



**Original**

**Programa psicoeducativo de autocuidado para especialistas del  
Centro de Protección a Niños y Adolescentes**

**Psychoeducational Self-Care Program for Specialists from the  
Protection Center for Children and Adolescents**

Gerardo Enrique Guevara Ponce<sup>1</sup> 

Claudia Cancio-Bello Ayes<sup>2</sup>  

Alexis Lorenzo Ruiz<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Centro de Estudios de Bienestar Psicológico «Alfonso Bernal del Riesgo». La Habana, Cuba

<sup>2</sup>Universidad de La Habana, Facultad de Psicología. La Habana, Cuba

**Recibido: 11/12/2023**

**Aceptado: 13/03/2024**



## **Resumen**

**Introducción:** los especialistas que interactúan con personas cuyas historias son de dolor, miedo o sufrimiento, mientras más empáticos, son más vulnerables a padecer dichos sentimientos, por ello resulta necesario la validación de un programa psicoeducativo para trabajar el autocuidado de dichos especialistas.

**Objetivo:** validar un programa psicoeducativo para contribuir al desarrollo de las capacidades de autocuidado en las especialistas que trabajan en el Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes de La Habana (CPNNA).

**Método:** se utilizó una metodología mixta de investigación (datos cualitativos como cuantitativos). Se desarrolló un estudio exploratorio secuencial de tres etapas por derivación. En la Etapa I: «Diagnóstico», se recogió información cualitativa de las especialistas que trabajan en el centro, con niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada. En la Etapa II: «Análisis documental», se recogió información disponible de los ámbitos nacionales e internacionales, para diseñar el programa. En la Etapa III: «Validación de expertos», se validó dicho programa, mediante el consenso al que puedan llegar los expertos en el transcurso de las rondas de aplicación del método Delphi.

**Resultados:** el proceso de validación concluyó en la segunda ronda con puntuaciones sumamente favorables, y las principales recomendaciones realizadas, estuvieron relacionadas en mayor medida con elementos teóricos, y en menor medida con el diseño del programa.

**Conclusiones:** el proceso de validación del programa psicoeducativo mediante el método Delphi estuvo constituido por cinco expertos a nivel nacional en temas de Psicología Clínica y de la Salud, y de autocuidado. El proceso concluyó luego de dos rondas de evaluación del programa por los expertos. Al cierre de la segunda ronda el 80 % evaluó el programa como muy perfeccionado y el 20 % lo hizo como medianamente perfeccionado.

**Palabras clave:** autocuidado; método Delphi; programa psicoeducativo

## **Abstract**

**Introduction:** Specialists, who interact with people whose stories are of pain, fear or suffering, are more vulnerable to be subjected to these feelings while they are more empathetic. That is why, it is necessary to validate a psychoeducational program to work on the self-care of these specialists.

**Objective:** Validate a psychoeducational program to contribute to the development of self-care capabilities in the specialists who work at the Protection Center for Children and Adolescents in Havana (CPNNA, Spanish acronym).

**Method:** A mixed research methodology (qualitative and quantitative data) was used. A sequential exploratory study in three stages by derivation was carried out. Stage I: Diagnosis. Qualitative information was collected from the specialists, who work in the center with children and adolescents that are victims of crimes, using a semi-structured interview. Stage II: Documentary analysis. Available information was collected from national and international spheres to design the program. Stage III:

Expert validation. The program was validated through the consensus that the experts were able to reach during the rounds of the application of the Delphi method.

**Results:** The validation process concluded in the second round with extremely favorable scores, and the main recommendations made were related to a greater extent to theoretical elements, and to a lesser extent to the design of the program.

**Conclusion:** The validation process of the psychoeducational program using the Delphi method was made up of five national experts on topics of Clinical and Health Psychology and self-care. The process concluded after two rounds of evaluation of the

program by the experts. At the end of the second round, 80 % of the experts assessed the program as highly improved, and 20 % of them evaluated it as moderately improved.

**Keywords:** self-care; Delphi method; psychoeducational program.

## **Introducción**

Aquellos especialistas con mayores capacidades empáticas, son los que corren mayor riesgo a un estrés traumático secundario. Los especialistas que ofrecen estos servicios, se centran en reducir el sufrimiento de las demás personas, y por ello necesitan obtener información sobre esas historias traumáticas, lo cual los hace necesariamente obtener información sobre ese sufrimiento y de alguna forma, absolverlo. Esto es más acusado en ámbitos forenses y los relacionados con la justicia social.<sup>1</sup>

El Centro de Protección a niños y adolescentes (CPNNA) tiene como objetivo fundamental, disminuir la victimización secundaria de aquellos menores que son víctimas de delitos, y que en el proceso de obtener sus relatos sobre los hechos ocurridos en soporte audiovisual como prueba documental que servirá ante el jurado, son atendidos y tratados por un grupo de especialistas que pueden ser juristas, psicólogos, defectólogos o sociólogos. De aquí nace la importancia del diseño de un programa psicoeducativo, que tenga como objetivo fundamental, elevar las habilidades de autocuidado de cada una de las especialistas, pues solo así se puede asegurar que el efecto del vínculo que se establece entre el que atiende y el atendido, sea menos perjudicial para el primero, ya que, según Alarcó,<sup>2</sup> son pocas las especialistas que cuidan de sí mismas desde una perspectiva holística, ya que lo hacen solamente desde algunos indicadores del autocuidado. Así, de esta forma, las especialistas podrían contar con herramientas que les permitan un mejor afrontamiento a los estresores que podrían suponer dichos encuentros con experiencias traumáticas, de acuerdo a sus requerimientos de autocuidado, justo como señala Orem al referirse a cuando la capacidad de la persona no es suficiente para suplir dichos requerimientos.<sup>3-5</sup>

Según Vidal,<sup>4</sup> los especialistas deben tener un alto nivel de profesionalidad para alcanzar el éxito del proceso que transita por varias etapas, al estar en contacto con historias y situaciones dolorosas que afectan o inciden en la sensibilidad de las personas, por mucho que no se quiera ello puede desembocar en entidades nosológicas como son el estrés traumático secundario.

La capacidad de autocuidado no es innata; por el contrario, se desarrolla a lo largo de la vida, y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia. Además, es uno de los requisitos para el buen cuidado en salud mental.<sup>6</sup> Las actividades de autocuidado se relacionan con ciertos requisitos, los cuales tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración

Según Guevara trabajar y tener que enfrentarse cada día a nuevas y más variadas historias de sufrimiento, es algo que indudablemente afecta de alguna manera nuestra sensibilidad humana. Esto conlleva a que se asuman numerosos impactos emocionales, y por tanto, nace de ahí la importancia de que se creen estrategias de autocuidado en esos especialistas que les permitan lograr un mejor afrontamiento, para así poder contribuir a un mejor desempeño profesional y un mejor bienestar psicológico de estos niños, niñas y adolescentes.<sup>7</sup>

Se habla de que los profesionales que se dedican a las ocupaciones de ayuda, generalmente desarrollan una identidad de prestación a otros, de generar cambios individuales y sociales.<sup>9</sup> Es entonces que el profesional que atiende este tipo de casos, comienza a desarrollar un reflejo de la misma sintomatología que su paciente, luego de este último haber atravesado por experiencias extremas que pudieran haber derivado o no en un trastorno de estrés postraumático.<sup>1,10</sup> Es importante señalar que la percepción social que se tiene de estas personas, es que presentan cierta invulnerabilidad por el hecho de ser precisamente profesionales.<sup>11</sup>

El autocuidado desde una perspectiva psicoeducativa, sería entonces la alternativa más factible, para hacerle frente a estas problemáticas a las que están expuestos los especialistas que asisten a personas que sufren. Se trata de un constructo teórico referido por Orem<sup>12</sup> como la responsabilidad de uno consigo mismo, para llevar a cabo conductas interrelacionadas entre sí que de alguna forma controlen factores externos e internos, en pos de fomentar y mantener la salud. Es la capacidad de evocar comportamientos que tengan como fin último el sí mismo, más allá de que puedan estar dirigidos a la misma persona o al entorno, ya que igual implicarán una regulación del funcionamiento y desarrollo humano.

Independientemente de que las estrategias de autocuidado puedan demandar o no, de condiciones laborales óptimas para el trabajo de los profesionales, inciden en la construcción de la identidad profesional y pueden ser llevadas a cabo por el mismo profesional, el equipo o la institución. Se habla de un enfoque pragmático de las estrategias de autocuidado que le pueden hacer frente al desgaste laboral, como una profilaxis.<sup>13</sup> Mediante la implementación de un programa psicoeducativo, se puede tributar a que tanto individual, como grupalmente, se lleven a cabo estrategias de autocuidado que les protejan frente al desgaste.

Por tanto, el objetivo general de la investigación es validar un programa psicoeducativo para contribuir al desarrollo de las capacidades de autocuidado en las especialistas que trabajan en el CPNNA de La

Habana. Para ello se utilizó para llevar a cabo la investigación, un enfoque mixto, con un diseño exploratorio secuencial de tres etapas por derivación.

## **Métodos**

La investigación responde a un diseño del tipo no experimental transaccional descriptivo, con una metodología mixta, a partir de la cual se desarrolla un estudio exploratorio secuencial de tres etapas por derivación.

- Etapa I: diagnóstico, se recoge información de las especialistas que trabajan en el centro con niños y adolescentes víctimas de delitos.
- Etapa II: análisis documental, se recoge información teórica disponible de los ámbitos nacionales e internacionales
- Etapa III: validación del programa, mediante el método Delphi.

Dicha investigación se llevó a cabo en el CPNNA de La Habana, en 2020. El universo general de toda la investigación: todos y todas las especialistas de los diferentes CPNNA que existen en Cuba.

En la etapa I el universo estuvo compuesto por el personal especializado que trabaja con infantes y adolescentes víctimas de delitos, de los CPNNA de Cuba. La muestra es no probabilística, específicamente se trata de una muestra de casos tipo que está conformada por 10 especialistas del centro, con edades entre 23 y 59 años, residentes de varias zonas de la capital. De ellas, cuatro son personas de piel color negro, dos son mestizos y el resto son blancos. Todas son mujeres y se encuentran expuestas a vivencias traumáticas. Los criterios seguidos para la conformación de la muestra fueron los siguientes:

### **Criterios de inclusión:**

- Especialistas que trabajen en el CPNNA
- Especialistas que residan en la provincia de La Habana
- Especialistas que no posean ningún trastorno psicopatológico
- Especialistas que trabajen directamente con los infantes y adolescentes víctimas de delitos
- Especialistas que estén de acuerdo con participar

### **Criterios de exclusión:**

- Especialistas que no trabajen en el CPNNA
- Especialistas que no residan en la provincia de La Habana

- Especialistas que posean algún trastorno psicopatológico
- Especialistas que no trabajen directamente con los infantes y adolescentes víctimas de delitos
- Especialistas que no estén de acuerdo con participar

Las categorías utilizadas para la investigación fueron autocuidado y diseño del programa psicoeducativo. Autocuidado: formas específicas del cuidado de sí que, desde el punto de vista físico, psicológico y social, emplean especialistas aparentemente sanos para mantener/mejorar su salud, producto de una capacidad empática sostenida en el trabajo con experiencias de sufrimiento de niños, niñas y adolescentes, víctimas de delitos fundamentalmente sexuales. Es variable en dependencia del contexto, la edad, el sexo, el color de la piel, la etapa del ciclo vital y el nivel socioeconómico. Diseño del programa psicoeducativo: construcción de una estrategia teórico metodológica para la implementación de un sistema de acciones psicoeducativas dirigidas a promover el autocuidado.

**Tabla 1. Dimensiones e indicadores del autocuidado**

Dimensiones	Indicadores
<b>Física:</b> conjunto de acciones encaminadas al cuidado físico.	<b>Ejercicios físicos:</b> cualquier forma de actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona.
	<b>Alimentación:</b> puede ser adecuada o inadecuada en función de un plan de alimentación que implica la selección de los alimentos a consumir (hipercalóricos o hipocalóricos), preparación o cocción y frecuencias de comidas.
	<b>Control de la salud:</b> acciones relacionadas para la exploración, mantenimiento o mejora del estado de salud. Puede incluir la asistencia a citas o chequeos médicos y consumo de medicamentos prescritos.
	<b>Hábitos nocivos:</b> consumo de alcohol, drogas, tabaco.
	<b>Sueño y descanso:</b> comprende la satisfacción de la necesidad básica del sueño, que varía en función de cada persona. La calidad del mismo depende de un cumplimiento de la cantidad de horas de sueño necesarias para el organismo.
	<b>Conocimiento del estado de salud:</b> información acumulada por la persona acerca de la enfermedad, en función de su experiencia y la interacción con el entorno, que puede constituir un saber o creencia. Puede girar en torno a definición, causas, tratamiento, consecuencias para la salud, factores asociados, etc.
<b>Psicológica:</b> conjunto de acciones encaminadas al cuidado psicológico.	<b>Estados emocionales predominantes:</b> reacciones psicofisiológicas, que se dan de forma constante y que constituyen una respuesta del individuo a determinadas situaciones, objetos, personas, etc. Pueden ser percibidas por la persona como positivas o negativas.
	<b>Funcionamiento cognitivo:</b> estado de los procesos cognitivos de atención, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje: conservados (no hay alteración evidente) o no conservados (hay alteración evidente).
	<b>Autovaloración:</b> conjunto de ideas o pensamientos que posee la persona sobre sí misma, desde el punto de vista personal y que está relacionado con su sistema de creencias, valores, ideales.
	<b>Estrategias de afrontamiento:</b> acciones llevadas a cabo por la persona para hacer frente a la situación de salud-enfermedad.
	<b>Proyectos futuros:</b> comprenden los objetivos fundamentales de la vida de la persona, aspiraciones y expectativas de logro que integran determinados modos de acción, con cierta temporalidad.
<b>Social:</b> conjunto de acciones	<b>Redes de apoyo:</b> cualquier individuo o grupo que constituye la principal fuente de ayuda emocional, económica y social de la persona.
	<b>Uso del tiempo libre:</b> periodo de tiempo disponible para la persona realizar actividades de carácter voluntario, que no constituyen obligaciones laborales y cuya realización genera satisfacción.



encaminadas al cuidado social.	<b>Actividades de ocio y esparcimiento:</b> actividades motivadoras, realizadas por placer, de carácter voluntario, con motivo de descanso, distracción, recreación, diversión, relajación, etc.
	<b>Relaciones con la familia, pareja y compañeros de trabajo:</b> Interacciones sociales con distintas personas como familiares, amigos o compañeros de trabajo, que pueden ser armónicas o conflictivas.

**Fuente:** elaborada por los autores

En la etapa I el método utilizado fue el estudio de casos múltiples, y la técnica, la entrevista semi-estructurada obtenida a partir de una adaptación de la entrevista utilizada por Cancio-Bello,<sup>11</sup> con el fin de caracterizar el autocuidado de las especialistas del centro en cuestión. En la etapa II el método utilizado fue el análisis documental. Por último, en la etapa III el método utilizado fue:

El método Delphi, el mismo consiste en la colaboración simultánea y conjunta de una serie de expertos o personas significativas en relación con un tema, a los cuales se les pide que rellenen, de manera individual, un cuestionario que se les envía en varias “rondas” sucesivas. Los experto/as que participan en la evaluación no se reúnen en un mismo espacio para intercambiar, sin embargo, interactúan entre ellos a través de la devolución de cada ronda donde se exponen las principales recomendaciones enviadas. Al finalizar cada fase se envió el instrumento perfeccionado y un nuevo cuestionario, se busca consensuar el criterio de estos experto/as sin que se pierde la individualidad de cada uno. En esta fase se utilizó una estadística descriptiva, específicamente los estadígrafos: media, moda y desviación estándar para analizar los resultados al interno de cada ronda.

Las técnicas utilizadas fueron el cuestionario de autoevaluación de experticia, y los cuestionarios para evaluar el diseño del programa psicoeducativo en la primera y segunda ronda, que se obtienen de la tesis de maestría en Psicología Educativa de Cancio-Bello.<sup>12</sup> Todo esto con el objetivo de reunir a expertos que evalúen el diseño del programa psicoeducativo, como base para sustentar el criterio científico del mismo.

Para la selección de los expertos que conformaron la muestra en la etapa III, se aplicó el coeficiente de competencia (K), determinado a partir de una base de datos, donde se codifican cada una de las preguntas del *cuestionario de autoevaluación de experticia*. A partir de dicho coeficiente de competencia se seleccionaron los expertos en correspondencia a los siguientes rangos:

- $0,8 < K < 1,0$  Coeficiente de competencia alto.
- $0,5 < K < 0,8$  Coeficiente de competencia medio.
- $K < 0,5$  Coeficiente de competencia bajo.

Se eligieron quienes posean un coeficiente de competencia (K) alto, pero se puede valorar si se seleccionan experto/as de K media en caso de que el coeficiente de competencia promedio de todos los posibles experto/as sea alto.

La investigación que se desarrolla cumple y respeta los principios éticos de las ciencias psicológicas y de la salud, así como la Declaración de Helsinki, garantizándose la confidencialidad de todas las personas.

## Resultados

### Caracterización del autocuidado de las especialistas

En la caracterización de la dimensión física, de las diez especialistas del centro, solo dos realizan *ejercicios físicos* debido a que el resto carece de tiempo libre ya que se trata de una doble jornada laboral y, en el caso de dos de ellas, esta falta de tiempo para realizar ejercicios físicos se ve reforzada desde el nacimiento de los hijos. En el caso de la *alimentación*, la mitad de la muestra la posee adecuadamente, que consiste principalmente en dietas balanceadas con carnes, verduras, frutas y viandas, horarios establecidos y alrededor de cinco comidas al día, excepto en el caso de una que, por su padecimiento de gastritis, debe tener solo tres.

Resulta importante el análisis del *control de la salud* que llevan a cabo estas personas. Solo dos personas asisten al médico y se realizan chequeos médicos con frecuencia, aun cuando la mitad de la muestra estudiada, padece enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, asma, gastritis, así como otras enfermedades como hirsutismo o hipotiroidismo. Sin embargo, todas estas personas que padecen enfermedades consumen los medicamentos indicados para sus padecimientos, con excepción de un solo caso, todas las demás poseen un adecuado conocimiento sobre las enfermedades que padecen. Por otro lado, seis del total de personas estudiadas refieren llevar a cabo acciones para controlar su salud diferente a las acciones enmarcadas fundamentalmente al ámbito médico como consumir medicamentos, y solo dos, las ponen en práctica en presencia de alguna enfermedad.

Solamente dos especialistas presentan *hábitos nocivos* referidos al consumo de café, lo cual les provoca efectos negativos como problemas a la hora de conciliar el sueño, aunque una de ellas es capaz de tomar medidas para evitar el insomnio. Es por ello que, la *calidad del sueño* en seis de las especialistas, es buena. En el caso de las que presentan dificultades para tener un sueño reparador, generalmente es debido al insomnio producido quizás por emociones experimentadas durante el trabajo, de ansiedad y depresión a causa de la dinámica laboral referida a la cantidad de trabajo a realizar, ya que existe falta de personal, y de la repercusión que tiene en ellas el trabajo con casos sumamente sensibles. Incluso referido a la dinámica laboral, hay tres especialistas que refieren tener *pesadillas* relacionadas a dicho aspecto fundamentalmente.

Excepto una especialista, el resto de ellas refieran poseer un *estado de ánimo* generalmente positivo y sin embargo la generalidad es que existan situaciones que las desborden emocionalmente, principalmente referidas al trabajo con casos de abuso sexual. Aquí se habla de dos de los tres niveles del *estrés traumático secundario*, ya que existe una idea que se instala y que produce malestar en la persona, y

existen también determinadas consecuencias fisiológicas, como son la ansiedad y la depresión que experimentan muchas, debido a dichas ideas.

Como *estrategias de afrontamiento* ante las situaciones anteriormente mencionadas, se puede ver cómo lo que prima es que las especialistas opten por ventilar las emociones en espacios que pueden ser tanto informales en el mismo trabajo (conversaciones de oficina, en el comedor o de pasillo), como también con la familia al llegar al hogar. En cuanto al *funcionamiento cognitivo*, solo dos especialistas refieren tener problemas de memoria y concentración respectivamente, relacionado a la sobrecarga laboral que se produce por la falta de personal para completar la plantilla.

Sobre la *autovaloración* de las especialistas, en solo tres de ellas es inadecuada con tendencia a la subvaloración. Excepto una especialista, todas poseen satisfacción con las vidas que han llevado, ya que son capaces de identificar logros y metas cumplidas referidas al crecimiento personal tanto en el ámbito profesional, como en el familiar. Respecto a los *proyectos futuros*, existe un predominio de proyectos futuros estructurados (cinco) sobre los medianamente estructurados (cuatro), estos últimos carecen de una adecuada previsión de obstáculos.

En cuanto a las *redes de apoyo*, solamente una especialista no es capaz de percibir las adecuadamente, ya que posee una autovaloración inadecuada que le hace sentir un sentimiento de desamparo, debido a su característica de persona introvertida con que se describe. El apoyo proveniente de dichas redes de apoyo, generalmente es de tipo emocional e instrumental.

Respecto a la *gestión del tiempo libre*, solamente a dos especialistas se les dificulta dicha gestión y lo que obtienen entonces es poco tiempo para sí mismas. Entonces, las *actividades de ocio y esparcimiento* que estas personas realizan en sus tiempos libres que logran gestionarse, tienen que ver fundamentalmente con actividades como salir con las amistades, ver series o películas, oír música, visitar y salir con la familia, y leer. Resulta interesante como a pesar de tratarse en su totalidad de mujeres, y en su mayoría con parejas e hijos, logran gestionarse tiempos para realizar actividades que, de alguna manera, tributen a su autocuidado, ya que se trata de actividades de relajación, esparcimiento y recreación. En todos los casos, las *relaciones con la pareja, la familia y los compañeros de trabajo* son buenas y constituyen redes de apoyo que funcionan y tienen un alto impacto en cómo estas personas manejan o llevan a cabo estrategias de afrontamientos ante el malestar que les provoca su trabajo diario.

## **Elaboración de un programa psicoeducativo para contribuir al desarrollo de las capacidades de autocuidado**

Con el objetivo de evaluar el progreso, el programa contará con evaluaciones antes, durante y después de la aplicación del mismo, así como pasados 60 días.

A partir de los resultados anteriores y del análisis documental se construyen las siguientes invariantes para el diseño del programa: *Justificación, objetivo general del programa,*

objetivos específicos del programa, contenidos, responsables de la intervención, beneficiarios, estrategias de intervención del programa psicoeducativo, recursos, condiciones para la aplicación del programa, sistema de evaluación del programa y diseño de sesiones del programa.

En la siguiente tabla se observan las 10 sesiones, con su título y los objetivos por cada una:

**Tabla 2. Objetivos por sesiones del programa psicoeducativo**

Sesión	Título	Objetivos
1	Sesión de encuadre y de generalidades del autocuidado.	-Identificar las expectativas de cada miembro respecto al programa. -Establecer las normas grupales que permitan un adecuado funcionamiento del grupo. -Explorar lo que los participantes conocen sobre autocuidado. -Fomentar la motivación hacia el conocimiento sobre la importancia del autocuidado.
2	Sesión de autocuidado físico.	-Formalizar el encuadre de trabajo grupal. -Potenciar el autocuidado físico a partir del trabajo en la sesión anterior.
3	Estilo de vida saludable.	-Promover un adecuado estilo de vida saludable. -Potenciar alternativas para un mejor autocuidado físico.
4	Sesión de autocuidado psicológico.	-Explorar la percepción que las participantes tienen sobre el autocuidado psicológico. -Fomentar acciones encaminadas a un mejor autocuidado psicológico.
5	Vivencias asociadas al trabajo con niños víctimas de delitos.	-Compartir experiencias enmarcadas en el trabajo con vivencias de sufrimiento de niños víctimas de delitos.
6	Emociones negativas provocadas por el trabajo con niños víctimas de delitos.	-Reducir la ansiedad provocada por el trabajo con niños víctimas de delitos. -Ofrecer herramientas que permitan a las participantes una adecuada relajación.
7	Sesión de autocuidado social.	- Potenciar el aprovechamiento de las redes de apoyo en el ámbito laboral.
8	Sesión para mayor aprovechamiento del tiempo libre.	-Explorar sobre las estrategias que utilizan las participantes para gestionarse tiempo libre. -Fomentar estrategias más eficaces de gestionar el tiempo libre.
9	¿Qué temas nos gustaría tratar?	-Explorar sobre los distintos temas que le gustaría trabajar a las participantes del programa.
10	¿Qué nos llevamos?	-Fomentar el compromiso de las participantes, sobre su propio autocuidado. -Evaluar el programa implementado, desde la retroalimentación hecha por el grupo. -Realizar un cierre del proceso vivido.

Fuente: elaborada por los autores



## Proceso de selección de la muestra de expertos y resultados del proceso de validación del programa psicoeducativo de autocuidado

El proceso de validación del Programa psicoeducativo de autocuidado para el personal especializado del Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes (CPNNA) de La Habana comienza con la selección de un grupo de expertos a nivel nacional en las temáticas de Psicología Clínica y de la Salud, y de autocuidado, según los criterios de selección, que se encontrarán dispuestos a evaluar críticamente el diseño del programa, para poder validarlo. El proceso comienza en junio de 2020, y se obtuvieron seis respuestas afirmativas a participar en la validación, de las cuales la muestra quedó conformada con solo cinco, ya que se hace necesario que sea una muestra impar, y que fueron estos cinco los que respondieron ambas rondas. A cada uno se le aplicó el cuestionario de autoevaluación de experticia conocer cuáles de ellos se encontraban en condiciones de participar en la validación, mediante la evaluación del coeficiente de competencia (K). De ellos, el 60 % obtuvo un coeficiente de competencia alto, y el 40% obtuvo un coeficiente de competencia medio. Posteriormente, se decidió que los expertos estaban en condiciones de formar parte del proceso de validación del programa.

A continuación, se presenta una tabla con los datos de los expertos:

**Tabla 3. Principales datos de los expertos que componen la muestra**

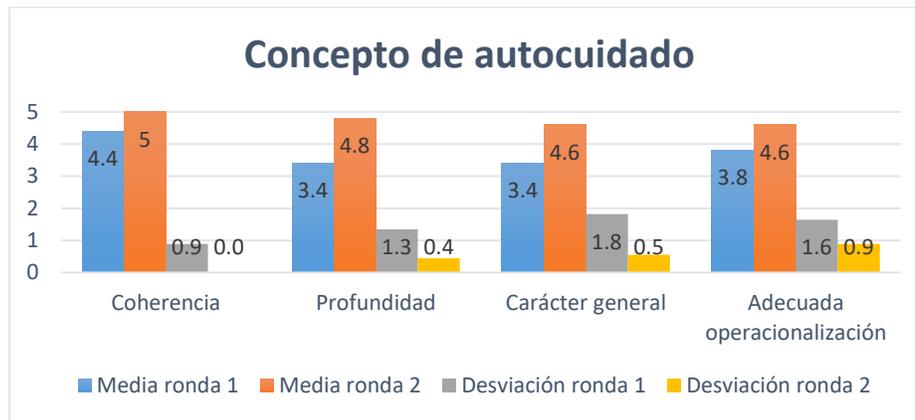
Experto	Categoría científica	Coefficiente de competencia
D.F.	Doctor	1
H.G.	Doctor	0.95
M.A	Doctor	0.95
I.S.	Licenciado	0.75
L.M.	Licenciado	0.75

Fuente: elaborada por los autores

Luego de las dos rondas de aplicación del método Delphi, se obtuvieron avances significativos de los resultados respecto a los indicadores que mide el cuestionario para evaluar el diseño del programa, que permitieron una validación.

Como se puede ver en el gráfico 1, existe un progreso notable entre las medias obtenidas en la segunda ronda con respecto a la primera, en lo referido a la valoración del concepto de autocuidado utilizado en el programa psicoeducativo.



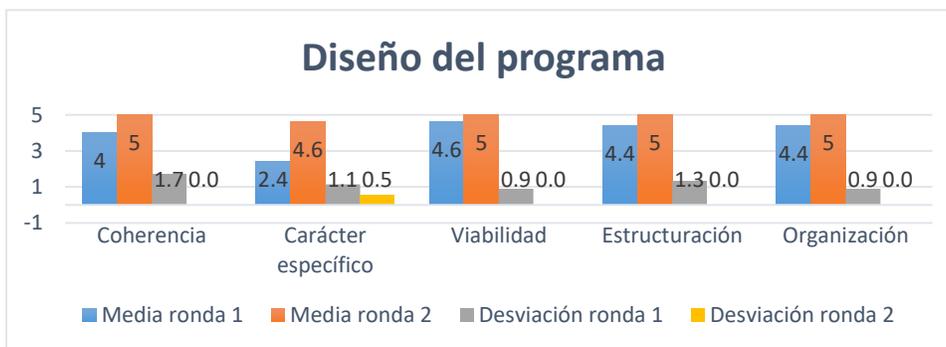


**Gráfico 1. Comparación de las medias y desviaciones estándar de las variables del concepto de autocuidado en ambas rondas**

Fuente: elaborada por los autores

Cabe destacar que, desde la primera ronda, se obtuvieron resultados positivos mediante las valoraciones realizadas por los expertos. Igualmente ocurre con los valores de la desviación estándar (Gráfico 1), en los que se ve un aumento de la concentración de los datos alrededor de los valores de las medias, lo cual significa que los expertos alcanzaron mayor consenso entre ellos a la hora de puntuar cada variable.

En el gráfico 2 se comparan de las medias obtenidas en cada variable del diseño del programa, lo cual muestra un aumento igualmente notable de la segunda ronda con respecto a la primera, con medias que generalmente alcanzan el valor máximo, excepto en la variable carácter específico, donde se realizaron transformaciones a partir las recomendaciones de los expertos, con el objetivo de mejorarla.



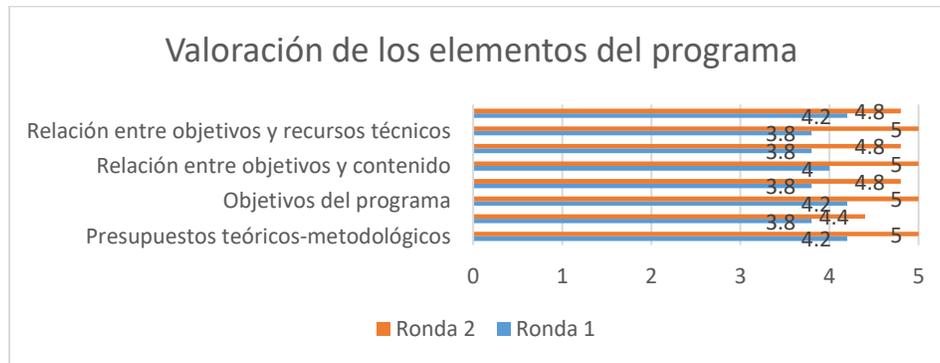
**Gráfico 2. Comparación de las medias y las desviaciones estándar de las variables del diseño del programa en ambas rondas**

Fuente: elaborada por los autores



Excepto en la variable carácter específico, existió un consenso absoluto entre los expertos a la hora de valorar con la máxima puntuación cada variable, como se puede evidenciar en el gráfico 2, lo cual muestra el nivel de perfeccionamiento que se alcanzó en la segunda ronda con respecto a la primera.

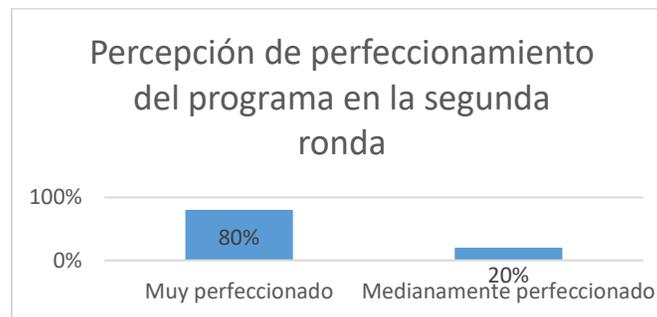
Respecto a la valoración de los elementos del programa (Gráfico 3), se puede observar cómo se produjo un progreso notable entre las medias obtenidas en la segunda ronda con respecto a la primera, con valores que alcanzan la máxima puntuación.



**Gráfico 3:** Comparación de las medias de los elementos del programa en ambas rondas

Fuente: elaborada por los autores

En cuanto a la percepción de los expertos de la variación y perfeccionamiento de la primera ronda a la segunda ronda (Gráfico 4), un 80 % evaluó el programa como muy perfeccionado y el 20 % como medianamente perfeccionado.



**Gráfico 4:** Percepción del perfeccionamiento del programa.

Fuente: elaboración de los autores

## Discusión

Si se toma como punto de partida que se trata de una muestra conformada por mujeres en su totalidad, es notoria la coincidencia con los resultados obtenidos por Francisco,<sup>3</sup> en los que la sobrecarga de roles incide en la falta o mala organización del tiempo disponible para la realización de ejercicios físicos, lo

*Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.*

cual tiene relación con la doble jornada laboral como fenómeno que afecta fundamentalmente a dicho género dadas sus implicaciones sexistas. Igualmente, en un estudio para caracterizar el autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles,<sup>14</sup> se obtuvo que la práctica de deportes no fue mencionada por el 81.3 % de ellos, así como que la mayoría tampoco realizaba ejercicios físicos, lo cual supone un elemento más para contrastar en cuanto al autocuidado físico.

A modo general se puede caracterizar la dimensión física del autocuidado en estas especialistas como insuficiente, teniendo en cuenta que se observan factores socio-cognitivos discrepantes entre el conocimiento que se tiene sobre dicha dimensión del autocuidado y las acciones que se llevan a cabo, lo cual coincide con el análisis de Galdames y otros autores<sup>15</sup> en el que los adolescentes entrevistados poseían conocimientos sobre las conductas saludables, pero al mismo tiempo reconocían llevar a cabo conductas nocivas. Dicho fenómeno es catalogado bajo el término de *paradoja comportamental*, el cual hace referencia a la inconsistencia entre el saber y el hacer en ámbitos de la salud, aun cuando el conocimiento que se posee sea adecuado.

Estas especialistas al contar generalmente con redes de apoyo referidas a la familia y compañeros de trabajo, son capaces de llevar a cabo estrategias de afrontamiento ante el malestar producido por su trabajo. Todo lo anterior, producto de ideas que se instalan en la subjetividad de la persona y que les afecta incluso en la relación con los hijos u otro menor allegado, especialmente las mujeres-madres, a tal punto de poder desarrollar conductas perspicaces y sobreprotectoras. Lo que sucede es que proyectan dichas experiencias traumáticas en sus propios hijos como parte de la relación que establecen gracias a la accesibilidad de las cogniciones, entre estos niños o niñas víctimas y sus hijos, que pertenecen a un mismo rango etario. En este punto es importante destacar lo hallado por Arredondo y otros autores<sup>16</sup> en una muestra de profesionales que trabajan con experiencias traumáticas de menores vulnerados. En dicho estudio, los participantes dieron muestra de los riesgos que suponen para ellos el trabajar con este tipo de casos; riesgos que tienen que ver con lo emocional, asociados al padecimiento de síndromes de desgaste laboral como el *burnout* o el estrés traumático secundario, dada la conexión empática con estos menores de edad.

Dicho apoyo anteriormente referido se constituye en espacios de contén donde ventilan las emociones negativas producidas. Es por ello, que se puede decir que las redes de apoyo como parte de la dimensión social del autocuidado de estas especialistas, viene a ser un sostén y un factor protector frente a la carencia de recursos psicológicos o personológicos capaces de hacerle frente al malestar.

También se observa cuánto es el malestar producido tanto por el trabajo con casos sensibles, como por la sobrecarga laboral, que en ocasiones influye en la calidad del sueño ya que existe ansiedad que posiblemente genera insomnio y depresión o angustia. Se habla entonces de que tanto el contenido del trabajo, como la cantidad de trabajo dada la falta de personal para completar la plantilla del centro, interfieren con la calidad del sueño de las especialistas. En relación con lo anterior, se evidencia una

fuerte relación entre la dimensión psicológica y la física del autocuidado, en tanto, esta última se ve fuertemente afectada por la primera y determina síntomas psicofisiológicos.

En este sentido se puede establecer una conexión con lo referido por Arredondo y otros autores<sup>16</sup> sobre el desgaste profesional sufrido por profesionales que trabajan con material traumático de menores vulnerados, ya que es necesario el diseño de estrategias que permitan prevenirlo o tratarlo desde una intención institucional. Al tratarse en ambos casos de profesionales que realizan una labor psicosocial con menores que han sido víctimas, la puesta en práctica de este tipo de estrategias desde lo institucional, además de complementar las ya puestas en práctica de manera informal por el personal, se estaría disminuyendo las consecuencias negativas para la misma institución y para la labor que se realiza con las personas.

Se reconoce que los resultados de la presente investigación pueden tener limitaciones en su generalización al trabajar con una muestra limitada. Es importante considerar que al involucrar únicamente profesionales de una sola institución con representación en tres regiones del país, se restringe la amplitud de los resultados. Para obtener resultados más precisos, es necesario investigar con muestras más diversas que contemplen otras variables relevantes como la región o el género de los participantes. Sin embargo, el programa psicoeducativo validado pudiera hacerse extensivo de ser modificado y adaptado para poblaciones no solo que trabajen con menores de edad, sino con historias de sufrimiento en general como los servicios primarios de salud.

## **Conclusiones**

Después del proceso de validación del programa psicoeducativo se arribaron a las siguientes conclusiones:

- La muestra de expertos estuvo constituida por cinco expertos a nivel nacional en temas de Psicología Clínica y de la Salud, y de autocuidado.
- El proceso se constituyó de un 60 % de profesionales con un coeficiente de competencia alto, y un 40 % con coeficiente de competencia medio.
- El proceso concluyó luego de dos rondas de evaluación del programa.
- Se realizaron cambios en el diseño del «Programa psicoeducativo de autocuidado para el personal especializado del Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes (CPNNA) de La Habana», en la primera y la segunda ronda.
- Entre la primera y la segunda ronda, se produjo un incremento en las medias de las valoraciones, y una disminución de las desviaciones estándar. Al cierre de la segunda ronda el 80 % evaluó el programa como muy perfeccionado y el 20 % lo hizo como medianamente perfeccionado.

## **Referencias bibliográficas**

1. Figley C. Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. En: Charles Figley (ed). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Routledge; 1995 [citado 2023 dic 08]. p. 1-20 Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/245720535\\_Compassion\\_fatigue\\_as\\_secondary\\_traumatic\\_stress\\_disorder\\_An\\_overview](https://www.researchgate.net/publication/245720535_Compassion_fatigue_as_secondary_traumatic_stress_disorder_An_overview)
2. Alarcó Estévez G. Autocuidado en mujeres de mediana edad con obesidad [tesis de licenciatura]. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología; 2018. p. 252
3. Francisco Pancorbo SE. Autocuidado en mujeres víctimas de violencia de género [tesis de licenciatura]. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología; 2021. p. 132
4. Vidal de la Cruz I. Propuesta para promover el desarrollo del autocuidado en la esfera laboral en los especialistas del Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes. La Habana, Cuba: Minint; 2014 [citado 2023 dic 08].
5. Cancio-Bello Ayes C, Lorenzo Ruiz A, Alarcó Estévez G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. Informes Psicológicos [Internet]. 2020 [consultado 2023 dic 08]; 20(2): 119-138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
6. Dueñas Granados, PE. El autocuidado, uno de los requisitos para el buen cuidado en salud mental. Paradigmas Socio-Humanísticos [Internet]. 2022 [consultado 2023 ene 08]; 4(1), 41-49. Disponible en: <http://doi.org/10.26752/revistaparadigmassh.v4i1.644>
7. Guevara Ponce, GE. Programa psicoeducativo de autocuidado para las especialistas del Centro de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes de La Habana [Tesis de licenciatura]. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología; 2020. p. 14
8. Moreno Jiménez JE, Rodríguez Carvajal R, Chico Fernández M, Lecuona O, Martínez M, Moreno Jiménez B, Montejo JC, Garrosa E. Factores de riesgo y protección del estrés traumático secundario en los cuidados intensivos: un estudio exploratorio en un hospital terciario de Madrid. Med Intensiva [Internet]. 2020 [consultado 2023 Dic 08]; 44(7): 420-428. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.06.001>
9. Asociación Americana de Terapia Ocupacional. Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso [Internet]. Chile: AOTA; 2020 [citado 2023 dic 08]. Cuarta edición.



Disponible

en:

[https://www.academia.edu/88977775/Marco\\_de\\_Trabajo\\_Terapia\\_Ocupacional\\_4\\_Ed\\_2020](https://www.academia.edu/88977775/Marco_de_Trabajo_Terapia_Ocupacional_4_Ed_2020)

10. Montagud Rubio N. Psicología y Mente [Internet]. Nahum Montagud Rubio, 2023. Estrés traumático secundario: síntomas, causas y tratamiento; 2020 [citado 2023 dic 08]. Disponible en:

<https://psicologiaymente.com/clinica/estres-traumatico-secundario>

11. Sillas González DE. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científ Enferm [Internet]. 2011 [consultado 2023 dic 08]; 19(2): p. 67-69. Disponible en:

<http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

12. Galarza Bravo MT. Déficit de autocuidado y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica según teoría de Dorothea E Orem. [Tesis de Maestría]. Jipijapa, Ecuador: Universidad Estatal Del Sur De Manabí; 2022. p 80

13. Cancio-Bello Ayes C. Programa psicoeducativo de autocuidado para mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad [tesis de maestría]. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana, Facultad de Psicología; 2018. p. 168

14. Araújo de Carvalho E, das Neves Júnior TT, Alves Nogueira IL, De Assis Silva CJ, Rêgo de Queiroz AA, Paiva de Menezes RM. Autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. Enfermería Global [Internet]. 2022 [consultado 2024 Feb 25]; (68): 172-186. Disponible en : <https://doi.org/10.6018/eglobal.508511>

15. Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 2019 [consultado 2024 Feb 25]; 24(1): 28-43. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.4>

16. Arredondo V, Díaz T, Calavacero N, Guerra C. Autocuidado y cuidado de equipos que trabajan con niños vulnerados. Revista de Psicología [Internet]. 2020 [consultado 2024 Feb 25]; 29(1): 1-16. Disponible

en

:

[https://www.academia.edu/59396075/Autocuidado\\_y\\_cuidado\\_de Equipos\\_que\\_trabajan\\_con\\_ni%C3%BA1os\\_vulnerados](https://www.academia.edu/59396075/Autocuidado_y_cuidado_de Equipos_que_trabajan_con_ni%C3%BA1os_vulnerados)

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Contribución de los autores:

*Conceptualización:* Claudia Cancio-Bello Ayes, Gerardo Enrique Guevara Ponce.

*Análisis formal:* Gerardo Enrique Guevara Ponce.

*Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.*



**Investigación:** Gerardo Enrique Guevara Ponce.

**Metodología:** Claudia Cancio-Bello Ayes, Alexis Lorenzo Ruiz.

**Administración del proyecto:** Claudia Cancio-Bello Ayes, Alexis Lorenzo Ruiz.

**Recursos:** Gerardo Enrique Guevara Ponce.

**Supervisión:** Claudia Cancio-Bello Ayes, Alexis Lorenzo Ruiz.

**Validación:** Gerardo Enrique Guevara Ponce.

**Visualización:** Gerardo Enrique Guevara Ponce, Claudia Cancio-Bello Ayes.

**Redacción – borrador original:** Gerardo Enrique Guevara Ponce.

**Redacción – revisión y edición:** Gerardo Enrique Guevara Ponce, Claudia Cancio-Bello Ayes, Alexis Lorenzo Ruiz.

