que el paciente viva esta enfermedad particular? ¿Cómo es dar un diagnóstico negativo? ¿Cómo se sienten al no poder ayudar al paciente así lo intente?

De esta forma se concluye el estudio realizado, resaltando la importancia de trabajar con ambas áreas, asistencial y administrativa, teniendo en cuenta que el personal administrativo necesita ser estudiado a fondo para que se pueda comprender el rol que ejercen y las implicaciones que conlleva el estar día a día *detrás del vidrio* viviendo las realidades de los pacientes y sus familias, seguidas por las realidades de los trámites a resolver y el contacto con el equipo interdisciplinario con el que cuentan las unidades.

El personal que trabaja en áreas de la salud, sigue siendo un foco para profundizar. Es importante siempre tener en cuenta que si se tiene presente el autocuidado de los trabajadores estos podrán tener una mejor calidad de vida laboral y personal lo que se verá traducido en un mejor servicio día a día, el ideal de las instituciones de salud en Colombia. Se invita entonces a buscar nuevas formas para ejercer el autocuidado.

REFERENCIAS

- Abalo, J.G., Llantá, C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. y Morales, D. (2008) Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10). 27-58.
- Achury, D., Castaño, H., Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, 13, (1). 27-44.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española Salud Pública*, 78 (4). 505-516.
- Álvarez, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México D.F., México: Paidós Educador
- Alves, C., De Carvalho, M. y Galan, M. (2014) Measurement of nurses workload in an oncology outpatient clinic. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 48 (1). 97-103.
- Arana, J.C. y Corona, A. (2004). Cáncer Gástrico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47. 204-209.
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V. y Villareal, P. (2011). Oncogúa: Cáncer de Mama. *Cancerología*, 6. 77-86.
- Ballinas, A.G., Alarcón, C. y Balseiro, C.L. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17 (1). 23-29.

- Barrera, L., Pinto, N. y Sánchez, B. (2007). Red de investigadores en: cuidado a cuidadores de pacientes crónicos. *Aquichan*, 7 (2). 199-206.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (Ed.). (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- Bezerra, A. y Corrêa, E. (2008). Factores estresantes y estrategias de coping utilizadas por los enfermeros que actúan en oncología. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1). 1-6.
- Blair, L.P. y Cardona, M.A. (2008). Pacientes con cáncer en fase terminal – Una mirada fenomenológica existencial. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2).13-20.
- Bragard, I., Etienne, A.M., Libert, Y., Merckaert, I., Liénard, A., Meunier, J. y Razavi, D. (2010). Predictors and Correlates of Burnout in Residents Working With Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, 25. 120-126.
- Cabrera, A. y Ferraz, R. (2010). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista Biomedicina*, 6 (1). 42-28.
- Cámara de Comercio de Cali (2014). Primera Presentación de la Iniciativa Cluster en el Valle del Cauca de Excelencia Clínica. Recuperado de <http://www.ccc.org.co/wp-content/uploads/2014/05/Apuestas-por-un-Valle-del-Cauca-Prospero.pdf>
- Castillo, E., Chesla, C., Echeverry, G., Tascón, E., Charry, M., Chicangana, J.A., Mosquera, Y.L. y Pomar, D. (2005). Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Colombia Médica*, 36 (3).43-49.
- Chen, C. (2001). Onexploringmeanings: combininghumanistic and careerpsychologytheories in counseling. *CounsellingPsychology Quarterly*. 1(4). 317–330
- Colsanitas (2013). *Boletín Epidemiológico Semanal: Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia* (68). Recuperado de: http://prestadores.colsanitas.com/portal/documents/233493/2406582/Boletin_Epidemiologico_Semanal_No_68.pdf
- Comfandi (2014). Programa de Educación y Comunicación para el Paciente Oncológico Clínicas Cali. *Documento Interno de Trabajo*.
- Contreras, F., Espinal, L., Pachón, A.M. y González, J. (2013). Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas*. 9 (1). 65-80.

- Contreras, F., Espinosa, J., Hernández, F. y Acosta, N. (2013). Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 30 (3). 569-590.
- D'Anello, S., Marcano, E. y Guerra, J. (2003). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del hospital universitario de los Andes. Mérida. Venezuela. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 9. 1-4.
- Expósito, Y. (2010). Intervención personalizada a cuidadores primarios de mujeres con cáncer avanzado de mama que reciben Cuidados Paliativos. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3). 130-143.
- Flores, F. (2004) *Cultura política de los periodistas en Sucre*. La Paz, Colombia: Dr. Fundación PIEB.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de *burnout*: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresarial*, 160. 1-4.
- García, G., Pachón, J., Meneses, R.S. y Zuleta, J.J. (2006). Cáncer de Cuello Uterino: Experiencia durante un periodo de seis años en un hospital universitario colombiano. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58 (1). 21-27.
- Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. y Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología del Caribe*. (20). 50-75.
- González, T. y Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (III). *Nure Investigación*, (45). 1-4.
- González, M. A. (2012). Diagnóstico de instituciones prestadoras de salud con habilitación de servicios oncológicos en Bogotá, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11 (22). 92-106.
- Greenberg, L. y Pascual, J. (2001). A dialecticalconstructivistview of thecreation of personal meaning. *Journal of ConstructivistPsychology*, 14.165, 186.
- Hernández, G., González, V., Machín, LF. E Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18 (1). 22-32.
- Instituto Nacional del Cáncer (2014). *Manual de Enfermería Oncológica*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf

- Kehl, S. (1993). Necesidades humanas y conflictos sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, (4-5). 201-226.
- Krikorian, A. (2008). Valoración del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 5 (2-3). 257-264.
- López, H., Ospina, J., Rubiano, J. y Rey, M. (2009). Guía Clínica: Cáncer Gástrico. *Asociación Colombiana de Cirugía*. 1-29.
- Mainieri, J.A. y Brenes, A. (2003). Cáncer de Pulmón. *Asociación Costarricense de Neumología y Cirugía de Tórax*, 45 (1).35-39.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista IIPS*, 9 (1). 126-146.
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: Un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13(2). 243-248.
- Medeiros, A.R. y Baena, M.H. Tensão debido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (5). 513-518.
- Mejía, A., Sánchez, A.F. y Tamayo, J.C. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista Salud Pública*, 9 (1). 26-38.
- Menéndez, F., Fernández, F., Llana, F., Vázquez, I., Rodríguez, J. y Espeso, M. (2007). *Formación Superior en Prevención de Riesgos Laborales: Parte obligatoria y común*. Valladolid, España: Editorial LEX NOVA S.A.
- Maza, M., Zavala, M. y Merino, J. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería XV*. (1). 39-48.
- Mieles, M.D., Tonon, G. y Alvarado, S.V. (2012). Investigación Cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, (74). 193-225.
- Ministerio de Salud (2008). ¡Yo cuido mi salud! Consejos saludables del cuidado y autocuidado para el adulto mayor. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/138193657/Rotafolio-autocuidado-Adulto-Mayor#scribd>
- Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2011). *Guía de Práctica Clínica: Cáncer de Cuello Uterino*. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CANCER_CUELLO_UTERINO_19_04_11.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Contenidos/cancer.html>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021*. Recuperado de <https://blu173.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mglCD1W1y85RGsCwAhWtnf0g2&folderid=flinbox&attindex=0&cp=-1&attdepth=0&n=70740527>
- Montalvo, G., Coronel, J.A., Alvarado, A., Cantú de León, D., Flores, D., Ortega, A., González, A., Isla, D., Muñoz, D.E., Robles, J.U., Solorza, G., Mota, A., Gallardo, D., Morales, F., Cetina, M.L. y Herrera, A. (2011). Oncoguía: Cáncer Cervicouterino. *Cancerología*, 6. 61-69.
- Montes, L.M., Mullins, M.J y Urrutia, M.T. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 71 (2). 129-134.
- Moreira de Souza, R. y Turrini, RNT. (2011). Paciente Oncológico Terminal: Sobrecarga del cuidador. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, (22). 1-13.
- Moreno, A. (2007). Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y Mediación en Factores Precipitantes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (1). 63-79.
- Nascimento, M. y Fantini, M. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologiaem Estudo*, 12 (1). 123-132.
- Novoa, M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M., Bayona, M. y Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *UniversitasPsychologica*, 4 (1). 63-75.
- Oliveros, E. Barrera, M., Martínez, S. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (2). 1-206.
- Ortega, M. del C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 21(2). 462-470.
- Perea, R. (2009). *Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Remor, E., Gómez, M.A. y Carrobbles, J.A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26 (1). 49-57.
- Rezende, G., Benedita, Dos Santos, C. B. y Martins, S. (2010) Acompañamiento de pacientes portadores de cáncer de cáncer por trabajadores de equipos de la salud de la familia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (5). Pp. 1-9.
- Riechmann, J. (1999). *Necesitar, desear, vivir: sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid, España: Los libros de la catarata.

- Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral e Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 31 (1). 2-7.
- Rojas, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica las Condes*, 17 (4). 194-97.
- Ruiz-Benitez, M.A. y Coca, M.C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5 (1). 53-69.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Deusto.
- Salas, C. y Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28 (1). 9-18.
- Salgado, A.C. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13. 71-78.
- Sandín, M.P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Caracas, Venezuela: McGraw-Hill.
- Sandoval, C.A. (Ed). (2002). *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de investigación social: Investigación Cualitativa*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.
- Sapag, J.C., Lange, I., Campos, S. y Piette, J.D. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27 (1). 1-9.
- Sarmiento, M.C. (2012). Factores de riesgo psicosocial intralaboral: Diagnóstico en personal terapéutico asistencial. *Universidad EAN*.
- Solana, A. (2005). Aspectos Psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*. 28 (3). 51-57.
- Tobón, O. (2013). *El Autocuidado: una habilidad para vivir*. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Torre, I., Cobo, M.A., Rodríguez, T.M. y Vicente, L.I. (2008). *Cuidados enfermeros al paciente oncológico*. Málaga, España: Publicaciones Vértice S.L.
- Uribe, A.F., Valderrama, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8). 109-120.

- Vergel, M.A. y Ospina, C.B. (s.f). Síndrome de Burnout Asociado al Déficit de Autocuidado en Enfermería. *Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt*.
- Vinaccia, S. (2003). El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 32 (1). 161-168.
- Waldow, V. (2011). Uma experiencia vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20 (4). 825-833.
- Yepes, F.J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9 (18). 118

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Investigación: Significados del personal asistencial y administrativo alrededor del cáncer en una unidad oncológica.

Teniendo en cuenta la ley 1090 de septiembre del año 2006, firmada y publicada por el Congreso de la República de Colombia, mediante los cuales se instauran las normas relacionadas a los aspectos científicos, técnicos y administrativos adecuados para la investigación en Psicología; la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y con el Manual Deontológico y Bioético de Psicología, se reconoce como necesario adquirir el consentimiento informado para participar en procesos de investigación.

A continuación le será presentada información que debe considerar al aceptar y firmar este consentimiento informado: Usted ha sido invitado a participar de la investigación “Significados del personal asistencial y administrativo alrededor del cáncer en una unidad oncológica”. Esta investigación tiene como objetivo reconocer los significados que se han creado alrededor de la enfermedad del cáncer en trabajadores del área administrativa y asistencial en una unidad de oncología de una clínica nivel 3 en la ciudad de Cali.

En cuanto al procedimiento de la presente investigación, se realizará una entrevista en torno al tema de investigación con una guía de preguntas semiestructurada, la cual será grabada en audio.

En relación con todo el proceso, es importante tener en cuenta las siguientes aclaraciones:

- La decisión de participar en el estudio es de usted, siendo completamente libre y voluntaria.
- Si en el transcurso de la entrevista decide retirarse, puede hacerlo.
- No habrá ninguna consecuencia para usted a nivel laboral en caso de no aceptar la invitación.
- Se mantendrá total confidencialidad sobre la información relacionada con su identificación en el proceso.
- No recibirá pago por su participación.
- No tendrá que aportar económicamente, ni realizar ningún gasto durante el estudio.
- Los resultados serán registrados en el informe final de investigación y en publicaciones académicas, manteniendo estricta confidencialidad de las instituciones y funcionarios participantes.
- En caso de tener dudas, puede comunicarse en cualquier momento y estas le serán resueltas.

Una vez leída y comprendida la información anterior, en pleno uso de mis capacidades manifiesto mi aceptación para la participación. Por consiguiente, la firma del consentimiento informado hace explícita mi autorización para la aplicación del instrumento de recolección de información establecido para la investigación.

Yo _____ identificado con
CC _____ de _____ manifiesto que he sido informado
sobre el objetivo de la investigación. Por lo cual:

Otorgo mi consentimiento para participar de la investigación SI ___ NO ___

Firma: _____

Como investigador del presente proyecto, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me respaldo en ella.

Natalia Urdinola Ríos

Estudiante 10º Semestre de Psicología

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Cc 1.151.948.889 de Cali

Celular: 3003501793

Correo electrónico: nurdinola@javerianacali.edu.co

Nathalie Olano Duque

Psicóloga. Magister en Familia

Directora del Trabajo de Grado

Docente Pontificia Universidad Javeriana Cali

Celular: 312 3783658

Correo electrónico: nolano@javerianacali.edu.co

Testigo

Nombre: _____

CC.

Firma _____

Fecha: _____

Anexo 2. Consentimiento informado

Investigación: Significados del personal asistencial y administrativo alrededor del cáncer en una unidad oncológica.

Teniendo en cuenta la ley 1090 de septiembre del año 2006, firmada y publicada por el Congreso de la República de Colombia, mediante los cuales se instauran las normas relacionadas a los aspectos científicos, técnicos y administrativos adecuados para la investigación en Psicología; la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y con el Manual Deontológico y Bioético de Psicología, se reconoce como necesario adquirir el consentimiento informado para participar en procesos de investigación.

A continuación le será presentada información que debe considerar al aceptar y firmar este consentimiento informado: Usted ha participado de la investigación "Significados del personal asistencial y administrativo alrededor del cáncer en una unidad oncológica". Esta investigación tuvo como objetivo reconocer los significados que se han creado alrededor de la enfermedad del cáncer en trabajadores del área administrativa y asistencial en una unidad de oncología de una clínica nivel 3 en la ciudad de Cali.

En este momento, está siendo invitado para participar de una reunión de devolución y socialización de los resultados encontrados en la investigación.

- La decisión de participar en ESTE EJERCICIO es de usted, siendo completamente libre y voluntaria.
- Si en el transcurso de la entrevista decide retirarse, puede hacerlo.
- No habrá ninguna consecuencia para usted a nivel laboral en caso de no aceptar la invitación.

- Se mantendrá total confidencialidad sobre la información relacionada con su identificación en el proceso.
- No recibirá pago por su participación.
- No tendrá que aportar económicamente, ni realizar ningún gasto durante el estudio.
- Los resultados serán registrados en el informe final de investigación y en publicaciones académicas, manteniendo estricta confidencialidad de las instituciones y funcionarios participantes.
- En caso de tener dudas, puede comunicarse en cualquier momento y estas le serán resueltas.

Una vez leída y comprendida la información anterior, en pleno uso de mis capacidades manifiesto mi aceptación para la participación. Por consiguiente, la firma del consentimiento informado hace explícita mi autorización para la aplicación del instrumento de recolección de información establecido para la investigación.

Yo _____ identificado con
CC _____ de _____ manifiesto que he sido informado
sobre el objetivo de la investigación. Por lo cual:

Otorgo mi consentimiento para participar de la investigación SI ___ NO ___

Firma: _____

Como investigador del presente proyecto, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me respaldo en ella.

Natalia Urdinola Ríos

Estudiante 10º Semestre de Psicología
Pontificia Universidad Javeriana Cali
Cc 1.151.948.889 de Cali
Celular: 3003501793
Correo electrónico: nurdinola@javerianacali.edu.co

Nathalie Olano Duque

Psicóloga. Magister en Familia
Directora del Trabajo de Grado
Docente Pontificia Universidad Javeriana Cali
Celular: 312 3783658
Correo electrónico: nolano@javerianacali.edu.co

Testigo

Nombre: _____

CC.

Firma _____

Fecha: _____

Anexo 3. Guía de Entrevista Inicial

Datos sociodemográficos

- Nombre:
- Profesión:
- Cargo:
- Tiempo en la institución:

Categoría	Preguntas
<p>Impacto del trabajo en oncología</p> <p>Impresión, sensación y efecto que se genera a partir de una situación, que para este caso se enmarca en el trabajo con pacientes oncológicos (Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008).</p>	<p><i>Para iniciar, quisiera invitarlo a que me compartiera un poco ¿cómo ha sido su experiencia de trabajo en la unidad?</i></p> <p>¿Cómo es trabajar con pacientes oncológicos día a día?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que implica la atención directa a los pacientes (<i>para los asistenciales</i>) - Que implica la atención desde “detrás del vidrio” a los pacientes (<i>para los administrativos</i>) <p>¿Qué es lo más significativo del trabajo con pacientes oncológicos</p> <p>¿Qué es lo más difícil?</p> <p>¿Considera que se genera algún impacto a nivel personal a partir de este trabajo? / ¿Cómo es ese impacto?</p>
<p>Emociones del proceso</p> <p>Emociones generadas en los participantes del personal asistencial y administrativo en relación a todos los procesos físicos y psicosociales que viven los pacientes oncológicos (Perea, 2009).</p>	<p><i>Ahora, si nos centramos en las emociones que se generan a nivel personal,</i></p> <p>¿Cuáles son los sentimientos que aparecen frente al proceso de los pacientes?</p> <p>¿Cómo se siente cuando ve que los pacientes tienen un progreso de la enfermedad?</p> <p>¿Cuáles son los sentimientos que aparecen ante su trabajo?</p> <p><i>En relación con las emociones de los pacientes y sus familias</i></p> <p>¿Cómo considera usted que las personas viven el cáncer?</p> <p>¿Qué cree que es lo más difícil de tener cáncer?</p> <p>¿Cree que los pacientes pueden tener sentimientos que generalmente hemos catalogado como positivos?</p> <p>¿Cómo cree que se sienten los pacientes en cuanto a sus cambios físicos?</p>
<p>Necesidades para el autocuidado</p> <p>Deseos y consideraciones de los participantes para generar un ambiente de</p>	<p><i>Teniendo en cuenta el impacto del trabajo y las emociones que se generan en ustedes,</i></p> <p>¿Qué hacen para cuidarse? / ¿Cómo es el autocuidado?</p> <p>¿Qué considera usted que podría ayudarle, como trabajador, para favorecer el autocuidado? / ¿Qué creen que necesitan?</p>

<p>bienestar y favorecer su autocuidado.</p>	<p>¿Qué podría hacer usted para potenciar su bienestar?</p>
<p>Representaciones de los trámites administrativos Ideas o interpretaciones que los profesionales tienen alrededor de la atención a pacientes oncológicos, que se han dado en un proceso de construcción y están mediadas por sus valores, creencias, necesidades, roles (Materán, 2008).</p>	<p><i>En relación con los trámites administrativos</i> ¿Cómo describiría el proceso administrativo de los pacientes? ¿Cuáles son las características de este proceso en la clínica? ¿Considera que tiene fortalezas? ¿Qué aspectos cree que debería mejorar? ¿Qué considera que los pacientes o sus familias tendrían por decir acerca de estos trámites administrativos?</p>
<p>Recursos para un mejor servicio Consideraciones y propuestas a partir de las características efectivas propias para que el servicio sea óptimo, tanto en la atención al paciente como en el trabajo en equipo (Remor, Gómez y Carrobbles, 2010).</p>	<p>Como equipo, ¿qué es lo más valioso que ustedes aportan al servicio? ¿En cuales aspectos podría mejorar? ¿Cómo describiría el aporte que el personal puede hacer de manera personal para optimizar el servicio? ¿Qué considera que falta en la unidad desde el punto de vista administrativo para que sea mejor?</p>
	<p>¿Cuáles son los aprendizajes que le ha regalado este trabajo? ¿Qué ha aprendido de los pacientes y sus familias? ¿Hay algo más que quisiera compartir o agregar?</p>

Anexo 3. Retroalimentación de Jueces

Categoría	Preguntas	Observaciones
<p>Impacto del trabajo en oncología</p> <p>Impresión y emociones generadas en los participantes del personal asistencial y administrativo en relación a todos los procesos físicos y psicosociales que viven los pacientes oncológicos</p> <p>(Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008; Perea, 2009).</p>	<p><i>Para iniciar, quisiera invitarlo a que me compartiera un poco ¿cómo ha sido su experiencia de trabajo en la unidad?</i></p>	
	<p>¿Cómo es trabajar con pacientes oncológicos día a día?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué implica la atención directa a los pacientes? <i>(para los asistenciales)</i> - ¿Qué implica la atención desde “detrás del vidrio” a los pacientes? <i>(para los administrativos)</i> 	<p>AQUÍ, FALTARIAN PREGUNTAS RELACIONADAS CON: QUÉ ES PARA USTED EL CANCER? COMO LO DESCRIBIRIA? (no la definición de medicina, sino, desde su experiencia)</p>
	<p>¿Cuáles son los sentimientos que le generan a usted el proceso de los pacientes?</p>	<p>se podría integrar esta y la siguiente en una sola</p>
	<p>¿Qué emociones hacen presencia frente a las familias?</p>	
	<p>¿Qué es lo más significativo del trabajo con pacientes oncológicos</p>	
	<p>¿Qué es lo más difícil?</p>	
	<p>¿Considera que se genera algún impacto a nivel personal a partir de este trabajo? / ¿Cómo lo describiría?</p>	<p>Cambiar la palabra genera por presenta</p>
<p>Necesidades para el autocuidado</p> <p>Deseos y consideraciones de los participantes para generar un ambiente de bienestar y favorecer su</p>	<p><i>Teniendo en cuenta el impacto del trabajo y las emociones que se generan en ustedes ¿Qué hacen para cuidarse?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Podría contar un ejemplo de una situación donde se 	<p>Tener presente si llega a ser necesario aclarar a qué tipo de cuidado de se refiere. En caso que no puedan responder, dar opciones de respuesta</p>

autocuidado.	hayan cuidado?	
	¿Qué considera usted que podría ayudarlo, como profesional de la salud, para favorecer el autocuidado?	No la consideramos necesaria
	¿Qué podría hacer usted para potenciar su bienestar?	
Representaciones de los trámites administrativos Ideas o interpretaciones que los profesionales tienen alrededor de la atención a pacientes oncológicos, que se han dado en un proceso de construcción y están mediadas por sus valores, creencias, necesidades, roles (Materán, 2008).	<i>En relación con los trámites administrativos,</i> ¿Cómo describiría el proceso administrativo de los pacientes?	Son preguntas sesgadas, teniendo en cuenta el sistema de salud en Colombia. Preguntar primero si conocen el sistema de atención, y lo que corresponde a la IPS o a la EPS.
	¿Cuáles son las características de este proceso en la clínica? – ¿Considera que tiene fortalezas? – ¿Qué aspectos cree que debería mejorar?	Especificar que se trata de los asuntos particulares de la atención en la IPS Se podría hacer otra pregunta alrededor de las características de atención de las EPS
	¿Qué considera que los pacientes o sus familias tendrían por decir acerca de estos trámites administrativos?	
Recursos para un mejor servicio Consideraciones y propuestas a partir de las	<i>Como equipo humano</i> ¿qué es lo más valioso que ustedes aportan al servicio?	
	¿Cuáles son los recursos que se	

<p>características efectivas propias para que el servicio sea óptimo, tanto en la atención al paciente como en el trabajo en equipo (Remor, Gómez y Carrolles, 2010).</p>	destacan en la unidad?	
	¿En cuáles aspectos podría mejorar?	
	¿Cuáles son los aprendizajes que le ha regalado este trabajo?	Esta y la siguiente son muy similares
	¿Qué ha aprendido de los pacientes y sus familias?	
	Si tuviera que entrenar a alguien para que hiciera su trabajo, ¿qué le diría que es lo más importante a nivel de conocimiento y a nivel humano?	
	¿Hay algo más que quisiera compartir o agregar?	

Objetivos	Categoría	Preguntas	Observaciones
<p>Explorar las emociones del personal administrativo y asistencial alrededor del proceso de salud física y emocional que viven los pacientes.</p>	<p>Impacto del trabajo en oncología</p> <p>Impresión y emociones generadas en los participantes del personal asistencial y administrativo en relación a todos los procesos físicos y psicosociales que viven los pacientes oncológicos</p> <p>(Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008; Perea, 2009).</p>	<p><i>Para iniciar, quisiera invitarlo a que me compartiera un poco ¿cómo ha sido su experiencia de trabajo en la unidad?</i></p>	<p>Esta pregunta puede resultar ambigua, depende de lo que se quiera rastrear, si efectivamente se está preguntando por cómo la persona describe su trabajo está bien</p>
		<p>¿Cómo es trabajar con pacientes oncológicos día a día?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué implica la atención directa a los pacientes? <i>(para los asistenciales)</i> - ¿Qué implica la atención desde “detrás del vidrio” a los pacientes? <i>(para los administrativos)</i> 	<p>Se puede ser más específico, qué implica a nivel emocional, físico, espiritual, a nivel de conocimientos... ¿?</p>
		<p>¿Cuáles son los sentimientos que le generan a usted el</p>	<p>bien</p>

		proceso de los pacientes?	
		¿Qué emociones hacen presencia frente a las familias?	
		¿Qué es lo más significativo del trabajo con pacientes oncológicos	
		¿Qué es lo más difícil?	
		¿Considera que se genera algún impacto a nivel personal a partir de este trabajo? / ¿Cómo lo describiría?	Sugiero que las preguntas sean lo suficientemente abiertas para permitirle al entrevistado ahondar en sus vivencias particulares, se les puede pedir que cuenten una vivencia o una situación particular que hayan vivido y que les haya generado impacto, para rastrear cómo fue el impacto y de qué dimensión...
Conocer las necesidades del personal para favorecer su autocuidado en el marco de los procesos de atención en oncología.	<p>Necesidades para el autocuidado</p> <p>Deseos y consideraciones de los participantes para generar un ambiente de bienestar y favorecer su autocuidado.</p>	<p><i>Teniendo en cuenta el impacto del trabajo y las emociones que se generan en ustedes ¿Qué hacen para cuidarse?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Podría contar un ejemplo de una situación donde se hayan cuidado? <p>¿Qué considera usted que podría ayudarle, como profesional de la salud, para favorecer el autocuidado?</p> <p>¿Qué podría hacer usted para potenciar su bienestar?</p>	<p>No estoy segura de mantener esa palabra en la pregunta, o al menos se le debe explicar a la persona a qué se refiere uno cuando le pregunta por autocuidado... puede ser “frente a estas cargas emocionales usted como se cuida? O qué hace para mantenerse equilibrado,... usar un lenguaje más accesible a todas las disciplinas y personas en todas las preguntas de la entrevista</p>
Reconocer las	Representaciones de los	<i>En relación con los</i>	¿Qué tienen que procesos

<p>concepciones y posturas del personal en torno a los trámites administrativos que implica el proceso de atención.</p>	<p>trámites administrativos Ideas o interpretaciones que los profesionales tienen alrededor de la atención a pacientes oncológicos, que se han dado en un proceso de construcción y están mediadas por sus valores, creencias, necesidades, roles (Materán, 2008).</p>	<p><i>trámites administrativos</i>, ¿Cómo describiría el proceso administrativo de los pacientes?</p> <p>¿Cuáles son las características de este proceso en la clínica?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Considera que tiene fortalezas? - ¿Qué aspectos cree que debería mejorar? <p>¿Qué considera que los pacientes o sus familias tendrían por decir acerca de estos trámites administrativos?</p>	<p>administrativos deben hacer los pacientes y a usted cómo le parecen?</p>
<p>Examinar recursos personales y externos que el personal administrativo y asistencial considera esenciales como equipo para prestar un mejor servicio.</p>	<p>Recursos para un mejor servicio</p> <p>Consideraciones y propuestas a partir de las características efectivas propias para que el servicio sea óptimo, tanto en la atención al paciente como en el trabajo en equipo (Remor, Gómez y Carrobes, 2010).</p>	<p>Como equipohumano¿qué es lo más valioso que ustedes aportan al servicio?</p> <p>¿Cuáles son los recursos que se destacan en la unidad?</p> <p>¿En cuáles aspectos podría mejorar?</p> <p>¿Cuáles son los aprendizajes que le ha regalado este trabajo?</p> <p>¿Qué ha aprendido de los pacientes y sus familias?</p> <p>Si tuviera que entrenar a alguien para que hiciera su trabajo, ¿qué le diría que es lo más importante a nivel de conocimiento y a nivel humano?</p>	<p>Yo haría la segunda pregunta de primera para así seguir abriendo el tema y profundizando en los recursos</p>

		¿Hay algo más que quisiera compartir o agregar?	
--	--	---	--

Anexo 4. Guía de Entrevista Final

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nombre	
Profesión	
Cargo	
Tiempo en la Institución	
Tiempo de experiencia en el área de Oncología	

Objetivos	Categoría	Preguntas
<p>Explorar las emociones del personal administrativo y asistencial alrededor del proceso de salud física y emocional que viven los pacientes.</p>	<p>Impacto del trabajo en oncología</p> <p>Impresión y emociones generadas en los participantes del personal asistencial y administrativo en relación a todos los procesos físicos y psicosociales que viven los pacientes oncológicos</p> <p>(Ballinas, Alarcón y Balseiro, 2009; Bezerra y Correa, 2008; Perea, 2009).</p>	<p><i>Para iniciar, quisiera invitarlo a que me compartiera un poco ¿cómo ha sido su experiencia de trabajo en la unidad?</i></p>
		<p>¿Cómo es trabajar con pacientes oncológicos día a día?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué implica a nivel emocional la atención directa a los pacientes? <i>(para los asistenciales)</i> - ¿Qué implica a nivel emocional la atención desde "detrás del vidrio" a los pacientes? <i>(para los administrativos)</i> <p>¿A partir de su experiencia, qué es para usted el cáncer? ¿Cómo lo describiría?</p>
		<p>¿Cuáles son los sentimientos que le generan a usted el proceso de los pacientes?</p>
		<p>¿Qué sentimientos hacen presencia frente a las familias?</p>
		<p>¿Qué es lo más significativo del trabajo con pacientes oncológicos</p>
		<p>¿Qué es lo más difícil?</p>
		<p>¿Considera que se presenta algún impacto a nivel personal a</p>

		partir de este trabajo? ¿Cómo lo describiría?
Conocer las necesidades del personal para favorecer su autocuidado en el marco de los procesos de atención en oncología.	<p>Necesidades para el autocuidado</p> <p>Deseos y consideraciones de los participantes para generar un ambiente de bienestar y favorecer su autocuidado.</p>	<p><i>Teniendo en cuenta el impacto del trabajo y las cargas emociones que se generan</i> ¿usted cómo se cuida?</p> <p>– ¿Podría contar un ejemplo de una situación donde se hayan cuidado?</p> <p>¿Qué considera usted que podría ayudarlo, como profesional de la salud, para favorecer el autocuidado?</p> <p>¿Qué podría hacer usted para potenciar su bienestar?</p>
Reconocer las concepciones y posturas del personal en torno a los trámites administrativos que implica el proceso de atención.	<p>Representaciones de los trámites administrativos</p> <p>Ideas o interpretaciones que los profesionales tienen alrededor de la atención a pacientes oncológicos, que se han dado en un proceso de construcción y están mediadas por sus valores, creencias, necesidades, roles (Materán, 2008).</p>	<p><i>En relación con los trámites administrativos,</i> ¿Conoce el sistema de atención y lo que corresponde a las EPS y la IPS? Que me puede explicar al respecto?</p> <p>¿Qué procesos administrativos deben hacer los pacientes y a usted cómo le parecen?</p> <p>¿Cuáles son las características de este proceso en la clínica?</p> <p>– ¿Considera que tiene fortalezas?</p> <p>– ¿Qué aspectos cree que debería mejorar?</p> <p>¿Qué considera que los pacientes o sus familias tendrían por decir acerca de estos trámites administrativos?</p>
Examinar recursos personales y externos que el personal administrativo y asistencial considera esenciales como equipo para prestar un mejor servicio.	<p>Recursos para un mejor servicio</p> <p>Consideraciones y propuestas a partir de las características efectivas propias para que el servicio sea óptimo, tanto en la atención al paciente como en el trabajo en equipo (Remor, Gómez y Carrobles, 2010).</p>	<p>¿Cuáles son los recursos que se destacan en la unidad?</p> <p>Como equipo humano ¿Qué es lo más valioso que ustedes aportan al servicio?</p> <p>¿En cuáles aspectos podría mejorar?</p> <p>¿Cuáles son los aprendizajes</p>

		<p>que le ha regalado este trabajo?</p> <p>¿Qué ha aprendido de los pacientes y sus familias?</p> <p>Si tuviera que entrenar a alguien para que hiciera su trabajo, ¿qué le diría que es lo más importante a nivel de conocimiento y a nivel humano?</p>
		<p>¿Hay algo más que quisiera compartir o agregar?</p>