

che



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
USAC
DOCENTE REVISORIA

Verso

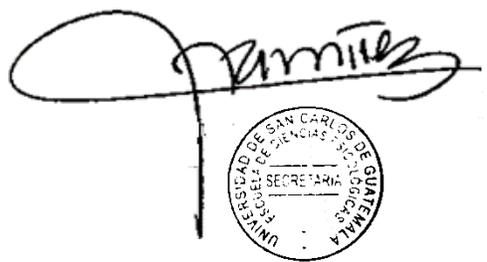


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
USAC
COORDINADOR CIEPS

[Handwritten signature]
23/9/2020



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS
COORDINACIÓN UNIDAD DE GRADUACIÓN



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
SECRETARIA

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“PREVALENCIA DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN
PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS EN
EL AÑO 2017”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**MARÍA ANDREA PÉREZ GUERRA
FRANCISCO EDUARDO RAMIREZ MEJÍA**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADOS**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2020

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITH FLORES QUINTANA

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA

LESLY DANINETH GARCÍA MORALES

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 049-2017
CODIPs.1352-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

04 de septiembre de 2020

Estudiantes

María Andrea Pérez Guerra
Francisco Eduardo Ramírez Mejía
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINTO (5º) del Acta CUARENTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL VEINTE (48-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 04 de septiembre de 2020, que copiado literalmente dice:

“QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“PREVALENCIA DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL AÑO 2017”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

María Andrea Pérez Guerra
Francisco Eduardo Ramírez Mejía

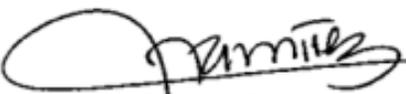
CARNÉ: 2178 89646 0101

CARNÉ: 2451 75794 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Abraham Cortez Mejía y revisado por la Licenciada Suhelen Patricia Jiménez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA



/Gaby

Guatemala, 25 de agosto 2020

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito Informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3°) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **MARÍA ANDREA PÉREZ GUERRA, CARNÉ NO. 2178-89646-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2012-16725** y Expediente de Graduación No. L-58-2017-C-EPS / **FRANCISCO EDUARDO RAMÍREZ MEJÍA, CARNÉ NO. 2451-75794-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2012-16703** y Expediente de Graduación No. L-77-2017-C-EPS, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"PREVALENCIA DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL AÑO 2017"**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología -CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 24 de FEBRERO del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucía, G.
CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo digital e Informe Final de Investigación digital.

Dedicatoria

Le dedico este triunfo a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, brindándome fortaleza y sabiduría en los momentos de debilidad y por llenar mi vida de experiencias que me ayudaron a crecer como persona y profesionalmente durante mi carrera.

A mis padres, Walter y Teresa por todo el apoyo, amor incondicional y paciencia que me han brindado a lo largo del camino, sin ellos no me hubiera sido posible llegar a donde estoy.

A mis abuelos, María y Julián por sus consejos y sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida.

A mis tías, Claudia y Julia por el apoyo que me brindaron durante toda mi carrera universitaria.

A Stephanie, por creer siempre en mí y brindarme la motivación necesaria para seguir adelante.

-Andrea

A mis abuelos, por su amor, comprensión y cariño a lo largo de todos estos años. Este logro va por ustedes.

A mis padres y hermanos, quienes sin su apoyo no habría sido posible completar mis estudios y permitirme desarrollarme como persona.

A mis compañeros y amigos de universidad, por su apoyo y ánimos a lo largo de mi vida universitaria.

-Francisco

Agradecimientos

Le agradecemos a Dios, nuestros padres y abuelos por su apoyo incondicional no solo en la realización del presente trabajo de graduación sino por el apoyo brindado a lo largo de nuestra carrera universitaria y de nuestra vida.

Índice

Resumen.....	10
Prólogo.....	11
Capítulo I.....	13
1. Planteamiento del problema y marco teórico.....	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Objetivos.....	14
1.2.1. Objetivo general.....	14
1.2.2. Objetivos específicos.....	14
1.3. Marco teórico.....	15
1.3.1. Contexto guatemalteco.....	15
1.3.2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	16
1.3.3. Análisis de la cobertura de salud en Guatemala.....	18
1.3.4. Antecedentes.....	19
1.3.5. Marco Institucional.....	25
Capítulo II.....	29
2. Técnicas e instrumentos.....	29
2.1. Enfoques y modelos de investigación.....	29
2.2. Técnicas.....	29
2.2.1. Técnicas de muestreo.....	29
2.2.2. Técnicas de recolección de datos.....	29
Escala STSS.....	29
Cuestionario sociodemográfico.....	30
Consentimiento informado.....	30
2.2.3. Técnicas de análisis de datos.....	30
2.4. Operacionalización de objetivos.....	31
Capítulo III.....	33
3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	33
3.1. Características del lugar y de la muestra.....	33
3.1.1. Características del lugar.....	33
3.1.2. Características de la muestra.....	34
3.2. Presentación y análisis de resultados.....	36
3.2.1. Comparación de resultados con otros estudios.....	46

3.3. Análisis general	47
Capítulo IV	54
4. Conclusiones y recomendaciones	54
4.1. Conclusiones	54
4.2. Recomendaciones	55
Capítulo V	56
5. Referencias	56
6. Apéndices	59
6.1 Apéndice A. Escala de Estrés Traumático Secundario.	59
6.2 Apéndice B. Cuestionario sociodemográfico.	61
6.3 Apéndice C. Consentimiento Informado.	66

Resumen

Prevalencia de estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos en el año 2017

Por: María Andrea Pérez Guerra, Francisco Eduardo Ramírez Mejía

El presente estudio estableció la prevalencia de estrés traumático secundario (ETS) en médicos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas, técnicos de laboratorio y psicólogos que laboraban en un hospital de cancerología de la Ciudad de Guatemala durante los meses de febrero a agosto del 2017. Debido a que el contacto con dichos pacientes puede ser causa de sentimientos de insatisfacción, deficiencias en el desempeño laboral, las relaciones interpersonales y deterioro significativo en la calidad de vida se buscó identificar la sintomatología más frecuente relacionada al ETS, los estresores asociados y definir si existía diferencia en la prevalencia entre variables sociodemográficas. El enfoque metodológico utilizado fue cuantitativo y el alcance es a nivel descriptivo. El tipo de muestreo fue no probabilístico: por conveniencia, con una muestra de 45 casos. Para la evaluación se utilizó la Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS) y un cuestionario sociodemográfico. Para la calificación de los instrumentos, se creó una base de datos a la que se le aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov en la que se identificó la normalidad de los datos. Se obtuvo una prevalencia de 17.8% con lo que se comprobó la presencia de ETS en la población.

Palabras clave: Estrés traumático secundario, Estrés traumático secundario, Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS), Personal Sanitario, Calidad de vida, Pacientes Oncológicos.

Prólogo

Estudios relacionados al desgaste que padecen los profesionales de la Salud evidencian que la aparición de sintomatología relacionada con el estrés traumático secundario en personal sanitario que trabaja con pacientes oncológicos es frecuente y que estas afectaciones repercuten en su calidad de vida. Quinal (2009). A estas condiciones se le suman todas las amenazas al bienestar físico y mental que los profesionales puedan encontrar en su ambiente de trabajo, como condiciones laborales inadecuadas o malas relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo. Estas condiciones, denominadas estresores, contribuyen de manera directa a deficiencias en el servicio que los profesionales brindan hacia los pacientes oncológicos.

Por aparte, los principales síntomas asociados al estrés traumático secundario, hiperactivación, reexperimentación y evitación, pueden llegar a presentarse sin la necesidad de cumplir con todos los criterios para el diagnóstico de estrés traumático secundario, pero siguen siendo causa de deficiencias en el desempeño laboral, deterioro en la percepción que el profesional tiene de sí mismo y del trabajo que desempeña.

A pesar de que existen antecedentes de estudios relacionados con el trastorno de estrés postraumático en el sector justicia, la investigación relacionada con el estrés traumático secundario en personal sanitario es inexistente en el país. Actualmente, tampoco se conocen las posibles relaciones entre el surgimiento del estrés traumático secundario y las variables sociodemográficas que caracterizan a los profesionales guatemaltecos. Los estudios relacionados con los efectos del trauma se enfocan mayoritariamente en víctimas, dejando a un lado al personal que atiende a dicha población. Sin una base de datos adecuados al contexto de nuestro país no es posible crear un modelo y/o programas de atención que traten dicha problemática.

A partir de esta problemática surge la necesidad de diseñar un estudio de carácter descriptivo enfocado a conocer la prevalencia del estrés traumático secundario en una institución hospitalaria.

Los objetivos de la presente investigación buscaron determinar la existencia de estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos de manera que fue posible explorar esta problemática dentro del ambiente hospitalario para así crear una base que dé lugar a la realización de un modelo de atención y/o programas contextualizados de que permitan la prevención, tratamiento y disminución del estrés traumático secundario, así como el mejoramiento de las condiciones laborales y calidad de vida del personal sanitario que trabaja con el sufrimiento ajeno, en particular con pacientes oncológicos.

Los resultados de la presente investigación permitirán generar antecedentes sobre la prevalencia de estrés traumático secundario en Guatemala pudiendo crear programas de atención psicosocial que prevengan la aparición de los síntomas antes mencionados.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1. Planteamiento del problema

A partir de los estudios propuestos por Figley (1995), ha surgido un creciente interés por comprender los efectos de trabajar con personas que han experimentado situaciones traumáticas. Dentro del sector hospitalario se han realizado diversos estudios con el personal sanitario, en particular con médicos y enfermeras, reconociendo el desgaste que implica el acompañamiento a pacientes y familiares en todo el proceso de evaluación, diagnóstico, información, tratamiento, hospitalización y defunción de los mismos (Quinal, Harford, & Rutledge, 2009).

El acompañamiento a pacientes oncológicos se ha identificado como parte de los desencadenantes de estrés, denominados también estresores (Lazarus & Folkman, 1986; Selye, 1976), los cuales se encuentran de manera permanente en el ambiente laboral de los profesionales. Aunado a las funciones propias de los profesionales, se suman como estresores las jornadas laborales de 8 horas diarias, el promedio de atenciones y las horas extra laboradas dentro de la institución. Por aparte, la atención brindada hacia los pacientes oncológicos da lugar a la aparición de los síntomas propios del estrés traumático secundario, como respuesta a la exposición indirecta a eventos traumáticos y a las consecuencias de estos en las víctimas del trauma (Moreno-Jiménez, Benadero, et al., 2004).

La reexperimentación del evento traumático, la evitación de los recuerdos del evento y la hiperactivación persistente; principal sintomatología del estrés traumático secundario puede llegar a manifestarse en personal sanitario a través de síntomas como fatiga, dolores de cabeza, ansiedad, dificultad para concentrarse, etc. (Figley, 1995).

El surgimiento del estrés traumático secundario puede ser considerado el origen de deficiencias en el desempeño laboral, lo cual repercute en la calidad de atención hacia los pacientes oncológicos afectando así los procesos de mejoría; por aparte, los profesionales se encuentran expuestos a sentimientos insatisfacción, frustración y tristeza debido a que

permanecen expuestos a diversas situaciones traumáticas; todo lo anterior genera un deterioro significativo en su calidad de vida.

Estudios previos en otros países revelan una alta prevalencia de estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos (Quinal et al., 2009) y evidencian que la probabilidad de padecer cansancio emocional y despersonalización es elevada en profesionales que están expuestos con el sufrimiento y muerte, esto genera un impacto negativo en la vida familiar (Escribà-Agüir, Artazcoz, & Pérez-Hoyos, 2008).

En base a esto Moreno-Jiménez y colaboradores (2004), remarcan la importancia de elaborar un modelo integrador para el estudio y elaboración teórica del estrés traumático secundario. Con el objetivo de aportar a la investigación y creación de un modelo de estudio y elaboración teórica en el país, buscamos determinar la existencia del estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos en Guatemala.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la existencia de estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos durante el año 2017 en Guatemala.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Establecer si existen indicadores asociados al estrés traumático secundario en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.
2. Medir la prevalencia de estrés traumático secundario en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.
3. Identificar la sintomatología más frecuente relacionada con el estrés traumático secundario en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.
4. Evidenciar los estresores que se asocian con el estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.
5. Definir si existe diferencia en la prevalencia de estrés traumático secundario entre las variables sociodemográficas.
6. Socializar resultados a través de la publicación de un artículo científico en una revista indexada.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Contexto guatemalteco.

La economía guatemalteca se constituye como la más grande de Centroamérica con un Producto Interno Bruto (PIB) de 68.72 millones de dólares; el país cuenta con indicadores macroeconómicos estables a lo largo de 20 años y con un crecimiento económico previsto para el 2017 de 3.3% (Banco de Guatemala, 2014-2017). El país cuenta con una población aproximada de 16.5 millones de habitantes (Banco de Guatemala, 2014); el país cuenta con diversos grupos culturales de los cuales el 50.5% corresponde al área rural y el 49.5% al área urbana (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2016), esta cifra contrasta con la información brindada por el Banco Mundial, el cual establece que en la Región de Latinoamérica y el Caribe, la población rural asciende al 21% (Banco Mundial, 2017).

El país cuenta con una diversidad cultural variada; la población Maya se divide en comunidades lingüísticas, dentro de las cuales las cuatro principales son: K'iche', la cual representa el 11.2% del total de la población, la comunidad Q'eqchi', que representa el 9.2%, la comunidad Kaqchikel que representa el 7.0%, y la comunidad Mam, que representa el 6.1%. Al realizar el recuento total, estas comunidades representan el 80% de la población Maya en Guatemala. Sin embargo, únicamente el 38.5% de la población guatemalteca con alguna comunidad indígena. Por el contrario, la identificación con la comunidad Ladina sobrepasa el 60%. (INE, 2016; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID], 2015).

Según datos del Banco Mundial (2017), Guatemala ha mantenido una estabilidad económica favorable en comparación de otros países de la región; esto se debe, en parte, al ingreso de remesas de migrantes guatemaltecos a sus familias, estas remesas ascendieron a siete mil doscientos setenta y tres millones de dólares durante el año 2016 (Banco de Guatemala, 2017; Gamarro, 2017).

A pesar de los indicadores macroeconómicos del país, los datos presentados por el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2016) revelan que el 66.7% de la población guatemalteca se encuentra en el estado de pobreza y el 34% se encuentra dentro del índice de pobreza extrema; también posicionan a Guatemala en el puesto 125 de 188 en el índice de desarrollo

humano. Los diversos grupos culturales en el país presentan dificultades con relación al acceso de los servicios básicos de salud, educación, vivienda y educación. (USAID, 2015).

Según datos proporcionados por la Encuesta de Salud Materno Infantil (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS], INE, y Secretaría de Planificación Y Programación de la Presidencia [Segeplán], 2015), la tasa de global de fecundidad (TGF) es de 3.1 hijos por cada madre guatemalteca, esta cifra evidencia una mejora en relación a años anteriores en donde el TFG se aproximaba a 5.1 hijos por cada mujer guatemalteca.

Por aparte la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (INE, 2016) indica que el 76% del total de la población no tienen capacidades de cubrir la canasta básica y según datos de la misma fuente, en el tema de la salud, el 89.2% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro que permita atender enfermedades emergentes, el 40% de la población consulta con algún médico cuando presenta quebrantos de salud, dicha encuesta revela también que la atención en hospitales públicos corresponde al 18.2% y el 27% corresponde a atenciones dadas en Centros de Salud, (Instituto Nacional de Estadística, 2016) también se indica que la esperanza de vida se encuentra alrededor de los 71 años, lo cual coloca Guatemala por debajo del promedio latinoamericano que ronda los 75 años (Maldonado, 2017).

Actualmente, la población guatemalteca no tiene una cobertura adecuada por parte de los servicios de salud. Según los datos de la OCDE el porcentaje de los ingresos fiscales es del 12.3% (USAID, 2015), lo que representa dificultades para el abastecimiento de las redes de servicios nacionales. Las tendencias actuales presentadas por diversas organizaciones priorizan la creación de sistemas que permitan la articulación de una red de servicios que permitan en el futuro satisfacer las necesidades de las futuras generaciones.

1.3.2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

A partir de la creación de la Constitución Política de la República de Guatemala en el año de 1945, se organiza el Estado de Guatemala, configurando los ministerios, viceministerios y secretarías que conformarían el gabinete de gobierno y que establece en el artículo 94 lo siguiente:

Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social (Corte de Constitucionalidad., 2010, p.18).

A partir de dicho mandato, se establece El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MPSPAS). En el año de 1997 se aprueba el código de salud, el cual establece en el artículo 4 que:

El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados (Congreso de la República, 1997, p. 2).

A partir de la firma de los Acuerdos de Paz, el Gobierno de Guatemala inicia reformas en el sector de salud, priorizando la descentralización de los servicios de salud y las regulaciones administrativas. Estas reformas dieron como resultado diversas modificaciones a la Constitución y al Código de Salud, durante el año de 1999 estableciendo el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dicho reglamento coloca al MSPAS como coordinador de todos los procesos de atención referentes a la salud, los cuales se encuentran definidos en las políticas en salud nacional de Guatemala. Existen organismos que se encargan de la supervisión y coordinación de los establecimientos públicos y privados como la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud y la Coordinación de Hospitales de Servicios de Atención a la Salud (Cottom, 2004; USAID, 2015).

1.3.3. Análisis de la cobertura de salud en Guatemala.

Al realizar el análisis sobre la cobertura de salud, es posible identificar que la naturaleza de los servicios es de carácter mixto, es decir, que está conformado por distintas organizaciones. El sistema de salud se encuentra configurado actualmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Sanidad Militar y el Sector Privado, el cual a su vez se encuentra dividido en aquellas instituciones que proveen servicios de salud con y sin fines de lucro. En la actualidad, el MSPAS es el encargado de brindar servicios de salud al 75% de la población que no cuenta con los recursos para cubrir un seguro médico (Cottom, 2004; USAID, 2015).

Actualmente, el MSPAS contempla la red de Entrega de Servicio en los niveles primario, secundario y terciario. En la Tabla 1 puede observarse como se encuentran distribuidos los establecimientos de salud.

Tabla 1

Infraestructura de salud del MSPAS por nivel de atención y tipo de infraestructura

<i>Nivel de atención</i>	<i>Tipo de establecimiento</i>	<i>Cantidad de establecimientos</i>
<i>Primario</i>	Centro de convergencia	2,220
	Puesto de salud	1,302
<i>Secundario</i>	Centro de salud	902
	Centro de salud con especialidades	21
	Clínica móvil	379
<i>Terciario</i>	Hospital nivel 1	13
	Hospital nivel 2	32
	Hospital nivel 3	6

Nota: Adaptado de "Guatemala: Análisis del sistema de salud 2015" por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2015, p180.

Los niveles de atención corresponden a la cantidad y necesidad de servicios especializados de la población guatemalteca y se conceptualizan de la siguiente forma:

Nivel de atención 1. Corresponde al primer contacto que se realiza con la población, se encuentra orientado a establecimientos y acciones comunitarias contempladas en los servicios básicos de salud.

Nivel de atención 2. Corresponde a los servicios ampliados, es decir, dirigidos a solucionar problemas de pacientes referidos por el primer nivel de atención o aquellas personas que según la demanda o urgencia lleguen a las instituciones correspondientes.

Nivel de atención 3. Corresponde a los servicios de salud de alta complejidad, que se encuentran dirigidos a pacientes referidos de los niveles anteriores o que se presenten espontáneamente o por alguna urgencia.

En la actualidad, el sistema de salud en Guatemala se encuentra en una crisis debido a la falta de abastecimiento de medicamentos e insumos, según información de los medios de comunicación para agosto del año 2016 eran necesarios Q.400 millones para cubrir salarios y el abastecimiento de los hospitales, los cuales según información de dichos medios no superaban el 65% de abastecimiento de medicamentos (Felipe, 2016; Sánchez & Gramajo, 2016) dicha crisis ha tenido por consecuencias el cierre de distintas unidades hospitalarias y huelgas constantes por parte de sindicatos de trabajadores del sistema de salud (Felipe, 2016; López, 2016).

1.3.4. Antecedentes.

Estrés postraumático y estrés traumático secundario.

El estudio de la sintomatología resultante de la vivencia de eventos traumáticos se ha desarrollado paralelamente a situaciones sociopolíticas y tiene antecedentes que se remontan a partir del siglo XIX con los estudios de Jean Martin Charcot, quien hizo la relación de la histeria y los traumas experimentados, pasando por las concepciones desarrolladas en la Primera Guerra Mundial en relación al *shell sock* y los estudios de la neurosis de guerra a partir de la Segunda Guerra Mundial (Cazabat, 2002).

Durante la década de 1940, se sistematiza el estudio del trauma desde la perspectiva de la salud mental, sin embargo, fue hasta en la década de 1970 en el marco de la guerra de Vietnam y los movimientos feministas que buscaban la visibilización de la violencia doméstica y sexual contra mujeres y niños en donde se evidencia la necesidad de llevar a cabo estudios de cómo los síntomas de la exposición a eventos traumáticos afectan a personas no combatientes (Figley, 2002).

En 1980, aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) el trastorno de estrés postraumático (TEPT), donde se le

clasifica dentro de los trastornos de ansiedad y cuya sintomatología surge como consecuencia de la exposición a estresores que son percibidos como una amenaza a la integridad física y psíquica de la persona. El acontecimiento traumático es definido entonces como una situación estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias cotidianas de la persona (Carvajal, 2002).

Los síntomas del TEPT se establecen como: reexperimentación del evento traumático, disminución de la capacidad de respuesta, una participación reducida en el mundo exterior y una variedad de síntomas cognitivos, de autonomía y disfóricos. En esta edición se establece únicamente la aparición de los síntomas a partir de la existencia reconocible de un estresor lo suficientemente significativo.

Selye (1976), define como estresores a todos aquellos agentes que desencadenan el estrés. Con base en esto Lazarus y Folkman (1986), clasifican estos acontecimientos en tres tipos: los cambios mayores que afectan a un gran número de personas, estos pueden suceder súbitamente o durar un tiempo prolongado, entre ellos están los desastres naturales, guerras, desarraigo y la readaptación posterior; cambios mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas: muerte de un ser querido, enfermedad, divorcios, dar a luz, despido o amenazas a la integridad física o psicológica; y los ajetreos diarios, que son pequeños acontecimientos que ocurren en la vida diaria y que pueden llegar a perturbar o desestabilizar a la persona como sentirse solo, pelear con la pareja, condiciones laborales, etc.

Específicamente en el área laboral, los estresores pueden clasificarse en tres: estresores específicos del puesto de trabajo (relacionados con la estructura y contenido del trabajo, lugar donde se realiza, etc.), factores organizacionales (tipo de trabajo que se realiza, relaciones interpersonales y estructura de la organización) y factores extra-organizacionales (desarrollo de la carrera profesional) (Más, Escribà, & Cárdenas, 1999).

Más adelante, Lazarus y Folkman (1986), realizan una discusión acerca del estrés y los procesos psicobiológicos que se encuentran relacionados con este, comprendiendo el estrés como el conjunto de procesos psicofisiológicos que experimenta la persona cuando se ve sometida a una situación desbordante para sus recursos y que percibe como una amenaza a su bienestar.

A partir del DSM-IV TR, el TEPT mantiene la estructura previamente establecida, sin embargo, realiza un especial énfasis en los síntomas a nivel cognitivo, conductual y de inhibición que la persona presenta a partir del evento traumático (Mingote, 2011).

El DSM-5 indica que los síntomas del TEPT se pueden dar también a partir de haber presenciado el evento traumático y de ser informado de uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la propia integridad física o la de los demás (American Psychiatric Association [APA], 2000).

A partir de la quinta edición del DSM, se detallan los eventos desde los cuales pueden surgir los síntomas del TEPT, clasificándolos en: exposición a la muerte, lesiones graves y violencia sexual. Además, hace la acotación de que dicho evento puede ser real o solamente una amenaza (APA, 2013)

También se comienza a ver la influencia de diversas investigaciones sobre trauma al indicar que los síntomas aparecen no solo por la experimentación del evento traumático sino por la exposición repetida al mismo directa e indirectamente (APA, 2013).

A lo largo de las distintas ediciones del DSM, los síntomas de reexperimentación, hiperactivación, evitación e intrusión forman parte central en el diagnóstico del TEPT. Como se mencionó anteriormente, el estrés es una reacción resultante de la experimentación de una situación que sobrepasa nuestras capacidades de afrontamiento.

En consecuencia, se activan una serie de procesos que buscan la estabilización a nivel cognitivo, físico y conductual, una vez agotada la energía empleada para dicha estabilización el sistema establece un periodo de descanso para posteriormente recuperar su equilibrio.

La experimentación de sucesos traumáticos deja una huella a nivel emocional que hace que la persona experimente una y otra vez dicho evento, generando una activación psicofisiológica en el individuo, esto conlleva a la disminución de la capacidad de concentración y memoria, lo que al final llevará a la persona a evitar estímulos relacionados al evento traumático (Carvajal, 2002; Dongil Collado, 2008), estas condiciones mantienen activo al organismo, impidiendo que se restablezca el funcionamiento normal.

Actualmente se define el trauma como una experiencia que sobrepasa la habilidad que una persona tiene para responder una situación que es interpretada como una amenaza. Lo que corresponde a lo mencionado anteriormente con relación a la activación psicofisiológica vivida por la persona. Esta definición, podría aplicarse a las vivencias traumáticas únicas y a aquellas vividas de manera constante.

Terr (1991), en los estudios sobre abuso infantil divide las condiciones del trauma en dos categorías, el trauma de tipo I el cual surge a partir de una situación traumática repentina de una sola aparición, en el trauma tipo I se encuentran situaciones como las violaciones y abusos sexuales, asaltos o accidentes. Este tipo de traumas difieren del trauma tipo II en cuanto el evento traumático es resultado de situaciones estresantes continuas en donde existe anticipación de los mismos estas situaciones se dan de forma cotidiana.

Más adelante Figley (1995), describe al estrés traumático secundario como un riesgo psicosocial en donde la persona presenta una sintomatología similar a la del trastorno de estrés postraumático (TEPT) pero hace una diferenciación entre estos a través de la exposición a los estresores: clasifica a las personas que viven directamente el evento traumático dentro de los criterios del trastorno de estrés postraumático y a aquellas que son expuestas de forma no-vivencial o indirecta al evento traumático dentro de los criterios para estrés traumático secundario. La Tabla 2 ilustra las diferencias remarcadas por Figley entre estrés traumático secundario y estrés post traumático.

Como se mencionó anteriormente, el DSM-5 hizo hincapié que en la sintomatología del TEPT se presenta también en aquellas personas que de manera indirecta tienen contacto con eventos traumáticos, dentro de esta categorización se perfilan los estudios relacionados a la exposición indirecta producto del trabajo realizado por profesionales de distintas áreas, los cuales están categorizados dentro de los traumas de tipo II debido a que la exposición de los mismos se realiza de manera constante.

Tabla 2

Distinciones sugeridas para el criterio diagnóstico entre Estrés traumático secundario y primario.

<i>Primario</i>	<i>Secundario</i>
A. Estresor	A. Estresor

Experimentación de un evento fuera del rango de experiencias humanas habituales que puede ser marcado como estresante para casi cualquier persona, un evento como:

1. Amenaza seria hacia sí mismo
2. Repentina destrucción del ambiente propio

B. Re-experimentación del evento traumático

1. Recolección del evento
2. Sueños del evento
3. Re-experimentación súbita del evento
4. Angustia ante recordatorios del evento

C. Evitación/Disminución de los recuerdos

1. Esfuerzo por evitar pensamientos/sentimientos relacionados con el evento traumático
2. Esfuerzos por evitar actividades/ situaciones relacionadas con el evento traumático
3. Amnesia
4. Diminución del interés o participación en actividades significativas
5. Desapego o enajenación hacia otros
6. Restricción del afecto
7. Sensación de un futuro limitado

D. Hiperactivación

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultad para concentrarse
4. Hipervigilancia de sí mismo
5. Respuestas exageradas de sobresalto
6. Reactividad fisiológica a estímulos específicos

(Síntomas con duración de un mes son considerados normales, agudos, reacciones relacionadas a la crisis. Aquellos que no presentan síntomas hasta 6 meses después o más del evento tienen PTSD o STSD retrasada.)

Nota: Adaptado de “Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview” por Figley, C. R., 1995, p.8.

Experimentación de un evento fuera del rango de experiencias humanas habituales que puede ser marcado como estresante para casi cualquier persona, un evento como:

1. Amenaza seria hacia otra persona
2. Repentina destrucción del ambiente de otra persona

B. Re-experimentación del evento traumático

1. Recolección del evento
2. Sueños del evento
3. Re-experimentación súbita del evento
4. Angustia ante recordatorios del evento

C. Evitación/Disminución de los recuerdos

1. Esfuerzo por evitar pensamientos/sentimientos relacionados con el evento traumático
2. Esfuerzos por evitar actividades/ situaciones relacionadas con el evento traumático
3. Amnesia
4. Diminución del interés o participación en actividades significativas
5. Desapego o enajenación hacia otros
6. Restricción del afecto
7. Sensación de un futuro limitado

D. Hiperactivación

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultad para concentrarse
4. Hipervigilancia de la persona que experimento el evento traumático
5. Respuestas exageradas de sobresalto
6. Reactividad fisiológica a estímulos específicos

Moreno-Jiménez y colaboradores (2004) realizan otra clasificación para los síntomas del estrés traumático secundario y los coloca en cuatro grandes grupos: reacciones cognitivas, emocionales, motoras y somáticas, que pueden observarse más detallados en la Tabla 3.

Tabla 3

Sintomatología de estrés traumático secundario

COGNITIVOS	EMOCIONALES	MOTORES	SOMÁTICOS
<ul style="list-style-type: none"> • SUEÑOS PESADILLAS RECURRENTES SOBRE EL DESASTRE. • PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN • RECUERDOS • CUESTIONAMIENTO DE CREENCIAS EMOCIONALES 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de paralización. • Ausencia o dispersión • Miedo y ansiedad • Sonidos u olores hacen recordar el evento • Depresión • Ira o irritabilidad intensa • Sensación de vacío o desesperanza 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreprotección • Aislamiento • Problemas de sueño • Hipervigilancia • Evitación • Conflictos familiares • Mantenerse excesivamente ocupado 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Dolores de cabeza • Malestar estomacal • Tensiones musculares • Aceleración del ritmo cardíaco • Temperatura corporal fluctuante

Nota: Adaptado de “Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma.” por Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. 2004, p 5.

La exploración de los efectos del estrés traumático secundario y del *burnout* en los profesionales que brindan servicios de asistencia a personas que han experimentado situaciones traumáticas es reciente y se han realizado por medio de estudios descriptivos, sin embargo, aunque se han llevado a cabo esfuerzos para definir ambos términos, aún no existe una claridad conceptual de los mismos (Baird & Kracen, 2006; Moreno-Jiménez, Morante, et al., 2004).

Como consecuencia es normal que los síntomas sean mal interpretados y en su lugar se den diagnósticos como depresión. Las teorizaciones que se han realizado del estrés traumático secundario tienen en común incluir la empatía como una variable central (Moreno-Jiménez, Morante, et al., 2004), esto se debe a que forma parte esencial de la relación cuidador-paciente y sirve para construir valoraciones del nivel de afectación de las personas que han experimentado un evento traumático.

Es precisamente el componente empático en el trabajo de los profesionales de la salud lo que se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo del estrés traumático secundario (Figley, 1995; Figley & D, 2008).

En estudios más recientes (Stamm, 2010), se habla de calidad de vida profesional y dentro de ello abarca dos temas: la satisfacción por compasión que define como la satisfacción que obtiene una persona por realizar su trabajo y la fatiga por compasión que define como los aspectos negativos de trabajar como cuidador.

Dentro de estos aspectos negativos se engloban dos grandes fenómenos: el burnout y el estrés traumático secundario. El burnout se entiende cómo se asocia a sentimientos de desesperanza y dificultad para realizar el trabajo de forma efectiva, sentimientos que aumentan de forma gradual y que pueden estar asociados a una sobrecarga de trabajo o a un ambiente de trabajo inadecuado u hostil.

1.3.5. Marco Institucional.

Entorno hospitalario y personal sanitario.

En Lama (2008) se define al Hospital como una organización médica y social cuya misión consiste no solo en proporcionar asistencia médica sino ser un centro de formación e investigación. Su compleja estructura está formada no solo de pacientes y médicos sino de una amplia gama de personal tanto sanitario como no sanitario, pacientes, acompañantes, visitas, mobiliario y equipo, etc.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2006) el personal sanitario se conforma de toda persona que lleva a cabo tareas que tienen como principal objetivo promover la salud. Sin embargo, este término es demasiado amplio y en la práctica es necesario delimitarlo.

El Manual de definiciones de la estadística hospitalaria clasifica al personal como sanitario y no sanitario, dividiendo este último en facultativo y no facultativo de acuerdo a la función que realizan dentro del hospital como puede observarse en la Tabla 4.

Tabla 4

Clasificación del personal sanitario y no sanitario hospitalario

<i>Personal Sanitario</i>		<i>Personal No Sanitario</i>
<i>a. Facultativo</i>	<i>b. No Facultativo</i>	Personal de dirección y gestión
<i>Médicos y Cirujanos</i>	Enfermeras	Personal de mantenimiento
<i>tomando en consideración</i>	Fisioterapeutas	Personal de oficina
<i>todas las especialidades</i>	Terapistas ocupacionales	Administrativos
<i>médicas quirúrgicas.</i>	Logopedas	
<i>Farmacéuticos</i>	Radioterapia	
<i>Odontólogos</i>	Dietética	
<i>Psicólogos</i>		
<i>Personal de Laboratorio</i>		

Nota: Adaptado de “Manual de Definiciones de la Estadística Hospitalaria ” por Departamento de Salud del Gobierno Vasco. P 8-12

Dependiendo del tipo de hospital, las condiciones dentro del entorno hospitalario varían. En especial cuando el hospital posee una función monográfica, destinada a una o varias especialidades como lo son los hospitales geriátricos, oncológicos o psiquiátricos.

En el caso de los hospitales dedicados a la oncología debido a que los pacientes presentan necesidades físicas y psicológicas particulares el hospital deberá de ser capaz no solo del diagnóstico sino del tratamiento, que incluye cirugía, terapias no quirúrgicas como la quimioterapia y la radioterapia. Además, deberá de dar seguimiento a los pacientes al finalizar el tratamiento a través de cuidados paliativos.

Es importante recalcar que dentro del entorno hospitalario también se debe considerar las interacciones entre pacientes y personal, así como las condiciones laborales debido a que esto influye en la calidad de la atención brindada y en la calidad de vida del personal.

Estrés en el entorno hospitalario.

El trabajo hospitalario es fuente de estrés y fatiga mental y raramente se cuenta con instrumentos que ayuden a su prevención y manejo. Actualmente, no se cuenta con una medida única para valorar las exigencias del trabajo hospitalario y su efecto en el personal sanitario como consecuencia de la gran cantidad de variables a tomar en consideración no solo cuantitativas (horas trabajadas, horarios, demandas laborales, etc.) sino cualitativas (percepción de la tarea, relaciones laborales, etc.) (Cuixart, 1991).

Entre los principales estresores dentro del entorno hospitalario podemos mencionar la sobrecarga de trabajo, el contacto con el sufrimiento y la muerte, los horarios irregulares, la falta de personal, las relaciones con los pacientes y los familiares, etc.

En relación al horario de trabajo, por ejemplo, las instituciones sanitarias prestan sus servicios de forma ininterrumpida, veinticuatro horas al día, siete días a la semana, durante todo el año, a esto se suma que la falta de personal hace que se sobrecargue el trabajo en determinados servicios como urgencias o consulta externa.

Aunque el trabajo es dividido en turnos, la modificación constante del ritmo circadiano y las largas jornadas pueden dar lugar a alteraciones significativas en el sueño y fatiga crónica (Cuixart, 1991; Más et al., 1999).

Los principales estresores en el entorno hospitalario pueden dividirse en factores demográficos, características del trabajo y características de la tarea realizada (Cuixart, 1991).

En cuanto a datos demográficos podemos hablar de elementos básicos como la edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, etc. Las características del trabajo incluyen: Los datos de identificación, que se dividen en turno en el que laboran, sección, departamento o planta, categoría profesional, tipo de contrato y antigüedad. Situación del puesto de trabajo que tiene que ver con la adecuación del salario, existencia y posibilidad de promoción, consideraciones del puesto y percepción del mismo.

Horarios de trabajo, entre lo que se incluye días o semanas trabajadas, cantidad de horas y turnos realizados y las repercusiones sobre la vida familiar y/o social. Ritmo y pausas dentro del trabajo hablamos de la cantidad de pacientes que se atienden, la planificación, acumulación de tareas, cantidad de pausas, adecuación de las pausas y lugar donde se realizan.

Las características de la tarea incluyen: estado de los pacientes, grado de autonomía de los pacientes, situaciones de incertidumbre, interrupciones en el trabajo, trato con pacientes y familiares, complejidad y cantidad del trabajo, respuesta a situaciones críticas.

Otros factores a tomar en cuenta son el nivel de interés y participación de las autoridades en el trabajo a realizar que se ve reflejado en la actualización del personal sobre

cambios tecnológicos, de la organización o de la metodología debido a que esto puede generar incertidumbre, desconfianza, inconformidad, enojo, etc., relacionados con los cambios de guardia/lagunas de información, cambio en las ordenes de trabajo, la consulta de toma de decisiones y la coordinación con otros servicios.

Otros síntomas comúnmente presentados incluyen dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, cansancio, dificultad para concentrarse, desinterés por la vida, molestias oculares, mareos, irritabilidad, fatiga, alto consumo de café, tabaco, alcohol o tranquilizantes, alteraciones digestivas, entre otras.

De acuerdo a Fraga (2013), los síntomas presentados pueden dividirse en síntomas cognitivos, fisiológicos, conductuales y emocionales. A nivel cognitivo encontraremos dificultad para decidir, pensamientos negativos sobre uno mismo y nuestra conducta frente a otros, temor a la pérdida del control y al rechazo, dificultad para pensar, estudiar o concentrarse, etc.

A nivel fisiológico provoca sudoración, tensión muscular, taquicardia, molestias gástricas, temblor en las articulaciones, dolor de cabeza, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, mareo, náuseas, etc.

A nivel conductual se encuentra la evitación de situaciones percibidas como un riesgo, intranquilidad motora (movimientos repetitivos como rascarse, tocarse alguna parte del cuerpo . . .), fumar, comer o beber en exceso, ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, quedarse paralizado; tartamudeo, llanto, etc.

Finalmente, a nivel emocional podemos mencionar la ansiedad, enfado o ira, irritabilidad, depresión, inseguridad, preocupación, miedo, entre otros. Como estresor, el contacto con el sufrimiento y la muerte varía en función de varios factores. En los pacientes, las características demográficas, el tiempo de tratamiento, gravedad de la enfermedad, tiempo que haya durado el tratamiento, etc. En cuanto al profesional, historia de vida, nivel resiliencia, tipo de afrontamiento, formación, actitud, creencias y comportamientos relacionados al sufrimiento y la muerte, etc. (Más et al., 1999).

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.1. Enfoques y modelos de investigación

Para dar cuenta de los objetivos se desarrolló la presente investigación desde el enfoque cuantitativo, asociado al paradigma neopositivista, dado que se utilizaron pruebas validadas que reportaron datos cuantificables. El alcance de la investigación fue de nivel descriptivo, con la finalidad de conocer la situación actual de los profesionales de la salud, razón por la cual no se contempló el uso de hipótesis.

2.2. Técnicas

2.2.1. Técnicas de muestreo.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, específicamente el modelo por conveniencia debido a que permitía seleccionar de la población a aquellas personas que tenían disponibilidad para participar en la investigación y que se encontraban accesibles para los investigadores. Para el presente proyecto se tomó en cuenta a personal sanitario que laboraba en una institución dedicada al tratamiento de pacientes oncológicos que aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado, se obtuvo una muestra de 45 casos.

2.2.2. Técnicas de recolección de datos.

Se hizo uso de un consentimiento informado para garantizar la participación voluntaria en el estudio. Se utilizó una prueba psicométrica de estrés traumático secundario y una encuesta sociodemográfica.

Escala STSS

Para la recolección de los datos, se utilizó la escala *Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)* el cual es un instrumento que consta de 17 ítems asignados a la evaluación de la frecuencia de los síntomas asociados con el estrés traumático secundario (intrusión, evitación e hiperactivación) resultantes de la exposición a estresores secundarios (B. E. Bride, 2004; Brian E Bride, 2007). Ver Apéndice A.

Cuestionario sociodemográfico

Cuestionario de 36 preguntas que se utilizó con la finalidad de recolectar información relacionada a las condiciones de vida de los participantes de la investigación; posteriormente dicha información fue utilizada para la descripción de las condiciones generales de las personas que aceptaron realizar la encuesta. Ver Apéndice B.

Consentimiento informado.

Para garantizar el proceder ético de los investigadores, se utilizó un consentimiento informado que abordo los aspectos éticos relacionados a la participación de la población en la investigación. Ver Apéndice C.

2.2.3. Técnicas de análisis de datos.

Para la calificación de los cuestionarios, se creó una base de datos en donde fueron vaciadas las respuestas obtenidas para su calificación y posterior análisis mediante matrices de datos. Seguidamente se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para identificar la normalidad de los datos. El resultado fue de 0.082, lo que refleja la normalidad de los datos. Se utilizó el Alfa de Cronbach para verificar la fiabilidad de los datos obteniendo un puntaje de 0.894 lo cual refleja un resultado positivo.

Posteriormente se realizó el cruce de las variables sociodemográficas con los resultados de la prueba con la finalidad de comprobar la relación o interdependencia entre los resultados. Finalmente se realizó una comparación entre los resultados del análisis de las variables de nuestra muestra con puntajes establecidos por estudios previos. (Arriaza, 2006; Casal & Mateu, 2003; Gómez-Gómez, Danglot-Banck, & Vega-Franco, 2013; Morales, 2012).

2.4. Operacionalización de objetivos

Tabla 5

Operacionalización de los objetivos

Objetivos específicos	Variables	Técnicas	Instrumentos
Establecer si existen indicadores asociados al estrés traumático secundario en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.	Estrés traumático secundario: Síndrome desarrollado como consecuencia a la exposición indirecta a un evento altamente estresante y a las consecuencias que esos eventos estresantes tienen en las víctimas del trauma (Moreno-Jiménez, 2004).	Encuesta	Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS).
Medir la prevalencia de estrés traumático secundario en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.	Estrés traumático secundario: Síndrome desarrollado como consecuencia a la exposición indirecta a un evento altamente estresante y a las consecuencias que esos eventos estresantes tienen en las víctimas del trauma. (Moreno-Jiménez, 2004).	Encuesta	Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS).
Identificar la sintomatología más frecuente relacionada con el estrés traumático secundario en los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.	Sintomatología: Intrusión Evitación Hiperactivación	Encuesta	Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS).
Evidenciar los estresores que se asocian con el estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos.	Estresores: Conjunto de procesos psicofisiológicos que experimenta la persona cuando se ve sometida a una situación desbordante para sus recursos y que percibe como una amenaza a su bienestar	Encuesta	Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS).

(Lazarus y Folkman, 1986).

Definir si existe diferencia en la prevalencia de estrés traumático secundario entre las variables sociodemográficas.

Estrés traumático secundario: Síndrome desarrollado como consecuencia a la exposición indirecta a un evento altamente estresante y a las consecuencias que esos eventos estresantes tienen en las víctimas del trauma.

Encuesta

Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS) y Cuestionario Sociodemográfico.

(Moreno-Jiménez, 2004).

Variables socio-demográficas:

Conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población sujeta al estudio.

Nota: Adaptado de “*Guía para la elaboración de trabajo de graduación (TESIS)*” por Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-. P 29

Capítulo III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

3.1. Características del lugar y de la muestra

3.1.1. *Características del lugar.*

La Institución donde fue realizada la investigación es de carácter semi-privado, se ubica en la ciudad de Guatemala y se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer. Atiende a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Cuenta con cuatro plantas en las que se dividen los departamentos de Administración, Laboratorio Clínico, Laboratorio de Patología y Citología, Radiodiagnóstico, Unidad de Estomatología y Terapia por Radiación, Trabajo Social, Consulta Externa, Farmacia, Prevención e Investigación, Cuidados Paliativos y Enfermería.

Posee la capacidad para atender a 121 pacientes ambulatorios y presta los siguientes servicios: Consulta externa, prueba de papanicolaou, rayos “X”, mamografía, ultrasonido, laboratorio clínico, banco de sangre, marcadores tumorales, colonoscopia, colposcopia, citología, laboratorio de Patología, endoscopia, electrocardiograma, ortopedia oncológica, urología oncológica, proctoscopias, implante Cesium y Curietron, cirugía mayor y menor, quimioterapia, radioterapia externa, braquiterapia, nutrición, cuidados paliativos, dermatología, servicio de encamamiento, farmacia y trabajo social.

3.1.2. Características de la muestra.

Tabla 6

Características generales

Característica	f (%) n = 45
Género	
Masculino	15 (33.3)
Femenino	23 (51.1)
Perdidos	7 (15.6)
N/A	
Edad	
De 0 a 20 años	2 (4.4)
De 21 a 31 años	14 (31.1)
De 32 a 42 años	7 (15.6)
De 43 a 53 años	7 (15.6)
De 54 a 64 años	5 (11.1)
De 65 a 75 años	1 (2.2)
N/A	9 (20.0)
Estado Civil	
Soltero(a)	21 (46.7)
Casado (a)	15 (33.3)
Separado (a)	1 (2.2)
Viudez	1 (2.2)
N/A	7 (15.6)
Religión	
Si	32 (71.1)
No	6 (13.3)
N/A	7 (15.6)
Tiene hijos	
Si	19 (42.2)
No	17 (37.8)
N/A	9 (20.0)
Número de hijos	
0	16 (35.6)
1	3 (6.7)
2	7 (15.6)
3	5 (11.1)
4	2 (4.4)
N/A	12 (26.7)

Tabla 7*Características laborales y/o académicas*

Característica	f (%)
n = 45	
Formación Académica	
Bachillerato	5 (11.1)
Técnico	8 (17.8)
Licenciatura	13 (28.9)
Maestría	9 (20.0)
Doctorado	2 (4.4)
N/A	8 (17.8)
Profesión que desempeña en la institución	
MD	1 (2.2)
MD con especialidad	8 (17.8)
MD residente	1 (2.2)
Enfermera/o	3 (6.7)
Auxiliar de enfermería	6 (13.3)
Otra	19 (42.2)
N/A	7 (15.6)
Años laborados dentro de la institución	
De 0 a 5 años	22 (48.9)
De 6 a 10 años	2 (4.4)
De 11 a 15 años	3 (6.7)
De 16 a 20 años	7 (15.6)
De 21 a 30 años	4 (8.9)
N/A	7 (15.6)
Toma vacaciones	
Sí	25 (55.6)
No	10 (22.2)
N/A	10 (22.2)
Trabaja cuando está enfermo	
Si	31 (68.9)
No	5 (11.1)
N/A	9 (20.0)

3.2. Presentación y análisis de resultados

Tabla 8

Prevalencia de estrés traumático secundario

		f (%)
		n = 45
Estrés traumático secundario	Ausencia	37 (82.2)
	Presencia	8 (17.8)

(Los resultados fueron sometidos a la prueba de Kolmogorov Smirnof (<0.05) y se calculó el alfa de Cronbach para Intrusión ($\alpha= .604$), Evitación ($\alpha= .809$), Hiperactivación ($\alpha= .795$) con una escala total de ($\alpha= .808$).)

La tabla 8 muestra que la prevalencia del Estrés Traumático Secundario es estadísticamente significativa, habiendo encontrado presencia de ETS en un 17.8% del total de la muestra de 45 casos. Es necesario recalcar que dichos resultados no pueden ser generalizables debido al tamaño total de la muestra; sin embargo, la prevalencia establecida es comparable a estudios como el de Quinal (2009), el cual registra una prevalencia de 16.3%.

Los resultados han sido sometidos a pruebas de normalidad, específicamente a la prueba Kolmogorov Smirnof obteniendo un resultado de 0.082. Los indicadores de relacionados al Estrés Traumático Secundario se han sometido a pruebas de confiabilidad, específicamente a la prueba del alfa de Cronbach demostrando una confiabilidad entre 0.1 a 1 en los resultados.

Tabla 9*Frecuencia de aparición de síntomas*

	Nunca		Rara vez		A veces		Seguido		Muy seguido	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Intrusión										
Pregunta 2	20	44.44%	10	22.22%	9	20.00%	3	6.67%	3	6.67%
Pregunta 3	26	57.78%	8	17.78%	6	13.33%	3	6.67%	2	4.44%
Pregunta 6	23	51.11%	8	17.78%	11	24.44%	3	6.67%	0	0.00%
Pregunta 10	16	35.56%	11	24.44%	6	13.33%	11	24.44%	1	2.22%
Pregunta 13	34	75.56%	10	22.22%	1	2.22%	0	0.00%	0	0.00%
Evitación										
Pregunta 1	21	46.67%	14	31.11%	8	17.78%	1	2.22%	1	2.22%
Pregunta 5	19	42.22%	12	26.67%	9	20.00%	2	4.44%	3	6.67%
Pregunta 7	18	40.00%	17	37.78%	7	15.56%	1	2.22%	2	4.44%
Pregunta 9	19	42.22%	15	33.33%	9	20.00%	2	4.44%	0	0.00%
Pregunta 12	33	73.33%	5	11.11%	7	15.56%	0	0.00%	0	0.00%
Pregunta 14	26	57.78%	10	22.22%	6	13.33%	2	4.44%	1	2.22%
Pregunta 17	22	48.89%	12	26.67%	7	15.56%	4	8.89%	0	0.00%
Hiperactivación										
Pregunta 4	26	57.78%	11	24.44%	5	11.11%	2	4.44%	1	2.22%
Pregunta 8	11	24.44%	19	42.22%	10	22.22%	4	8.89%	1	2.22%
Pregunta 11	17	37.78%	14	31.11%	12	26.67%	1	2.22%	1	2.22%
Pregunta 15	14	31.11%	19	42.22%	9	20.00%	1	2.22%	2	4.44%
Pregunta 16	27	60.00%	13	28.89%	3	6.67%	1	2.22%	1	2.22%

En cuanto a la aparición de síntomas, el orden de las preguntas de la STSS se ha segmentado a partir de los síntomas de Intrusión, Evitación e Hiperactivación. La sintomatología más frecuente registrada en la muestra total de 45 casos es Intrusión, a la que se le asigna un 66.67% del total de la muestra, seguido de Hiperactivación con el 37.78% y por último la Evitación con un 24.44%. Los siguientes resultados son comparables también a diversos estudios como Quinal (2009) y Sojuel, Cifuentes-Guerra, & Paniagua (2017). Por aparte, se evidencia también que dichos resultados contrastan con la dificultad presentada en la recolección de los datos comentado anteriormente.

En relación a la Frecuencia de aparición de Síntomas la pregunta con mayor puntaje para Nunca en Intrusión fue la pregunta 13 con un 75.56%; para Evitación fue la pregunta 12 con un 73.33% y para Hiperactivación fue la pregunta 16 con un 60.00%. Para Rara vez en Intrusión fue la pregunta 10 con un 24.44%; para Evitación fue la pregunta 7 con un 37.78% y para Hiperactivación fue la pregunta 8 y 15, ambas con puntos porcentuales del 42.22%. Para A veces en Intrusión fue la pregunta 6 con un 24.44%; para Evitación fue la pregunta 1 con un 17.78% y para Hiperactivación fue la pregunta 11 con un 26.67%. Para Seguido en Intrusión fue la pregunta 10 con un 24.44%; para Evitación fue la pregunta 17 con un 8.89% y para Hiperactivación fue la pregunta 8 con un 8.89%. Finalmente, para Muy seguido en Intrusión fue la pregunta 2 con un 6.67%; para Evitación fue la pregunta 5 con un 6.67% y para Hiperactivación fue la pregunta 15 con un 4.44% de respuestas positivas.

Por otra parte, las preguntas con puntos porcentuales elevados de forma constante para Intrusión fueron la pregunta 2, la pregunta 3 y la pregunta 6. Las preguntas 10 y 13 no fueron encontradas de manera frecuente dentro de los síntomas presentados. En lo que refiere a la Evitación las preguntas con puntos porcentuales más elevados fueron la pregunta 5, la pregunta 1 y la pregunta 7; las preguntas 9, 12, 14 y 17 aunque con porcentajes relevantes en algunos ítems no fueron encontradas de manera alta y constante dentro de los resultados. Finalmente, para Hiperactividad las preguntas con mayores puntos porcentuales fueron la pregunta 8, la pregunta 11 y la pregunta 4; las preguntas 15 y 16 fueron encontradas en menor medida en la muestra.

Tabla 10*Cruce entre resultados y variable sociodemográfica género*

			Resultado		Total
			Ausencia	Presencia	
Género Masculino	Frecuencia		13	2	15
	%		41.9%	28.6%	39.5%
Femenino	Frecuencia		18	5	23
	% dentro de Resultado		58.1%	71.4%	60.5%

En la tabla 10 se observa que el total de la muestra conformada por el género masculino ascendió al 39.5% (15) mientras que la correspondiente al género femenino fue del 60.5% (23); dentro de esta muestra la presencia de Estrés Traumático Secundario es del 71.4% (5) en el género femenino y de 28.6% (2) en el género masculino. La ausencia por otra parte es del 41.9% (13) para el género masculino y del 58.1% (18) para el género femenino. Los casos computados en la variable sociodemográfica “género” ascienden a 38, reportándose 7 casos perdidos.

Tabla 11*Cruce entre resultados y variable sociodemográfica religión*

			Resultado		Total	
			Ausencia	Presencia		
¿Práctica alguna religión?	Sí	Frecuencia	27	5	32	
		% dentro de ¿Práctica alguna religión?	84.38%	15.63%	100.00%	
		% dentro de Resultado	87.09%	71.40%	84.21%	
	No	% del total	71.05%	13.15%	84.20%	
		Frecuencia	4	2	6	
		% dentro de ¿Práctica alguna religión?	66.67%	33.33%	100.00%	
Total	% dentro de Resultado	12.90%	28.57%	15.78%		
	% del total	10.52%	5.26%	15.78%		
	Frecuencia	31	7	38		
	% dentro de ¿Práctica alguna religión?	81.57%	18.42%	100.00%		
			% dentro de Resultado	100.00%	100.00%	100.00%
			% del total	81.60%	18.40%	100.00%

Los datos de la tabla 11 presentan el cruce de variables entre la prevalencia de estrés traumático secundario y la variable sociodemográfica religión. Los datos demuestran que de los profesionales que si practican una religión 5 (13.15%) registran presencia de estrés traumático secundario. Por aparte, de los profesionales que indicaron que no practican una religión únicamente 7 (5.26%) registran presencia de estrés traumático secundario. La totalidad de los datos validos computados con la variable religión asciende a la cantidad de 38 para dejar un total de 7 datos perdidos.

Tabla 12

Cruce entre resultados y variable sociodemográfica formación académica

Nivel de formación	Bachillerato	Frecuencia	Resultado		
			Ausencia	Presencia	Total
		5	0	5	
		% dentro de Nivel de formación	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	16.7%	0.0%	13.5%
		% del total	13.5%	0.0%	13.5%
	Técnico	Frecuencia	8	0	8
		% dentro de Nivel de formación	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	26.7%	0.0%	21.6%
		% del total	21.6%	0.0%	21.6%
	Licenciatura	Frecuencia	9	4	13
		% dentro de Nivel de formación	69.2%	30.8%	100.0%
		% dentro de Resultado	30.0%	57.1%	35.1%
		% del total	24.3%	10.8%	35.1%
	Maestría	Frecuencia	6	3	9
		% dentro de Nivel de formación	66.7%	33.3%	100.0%
		% dentro de Resultado	20.0%	42.9%	24.3%
		% del total	16.2%	8.1%	24.3%
	Doctorado	Frecuencia	2	0	2
		% dentro de Nivel de formación	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	6.7%	0.0%	5.4%
		% del total	5.4%	0.0%	5.4%
Total		Frecuencia	30	7	37
		% dentro de Nivel de formación	81.1%	18.9%	100.0%
		% dentro de Resultado	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	81.1%	18.9%	100.0%

En la tabla 12 se evidencia que la prevalencia de Estrés Traumático Secundario en los profesionales con los que se realizó el estudio se distribuye entre las formaciones académicas de: Licenciatura con 4 que representa el 57.1% de casos con presencia de ETS y el 30.8% del total de la muestra y Maestría con 3 que representa el 42.9% de casos con presencia de ETS y el 33.3% del total de la muestra. En las otras variables relacionadas a la formación académica no se reporta algún diagnóstico de Estrés Traumático Secundario. Entre estas se encuentran Bachillerato (5), Técnico (8) y Doctorado (2). Es necesario aclarar que el total de casos registrados asciende a 37, existiendo 8 casos reportados como perdidos.

Tabla 13

Cruce entre resultados y variable sociodemográfica estado civil

			Resultado		
			Ausencia	Presencia	Total
Estado Civil	Soltero(a)	Frecuencia	17	4	21
		% dentro de Estado Civil	81.0%	19.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	54.8%	57.1%	55.3%
		% del total	44.7%	10.5%	55.3%
	Casado (a)	Frecuencia	12	3	15
		% dentro de Estado Civil	80.0%	20.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	38.7%	42.9%	39.5%
		% del total	31.6%	7.9%	39.5%
	Separado (a)	Frecuencia	1	0	1
		% dentro de Estado Civil	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	3.2%	0.0%	2.6%
		% del total	2.6%	0.0%	2.6%
Viudez	Frecuencia	1	0	1	
	% dentro de Estado Civil	100.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de Resultado	3.2%	0.0%	2.6%	
	% del total	2.6%	0.0%	2.6%	
Total	Frecuencia	31	7	38	
	% dentro de Estado Civil	81.6%	18.4%	100.0%	
	% dentro de Resultado	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	81.6%	18.4%	100.0%	

En la tabla 13 se evidencia que la prevalencia del Estrés Traumático Secundario con relación al Estado Civil de los profesionales que participaron en el estudio. Los datos que mostraron un mayor porcentaje de aparición de ETS fueron los: Soltero(a) con el 57.1% y Casado(a) con el 42.9% del total de los casos registrados. Dentro de las otras variables relacionadas al Estado Civil, Separado(a) con 0% y Viudez con 0% no se registra presencia de Estrés Traumático Secundario. Es necesario anotar que se computan 38 casos dentro de la variable “Estado Civil”, registrando 7 casos perdidos. Al ser el “Soltero(a)” la variable sociodemográfica con una prevalencia más acusada de Estrés Traumático secundario es posible interpretar que dicho estado civil es un factor de riesgo dentro de los profesionales participantes del estudio. La ausencia de vínculos familiares y/o afectivos se correlaciona con la incapacidad de poder encontrar espacios de expresión oportuna o mecanismos de afrontamiento adecuados.

Tabla 14

Cruce entre resultados y variable sociodemográfica edad

Edad		Resultado		
		Ausencia	Presencia	Total
De 0 a 20 años	Frecuencia	2	0	2
	% dentro de Edad	100.0%	0.0%	100.0%
	% dentro de Resultado	6.7%	0.0%	5.6%
	% del total	5.6%	0.0%	5.6%
De 21 a 31 años	Frecuencia	12	2	14
	% dentro de Edad	85.7%	14.3%	100.0%
	% dentro de Resultado	40.0%	33.3%	38.9%
	% del total	33.3%	5.6%	38.9%
De 32 a 42 años	Frecuencia	5	2	7
	% dentro de Edad	71.4%	28.6%	100.0%
	% dentro de Resultado	16.7%	33.3%	19.4%
	% del total	13.9%	5.6%	19.4%
De 43 a 53 años	Frecuencia	5	2	7
	% dentro de Edad	71.4%	28.6%	100.0%
	% dentro de Resultado	16.7%	33.3%	19.4%
	% del total	13.9%	5.6%	19.4%

De 54 a 64 años	Frecuencia	5	0	5
	% dentro de Edad	100.0%	0.0%	100.0%
	% dentro de Resultado	16.7%	0.0%	13.9%
	% del total	13.9%	0.0%	13.9%
De 65 a 75 años	Frecuencia	1	0	1
	% dentro de Edad	100.0%	0.0%	100.0%
	% dentro de Resultado	3.3%	0.0%	2.8%
	% del total	2.8%	0.0%	2.8%
Total	Frecuencia	30	6	36
	% dentro de Edad	83.3%	16.7%	100.0%
	% dentro de Resultado	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	83.3%	16.7%	100.0%

En la tabla 14 se presenta el cruce entre la presencia de Estrés Traumático Secundario y la edad de los profesionales que participaron en el estudio. Los datos evidencian que de los 36 datos computados el 16.7% tiene presencia de Estrés Traumático Secundario. Los rangos de edades en donde se agrupa dicha presencia son 21-31 (5.6%), 32-43 (5.6%) y 43-53 (5.6%) años. No se encontró presencia de Estrés Traumático Secundario en los grupos de 0 a 20 años, de 54 a 64 años y 65 a 75 años los cuales representaban una parte relativamente pequeña dentro de la muestra.

La mayoría de participantes se encuentran en el rango de 21 a 31 años con 12 (38.9%), seguido del grupo de 32 a 42 años y 43 a 53 años, ambos con 7 (19.4%). El tercer grupo más grande es el de 54 a 64 años con 5 (13.9%), le sigue el grupo de 0 a 20 años de edad con 2 (5.6%). Luego se encuentra el grupo de 0 a 20 años con 2 (5.6%). Por último, se encuentra el grupo de 65 a 75 años de edad con 1 (2.8%). Este grupo fue significativamente menor debido a que la mayoría de personas que trabaja en el ambiente hospitalario suele retirarse luego de los 60, de la misma forma no es común encontrar personas menores de 20 años trabajando dentro del ambiente hospitalario. Es necesario destacar que, de los 45 casos computados inicialmente, únicamente 36 presentan la variable “edad” completa, dejando un total de 9 casos perdidos.

Tabla 15*Cruce entre resultados y variable sociodemográfica años laborales dentro de la institución*

			Resultado		
			Ausencia	Presencia	Total
Años que lleva	De 0 a 5	Frecuencia	17	5	22
trabajando	años	% dentro de Años que lleva trabajando dentro	77.3%	22.7%	100.0%
dentro de la		de la institución			
institución		% dentro de Resultado	54.8%	71.4%	57.9%
		% del total	44.7%	13.2%	57.9%
	De 6 a 10	Frecuencia	2	0	2
	años	% dentro de Años que lleva trabajando dentro	100.0%	0.0%	100.0%
		de la institución			
		% dentro de Resultado	6.5%	0.0%	5.3%
		% del total	5.3%	0.0%	5.3%
	De 11 a 15	Frecuencia	3	0	3
	años	% dentro de Años que lleva trabajando dentro	100.0%	0.0%	100.0%
		de la institución			
		% dentro de Resultado	9.7%	0.0%	7.9%
		% del total	7.9%	0.0%	7.9%
	De 16 a 20	Frecuencia	5	2	7
	años	% dentro de Años que lleva trabajando dentro	71.4%	28.6%	100.0%
		de la institución			
		% dentro de Resultado	16.1%	28.6%	18.4%
		% del total	13.2%	5.3%	18.4%
	De 21 a 30	Frecuencia	4	0	4
	años	% dentro de Años que lleva trabajando dentro	100.0%	0.0%	100.0%
		de la institución			
		% dentro de Resultado	12.9%	0.0%	10.5%
		% del total	10.5%	0.0%	10.5%
Total		Frecuencia	31	7	38
		% dentro de Años que lleva trabajando dentro	81.6%	18.4%	100.0%
		de la institución			
		% dentro de Resultado	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	81.6%	18.4%	100.0%

Los datos de la tabla 15 muestran el cruce de entre la presencia o ausencia de Estrés Traumático Secundario y la variable sociodemográfica “Años laborales dentro de la institución”. Del total de los 45 casos computados, se registran 38 casos con la variable completa haciendo un total de 7 casos perdidos. Los datos muestran que la presencia de Estrés Traumático Secundario se agrupa en el primer rango de años laborales 0-5 con un total de 5 casos que ascienden al 22.7% del total de la muestra y representan el 71.4% del total de los casos con presencia de Estrés Traumático Secundario. Estos Los otros 2 casos restantes marcados con “presencia” se agrupan en el rango de edades del 16-20 años.

Tabla 16

Cruce entre resultados y variable sociodemográfica “vacaciones”

			Resultado		
			Ausencia	Presencia	Total
¿Se va de vacaciones?	Sí	Frecuencia	20	5	25
		% dentro de ¿Se va de vacaciones?	80.0%	20.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	69.0%	83.3%	71.4%
		% del total	57.1%	14.3%	71.4%
	No	Frecuencia	9	1	10
		% dentro de ¿Se va de vacaciones?	90.0%	10.0%	100.0%
		% dentro de Resultado	31.0%	16.7%	28.6%
		% del total	25.7%	2.9%	28.6%
Total	Frecuencia	29	6	35	
	% dentro de ¿Se va de vacaciones?	82.9%	17.1%	100.0%	
	% dentro de Resultado	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	82.9%	17.1%	100.0%	

Los datos de la tabla 16 muestran que del total de 35 casos computados dentro de la variable sociodemográfica “vacaciones” existen 6 casos con presencia de Estrés Traumático Secundario siendo un 17.1% de la muestra. De las personas que marcaron afirmativamente que toman vacaciones 20 no presentan Estrés traumático secundario, estos representan el 20% de las personas que toman vacaciones y el 57.1% del total de resultados.

De las personas que marcaron afirmativamente que toman vacaciones 5 si presentan ETS, estos corresponden al 20% de los profesionales que toman vacaciones y al 14.3% del total. Dentro de las personas que no toman vacaciones 9 no presentaron ETS lo que corresponde al 90% de personas que no toman vacaciones y al 25.7% del total de la muestra, por último, dentro de este grupo 1 persona resulto con presencia de ETS lo que representa el 10% de las personas que no toman vacaciones y el 2.9% del total de la muestra. Es necesario hacer notar que, de los 45 casos computados originalmente, únicamente 35 registran esta variable completa, haciendo un total de 10 casos perdidos.

3.2.1. Comparación de resultados con otros estudios

Se realizó un contraste con los resultados de otro estudio realizado con personal de oncología para distinguir si existe diferencia entre los resultados de los criterios de evaluación y la prevalencia. En la tabla 17 se observa la frecuencia de aparición de criterios diagnósticos del presente estudio y de la investigación realizada por Quinal (2009). Ambos grupos mostraron una alta aparición del criterio de Intrusión e Hiperactivación y una baja aparición del criterio de Evitación. La prevalencia total se encuentra en un rango normal.

Tabla 17

Frecuencia de aparición de criterios diagnósticos en 2 muestras

Criterio	N=45	N=43
Ninguno	28.9	16.3
Intrusión	66.7	60.5
Evitación	24.4	23.3
Hiperactivación	37.8	46.5
Intrusión + Evitación	22.2	18.6
Intrusión + Hiperactivación	33.3	44.2
Evitación + Hiperactivación	20.0	18.6
Intrusión + Evitación + Hiperactivación	17.8	16.3

Nota: Los datos de la muestra de la segunda columna fueron extraídos de Quinal et al., 2009

3.3. Análisis general

Con el objetivo de conocer la prevalencia del estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con pacientes oncológicos se utilizó una muestra conformada por médicos, psicólogos y trabajadoras sociales de una institución dedicada al tratamiento de pacientes oncológicos.

Los resultados de la STSS devuelven una prevalencia de Estrés Traumático Secundario del 17.8% lo cual se encuentra en el rango de significación estándar y es comparable con investigaciones anteriores realizadas con poblaciones similares como Quinal (2009) con un 16% y Sojuel (2017) con un 15% de la prevalencia puntual. Estos resultados fueron obtenidos con poblaciones conformadas por enfermeras del área de oncología en el caso de Quinal y trabajadores del sector justicia en el caso de Sojuel (2017), debido a la gran cantidad de denuncias de eventos traumáticos que manejan los trabajadores.

Otros estudios mencionan a las enfermeras como la población más vulnerable debido a su responsabilidad y acercamiento al paciente y marcan la empatía como uno de los principales factores de riesgo para el apareamiento de ETS.

Por otra parte, dentro de los resultados de la STSS, las preguntas con aquellas puntuaciones más elevadas para el síntoma de Intrusión fueron "Mi corazón empezó a latir rápidamente cuando pensé en las personas o casos que atiendo", "Pareciera que estuviera reviviendo las situaciones traumáticas que experimentaron las personas en los casos que atiendo" y "Me molesté por recordatorios sobre mi trabajo con personas o casos que atiendo".

La relación entre las preguntas y la sintomatología del Estrés Traumático Secundario indica que los profesionales entrevistados para la presente investigación se mantienen pensando y analizando constantemente las particularidades de los casos asignados, estos pensamientos también generan en los profesionales entrevistados recordatorios constantes sobre los procesos que los pacientes atraviesan dentro de las instalaciones de la institución, por último, es necesario tomar en consideración que estos pensamientos generan molestias entre los entrevistados.

Dentro del proceso de calificación de la prueba STSS, las preguntas “Pensé en mi trabajo con personas o casos que atiendo cuando no tenía la intención de hacerlo” y “Tuve sueños perturbadores o preocupantes acerca de mi trabajo con personas o casos que atiendo” no presentaron indicadores relevantes para la aparición del síntoma Intrusión.

En lo que refiere al síntoma de Evitación las preguntas con las puntuaciones porcentuales más elevadas fueron “Me sentí desanimado sobre el futuro”, “Me sentí emocionalmente entumecido” y “Tuve poco interés de estar cerca de otras personas”.

Los ítems “Estuve menos activo de lo usual” , “Evité personas, lugares o cosas que me recordaban mi trabajo con personas o casos que atiendo”, “Quise evitar trabajar con algunas personas o casos que atiendo” y “Noté vacíos en mi memoria de información sobre mi trabajo con personas o casos que atiendo” aunque con porcentajes relevantes en algunos ítems, estas no fueron encontradas de manera alta y constante dentro de todos los resultados.

Tomando en consideración los resultados encontrados en la sintomatología anterior, es necesario recalcar que los títulos de las preguntas se relacionan con mecanismos de evitación que los profesionales emplean para hacer frente a los estresores que propician la sintomatología del Estrés Traumático Secundario cuando estos se vuelven abrumadores.

Finalmente, para el síntoma de Hiperactividad las preguntas con mayores puntuaciones porcentuales fueron: “Estuve nervioso”, “Tuve problemas para concentrarme” y “Tuve problemas para dormir”; los ítems “Me molesté o irrité con facilidad” y “Esperaba que algo malo pasaría” fueron encontradas en menor medida dentro de los resultados con presencia de Estrés Traumático Secundario en la muestra.

Entre las variables sociodemográficas que fueron contempladas para este estudio y que fueron porcentualmente significativas podemos encontrar: genero, religión, formación académica, estado civil, edad, frecuencia de toma de vacaciones y cantidad de años laborados dentro de la institución.

En relación a la variable “Cantidad de años laborados dentro de la institución”, las estadísticas reflejaron que las personas que llevaban menos de cinco años laborando en la

institución eran más propensas a presentar ETS, demostrando que los primeros años de exposición al trabajo con pacientes oncológicos es crítico para la aparición de ETS. Estos profesionales que acaban de iniciar a laboral en el ambiente hospitalario no suelen contar aún con la experiencia necesaria para manejar adecuadamente la carga de estrés y la contratransferencia de los casos que atienden.

Dichas personas cuentan con pocas herramientas y estrategias de autocuidado, lo cual genera en ellos la sintomatología antes descrita por lo que es importante que los profesionales que comienzan a trabajar con este tipo de pacientes lleven un acompañamiento psicosocial para minimizar los efectos y el riesgo de aparición de Estrés Traumático Secundario.

Otra de las variables que arrojó resultados relevantes fue el género de los participantes, con lo que se logró identificar una mayor frecuencia de aparición de ETS en mujeres que en hombres, la muestra del estudio se encuentra conformada por 23 mujeres (51.1%), 15 hombres (33.3%) y 7 (15.6%) personas que no indicaron su género para un total de 45 casos computados. Dentro de esto 5 (71.4%) mujeres y 2 (28.6%) hombres mostraron presencia de ETS dentro del resultado.

Esto puede estar relacionado con la tendencia de las mujeres a mostrar más empatía no solo en el ámbito personal sino en el ámbito laboral (Kourmoussi et al., 2017), así como una mayor cantidad de responsabilidades dentro del hogar lo que aumenta la cantidad de estrés manejado diariamente.

En relación a la edad, se encontró presencia de Estrés Traumático Secundario en tres grupos etarios: de 21 a 31 años de edad, de 32 a 42 años de edad y de 43 a 53 años de edad. La presencia dentro de estos grupos fue homogénea, encontrándose 2 casos en cada grupo, que representa el 33.3% dentro del resultado de la muestra. Lo anterior nos permite establecer que las personas que se encuentran dentro de los sectores económicamente activos tienen una mayor predisposición a presentar sintomatología relacionada al Estrés Traumático Secundario.

Los grupos etarios donde no se encontró presencia de Estrés Traumático Secundario representaban una parte relativamente pequeña dentro del total de la muestra 2(5.6%) de 0 a 20 años, 5 (13.9%) de 54 a 64 años y 1 (2.8%) de 65 a 75 años, esto debido a la cantidad de experiencia en años que suele pedirse para trabajar dentro de una institución hospitalaria y debido al rango de edad en que los empleados comienzan a jubilarse dentro de la institución.

Dentro de los datos de las personas que participaron en el estudio, es posible identificar también que dicha sintomatología no presenta una clara predisposición por un grupo etario en particular. Una muestra más grande y una fragmentación más específica de los datos en relación a las edades podría ser necesaria para establecer de mejor manera el rango de edades más propensa a desarrollar Estrés Traumático Secundario.

Los datos mostraron un mayor porcentaje de aparición de ETS para personal Soltero(a) con el 57.1% y Casado(a) con el 42.9% del total de los casos registrados. Dentro de las otras variables relacionadas al Estado Civil, Separado(a) con 0% y Viudez con 0% no se registra presencia de Estrés Traumático Secundario. Al ser el “Soltero(a)” la variable sociodemográfica con una prevalencia más acusada de Estrés Traumático secundario es posible interpretar que dicho estado civil es un factor de riesgo dentro de los profesionales participantes del estudio.

La ausencia de vínculos familiares y/o afectivos se correlaciona con la incapacidad de poder encontrar espacios de expresión oportuna o mecanismos de afrontamiento adecuados. De forma similar, se presentó una mayor aparición de ETS en personal con hijos. Tomando en cuenta los datos arrojados para la variable de estado civil “Casado” y “Con hijos” podemos inferir que el nivel de estrés laboral combinado con una mayor carga de responsabilidades en la vida personal de los profesionales incrementa la posibilidad de aparición de ETS.

Por otra parte, al comparar los datos con la formación académica de los profesionales se encontró que aquellos que poseían una Licenciatura y/o una Maestría eran porcentualmente más propensos a presentar presencia de Estrés Traumático Secundario, esto es posible que esté relacionado con el puesto de trabajo que ocupa como consecuencia

de la elevada formación académica, el estrés de la vida diaria, el tiempo que lleva laborando en la empresa, etc., por lo que es necesario realizar un estudio más profundo para encontrar qué combinación de variables hacen más vulnerables a los profesionales.

Es importante mencionar que las otras variables de formación académica no reportaron presencia de ETS, estas variables son Bachillerato, Técnico y Doctorado; esto podría deberse a que las personas con puestos que requieren de esta formación académica suelen tener un menor contacto con pacientes y familiares.

Los datos muestran que la presencia de Estrés Traumático Secundario se agrupa en el primer rango de años laborales 0-5 con un total de 5 casos que ascienden al 22.7% del total de la muestra y representan el 71.4% del total de los casos con presencia de Estrés Traumático Secundario lo que podría indicar que dichos profesionales debido a su corta experiencia en este campo laboral poseen una menor cantidad de herramientas y recursos para el desarrollo de estrategias de autocuidado.

Los otros 2 casos restantes marcados con “presencia” se agrupan en el rango de edades del 16-20 años lo que podría indicar que debido al desgaste físico y emocional que representa el laboral en una institución hospitalaria con pacientes oncológicos por un tiempo tan prolongado al llegar a más de 15 años laborales ya no se cuentan con los recursos necesarios para soportar la carga laboral y se es más propenso a desarrollar Estrés Traumático Secundario. Aun así, es necesario indagar más en los factores que pudieron haber potenciado la aparición de ETS en este grupo debido a que existe dentro de la muestra un grupo con un rango de años laborados mayor, 21-30 años, donde ninguno de sus integrantes presentó ETS.

En relación a la variable de “¿Se va de vacaciones?” más del 50% de la muestra si toma vacaciones lo que puede indicar que los profesionales que toman vacaciones presentan sintomatología relacionada al Estrés Traumático Secundario debido a que el estrés de estar en constante contacto con pacientes ha llegado a sobrepasar los recursos psicológicos de la persona lo que le obliga a salir de la rutina y tomar un tiempo para reponer energía a través de las vacaciones.

Es necesario realizar un análisis posterior más profundo para conocer como el tomar vacaciones junto con otras variables pueden llegar a propiciar la aparición de Estrés Traumático Secundario.

En cuanto los aspectos sociodemográficos tomados en cuenta para la elaboración de la investigación que no presentaron resultados porcentualmente significativos se tomaron en cuenta: cantidad de turnos rotativos, con qué frecuencia se toman vacaciones, número de hijos, asistencia al trabajo mientras se encuentra enfermo, puesto que desempeña en la institución y formación académica. Al momento de realizar el cruce de las variables, estos datos no muestran alguna relación significativa con la prevalencia del Estrés Traumático Secundario.

La falta de inclinación hacia una profesión u otra en los resultados de presencia de estrés traumático secundario muestran que la formación académica y el puesto que se desempeña dentro de la institución no es un factor que influya significativamente en la aparición de Estrés Traumático Secundario debido a que los profesionales que no tienen contacto diario con pacientes en estado crítico o en etapas avanzadas de cáncer también son propensos a presentar presencia de Estrés Traumático Secundario. Esto debido a que dichas personas entran en contacto con expedientes, fichas de registro y demás documentación relacionada a los pacientes, adicional estas personas se encuentran en puestos de servicio y atención al cliente, en donde se convierten en las personas personas que reciben a los pacientes y sus familias. Por aparte, dichas personas también conviven con aquellos profesionales que atienden directamente a los pacientes lo que los vuelve propensos a presentar ETS.

La variable “¿Con qué frecuencia toma vacaciones?” tampoco presentó un impacto significativo porque, aunque los periodos de vacaciones sirven para poder recargar energías y liberar estrés, esto no impacta en la forma en la que se manejan las situaciones estresantes dentro del ambiente laboral de forma prolongada y/o significativa. Además, se encontró que no todos los profesionales laborando dentro de la institución toman vacaciones prolongadas debido a su modalidad de trabajo por lo que esta no es una variable a tomar en consideración en esos casos.

De la misma forma, la modalidad de trabajo o cantidad de turnos rotativos dentro del ambiente hospitalario tampoco se presenta como una variable altamente significativa debido a que independientemente a en qué área se encuentran o los tiempos en que se labore, media vez se tenga contacto indirecto con la situación traumática es posible llegar a presentar Estrés Traumático Secundario.

El asistir al trabajo mientras se está enfermo no se manifestó dentro de la muestra como una actividad lo suficientemente recurrente para afectar de manera directa o prolongada el efecto de la exposición indirecta al trauma. Dentro del ambiente personal, aunque el tener hijos es un factor relevante para la aparición de Estrés Traumático Secundario, principalmente en mujeres, la cantidad de hijos que se tengan no parece ser relevante para la aparición de ETS, aunque el hecho de tener una mayor cantidad de hijos puede aumentar la carga de estrés de la persona, esto no modifica de forma significativa los recursos que se utilizan para elaborar el trauma.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

- Los indicadores asociados al estrés traumático secundario encontrados con más frecuencia dentro de la población fueron: pensamientos intrusivos acerca de los casos atendidos, mal humor, problemas de concentración, nerviosismo e irritabilidad, entumecimiento emocional desánimo hacia el futuro y una disminución en el porcentaje de actividades diarias.
- El porcentaje de aparición de estrés traumático secundario fue de 17.78% por lo que si existe una presencia significativa de ETS.
- La sintomatología más frecuentemente registrada fue la Intrusión a la que se le asigna un 66.67% del total de la muestra, seguido de Hiperactivación con el 37.78% y por último la Evitación con un 24.44%. Esto concuerda con lo encontrado en investigaciones previas realizadas en otros países con poblaciones similares.
- Los estresores más significativos asociados a la aparición de estrés traumático identificados a través de las realizadas fueron la formación académica, el estado civil, la religión, los años laborales dentro de la institución, la ausencia o presencia de hijos y las vacaciones tomadas durante el año.
- Se identifico que si existe diferencia en la prevalencia de estrés traumático secundario entre las variables socio-demográficas. Dentro de la población se encuentran más propensos a tener estrés traumático secundario aquellos que llevan laborando menos de 5 años en la institución, son solteros, practican alguna religión y/o poseen un nivel de formación académica alto.
- Debido a que la el estrés traumático secundario se encontró en un alto porcentaje de la población es necesario informar a la misma de los efectos y riesgos que el ETS puede tener en su vida laboral y personal.

4.2. Recomendaciones

- Futuros estudios con intenciones de acompañamiento psicosocial son necesarios para minimizar los efectos y el riesgo de aparición de estrés traumático secundario en el sector salud tomando en cuenta los indicadores asociados al ETS.
- En futuros estudios utilizar una muestra más numerosa para poder generalizar los resultados y poder realizar un análisis más profundo de los datos registrados para Intrusión, Hiperactividad y Evitación.
- Se recomienda el estudio del estrés traumático secundario en otros profesionales no dedicados directamente a la ayuda de pacientes hospitalizados para definir si existe alguna variable en la sintomatología registrada. Una posible línea de investigación podría ser el estudio del desarrollo de estrés traumático secundario en jueces, abogados, trabajadores sociales y psicólogos en el ámbito jurídico y profesores, supervisores y auxiliares en el ámbito educativo.
- Profundizar en la relación entre el apareamiento de ETS y las variables sociodemográficas que mostraron mayor relevancia.
- Replicar este estudio con una muestra mayor considerando nuevas variables sociodemográficas de manera que se pueda profundizar en los factores que influyen a la aparición de estrés traumático secundario.
- Creación de un modelo y/o programas que se enfoquen en socializar los efectos y riesgos de la aparición de ETS.

Capítulo V

5. Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR*.
- Arriaza, M. (2006). Guía Práctica de análisis de datos. In *Guía práctica de análisis de datos*.
- Association, A. P. (2013). DSM 5. In *American Journal of Psychiatry*.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis*. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188.
- Banco de Guatemala. (2014). *Guatemala en Cifras*. 72.
- Banco de Guatemala. (2017a). *Guatemala: Ingreso de Divisas por Remesas Familiares Años: 2010 - 2017*.
- Banco de Guatemala. (2017b). *Indicadores de corto plazo de las principales variables de los sectores monetario y externo*.
- Banco Mundial. (2017). *Guatemala Panorama general*.
- Bride, B. E. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale.
- Bride, Brian E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52(1), 63–70.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(2), 20–34.
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Revista Epidemiología y Medicina Preventiva*, 1(1), 3–7.
- Cazabat, E. H. (2002). Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma Para Iberoamérica*, 1(1), 38–41.
- Congreso de la República. *Código de Salud Decreto 90-97*. , Pub. L. No. 90–97, 7 (1997).
- Corte de Constitucionalidad. (2010). *Constitución Política de la República de Guatemala*. (18), 76.
- Cottom, H. L. (2004). *Análisis Crítico Del Sistema Nacional De Salud En Guatemala*.
- Cuixart, C. N. (1991). NTP275: Carga mental en el trabajo hospitalario : Guía para su valoración. *Notas Técnicas de Prevención - NTP*, 8, 6.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración Cognitiva: Un Caso De Estrés Postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14(2–3), 265–288.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta*

- Sanitaria*, 22(4), 300–308.
- Felipe, Ó. (2016a, January 17). Dolor y muerte por crisis en salud, autoridades reconocen carencia. *Prensa Libre*, p. 1.
- Felipe, Ó. (2016b, April 27). Guatemaltecos aún sufren por crisis en el sistema de salud. *Prensa Libre*, p. 1.
- Figley, C. R. (1995). *Compassión fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*.
- Figley, C. R. (2002). Origins of Traumatology and Prospects for the Future, Part I. *Journal of Trauma Practice*, 1(1), 17–32.
- Figley, C. R., & D, P. (2008). Compassion Fatigue : An Introduction. *Network*, 1–12. h
- Fraga, M. P. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica : un estudio de prevalencia Stress and related factors in psychiatric hospitalization personal health : a study of prevalence. *Enfermería Global*, 31, 125–150.
- Gamarro, U. (2017, February 16). Reciben remesas 6.2 millones de guatemaltecos. *Prensa Libre*, p. 1.
- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C., & Vega-Franco, L. (2013). Como seleccionar una prueba estadística (Primera de dos partes). *Revista Mexicana*, 80(1), 30–34.
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI 2014: Principales Resultados*. Guatemala.
- Kourmoussi, N., Amanaki, E., Tzavara, C., Merakou, K., Barbouni, A., & Koutras, V. (2017). The Toronto Empathy Questionnaire: Reliability and validity in a Nationwide sample of Greek teachers. *Social Sciences*, 6(2).
- Lama, S. de. (2008). *El Entorno Hospitalario*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y Proceso Cognitivos. In *Roca*.
- López, G. (2016, August 12). ¿Tienen solución la crisis del sistema de Salud? *Prensa Libre*, p. 1.
- Maldonado, J. (2017). La esperanza de vida en Guatemala es de 72 años. *Publinews*, p. 1.
- Manual de Definiciones de la Estadística Hospitalaria*. (n.d.). Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Más, R., Escribà, V., & Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Arch Prev Riesgos Labor*, 2(4), 159–167.
- Mingote, J. C. (2011). Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 121–134.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), & Secretaría de Planificación Y Programación de la Presidencia (Segeplán). (2015). *VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2014-2015 Informe de Indicadores Básicos*.
- Morales, P. V. (2012). Tamaño necesario de la muestra : ¿ Cuántos sujetos necesitamos ? *Estadística Aplicada a Las Ciencias Sociales*, 20.
- Moreno-Jiménez, B., Benadero, M., Eugenia, M., Novoa, L., Carvajal, R., Hernández, G., & Moreno-jiménez, B. (2004). Secondary traumatic stress . Assessment , treatment , prevention. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69–76.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, Vol. 12, pp. 215–231. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). ¿Quiénes son los trabajadores sanitarios? *Informe Sobre La Salud En El Mundo*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-. (2016). *Más allá del Conflicto, Lucha por el Bienestar: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016*.
- Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff. *Cancer Nursing*, 32(4), E1–E7.
- Sánchez, G., & Gramajo, J. (2016, August 8). Salud necesita Q400 millones para salarios y abastecimiento. *Prensa Libre*, p. 1.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworth-Heinemann.
- Sojuel, D. E., Cifuentes-Guerra, L., & Paniagua, W. O. (2017). Prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático y su relación con indicadores altos de burnout en personas del sector justicia de Guatemala. *Ciencia Tecnología y Salud*, 4(1), 39–48.
- Stamm, B. (2010). *The concise ProQOL Manual* (2nd ed.).
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20.
- USAID. (2015). *Guatemala: Análisis del sistema de salud 2015*.

6. Apéndices

6.1 Apéndice A. Escala de Estrés Traumático Secundario.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Unidad de Investigación Profesional
Encuesta

Este es un instrumento en donde se abordan varios temas relacionados a aspectos de su trabajo para establecer el estado actual de la salud mental del personal de su institución, basados en el diagnóstico de diversos aspectos que suceden en su trabajo.

Todo con el objetivo de mejorar las condiciones laborales. Toda la información recolectada es anónima y será usada para conocer con exactitud, y de acuerdo a sus respuestas, los aspectos donde se debe intervenir. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor, complete toda la encuesta que consiste en dos partes.

Muchas gracias por participar.

PARTE I

Instrucciones:

A continuación, se le presentan una serie de preguntas correspondientes a la relación que mantiene para con su trabajo. Se le pide responder en las casillas correspondientes con una "X".

Ejemplo:

¿Con qué frecuencia me pasó lo siguiente en los últimos 30 días?

Pregunta:	Nunca	Rara vez	Seguido	Muy seguido
Fui a comer pizza				

Fecha de aplicación

Código

¿Con qué frecuencia me pasó lo siguiente en los últimos siete días?

Pregunta:	Nunca	Rara vez	Seguido	Muy seguido
Me sentí emocionalmente entumecido (por ejemplo, vivía el momento y aunque estaba presente no podía reconocer ni explicar lo que sentía.				
Mi corazón comenzó a latir rápidamente cuando pensé en las personas que atiendo.				
Pareciera que estuviera reviviendo situaciones traumáticas que experimentaron las personas en los casos que atiendo.				
Tuve problemas para dormir.				
Me sentí desanimado sobre el futuro.				
Me molesté por recordatorios sobre mi trabajo con personas o cosas que atiendo.				
Tuve poco interés de estar cerca de otras personas.				
Estuve nervioso.				
Estuve menos activo de lo usual.				
Pensé en mi trabajo con personas o cosas cuando no tenía la intención de hacerlo.				
Tuve problemas para concentrarme.				
Evité personas, lugares o cosas que me recordaban mi trabajo con personas o casos que atiendo.				
Tuve sueños perturbadores o preocupantes acerca de mi trabajo con personas o casos que atiendo.				
Quise evitar trabajar con algunas personas o casos que atiendo.				
Me molesté o irrité con facilidad.				
Esperaba que algo malo pasaría.				
Note vacíos en mi memoria de información sobre mi trabajo con personas o casos que atiendo.				

6.2 Apéndice B. Cuestionario sociodemográfico.

PARTE II

Esta parte del estudio explora un poco más sobre usted.

Instrucciones

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y respóndalas en la hoja de respuestas. Tome en cuenta que hay algunas preguntas que le indican irse a otra pregunta específica.

Ejemplo:

0. ¿Va de compras al supermercado? (En caso afirmativo, ir a la pregunta 512. Si su respuesta es no, ir a la pregunta 515)

1. ¿Cuántas horas trabaja al día?

2. ¿Hay días en los que trabaja horas extra? (En caso afirmativo, ir a la pregunta 3 y 4. En caso que no, ir a la pregunta 140)

3. ¿Cuántas horas extra trabaja esos días?

4. ¿Con qué frecuencia trabaja horas extra a la semana?

5. Dentro de las opciones identifique la profesión que desempeña dentro del Hospital, de no aplicar a ninguna rellena en la opción otros

6. Marque o complete, ¿Qué área o unidad pertenece?

7. ¿Cuántos años lleva trabajando dentro de la institución?

8. ¿En cuántos puestos diferentes ha trabajado dentro de la institución?

9. ¿A cuántas personas atiende en promedio cada día?

10. ¿Cuántos casos pasan por sus manos en promedio cada día?

11. ¿Con qué frecuencia se enferma?

12. ¿Va a trabajar enfermo/a? (En caso afirmativo, ir a la pregunta 13. En caso que no, ir a la pregunta 14)

13. ¿Con qué frecuencia va a trabajar enfermo/a?

14. ¿Cada cuántos días realiza turnos? (Si no realiza turnos, ir a la pregunta 15)

15. ¿Qué hace durante los fines de semana?

16. ¿Qué le gustaría hacer durante los fines de semana?

17. ¿Se va de vacaciones? (No cuentan los días en los que está enfermo y no va a trabajar) (En caso afirmativo, responder las preguntas 18 y 19. Si su respuesta es negativa, ir a la pregunta 20)

18. ¿Cuántos días se toma de vacaciones al año?

19. ¿Qué hace durante las vacaciones?

20. Género

21. Nivel de formación

22. ¿Está estudiando algo en alguna institución o universidad? (En caso afirmativo, ir a la pregunta 23. En caso que no, ir a la pregunta 24)

23. ¿Qué está estudiando?

24. ¿Cuál es su edad? (en años cumplidos)

25. ¿Cuál es su Estado Civil?

26. ¿Tiene hijos? (En caso afirmativo, ir a la pregunta 25. En caso de no tener hijos, ir a la pregunta 26)

27. ¿Cuántos hijos tiene?

28. ¿Cuántas personas viven en total en su domicilio? (Incluyéndose a usted)

29. De todas las personas que viven con usted, ¿Cuántas trabajan o reciben alguna pensión? (exclúyase a usted)

30. ¿En qué tipo de institución terminó sus estudios de bachillerato?

31. ¿Practica alguna religión?

32. Indique quién de sus padres vive. (En caso que alguno o ambos de sus padres estén vivos, ir a la pregunta 33. En caso que los dos hayan fallecido, continuar con la pregunta 34)

33. Estado civil de sus padres

34.

35. Nivel de formación de su madre

36. Escriba sus comentarios

6.3 Apéndice C. Consentimiento Informado.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPS-



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento aborda los aspectos éticos relativos a su participación en el proyecto de investigación *Prevalencia de estrés traumático secundario en profesionales que trabajar con pacientes oncológicos en el año 2017*, avalado por el Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPS) “Mayra Gutiérrez”.

1. **Datos generales del Investigador Principal.** La propuesta de investigación está a cargo de María Andrea Pérez Guerra y Francisco Eduardo Ramírez Mejía, quien son estudiantes con pensum cerrado de la licenciatura en Psicología Clínica con experiencia dentro del ámbito de la investigación en Guatemala. Cualquier duda o comentario con respecto a su participación puede hacerla llegar a través de los correos electrónicos andyguerra122@yahoo.com y francisco.er17@gmail.com.
2. **Investigadores asociados.** El proyecto de investigación se encuentra asesorado por el Lic. Abram Cortés quien funge como docentes en la Escuela de Ciencias Psicológicas.
3. **Propósito del estudio.** La investigación pretende describir el estado de la salud mental de los profesionales que trabajan con pacientes oncológicos. Las variables a estudiar son: Estrés traumático secundario, prevalencia, sintomatología, estresores y variables sociodemográficas. Es estudio ha sido planificado para ejecutarse dentro de las instituciones de un hospital dedicado al tratamiento de pacientes oncológicos en la Ciudad de Guatemala durante once meses a través del modelo cuantitativo y un diseño descriptivo.
4. **Participación durante el estudio.** Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede declinar o retirarse del estudio sin sanción, reprimenda, represalias o consecuencias negativas para su persona. También tiene la posibilidad de hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la investigación en cualquier momento durante o después de su participación en la investigación. Usted tiene derecho de solicitar los resultados de las pruebas e iniciar, de ser necesario, un proceso de acompañamiento por parte de un profesional del equipo. Durante su participación en la investigación no recibirá ningún pago o tipo de remuneración económica ni en especie.
5. **Confidencialidad de los datos.** Toda la información recolectada es anónima y de carácter estrictamente confidencial. Por ello no se solicitará su identidad y se asignará un código para que usted pueda solicitar los resultados de las pruebas. Sin embargo, si pierde el código no podrá recibir los resultados puesto que es el único mecanismo que poseen los investigadores para recuperar los datos. La investigación garantizará en todo momento la confidencialidad de la información. Aunque la aplicación de las pruebas se realizará en papel, todos los documentos serán escaneados en formato .pdf para mejor manejo. La

documentación será resguardada institucionalmente en los archivos de la unidad de investigación profesional de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

6. **Acceso a los datos.** Los datos de la evaluación inicial serán ingresados a las matrices por los investigadores del proyecto. Por lo tanto, el riesgo o la pérdida o fuga de información es mínima.
7. **Riesgos de su participación.** Durante la participación en el estudio se puede presentar síntomas de ansiedad. Además, es probable que se presenten cuestionamientos relacionados con las diferentes formas de afrontar la vida y la manera en que se enfocan los problemas dentro de su trabajo. El riesgo de daño es mínimo a nivel físico y moderado a nivel psicológico. Sin embargo, tome en consideración que el malestar psicológico puede producir cansancio y en algunos casos, transformaciones en las relaciones personales.
8. **Publicación de resultados.** Los resultados de la investigación serán reportados cumpliendo los criterios de confidencialidad y anonimato descritos en el capítulo 8 de la Asociación Americana de Psicología (APA). En ningún momento se colocará la identidad de los participantes ni el nombre de la institución.

Declaración de Consentimiento:

Yo, he leído y se me ha explicado el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, ACEPTO y firmo participar en la investigación *“Prevalencia de estrés traumático secundario en profesionales que trabajar con pacientes oncológicos en el año 2017”* tomando en cuenta que puede desistir en cualquier momento.

En Guatemala.....de.....del año 20.....

Iniciales del presente

(El/la participante)

Firma de quien aplicó el documento