

MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**FATIGA POR COMPASIÓN EN MÉDICOS Y ENFERMERAS
DE CUIDADOS PALIATIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Autora: María de las Mercedes García-Legaz Navarro

Directora: María del Carmen Lillo Navarro

Convocatoria: Septiembre 2020



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D./D^a. MARI CARMEN LILLO NAVARRO, Tutora del Trabajo Fin de Máster, titulado 'FATIGA POR COMPASIÓN EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DE CUIDADOS PALIATIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA' y realizado por la estudiante MARÍA DE LAS MERCEDES GARCÍA-LEGAZ NAVARRO.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 9 de julio de 2020

Fdo.:
Tutora TFM





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Mercedes Garcia
Título del ejercicio: TFG
Título de la entrega: tfm 2
Nombre del archivo: TFM_completo.docx
Tamaño del archivo: 503.92K
Total páginas: 83
Total de palabras: 20,706
Total de caracteres: 114,789
Fecha de entrega: 24-jul-2020 11:27a.m. (UTC+0200)
Identificador de la entrega: 1361543150

MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**FATIGA POR COMPASIÓN EN MÉDICOS Y ENFERMERAS
DE CUIDADOS PALIATIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Autora: María de las Mercedes García-Legaz Navarro
Directora: María del Carmen Lillo Navarro

Convocatoria: Septiembre 2020

RESUMEN

Introducción: La creciente demanda de provisión de cuidados paliativos, debida en parte al envejecimiento de la población, puede producir estresores con resultados negativos tanto para el sanitario como para los enfermos, entre los que se encuentran la fatiga por compasión. Los objetivos de este trabajo son estudiar la prevalencia de la fatiga por compasión en los profesionales sanitarios (principalmente en médicos y enfermeras) que trabajan en el ámbito de los cuidados paliativos, conocer los predictores que aumenten la posibilidad de padecerla y encontrar factores de protección sobre los que se pueda actuar para minimizarla.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica utilizando las palabras clave: palliative care, secondary traumatic stress y compassion fatigue. Aplicamos como filtros que no tenga más de 10 años de antigüedad y que estén escritos en inglés, español o portugués. Como criterios de inclusión: específico de fatiga por compasión, médicos y enfermeras de servicios de cuidados paliativos, y de exclusión: que solo esté publicado el abstract, revisiones bibliográficas, sistemáticas y metaanálisis y de baja calidad científica.

Resultados: Se confirma la estrecha correlación existente entre fatiga por compasión y satisfacción de la compasión de la que otros autores ya exponían. Mejorar la satisfacción de la compasión puede ser un arma potente frente a la fatiga por compasión. Un gran número de médicos y enfermeras que trabajan en servicios de cuidados paliativos presentan un nivel de fatiga por compasión medio. En él influyen el país donde se realiza el estudio, la profesión sanitaria, el tipo de contrato, los años de experiencia, el nivel de compromiso profesional, ser propenso a la disociación peritraumática y padecer angustia psicológica.

Conclusiones: Diversos factores influyen en la fatiga por compasión y ésta está relacionada con la satisfacción de la compasión. Se requieren más estudios que nos permitan comprender las características que hacen a los sanitarios más vulnerables a padecerla y que actuaciones se pueden llevar a cabo para reducirla.

Palabras clave: Fatiga por compasión; estrés traumático secundario; cuidados paliativos, médicos y enfermeras, satisfacción de la compasión.



ÍNDICE

	Página
1. JUSTIFICACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1. Cuidados paliativos	7
2.1.1. Historia	8
2.1.2. Objetivos generales de los cuidados paliativos	9
2.2. Neuronas espejo	10
2.3. Problemas psicológicos en los profesionales de la salud	10
2.3.1. Estrés	11
2.3.2. Trauma indirecto o secundario	11
2.3.3. Angustia moral	11
2.3.4. Síndrome de burnout	11
2.4. Fatiga por compasión	13
2.4.1. Origen y evolución	14
2.4.2. Definición	14
2.4.3. Síntomas	15
2.4.4. Instrumentos de medida	17
2.4.5. Modelo general de resiliencia a la fatiga por compasión	22
2.4.6. Prevención	24
2.5. Fatiga por compasión en cuidados paliativos	26
3. OBJETIVOS	27
4. METODOLOGÍA	29
4.1. Estrategia de búsqueda	29
4.2. Evaluación de la calidad metodológica de los artículos	29
4.3. Selección de artículos, criterios de inclusión y de exclusión	30
5. RESULTADOS	33
5.1. Caracterización por país de estudio	38
5.2. Caracterización por año de publicación	39
5.3. Caracterización en función de la población de estudio	40
5.4. Caracterización en función del tamaño de muestra	41

5.5. Caracterización en función de la herramienta utilizada	41
5.6. Correlaciones entre satisfacción, fatiga por compasión y burnout	42
5.7. Prevalencia de fatiga por compasión	43
5.8. Predictores de fatiga por compasión	48
5.8.1. Características formativas y laborales	49
5.8.2. Edad	51
5.8.3. Resiliencia y empoderamiento psicológico	51
5.8.4. Exposición ante la muerte, compromiso, ansiedad ante la muerte y experiencias disociativas peritraumáticas	53
5.8.5. Angustia psicológica, autoestima y afecto	55
5.9. Factores de protección frente a fatiga por compasión	55
5.9.1. Escritura expresiva	56
5.9.2. Cibermeditación	57
5.9.3. Autocuidado consciente	57
6. DISCUSIÓN	59
6.1. Caracterización	59
6.2. Correlaciones entre satisfacción, fatiga por compasión y burnout	59
6.3. Prevalencia de fatiga por compasión	60
6.4. Predictores de fatiga por compasión	60
6.5. Factores de protección frente a fatiga por compasión	63
6.6. Limitaciones	64
6.7. Futuras investigaciones	65
7. CONCLUSIONES	67
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Enfermedades más frecuentes en la terminalidad	7
Tabla 2. Consecuencias, en el paciente y en el profesional, de que no se considere el bienestar de este último	13
Tabla 3. Señales de la fatiga por compasión	16
Tabla 4. Caracterización de los artículos seleccionados	35
Tabla 5. Herramienta utilizada para medir fatiga por compasión, así como la forma de presentar los datos	44
Tabla 6. Niveles de satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout agrupados por niveles	45
Tabla 7. Autores que utilizan ProQOL y que sólo exponen valores promedio	46
Tabla 8. Predictores de fatiga por compasión y autores que los estudian	48
Tabla 9. Factores de protección frente a fatiga por compasión y autores que los estudian	55

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Modelo de resiliencia a la fatiga por compasión	23
Figura 2. Prevención de la fatiga por compasión	25
Figura 3. Diagrama de flujo	33
Figura 4. Número de artículos en función del país de realización	38
Figura 5. Número de artículos en función del año de publicación	39
Figura 6. Número de artículos en función de la profesión de la población de estudio	40
Figura 7. Número de artículos en función del tamaño muestral	41
Figura 8. Número de artículos en función de la herramienta utilizada para medir fatiga por compasión	42
Figura 9. Número de artículos que estudian solo o conjuntamente fatiga, satisfacción de la compasión y burnout	43

ÍNDICE DE SIGLAS

CFS-R	Escala de Fatiga de Compasión - Revisada
CF-Short Scale	Escala Corta de Fatiga de Compasión
CFST	Autotest de Fatiga por Compasión
IES	Escala de impacto de eventos
IES-R	Escala de impacto de eventos revisada
ProQOL	Escala de calidad de vida profesional
STSS	Escala de Estrés Traumático Secundario
TABS	Escala de creencias de trauma y apego
TSI	Escala de Creencias del Instituto de Estrés Traumático
WAS	Escala de Supuestos Mundiales



1. JUSTIFICACIÓN.

El envejecimiento de las poblaciones en todo el mundo y un aumento concomitante de enfermedades crónicas se traduce en una mayor demanda de cuidados paliativos por parte de los profesionales sanitarios. Esta creciente demanda de provisión de cuidados paliativos puede producir estresores como el burnout y la fatiga por compasión.

Las consecuencias del burnout no son solo para los profesionales (Shirom et al., 2005), también lo son para sus pacientes (Shanafelt et al., 2002). En las últimas décadas se ha definido otro síndrome asociado con el estrés, dentro del contexto de la atención médica, la fatiga por compasión (Devilley et al., 2009). Esta se ha definido como los sentimientos y comportamientos negativos que el contacto de los profesionales con el trauma de los pacientes y sus experiencias estresantes les causa (Figley, 1983).

Un gran número de autores encuentran fuertes correlaciones entre satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout. Así, una evaluación de un programa educativo para enfermeras en dos departamentos de emergencias en Colorado Springs, EE. UU., demostró un aumento estadísticamente significativo en la satisfacción de la compasión y una disminución tanto del burnout como de la fatiga por compasión (Flarity et al., 2013). Se hace importante revisar estas correlaciones que nos permitan correlacionar estas tres variables

Es necesario conocer los niveles de fatiga por compasión en los profesionales sanitarios pero no menos importante es conocer y comprender los factores que nos permiten predecir el riesgo de sufrirla así como las posibles actuaciones que se pueden llevar a cabo para disminuir el riesgo de padecerla.

Al contrario que para el burnout, la literatura sobre la fatiga por compasión es escasa (Devilley et al., 2009; Boscarino et al., 2010), con pocos estudios en profesionales de cuidados paliativos en los últimos años (Kearney et al., 2009; Kearney y Weininger, 2011).



2. INTRODUCCIÓN

2.1. CUIDADOS PALIATIVOS

Un paciente en fase terminal es aquel que tiene diagnóstico de incurabilidad, con sufrimiento progresivo y posibilidad de muerte en un plazo inferior a seis meses. Normalmente padece intensos síntomas que pueden ir variando y originan un importante impacto no solo en el paciente, también en su familia. Necesitan una gran atención y su tratamiento va dejando de ser curativo para ser paliativo (Astudillo et al., 2002).

Los Cuidados Paliativos son programas que están enfocados principalmente a minimizar los síntomas y a mejorar la calidad de vida, no solo de los enfermos en fase terminal, también de sus familias. No se pretende alargar la vida del enfermo. En la tabla 1 se exponen las enfermedades más frecuentes con las que se encuentra los profesionales de Cuidados Paliativos y que originan la terminalidad del enfermo (Astudillo et al., 2002)

TABLA 1. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LA TERMINALIDAD
Cáncer
Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central (ACVA, Esclerosis múltiple, E. de neurona motora, E. de Parkinson, traumatismos craneoencefálicos)
Coma irreversible de distintas etiologías
Cirrosis hepática
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Insuficiencia cardíaca congestiva
Insuficiencia renal crónica
Complicaciones de la arterioesclerosis: H.T.A., miocardiopatía, diabetes, senilidad
Demencia
SIDA
Pluripatológicos con inmovilismos irreversibles

2.1.1. Historia.

Hospicio viene del latín Hospitium que es el lugar donde se manifiesta un sentimiento agradable que experimenta tanto el anfitrión como su huésped. Su equivalente griego es Xenodochium. En el siglo IV de nuestra era empiezan a crearse bajo esos nombres las primeras instituciones que se podrían considerar los primeros hospitales u hospicios. Los primeros empiezan en el Bizancio de Constantino, posiblemente inspirados por Santa Elena (Saunders, 1998).

Un siglo después aparece en Roma el primer gran hospital dedicado al cuidado de los peregrinos que llegaban a Ostia. Se le atribuye a Fabiola, discípula de San Jerónimo (Riera, 1982).

Desde la Edad Media, en los hospicios, se daba cobijo a peregrinos, que, en un gran número de ocasiones, llegaban en unas pésimas condiciones de salud y muchos de ellos morían allí. Inicialmente no se concebían como actualmente, su finalidad era caritativa y se enfatizaba mucho en el bien espiritual pues para las dolencias del cuerpo había pocas soluciones. Las órdenes religiosas eran las encargadas su cuidado (Saunders, 1998).

San Vicente de Paul (1581-1660) creó un gran número de hospicios en Francia, cuyo objetivo era el cuidado de los pobres. Posteriormente las Hijas de la Caridad siguieron su labor, que, un siglo después, en Prusia, fue imitado por el protestantismo apareciendo la Fundación Kaiserwerth (Hilier, 1983).

En 1842, Madame Jeanne Garnier funda en Francia los Hospicios o Calvarios. Se trata de la primera institución encargada de cuidar a los moribundos y que se considera el germen en el que posteriormente se asientan los cuidados paliativos. Ella fue la primera en utilizar el término hospice en relación al cuidado de los moribundos (Saunders, 1998). En el mismo año, las Hermanas de la Caridad abren las puertas del Our Lady`s Hospice en la ciudad de Dublín y en 1905 las del St Joseph`s Hospice en Londres.

Un avance indiscutible se produce en 1935 cuando Alfred Worcester publica su libro *El cuidado de los ancianos, los moribundos y los muertos*, donde se expone la idea de que hay que humanizar la muerte y el trato que se da a los moribundos (Kerr, 1992).

En 1967 Cicely Saunders funda, en Londres, el St. Christopher Hospice. Demuestra que además de cuidar los aspectos físicos del paciente cuando también se le atiende espiritual, social y psicológicamente mejora muy notablemente su calidad de vida. Este es el primer centro en el que, además de cuidar a los moribundos, se hace

investigación, se forma a profesionales y se da apoyo a las familias. Se defiende la importancia del trabajo pluriprofesional (Saunders, 1998).

El éxito del Hospice pronto se expandió a otros centros y es la inspiración de los Cuidados Paliativos actuales.

Hospice, en francés es sinónimo de hospital por lo que Belfaur Mount, en Canadá, para evitar imprecisiones, lo sustituye por el término Cuidados Paliativos. Hay que recordar que paliativo procede del latín pallium que significa manto y que hace alusión a la protección que éste da (Billings, 1998).

En 1974 Estados Unidos funda su primer hospice. En el inicio de los años setenta empiezan a desarrollarse en Canadá y unos años después en Europa. En los años ochenta, en el St Christopher Hospice aparece el trabajo a domicilio, lo que pone en marcha la creación de equipos móviles de asistencia. En España, inicia su andadura en 1984, con la creación de los Cuidados Paliativos del Servicio de Oncología del Marqués de Valdecilla. Por último, a mediados de los noventa, se incorporan países como Chile, Brasil y Colombia (De Lima y Bruera, 2000).

2.1.2. Objetivos generales de los Cuidados Paliativos.

Los tratamientos paliativos y los relacionados con la curación son complementarios, en el transcurso de la enfermedad terminal se van disminuyendo los segundos y aumentando los primeros.

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo global aportar confort, bienestar y soporte a los enfermos que se encuentran en fase terminal y a sus familias.

Según Astudillo et al. (2002) los objetivos generales son:

- Que el enfermo este lo más confortable posible y con el menor número de síntomas (Brescia, 1990). Aquí se incluye la apariencia personal, que esté presentable tanto para recibir a familiares y amigos como para el trato con el personal que lo atiende. Esto le hará sentir con mayor dignidad.
- Cualquier tratamiento médico al que se le someta tendrá como objetivo hacerle la vida más agradable, no alargarle la vida. Habrá que evitarle los tratamientos innecesarios que le puedan acarrear ansiedad y más sufrimiento.

- Dar al enfermo la oportunidad de hablar de su enfermedad, del tratamiento que va a seguir, de su progresión y del final de su vida. También de las implicaciones que tendrá en su familia (Coyle et al., 1990). Todas las conversaciones serán confidenciales.
- Cubrir, siempre que se pueda, sus necesidades psicológicas, espirituales y emocionales.
- Programar actividades que pueda realizar y que le hagan más llevadera la enfermedad.
- Apoyar a la familia para que pueda reducir la carga que origina la terminalidad y posterior muerte de un ser querido. Mantenerla informada de lo que puede ir sucediendo en un futuro cercano. Intentar mejorar sus relaciones entre si (Brescia, 1990)

2.2. NEURONAS ESPEJO.

Las últimas investigaciones sobre las neuronas espejo (Rizzollatti y Sinigaglia, 2006) nos permiten comprender lo que le sucede a una persona cuando está en contacto con otra que sufre y que le pide ayuda. La emoción del interlocutor activa, de forma involuntaria, en el cerebro del profesional, el reflejo que la transforma en una emoción propia, de ahí el nombre de neuronas espejo. Si estamos en contacto con un individuo que esta triste, nuestro cerebro activa también la tristeza en nosotros, lo que nos permite empatizar y acercarnos al otro. Pero, aunque despierta la misma emoción, el contexto es distinto, ya que al profesional que lo está escuchando se le activan sus propias vivencias y su trasfondo personal. Esto da como consecuencia actitudes psicológicas que, en muchos casos, imposibilitan el buen desarrollo de la profesión cuyo objetivo es la ayuda (Oliver et al., 2011).

2.3. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Seguidamente se enumeran, haciendo una breve descripción, los desajustes psicológicos que pueden desarrollar los profesionales sanitarios (Pereira et al., 2011) y en general de todos los profesionales que tienen como objetivo ayudar a los que sufren. Se excluyen de este apartado la fatiga por compasión, que, siendo el objetivo de este trabajo, se trata en un apartado independiente.

2.3.1. Estrés.

Selye es el primero que emplea el término stress para exponer como responden sus ratas de laboratorio a distintos agentes perjudiciales para ellas (stressors) (Bértola, 2010). Este término se generaliza rápidamente y debido a que, en las distintas lenguas no hay palabras que se adapten a este término, fue aceptado, a nivel internacional, el término stress. La Real Academia Española la adaptó dejándola como estrés.

Refiriéndose al estrés laboral, Moreno-Jiménez et al. (2005) lo definen como una serie de reacciones relacionadas con las emociones, la fisiología, el conocimiento y el comportamiento a determinados aspectos nocivos o adversos del entorno del laboral y de su organización. Está caracterizado por elevadas dosis de angustia, excitación y la continua sensación de estar desbordado y no poder afrontar la situación

Flórez Lozano (2001), ya informa que el estrés laboral está siendo considerado por algunos tribunales de justicia de España, como accidente laboral lo que nos da una idea del alto grado de incidencia que está teniendo en nuestro país

2.3.2. Trauma indirecto o secundario.

Lo sufre el personal que está encargado de atender a individuos que han experimentado un trauma. Debido a la importancia de los problemas que tienen las personas a su cargo se sienten comprometidos con ellos y responsables de su ayuda. Generalmente lo padecen los profesionales que se dedican a la ayuda humanitarias (Kearney et al., 2009).

2.3.3. Angustia moral.

La padecen aquellos profesionales que entienden que tienen que tomar una decisión ética pero que no pueden llevarla a cabo por los obstáculos que se encuentran y que son ajenos a ellos. Es muy común en enfermeras que trabajan en cuidados intensivos (Pereira et al., 2011)

2.3.4. Síndrome de Burnout.

El término "burnout" no está recogido por la Real Academia Española de la Lengua. Proviene de la industria aeroespacial y se refiere al excesivo calentamiento que se origina en un cohete y que da lugar al agotamiento del carburante. Se puede traducir

como agotamiento. El síndrome de Burnout hace referencia a estar quemado por el trabajo, desgastado y exhausto, también conocido como síndrome de agotamiento en el trabajo.

Graham Greene en 1961 escribe su libro "A burnt-out case" en el que describe el caso de un arquitecto al que califica de quemado en el trabajo, que deja el ejercicio de su profesión y se retira al río Congo. Greene es el primero en mencionar el término burnout.

En 1974 Herbert J. Feudenberger introduce el término burnout en la literatura médica. Estudia a un grupo de voluntarios que trabajan, en Nueva York, en una clínica de desintoxicación. Observa que cuando han pasado entre uno y tres años trabajando se desmotivan, pierden la energía, empiezan a presentar ansiedad y depresión.

Feudenberger dice que el término burnout es sentirse agotado y fracasado debido al exceso de demanda de energía.

Desde que Feudenberger lo mencionara por primera vez en el ámbito de la medicina se han dado un gran número de definiciones que pretenden abarcar de forma fidedigna la esencia de éste síndrome.

La que se considera en la actualidad como más acertada es la que expusieron Maslach y Jackson (1981). Ellos consideran que se trata de una pésima forma de hacer frente al estrés emocional crónico que se traduce en despersonalización, cansancio emocional y escasa realización personal. Se produce en profesionales implicados en la ayuda a otros.

Este síndrome, además de afectar al personal sanitario que lo sufre, también lo hace a sus pacientes. Meier et al. (2001) relacionan las consecuencias que tiene en el paciente y en el profesional sanitario el hecho de no tener en cuenta el bienestar de este último (tabla 2).

TABLA 2. CONSECUENCIAS, EN EL PACIENTE Y EN EL PROFESIONAL, DE QUE NO SE CONSIDERE EL BIENESTAR DE ESTE ÚLTIMO	
Impacto en la atención al paciente	Impacto sobre el profesional
Baja calidad de atención	Sentimiento de soledad
Dificultad para identificar los valores del paciente y su familia que están influyendo en la toma de decisiones	Pérdida del sentido y misión profesional
Objetivos de cuidados inadecuados o incoherentes	Sentimientos de cinismo, impotencia, desesperanza y frustración.
Utilización excesiva de tratamientos y tecnologías inadecuadas consecuencia de no hacer procesos de toma de decisiones compartidas	Sentimientos negativos hacia el sistema sanitario y hacia la práctica de la profesión
Desconfianza del paciente y su familia en el sistema sanitario y sus profesionales	Deshumanización en el trato con los pacientes
Evitación de la relación con el paciente que da lugar a un aumento de las complicaciones médicas y a un alargamiento de la estancia hospitalaria	Riesgo aumentado de sufrir síndrome de burnout y depresión

2.4. FATIGA POR COMPASIÓN.

La compasión se entiende como un sentimiento de lastima ante los sufrimientos y penas de otras personas. La compasión es un término recurrente en los textos hebreos y cristianos

Fatiga por compasión viene de la traducción literal del inglés Compassion Fatigue. También, en textos de habla hispana, se suele utilizar como equivalente la expresión Desgaste por Empatía.

Algunos investigadores estiman que el termino fatiga por compasión incluye dos variables distintas, burnout y estrés traumático secundario (Stamm, 2010). Otros defienden que fatiga por compasión está dentro del burnout, que es una subdivisión del mismo, no un síndrome distinto (Sinclair et al., 2017), y muchos otros defienden su identidad diferente (Bourassa, 2012; Smart et al., 2014).

En la actualidad fatiga por compasión se utiliza en situaciones de crisis, dolor o sufrimiento, más relacionado con profesionales de la salud, mientras que estrés traumático secundario se relaciona más con situaciones traumáticas, más relacionado

con bomberos, policías y profesiones que desempeñan su labor en las catástrofes (Moreno-Jiménez et al., 2013). Un gran número de autores conceptualmente defienden que fatiga por compasión y estrés traumático secundario son el mismo concepto (Figley, 1995; Acinas, 2012).

2.4.1. Origen y evolución.

La fatiga por compasión está dentro de la Psicotraumatología, es un concepto en evolución que se vincula al coste de cuidar de personas que tienen un sufrimiento emocional. A lo largo de los últimos cuarenta años ha sido descrito con diferentes nombres.

A principios de los años noventa Figley habla de estrés traumático secundario relacionándolo con los desajustes psiquiátricos que resultan del estrés post-traumático. Sus investigaciones le llevan a decir que los profesionales pueden sufrir, aunque en menor medida, los síntomas de sus pacientes (Figley, 1995).

Joinson (1992), en sus estudios sobre enfermería, es el primero que habla de fatiga por compasión y ya empieza a asociarle características como fatiga crónica, irritabilidad y empeoramiento de la salud.

2.4.2. Definición.

La fatiga por compasión no es, en ningún caso, una enfermedad mental. Se trata de la respuesta que tienen, algunos profesionales, que quieren ayudar a otras personas que están sufriendo un dolor o un trauma (Gilmore, 2012).

Figley (1995) define fatiga por compasión como las maneras de actuar y las emociones que provienen de desear ayudar a una persona significativa que conocemos que ha sufrido una situación traumática. Es el precio que se paga por cuidar a enfermos con sufrimiento emocional y que en última instancia hace que el profesional no pueda seguir trabajando con ellos. Aunque la empatía y la compasión son cualidades necesarias para trabajar con personas también predisponen a sufrir fatiga por compasión. El grado en que se involucra el profesional, su actitud, empatía, y grado de exposición al dolor del paciente son importantes a la hora de sufrir o no este síndrome. Los trabajadores afectados absorben las emociones de las experiencias dolorosas de los otros, pudiendo llegar a afectar a su identidad profesional y personal (Berzoff y Kita, 2010)

LaRowe (2005) habla de un corazón pesado y Vachon (2006) la refiere como una disminución lenta de la compasión a lo largo del tiempo, generalmente relacionada con mostrar compasión repetidamente por personas con sufrimiento continuo e irresoluble (Kearney 2009). También se ha escrito que los profesionales que la padecen pierden la capacidad de cuidar con compasión (Coetzee y Klopper, 2010).

Acinas (2012), trabajando con profesionales sanitarios de cuidados paliativos, la define como la consecuencia de trabajar con pacientes que sufren. Es tratable y predecible, es el residuo emocional que queda en los profesionales que están en contacto con personas que sufren las consecuencias de situaciones traumáticas. Estos profesionales van a sufrir, además del estrés y las insatisfacciones propias de su trabajo, los sentimientos que les produce trabajar con gente que sufre.

Las personas que trabajan en contacto directo con el sufrimiento son más vulnerables a la fatiga por compasión. La probabilidad de padecerla se acentúa cuando el trabajador ha sufrido alguna situación traumatizante en su vida. Los traumas que no han sido bien resueltos se pueden volver a activar con el sufrimiento de los demás.

2.4.3. Síntomas

En numerosas ocasiones los profesionales relacionados con la ayuda están centrados en el paciente y prestan poca atención a su malestar. Es importante, en cuanto aparecen los primeros signos tomar medidas para desacelerar el proceso que de no hacerlo terminará en Fatiga por Compasión. Si estos signos se agravan como consecuencia, entre otras, de unas poco adecuadas condiciones de trabajo, este síndrome podría terminar en Burnout (Stamm, 2002)

Campos et al. (2015) tras hacer una revisión bibliográfica establecen los síntomas que aparecen en este síndrome. Los agrupan en cinco subsistemas que aparecen en la Tabla 3

TABLA 3. SEÑALES DE LA FATIGA POR COMPASIÓN	
Conductuales	<ul style="list-style-type: none">• Evitación de los clientes• Absentismo• Consumo de psicofármacos• Retraimiento• Dificultad para separar lo personal de lo laboral• Hipervigilancia
Afectivas	<ul style="list-style-type: none">• Rabia e irritabilidad• Desgaste y agotamiento emocional• Deterioro significativo de la capacidad empática• Experiencia negativa del mundo externo• Dificultades para la tolerancia de emociones fuertes
Somáticas	<ul style="list-style-type: none">• Agotamiento físico• Insomnio• Cefalea y migraña• Disminución de la respuesta inmunológica• Incremento de la somatización• Aparición de tendencia hipocondríaca• Depresión
Interpersonales	<ul style="list-style-type: none">• Conflictos interpersonales en la red social íntima• Incapacidad de desarrollar aspectos de la vida que no estén relacionados con el trabajo• Despersonalización
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none">• Exagerado sentido de la responsabilidad• Dificultades para tomar decisiones• Tendencia a olvidar• Descenso del compromiso con el cliente• Deterioro de la auto-imagen• Deterioro de la capacidad empática• Miedo irracional

2.4.4. Instrumentos de medida.

A continuación, se expone la información sobre los diferentes instrumentos de medición que se utilizan para evaluar la fatiga por compasión

2.4.4.1. Autotest de Fatiga por Compasión (CFST), Escala de Fatiga de Compasión - Revisada (CFS-R) y Escala Corta de Fatiga de Compasión (CF-Short Scale)

El CFST (Figley, 1995) fue una de las primeras herramientas estudiadas específicamente para este propósito. El CFST fue desarrollado originalmente en base a la experiencia clínica y diseñado para evaluar tanto la fatiga por compasión como el burnout. El autotest original tiene 40 ítems divididos en dos subescalas: fatiga por compasión (23 ítems) y burnout (17 ítems). Las instrucciones solicitan a los encuestados que indiquen con qué frecuencia (1 = rara vez / nunca, 2 = a veces, 3 = no estoy seguro, 4 = a menudo, 5 = muy a menudo) una característica particular, es cierta acerca de sí mismos o de su situación. En la subescala de fatiga por compasión, las puntuaciones de 26 o menos indican riesgo extremadamente bajo, las puntuaciones entre 27 y 30 indican riesgo bajo, las puntuaciones entre 31 y 35 indican riesgo moderado, las puntuaciones entre 36 y 40 indican riesgo alto y las puntuaciones de 41 o más indican riesgo extremadamente alto de fatiga por compasión (Figley, 1995). En la subescala de burnout, las puntuaciones de 36 o menos indican un riesgo extremadamente bajo, las puntuaciones entre 37 y 50 indican un riesgo moderado, las puntuaciones entre 51 y 75 indican un riesgo alto y las puntuaciones entre 76 y 85 indican un riesgo extremadamente alto de burnout.

Stamm y Figley (1996) completaron el CFST con la adición de una serie de preguntas orientadas positivamente, paralelas a la orientación negativa de los ítems de fatiga por compasión, lo que dio lugar a un instrumento de 66 ítems. La adición de estas preguntas tenía la intención de medir la satisfacción de la compasión. El desarrollo continuo de esta versión del CFST ha dado como resultado un instrumento renombrado como Escala de calidad de vida profesional (ProQOL), que se trata más detalladamente más adelante.

Gentry et al. (2002) informan que utilizan una versión diferente del CFST, que ellos llaman la Escala de Fatiga de Compasión - Revisada (CFS-R). Esta versión consta de 30 elementos, 22 de los cuales miden la fatiga de la compasión y 8 el burnout. Se pide a los encuestados que usen una escala de 10 puntos para indicar con qué frecuencia cada elemento es verdadero para ellos. Estos autores no informaron de

confiabilidad o validez. Más recientemente, Adams et al. (2006) realizaron un estudio psicométrico del CFS-R, que identificó múltiples factores subyacentes y cuestionó la validez del CFS-R. Estos autores hicieron mejoras lo que dio lugar a un instrumento revisado, que llaman Escala Corta de Fatiga de Compasión (CF-Short) que consta de 13 ítems. Adams et al. (2006) presentan evidencia convincente para la validez predictiva de la escala CF-Short.

2.4.4.2. Escala de calidad de vida profesional (ProQOL)

Como se señaló anteriormente, el ProQOL (Stamm, 2005) es una revisión de la Autocomprobación de Fatiga por Compasión de Figley (1995) y se compone de tres subescalas discretas. La primera subescala mide la satisfacción de la compasión, definida como el placer derivado de poder hacer bien el trabajo (ayudar a otros). Los puntajes más altos en esta subescala representan una mayor satisfacción relacionada con la capacidad de ser un cuidador efectivo. La segunda subescala mide el burnout o los sentimientos de desesperanza y dificultades para lidiar con el trabajo o para hacer el trabajo de manera efectiva. Los puntajes más altos en esta subescala representan un mayor riesgo de burnout. La tercera subescala mide la fatiga por compasión (estrés traumático secundario), con puntuaciones más altas que representan mayores niveles de fatiga de la compasión.

El ProQOL está estructurado como una medida de autoinforme de 30 ítems en la que los encuestados deben indicar con qué frecuencia se experimentó cada ítem en los 30 días anteriores. Cada ítem se responde con una escala Likert de 6 ítems (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algunas veces, 3 = algo a menudo, 4 = con frecuencia y 5 = con mucha frecuencia). La puntuación requiere sumar las respuestas de los ítems para cada subescala de 10 ítems. Los puntajes de las subescalas no se pueden combinar para calcular un puntaje total. Las pautas de puntaje más actuales (Stamm, 2005) se basan en un método de cuartil conservador mediante el cual los puntajes de corte se basan en el percentil 75. Como tal, las pautas sugieren que un puntaje de 33 o menos en la escala de satisfacción de la compasión puede sugerir insatisfacción laboral. Las pautas para la escala de burnout sugieren que un puntaje por debajo de 18 refleja sentimientos positivos sobre la capacidad de uno para ser efectivo en el trabajo de uno, y los puntajes por encima de 27 pueden ser motivo de preocupación porque uno puede no sentirse efectivo. Stam (2010) clasifica las puntuaciones de fatiga por compasión en nivel bajo con igual o menos de 22 puntos. Medio entre 23 y 41 puntos y alto con 42 puntos o más. Los niveles medios ya originan un importante problema.

A nivel mundial es el instrumento más utilizado para medir el grado de Fatiga por Compasión y Satisfacción por Compasión. Como se ha dicho, también evalúa el Síndrome de Burnout, pero para este último no es el más utilizado.

2.4.4.3. Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS)

El STSS (Bride et al., 2004) fue diseñado para evaluar la frecuencia de los síntomas de intrusión, evitación y excitación asociados con la exposición indirecta a eventos traumáticos a través del trabajo clínico con poblaciones traumatizadas. Consta de 17 ítems en tres subescalas denominadas intrusión, evitación y excitación. Los encuestados deben indicar con qué frecuencia cada elemento fue verdadero para ellos en los últimos siete días utilizando un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = ocasionalmente, 4 = a menudo y 5 = muy a menudo). La redacción de las instrucciones y los elementos específicos de los factores estresantes están diseñados de tal manera que el factor estresante traumático se identifica como trabajo clínico con clientes traumatizados a fin de minimizar la posibilidad de que los encuestados respalden los elementos en función de una experiencia de traumatización directa.

El puntaje del STSS requiere la suma de los puntajes en cada ítem para obtener un puntaje total. Las puntuaciones para cada subescala también se pueden obtener sumando solo los elementos asignados a la subescala respectiva. Bride (2007) proporciona pautas para interpretar las respuestas al STSS en base a percentiles mediante los cuales un puntaje total igual o inferior al percentil 50 (menos de 28) se interpreta como poco o ningún estrés traumático secundario, puntajes del percentil 51 al 75 (28 –37) se interpreta como estrés traumático secundario leve, las puntuaciones del percentil 76 al 90 (38–43) se interpretan como estrés traumático secundario moderado, las puntuaciones del percentil 91 al 95 (44–48) se interpretan como secundaria alta el estrés traumático y las puntuaciones superiores al percentil 95 (49 y superior) se interpretarán como estrés traumático secundario severo. Un segundo enfoque para interpretar los puntajes de STSS es usar 38 como puntaje de corte, de modo que un puntaje de 38 o más indica que se deben tomar medidas para abordar el estrés traumático secundario (Bride, 2007). Por último, se puede utilizar un enfoque de algoritmo para interpretar el STSS para detectar la presencia de trastorno de estrés postraumático debido a la exposición secundaria (Bride, 2007).

Usando el enfoque de algoritmo, si un individuo respalda al menos un ítem con puntuación de 3 o más en la subescala de Intrusión, al menos tres ítems en la subescala de Evitación, y al menos dos ítems en la subescala de excitación, entonces ese individuo

puede estar experimentando trastorno de estrés postraumático en un nivel de diagnóstico debido al estrés traumático secundario. Sin embargo, es importante subrayar que el STSS es una medida de detección y no reemplaza una entrevista clínica exhaustiva.

2.4.4.4. Escala de impacto de eventos (IES) y escala de impacto de eventos revisada (IES-R)

Aunque está diseñado para medir directamente, en lugar de secundariamente, el trauma experimentado, tanto el IES como el IES-R se han utilizado en estudios de fatiga por compasión en los proveedores de servicios. El IES (Horowitz et al., 1979) es la medida más ampliamente utilizada de sintomatología de estrés traumático (Weiss, 2004), y ha sido diseñado para medir la experiencia de angustia subjetiva relacionada con una experiencia traumática singular. La medida se compone de dos escalas: Intrusión y Evitación. La Escala de Intrusión se compone de siete elementos que evalúan pensamientos e imágenes no deseadas, sueños, oleadas de sentimientos y comportamiento repetitivo relacionados con el estresante. La escala de evitación se compone de ocho elementos que evalúan la sensación embotada, la inhibición del comportamiento y la conciencia del entumecimiento emocional. Las respuestas se proporcionan en base a una Escala Likert de 4 puntos algo inusual, donde 0 = nada, 1 = raramente, 3 = a veces y 5 = a menudo que les pide a los encuestados que indiquen con qué frecuencia experimentaron síntomas la semana pasada. Se ha sugerido una puntuación de 26 en las escalas combinadas de intrusión y evitación como un punto de corte para reacciones clínicamente significativas (Horowitz et al., 1979).

Una crítica común al IES es que no mide un tercer aspecto de la sintomatología del estrés traumático, el de las experiencias de hiperactivación. Por esta razón, el IES-R puede ser preferible para evaluar los síntomas del trauma.

El IES-R (Weiss, 2004; Weiss y Marmar, 1997) se desarrolló para aprovechar la utilidad del IES original agregando ítems que podrían rastrear las respuestas en el dominio de la hiperactivación. Se añaden siete ítems adicionales a los 15 ítems del IES original. Hay que señalar que el IES y el IES-R están diseñados para evaluar los síntomas relacionados con experiencias directas de trauma. Las instrucciones piden a los encuestados que vinculen sus respuestas a un evento traumático particular. Al utilizar estas medidas para evaluar la fatiga por compasión, es importante que el encuestado tenga claro que se está refiriendo a su trabajo clínico con clientes traumatizados como el trauma. Sin esta especificación, uno puede medir

inadvertidamente otros traumas que se experimentaron directamente. Debido a que el IES y el IES-R fueron diseñados para medir el impacto de eventos traumáticos que se experimentaron directamente, las estimaciones de su confiabilidad y validez provienen principalmente de estudios de individuos directamente traumatizados. Como tal, su fiabilidad y validez en la medición de la fatiga por compasión no se ha establecido completamente.

2.4.4.5. Escala de creencias de trauma y apego (TABS)

El TABS (Pearlman, 2003), anteriormente conocido como Escala de Creencias del Instituto de Estrés Traumático TSI (TSI-BS; Pearlman, 1996), es una medida basada en la teoría constructivista del autodesarrollo. El TABS actual de 84 ítems evalúa las interrupciones en los esquemas cognitivos que reflejan las siguientes cinco áreas de necesidad psicológica: Control, Estima, Intimidad, Seguridad y Confianza. Utilizando la puntuación de escala Likert (1 = “totalmente en desacuerdo con” hasta 6 = “totalmente de acuerdo con”), el TABS produce una puntuación total, así como diez subescalas que miden cada una de las áreas de necesidad psicológica en relación con uno mismo y otros: (1) Seguridad personal, (2) Otra seguridad, (3) Confianza en uno mismo, (4) Otra confianza, (5) Autoestima, (6) Otra estima, (7) Auto-intimidad, (8) Otra intimidad, (9) Autocontrol, y (10) Otro control. La escala está diseñada para identificar temas psicológicos en el material del trauma, así como temas interpersonales e intrapersonales que probablemente surjan dentro del proceso terapéutico. El TABS fue diseñado para su uso con personas que han experimentado eventos traumáticos directamente, sin embargo, también ha sido utilizado por investigadores para evaluar los efectos de la traumatización indirecta. Los puntajes más altos indican más desajustes en las creencias, sin embargo, no se han publicado pautas para interpretar los puntajes con un punto de corte o rangos de puntaje.

2.4.4.6. Escala de Supuestos Mundiales (WAS)

El WAS (Janoff-Bulman, 1989) es una escala de autoinforme de 32 ítems diseñada para medir los cambios en el esquema cognitivo asociado con el trauma. Originalmente, este instrumento tenía la intención de evaluar los cambios en la visión del mundo de las personas que habían sido directamente traumatizadas, sin embargo, dado que el concepto de traumatización indirecta está enraizado, al menos en parte, en

la teoría mundial de supuestos de Janoff-Bulman (1989), se deduce que es un medida adecuada para monitorear las distorsiones cognitivas que pueden ocurrir.

El WAS contiene tres subescalas que corresponden a dominios de cosmovisión distintos:

- “La benevolencia del mundo” consiste en creencias sobre el equilibrio del bien y la desgracia en el mundo, así como creencias sobre la benevolencia entre las personas.
- “El significado del mundo” consiste en creencias sobre la justicia, la capacidad de control de los resultados y el papel del azar.
- “Uno mismo como digno” consiste en creencias sobre la autoestima, el papel del comportamiento personal en los resultados y el sentido de la suerte personal.

Se pide a los encuestados que indiquen su nivel de acuerdo con cada ítem, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, utilizando una escala de respuesta Likert de 6 puntos. Las puntuaciones de la subescala se calculan sumando los elementos correspondientes a cada escala y se puede obtener una puntuación total sumando las puntuaciones de las subescalas. No se han publicado pautas para interpretar las puntuaciones con un punto de corte o rangos de puntuación.

2.4.5. Modelo general de resiliencia a la fatiga por compasión

La resiliencia según la Real Academia Española de la Lengua es “la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas”.

Inicialmente, la resiliencia se consideraba como una respuesta patológica e inusual pero ya Saakvitne et al. (1996) demuestran que está lejos de ser una respuesta patológica, se trata de una respuesta positiva a la adversidad. Se admite que las personas con alta resiliencia presentan un elevado sentido de compromiso, una gran sensación de control sobre los acontecimientos e interpretan las experiencias estresantes como parte de la vida. La resiliencia tiene tres componentes: compromiso, control y reto (Acinas, 2012).

Figley (2014) expone un modelo que ayuda a evaluar el nivel de resiliencia a la fatiga por compasión mediante diez variables interrelacionadas que han sido identificadas en las investigaciones sobre este síndrome.



Figura 1. Modelo de resiliencia a la Fatiga por Compasión (Figley, 2014)

La **exposición al cliente** que está sufriendo, es el número de horas por semana que un trabajador de servicios humanos está expuesto al sufrimiento de un cliente, imaginando lo que sería estar en su situación.

La **capacidad empática** hace que el profesional esté capacitado para predecir la emoción mostrada por el paciente y exponerle emociones que den resultados positivos.

La **preocupación por el cliente**. El profesional está interesado en el bienestar del cliente y este interés hace que intente buscar la mejor respuesta terapéutica posible.

Cuando aumenta la exposición al sufrimiento del cliente, la capacidad empática del profesional y/o la preocupación por el cliente se mejora la respuesta terapéutica, aumenta el estrés por compasión residual y disminuye la resiliencia a la fatiga por compasión.

La **respuesta terapéutica** permite al paciente/cliente estar más dispuesto a cambiar, estar menos temeroso, ser más optimista con los resultados clínicos y sentirse más respaldado. Pero al entregar la respuesta terapéutica apropiada, el profesional experimenta angustia indirecta del cliente que llamamos estrés por compasión residual.

La **autorregulación** es el grado en que el trabajador puede controlar el origen y el impacto del estrés y separar el trabajo de la vida personal.

Satisfacción por compasión y apoyo es la medida en que un trabajador siente un elevado nivel de satisfacción personal al trabajar con sus pacientes y también un alto nivel respeto y apoyo por parte de sus compañeros.

Estrés por compasión residual es el estrés, que sufren los trabajadores de apoyo, debido a la complicada situación del paciente. También a la preocupación por

intentar ayudarlos en el sufrimiento en la mayor medida posible. La respuesta terapéutica, la autorregulación y la satisfacción por compasión y soporte afectan al nivel de estrés por compasión residual.

La **resiliencia** a la fatiga por compasión indica la rapidez y el grado de recuperación completa de un trabajador ante una situación estresante que puede llevarle a la fatiga por compasión. Esta resiliencia está en función de cuatro variables distintas: estrés por compasión residual, exposición prolongada a los clientes, manejo efectivo de los recuerdos traumáticos y nuevos estresores de la vida.

La **exposición prolongada a los clientes** es la cantidad de pacientes a su cargo frente al tiempo que emplea por día en atenderlos y multiplicado por la cantidad de meses que realizan este trabajo. Cuanto mayor es el tiempo que el profesional está expuesto al paciente que sufre menor es su resiliencia a la fatiga por compasión.

El **manejo efectivo de los recuerdos traumáticos**. Cuanto mejor se puedan gestionar los recuerdos de traumas pasados mayor será la resiliencia a la fatiga por compasión. Es importante para predecir su recuperación y también para permitir rentabilizar los traumas pasados para ayudar a clientes que están pasando por situaciones parecidas.

Los **nuevos estresores de la vida**. A lo largo de la vida siempre están apareciendo nuevas situaciones no previstas que originan estrés y originan crisis familiares y personales que afectan a la vida de los profesionales y por lo tanto a la resiliencia a la fatiga por compasión.

Todas estas variables ayudan a estimar la recuperación de la fatiga por compasión y permiten diseñar programas para favorecerla (Figley, 2014).

2.4.6. Prevención

Radey y Figley (2007) hablan de perspicacia empática como la capacidad que tiene el profesional de ver y disminuir a tiempo la fatiga por compasión e incrementar la satisfacción por compasión aumentando el afecto positivo, el auto-cuidado y los recursos

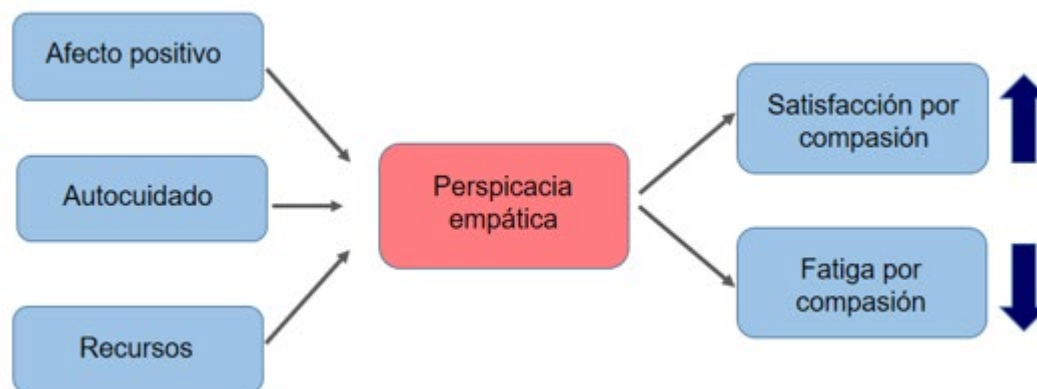


Figura 2. Prevención de la fatiga por compasión (Radey y Figley, 2007)

Afecto positivo: hace referencia a las características de la relación que son esenciales para contactar con las necesidades del paciente, como son la alianza de ayuda y la respuesta empática. También hace referencia a satisfacer las necesidades del profesional como son el aprecio de los otros y la satisfacción por el trabajo realizado.

Autocuidado: además de llevar pautas adecuadas de descanso, sueño y alimentación es importante llevar un plan de autocuidado que nos mantenga en alerta, mejore la perspicacia empática y por tanto aumente la satisfacción por compasión y disminuya la Fatiga por compasión.

Recursos: Los recursos con los que pueden contar los profesionales son diversos. Es importante el apoyo de profesionales especialistas en este síndrome. Participar en programas educativos para desarrollar habilidades de afrontamiento son herramientas poderosas que nos pueden aumentar la perspicacia empática. También es interesante participar en retiros que ayudan a afrontar la carga psicológica resultante del cuidado. Por último, la discusión de situaciones complicadas de pacientes entre el equipo multidisciplinar también pueden ser de gran ayuda.

La perspicacia empática también es susceptible de ser mejorada con las técnicas que están encaminadas a manejar el estrés. Aquí se pueden mencionar el control de la respiración, el movimiento físico, la relajación, la meditación, la musicoterapia, etc. Casi todos los tratamientos empleados para controlar la ansiedad son útiles en la fatiga por compasión.

2.5. FATIGA POR COMPASIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS.

En las unidades de cuidados paliativos, los profesionales se encuentran en una adaptación continua pues en los enfermos terminales y en su entorno las emociones son extremas y cambiantes. Es necesario que se conozcan y comprendan los aspectos emocionales que se manifiestan en la situación de terminalidad (Acinas, 2012).

Los profesionales de cuidados paliativos con frecuencia están expuestos a problemas existenciales, desafíos psicológicos y angustia emocional que surgen en pacientes que se enfrentan al final de la vida. Aunque trabajar en cuidados paliativos es profesional y personalmente gratificante (Sinclair, 2011), también conlleva una serie de riesgos y desafíos personales. Los riesgos de trabajar en este contexto están bien documentados (Meier et al., 2001; Cole y Carlin, 2009) e incluyen burnout (Peters, 2012), fatiga de compasión y mala calidad de la atención (Kearney et al., 2011). Al mismo tiempo, la mayoría de los profesionales paliativos informan altos niveles de satisfacción y significado en su trabajo y reconocen que el cuidado para los pacientes que se enfrentan al final de la vida puede ser una experiencia enriquecedora y beneficiosa (Sinclair, 2011; Smart, 2014). Las tasas de satisfacción laboral entre los médicos de cuidados paliativos siguen siendo muy altas, y un gran número de médicos informa que recomendarían trabajar en hospicio o medicina paliativa a sus colegas (Graham et al., 1996). Del mismo modo, el burnout entre los médicos de cuidados paliativos sigue siendo consistentemente bajo en comparación con otras especialidades (Lepnum et al., 2009; Asai et al., 2007; Dunwoodie y Auret, 2007). Varios estudios han identificado la oportunidad de desarrollar conexiones curativas y cultivar la compasión en el encuentro clínico como aspectos particularmente beneficiosos de los cuidados paliativos. (Sinclair, 2011; Block, 2001; Mount et al., 2007; Kearney et al., 2009; Sinclair et al., 2006; Puchalski y Guenther, 2012). Un estudio de los médicos canadienses de primera línea de cuidados paliativos describe sentimientos de satisfacción y gratitud y un mayor sentido de espiritualidad como resultado de proporcionar cuidados paliativos (Sinclair, 2011).

La vida interior de los profesionales de cuidados paliativos, es decir, mantener su ecuanimidad, cultivar la compasión y también desarrollar un sentido más profundo de vocación y satisfacción laboral, se ha identificado como un tema importante en el proceso de curación (Sinclair, 2011; Mount et al., 2007; Sinclair et al., 2006). Enfrentarse al final de la vida requiere una amplia gama de habilidades y capacidades humanas para enfrentar la mortalidad y las creencias, actitudes asociadas, y recursos (Schmidt-Rio et al., 2007).

3. OBJETIVOS.

Se realiza una búsqueda bibliográfica cuyo objetivo general es determinar y describir la fatiga por compasión y sus condicionantes en médicos y enfermeras que trabajan en unidades de cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- 1) Describir los artículos revisados para hacer un análisis crítico de sus características, tales como año y lugar de publicación, objetivos planteados, herramientas utilizadas en la medida, así como población de estudio y tamaño de muestra
- 2) Analizar las relaciones existentes entre fatiga por compasión, burnout y satisfacción de la compasión en los datos encontrados en la literatura.
- 3) Conocer los datos de prevalencia de la fatiga por compasión en los profesionales de la salud (principalmente médicos y enfermeras) que trabajan en los servicios de cuidados paliativos existentes en la literatura.
- 4) Conocer los predictores que nos permitan alertar de la posibilidad de sufrir fatiga por compasión.
- 5) Describir los factores de protección sobre los que se puede actuar para minimizar el riesgo de sufrirla.



4. METODOLOGÍA.

4.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible de la fatiga por compasión en médicos y enfermeras que trabajan en cuidados paliativos tanto hospitalarios como domiciliarios.

Se siguen las recomendaciones de la Declaración PRISMA, publicada en julio de 2009 (Urrútia y Bonfill, 2010).

Partimos de la siguiente pregunta de investigación formulada mediante PICO.

P: Profesionales Sanitarios de servicios especializados en Cuidados Paliativos.

I: fatiga por compasión

C: no procede

O: presencia o no de síntomas como resultado del ejercicio de su profesión

A continuación, identificamos los conceptos y establecemos los términos de búsqueda, es decir, los descriptores, mediante la revisión de palabras claves de artículos y la utilización de los tesauros DecS y MeSh. Establecemos como palabras claves: palliative care, secondary traumatic stress y compassion fatigue, esta última es seleccionada como texto libre al no ser encontrada en dichos tesauros.

Con los términos descritos, realizamos la búsqueda de referencias bibliográficas en distintas bases de datos (Medline, PubMed y Embase.) mediante búsqueda avanzada utilizando operadores booleanos:

- “palliative care” AND (“compassion fatigue” OR “secondary traumatic stress”).

4.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ARTÍCULOS.

Utilizamos la herramienta QualSyst (Kmet et al. 2004) para evaluar críticamente la calidad de nuestros artículos seleccionados. La "calidad" la definen en términos de la validez interna de estudios y de la medida en que, en el diseño, en la realización y en los análisis, se minimizan errores y sesgos. Esta herramienta surge de la necesidad de contar con criterios estándar y reproducibles para evaluar la calidad de los distintos tipos de estudios que existen.

Kmet determina que no era factible desarrollar uno solo, sistema de puntuación operacional que incluya las nociones centrales de "calidad", descritas en la literatura como relevantes por lo que desarrollan dos sistemas separados, uno para estudios cuantitativos y otro para cualitativos. Para los primeros la herramienta consta de 14 ítems que se puntúan según el grado de cumplimiento (Si = 2, parcial = 1 y no = 0). Los ítems no aplicables a un diseño particular de estudio se marcan como no aplicables "na" y se excluyeron del cálculo. La puntuación para cada artículo se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems y dividiendo este valor por la puntuación máxima posible tras descontar los ítems "na" multiplicados por dos. Esto expresado en forma de fórmula matemática es:

$$\text{Puntuación}_{\text{Cuantitativos}} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de "Si"} \times 2 + \text{n}^{\circ} \text{ de "Parcial"} \times 1}{28 - \text{n}^{\circ} \text{ de "na"} \times 2}$$

Para los estudios cualitativos la herramienta tiene 10 ítems cada uno de los cuales se puntúa igual que en los cuantitativos, con la excepción de que no es aplicable "na". La puntuación total se calcula de forma similar que para los estudios cuantitativos, pero dividiendo por veinte, que es la puntuación máxima posible. Expresado en forma de fórmula matemática:

$$\text{Puntuación}_{\text{Cualitativos}} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de "Si"} \times 2 + \text{n}^{\circ} \text{ de "Parcial"} \times 1}{20}$$

Los resultados dan un valor entre cero y uno.

4.3. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN.

Aplicamos como filtros que los artículos no tengan más de 10 años de antigüedad, y cuyo idioma sea inglés, español o portugués.

Para acotar los resultados aplicamos los siguientes **criterios de inclusión**:

- Que traten específicamente de la fatiga por compasión
- Centrados en profesionales sanitarios de los campos de medicina y enfermería.
- Que los profesionales estudiados presten sus servicios en equipos específicos de cuidados paliativos tanto hospitalarios como domiciliarios.

Como **criterios de exclusión**:

- Revisiones bibliográficas, sistemáticas y metaanálisis.
- Artículos de baja calidad científica (menos de 0,7 puntos de Quallsyst).

Tras aplicar los filtros de antigüedad e idioma y eliminación de duplicados, se hace la lectura de los abstract y se aplican los criterios de inclusión y exclusión. Seguidamente se leen los artículos completos y se elaboran las siguientes tablas para presentar la información:

- 1) Tabla que contenga: Autores, año de publicación, país, tipo de estudio, población de muestreo, ámbito, tamaño muestral, objetivos del estudio, herramienta de medida y valoración de la calidad metodológica.
- 2) Tabla que contenga los autores, la herramienta utilizada para medir fatiga por compasión y la forma de presentación de los datos.
- 3) Tabla que contenga los datos agrupados en niveles bajo, medio y alto de satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout, obtenidos con ProQOL, en función de los países donde se realizan los estudios.
- 4) Tabla que contenga los niveles promedio de satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout, obtenidos con ProQOL, en función de los países donde se realizan los estudios.
- 5) Tabla que contenga los predictores de fatiga por compasión encontrados en los artículos seleccionados, así como los autores que los investigan.
- 6) Tabla que contenga los factores de protección frente a fatiga por compasión encontrados en los artículos seleccionados, así como los autores que los investigan.



5. RESULTADOS.

La cadena de búsqueda expuesta en el apartado anterior nos aporta 312 citas bibliográficas (97 en PubMed, 59 en Medline OVIDSP y 156 en Embase) (Figura 3).

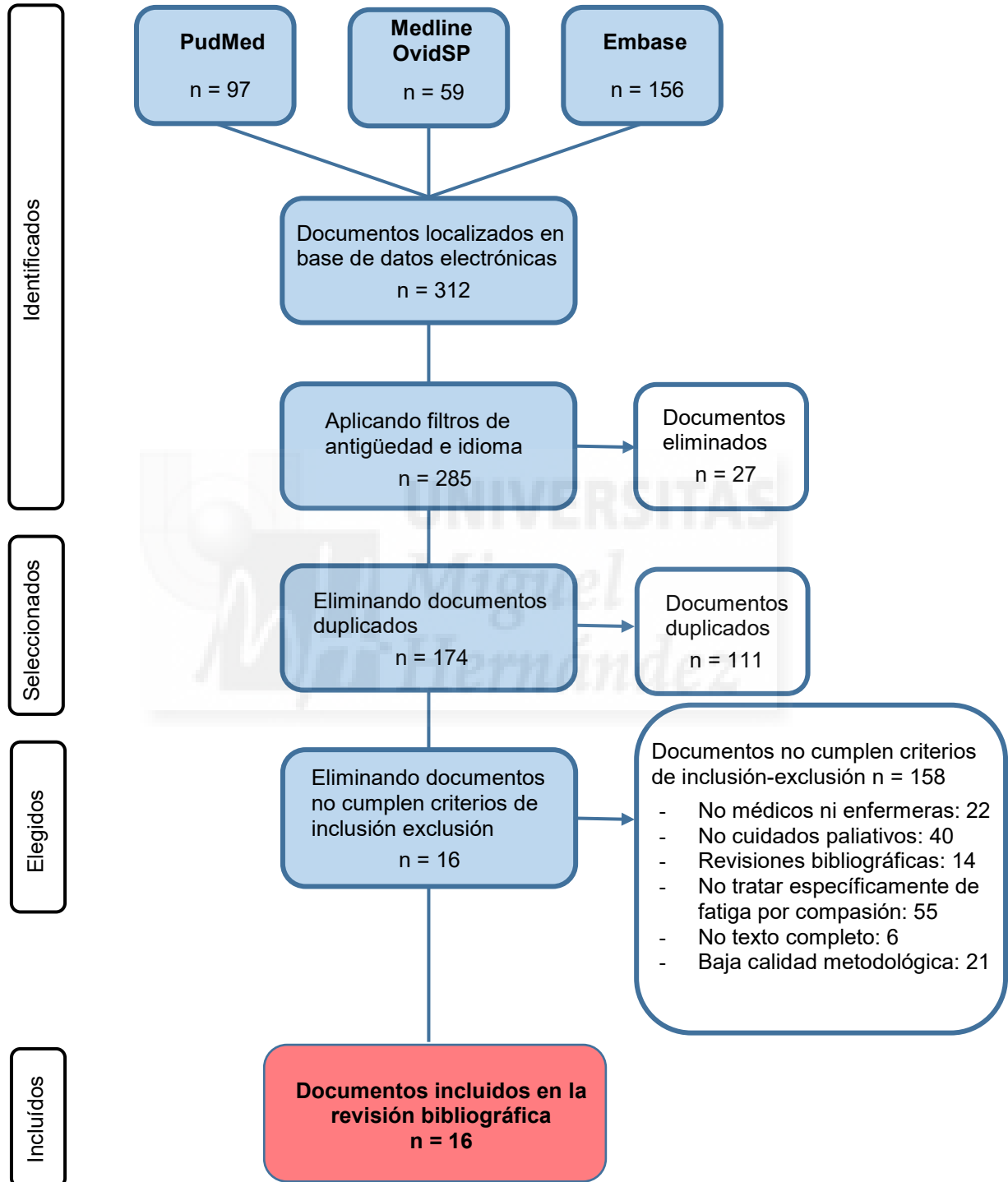


Figura 3. Diagrama de flujo

Aplicando los filtros de antigüedad e idioma eliminamos 27 artículos, a continuación, excluimos 111 por estar duplicados, quedándonos con 174.

En la siguiente etapa, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión eliminamos 22 artículos cuya población de estudio no contiene ni médicos ni enfermeras, 40 artículos que no son del ámbito de los cuidados paliativos, 14 revisiones bibliográficas, sistemáticas o metaanálisis, 55 artículos que no tratan específicamente de fatiga por compasión, 6 que no tienen texto completo publicado y 21 de baja calidad metodológica.

Tras todas estas exclusiones nos quedamos con 16 artículos para nuestro estudio.

En la tabla 4 se expone el análisis cualitativo de los dieciséis artículos que han sido seleccionados en esta revisión bibliográfica. En ella se incluyen las siguientes variables descriptivas que los caracterizan: autores, año de publicación, país de realización, tipo de estudio, población en la que se realiza, ámbito, tamaño de la muestra, objetivo y herramienta utilizada en la medida. Posteriormente, en la tabla 5 se mostrará la herramienta utilizada para medir la prevalencia de fatiga por compasión de los artículos que se han revisado así como la manera de agrupar los datos. En la tabla 6 se verá la prevalencia de satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout, en los estudios en los que se emplea ProQOL, agrupando los datos en función de los porcentajes de los profesionales que tienen niveles bajos, medios o elevados de éstas variables. En la tabla 7 se observará, también la prevalencia, cuando los autores solo exponen datos medios. en la tabla 8, se mostrarán los predictores de fatiga por compasión, así como los investigadores de nuestra revisión que los estudian. Por último, en la tabla 9 se verán las actuaciones que se pueden realizar para disminuir los niveles de fatiga por compasión y que hemos encontrado en los artículos revisados en este trabajo que son: escritura expresiva, cibermeditación y autocuidado consciente, así como los autores que las estudian.

TABLA 4. CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

TÍTULO, AUTORES, AÑO Y PAÍS PUBLICACIÓN	ESTUDIO	POBLACIÓN	ÁMBITO	TAMAÑO MUESTRA	OBJETIVO DEL ESTUDIO	HERRAMIENTA DE MEDIDA	CALIDAD METODOLÓGICA (Kmet et al., 2004)
Tonarelli et al. 2018 Italia	Estudio cuasi experimental	Multidisciplinar	Cuidados paliativos	26	Corroborar el efecto que la escritura expresiva en la satisfacción laboral, en las estrategias de afrontamiento, efecto sobre el estrés, fatiga por compasión y burnout		0,77
Cosentino et al. 2019 Italia	Estudio cuasi experimental	Multidisciplinar	Cuidados paliativos/ hospice	66	Evaluar el efecto del protocolo de Escritura Expresiva en los niveles de Satisfacción de Compasión, Cohesión de Grupo y Compromiso Organizacional. Evaluar la percepción que tienen los profesionales de la utilidad del protocolo de Escritura Expresiva	Escala de calificación de satisfacción de la compasión (tomada de ProQOL)	0,86
Galiana et al. 2017 España y Brasil	Estudio descriptivo transversal	Multidisciplinar	Cuidados Paliativos	En España 385 En Brasil 161	Estudiar las propiedades psicométricas de las versiones española y portuguesa de la escala ProQOL. Ofrecer un diagnóstico de satisfacción por compasión y niveles de fatiga por compasión. Comparar niveles en ProQOL entre países	Escala de calidad de vida profesional (ProQOL)	0,95
Frey et al. 2018 Nueva Zelanda	Estudio descriptivo transversal	Multidisciplinar principalmente enfermería	Mayoritariamente cuidados paliativos	256	Explorar el agotamiento y la fatiga por compasión, así como los posibles factores de protección. Evaluar las contribuciones respectivas del empoderamiento profesional, relacionado con el trabajo y los factores individuales al estrés traumático	ProQOL	0,95
Flanagan y Casey 2016 Irlanda	Estudio descriptivo transversal	Enfermería	Cuidados paliativos	139	Prevalencia de fatiga por compasión y factores que influyen en la misma	ProQOL	0,95

TABLA 4. CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS (CONTINUACIÓN)

TÍTULO, AUTORES, AÑO Y PAÍS PUBLICACIÓN	ESTUDIO	POBLACIÓN	ÁMBITO	TAMAÑO MUESTRA	OBJETIVO DEL ESTUDIO	HERRAMIENTA DE MEDIDA	CALIDAD METODOLÓGICA (Kmet et al., 2004)
Hotchkiss 2018, Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	Multidisciplinar	Hospice	324	Predecir el riesgo de burnout a partir del conocimiento de ProQOL y las prácticas de autocuidado.	ProQOL	0,95
Kase et al. 2019 Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	Médicos y enfermeras	Cuidados paliativos pediátricos	150	Construir modelos de regresión logística y lineal para fatiga por compasión, burnout y satisfacción de la compasión en función de factores de riesgo potenciales	Autotest de fatiga por compasión para ayudantes (CFST)	0,95
Ogińska-Bulik 2018 Polonia	Estudio descriptivo transversal	Enfermeras	Cuidados paliativos de hospice y hospitalarios de larga duración	72	Determinar el papel de la resistencia en la aparición de la fatiga por compasión y crecimiento postraumático indirecto entre los profesionales que atienden a personas con enfermedades terminales	Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS)	0,86
Sansó et al. 2015 España	Estudio descriptivo transversal	Multidisciplinar (principalmente médicos y enfermeras)	Cuidados paliativos (hospitalarios y domiciliarios)	387	Mejorar la comprensión de los factores asociados con la vida interior de los profesionales de las unidades de cuidados paliativos.	ProQOL	0,95
Slocum-Gori et al. 2013 Canadá	Estudio descriptivo transversal	Multidisciplinar (principalmente enfermeras)	Cuidados paliativos comunitarios y hospitalarios	630	Comprender las complejas relaciones entre satisfacción de compasión, fatiga por compasión y burnout y relacionarlos con el tipo de contrato y profesión.	ProQOL	0,95
Samson y Shvartzman 2018 Israel	Estudio descriptivo transversal	Médicos y enfermeras	Cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios	144	Comparar el nivel de fatiga por compasión con niveles clínicos de disociación peritraumática	ProQOL	0,90

TABLA 4. CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS (CONTINUACIÓN)

TÍTULO, PRIMER AUTOR, AÑO Y PAÍS PUBLICACIÓN	ESTUDIO	POBLACIÓN	ÁMBITO	TAMAÑO MUESTRA	OBJETIVO DEL ESTUDIO	HERRAMIENTA DE MEDIDA	CALIDAD METODOLÓGICA (Kmet et al., 2004)
Portoghese et al. 2020 Italia	Estudio analítico de cohorte prospectivo	Multidisciplinar (mayoritariamente enfermeras)	Cuidados paliativos de hospice	39	Examinar la relación entre las fluctuaciones diarias al ver el sufrimiento del paciente y la visualización del trabajo emocional diario, y evaluar si la fatiga por compasión modera esta relación entre personas.	ProQOL	0,81
Samson y Shvartzman 2017 Israel	Estudio descriptivo transversal	Médicos y enfermeras	Cuidado paliativos y atención primaria	241	Evaluar si un alto nivel de exposición a muerte y al moribundo puede aumentar el riesgo de mala calidad de vida profesional en la mayoría de los trabajadores de la salud, pero también puede mejorar la ProQoL en un subconjunto de trabajadores de la salud con características específicas.	ProQOL	0,90
Heeter et al. 2017 Estados Unidos	Estudio cuasiexperimental	Multidisciplinar (el trabajo no dice ni distingue las profesiones)	Cuidado paliativos y hospice	36	Probar si un programa de cibermeditación es capaz de mejorar la calidad de vida profesional de los trabajadores de cuidados paliativos,	ProQOL	0,81
Barnett y Ruiz 2018 Estados Unidos	Estudio descriptivo transversal	Enfermería	Cuidados paliativos hospice	90	Investigar la autoestima y el afecto como mediadores entre la angustia psicológica y la fatiga de compasión	Escala Corta de Fatiga por Compasión	0,86
Kaur et al. 2018 India	Estudio descriptivo transversal	Multidisciplinar (mayoritariamente enfermeras)	Cuidados paliativos para cáncer	65	Explorar la calidad de vida profesional (satisfacción de la compasión, burnout y fatiga por compasión)	ProQOL	0,90

5.1. CARACTERIZACIÓN POR PAÍS DE ESTUDIO

Cuando los agrupamos los artículos seleccionados en función del país de realización vemos que: el que tiene más estudios es Estados Unidos con cuatro (Hotchkiss, 2018; Kase et al., 2019; Heeter et al., 2017; Barnett y Ruiz, 2018), seguido de Italia con tres (Tonarelli et al., 2018; Cosentino et al., 2019; Portuguese et al., 2020), a continuación, se posiciona Israel con dos (Samson y Shvartzman, 2017; Samson y Shvartzman, 2018) y el último lugar con uno es compartido por Nueva Zelanda (Frey et al., 2018), Irlanda (Flanagan y Casey, 2016), Polonia (Ogińska-Bulik, 2018), España (Sansó et al., 2015), Canadá (Slocum-Gori et al., 2013) e India (Kaur et al., 2018). También hay un estudio realizado con población de dos países, España y Brasil (Galiana et al., 2017) (figura 4).

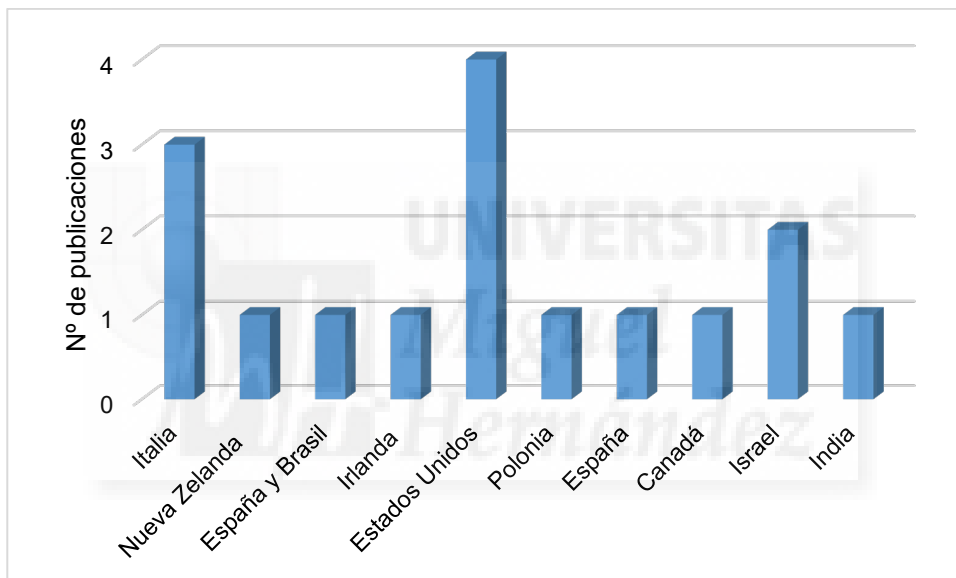


Figura 4. Número de artículos en función del país de realización

5.2. CARACTERIZACIÓN POR AÑO DE PUBLICACIÓN

Nuestra búsqueda bibliográfica se realizó para artículos publicados entre 2011 y 2020. Al clasificarlos por años de publicación vemos que: el año más prolífico es 2018 con siete publicaciones (Tonarelli et al., 2018; Frey et al., 2018; Hotchkiss, 2018; Ogińska-Bulik, 2018; Samson y Shvartzman, 2018; Barnett y Ruiz, 2018; Kaur et al., 2018), seguido 2017 con tres (Galiana et al., 2017; Heeter et al., 2017; Samson y Shvartzman, 2017) y 2019 con dos (Cosentino et al., 2019 y Kase et al., 2019) respectivamente, a continuación, empatados con un artículo 2013 (Slocum-Gori et al., 2013), 2015 (Sansó et al., 2015), 2016 (Flanagan y Casey, 2016) y 2020 (Portoguese et al., 2020). No hemos seleccionado ningún trabajo de 2011 ni de 2012 y 2014 (figura 5).

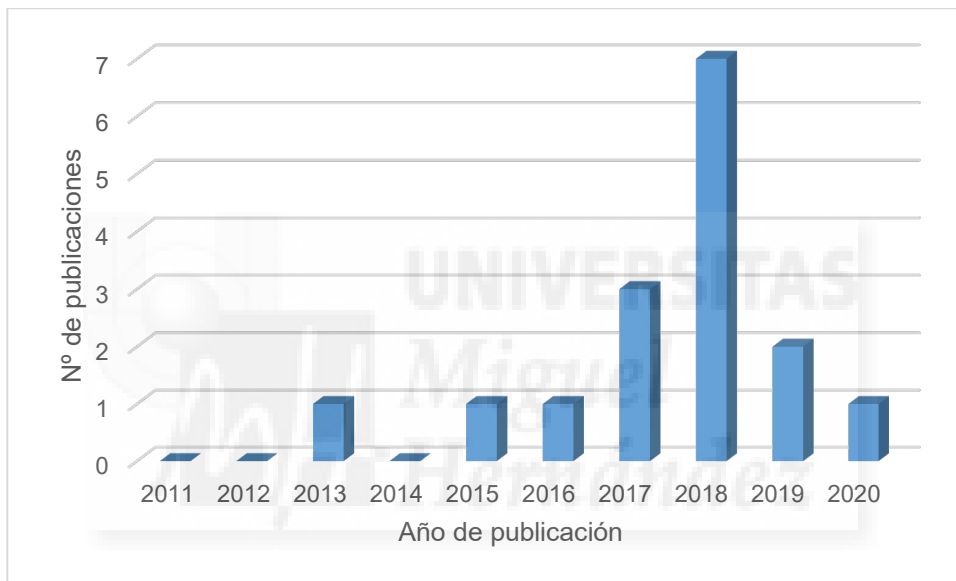


Figura 5. Número de artículos en función del año de publicación

Se observa claramente el interés creciente por la fatiga por compasión en los servicios de cuidados paliativos en los últimos años. Como aclaración, la búsqueda está hecha en los primeros meses de 2020 por lo que es muy posible que al terminar el año el número de estudios sea mayor.

5.3. CARACTERIZACIÓN EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Aunque uno de los criterios de inclusión de artículos era que la población de estudio estuviese centrada en médicos y enfermeras también hemos aceptado estudios con población sanitaria multidisciplinar siempre y cuando prevalecieran los médicos y/o las enfermeras. Distinguimos artículos cuya población de estudio es: multidisciplinar (siempre mayoritariamente médicos y/o enfermeras) en esta situación hay nueve artículos (Tonarelli et al., 2018; Cosentino et al., 2019; Galiana et al., 2017; Hotchkiss, 2018; Sansó et al., 2015; Slocum-Gori et al., 2013; Portuguese et al., 2020; Heeter et al., 2017; Kaur et al., 2018), enfermeras exclusivamente hay cuatro (Frey et al., 2018; Flanagan y Casey, 2016; Ogińska-Bulik, 2018; Barnett y Ruiz, 2018), sólo médicos y enfermeras hay tres (Kase et al., 2019; Samson y Shvartzman, 2017; Samson y Shvartzman, 2018) (figura 6).

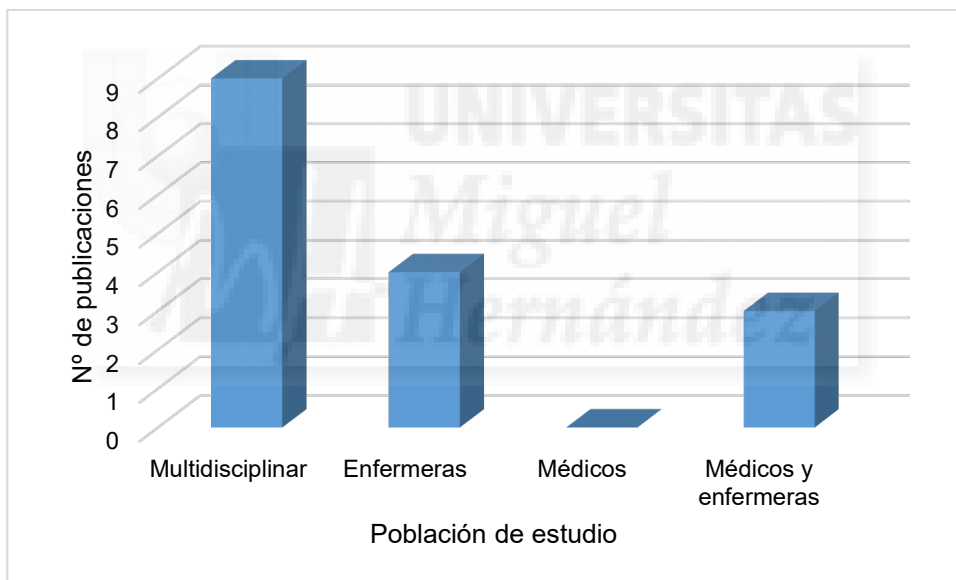


Figura 6. Número de artículos en función de la profesión de la población de estudio

5.4. CARACTERIZACIÓN EN FUNCIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

En relación al tamaño de muestra, si los agrupamos en función del número de individuos que son objeto de estudio en cada trabajo se ve que: de menos de cincuenta hay tres publicaciones (Tonarelli et al., 2018; Portuguese et al., 2020; Heeter et al., 2017), de entre cincuenta y cien hay cuatro (Cosentino et al., 2019; Ogińska-Bulik, 2018; Barnett y Ruiz, 2018; Kaur et al., 2018), de entre 100 y 200 hay tres (Flanagan y Casey, 2016; Kase et al., 2019; Samson y Shvartzman, 2018), de entre doscientos y cuatrocientos hay cuatro (Frey et al., 2018; Hotchkiss, 2018; Sansó et al., 2015; Samson y Shvartzman, 2017) y de más de cuatrocientos hay dos (Galiana et al., 2017; Slocum-Gori et al., 2013) (figura 7).

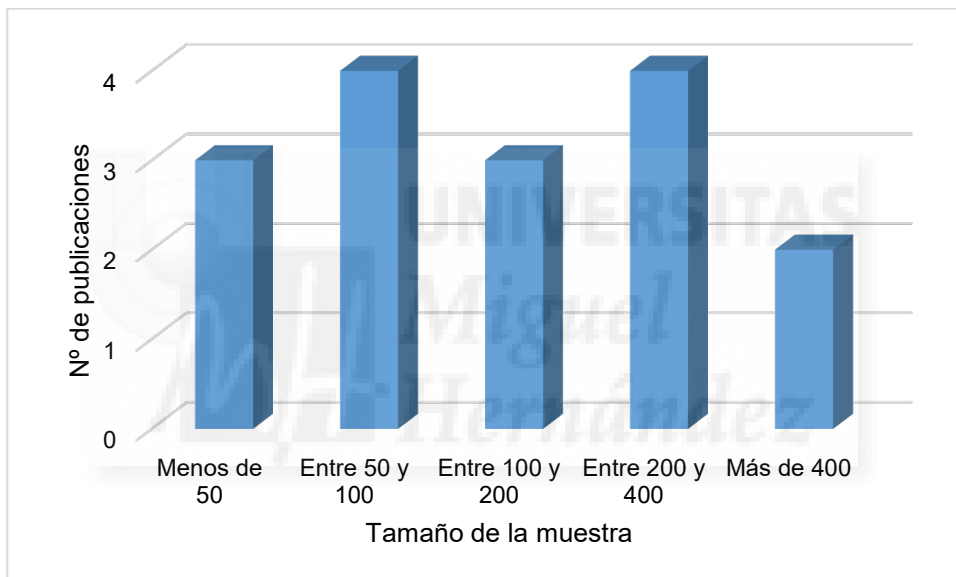


Figura 7. Número de artículos en función del tamaño muestral.

El trabajo con el tamaño muestral más pequeño es el de Tonarelli et al. (2018) con 26 individuos y el más grande es el de Slocum-Gori et al. (2013) con 630. El 56 % de los artículos hacen el estudio con más de 100 personas.

5.5. CARACTERIZACIÓN EN FUNCIÓN DE LA HERRAMIENTA UTILIZADA PARA MEDIR LA FATIGA POR COMPASIÓN.

Si agrupamos los trabajos revisados en función de la herramienta empleada para medir el riesgo de sufrir fatiga por compasión se ve que: doce artículos (Cosentino et

al., 2019; Galiana et al., 2017; Frey et al., 2018; Flanagan y Casey, 2016; Hotchkiss, 2018; Sansó et al., 2015; Slocum-Gori et al., 2013; Samson y Shvartzman, 2018; Portuguese et al., 2020; Samson y Shvartzman, 2017; Heeter et al., 2017; Kaur et al., 2018) utilizan la Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL), uno emplea el Autotest de Fatiga por Compasión (CFST) (Kase et al., 2019;), uno usa la Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS) (Ogińska-Bulik, 2018) y otro la Escala Corta de Fatiga por Compasión (CF-Short) (Barnett y Ruiz, 2018) (figura 8).

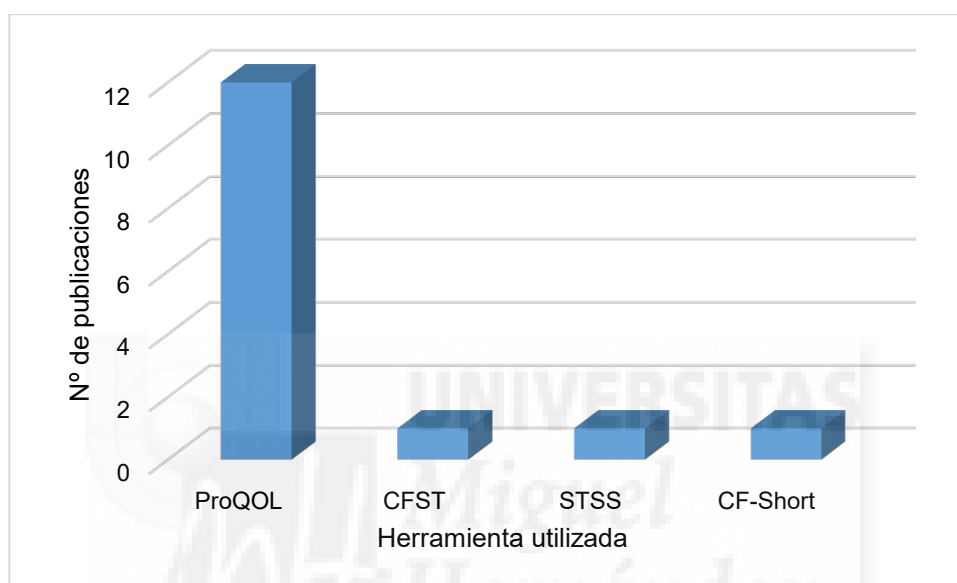


Figura 8. Número de artículos en función de la herramienta utilizada para medir el riesgo de fatiga por compasión.

Se ve que la herramienta más utilizada para medir el riesgo de sufrir fatiga por compasión es ProQOL.

5.6. CORRELACIONES ENTRE SATISFACCIÓN DE LA COMPASIÓN, FATIGA POR COMPASIÓN, Y BURNOUT.

De los dieciséis artículos de nuestro estudio, diez aportan datos numéricos de prevalencia de fatiga por compasión (Galiana et al., 2017; Frey et al., 2018; Hotchkiss, 2018; Kaur et al., 2018; Sansó et al., 2015; Samson y Shvartzman, 2017; Heeter et al., 2017; Kase et al. (2019); Ogińska-Bulik, 2018; Barnett y Ruiz, 2018). Como se ve en la figura 9, de esos diez, sólo hay uno que estudie fatiga por compasión sin tener en cuenta a la satisfacción de la compasión y al burnout (Barnett y Ruiz, 2018).

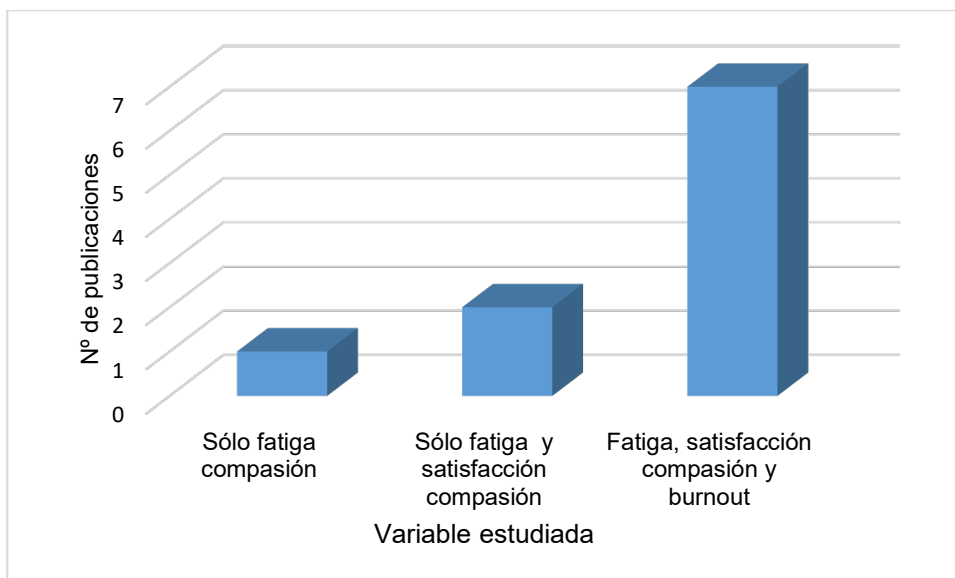


Figura 9. Número de artículos que estudian solo o conjuntamente fatiga, satisfacción compasión y burnout

Dos publicaciones (Heeter et al., 2017; Ogińska-Bulik, 2018) dejan fuera de sus estudios al burnout. Los siete restantes incluyen fatiga, satisfacción por compasión y burnout.

Todo esto indica lo relacionadas que están estas tres variables.

De los dieciséis artículos estudiados la mitad estudian las correlaciones de fatiga por compasión, satisfacción de la compasión y burnout.

Casi la totalidad de los trabajos de nuestra revisión son unánimes. Hay una correlación negativa entre satisfacción de la compasión y burnout y también de la primera con fatiga por compasión (Galiana et al., 2017; Hotchkiss, 2018; Frey et al., 2018; Kase et al., 2019; Slocum-Gori et al., 2013; Kaur et al., 2019). El único estudio que no encuentra correlaciones significativas entre satisfacción y fatiga por compasión es el de Sansó et al. (2015), que además tiene una muy buena calidad metodológica (0.95 en la herramienta QualSyst)

5.7. PREVALENCIA DE FATIGA POR COMPASIÓN

En la tabla 5 se recogen, para los artículos de nuestro estudio, la herramienta utilizada para cuantificar la fatiga de compasión, así como la manera de exponer los valores que pueden ser en porcentajes agrupando profesionales con baja, media o alta

o simplemente la media de los valores obtenidos o solo hablar de valor alto, medio o bajo.

TABLA 5. HERRAMIENTA UTILIZADA PARA MEDIR PREVALENCIA DE FATIGA POR COMPASIÓN EN LOS ARTÍCULOS DE NUESTRO ESTUDIO, ASÍ COMO LA FORMA DE PRESENTAR LOS DATOS

AUTORES	HERRAMIENTA UTILIZADA	PRESENTACIÓN DATOS
Galiana et al., 2017	ProQOL	En % agrupados en niveles bajos, medios y altos
Frey et al., 2018	ProQOL	En % agrupados en niveles bajos, medios y altos
Hotchkiss, 2018	ProQOL	En % agrupados en niveles bajos, medios y altos
Kase et al., 2019	CFST	Media de valores
Ogińska-Bulik, 2018	STSS	Media de valores
Sansó et al., 2015	ProQOL	Media de valores
Samson y Shvartzman, 2018	ProQOL	No valores numéricos
Samson y Shvartzman, 2017	ProQOL	Media de valores
Heeter et al., 2017	ProQOL	Media de valores
Barnett y Ruiz, 2018	CF-Short	Media de valores
Kaur et al., 2018	ProQOL	En % agrupados en niveles bajos, medios y altos

En la tabla 6 se exponen los datos obtenidos, utilizando la herramienta ProQOL. Se muestran los porcentajes de los profesionales de distintos países agrupados en función de que tengan niveles bajos, medios o altos de satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout. Se agrupan, en función de las puntuaciones que se obtienen en cada una de las subescalas (50 puntos es el máximo para cada una de ellas). Tanto para satisfacción de la compasión como para el burnout y la fatiga por compasión el nivel es bajo cuando su puntuación sea menor o igual a 22, medio cuando esta entre 23 y 41 y alto con 42 o más puntos.

TABLA 6. NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LA COMPASIÓN, FATIGA Y BURNOUT AGRUPADOS POR NIVELES

AUTORES ESTUDIO	PAÍS	DIMENSIONES	% BAJO	% MEDIO	% ALTO
Galiana et al., 2017	España	Satisfacción de compasión	4,30	47,40	48,30
		Fatiga por compasión	20,50	62,70	16,80
		Burnout	65,70	32,50	1,80
	Brasil	Satisfacción de compasión	12,60	27,40	60,00
		Fatiga por compasión	14,10	56,60	29,30
		Burnout	68,50	28,30	3,30
Frey et al., 2018	Nueva Zelanda	Satisfacción de compasión	22,9	48,4	28,8
		Fatiga por compasión	25,5	51,6	22,9
		Burnout	24,8	48,4	26,8
Hotchkiss, 2018	Estados Unidos	Satisfacción de compasión	0	49,1	50,9
		Fatiga por compasión	59,3	40,7	0
		Burnout	64,3	35,7	0
Kaur et al., 2018	India	Satisfacción de compasión	9,2	49,2	41,5
		Fatiga por compasión	0	4,6	95,4
		Burnout	4,6	53,8	41,5

De los datos expuestos en la tabla 6 se puede decir que, en los artículos que utilizan como herramienta ProQOL y que muestran porcentajes de profesionales con niveles bajos, medios y altos de fatiga por compasión, mayoritariamente están en un nivel medio de fatiga por compasión. Las excepciones las muestra Kaur et al. (2018) con un 95,4 % de los profesionales en niveles altos de fatiga por compasión. En el otro extremo se encuentra el estudio de Hotchkiss (2018) cuya población mayoritariamente se encuentra con un nivel bajo de fatiga por compasión.

En relación a la satisfacción de la compasión en todos los trabajos expuestos en la tabla, los mayores porcentajes están en niveles altos y medios.

Si nos referimos al burnout, en Frey et al. (2018) y en Kaur et al. (2018) la mayor parte de los participantes están en niveles medios mientras que en Galiana et al. (2017) y Hotchkiss (2018) el porcentaje mayoritario tiene bajos niveles de burnout.

En la tabla 7 se muestran los artículos de los autores que utilizando la herramienta ProQOL solo exponen valores medios.

TABLA 7. AUTORES QUE UTILIZAN ProQOL Y QUE SÓLO EXPONEN VALORES PROMEDIO				
AUTORES ESTUDIO	PAÍS	NIVELES PROMEDIO		
		SATISFACCIÓN COMPASIÓN	FATIGA COMPASIÓN	BURNOUT
Sansó et al., 2015	España	41,05	12,42	15,62
Samson y Shvartzman, 2017	Israel	41, 05	20,8	2,96
Heeter et al., 2017	Estados Unidos	-	21,34	22,22

Todos los autores que se muestran en la tabla 6 coinciden en los valores promedio, siendo medios para satisfacción de la compasión y bajos de fatiga por compasión y burnout.

Samson y Shvartzman (2018), en Israel, también con ProQOL, aunque no dan valoración numérica, exponen que son niveles promedio bajo para fatiga de compasión y medio de satisfacción de la compasión.

Kase et al. (2019), en Estados Unidos, utilizando como herramienta para medir la fatiga por compasión el autotest de fatiga por compasión (CFST) exponen que la

puntuación media para su estudio era de 17,94 que representa riesgo bajo de fatiga por compasión.

Ogińska-Bulik (2018), en Polonia, utiliza la Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS). La media de puntos obtenida en el estudio es de 41,19 lo que nos indica que el promedio del riesgo de sufrir estrés traumático secundario es moderado.

Barnett y Ruiz (2018), en Estados Unidos y utilizando la Escala Corta de Fatiga de Compasión (CF-Short) presentan una puntuación media de 36,71 lo que indica un riesgo moderado de sufrirla.



5.8. PREDICTORES DE FATIGA POR COMPASIÓN

En la tabla 8 se exponen los predictores que han sido estudiados en los artículos seleccionados y los autores que los investigan.

TABLA 8. PREDICTORES DE FATIGA POR COMPASIÓN Y LOS AUTORES QUE LOS ESTUDIAN	
PREDICTORES	AUTORES ESTUDIO
• Características formativas y laborales:	
- Área de especialización y formación en cuidados paliativos	Frey et al., 2018 Samson y Shvartzman, 2017 Kaur et al. 2018
- Cuidados paliativos hospitalarios frente a hospice	Ogińska-Bulik et al., 2018 Kaur et al. 2018
- Profesión	Slocum-Gori et al., 2013 Kaur et al. 2018
- Tipo de contrato	Slocum-Gori et al., 2013
- Años de trabajo en cuidados paliativos y casos vistos por semana	Kaur et al., 2018
• Edad	Cosentino et al., 2019 Slocum-Gori et al., 2013 Samson y Shvartzman, 2017 Frey et al., 2018 Hotchkiss, 2018 Ogińska-Bulik et al., 2018 Kaur et al., 2018
• Resiliencia psicológica	Frey et al., 2018 Ogińska-Bulik et al., 2018
• Fortalecimiento psicológico	Frey et al., 2018
• Exposición a la muerte, compromiso en el trabajo y ansiedad ante la muerte	Samson y Shvartzman, 2017
• Experiencias disociativas peritraumáticas	Samson y Shvartzman, 2018
• Angustia psicológica, autoestima y afecto	Barnett y Ruiz, 2018

5.8.1. Características formativas y laborales.

A continuación, pasamos a detallar los posibles predictores relacionados con las características formativas y laborales de los profesionales de los artículos seleccionados.

5.8.1.1. Área de especialización y formación en cuidados paliativos

El área de especialización no parece ser un predictor de la fatiga por compasión. En el estudio de Frey et al. (2018) se incluyen enfermeras de 19 especialidades (el 25 % de los participantes eran enfermeras especializadas en cuidados paliativos, el 10 % enfermeras de medicina general y el 6,6 % enfermeras de cuidados agudos). Las que estaban especializadas en cuidados paliativos registraron una puntuación media significativamente menor para el burnout en comparación con las enfermeras de otras especializaciones. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones medias de fatiga por compasión o satisfacción de la compasión según el área de especialización ($p > 0,05$).

Tampoco Samson y Shvartzman (2017) encuentran diferencias significativas en los niveles de satisfacción de compasión, fatiga por compasión y burnout, entre médicos y enfermeras que trabajan en los servicios de cuidados paliativos comparándolos con los que trabajan en atención primaria. Tanto los que trabajan en paliativos como los que lo hacen en primaria tienen elevados niveles de satisfacción de compasión y niveles de fatiga por compasión y burnout de bajos a moderados.

La formación en cuidados paliativos presenta alguna controversia cuando la queremos utilizar como predictor de fatiga por compasión. Mientras que Frey et al. (2018) exponen que las enfermeras que tenían educación previa en cuidados paliativos registraron puntuaciones medias significativamente más altas para la satisfacción de la compasión y puntuaciones medias significativamente más bajas para el burnout y la fatiga por compasión, Kaur et al. (2018) aunque no encuentran diferencias ni en la fatiga por compasión ni en el burnout, sí que las ven en la satisfacción de la compasión que muestran valores más altos cuando han recibido capacitación adicional en cuidados paliativos. Ambos tienen buena calidad metodológica.

5.8.1.2. Cuidados paliativos hospitalarios frente a hospice.

Aquí, los resultados también son contradictorios, mientras que Ogińska-Bulik et al. (2018) trabajando con enfermeras de hospice y con otras que están en contacto con pacientes terminales de larga duración en el ámbito hospitalario, encuentran que las que trabajan en el hospital manifestaron una intensidad de fatiga por compasión algo mayor que las que lo hacían en hospice. Kaur et al. (2018), al contrario, exponen que los profesionales que trabajan en hospice presentan una fatiga por compasión más alta que los que lo hacen en entornos hospitalarios.

5.8.1.3. Profesión

Cuando se investiga la profesión sanitaria como predictor de fatiga por compasión los autores estudiados coinciden en que, cuanto más tiempo se pasa con el paciente terminal y más implicación en el tratamiento con el paciente, con su sufrimiento, mayor es el riesgo de fatiga por compasión y burnout y menor de satisfacción de la compasión.

Slocum-Gori et al. (2013) presentan un estudio que incluye a 630 profesionales canadienses que ejercen en el ámbito de cuidados paliativos e incluye administrativos, aliados de la salud (fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales, entre otros), médicos, enfermeras (grupo más numeroso del estudio), médicos integrativos (engloban la medicina tradicional y la natural) y voluntarios. Cuando se estudian las puntuaciones para satisfacción de la compasión en función de la profesión, la administración tiene el nivel más bajo (42,1) y la medicina integrativa el más alto (48,1). Si consideramos fatiga por compasión vuelve a ser la administración la que tiene el valor más pequeño (16,7) siendo ahora el mayor valor para enfermería (20,1). Ahora, al estudiar el burnout la puntuación más baja es para medicina integrativa mientras que enfermería y medicina presentan los más altos (22,3 y 22,4 respectivamente). Kaur et al. (2018) exponen que las enfermeras y los auxiliares de enfermería tienen un burnout y una fatiga por compasión significativamente más altos que el resto de profesionales.

5.8.1.4. Tipo de contrato

De los trabajos estudiados, sólo Slocum-Gori et al. (2013) investigan los niveles de satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout en función del tipo de contrato. Los trabajadores a tiempo parcial tienen estadísticamente niveles más altos

de satisfacción de la compasión y más bajos de fatiga por compasión y burnout cuando se los compara con los de tiempo completo. Cuanto mayor es el número de horas mensuales de trabajo, mayor es la dosis de exposición y también mayor es el nivel de burnout y fatiga por compasión, siendo menor la satisfacción de la compasión.

5.8.1.5. Años de trabajo en cuidados paliativos y casos vistos por semana

El número de años pasados en cuidados paliativos y los casos vistos por semana dan correlaciones significativas con fatiga por compasión, satisfacción de la compasión y burnout. Así encuentran que número de años en cuidados paliativos se correlacionan positivamente con satisfacción de la compasión lo que indica que el profesional con más experiencia obtiene más placer obtendrá de hacer bien el trabajo. El número de casos vistos por semana tenía una correlación negativa con burnout y positiva con fatiga por compasión. Se observa que los profesionales experimentados tenían un mayor número de casos en comparación con los profesionales jóvenes y comparativamente menos experimentados, lo que también podría significar que la satisfacción del grupo anterior es alta y el burnout es baja (Kaur et al., 2018).

5.8.2. Edad

En relación a la edad de los profesionales, hay un grupo de autores, de entre los que incluimos en este estudio, como Cosentino et al. (2019), Slocum-Gori et al. (2013) y Samson y Shvartzman (2017) que exponen que la edad es un predictor de fatiga por compasión, cuanto mayor edad, mayor riesgo de sufrirla.

Hay otro grupo de investigadores que manifiestan que, en su trabajo, la edad no es un predictor de fatiga por compasión, aquí incluimos a Frey et al. (2018), Hotchkiss (2018), y Ogińska-Bulik et al. (2018) y Kaur et al. (2018).

5.8.3. Resiliencia y fortalecimiento psicológicos.

El fortalecimiento psicológico y los componentes de compromiso y desafío de la resiliencia psicológica predijeron significativamente puntuaciones más bajas para el burnout, mientras que el desafío predijo puntuaciones más bajas para la fatiga por compasión. Los predictores significativos de la satisfacción de la compasión incluyeron

educación previa en cuidados paliativos, fortalecimiento psicológico y los componentes de compromiso y desafío de la resiliencia psicológica (Frey et al., 2018).

Otro estudio que también investiga la resiliencia es el Ogińska-Bulik et al. (2018) con médicos y enfermeras polacas que trabajan en el ámbito de los cuidados paliativos de hospice y hospitalarios de larga duración. Ellos evalúan la frecuencia de los síntomas de intrusión, evitación y excitación asociados con la exposición indirecta a eventos traumáticos en los últimos siete días.

Estos autores muestran una relación negativa entre la resiliencia y la puntuación global de STSS. La resiliencia también se correlaciona negativamente con dos de sus síntomas constitutivos evitación y excitación.

Dos factores de resiliencia: la “apertura a nuevas experiencias y el sentido del humor” y la “tolerancia al fracaso y la percepción de la vida como un desafío” mostraron relaciones más fuertes con fatiga por compasión. Estos dos factores fueron predictivos de fatiga por compasión y explican conjuntamente el 30 % de la varianza de la misma. El primero de ellos, tiene un poder predictivo más alto, ya que él solo, explicaba de 25 % de su varianza.

Los factores de la resiliencia “apertura a nuevas experiencias y sentido del humor” y “competencias personales y tolerancia a las emociones negativas” son predictores de los síntomas de intrusión que mide STSS, explicando conjuntamente el 16 % de la varianza de intrusión. El primero de los factores obstaculiza los síntomas de intrusión mientras que el segundo los facilita.

Los factores de resiliencia: “apertura a nuevas experiencias y sentido de humor” y “tolerancia al fracaso y percepción de la vida como un desafío” fueron predictivos de evitación, explicando conjuntamente 30% de varianza en esta variable dependiente. Cuanto más altos fueron los niveles de estos dos factores de resiliencia, más débil fue la tendencia del individuo a emplear la evitación.

La excitación también fue predicha por dos factores de resiliencia: “apertura a nuevas experiencias y sentido del humor” y “persistencia y determinación en la lucha por los objetivos”, juntos explican el 27% de la varianza en la variable dependiente.

5.8.4. Exposición a la muerte, compromiso en el trabajo, ansiedad ante la muerte y experiencias disociativas peritraumáticas.

Samson y Shvartzman (2017) presentan un trabajo en el que comparan dos grupos de médicos y enfermeras, uno con alta exposición a la muerte y al moribundo, que dedican más de diez horas semanales a la atención directa y ven más de diez pacientes terminales en ese tiempo, (unidades de cuidados paliativos domiciliarios) y otro con baja exposición (unidades de atención primaria). Evalúan los posibles efectos de interacción entre exposición a la muerte, ansiedad ante la muerte y compromiso como posibles predictores de la calidad de vida profesional que incluye burnout, fatiga por compasión y satisfacción de compasión.

Los trabajadores con alta exposición a la muerte y al moribundo (cuidados paliativos) presentan elevados niveles de satisfacción de compasión y niveles de fatiga por compasión y burnout de bajos a moderados. Pero no presentan diferencias significativas con los profesionales con baja exposición a la muerte y al moribundo (atención primaria) por lo que en este estudio se descarta que la alta exposición a la muerte y al moribundo, por si solos sean un predictor de la fatiga por compasión.

Los trabajadores con altos niveles de compromiso presentan más probabilidades de manifestar un aumento de satisfacción de compasión y una reducción de fatiga por compasión y burnout. Los trabajadores que informan de mayores niveles de ansiedad ante la muerte fueron más propensos a reportar mayores niveles de fatiga por compasión y burnout. Nivel de compromiso y ansiedad ante la muerte si parecen ser predictores, por si solos, de fatiga por compasión.

La interacción exposición a la muerte con el compromiso sí parece ser una interacción predictiva de satisfacción de la compasión. Estos investigadores muestran que, en profesionales con alta exposición a la muerte (cuidados paliativos), conforme va aumentando el compromiso va disminuyendo la satisfacción de la compasión, mientras que cuando la exposición a la muerte y al moribundo es baja (atención primaria) al aumentar el compromiso aumenta la satisfacción de la compasión. En el entorno de trabajo de los servicios de cuidados paliativos los niveles altos de compromiso se pueden volver aversivos e impedir la satisfacción de la compasión. Una posible explicación podría ser que, a medida que aumenta el compromiso, la capacidad de desprenderse del sufrimiento del paciente disminuye y, como resultado, la satisfacción de la compasión se reduce.

La interacción exposición a la muerte con la ansiedad ante la muerte si parece ser una interacción predictiva de fatiga por compasión. En los profesionales que

desarrollan su actividad en el ámbito de los cuidados paliativos (alta exposición a la muerte) conforme va aumentando la ansiedad ante la muerte aumenta la fatiga por compasión. En los profesionales con baja exposición a la muerte y al moribundo (atención primaria) aunque aumente la ansiedad ante la muerte la fatiga por compasión se mantiene en niveles moderados.

Un año después, Samson y Shvartzman (2018) publican otro trabajo en el que comparan el nivel de fatiga de compasión de médicos y enfermeras que trabajan en cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios que presentan niveles clínicos de disociación peritraumática (propensión personal a la disociación durante la exposición a un evento estresante, dicho de otra manera, desapego experimentado durante el curso de un evento traumático) relacionándolos con los que no los tienen.

Encuentran unos resultados parecidos a los que exponen en su artículo de (2017). Una pequeña correlación negativa entre fatiga por compasión y compromiso y una correlación algo mayor y positiva con ansiedad ante la muerte, ansiedad ante la progresión del moribundo. Al añadir en este estudio la disociación peritraumática también encuentran una correlación positiva con fatiga por compasión.

En la misma línea que Samson y Shvartzman (2017) la satisfacción de la compasión tuvo una fuerte correlación positiva con el compromiso y una correlación negativa débil con ansiedad ante la muerte.

Los resultados indican que los trabajadores que informaron niveles clínicos significativos de disociación peritraumática tenían niveles significativamente altos de fatiga por compasión, en comparación con los trabajadores con niveles clínicos no significativos de disociación peritraumática. No se informaron diferencias para la satisfacción de la compasión.

La aparición de mecanismos de disociación durante la exposición a la muerte inminente del paciente puede indicar que algunos de los trabajadores experimentan el encuentro como estresante, que abruma su capacidad mental para hacer frente a estas experiencias. Esos tienden a desarrollar un nivel clínico de mecanismos disociativos y tienen un mayor riesgo de resultados pobres relacionados con el trabajo, como fatiga por compasión. El aumento de los niveles de compromiso y la satisfacción de la compasión, que contrarrestan los niveles de fatiga por compasión, pueden indicar que los trabajadores paliativos poseen la capacidad de experimentar encuentros con pacientes moribundos como hechos significativos no negativos, a pesar de la exposición al trauma físico.

Aunque la exposición repetida a pacientes moribundos es un componente fundamental del trabajo paliativo, los participantes en el presente estudio informaron bajos niveles de ansiedad ante la muerte, pero elevados de ansiedad ante la progresión del moribundo.

Por último, decir que los resultados indican que la disociación peritraumática se correlaciona significativamente con la fatiga por compasión.

5.8.5. Angustia psicológica, autoestima y afecto.

De entre todos los artículos seleccionados sólo Barnett y Ruiz (2018) investigan la autoestima y el afecto como mediadores entre la angustia psicológica y la fatiga de compasión entre las enfermeras de hospicio.

Sus resultados muestran que la angustia psicológica tuvo un efecto indirecto sobre la fatiga por compasión a través de una baja autoestima y un mayor afecto negativo, Por el contrario, el afecto positivo no media la relación. En definitiva, entre las enfermeras de hospicio, la angustia psicológica puede reducir la autoestima y crear sentimientos negativos, lo que aumenta el riesgo de fatiga por compasión. Las intervenciones que tienen como objetivo los vínculos cognitivos y afectivos entre la angustia psicológica y la fatiga por compasión pueden ser efectivas.

5.9. FACTORES DE PROTECCIÓN FRENTE A FATIGA POR COMPASIÓN.

En la Tabla 9 se exponen las actuaciones que se pueden realizar para disminuir los niveles de fatiga por compasión y que hemos encontrado en los artículos revisados en este trabajo, así como los autores que las estudian.

TABLA 9. FACTORES DE PROTECCIÓN FRENTE A FATIGA POR COMPASIÓN Y AUTORES QUE LOS ESTUDIAN

FACTORES DE PROTECCIÓN	AUTORES ESTUDIO
• Escritura expresiva	Tonarelli et al., 2018 Cosentino et al., 2019
• Cibermeditación	Heeter et al., 2017
• Autocuidado consciente	Hotchkiss, 2018

5.9.1. Escritura expresiva.

La escritura expresiva es una estrategia importante para prevenir y controlar los efectos de la fatiga de la compasión. Ayuda a los cuidadores a reconocer estos sentimientos y les proporciona un espacio y un tiempo para su reflexión.

Reflexionar ocasionalmente por escrito sobre situaciones ambiguas y emocionalmente cargadas ayuda de muchas maneras: facilita la aclaración y la resolución de problemas, y hace que uno sea más espontáneo, más en sintonía con los demás y más disponible para interactuar.

Tonarelli et al. (2018) realizan una comparación entre la escritura expresiva y la escritura neutral de dos grupos aleatorios de profesionales de la salud de los cuidados paliativos.

El 53,3% de la muestra consideró la escritura expresiva muy útil y el 33,3% bastante útil. Solo 13,3% considera la escritura expresiva un poco útil. Un 40% de la muestra encontró bastante consuelo al usar la escritura expresiva mientras que 33,3% encontró mucho consuelo. Solo el 20% encontró un poco de consuelo. Un 6,7% no encontró consuelo.

Cuando el dolor no se reconoce, enfrentar y desarrollar puede volverse crónico y acumulativo con graves consecuencias personales y profesionales. La Escritura Expresiva representa una herramienta útil que permite al profesional pensar sobre eventos estresantes experimentados, lidiar con los sentimientos asociados con ellos que pueden abrumar las capacidades de los profesionales y evitar su distancia emocional de las experiencias a largo plazo.

La literatura científica sugiere la Escritura Expresiva, para trabajadores de la salud, es un apoyo importante para prevenir la fatiga de la compasión y el burnout. Diversos autores también exponen que la Satisfacción de la Compasión, la Cohesión de Grupo y el Compromiso Organizacional son factores protectores capaces de contrarrestar la aparición de Fatiga de Compasión y Burnout. En base a esto, Cosentino et al. (2019) intentan evaluar el efecto de un protocolo de Escritura Expresiva (que tienen efecto protector sobre fatiga por compasión y burnout) en trabajadores de Cuidados Paliativos sobre Satisfacción de Compasión, Cohesión de Grupo y Compromiso Organizacional (que también tienen ese efecto protector).

En contra de lo que cabría esperar, los datos expuestos por Cosentino muestran que la Escritura Expresiva no tiene un efecto estadísticamente significativo sobre el Compromiso Organizacional, la Satisfacción de la Compasión y la Cohesión de Grupo,

aunque si hay una ligera tendencia de que mejora estas tres variables. Exponen que haciendo una serie de mejoras en el protocolo se podría, en un futuro, seguir haciendo estudios que nos permitan dilucidar si la Escritura Expresiva puede tener un efecto positivo sobre estas variables.

5.9.2. Cibermeditación.

Heeter et al (2017) desarrollan un programa de cibermeditación de seis semanas, mínimamente invasivo, basado en aplicaciones de meditación de 10 a 12 minutos, durante seis semanas, que involucran respiración, movimientos suaves y visualización combinados con correos electrónicos de soporte quincenales que se prueban en profesionales de cuidados paliativos y oncológicos.

El programa de cibermeditación redujo los niveles ya bajos de fatiga por compasión y burnout. Antes de participar en el programa la media de fatiga por compasión era de 21,34 y después disminuye a 20,00. El nivel de burnout pasa de 22,22 a 20,64. Todas estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < .05$).

5.9.3. Autocuidado consciente.

De todos los artículos seleccionados sólo Hotchkiss (2018) examina la relación entre las estrategias específicas de autocuidado de profesionales de unidades de hospice y la calidad de vida profesional (satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout).

El autocuidado consciente abarca los siguientes aspectos (Cook-Cottone y Guyker, 2018).

- Necesidades fisiológicas (cuidado físico y relajación consciente).
- Necesidades de seguridad (estructura de apoyo).
- Necesidades de pertenencia (relaciones de apoyo).
- Necesidades cognitivas (autoconciencia consciente).
- Necesidades de estima (autocompasión y propósito).

Todas las facetas del autocuidado son factores de protección estadísticamente significativos contra el burnout, siendo especialmente significativos la autocompasión y el propósito, la estructura de apoyo y la relajación consciente.

Para fatiga por compasión sólo estructura de apoyo y relajación consciente fueron factores protectores estadísticamente significativos. Esto encaja con el hecho de que la fatiga por compasión es sostenida por los procesos de pensamiento temeroso y la relajación consciente ayuda a contrarrestar el efecto de estos pensamientos (Stamm, 2010). Se puede reducir la fatiga por compasión con tiempo de relajación y apoyo del personal para angustia psicosocial.

La satisfacción de la compasión se correlacionó con todas las facetas del autocuidado a excepción de con cuidado físico.

En definitiva, todos aquellos profesionales que participaron en múltiples y frecuentes estrategias de autocuidado experimentaron una mayor calidad de vida profesional.



6. DISCUSIÓN.

6.1. CARACTERIZACIÓN

Nuestra revisión bibliográfica ha abarcado las publicaciones realizadas entre 2011 y 2020 y el 87,5% de los artículos seleccionados se han publicado en los últimos cinco años. Esto nos da una idea de la actualidad del tema.

Aunque muchos de los trabajos seleccionados están realizados sobre población sanitaria multidisciplinar, en esta población hay médicos y sobre todo enfermeras que son los sanitarios en los que se centra este trabajo.

De las distintas herramientas utilizadas para evaluar la fatiga por compasión, la de calidad de vida profesional (ProQOL) es la empleada en la mayoría de artículos que hemos seleccionado. Esto está en la misma línea que exponen Bride et al. (2007) que muestran que, a nivel mundial, es el instrumento más utilizado para medir el grado de fatiga por compasión y satisfacción por compasión.

6.2. CORRELACIONES ENTRE SATISFACCIÓN DE LA COMPASIÓN, FATIGA POR COMPASIÓN, Y BURNOUT.

En la bibliografía se encuentran muchos estudios que muestran una correlación negativa entre satisfacción de la compasión y fatiga por compasión y también con burnout (Ramírez et al., 1995; Simon et al., 2005). Esto concuerda, en general, con los artículos de nuestra revisión, que correlacionan estos tres parámetros. Se ha propuesto que, la satisfacción de la compasión, definida como una sensación de logro y recompensa como resultado del cuidado de pacientes gravemente enfermos o traumatizados (Stamm, 2010), mitiga el desarrollo de la fatiga de la compasión (Stamm, 1995). Stamm (2002) identificó satisfacción de la compasión como un posible factor que contrarresta los riesgos de burnout y fatiga por compasión, y sugirió que esto puede explicar la "resistencia del espíritu humano". Muchos otros autores avalan estos resultados (Alkema et al., 2008; Sinclair S y Chochinov, 2012; Yoder, 2010)

6.3. PREVALENCIA DE FATIGA POR COMPASIÓN

En los distintos artículos revisados, el porcentaje de los profesionales que posee un nivel medio de fatiga por compasión es alto, e incluso, Kaur et al. (2018) en la India, informa que casi la totalidad de los sanitarios están en un nivel elevado. Este panorama nos lleva a pensar que estamos ante una situación inquietante que nos debe plantear retos para abordarla. No podemos olvidar que autores como Stamm (2010) exponen que los niveles medios de fatiga por compasión ya son motivo de preocupación y hay que tenerlos muy en cuenta.

Los niveles de fatiga por compasión en función del país donde se realiza, llegan a ser muy distintos. En principio podríamos pensar que, en parte, podría ser debido a la metodología que emplean cada uno de los autores. Sin embargo, Galiana et al. (2017), utilizando la misma metodología en España y Brasil, también encuentran diferencias significativas en los niveles de fatiga por compasión en función del país. Todo esto nos puede permitir pensar que las diferencias según el país pueden ser achacadas a factores relacionados con las costumbres, la personalidad y las formas de trabajar de cada país.

6.4. PREDICTORES DE FATIGA POR COMPASIÓN

Pese a lo que podíamos pensar inicialmente, las enfermeras que trabajan en cuidados paliativos no presentan niveles mayores de fatiga por compasión que el del resto de especialidades (Frey et al., 2018; Samson y Shvartzman, 2017).

En los estudios de Frey et al. (2018) y de Kaur et al. (2018) se respalda el hecho de que la educación y capacitación en cuidados paliativos aumenta la satisfacción de la compasión, y en el caso de Frey, disminuye también la fatiga por compasión, algo ya visto por Sprang et al. (2007). Una posible explicación podría ser el conocimiento de alternativas y la confianza para manejar situaciones difíciles. Mejor capacitación y supervisión podrían significar una mejor atención para los pacientes y sus familias. Existe un amplio acuerdo en la literatura sobre la necesidad de una educación continua centrada en el desarrollo de estrategias para mejorar las habilidades de afrontamiento de los profesionales (Henry, 2014). Sexton et al. (2009) sostienen que contar con un "conjunto de herramientas de estrategias de afrontamiento" es crucial para proteger contra el agotamiento y la fatiga por compasión en las enfermeras. Medland et al. (2004) señalan que cuando se diseñan programas educativos para profesionales de la salud que trabajan en cuidados al final de la vida, las técnicas diseñadas para mejorar el

bienestar psicológico deben incluirse junto con la instrucción clínica. Le Blanc et al. (2007) argumentan que los profesionales de la salud que brindan atención al final de la vida “necesitan que se les enseñe una preocupación racional, que permite la expresión de sentimientos sin afectar la capacidad de tomar decisiones”.

Cuando se compara el nivel de fatiga por compasión de los profesionales que trabajan en hospice frente a los que lo hacen en entornos hospitalarios los resultados son dispares. Así Kaur et al. (2018) observan que los profesionales que trabajan en hospice tienen una fatiga por compasión significativamente más alta que las que lo hacen en hospitales. Esto es consistente con los hallazgos de estudios anteriores. (Abendroth y Flannery, 2006). Sin embargo, Ogińska-Bulik et al. (2018) llegan a conclusiones contrarias, que son difíciles de justificar. Mientras que Kaur trabaja con población multidisciplinaria y en paliativos oncológicos, Ogińska-Bulik lo hace con enfermeras en unidades no especializadas en oncología.

En relación a la profesión sanitaria, los profesionales que tienen mayor riesgo de fatiga por compasión según Slocum-Gori et al. (2013) y Kaur et al. (2018) son los que pasan más tiempo con los pacientes y están más implicados en su tratamiento. Estos suelen ser las enfermeras. En el estudio de Kaur, también incluyen a auxiliares de enfermería. Esto es coherente con investigaciones anteriores, ya que las enfermeras experimentan más síntomas físicos, bajo rendimiento (Kash et al., 2000), alto estrés laboral (Herschbach, 1992) y mayor riesgo de fatiga por compasión (Sabo, 2008; Austin et al., 2009; Abendroth y Flannery 2006).

Según Slocum-Gori et al. (2013) los profesionales a tiempo parcial tienen niveles más altos de satisfacción de la compasión y más bajos de fatiga por compasión y burnout cuando se los compara con los de tiempo completo. Esto es fácil de justificar en función del número de horas trabajadas, a contratos de menos horas menor es la dosis de exposición.

Los años de experiencia dan lugar a una mayor satisfacción de la compasión, ya que el profesional, con el tiempo, obtiene más placer en hacer bien su trabajo y la fatiga por compasión es menor (Kaur et al., 2018).

Si la edad es o no un predictor de fatiga por compasión habrá que dilucidarlo en nuevas investigaciones, los autores de nuestra revisión están divididos. Por un lado, Cosentino et al. (2019), Slocum-Gori et al. (2013) y Samson y Shvartzman (2017) exponen que a mayor edad mayor riesgo de sufrir fatiga por compasión. Por otro, Frey et al. (2018), Hotchkiss (2018), y Ogińska-Bulik et al. (2018) y Kaur et al. (2018) no encuentran que la edad sea un predictor de fatiga por compasión.

Tanto Frey et al. (2018) como Ogińska-Bulik et al. (2018) corroboran que a mayor resiliencia menor fatiga por compasión. Según Fingle (2014) es importante diseñar programas que nos permitan favorecer la resiliencia y que den lugar a una menor fatiga por compasión.

El compromiso laboral ha sido reconocido como un estado psicológico positivo y satisfactorio. A diferencia del burnout y de la fatiga por compasión, el compromiso es de naturaleza positiva (Schaufeli y Salanova, 2014) e indica un alto nivel de satisfacción laboral. Los hallazgos previos encontrados en la bibliografía relacionados con la fatiga por compasión no son consistentes, así Mason et al. (2014) no encuentran correlaciones significativas mientras que Chan et al. (2015) si las encuentran entre compromiso laboral y fatiga por compasión. Los resultados de Samson et al. (2017) concuerdan con los de Chan, al aumentar compromiso disminuye la fatiga por compasión.

La ansiedad ante la muerte, también se ha mostrado como predictor de fatiga por compasión, al aumentar también lo hace la fatiga (Samson et al., 2017).

La alta exposición a la muerte por sí solo no aparece como un predictor de la fatiga por compasión. Sin embargo, sí lo son las interacciones exposición a la muerte x compromiso y exposición a la muerte x ansiedad ante la muerte. Los profesionales con mayor exposición a la muerte y niveles de compromiso medio a bajo informaron niveles más altos de satisfacción de la compasión. Esta tendencia se revirtió a medida que aumentaron los niveles de compromiso. Entre los trabajadores con alta exposición a la muerte, el nivel de satisfacción disminuyó a medida que aumentó el nivel de compromiso, aumentando también la fatiga por compasión. Los profesionales con exposición a la muerte elevada y niveles medios o bajos de ansiedad ante la muerte informaron niveles bajos de fatiga por compasión en comparación con los trabajadores con exposición a la muerte baja. Esta tendencia se invirtió a medida que aumentaron los niveles de ansiedad ante la muerte. Entre los trabajadores con exposición a la muerte alto, el nivel de fatiga por compasión aumentó con el nivel de ansiedad ante la muerte, mientras que la fatiga por compasión se mantuvo en un nivel moderado entre los trabajadores con niveles bajos de exposición ante la muerte. El significado general de estos hallazgos es que, dentro de un entorno de trabajo con exposición a la muerte elevado, los niveles más altos de compromiso pueden volverse aversivos e impedir la satisfacción de la compasión. La absorción es un componente de compromiso caracterizado por la dificultad para separarse del trabajo (Schaufeli y Bakker, 2003). Una posible explicación podría ser que, a medida que aumenta el compromiso, la capacidad de desprenderse del sufrimiento del paciente disminuye y, como resultado, la satisfacción de la compasión se reduce.

La disociación peritraumática parece un predictor de fatiga por compasión (Samson y Shvartzman, 2018), como hemos visto, los profesionales con mayor tendencia a la disociación peritraumática tienen mayores posibilidades de sufrir fatiga por compasión. Este resultado hay que tomarlo con cautela pues los autores exponen que los profesionales con altos niveles de fatiga por compasión pueden tender a sobrestimar sus reacciones disociativas.

6.5. FACTORES DE PROTECCIÓN FRENTE A FATIGA POR COMPASIÓN.

En relación a la escritura expresiva Tonarelli et al. (2018) encuentran que es una herramienta útil que permite al profesional pensar sobre eventos estresantes experimentados, lidiar con los sentimientos asociados con ellos que pueden abrumar las capacidades de los profesionales y evitar su distancia emocional de las experiencias a largo plazo. Pero Cosentino et al. (2019) no encuentran diferencias significativas, aunque si pequeñas diferencias no estadísticas, al utilizar la escritura expresiva, sobre los factores protectores (satisfacción de la compasión, cohesión de grupo y compromiso organizacional) de la fatiga por compasión. Sin embargo, autores como Tornarelli et al. (2017) exponen que la literatura expresiva representa un apoyo importante para prevenir y controlar los efectos de la fatiga de la compasión. Habrá que realizar nuevos estudios que nos permitan dilucidar el factor protector de la fatiga por compasión.

La utilización de programas informáticos de meditación y relajación, que se pueden practicar en poco tiempo pueden ser de gran ayuda para disminuir la fatiga por compasión (Heeter et al, 2017).

Dentro de las categorías de autocuidado consciente fueron factores de protección para reducir la fatiga por compasión la estructura de apoyo y la relajación consciente (Hotchkiss, 2018). Esto puede justificarse con el hecho de que en la fatiga por compasión se dan pensamientos temerosos que la relajación ayuda a contrarrestar (Stam, 2010). Todos aquellos profesionales que participaron en múltiples y frecuentes estrategias de autocuidado experimentaron una mayor calidad de vida profesional y que se puede reducir la fatiga por compasión con tiempo de relajación y apoyo del personal para angustia psicosocial

6.6. LIMITACIONES.

Conocer las limitaciones de los trabajos de investigación es necesario para poder realizar una mejor interpretación de sus resultados y para contribuir a mejorar futuros estudios.

La principal limitación de nuestro trabajo es que, aunque está enfocada hacia los profesionales sanitarios, principalmente médicos y enfermeras, no encontramos ningún artículo que este realizado exclusivamente en médicos. En los estudios multidisciplinares sanitarios, los médicos tampoco son los que más participan. Esto podría ser debido a que no están suficientemente concienciados del problema que se presenta debido a la fatiga por compasión o también porque otros colectivos, como las enfermeras, pasan generalmente una cantidad de tiempo superior en contacto directo con los pacientes, lo que puede contribuir a que experimenten con mayor frecuencia este problema.

Por otra parte, algunos autores de estudios contemplados en esta revisión, cuando hablan de prevalencia de fatiga por compasión solo exponen datos promedio. Esto pensamos que proporciona poca información y nos puede llevar a minimizar el problema. Así pues, la mayoría de estos autores hablan de un promedio de prevalencia bajo, pero esto no descarta que un importante número de profesionales tengan una moderada o incluso elevada fatiga por compasión.

Por otro lado, como también apuntan Samson y Shvartzman (2018) cuando estudian la disociación peritraumática, observamos que los profesionales con altos niveles de fatiga por compasión pueden tender a sobrestimar sus reacciones disociativas, por lo que la interpretación de dichos resultados se debería realizar con cautela.

En el caso de la escritura expresiva, los dos artículos revisados (Tomarelli et al., 2018; Cosentino et al., 2019) presentan la limitación del bajo número de participantes, lo que hace imposible generalizar sus resultados, se requerirían nuevos estudios con muestras mayores para darle validez.

También hemos observado que, en algunos de los estudios revisados, el personal que no practica autocuidado efectivo podría haberse mostrado reacio a participar en el estudio, por lo que sus resultados podrían estar parcialmente sesgados.

6.7. FUTURAS INVESTIGACIONES.

Sería importante realizar nuevos trabajos que permitan dilucidar las contradicciones que hemos encontrado en algunos factores que podrían ser o no predictores de fatiga por compasión como el lugar de trabajo (hospice frente a hospitalario) y la edad.

Planificar algún estudio que permita dilucidar el papel protector o no de la escritura expresiva también sería un tema interesante, aunque, todo parece indicar, por investigaciones previas a la publicación de los artículos de nuestra revisión, que sí que ejerce este papel.

Hemos visto que las diferencias de prevalencia de la fatiga por compasión entre los distintos países son muy grandes, hemos hipotetizado sobre algunas de las causas que podrían ser las responsables pero, a nuestro juicio, sería interesante diseñar un estudio que pudiera aportar luz sobre los factores relacionados con las mismas. El hecho de encontrarlos nos permitiría dar un importante paso en el conocimiento y posible prevención de la fatiga por compasión.

En cuanto a la aplicabilidad clínica de este trabajo, sería importante aumentar la concienciación de los profesionales sanitarios que trabajan en los servicios de cuidados paliativos sobre la fatiga por compasión, y sus relaciones con otros factores y fomentar su prevención mediante el reconocimiento temprano de sus síntomas e instauración de medidas preventivas.



7. CONCLUSIONES.

- 1) De la caracterización de los artículos seleccionados en esta revisión bibliográfica se desprende que la fatiga por compasión es un tema de estudio reciente, pues el mayor número de trabajos se publican en los últimos cinco años. El país donde más trabajos se han realizado es Estados Unidos y la herramienta más utilizada es la Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL).
- 2) Satisfacción de la compasión, fatiga por compasión y burnout están estrechamente ligados. Satisfacción y fatiga por compasión están fuertemente correlacionados negativamente, lo que nos permitirá planificar actuaciones para mejorar la satisfacción por compasión y disminuir consiguientemente la fatiga por compasión.
- 3) La prevalencia de la fatiga por compasión presenta datos muy dispares en función del país donde se hace el estudio. En cualquier caso, estamos ante un grave problema pues los porcentajes con nivel medio de fatiga por compasión siempre son importantes y ya originan trastornos que hay que tener en cuenta.
- 4) En relación a los predictores que encontramos en los artículos revisados y que nos pueden alertar del riesgo de sufrir fatiga por compasión están:
 - La profesión sanitaria. Las que tienen una prevalencia mayor de fatiga por compasión son las que están más implicadas en el tratamiento con el paciente. Todos recogen que la que más la sufren son las enfermeras y según el estudio, también las auxiliares de enfermería.
 - Lugar de trabajo. Cuando se comparan los datos de fatiga por compasión en los profesionales sanitarios que trabajan en hospice frente a los que lo hacen en servicios paliativos hospitalarios no hay consenso, se presentan datos contradictorios que requerirán de nuevos estudios.
 - Especialidad de enfermería. Cuando se analiza la prevalencia de distintas especialidades de enfermería no se presentan diferencias significativas entre ellas. En contra de lo que inicialmente podíamos pensar, la incidencia de la fatiga por compasión no es mayor en las enfermeras especializadas en cuidados paliativos.
 - La formación en cuidados paliativos se muestra como un predictor importante de la fatiga por compasión. Las intervenciones educativas deben ser una prioridad para minimizar los riesgos de sufrirla.

- Duración de la jornada laboral. Las enfermeras con contratos a tiempo parcial presentan una prevalencia menor que cuando el contrato es a tiempo completo. A mayor dosis de exposición mayor riesgo de padecerla.
 - Años de experiencia. Disminuyen el riesgo de fatiga por compasión. Los sanitarios más experimentados en los servicios de cuidados paliativos obtienen más placer al sentir que hacen bien su trabajo y a mayor satisfacción de la compasión menor fatiga por compasión.
 - Nivel de compromiso en el trabajo. En la bibliografía hay controversia a la hora de aceptar el compromiso como predictor de fatiga por compasión. Los datos que se desprenden de nuestra revisión se alinean con los investigadores que exponen que sí que lo es y que cuanto mayor es el compromiso profesional menor es la fatiga por compasión, pero no podemos pasar por alto que otros investigadores no encuentran correlación entre compromiso y fatiga. Se requerirá de otros estudios que decanten la balanza hacia un lado o hacia otro.
 - Nivel de exposición y ansiedad ante la muerte. El nivel de exposición a la muerte no es un predictor por sí solo, pero su interacción con la ansiedad ante la muerte si parece ser una interacción predictiva de fatiga por compasión. En los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de los cuidados paliativos (alta exposición a la muerte) conforme va aumentando la ansiedad ante la muerte aumenta la fatiga por compasión. En los profesionales con baja exposición a la muerte y al moribundo (atención primaria) aunque aumente la ansiedad ante la muerte, la fatiga por compasión se mantiene en niveles moderados.
 - Los profesionales propensos a sufrir disociación peritraumática también podrían serlo a la fatiga por compasión.
 - La angustia psicológica puede reducir la autoestima y crear sentimientos negativos, lo que aumenta el riesgo de fatiga por compasión.
- 5) En relación a los factores que encontramos en los artículos revisados sobre los que se puede actuar para minimizar el riesgo de fatiga por compasión están:
- El efecto protector de la escritura expresiva, del que hablan algunos autores, no ha quedado demostrado en nuestra revisión, entre otros

factores, posiblemente por los pequeños tamaños de muestra que se utilizan en dos de nuestros artículos.

- Los programas informáticos de meditación que incluyen respiración y movimientos suaves mejoran los niveles de fatiga por compasión y demuestran ser una herramienta mínimamente invasiva y eficaz para los profesionales sanitarios de los servicios de cuidados paliativos.
- El autocuidado consciente es una herramienta importante para disminuir el riesgo de sufrir fatiga por compasión. Dentro de este, el tiempo de relajación y la estructura de apoyo parecen factores protectores importantes contra la fatiga por compasión.

Se requieren más estudios que nos permitan comprender las características que hacen a los sanitarios más vulnerables a padecerla y que permitan conocer qué actuaciones se pueden llevar a cabo para reducirla.





8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *J Hosp Palliat Nurs*. 2006;8(6):346-56.
- Acinas P. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Rev Digit Med Psicosomática y Psicoter*. 2012;2(4):1-22.
- Adams R, Boscarino J, Figley C. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76(1):103-108.
- Alkema K, Linton JM, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2008;4(2):101-119.
- Asai M, Morita T, Akechi T, Sugawara Y. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology*. 2007;16(5):421-8.
- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Cuarta edición. Pamplona: EUNSA; 2002.
- Austin W, Goble E, Leier B, Byrne P. Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics Soc Welfare*. 2009;3(2):195-214.
- Barnett MD, Ruiz IA. Psychological Distress and Compassion Fatigue among Hospice Nurses: The Mediating Role of Self-Esteem and Negative Affect. *J Palliat Med*. 2018;21(10):1504-1056. 24
- Bértola D. Hans Selye y sus ratas estresadas. *Med Univ*. 2010;12(47):142-143.
- Berzoff J, Kita E. Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clin Soc Work J*. 2010;38(3):341-9.
- Billings A. What is Palliative Care. *J Palliat Med*. 1998;1(1):73-81.
- Block SD. Perspectives on Care at the Close of Life. Psychological Considerations, Growth, and Transcendence at the End of Life: The Art of the Possible. *JAMA*. 2001;285(22):2898-905.
- Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. Secondary trauma issues for psychiatrists. *Psychiatr Times*. 2010;27(11):24-6.

- Bourassa D. Examining Self-Protection Measures Guarding Adult Protective Services Social Workers Against Compassion Fatigue. *J Interpers Violence*. 2012;27(9):1699–715.
- Brescia F. The goals and challenges of Palliative Care. Thoughts of a Death Watcher. *J Pain Symptom Manag*. 1990;6:382-384.
- Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring Compassion Fatigue. *Clin Soc Work J*. 2007;35(3):155–63.
- Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Soc Work Pr*. 2004;14(1):27–35.
- Bugen LA. Coping: effects of death education. *Omega*. 1981;11(2):175–83.
- Bugen LAH. Human grief: a model for prediction and intervention. *Am J Orthopsychiatry*. 1977;47(2):196–206.
- Campos JF, Cardona J, Bolaños I, Cuartero ME. La fatiga por compasión en la práctica de la mediación familiar: Hipótesis para una investigación. Morelli M, Luise D, De Luise editores. *Voci Dal X Congresso mondiale di mediazio*; 2015.
- Chan AO, Chan YH, Chuang KP, Ng JS, Neo PS (2015). Addressing physician quality of life: Understanding the relationship between burnout, work engagement, compassion fatigue and satisfaction. *J Hosp Adm*. 2015;4(6):46–55.
- Coetzee S, Klopper H. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Sci, Nurs Heal*. 2010;12(2):235–43.
- Cole T, Carlin N. The suffering of physicians. *Lancet*. 2009;374(9699):1414–5.
- Cook-Cottone CP, Guyker WM. The development and validation of the mindful self-care scale (MSCS): an assessment of practices that support positive embodiment. *Mindfulness*. 2018;9(1):161-175.
- Cosentino C, Corte C, Fioresi E, Molina Ojeda F, Pastore S, Severgnini F, Spacci A, Artioli G. Effects of expressive writing on organizational variables in Palliative Care health professionals: an explorative study. *Acta Biomed*. 2019;90(11):108-116.
- Coyle N, Adelhard L, Foley K, Portenoy R. Character of terminal illness in the Advanced Cancer Patient: Pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manag*. 1990;5:83-93.

- De Lima L, Bruera E. The Pan American Health Organization: Its structure and role in the development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean. *J Pain Symptom Manag.* 2000;20(6):440–8.
- Dunwoodie D, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J.* 2007;37(10):693–8.
- Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized.* New York: Brunner-Mazel; 1995.
- Figley CR. A generic model of compassion fatigue resilience. 2014. Recuperado 20 de febrero de 2020 a partir de <http://figley.blogspot.com/>.
- Flanagan H, Casey D. Compassion fatigue in nursing staff caring for palliative patients in tertiary care setting in Ireland. IAPC. 2014. <http://hdl.handle.net/10147/324372>.
- Flórez Lozano J. *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral.* Barcelona: ASTRAZENECA; 2001.
- Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res.* 2018;43:1-9.
- Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *J Pain Symptom Manag.* 2017;53(3):598-604.
- Gentry JE, Baranowsky AB, Dunning K. The Accelerated Recovery Program (ARP) for compassion fatigue. In: Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue.* New York: Brunner-Routledge.; 2002. p. 123–138.
- Gilmore C. Compassion Fatigue. What is it and how to avoid it. *N Z Nurs J.* 2012;18:32–3.
- Graham J, Ramirez AJ, Cull A, Finlay I, Hoy A, Richards MA. Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliat Med.* 1996;10(3):185–94.
- Heeter C, Lehto R, Allbritton M, Day T, Wiseman M. Effects of a Technology-Assisted Meditation Program on Healthcare Providers' Interoceptive Awareness, Compassion Fatigue, and Burnout. *J Hosp Palliat Nurs.* 2017;19(4):314-322.
- Henry, BJ. Nursing burnout interventions: What is being done? *Clin J Oncol Nurs.* 2014;18(2):211–214.

- Herschbach P. Work-related stress specific to physicians and nurses working with cancer patients. *J Psychosoc Oncol.* 1992;10(2):79-99.
- Hilier ER. Terminal Care in UK. In: Corr CA, Corr DM, editors. *Hospice Care: principles and practice.* New York: Springer; 1983. p. 319–33.
- Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective distress. *Psychosom Med.* 1979;41(3):209–18.
- Hotchkiss JT. Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *Am J Hosp Palliat Me.* 2018;35(8):1099-1108.
- Joinson C. Coping with Compassion Fatigue. *Nursing.* 1992;22(4):116–20.
- Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Soc Cogn.* 1989;7(113–1362):113–136.
- Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliat Support Care.* 2019;17(3):269-275.
- Kash KM, Holland JC, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Ouellette-Kobasa S, Lesko L. Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park).* 2000;14(11):1621-37.
- Kaur A, Sharma MP, Chaturvedi SK. Professional Quality of Life among Professional Care Providers at Cancer Palliative Care Centers in Bengaluru, India. *Indian J Palliat Care.* 2018;24(2):167-172.
- Kearney MK, Weininger R. Whole person self-care: selfcare from the inside out. En: Hutchinson T, editor. *Whole person care: A new paradigm for the 21st Century.* Santa Barbara: Springer; 2011. p. 109–25.
- Kearney M, Weininger R, Vachon S, Harrison R. Self-care of physicians caring at the end of life. 'Being connected... a key to my survival.'. *JAMA.* 2009;301(11):1155–64.
- Kerr D. Worcester: A pioneer in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care.* 1992;9(3):13–38.
- Kmet LM, Lee RC, Cook LS. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2004.

- LaRowe K. *Breath of relief: transforming compassion fatigue into flow*. Boston: Acanthus Publishing; 2005.
- Le Blanc P, Hox J, Schaufeli W, Taris T, Peeters M. Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *J Appl Psychol*. 2007;92(1):213–227.
- Lepnurm R, Lockhart W, Keegan D. A measure of daily distress in practicing medicine. *Can J Psychiatry*. 2009;54(3):170–80.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99–113.
- Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, Griffin M. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: A pilot study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):215–225.
- Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: Addressing burnout and social support in the workplace. *Oncol Nurs*. 2004;31(1):47–54.
- Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care the seriously ill. *JAMA*. 2001;286(23):3007–3014.
- Moreno-Jiménez B, Carmona I, Blanco LM, Meda RM. Trauma y Trabajo: El Estrés Traumático Secundario. En Moreno-Jiménez B, Garrosa E. *Salud laboral: Riesgos Psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Piramide; 2013. p. 197-222.
- Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero M. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. Zaragoza: Egido editorial; 2005.
- Mount BM, Boston PH, Cohen SR. Healing Connections: On Moving From Suffering to a Sense of Well-Being. *J Pain Symptom Manag*. 2007;33(4):372–88.
- Newell J, Nelson-Gardell D, MacNeil G. Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, Abus*. 2015;17(3):306–13.
- Ogińska-Bulik N. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care - The role of psychological resilience. *Adv Psychiatry Neurol*. 2018;27(3):196-210.
- Oliver EB, Arranz P, Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC*. 2001;18(2):59–65.

- Pearlman LA. Trauma and attachment belief scale. Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
- Pearlman LA. Psychometric review of TSI Belief Scale, revision L. Sidran Press. In: Stamm BH, editor. Measurement of stress trauma, and adaptation. Lutherville: Sidran Press; 1996. p. 415–417.
- Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: A systematic review. *Nurs Ethics*. 2011;18(3):317–26.
- Peters L, Cant R, Sellick K, Margaret Lee O, Burney. Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs*. 2012;18(11):561–7.
- Portoghese I, Galletta M, Larkin P, Sardo S, Campagna M, Finco G, D'Aloja E. Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: a daily diary study. *BMC Palliat Care*. 2020;19(23):1-7.
- Puchalski CM, Guenther M. Restoration and recreation: spirituality in the lives of healthcare professionals. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(2):254–8.
- Radey M, Figley CR. The Social Psychology of Compassion. *Clin Soc Work J*. 2007;35(3):207–14.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71(6):1263-1269.
- Riera J. Aproximación a la Historia de la Medicina. Valladolid: Ediciones de la Universidad de Valladolid; 1982.
- Rizzollatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2006.
- Saakvitne KW, Pearlman LA. Transforming the pain. A workbook on vicarious traumatization for helping who work with traumatized clients. New York: Norton; 1996.
- Sabo BM. Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian J Palliat Care*. 2008;14(1):23-29.

- Samson T, Shvartzman P. Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2017;16(4):442-451.
- Samson T, Shvartzman P. Secondary Traumatization and Proneness to Dissociation Among Palliative Care Workers: A Cross-Sectional Study. *J Pain Symptom Manag*. 2018;56(2):245-251.
- Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manag*. 2015;50(2):200-207.
- Saunders C. Foreword. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2^a ed. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 5–8.
- Schaufeli WB, Bakker A. *UWES Utrecht Work Engagement Scale: Test manual*. Department of Psychology. Utrecht: Utrecht University; 2003.
- Schaufeli WB, Salanova M. (2014). Burnout, boredom and engagement at the workplace. En: Peeters MCW, Jonge J, Taris TW editores. *People at Work: An Introduction to Contemporary Work Psychology*. Ed. Londres: Wiley-Blackwell; 2012. p. 293-320.
- Sexton JD, Pennebaker JW, Holzmueller CG, Wu AW, Berenholtz SM, Swoboda SM, Pronovost PJ, Sexton JB. Care for the caregiver: Benefits of expressive writing for nurses in the United States. *Prog Palliat Care*. 2009;17(6):307–312.
- Schmidt-Rio J, Cruz-Quintana F, Villaverde-Gutierrez, M C, Roa-Venegas JM. *Enfermería Oncológica*. 2007;10(2):64–9.
- Simon CE, Pryce JG, Roff LL, Klemmack D. Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *J Psychosoc Oncol*. 2005;23(4):1-4.
- Sinclair S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *CMAJ*. 2011;183(2):180–7.
- Sinclair S, Raffin S, Pereira J, Guebert N. Collective soul: the spirituality of an interdisciplinary palliative care team. *Palliat Support Care*. 2006;4(1):13–24.
- Sinclair S, Chochinov HM. Communicating with patients about existential and spiritual issues: SACR-D work. *Prog Palliat Care*. 2012;20(2):72-78.

- Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud.* 2017;69:9–24.
- Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A, Kazanjian A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med.* 2013;27(2):172-178.
- Smart D, English A, James J, Wilson M, Childers B, Magera C. Compassion Fatigue and Satisfaction: A Cross-Sectional Survey Among US Healthcare Workers. *Nurs Health Sci.* 2014;16(1):3–10.
- Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *J Loss Trauma.* 2007;12(3):259-280.
- Stamm BH. *The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales.* Baltimore: Sidran Press.; 2005.
- Stamm BH. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators.* Baltimore: The Sidran Press; 1995.
- Stamm BH. Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. En Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue.* New York: Taylor Francis/Brunner-Mazel; 2002. p. 107-19.
- Stamm B. *The Concise ProQOL Manual (2nd ed.).* 2010; http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. accessed febrero 2020.
- Stamm, B H, Figley, C R (1996). Compassion satisfaction and fatigue test. Revisado febrero 2020 de <http://www.isu.edu/~bstamm/tests.htm>.
- Tonarelli A, Cosentino C, Artioli D, Borciani S, Camurri E, Colombo B, D'Errico A, Lelli L, Lodini L, Artioli G. (2017) Expressive writing. A tool to help health workers. Research project on the benefits of expressive writing. *Acta Biomed.* 2017;88(5):13-21.
- Tonarelli A, Cosentino C, Tomasoni C, Nelli L, Damiani I, Goisis S, Sarli L, Artioli G. Expressive writing. A tool to help health workers of palliative care. *Acta Biomed.* 2018;89(6):35-42.

Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin.* 2010;135(11):507–11.

Vachon M. Avoiding burnout and compassion fatigue: feeding one's soul. (*Conversations on caring, vol. I: 2005–2006*). Edmonton, AL: Pallium Project Development Office. 2006.

Weiss DS. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. 2nd ed. New York: Guilford Press.; 2004. p. 168–189.

Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York. Guilford Press.; 1997. p. 399–411.

Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res.* 2010;23(4):191-197.

