

Riesgo de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud

LUZ KARINA RAMÍREZ-DUEÑAS,¹ MARÍA URBELINA FERNÁNDEZ-VÁZQUEZ,²
JUAN HERNÁNDEZ-DOMÍNGUEZ,³ MARINA RUGERIO-RAMOS,⁴
ALFONSO ÁNGEL CORTÉS-CUAYAHUITL⁵



Resumen

La fatiga por compasión (FC) es un síndrome observado en personal de salud a cargo del cuidado de pacientes que afrontan una alteración o amenaza de vida a causa de una enfermedad. La FC o estrés por compasión es una respuesta ante el sufrimiento de un individuo y repercute en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional. La enfermedad por COVID-19 está repercutiendo en la salud de los profesionales de la salud que brindan atención a estos pacientes por el estrés psicológico que significa encontrarse en continuo contacto con personas que la sufren. En este trabajo se evaluó la fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de Puebla (OOAD). Se trata de un estudio transversal y analítico. Como instrumento principal se aplicó la Subescala de Fatiga por compasión del ProQOL – CSF-vIV, posee tres subescalas: Burnout, satisfacción por compasión y fatiga por compasión y el test de vulnerabilidad al estrés (Miller-Smith). Se utilizó un muestreo no

Risk of Compassion Fatigue and Vulnerability to Stress in Health Professionals

Abstract

Compassion fatigue (CF) is a syndrome observed in health personnel in charge of caring for patients who face a life-altering or life-threatening illness. CF or compassionate stress is a response to the suffering of an individual and has repercussions on the physical, emotional, social and spiritual sphere of the professional. The COVID-19 disease is having an impact on the health of health professionals who provide care to these patients due to the psychological stress that being in continuous contact with people who suffer from it means. In this work, compassion fatigue and vulnerability to stress were evaluated in health professionals from the Instituto Mexicano del Seguro Social, in the Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de Puebla. This is a cross-sectional and analytical study. As the main instrument, the Compassion Fatigue Subscale of ProQOL – CSF-vIV was applied, as well as three subscales: Burnout, Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue, and the Stress Vulnerability Test (Miller-Smith). A non-probabilistic sampling was used for convenience, during the period from April to

Recibido: 5 de julio de 2022
Aceptado: 13 de septiembre de 2022
Declarado sin conflicto de interés

1 Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla. Remitir correspondencia a: luzkramirez@gmail.com, luz.ramirezd@imss.gob.mx

probabilístico por conveniencia, durante el periodo de abril a junio del 2020. Se empleó el programa SPSS Versión 23, con estadística descriptiva e inferencial (Chi cuadrada, Kruskall Wallis). Muestra: 1033 profesionales de la salud, 70.6% sexo femenino, con edad promedio 38.2 años +/- DE 10.02. La dimensión de satisfacción por compasión 77% perfil I (FE Óptimo-SR-FC), la dimensión de estrés traumático secundario 76% perfil II (FE Normal-SR-FC) $p = 0.046$ en relación al género. 20% muestra riesgo FC. El 38.4% con alta indiferencia o descuido para el autocuidado de salud, el 47% se encuentra en nivel seriamente vulnerable al estrés p^*NS (0.249) en relación al género. Las dimensiones que condicionan mayor vulnerabilidad al estrés son estilo de vida y valores y creencias. Se concluye que la mayor proporción de los profesionales de la salud preservan un nivel óptimo de satisfacción por compasión, pero comienzan con ciertas repercusiones por la ayuda relacional que brindan y una quinta parte muestra riesgo de contraer fatiga por compasión (perfil III).

Palabras clave: Fatiga por compasión, Vulnerabilidad al estrés, Profesional de la salud, Desgaste laboral, Relación de ayuda.

June 2020. The SPSS Version 23 program was used, with descriptive and inferential statistics. (Chi square, Kruskall Wallis). Sample: 1033 health professionals, 70.6% female, with a mean age of 38.2 years +/- SD 10.02. The compassion satisfaction dimension 77% profile I (Optimal EF-SR-FC), the secondary traumatic stress dimension 76% profile II (Normal EF-SR-FC) $p = 0.046$ in relation to gender. 20% show CF risk. The 38.4% with high indifference or neglect for health self-care, 47% are at a seriously vulnerable level to stress p^*NS (0.249) in relation to gender. The dimensions that condition greater vulnerability to stress are lifestyle and values and beliefs. It is concluded that the largest proportion of health professionals preserve an optimal level of compassion satisfaction, but start with certain repercussions due to the relational help they provide and a fifth show a risk of contracting compassion fatigue (profile III).

Key Words: Compassion Fatigue, Vulnerability to Stress, Health Professional, Work Burnout, Helping Relationship.

2 Profesora médica de tiempo completo del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente IMSS.

3 Profesor médico de tiempo completo del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente IMSS

4 Profesora médica de tiempo completo del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente IMSS.

5 Médico pasante en servicio social de la BUAP, convenio plaza de investigación, con adscripción al Centro de Investigación Educativa y Formación Docente (CIEFD) del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla.

Introducción

El personal del área de la salud se dedica al cuidado del bienestar, la vida y a la preservación de una sociedad saludable en general, orientando sus acciones hacia el bienestar del individuo y la sociedad. Para ejercer dichas funciones se requiere de tener empatía, puesto que la naturaleza de estas acciones implica el riesgo de caer en un estado de fatiga. La fatiga por compasión, término fue usado por primera vez en 1992 por Joinson, hace referencia a un síndrome observado en personal de enfermería a cargo del cuidado de pacientes que afrontaban una alteración o amenaza de su vida a causa de una enfermedad. La fatiga por compasión o estrés por compasión “es una respuesta ante el sufrimiento de un individuo y repercute en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional” (Córdoba-Rojas, Diana Norella *et al.*, 2021). La compasión se ha definido por Baverstock (2016) “como la preocupación profunda por el sufrimiento de otra persona, unida al deseo de aliviarlo”.

Los profesionales del área de la salud en contacto y relación frecuente con pacientes se exponen a situaciones emocionales ante esta relación de ayuda, algunas de ellas pueden ser problemas existenciales, angustia o preocupación excesiva, o en algún momento sentir que sus acciones en el cuidado del paciente no son fructíferas o que se han estancado para el logro de un bienestar. Si bien para el personal sanitario ayudar a un paciente siempre será gratificante, su condición humana puede verse afectada generando agotamiento, fatiga por compasión, mala calidad de la atención, especialmente en algunas áreas, como entre los médicos de cuidado paliativos (Hernández, 2017).

Samaniego y colaboradores (2020) plantean que la enfermedad por COVID-19, además de haber provocado colapso en los diferentes sistemas sanitarios, ha repercutido en la salud emocional de las personas que brindan la atención a dichos pacientes. Las principales afectaciones en el área de la salud mental incluyen: depresión (32%), ansiedad (41%), insomnio (28%), distrés (39%) y 64% fatiga por compasión.

La fatiga de compasión (FC) ha sido descrita como un efecto negativo en el profesional causado por trabajar con personas traumatizadas; resulta en una incapacidad para proporcionar atención compasiva. Por el contrario, la satisfacción de la compasión (SC) se define como la capacidad de recibir gratificación por la atención brindada. Stamm describe la CS como

el grado de alegría resultante de la experiencia clínica de ayudar a otros.

Es importante tener presente la calidad de vida de los profesionales de la salud, por ello es necesario comprender los factores que contribuyen a la calidad de vida de los profesionales sanitarios con la intención de generar CS y prevenir CF y el agotamiento a través de variables como el apoyo comunitario, la capacitación continua, la capacitación en habilidades laborales. Los profesionales de la salud, al tener habilidades sociales altamente desarrolladas para tratar con sus pacientes, tienen más recursos para hacer frente al agotamiento emocional y para continuar motivados en el trabajo.

La empatía se ha descrito como un atributo esencial para una atención más humana, un elemento central de la profesionalidad en el contexto de la atención al paciente. Esta habilidad en términos de competencia profesional, se ha definido, como un atributo predominantemente cognitivo que involucra la habilidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas del paciente (Marilaf, M., San-Martín, 2017).

Se considera que la atención empática y la capacidad para las relaciones interpersonales pueden verse afectadas por diversas situaciones en el personal de salud. En el ámbito emocional y físico, la fatiga por compasión se presenta con agotamiento y cansancio crónico, insomnio, síntomas somáticos (digestivos, cefalea, tensión muscular), hipersensibilidad emocional, frustración, culpa, tristeza, apatía, cinismo, respuestas cargadas de juicios de valor, cambios de humor, ansiedad, irritabilidad, etc. En el ámbito espiritual, los profesionales de la salud afectados por presentar fatiga por compasión, o fatiga por empatía como algunos otros autores la denominan, comienzan a cuestionar sus propias creencias, esto como resultado de experimentar tanto sufrimiento, agravamiento o muerte. En el ámbito social y laboral se pueden presentar otros rasgos: aislamiento, desinterés, anhedonia, afectación de la productividad y la eficacia (la ejecución del trabajo y la asociación con errores), evitación para atender pacientes afectados, insatisfacción laboral. Algunos profesionales de la salud incluso deciden dejar el trabajo o abandonar la profesión y dedicarse a otra (Boyle, 2016).

González (2018) señala que la empatía como parte de la relación de ayuda es un recurso fundamental e inevitable que, si bien permite la comprensión del sufrimiento del afectado, puede generar también un efecto adverso al punto de disminuir la capacidad de

respuesta y bienestar emocional, fenómenos asociados a la fatiga por compasión. Por tanto, el riesgo de que los profesionales de la salud generen sintomatología propia de la fatiga por compasión o desgaste por empatía, ya sea a mediano o largo plazo, es alto, lo cual conlleva como ya se ha descrito un debilitamiento emocional del servidor de la salud, con repercusiones negativas en distintas áreas de su vida y con un detrimento en la atención que ofrece a los pacientes.

Siendo el profesional de la salud el instrumento más importante en la atención del paciente, es necesaria la evaluación de su capacidad profesional. Algunos aspectos a considerar son: habilidades de comunicación y la atención plena y autoconciencia, que facilitan la gestión emocional y el establecimiento de límites entre la vida personal y la profesional. La cuestión está en escucharse, entenderse y atenderse y en asumir el compromiso de cuidarse cuando se cuida a los demás en contextos de sufrimiento. Así como las personas enfermas sufren, también los profesionales de la salud que las atienden sufren por posible contagio emocional. De ahí la importancia de vigilar las estrategias de autocuidado y el procurarse a sí mismo el bienestar (Boyle, 2016).

En este contexto, Margolis (2017) plantea que la idea de “vivir y dejar vivir”, es decir, que cuando se quiere vivir entre los hombres, hay que dejar a cada uno existir y aceptarlo con la individualidad que se le ha concedido. No hay que modificarla ni condenarla, pero sí hay que acordarse de que todo sufrimiento, toda incomodidad, todo desorden en cualquier parte del cuerpo, afecta el espíritu. Por tanto, no solo el paciente aquejado de una enfermedad, sino también el profesional de la salud pueden verse afectados física, emocional y espiritualmente.

Siendo la fatiga una sensación compleja integrada por síntomas físicos y psíquicos, se percibe en un continuo que va desde sentirse bien hasta estar exhausto que puede traducirse en un sistema de evaluación de la integridad del individuo y de la disposición para realizar alguna tarea. En el campo de la salud en el trabajo la ubicación del estrés y la fatiga como mediadores psicofisiológicos entre el proceso de trabajo y los diversos daños en la salud de los trabajadores ha abierto un conjunto de nuevas opciones para el diagnóstico y la prevención. Desde este precepto el estudio de ambas condiciones se transforma en un indicador confiable de los efectos inmediatos y potenciales que el proceso de trabajo tiene sobre la corporeidad y el psiquismo del trabajador (Barrientos, 2004).

Por esta razón el personal de la salud que se expo-

ne al cuidado del paciente, de su enfermedad, de sus complicaciones, del control de sus enfermedades, aunado a otros factores tales como turnos de guardia agotadores, necesidad de priorizar y tomar decisiones en el cuidado del paciente, espacios precarios y la convivencia con otros profesionales de la salud, son estresores que hacen que el trabajo un riesgo para sufrir de fatiga por compasión, estrés postraumático, insatisfacción laboral, deseo de abandonar el trabajo, depresión, ansiedad y burnout, de ahí que se de mucha utilidad el empleo de instrumentos que evalúen los indicadores fisiológicos y/o subjetivos para estimar la intensidad y características del fenómeno, dado que el personal de salud tiene una gran vulnerabilidad. La aparición de fatiga por compasión no solo depende de la calidad y cantidad de exigencias y condiciones con las que interactúe el trabajador, sino también y de forma muy importante, de la posibilidad que el trabajador tenga para controlarlas; por tanto, si las condiciones del trabajo sobrepasan la posibilidad de control por parte del trabajador se transformarán en riesgos, exigencias o demandas psicológicas las cuales potencialmente generarán una respuesta de estrés en el trabajador (Barrientos, 2004).

La atención del paciente supone lidiar con eventos traumáticos inesperados y dolorosos del proceso de la enfermedad, así como con las demandas emocionales que supone interactuar con los familiares que viven con un paciente con enfermedad determinada (Moreno-Jiménez *et al.*, 2020). Algunos autores han establecido tres niveles de malestar para evaluar este constructo: a) La fatiga por compasión referido al agotamiento físico y emocional del profesional de la salud; b) la sacudida de creencias, referido a los cambios cognitivos en cuanto a creencias y valores del profesional debido al suceso traumático vivido y c) la sintomatología postraumática tanto a nivel cognitivo como emocional y conductual que se recoge en el DSM-V (Moreno-Jiménez *et al.*, 2020). Asimismo, establecen la empatía y los antecedentes laborales, tales como la sobrecarga temporal o el tipo de tarea traumática, como factores de riesgo.

Segura (2016) sostiene que el cuidado de un paciente conlleva presiones, frustraciones y conflictos; además, se desarrolla aún en un ambiente potencialmente ruidoso, estresante y de difícil manejo para el personal de salud o administrativo que trabaja en equipo o individualmente. El personal de salud tiende a desarrollar conflictos que lo empuja fácilmente a un ciclo vicioso que puede afectar a los pacientes, las reputaciones personales e institucionales y, en

Cuadro 1. Factores relacionados y variables asociadas a la fatiga por compasión

Tipos	Descripción
Factores personales	Destacan como factores de riesgo la experiencia laboral y aspectos de la salud física y psicológica del trabajador (padecer depresión, ansiedad, estrés...); y como factores protectores, la autoconcienciación y el autocuidado.
Factores laborales	De riesgo, principalmente la duración de la jornada (mayor riesgo en jornadas completas que en medias jornadas) y el lugar de trabajo (mayores niveles de desgaste en unidades de Cuidados Paliativos y Oncología). Factores protectores: contrato fijo, trabajar de día y el ambiente laboral.
Factores psicológicos	Fundamentalmente el estrés.
Factores de soporte	Son factores encaminados a disminuir los niveles de FC, tales como los conocimientos psicoeducativos, los programas de apoyo, etc.
Grado de satisfacción profesional del personal de salud	Asegura un mejor desempeño del trabajo y el equilibrio de su actividad profesional. Está relacionado con el interés y la motivación del trabajador hacia la labor que realiza, y determina el bienestar y la calidad de vida de los profesionales
Afrontamiento de la muerte	Una actitud intolerante frente a la muerte propia y ajena genera sentimientos de vulnerabilidad y descontrol, lo que se traduce en un distanciamiento del paciente que, a su vez, entorpece la relación al deteriorar la conexión y comunicación entre ambos. La clave para un mejor afrontamiento de la muerte la encontramos en el manejo emocional, directamente relacionado con el concepto de inteligencia emocional y que precisa de habilidades y competencias socioemocionales en las que es recomendable formar a los profesionales de la salud.
Autocuidado y autoconcienciación	Ambas variables demostraron ser predictores positivos de la SC y negativos de la FC; además de métodos eficaces en la mejora de las competencias en el afrontamiento de la muerte. Es importante señalar la íntima relación existente entre ambos constructos, entendiendo que la combinación entre autoconcienciación y empatía permite el desarrollo de ambas habilidades aplicadas, simultáneamente, en la satisfacción de las necesidades del paciente a su cargo, y a las suyas propias.

Fuente: Martínez, 2019.

general, el bienestar de todos, todo lo cual está asociado a condiciones como carga laboral excesiva, depresión, agotamiento profesional (burnout) y fatiga por compasión.

En este contexto, Martínez (2019) propone una tipología de factores relacionados y variables asociadas a la fatiga por compasión, que compila los aportes de diferentes autores y fuentes documentales (Cuadro 1).

La literatura latinoamericana y en general, la internacional documenta un rezago importante en la formulación y evaluación de tratamientos dirigidos a prevenir y corregir los síntomas de la fatiga por compasión. Cocker y Joss (2016, citado por Marín, 2017) señalan a las mujeres de entre 40 y 50 años como la población más estudiada. En su estudio concluyen que la mayoría de las investigaciones presentan deficiencias metodológicas (muestras pequeñas sin control aleatorio) y que existe una variación considerable respecto a la duración de la intervención y las técnicas empleadas. El resultado más común fue la mejora en al menos una de las dimensiones de fatiga por compasión, pero no en todas; las técnicas menos efectivas

fueron las didácticas, la musicoterapia y el manejo del duelo, mientras que las más eficientes fueron la meditación estructurada, los seminarios grupales con inclusión de ejercicios, así como la enseñanza de habilidades de resiliencia. Concluyen que se deben realizar investigaciones adicionales para establecer los mejores procedimientos de protección de los trabajadores con alto riesgo de padecer fatiga por compasión (Marín, 2017).

Pintado (2018) llama la atención sobre las escasas publicaciones que se refieren al tema con rigurosidad y datos basados en evidencia científica, siendo aún más pocos los artículos que reportan la prevalencia sobre fatiga por compasión, que oscila entre 7.3% y 40%, cifras muy dispares en diferentes fuentes documentales. La mayoría de los artículos más bien se refieren a los programas de intervención orientados al desarrollo de la resiliencia, el manejo del estrés, el aumento de la autoconciencia y del autocuidado y a programas de Mindfulness con el protocolo de MBSR (Mindfulness Based Estress Reduction). La mayoría son estudios con diferencias estadísticamente significativas en los aspectos evaluados, cuyos principales resultados muestran aumento en los niveles de la atención plena, reducción del cansancio emocional,

mejoría en la empatía y la autoconciencia, reducción en las alteraciones en el estado del humor, disminución en las alteraciones emocionales, disminución en el estrés percibido, aumento de la autocompasión, incremento del afecto positivo, aumento de los niveles de satisfacción por compasión, aumento del bienestar psicológico, disminución de los síntomas de somatización. Se concluye así que los programas de intervención en mindfulness están dando buenos resultados en la reducción de síntomas de estrés percibido, fatiga por compasión, sintomatología clínica como depresión, ansiedad y estado de ánimo negativo.

El personal de salud integrado a diferentes categorías laborales en las instituciones puede, además de padecer fatiga, también estar en una situación de vulnerabilidad, cuyo patrón está apoyado en un principio de amenaza. Desde el contexto de la salud es importante entender esta vulnerabilidad para poder hacer frente al impacto de los problemas de salud que puede ocasionar. Según Ruiz (2001), la vulnerabilidad se define en relación con algún tipo de amenaza, ya sea que se trate de eventos de origen físico como sequías, terremotos o inundaciones o de enfermedades como la pandemia por COVID-19 (Bethelmy, 2008).

Según González (2018) diversas investigaciones realizadas en países de Latinoamérica han permitido establecer comparaciones y deducciones sobre las características y consecuencias del fenómeno de fatiga por compasión en distintas poblaciones. O'Mahony *et al.* (2017, citado por González, 2018) muestran que a mayor empatía se presenta mayor la probabilidad de desarrollar fatiga por compasión, encontrando una relación positiva entre la fatiga con la empatía, y una correlación negativa con el neuroticismo. Sin embargo, en un estudio realizado en enfermeras chilenas en cuidados paliativos y atención domiciliaria se encontró que hay correlación inversa con la empatía y el desgaste, observándose que, a mayor experiencia laboral, mayor desarrollo de empatía y por tanto un posible mayor riesgo de fatiga.

En un estudio realizado por Hernández (2017) en profesionales de cuidados paliativos se encontró que no hay relación significativa entre la fatiga por compasión y variables como la edad, estado civil o etnia, pero sí una correlación moderada con los años de servicio. Se observó que los enfermeros presentan un mayor grado de síntomas de fatiga por compasión que los administradores. Otros autores identificaron que existe un mayor desgaste por empatía o fatiga por compasión en los profesionales de la salud que tienen depresión, estrés postraumático, dolores frecuen-

tes de cabeza y en los que dejan de lado sus necesidades personales para satisfacer las de los demás (Marilaf, San-Martín, Delgado-Bolton y Vivanco, 2016).

Duarte, (2017, citado por Pintado, 2018), investigaron los factores psicológicos asociados a burnout y la fatiga por compasión en 221 enfermeras del servicio de Oncología, encontrando que las enfermeras más propensas a experimentar las consecuencias negativas de ayudar a los demás (fatiga por compasión) eran las que presentaban mayor autojuicio e inflexibilidad psicológica, además de mostrar niveles más altos de estrés cuando observaban el sufrimiento de los demás; estos rasgos, paradójicamente, estaban relacionados con una menor empatía y una menor sensibilidad hacia dicho sufrimiento (Pintado, 2018).

Rojas (2019), en un estudio cualitativo de tipo fenomenológico hermenéutico con enfermeras oncológicas pediátricas del ámbito hospitalario en España, se propuso comprender las vivencias y experiencias relacionadas con la atención que brindan y la sobrecarga emocional. Encontró una sobrecarga emocional y fatiga por compasión, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento que ayudan a seguir adelante y a evitar sus efectos negativos. Dentro de los sentimientos positivos que experimenta el personal ante la atención de los pacientes encontró rasgos de empatía, trabajo gratificante, satisfacción por la confianza entre enfermería y familia, entrega completa; dentro de los sentimientos negativos: culpa por valorar más su vida, sobrecarga emocional, impotencia y sentimiento de abandono de los pacientes. Dentro de las técnicas de afrontamiento que referían las participantes se encontraban: importancia de conocer las limitaciones, desconectarse de lo laboral, autoconocimiento, reuniones interprofesionales, descarga emocional con el paciente, procurar asistir en una muerte digna, desahogarse después de situaciones complicadas, apoyar en la reacción de los padres, traspasar la barrera del cuidado del paciente, así como procesar duelo familiar y duelo profesional.

Estos hallazgos son similares a los que cita Martínez (2019) en un estudio cualitativo realizado en el noroeste de Estados Unidos, en el que entrevistó a 6 enfermeras de cuidados paliativos, todas de sexo femenino, con experiencia entre 11 y 33 años. Al analizar las entrevistas se identificaron tres temas principales: el riesgo de fatiga por compasión proveniente de la exposición a muertes repetidas a través de un largo periodo de tiempo; el coste emocional y físico de otorgar cuidados en unidades paliativas y las estrategias de salud y establecimiento de límites. Las par-

ticipantes entrevistadas enunciaron la necesidad de poner en perspectiva la experiencia de la muerte para que ésta no les consuma. Igualmente, identificaron también los síntomas físicos y emocionales asociados al cuidado que proporcionaban, la necesidad de establecer límites en la atención profesional para conservar la habilidad de dar cuidados al término de la vida, al igual que las estrategias de afrontamiento. Algunas de las enfermeras refirieron la importancia del cambio habitual de roles como una manera de prevención; muchas veces las enfermeras, a pesar del dolor y de las repercusiones físicas y emocionales, siguen otorgando cuidados a los pacientes sin que este sufrimiento sea perceptible para la gente a su alrededor.

Rojas (2019) destaca que la enfermería se encuentra entre las 40 profesiones con mayor incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés; por otro lado, señala que las profesionales de la salud de enfermería de edades más tempranas y las que no cuentan con posgrado pueden ser más susceptibles de experimentar estrés, el 20% (132) del personal de enfermería en un hospital terciario tenían niveles elevados de fatiga por compasión. Otros elementos que inciden son: la sobrecarga de trabajo y falta de personal, el factor más influyente, con más de un tercio de las enfermeras (37%; $n = 33$), detectado esto como la causa clave del agotamiento, seguido por el volumen de pacientes de emergencia ($n = 20$, 22.4%) y los "pacientes abusivos" ($n = 14$, 15.7%) como coadyuvantes al agotamiento, aunado a la falta de soporte emocional, y la presencia de conflictos individuales y con el equipo de trabajo.

Borges (2019) en un estudio con enfermeros portugueses del servicio de urgencias y emergencias de adultos en un hospital universitario de la ciudad de Oporto, Portugal, encontró que el 86.6% consideraba su trabajo estresante, el 64.4% tenía algún tipo de actividad de esparcimiento fuera de su horario de trabajo, la actividad más citada fue la realización de ejercicio físico. El 51% manifestó un buen nivel de satisfacción por compasión y el 20% un nivel bajo; un 59% tenía un nivel alto estrés traumático secundario y el 20% un nivel bajo. Los participantes con más edad tenían medias superiores de satisfacción por compasión y las del sexo femenino, más jóvenes, con menos tiempo de experiencia profesional y que no participaban de actividades de ocio, evidenciaban una media superior de estrés traumático secundario. Se concluye en este estudio que la presencia de fatiga por compasión depende de factores individuales como edad, sexo, experiencia profesional y actividades de ocio.

Sarra (2018) realizó un estudio con 42 radioterapeutas en las unidades de tratamiento, utilizando la escala Pro-QOL-V para evaluar el agotamiento y el estrés traumático secundario como los dos componentes de la medición de la FC. El 62% de los encuestados mencionó que 25% de su carga de trabajo implica trabajar con pacientes paliativos. Todos los sujetos tenían una satisfacción de compasión promedio a alta, obtuvieron puntajes de agotamiento de bajos a promedio, presentaron un puntaje de bajo a promedio en lo que respecta a la dimensión de estrés traumático secundario, no presentaron diferencias por edad, años de experiencia o función dentro del departamento. El 50% mencionó no estar de acuerdo acerca de haber recibido educación que los ayude a asistir y comunicarse con los pacientes moribundos y sus familiares, el 47% respondió acerca de la educación y los recursos acerca de fatiga por compasión y agotamiento no están disponibles en el lugar de trabajo, 53% estuvo de acuerdo en que el entorno clínico acelerado no deja pensar en el impacto emocional que los cuidados paliativos y los tratamientos pueden tener sobre ellos, el 38% refirió que, dentro del departamento, el equipo no expresa sus opiniones, valores y creencias acerca del impacto emocional al dar atención a pacientes moribundos, lo cual puede constituir un potencial riesgo para el desarrollo de FC al no contar con factores de soporte y estrategias de afrontamiento.

Seemann (2019), en un estudio realizado en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Toronto, aplicó la escala de calidad de vida profesional. Encontró una puntuación media en la dimensión de satisfacción por compasión de 36.9, es decir, en el Perfil II y en la dimensión de estrés traumático secundario 21.2 (Perfil II). En los hallazgos cualitativos, los alumnos presentaron síntomas de fatiga por compasión. Los participantes mencionaron barreras sistémicas para amortiguar la fatiga por compasión, que incluyen la carga de trabajo y la expectativa cultural de no tener emociones en el trabajo.

Samaniego (2020) realizó un estudio transversal, con una muestra de 126 profesionales de salud, que laboraban en diversos establecimientos de salud de Paraguay, con edades entre 18 a 61 años ($M = 32.22$; $DE = 8.233$). Se aplicaron diversos instrumentos para evaluar depresión, ansiedad, insomnio, distrés y fatiga por compasión, categorizando los resultados en cuatro niveles (normal, leve, moderado y severo). Los participantes reportaron síntomas clasificables como moderados y severos de 32.2% para depresión, 41.3%

en ansiedad, 27.8% en insomnio, 38.9% en distrés, 64.3% en fatiga por compasión, la cual fue mayormente severa en los profesionales de Medicina y en los de Enfermería.

Hernández (2017) evaluó las relaciones entre la fatiga por compasión y la práctica clínica en profesionales de la salud, en relación con características laborales. Respecto a la jornada laboral, los trabajadores con jornada parcial tuvieron mayor nivel en la subescala de satisfacción por compasión (una media de 45 puntos, siendo 37 el punto medio) en comparación con los profesionales con una jornada de tiempo completo con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.008$); los profesionales con jornada parcial presentaron menor nivel de fatiga por compasión en comparación con los trabajadores de jornada completa ($p < 0,001$). Respecto a la labor o categoría se observó que los administrativos presentaron el menor nivel de satisfacción por compasión en contraste con los profesionales de la medicina. Los enfermeros presentaron un alto nivel de fatiga por compasión (20.1 puntos) y los administrativos niveles menores (16.7 puntos).

La enfermedad por COVID-19 está repercutiendo en la salud de los profesionales de la salud que brindan atención a estos pacientes por el estrés psicológico que significa encontrarse en continuo contacto con personas que la sufren. En este contexto, uno de los intereses de este estudio es conocer si el personal de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de Puebla (OOAD), presenta fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en relación las condiciones en que se ha dado el confinamiento por la pandemia.

Método

Tipo de estudio

Estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal, homodémico.

Participantes

Personal institucional de la delegación Puebla del Instituto Mexicano del Seguro Social representado por 1033 profesionales de la salud de distintas unidades médicas de la Delegación.

Instrumentos

Previo autorización por los participantes, se aplicó el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfac-

ción, ProQOL-vIV Professional Quality of Life, una escala que evalúa la fatiga o desgaste por compasión a lo largo de 30 ítems. El instrumento presenta un coeficiente de confiabilidad Omega de .803. Se integra por tres dimensiones (estrés traumático secundario, satisfacción por compasión y burnout) con respuestas en escala de Likert (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algunas veces, 3 = con alguna frecuencia, 4 = casi siempre, 5 = siempre), cuyos puntos de corte corresponden a 4 perfiles:

- Perfil I: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer desgaste por empatía.
- Perfil II: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer desgaste por empatía.
- Perfil III: Funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer desgaste por empatía, y
- Perfil IV: Funcionamiento empático disfuncional.

También se aplicó la Prueba de Vulnerabilidad al Estrés (Miller, Smith – Universidad de Boston), cuyo objetivo se describe en el propio título, la cual se integra por 20 ítems distribuidos en 5 indicadores (a. estilo de vida; b. apoyo social; c. exposición de sentimientos; d. valores y creencias; y, e. bienestar físico). Sus puntos de corte son:

- Puntuación < 30 puntos, sin vulnerabilidad al estrés.
- Puntuación > 30 puntos, vulnerable al estrés.
- Puntuación entre 50 - 75 puntos, seriamente vulnerable al estrés.
- Puntuación de + 75 puntos, extremadamente vulnerable al estrés.

Asimismo, se evaluaron las prácticas y la percepción del nivel de autocuidado: con un autoinforme, se solicitó al profesional de salud que se puntuó en una escala del 1 al 10 de acuerdo con su propia apreciación acerca del nivel de descuido o indiferencia hacia su propia salud, y que describiera dichas prácticas.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences, SPSS, versión 23. Para el análisis de variables sociodemográficas se utilizaron medidas de tendencia central, porcentajes y tablas de contingencia; para la comparación de porcentajes entre grupos independientes se empleó la Chi cuadrada (X^2) y pruebas inferenciales Kruskal Wallis. Se consideró el valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Resultados demográficos

Se aplicó el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción al personal institucional de la delegación Puebla, un total de 1033 profesionales de la salud de distintas unidades médicas de la Delegación. De esta muestra, el 70.66% correspondió al género femenino (730) y el 29.3% género masculino (303). Las categorías laborales más representativas fueron: personal de enfermería (+ 200), 19.39%; asistentes médicas (160), 15.48%; médicos familiares y no familiares (140), 13.55%; médicos en formación (+100), 9.6%; personal administrativo (100), 9.6%; áreas de trabajo social y psicología (60), 5.8%; servicios básicos (higiene y limpieza, camellería, ambulancia) (60), 5.8%; directores y coordinadores delegacionales (50); 4.8%.

El promedio de edad fue de 38.28 años +/- DE 10.02, min. 15 y máx. 65 años. La mayor proporción de la población estudiada se ubicó en el grupo etario de los 31 a los 40 años. La muestra de participantes se distribuyó como se muestra en el Cuadro 2.

El 81.8% de los participantes pertenece al culto religioso católico, el 6.6% al cristiano, el 6.2% no tiene adscripción religiosa, y el resto pertenece a otras reli-

Cuadro 2. Distribución de la muestra por grupos etarios

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Menor 20 años	12	1.16%
21 a 30 años	251	24.29%
31 a 40 años	380	36.78%
41 a 50 años	292	28.26%
51 a 60 años	79	7.64%
Más de 61 años	19	1.83%
Total	1033	100%

Fuente: Elaboración propia.

giones: testigos de jehová, evangelista, mormones y otras variantes religiosas (panteísmo, santera, deísmo). El 36% es practicante regular de su culto y el 47% manifiesta una práctica inconstante.

Con respecto a la antigüedad institucional el 49.17% (508) tiene menos de 10 años trabajando, 341 (33.01%) tienen entre 11 y 20 años de antigüedad, 177 (18%) superan los 20 años y solo 0.48% manifestaron contar con más de 30 años de antigüedad.

De acuerdo con su adscripción más de dos terceras partes de la muestra (65%) pertenecen a unidades médicas de primer nivel de atención (17 UMF), alrededor del 28% pertenecen a unidades médicas hospitalarias (HGR No. 36, HGZ No. 20) y el 8% restante correspondiente a unidades administrativas y delegacionales.

Resultados del cuestionario

En lo correspondiente a la aplicación del instrumento ProQOL-vIV Professional Quality of Life la dimensión de satisfacción por compasión arroja los siguientes resultados. El puntaje promedio de la dimensión de satisfacción por compasión en la población estudiada fue de 42.42 +/- DE 5.72 con una mediana de 43, una mínima de 18 y una máxima de 50. La mayor proporción de los profesionales de la salud se ubica en el perfil I, correspondiente al funcionamiento empático óptimo. Solo un 0.78%, es decir, 8 participantes se ubican en el perfil III con riesgo de contraer desgaste por empatía. No hay diferencia significativa en esta misma dimensión en relación con el género ($p = .370$ NS) (Cuadro 3).

Por otra parte, en la dimensión de estrés traumático secundario, el puntaje promedio fue de 20.64 +/- DE 6.10 con una mediana de 20, una mínima de 10 y una máxima de 49 puntos. La mayor proporción (76.8%) se observa en un perfil II de funcionamiento,

Cuadro 3. Distribución de la muestra por perfiles de funcionamiento en la subescala de satisfacción por compasión

Perfiles	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
I. Funcionamiento empático óptimo. Sin riesgo de contraer desgaste por empatía (39-50 puntos)	238	23.0	565	54.2	803	77.73
II. Funcionamiento empático normal. Sin riesgo de contraer desgaste por empatía (26-38 puntos)	64	6.1	158	15.2	222	21.49
III. Funcionamiento empático normal. Con riesgo de contraer desgaste por empatía (13-25 puntos)	1	0.9	7	0.6	8	0.78
IV. Funcionamiento empático disfuncional (0-12 puntos)	0	0	0	0	0	0
Total	303	30	730	70	1033	100

* Chi cuadrada NS .370.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4. Distribución de la muestra por perfiles de funcionamiento en la subescala de estrés traumático secundario

Perfiles	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
I. Funcionamiento empático óptimo. Sin riesgo de contraer desgaste por empatía (39-50 puntos)	20	1.93	26	2.51	46	4.5
II. Funcionamiento empático normal. Sin riesgo de contraer desgaste por empatía (26-38 puntos)	233	22.5	553	51.5	786	76.08
III. Funcionamiento empático normal. Con riesgo de contraer desgaste por empatía (13-25 puntos)	48	4.72	142	13.7	190	18.38
IV. Funcionamiento empático disfuncional (0-12 puntos)	2	0.19	9	0.87	11	1.06
Total	303	29.34	730	68.58	1033	100

*Chi cuadrada .046 p*SIG.

Fuente: Elaboración propia.

es decir, un funcionamiento empático normal sin riesgo de contraer desgaste por empatía, el 18.3% en un perfil III con riesgo de contraer desgaste por empatía y el 1.06% de la muestra con un funcionamiento empático disfuncional, con diferencia significativa de acuerdo al género en la subescala de estrés traumático secundario con una $p = 0.046$, tal como se muestra en el Cuadro 4.

En relación con la indiferencia y descuido para con su propio autocuidado en la puntuación del 1 al 10 se obtuvo una media de 5.15 +/- DE 2.604 Mdn de 5, valor mínimo de 0 y una máxima de 10. De acuerdo con los niveles de indiferencia o cuidado se tiene una proporción muy similar intergrupos, sin diferencias significa-

tivas entre los grupos, ni tampoco en contraste con el género de la muestra estudiada ($p = 0.350$). La mayor proporción se encuentra en el nivel de alta indiferencia o descuido con 38.43%. El resto de los datos se muestran en el Cuadro 5.

En relación con el nivel de indiferencia/descuido y el nivel de autocuidado/bienestar respecto de las variables sociodemográficas grupo etario (0.14), antigüedad institucional (0.53), religión (0.15) y género (0.85) no hay diferencias significativas entre los grupos; no obstante, en la variable categoría contractual sí se muestra una p^* de 0.002 (menor a 0.05) lo cual es estadísticamente significativo. En el Cuadro 6 se muestran algunos datos relevantes en relación con las

Cuadro 5. Distribución de la muestra de acuerdo con el grado de indiferencia/descuido y autocuidado/bienestar

Grado de indiferencia/descuido – autocuidado/bienestar	Hombres	Mujeres	Total	%	p^*
Baja indiferencia o descuido (0-3)	87	232	319	30.88	.350
Mediana indiferencia o descuido (4-6)	102	215	317	30.68	
Alta indiferencia o descuido (7-10)	114	283	397	38.43	
Total	303	730	1033	100	

* Chi-cuadrada NS.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6. Distribución de la muestra de acuerdo con el grado de indiferencia/descuido y autocuidado/bienestar en relación con la categoría contractual

Grado de indiferencia o descuido	Asistentes médicos	%	Médicos familiares y no familiares	%	Personal en formación	%	Enfermería, laboratorio, trabajo social	%	Directivos	%	Admvs. y otros	%
Bajo (0-3)	41	25	67	38	21	27	71	28	17	40	32	20
Mediano (4-6)	49	30	41	23	24	31	86	34	12	28	55	34
Alto (7-10)	73	44	68	38	32	41	96	38	13	31	74	46
Total	163	100	176	100	77	100	253	100	42	100	161	100

*Chi-cuadrada 0.002 p *sig. Kruskal Wallis 0.033 p* sig.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 7. Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de vulnerabilidad al estrés y su relación entre el género

Vulnerabilidad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Sin vulnerabilidad (< de 30)	22	2.13	53	5.13	75	7.30%
Medianamente vulnerable (30 a 49)	133	12.88	334	32.33	467	45.20%
Seramente vulnerable (50 a 74 puntos)	147	14.23	338	32.72	485	47%
Extremadamente vulnerable (> a 75)	1	0.10	5	0.48	6	0.60%
Total	303	29.33	730	70.67	1033	100%

Chi-cuadrada $p^* 0.460$ NS.

Fuente: Elaboración propia.

categorías institucionales (administrativos, asistentes médicos, personal en formación, enfermería); la mayor proporción de la muestra se encuentra en un grado alto de indiferencia o descuido para procurarse estrategias de autocuidado y/o bienestar.

Con respecto a los resultados del test de la vulnerabilidad al estrés (Miller-Smith) el cual clasifica a la población en cuatro niveles de vulnerabilidad, la mayor proporción de la muestra estudiada se ubica en el grado de medianamente vulnerable y seriamente vulnerable al estrés con un 45% y un 47% respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos de acuerdo al género ni tampoco en relación con la categoría estudiada, como se muestra en el Cuadro 7.

Por otra parte, no existe diferencias entre el nivel de vulnerabilidad al estrés y la categoría institucional. Las categorías mayormente vulnerables son los profesionales de la medicina, tanto los médicos familiares como no familiares, así como el personal directivo (Cuadro 8).

La revisión minuciosa de los grupos medianamente y seriamente vulnerables nos permite diseñar una intervención más propicia dirigida hacia dichos grupos institucionales, con una mirada de riesgo, ya que pueden constituir focos de atención. La vulnerabilidad al estrés se refiere al riesgo o predisposición que tiene una persona a padecerlo de acuerdo con diversos factores, tales como: estilo de vida (hábitos alimenticios, sueño, sedentarismo, adicciones a sustancias (tabaco, alcohol, cafeína, etc.) y la disponibilidad de apoyo social, y las formas de exposición y manejo de sentimientos, valores y creencias y bienestar físico. El Cuadro 9 muestra los resultados respecto a estas dimensiones. Se muestra una diferencia significativa con respecto al género ($p^* .000$).

Discusión

La mayor parte de la muestra utilizada por Sarra (2018) muestra (60%) se encuentra en el rango de los

Cuadro 8. Distribución de la muestra de acuerdo con el nivel de vulnerabilidad al estrés y categoría contractual

Vulnerabilidad al estrés	Asistentes médicos	%	Médicos familiares y no familiares	%	Personal en formación	%	Enfermería, laboratorio, trabajo social	%	Directivos	%	Admvs. y otros	%
Sin vulnerabilidad (< de 30)	9	5.5	13	7.4	5	6.4	19	7.5	1	2.3	19	11.8
Medianamente vulnerable (30 a 49)	81	49.6	72	41.1	38	49.3	119	47	18	42.8	77	47.82
Seramente vulnerable (50 a 74)	72	44.1	90	51.4	34	44.1	111	43.8	23	54.7	64	39.7
Extremadamente vulnerable (> 75)	1	0.61	0	0	0	0	4	1.5	0	0	1	0.62
Total	163	100	175	100	77	100	253	100	42	100	161	100

Chi cuadrada .360 $p^* NS$ Kruskal-Wallis .249 $p^* NS$.

Fuente. Base de datos.

Cuadro 9. Distribución de la muestra de acuerdo a las dimensiones del Test de Vulnerabilidad al Estrés (Miller-Smith) en relación con el género

Indicador	Hombres N = 20 Mdn (rangos)	Mujeres N = 20 Mdn (rangos)	Global N = 20 Mdn (rangos)	P*
1. Estilo de vida N = 10	3.2 (1 a 5) X' = 3.22	3 (1.1 a 8.4) X' = 3.06	3.1 (1 a 8) X' = 3.11	.000
2. Apoyo social N = 5	3.6 (1 a 5) X' = 3.53	3.6 (1 a 5) X' = 3.53	3.6 (1 a 5) X' = 3.5	.612
3. Exposición de sentimientos N = 2	4 (1 a 5) X' = 3.84	4 (1 a 5) X' = 3.95	4 (1 a 5) X' = 3.9	0.21
4. Valores y creencias N = 1	4 (1 a 5) X' = 4.01	5 (1 a 5) X' = 4.18	5 (1 a 5) X' = 4.13	.000
5. Bienestar físico N = 1	4 (1 a 5) X' = 3.98	4 (1 a 5) X' = 3.92	4 (1 a 5) X' = 3.9	.651

P* Kruskal-Wallis.

Fuente: Elaboración propia.

30 a 39 años, y la mayor proporción de sus participantes eran mujeres (78%), similares condiciones socio-demográficas a las descritas por Borges (2019) en cuya muestra el 65.5% correspondió al sexo femenino, con una media de edad de 37 años. En nuestro estudio hay datos muy semejantes, ya que el 70.6% de los participantes correspondió al género femenino y la mayor proporción respecto del rango de edad se ubicó en el grupo etario de los 31 a 40 años.

Los hallazgos de nuestro estudio con respecto a la antigüedad institucional, arrojan que el mayor porcentaje de la muestra estudiada (49.17%) (N = 508) tiene una antigüedad laboral de menos de 10 años, 341 profesionales de la salud (33.01%) tienen entre 11 y 20 años de antigüedad y 177 profesionales (18%) superan los 20 años. Los resultados en los rubros de edad, género y mayor experiencia laboral no son concluyentes en relación con estudios como el de Hernández (2017) quien concluye que hay una correlación moderada con la variable años de ejercicio profesional, esto es, que a mayor número de años de labor profesional, mayor riesgo de fatiga por compasión. En este mismo sentido, González (2018) concluye que a mayor experiencia laboral existe una mayor empatía y, por ende, un mayor riesgo de fatiga por compasión. Borges (2019) encontró que el personal más joven, con menor tiempo de experiencia profesional, evidenciaba una media superior en la dimensión de la

subescala de estrés traumático secundario, y que una mayor edad y un mayor tiempo de experiencia profesional tenían valores superiores en la dimensión de satisfacción por compasión.

En nuestro estudio encontramos una diferencia significativa entre los resultados de la subescala de estrés traumático secundario y la distribución por perfiles de funcionamiento en relación al género femenino, lo cual es coincidente con algunos autores que señalan que el personal femenino que no participan en actividades de ocio evidenciaba una media superior en la dimensión de estrés traumático secundario (Borges, 2019).

De acuerdo con los resultados por dimensiones del instrumento ProQOL-viv Professional Quality of Life, (Borges, 2019) el 51% de la muestra presenta un buen nivel de satisfacción por compasión (SC) y el 20% un nivel bajo; en un 59% de la dimensión de estrés traumático secundario (ET) tienen un nivel alto, y un 20% un nivel bajo. En ese mismo sentido, la muestra de Seemann (2019) de 99 sujetos arroja una puntuación media de 36.9, correspondiente a un perfil II (funcionamiento empático normal) de la dimensión de SC, en tanto que en la dimensión de (ET) arrojó una puntuación media de 21.2 también correspondiente al perfil II (funcionamiento empático normal). En contraste, en nuestros hallazgos la puntuación media de la dimensión de (SC) fue de 42.42, corres-

pondiente a un perfil I (funcionamiento empático óptimo); con el 77.3% de la muestra solo un 0.78% (8 sujetos) se encontraban en perfil III con riesgo de contraer desgaste por empatía; la puntuación media de la dimensión (ET) fue de 20.64, correspondiente a perfil II (funcionamiento empático normal), con el 76.08% de la muestra; complementariamente, el 18.3% tiene un perfil III (riesgo de contraer desgaste por empatía) y el 1% (7 sujetos) se ubica en el perfil IV (funcionamiento empático disfuncional).

En relación con la susceptibilidad y vulnerabilidad al estrés Rojas (2019) describe que las profesiones sanitarias, específicamente la profesión de enfermería, tienen una mayor incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés, y que a menor edad y menor formación profesional pueden tener una mayor susceptibilidad a este fenómeno. En este mismo sentido, Borges (2019) encontró que el 86.6% de la muestra consideraba su trabajo estresante, y el 64% realizaba actividades de esparcimiento (ejercicio físico) lo cual pudiera traducirse a ciertas prácticas de autocuidado. En nuestro estudio con respecto al grado de indiferencia/descuido y autocuidado/bienestar, el 38.43% presenta un grado alto de indiferencia o descuido, sin que exista diferencias entre los grupos con respecto a edad, antigüedad y género, no así con respecto a la categoría profesional, como las asistentes médicas, personal en formación, enfermería y personal administrativo. Con respecto al grado de vulnerabilidad al estrés la mayor proporción se ubica en el grado de seriamente vulnerable (47%) y medianamente vulnerable con el (45.2%) sin diferencias significativas de acuerdo con género y la categoría institucional; no obstante el personal médico y el directivo, son los mayormente afectados con un 51.4% y 54.7% en el nivel de seriamente vulnerables al estrés. Hernández (2017) señala que hay una mayor prevalencia en profesionales de la salud que están en contacto directo con la atención a los pacientes (personal de enfermería, personal médico) a diferencia del personal administrativo que experimenta un grado menor de síntomas de fatiga por compasión.

Cabe hacer mención que este riesgo o predisposición a sufrir estrés, donde intervienen ciertos factores como el estilo de vida, que incluye hábitos alimenticios, sueño, sedentarismo, adicciones, etc., en nuestro estudio el test de vulnerabilidad indica una p significativa con respecto al género masculino (0.000), lo que parece mostrar mejores condiciones en relación con los factores protectores de vulnerabilidad al estrés, en tanto, respecto al género femenino, el indi-

cador que muestra diferencias significativas es el de valores y creencias (0.000), mismos factores que le confieren cierta fortaleza personal.

Conclusiones

El 77% de la muestra tiene un perfil I en la subescala de satisfacción por compasión, correspondiente a un funcionamiento empático óptimo, en tanto que en la subescala de estrés traumático secundario el 76% de la muestra obtiene un perfil II, correspondiente a un funcionamiento empático normal sin riesgo aun para la presentación de fatiga por compasión, con una diferencia estadísticamente significativa de acuerdo al género ($p*0.046$). No obstante, de acuerdo con a esta misma subescala de estrés traumático el 20% de la muestra tiene riesgo de presentar fatiga por compasión.

El 38.4% de la muestra revela un grado alto de indiferencia o descuido en relación con su autocuidado y bienestar, sin diferencias significativas en cuanto al género, aunque sí si se observan diferencias en lo correspondiente a la categoría contractual. El 47% revela en el test de vulnerabilidad un nivel de seriamente vulnerable al estrés.

Se concluye que la mayor parte de los profesionales de la salud preservan un nivel óptimo de funcionamiento en la subescala de satisfacción por compasión, pero comienzan a manifestar ciertas repercusiones en la ayuda relacional que brindan dado el estrés traumático secundario que experimentan. Los datos arrojan un nivel de funcionamiento empático normal y una quinta parte de la muestra con riesgo de contraer fatiga por compasión (perfil III).

Referencias

- Barrientos-Gutiérrez, T., Martínez-Alcántara, S. & Méndez-Ramírez, I. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 46 (6), 516-523. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600006&lng=es&tlng=es
- Baverstock AC, Finlay FO. (2016), Maintaining compassion and preventing compassion fatigue: a practical guide. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2016 Aug;101(4):170-4. doi: 10.1136/archdischild-2015-308582. Epub 2015 Oct 28. PMID: 26510446.
- Bethelmy, L. & Guarino, L. (2008). Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *Summa*

- Psicológica*, 5(2), 3-16. <https://doi.org/10.18774/448x.2008.5.104>
- Borges, E. M. N., Fonseca, C. I. N. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M. & Mosteiro-Díaz, M. P. (2019). Compassion Fatigue among Nurses Working on an Adult Emergency and Urgent Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3175. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>
- Boyle, D. A. (2016). Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Nursing (Ed. española)*, 33(2), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.04.010>
- Córdoba-Rojas, Diana Norella *et al.* (2021) Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde e Sociedade* [online]. 2021, v. 30, n. 3 [Accedido 18 Agosto 2022], e200478. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>>. Epub 26 Jul 2021. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>
- García, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions*, 15 (1), 5-13. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83938758001>
- González, C., Sánchez, Y. & Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias*, 4 (1), 483-498. <https://doi.org/10.23857/dc.v4i1.761>
- Hernández, M. C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14 (1), 53-70. <https://doi.org/10.5209/psic.55811>
- Margolis S. E. (2017). El buen vivir: la búsqueda de su comprensión a través de diferentes filosofías. *Estudios Políticos*, 40 (1):123-147.
- Marilaf, M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R. & Vivanco, L. (2017). Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliar de Chile. *Enfermería Clínica*, 27 (6), 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9 (2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
- Martínez, F. C. (2019). Fatiga por compasión entre el personal de enfermería en los cuidados al final de la vida. *Rev N Punto*, 2019; II (21). <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e00ad1173fe5NPvolumen21-49-69.pdf>
- Moreno-Jiménez, J. E., Rodríguez-Carvajal, R., Chico-Fernández, M., Lecuona, Ó., Martínez, M., Moreno-Jiménez, B., Montejo, J. C. & Garrosa, E. (2020). Factores de riesgo y protección del estrés traumático secundario en los cuidados intensivos: un estudio exploratorio en un hospital terciario de Madrid. *Medicina Intensiva*, 44 (7), 420-428. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.06.001>
- Pintado, S. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Terapia psicológica*, 36 (2), 71-80. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082018000200071>
- Rojas, B. N. (2019). La fatiga por compasión y la sobrecarga emocional en enfermeras oncológicas pediátricas. Un estudio cualitativo piloto. (Trabajo de Grau en Enfermería). *Universitat Internacional de Catalunya*, Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12328/1278>
- Samaniego, A., Urzua, A., Buenahora, M., Vera-Villarroel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: Efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 54 (1), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8100250>
- Sarra, A. & Feuz, C. (2018). Examining the Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout in Radiation Therapists Caring for Palliative Cancer Patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 49 (1), 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.10.008>
- Seemann, N. M., Karanicolas, P. J., Guttman, M. P., Nathens, A. B., Tien, H. C., Ellis, J., Zaretsky, A. & Gotlib Conn, L. (2019). Compassion Fatigue in Surgical Trainees. *Journal of Surgical Education*, 76 (5), 1211-1222. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.03.012>
- Segura, O., Gómez, M., Enciso, C. & Castañeda, O. P. (2016). Agotamiento profesional (burnout) en médicos intensivistas: una visión de la unidad de cuidados intensivos desde la teoría fundamentada. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 16(3), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2016.04.003>