



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

Laura Merinero Casado, Ana María Rico de la Cruz, Julia Ollero Ortiz

[lauramerinero@hotmail.com](mailto:lauramerinero@hotmail.com)

Calidad de vida, factores sociodemográficos, perfil profesional y estrategias de afrontamiento ante la muerte

#### **RESUMEN**

Los profesionales que atienden a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación de final de la vida se desenvuelven en un ambiente laboral de alto impacto emocional. Favorecer una adecuada calidad de vida profesional debe ser uno de los objetivos primordiales de cualquier Unidad de Gestión Clínica, entendiendo el concepto de calidad de vida según la definición de Stamm (2005) y sus tres dimensiones, Satisfacción de Compasión (SC), Burnout y/o Fatiga de compasión.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la calidad de vida de profesionales sanitarios de una Unidad de Medicina Interna, así como su posible relación con factores sociodemográficos y/o de perfil profesional, y con estrategias de afrontamiento ante la muerte.

Los resultados muestran que la mayoría tuvo una predisposición intermedia a desarrollar satisfacción de compasión (64,7 %) y un riesgo medio de sufrir fatiga de compasión (56,3 %) y burnout (52,4 %). No se hallaron correlaciones significativas entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas y de perfil profesional analizadas. Excepto en las diferencias de puntuación en la satisfacción de compasión según la categoría profesional, donde se rozó la significación ( $p = 0,05$ ). Se halló una correlación directa significativa entre un buen afrontamiento ante la muerte y la satisfacción de compasión ( $R = 0,218$ ;  $P = 0,03$ ); e indirecta significativa con la fatiga de compasión ( $R = -0,15$ ,  $p = 0,04$ ). No se encontró correlación con el burnout. Hubo una correlación inversa significativa entre la satisfacción de compasión y la fatiga de compasión ( $R = -0,448$ ;  $p = 0,0001$ ) y con el burnout ( $R = -0,749$ ;  $p = 0,0001$ ).

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

También existió una correlación directa significativa entre el burnout y la fatiga de compasión ( $R = 0,623$ ;  $p = 0,0001$ ).

Por tanto, se ha comprobado una importante correlación entre las estrategias de afrontamiento ante la muerte y la calidad de vida profesional, lo cual abre una vía para el entrenamiento en dichas estrategias de afrontamiento como forma de mejorar la satisfacción de los profesionales.

### INTRODUCCIÓN

#### LA EVOLUCIÓN DE LA ACTITUD ANTE LA MUERTE EN LA SOCIEDAD.

La vida y la muerte, dos antónimos condenados a la unión eterna. No hay vida sin muerte. No hay muerte sin vida. Como ya bien decía Octavio Paz en su libro "Todos Santos, Día de Muertos"; *"El culto a la vida, si de verdad es profundo y total, es también culto a la muerte. Ambas son inseparables. Una civilización que niega a la muerte, acaba por negar la vida"*. La forma en que el ser humano ha respondido ante la muerte y el proceso de morir ha variado notablemente a lo largo de la historia. En las sociedades tradicionales occidentales, la muerte era algo visible, parte de una realidad cotidiana, la renovación de las generaciones <sup>1</sup>. Sin embargo, con la llegada de la modernidad, la muerte, entendiéndose como el final de la vida individual del sujeto, pasa a ser un tema dificultoso y molesto de tratar, en tanto que demuestra la indefensión del ser humano frente la naturaleza inevitable <sup>2</sup>. Se produce lo que podría decirse una "desocialización" de la muerte, apartándose del corazón de la vida social, del espacio público, demostrándose incluso en las diferencias de los ritos mortuorios actuales con los de años atrás. En una sociedad que no tiene pausa, la muerte se reduce a un hecho altamente mecanizado, reglamentado y profesionalizado. Lejos quedan esas interminables jornadas de velatorios en los hogares, los barriles llenos de camisas ahogadas en el más oscuro de todos los tintes negros. Los coches fúnebres perseguidos un por cortejo de personas desoladas son sustituidos por sutiles limusinas grises que se pierden entre el oleaje de circulación <sup>1</sup>. En la sociedad en la que hoy vivimos, en general, no sólo se teme a la muerte, sino que todo lo relacionado con ésta genera actitudes de rechazo, negación, evitación, y olvido. Nuestra cultura no sólo niega la muerte, sino que hace del hecho de morir un tabú, lo que tendrá importantes consecuencias <sup>3</sup>.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

La falta de educación en torno a la muerte, y con ella sobre el proceso de morir, nos deja sin una preparación basada en estrategias que nos permitan afrontarla de la forma menos dolorosa y más "sana" posible <sup>2</sup>, impidiendo el desarrollo de un duelo adecuado. Este encubrimiento de la muerte induce a que los pacientes en fase final de vida y sus familiares se aferren a la esperanza de que un milagro cambie su situación física, haciendo todavía más compleja la aceptación de su enfermedad y su inevitable desenlace.

Durante el curso de una enfermedad, especialmente en fase terminal, el sufrimiento en algún grado está presente en el 90% de los pacientes <sup>4</sup>, familiares y allegados. El sufrimiento abarca dimensiones tanto física como psicológica, espiritual, social y cultural de la persona que lo vive, siendo algo único e individual <sup>5</sup>. Loeser y Melzack (1999), dos grandes investigadores en torno al dolor, escriben que "el sufrimiento es una respuesta negativa inducida por el dolor, pero también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de personas u objetos queridos y otros estados psicológicos" <sup>6</sup>. Podríamos decir, que dicho sufrimiento es un estado afectivo y cognitivo <sup>4</sup> que surge de la interacción entre la percepción de amenaza, de los recursos de adaptación disponibles y el estado anímico. Son los profesionales de la salud los que en muchas ocasiones acompañan a estos pacientes y sus familias en su proceso, quienes deben darle información, promover una toma de decisiones compartida y procurar su bienestar emocional <sup>7,8,9,10</sup>

Tras la revolución científica y tecnológica de la segunda mitad del siglo XX, la medicina ha experimentado una evolución a pasos agigantados en torno al estudio de las enfermedades. Lamentablemente, en ocasiones esto ha significado una lucha continua, a veces encarnizada, contra la muerte, llegándose a entender ésta como un fracaso de la propia medicina. Sin embargo, en los últimos años, el renacer de la idea de que el fin de la medicina es tratar pacientes, y no exclusivamente enfermedades, ha ido cobrando peso. De esta forma, asumir que la inmortalidad es una utopía, ha permitido a la medicina actual centrar también su atención en ayudar a los seres humanos a morir en paz. Este viraje ha favorecido una nueva humanización de la profesión. En este sentido, la comunicación y la relación pasan a ser también herramientas terapéuticas <sup>5</sup>, de mayor relevancia todavía en especialidades que tratan con pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, o en fase final de vida; como puede ser Medicina Interna y más concretamente Cuidados Paliativos hospitalarios o domiciliarios.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

Como venimos comentando, las actitudes frente a la idea de la muerte, han ido evolucionando a lo largo de los siglos en función no sólo de las distintas sociedades y culturas, sino que también vienen marcadas por la propia historia individual de pérdidas vividas y las capacidades de las personas de desarrollar duelos frente a las mismas. Además de todo esto, la esperanza de vida, las creencias sobre lo que significa ser un "ser humano", las creencias religiosas o agnósticas, la concepción filosófica de la muerte, así como la capacidad del sujeto de enfrentarse a la realidad de la vida o de la muerte, son factores que determinan en gran medida estas respuestas. Así, dicha actitud de una forma directa o indirecta, influye en la manera que se plantea el acompañamiento de otros que están en proceso de muerte y cómo esto nos puede afectar a nosotros como personas que permanecemos en el mundo terrenal, y en nuestra relación con los demás <sup>11</sup>.

### **EL AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE**

Por lo que, verdaderamente, sí, la muerte asusta, y puede generar importantes niveles de ansiedad. Se entiende por "Ansiedad ante la muerte" a la reacción emocional negativa provocada por la anticipación de la propia muerte <sup>12,13</sup>. Ayudar al enfermo a reelaborar el sentido de su propia vida si así lo desea, y acompañarlo junto a sus familiares en la fase final de sus vidas, y en el sufrimiento que ésta supone, es un verdadero reto para los profesionales.

Para poder hacerlo, conviene reflexionar sobre nuestras propias creencias, el sentido de nuestro sufrimiento y nuestras actitudes y miedos ante la muerte. Cada ser humano adopta unas actitudes diferentes al de enfrente. Éstas definirán en gran medida, la capacidad que tengamos para hacerle frente. Pero, ¿Qué entendemos por "Afrontamiento ante la muerte"?

Múltiples investigadores han definido este concepto. El "Afrontamiento", son aquellas estrategias cognitivo-conductuales que un sujeto utiliza ante un problema con el fin de mantener su integridad física y psicológica ante una situación nociva o percibida como negativa <sup>14,15</sup>. Se trata de una sucesión de cambios hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora, como puede ser la muerte<sup>5</sup>. El afrontamiento, siendo uno de los factores más relacionados con el estrés, trata de manejar las demandas externas e internas generadoras de éste, como puede ser el estado emocional desagradable que asocia <sup>14,16</sup>.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

Schmidt (2007), en su Tesis sobre la validación española de la "Escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte" y del "Perfil revisado de Actitud ante la Muerte", describe la competencia de afrontamiento ante la muerte como un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades <sup>2</sup>.

Existen múltiples instrumentos de valoración de las estrategias de afrontamiento ante la muerte en la bibliografía, como puede ser el "Perfil revisado de Actitudes hacia la Muerte" (Wong, Rever & Gesser, 1994), realizado a partir de la versión de Templer de 1970 de "Perfil de Actitudes hacia la Muerte". La primera escala de valoración surge en el contexto de los cuidados paliativos, realizada por Bugen en el año 1980-1981, y validada al español por Schmidt en 2007 ("Escala de Bugen de Afrontamiento ante la Muerte"). Esta segunda, se ha utilizado para medir el nivel de afrontamiento ante la muerte en diferentes colectivos por numerosos investigadores; sobre estudiantes universitarios, voluntarios de hospices, en contextos religiosos...

Cuando se estudia sobre estas estrategias de afrontamiento ante la muerte en estudiantes de medicina y otras áreas sanitarias, se encuentran evidencias significativas de la consideración de esta tarea como una de las más complejas y estresantes a las que se deben de enfrentar estos estudiantes<sup>17</sup>. De igual manera, sale a relucir que las actividades hospitalarias que más se relacionan con un impacto emocional alto y un mayor desgaste profesional son las más cercanas a la muerte, el sufrimiento y a la atención de enfermos terminales<sup>17</sup>. Aquellos profesionales con unas estrategias de afrontamiento adecuadas desempeñan su labor asistencial de una forma más eficaz<sup>18,2</sup>.

### **LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL PROCESO DE MORIR**

#### **IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA Y LA COMPASIÓN**

Actualmente, se espera que el profesional sanitario además de ser capaz de manejar aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento de la patología del paciente, alcance una dimensión mucho mayor; es decir, que ofrezca un cuidado integral del enfermo, atendiendo también a sus necesidades sociales, mentales y emocionales a través de la escucha activa empática, accediendo al mundo subjetivo de éste y tratando de regular su completo malestar. El psicólogo Carl Rogers, padre de la psicología humanista, definió en el año 1961 la "Relación de ayuda" como toda relación en la que al menos una de las partes tiene

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

la intención de promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada 5. Podríamos decir que, el encuentro terapéutico centrado en esta relación de ayuda, ocupa la mayor parte de la labor asistencial de aquellos profesionales sanitarios que tratan con personas a diario. Existen dos protagonistas principales en esta relación. Por un lado, el paciente y su familia que demandan desesperadamente una ayuda, en el sentido más amplio de la palabra. Por otro, todo un equipo de profesionales de la salud (médico/a, enfermero/a, auxiliares de enfermería, psicólogo/a, trabajador/a social...) tratando de ofrecérsela <sup>19</sup>.

En una sociedad frenética donde, de por sí el ser humano tiende a ir siempre con prisas, y más concretamente, en un hospital, donde cada profesional tiene a su cargo, incluso más de una decena de pacientes, la dimensión subjetiva donde se produce la vivencia real de enfermedad para el enfermo, puede ser olvidada por falta de tiempo y del espacio adecuado para ser reconocida, evaluada y atendida <sup>19</sup>. Esto tiene consecuencias no sólo en la calidad asistencial que el médico y demás personal ofrece a los pacientes, sino también en los propios sentimientos de éstos, donde la frustración y la impotencia cobran un peso descomunal, al sentir que no pueden realizar su trabajo lo bien que les gustaría poder hacerlo.

Es evidente entonces que, a diario, el profesional sanitario trabaja en entornos de sufrimiento y dolor emocional, acompañando a paciente y familiares en los momentos más tristes de sus vidas.

Puede ocurrir incluso que, la respuesta de éstos hacia los profesionales surja de la furia que sienten hacia la situación impuesta, siendo incapaces de expresar afecto, gratitud, e incluso culpabilizándolos<sup>20</sup>. Éstas desagradables situaciones ocurren con frecuencia sin que el profesional haya recibido una formación específica que le aporte los recursos suficientes para manejarla, bajo una importante presión asistencial, teniendo que contener sus propias emociones, para pocos minutos después atender a otro paciente, equitativamente, sin trasladarle toda la tensión y el dolor que el encuentro anterior acaba de generar en él <sup>19</sup>.

Pocos son los lugares donde encontraremos que las emociones "se contagian", pero realmente pasa algo muy cercano a esta expresión. Recientes investigaciones hablan de las "neuronas espejo", ofreciendo así una explicación biológica a esta idea. Involuntariamente el cerebro activa y refleja a través de estas neuronas la emoción del interlocutor, transformándola en una experiencia propia e interna, matizándola con su propia biografía y trasfondo personal.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

Esto le permite comprender y empatizar con la persona que tiene enfrente, pero, sin embargo, se convierte en un arma de doble filo. Para ayudar a otro ser humano, es fundamental adentrarse en uno mismo y en nuestras propias experiencias, lo que puede generar dolor en nuestro interior, lo que incita de una forma consciente o inconsciente a eludir estos contactos con aquellos pacientes y familiares que sufren y demandan apoyo. Esto pone en manifiesto una falta de recursos y habilidades de gestión emocional por parte del profesional. Si como persona soy incapaz de regular y orientar mi rabia y angustia, me resultará casi imposible ayudar a otro a contenerla y canalizarla. Es por ello, que esa relación que se establece entre la persona que necesita ser ayudada, y aquel que toma el papel de acompañarlo en su camino, se convierte en un riesgo y una oportunidad para el segundo. El riesgo de sufrir en la ruta, y la oportunidad de desarrollarse como persona en la interacción con los demás a la vez <sup>19</sup>.

Si buscamos la palabra "empatía", procedente del griego, "empathia", en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, encontraremos la siguiente definición: "Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos". Sin embargo, la empatía es un concepto mucho más amplio, y con una significación inmensa. Desde la psicología, se puede decir que la empatía es un *fenómeno evolutivo multifacético que facilita la relación de las personas entre sí* (Rothschild, 2009) <sup>21</sup>. Melba Oviedo, lo define en su Tesis doctoral en 2011, como una forma de *co-sentir, de sentir con el otro, de un modo que trasciende la mera simpatía* <sup>22</sup>.

Carls Roger, encuadrado en sus estudios sobre la relación de ayuda, fue el primer autor en conceder una verdadera importancia a la comprensión empática, junto con la congruencia y la aceptación incondicional, como requisitos necesarios para establecer esta relación. La empatía se postula como una herramienta fundamental de trabajo para los profesionales de la salud; aumenta la satisfacción de los pacientes, mejora la adhesión terapéutica a los tratamientos, e incrementa la habilidad de los médicos para diagnosticar y tratar a sus pacientes. Sin embargo, se convierte en un arma de doble filo, al ser un elemento generador de contagio de emociones negativas, cuando se carece de las habilidades suficientes para desarrollar una correcta gestión de las emociones personales en las situaciones que así lo requieren <sup>23, 24</sup>

En 2009, Harrison y Westwood, definieron un nuevo término que se conoció como "empatía exquisita", para hacer referencia a un compromiso con los pacientes del que el profesional *sale enriquecido en lugar de desgastado*.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

Es decir, la capacidad de estar plenamente presente, en sintonía con la persona a la que se ayuda, comprometida sinceramente en ayudarla, pero con unos límites claramente establecidos. Podríamos decir que sería algo así como “ponerse en el lugar del otro”, pero, “sin llegar a robarle su sitio”. Para poder alcanzar este ideal empático, son fundamentales los conocimientos en atención consciente (awareness), practicándolos de forma constante en cada interacción con el paciente y su familia<sup>25</sup>.

Así, podemos afirmar que, no sólo las personas enfermas sufren, sino que los profesionales también pueden hacerlo, no exclusivamente por el contagio emocional, sino también al ver como los objetivos, ilusiones y valores que un día les hicieron embarcarse en la aventura de ser médicos, enfermeros o auxiliares de enfermería, se van apagando en una difícil realidad en la que han perdido prácticamente toda posibilidad de control. Desarmados ante la muerte. Ante la ineludible fragilidad del ser humano.

### **IMPACTO DEL PROCESO DE LA MUERTE EN LOS PROFESIONALES DE LA ASISTENCIA SANITARIA. ASPECTOS SATISFACTORIOS Y POSIBLES EFECTOS DELETÉREOS**

No cabe ninguna duda que todos estos factores influyen en la calidad de vida de los profesionales de la salud, que resulta de la interacción entre los aspectos positivos y los negativos de su vida laboral. Es fundamental atender a la calidad de vida de este colectivo, en tanto que tendrá un profundo impacto en la atención que oferte a sus pacientes<sup>26</sup>. Una mala calidad de vida de los sanitarios, con altas probabilidades generará una disminución en el compromiso con los pacientes, una falta de interés y absentismo, así como una mala relación por actitudes hostiles no sólo con éstos, sino también con sus compañeros. Sin embargo, aquellos que consideran tener una buena calidad de vida, disfrutarán más de su trabajo, se implicarán con cada uno de sus pacientes como si de su propia salud se tratase, generarán un clima de trabajo confortable y por ende más productivo. Todo esto se traducirá en un aumento en la satisfacción de los pacientes y familiares por el cuidado recibido<sup>27</sup>.

La autora Stamm (2005), engloba dentro de la calidad de vida profesional, tres diferentes conceptos, sobre los que en los últimos años se ha estado investigando mucho: Fatiga por compasión, riesgo de burnout y satisfacción por compasión.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

Realmente, esta versión del término podría aplicarse a cualquier relación de ayuda, y no únicamente a la de ámbito sanitario, incluyendo entonces: trabajadores sociales, maestros, policías, bomberos, abogados, profesiones que atienden a víctimas de una catástrofe, y, por supuesto, las ya citadas profesiones sanitarias como los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería <sup>24</sup>

El primero en utilizar el término de Fatiga por compasión fue Figley, en 1983, quien lo definió como un estado de tensión y preocupación crónica producido por el efecto del impacto continuado del cuidado de otras personas<sup>28</sup>. No sería hasta 1995, cuando Pearlman, Saakvitne y Stamm introducirían nuevos matices a esta definición, que harían referencia a los efectos negativos del cuidado de las personas que han sufrido un trauma. Como bien ya dijo Figley, principal autor del término, en 1995, podríamos decir que esta expresión quiere englobar un concepto más amplio, que incluye lo que denominó "El coste de cuidar"<sup>29</sup>.

Como todo problema, para poder combatir la fatiga de compasión, en primer lugar, es primordial identificar el problema. Para (combatir la fatiga de compasión) ello es necesario otorgarle una entidad propia, y considerarla un riesgo laboral en sí misma de los profesionales de la salud. Sus principales síntomas surgen, como ya hemos comentado, de una excesiva implicación emocional con los pacientes. De hecho, aquellos profesionales más empáticos son lo que mayor riesgo tienen de sufrir sus efectos. Entre otros podríamos nombrar los sentimientos de impotencia, enojo, frustración, e incluso supresión de las emociones, apatía, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, del juicio y errores clínicos. Derivado de esto, queda demostrada que de igual forma que se pone en riesgo la salud psíquica, emocional y física del profesional, también lo hace la calidad de su trabajo diario, el equilibrio de un ambiente laboral distendido e incluso la propia estabilidad de su vida personal, al afectar a sus relaciones con familiares y amigos <sup>30</sup>.

Según diferentes estudios publicados, se establece que cerca del 50% de los profesionales que trabajan con personas traumatizadas presentan un alto riesgo de sufrir fatiga de compasión <sup>31</sup>.

Centrando nuestra atención en el Síndrome de Burnout; el primero en nombrar este término fue Hebert Freudemberger<sup>32</sup>, en 1974 para hacer referencia al agotamiento no sólo físico, sino también mental que experimentaban sus compañeros que trabajaban junto a él en una clínica libre para toxicómanos en Nueva York.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

A partir de entonces, múltiples investigadores han ido redefiniendo este concepto, con sutiles diferencias, pero todas, al final tienen en común la idea de que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico.

Según Cristina Malash, una de las pioneras de este campo, el burnout es la disociación entre lo que la persona hace y lo que quiere hacer. Representa una erosión en valores, dignidad, espíritu y voluntad, una erosión del alma humana <sup>33</sup>. Esta distancia entre lo que uno espera de sí mismo y lo que consigue finalmente depende en gran medida de unos factores que resultan inasequible e incontrolables para el sujeto, al depender en gran medida de unas exigencias laborales que se escapan de su control, al estar más relacionado con elementos de organización estructural de la institución (carga de trabajo, jornadas laborales demasiado largas, poco personal para el volumen de pacientes, tiempos de atención...).

La prevalencia de síndrome de burnout en profesionales de la salud es muy heterogénea según las diferentes investigaciones, oscilando desde 14,9% (Grau et al, 2008) <sup>34</sup> al 42,2% (Corredor & Monroy, 2009)<sup>35</sup>, en profesionales de la salud en general.

Aunque en muchas ocasiones los términos de Fatiga por compasión y Síndrome de Burnout se han utilizado como sinónimos, tienen determinadas características diferenciales, que surgen de un origen primario distinto. El primero nace de la propia relación que se establece entre el profesional y la persona que sufre. Sin embargo, el segundo lo hace de la interacción entre el profesional y el entorno laboral generador de estrés. Mientras que la Fatiga por compasión ocurre cuando los cuidadores no pueden "salvar" al individuo de su dolencia, generándose en ellos sentimientos de culpa y angustia. El Burnout, se produce cuando el sujeto no puede alcanzar un objetivo prefijado, desarrollando entonces sentimientos de frustración, inutilidad y pérdida de control.

La Fatiga de compasión está causada por una respuesta natural e intrínseca que intenta paliar el dolor y sufrimiento. El Burnout, sin embargo, está más influido por el ambiente y las condiciones organizativas del entorno que ocupan una esfera superior de gestión que se escapa del control del profesional (el volumen de pacientes, la falta de tiempo, la presión asistencial, la escasez de recursos...).

Derivado de estas características, se observan también diferencias en cuanto a la evolución y resolución de estos cuadros. La fatiga de compasión tiene un curso más subagudo y tórpido, que prolonga su duración y dificulta su resolución.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

Requiere de una planificación individual en pros de mejorar las estrategias y habilidades de afrontamiento, y la capacidad de mantener una distancia profesional y emocional con el paciente y familiares<sup>36</sup>. Por el contrario, el Síndrome de Burnout, tiene una aparición, evolución y resolución más rápidas, lo que nos sugiere que la eliminación del propio factor estresor que induce la aparición de esta condición, también favorezca considerablemente su desaparición.

Pero, si como hemos hablado, parece que la labor de estos profesionales sólo puede acarrearles consecuencias negativas... ¿Por qué continúan con su trabajo?, ¿Qué clase de motivación encuentran para seguir exponiéndose a diario a estos riesgos?

Si asumimos que existen unos "costes del cuidado", resulta lógico pensar que deben existir unos "pagos del cuidado", entendiéndose éstos como los efectos positivos del mismo<sup>37</sup>. La satisfacción de compasión surge a partir de la propia relación de ayuda que se establece con la persona que sufre, lo que le otorga la característica diferenciadora con la satisfacción laboral, que se entiende como un concepto más amplio.

Como bien hemos ido comentando en varias ocasiones previamente, a pesar de los muchos factores de riesgo que un profesional que atiende a enfermos incluso en fase final de vida, y sus familiares, se encuentra para mantener su equilibrio emocional, el hecho de cuidar y atender a estas personas con empatía, compasión y respeto puede también ser enriquecedor y gratificante<sup>26</sup>. Stamm en 1995 fue uno de los primeros en proponer este concepto, al concebir que no se pueden entender y analizar los efectos negativos del cuidado, si no se reflexiona también sobre los positivos. Como sucedía con los términos anteriormente descritos, se han planteado múltiples definiciones del mismo, que vienen a englobar aquellos sentimientos positivos que resultan de ayudar a los demás<sup>37</sup>, es decir, "El gozo de cuidar". Se relaciona con una mayor percepción de autoeficacia así como con mecanismos de afrontamiento más adecuados y saludables. Sin duda alguna, estos sentimientos van a influir en la labor asistencial que ejerzan estos profesionales, resultando en una mayor satisfacción y gratitud por parte del paciente y sus familiares.

La fatiga de compasión y la satisfacción de compasión son elementos que generalmente interactúan entre sí y se mantienen en equilibrio, de forma que diversos estudios han demostrado que la segunda se convierte en un factor protector de la primera<sup>26, 38</sup>.

Un estudio realizado a 18 oncólogos en el año 2008, demostró que los médicos que trabajan con un modelo de atención integral, combinando tanto aspectos biomédicos como psicosociales del cuidado, consideraron el proceso de atención al final de la vida como muy satisfactorio.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

Sin embargo, aquellos que ejercían un rol únicamente biomédico, describieron una relación más fría y distante con el paciente, que resultó en un sentimiento de fracaso por su incapacidad para alterar el curso de la enfermedad y la ausencia de apoyo del entorno<sup>39</sup>.

En cuanto a la evaluación de la fatiga de compasión, se han utilizado tres escalas fundamentales: la escala de fatiga de compasión (Adams et al 2006), la escala de estrés traumático secundario (Bride 2007) y la escala de calidad de vida profesional (Stamm, 2002), que además evalúa la satisfacción de compasión y el riesgo de burnout.

En la Unidad Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío, un hospital de referencia a nivel nacional, trabajan a diario cerca de 200 profesionales de la salud, incluyendo médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería atendiendo a múltiples pacientes y sus familiares, en muchas ocasiones, de gran complejidad.

Éstos requieren un manejo interdisciplinar que englobe todas las esferas que hemos ido comentando; física, psíquicoemocional, espiritual y social. Además, parte de este equipo conforman la Unidad de Cuidados Paliativos, y atención domiciliaria, que manejan todavía situaciones de mayor impacto y sobrecarga emocional, al lidiar con pacientes que se encuentran en fase final de vida.

Por ello nos hemos planteado la realización del presente estudio con la finalidad de evaluar la competencia ante la muerte y como ésta influye en la calidad de vida de los profesionales sanitarios; así como los posibles factores profesionales (estrategias de afrontamiento, perfiles profesionales y sociodemográficos) que se asocian a una mejor calidad de vida.

### **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

- Evaluar la calidad de vida con sus tres componentes (Fatiga por compasión, Síndrome Burnout y Satisfacción por compasión) de los profesionales sanitarios; médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, de la Unidad Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío.
- Investigar su posible relación con factores sociodemográficos y/o de perfil profesional, y con estrategias de afrontamiento ante la muerte.

# CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

## MATERIAL Y MÉTODO

### DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación se trata de un estudio descriptivo transversal unicéntrico sobre una muestra de los profesionales de salud de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) (Sevilla).

Se realizó mediante una encuesta autoadministrada de carácter anónimo que se pudo completar por escrito o telemáticamente (únicamente una de las dos vías), que contuvo tres apartados; uno de cuestionario de variables sociodemográficas y perfil profesional, otra con la escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte en su versión española <sup>2</sup>, y finalmente la escala de ProQOL-V sobre la calidad de vida profesional<sup>40</sup>. En total contuvo unos 67 ítems con respuesta tipo likert, dicotómica, respuesta abierta y cerrada.

### POBLACIÓN ELEGIBLE

Los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío. El total de profesionales que forman a estos colectivos, y por tanto conformaban la muestra diana de la investigación fueron 205 (45 facultativos y médico interno residente, 84 enfermeros/as y 70 auxiliares de enfermería). Al tratarse de un estudio piloto preliminar no se ha considerado un cálculo de tamaño muestral.

El periodo de reclutamiento fue del 1 de Febrero al 15 de Marzo de 2019.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN

Debieron cumplirse los dos siguientes criterios de inclusión:

- a) Ser profesional de la salud de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del HUVR.
- b) Experiencia profesional mínima de 6 meses.
- c) Asentimiento y firma voluntaria para la participación en el estudio.

Por tanto, los criterios de exclusión hacen referencia a aquellos sujetos que no cumplen con los criterios de inclusión.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

### DEFINICIÓN DE VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables que se han planteado en el presente estudio de investigación fueron:

1- Variables sociodemográficas y perfil laboral: a través de un Cuestionario de características sociodemográficas y de perfil profesional.

2- Adecuación de las estrategias de afrontamiento ante la muerte: Se realizó mediante la administración de la Escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte, en su versión española (Schmidt 2007) <sup>2</sup> Esta escala está compuesta por 30 ítems con una respuesta tipo likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), dos de los cuales son ítems invertidos (el 13 y 24). La puntuación total se consigue invirtiendo el valor de los ítems 14, 13 y 24 y sumando luego la puntuación de todos los demás. Cuanta más alta sea ésta, mejores estrategias ante la muerte presenta el sujeto.

La puntuación de dicha escala rondará entre los 30 y 210 puntos, considerándose según la revisión de Schmidt 2007 "afrontamiento inadecuado" si se encuentra por debajo del percentil 33 (89,4 pt) del valor absoluto de la escala, "afrontamiento adecuado" si lo hace por encima del percentil 66 del valor absoluto de la escala (148,8 pt) y neutro si se encuentra entre ambos valores, es decir, entre el percentil 33 y 66 (entre 89,4 pt y 148,8 pt).

3- Riesgo de sufrir Fatiga de compasión y Síndrome de burnout y nivel de Satisfacción de compasión, (La forma de valoración de esta variable se ha establecido mediante la administración de la Escala ProQOL© Versión V (Stamm, 2005), o Escala de Calidad de vida profesional<sup>40</sup> que incluye subescalas de fatiga de compasión, satisfacción de compasión, y riesgo de síndrome de burnout.

La última versión de la escala publicada en la página web oficial [www.ProQOL.org](http://www.ProQOL.org) traducida es la versión IV. Sin embargo, en dicha versión, la escala Likert se establece de 0 a 5, sin dejar ningún término intermedio. Además, en la versión más actualizada publicada en el idioma original (inglés), se observan cambios en la léxica de ciertas preguntas que le aportan mayor validez y comprensión a la escala, así como disminuyen una opción Likert, de forma que se establece entre 1 a 5, dejando un punto medio (3). Por este motivo, con la ayuda de personal con muy alto nivel de inglés, se ha decidido traducir la versión V de esta escala, y aprovechar las ventajas que ofertaba con respecto a su versión anterior (IV).

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

La escala ProQOL-Versión V (Stamm, 2005), valora mediante 30 ítems con respuesta tipo likert de 1 (nunca) a 5 (siempre) tres dimensiones fundamentales (10 ítems cada una): el riesgo de sufrir fatiga de compasión y riesgo de síndrome de burnout, consecuencia de una actividad laboral basada en relaciones de ayuda, y el nivel de satisfacción por compasión del sujeto a estudio.

La puntuación de las variables se obtiene a partir de la suma de los ítems de cada dimensión, teniendo en cuenta que algunos de ellos son inversos y la puntuación obtenida sería la contraria (ej., 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Estos ítems inversos son 1, 4, 15, 17 y 29.

A través de los 30 ítems, la escala evalúa 3 dimensiones: satisfacción por compasión, burnout y fatiga por compasión/trauma.

Para la correcta interpretación de la escala, se suma la puntuación total de cada variable en función de los ítems que la conforman y se compara con los valores teóricos. Para ello existe un manual de interpretación de los resultados que los traduce en diferentes niveles de riesgo de afrontamiento (en el caso de la Fatiga por compasión y Síndrome de Burnout) y niveles de presentación (en el de Satisfacción por compasión); bajo, medio y alto para cada una de las variables. La puntuación está basada en puntos de corte teóricos derivados de continuas investigaciones y aproximaciones (Stamm, 2005). Para facilitar la comparación de resultados se estandarizan los scores brutos (Z-Score) en scores estandarizados (t-Score) sobre 100, conociendo que la Media se sitúa en 50ptos y la Dt en 10ptos<sup>40</sup>.

### **ANÁLISIS DE DATOS**

Las variables demográficas y clínicas se determinarán mediante números totales y porcentajes para las variables categóricas, y valores centrales con medidas de dispersión (media y desviación estándar / mediana y rango intercuartílico si no distribución normal) para las variables cuantitativas.

Para el análisis inferencial de los instrumentos psicométricos utilizados, los consideraremos en su doble vertiente cuantitativo y cualitativa. Para la determinación de la correlación entre las variables cuantitativas se utilizará la R de Pearson, y en el caso de comparación con cualitativas se utilizará la T de Student (U Mann-Whitney si procediera).

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

Por último, para el análisis de los factores asociados a la adecuación del afrontamiento, satisfacción por compasión, fatiga por compasión y síndrome de burn-out utilizaremos la Chi cuadrado (con el test de Fisher si procediera); ANOVA y post-hoc de Tukey ó T3 de Dunett cuando proceda; así como el test de Kruskal-Wallis en el caso de distribución no normal. El dintel de significación estadística se establecerá para  $p < 0.05$ .

El análisis de los resultados obtenidos en las diferentes escalas (Escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte y Escala de Calidad de vida profesional) y las posibles relaciones existentes entre éstas y con variables de carácter sociodemográfico y perfil profesional se realizó a través del programa estadístico SPSS Versión 22.0.

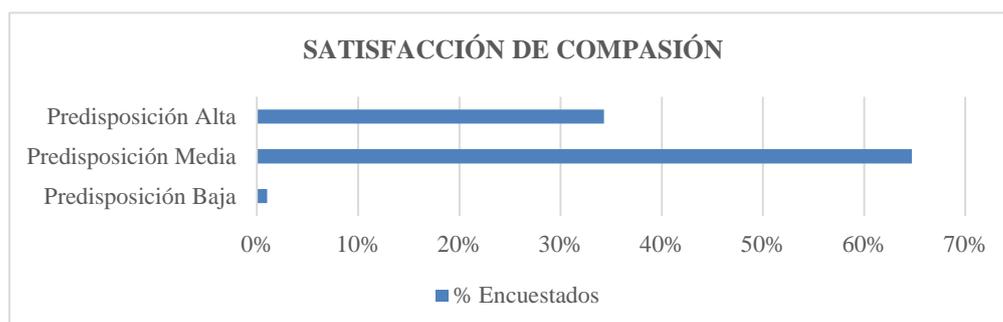
### RESULTADOS

#### SATISFACCIÓN DE COMPASIÓN EN EL PROFESIONAL SANITARIO

##### RESULTADOS GLOBALES

Los resultados se analizaron a partir de 105 encuestas, tras considerar 1 de ellas como datos perdidos al estar incorrectamente cumplimentadas. La mediana estandarizada de la muestra se situó en 50,97 (RIC=10,93) ptos. La mediana bruta fue 43 (RIC=6)ptos. Evidenciamos que el 1% presenta una predisposición baja a desarrollar Satisfacción de compasión, un 64,7% una predisposición intermedia y el 34,3% una predisposición alta de desarrollarla (Figura 8).

*Figura 8: Porcentaje de encuestados según predisposición a Fatiga de Compasión.*



## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

### RESULTADOS POR ITEMS

*Tabla 3. Descriptivo por ítems Pro-CV (versión V) – Dimensión Satisfacción de compasión*

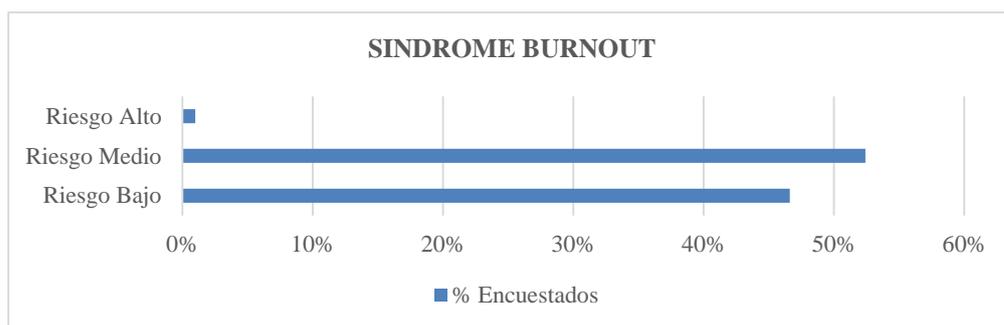
Contenido del Ítem	X (*)	Dt (* <sup>2</sup> )
*X: Media. * <sup>2</sup> Dt: Desviación estándar.		
Me satisface poder ayudar a la gente	4,71	0,647
Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a la que he ayudado o ayudo	4,44	0,84
Me gusta trabajar ayudando a la gente	4,71	0,67
Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y protocolos de asistencia médica	3,77	0,979
Mi trabajo me hace sentirme satisfecho	4,17	0,89
Tengo pensamientos y sentimientos positivos y de satisfacción sobre las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles	4,20	0,74
Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo	3,60	0,98
Estoy orgulloso de lo que puedo hacer para ayudar	4,30	0,82
Considero que soy buen profesional ayudando a las personas	4,35	0,59
Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo	4,36	0,93

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

### SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL SANITARIO

#### RESULTADOS GLOBALES

Los resultados se analizaron a partir de 103 encuestas. La mediana estandarizada se colocó en 49,9 (RIC=12,32) ptos. La mediana bruta fue 23 (RIC=7)ptos. Encontramos que el 46,6% de la muestra se encuentra ante un Riesgo Bajo de desarrollar Burnout, frente al restante 52,4% que se encuentra en un Riesgo Medio y un 1% un Riesgo Alto (Figura 9).



*Figura 9: Porcentaje de encuestados según Riesgo de Burnout.*

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

### RESULTADOS POR ITEMS DEL RIESGO DE SUFRIR SINDROME DE BURNOUT

En la tabla 3 se presenta la media y dt de los diferentes ítems que conforman la dimensión de Burnout. En los datos de los ítems 1,4,15,17,29 se recoge su media y desviación típica haciendo los cálculos con los valores ya invertidos.

Contenido del Ítem	X (*)	Dt (* <sup>2</sup> )
<b>Síndrome Burnout</b>		
Soy feliz (invertido)	2,09	0,68
Me siento vinculado a otras personas (invertido)	1,78	0,956
No soy tan productivo en mi trabajo porque estoy perdiendo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que ayudo	1,83	0,94
Me siento "atrapado" por mi trabajo	2,18	1,207
Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me sostienen en mi trabajo (invertido)	2,70	1,48
Soy la persona que siempre he querido ser (invertido)	2,09	0,931
Me siento agotado ("quemado") a causa de mi trabajo	2,66	1,06
Me siento abrumado porque mi carga de trabajo parece interminable	2,84	1,13
Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario	2,84	1,21
Soy una persona muy bondadosa (invertido)	2,13	0,81

*Tabla 4. Descriptivo por ítems Pro-CV (versión V) – Dimensión Burnout.*

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

### FATIGA DE COMPASIÓN EN EL PROFESIONAL SANITARIO

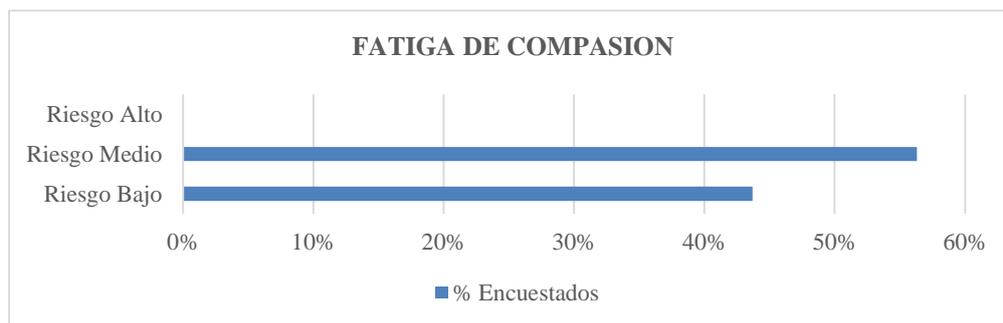
#### RESULTADOS GLOBALES

Los resultados se analizaron a partir de 103 encuestas. La mediana estandarizada se situó en 50,46 (RIC=13,08)ptos. La mediana bruta fue 24 (TIC=8)ptos. Según los puntos de corte, encontramos que el 43,7% de la muestra se encuentra ante un riesgo bajo de desarrollar Fatiga de Compasión y un 56,3% ante un riesgo intermedio (Figura 10).

Contenido del Ítem	X (*)	Dt (*2)
<b>Fatiga de Compasión</b>		
Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo	3,68	0,942
Me sobresaltan los sonidos inesperados	2,82	1,14
Me resulta difícil separar mi vida personal de mi vida profesional	2,52	1,09
Creo que el estrés traumático de las personas a las que ayudo me afecta negativamente	2,24	1,05
Debido a mi profesión he tenido la sensación de estar al límite en varias cosas	2,61	1,14
Me siento deprimido como consecuencia de las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado o ayudo	2,00	1,06
Me siento como si fuera yo el que estuviera experimentando el trauma de alguien al que he ayudado o estoy ayudando.	1,80	0,87
Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las terribles experiencias de la gente que he ayudado o ayudo	1,89	0,94
Como consecuencia de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados	2,10	1,06
No puedo recordar determinados acontecimientos importantes relacionados con víctimas de traumas	2,18	0,96

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

Figura 10: Porcentaje de encuestados según Riesgo de Fatiga de Compasión



### CORRELACIONES Y ASOCIACIONES ENTRE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE Y CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL SANITARIO

#### AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE Y PREDISPOSICIÓN PARA SATISFACCIÓN DE COMPASIÓN.

Se encontró una correlación directa positiva entre el afrontamiento ante la muerte y la predisposición para desarrollar Satisfacción de compasión ( $R=0,217$ ;  $p=0,03$ ).

La mediana de puntuación en la dimensión de Satisfacción de compasión entre los sujetos que presentaron un Afrontamiento Inadecuado ante la muerte fue de 50,06pts. Entre los

que demostraron tener un Afrontamiento Neutro, la mediana se colocó en 50,06 (RIC 10,47) pts. Entre los que tuvieron Afrontamiento Adecuado la mediana se situó en 54,62 (RIC 10,93) pts. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0,038$ ) (Tabla 20).

Tabla 5. Descriptivo por ítems Pro-CV (versión V) – Dimensión Fatiga de Compasión

	SATISFACCIÓN DE COMPASIÓN		
	rM/tM	rRIC/tRIC	Sig.Estadística (p=)
Afrontamiento Inadecuado	42,5/50,06	-	<b>0,05</b>
Afrontamiento Neutro	43/50,06	5/10,47	<b>0,05</b>
Afrontamiento Adecuado	45/54,62	6/10,93	<b>0,05</b>

\*rM: Mediana bruta / \*tM: Med. Estandarizada / \*rRIC: Ric Bruto / \*tRIC: Ric estandariz  
**Tabla 20. Mediana de SC según tipo de AAM**

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

### AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE Y RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT.

En el caso del riesgo de Burnout en relación con el afrontamiento ante la muerte, no encontramos correlación ( $R=-0,165$ ;  $p=0,1$ ).

Las diferencias en la puntuación en la dimensión de Burnout de la escala de calidad de vida en función de los tipos de afrontamiento rozaron la significación estadística ( $p=0,05$ ), con mediana y RIC recogidas en la tabla 21.

SÍNDROME BURNOUT			
	rM/tM	rRIC/tRIC	Sig. Estadis (p=)
Afrontamiento Inadecuado	25/53,41	-	<b>0,05</b>
Afrontamiento Neutro	24/51,65	7/12.32	<b>0,05</b>
Afrontamiento Adecuado	21/46,38	8/13,20	<b>0,05</b>

*\*rM: Mediana bruta / \*tM: Med. Estandarizada / \*rRIC: Ric Bruto / \*tRIC: Ric estandariz*

**Tabla 21.** Mediana de BO según tipo de AAM

### AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE Y RIESGO DE FATIGA DE COMPASIÓN.

Por último, también pudimos encontrar una correlación inversa que alcanzó la significación estadística ( $R=-0,224$ ;  $p=0,025$ ) entre la puntuación obtenida en la escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte, y la dimensión de Fatiga de compasión. Sin embargo, al categorizar el afrontamiento no se encontraron diferencias significativas con respecto a la puntuación en la dimensión de Fatiga de Compasión (Tabla 22).

FATIGA DE COMPASIÓN			
	rM/tM	rRIC/tRIC	Sig. Estadística (p=)
Afrontamiento Inadecuado	29,5/59,54	-	0,34
Afrontamiento Neutro	23/48,83	8/13,08	0,34
Afrontamiento Adecuado	24/50,46	11/17,99	0,34

*\*rM: Mediana bruta / \*tM: Med. Estandarizada / \*rRIC: Ric Bruto / \*tRIC: Ric estandariz*

**Tabla 21.** Mediana de BO según tipo de AAM

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

### CORRELACIONES ENTRE LAS TRES DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL.

Se observó una correlación inversa significativa entre la Satisfacción de compasión y La Fatiga de Compasión ( $R=-0,448$ ;  $p=0,0001$ ) y con el Burnout ( $R=-0,749$ ;  $p=0,0001$ ). También existió una correlación directa significativa entre el Burnout y la Fatiga de Compasión ( $R=0,623$ ;  $p=0,0001$ ).

### **DISCUSIÓN**

Nuestro estudio ha demostrado unas competencias de afrontamiento ante la muerte (AAM) en los profesionales de Medicina Interna del HUVR, claramente superior a la mayoría de las series notificadas, con sólo un solo 2% Afrontamiento Inadecuado. En el análisis de las tres dimensiones de la calidad de vida profesional, se constata una Alta Predisposición a desarrollar Satisfacción de Compasión (SC) (64,7%), un Bajo Riesgo de sufrir Fatiga de compasión (FC) (43,7%) y padecer Burnout (46,6%). Además, se evidenció que la SC es un factor protector frente a FC y BO ( $R=-0,448$ ;  $R= -0,749$ ); y el BO factor de riesgo de FC, y viceversa ( $R= 0,623$ ).

Se observó que la formación profesional mejora fundamentalmente las competencias de afrontamiento ante la muerte, que a su vez demuestran una correlación directa significativa con la Predisposición a desarrollar Satisfacción de Compasión ( $R=0,218$ ;  $p=0,03$ ) e indirecta con el Riesgo de Fatiga de Compasión ( $R= -0,15$ ,  $p=0,04$ ). Esto abre una importante línea de reflexión y trabajo en pros de mejorar mediante la educación en formación ante la muerte, la calidad de vida y salud emocional de los profesionales sanitarios.

La edad, la experiencia profesional, o el sexo se relacionaron con las estrategias de afrontamiento ante la muerte. La categoría profesional lo hizo con la satisfacción de compasión.

### **CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA**

La mayoría de los participantes del estudio resultaron ser mujeres (69,5%), cosa que sucede en la gran mayoría de los trabajos de investigación elaborados hasta la actualidad, ya sea sobre el afrontamiento ante la muerte o sobre cualquiera de las tres dimensiones de la escala de Calidad de vida profesional<sup>41,42,43</sup>. Esto podría deberse a la predominancia femenina en las profesiones sanitarias que se aprecia ya desde la universidad.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

Casi la mitad de los encuestados fueron médicos (42,9%), seguidos de enfermeros/as y auxiliares de enfermería (35,5% y 21,9%). La tasa de respuesta, sobre todo en las dos últimas categorías, ha sido menor, pero, el hecho de existir una alta participación médica enriquece nuestro estudio al ser uno de los colectivos menos analizados sobre el afrontamiento ante la muerte y calidad de vida con sus tres dimensiones en la bibliografía publicada hasta momento. Asimismo, observamos como el nivel de formación en cuidados paliativos y en estrategias para afrontar el sufrimiento y la muerte entre los profesionales de esta unidad clínica no resultó ser escasa. Solo el 12,3% en el primer caso y el 18% en el segundo dice no haber recibido nunca formación en ninguna de las dos temáticas. Probablemente en este hecho influya la sensibilidad por los Cuidados Paliativos de ésta unidad clínica y el carácter interdisciplinario del equipo, en el que participa una psicóloga clínica que colabora realizando periódicamente sesiones en las que se ahonda en el manejo de las emociones personales o el trato humano con el paciente.

### **LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL**

Una buena calidad de vida del profesional sanitario debe ser uno de los objetivos primordiales de cualquier Unidad clínica a nivel hospitalario o ambulatorio, por múltiples motivos. Entre otros, tiene un efecto directo en la atención que ofrecen a los pacientes, en la relación que se establece entre ambos, en la percepción de la atención recibida por éste e incluso en el desarrollo y desenlace de su proceso. Si entendemos la calidad de vida mediante la definición de Stam y sus tres dimensiones, predisposición para presentar Satisfacción de compasión (SC), Burnout y/o Fatiga de compasión, evidenciamos que los niveles encontrados en la unidad clínica son bastante positivos (64,7% de Alta Predisposición de SC; 43,7% y 46,6% de Bajo Riesgo de FC y BO respectivamente).

Cierto es que pocas son las investigaciones publicadas sobre el riesgo de desarrollar estos tres síndromes, sobre todo en el ámbito español, y principalmente sobre médicos. Esta escasez corresponde mayormente a estudios sobre la SC y en segundo lugar sobre FC.

Al comparar nuestros resultados con los publicados, encontramos similitudes. Así, un estudio realizado en España y Brasil sobre 385 y 161 médicos de cuidados paliativos demostró una frecuencia del 48,30% de los encuestados españoles con Alta Predisposición para desarrollar SC, frente al 60% de los brasileños. El 65,7% y 68,5% de españoles y brasileños respectivamente presentó un Bajo Riesgo de Burnout.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

Sin embargo, diferentes fueron los resultados localizados en torno a la FC, donde se observó que la muestra de ambos países presentó unos riesgos llamativamente más altos de sufrirla que la nuestra (62,7% de españoles y 56,6% de brasileños con Riesgo Medio)<sup>56</sup>. En esta línea, Stacey, en su estudio sobre enfermeros/as de oncología en Estados Unidos y Canadá evidenció que el 58% de ellos/as en el primer caso presentaba una Predisposición para SC Alta, frente al 59% de los/las segundos/as. El 52% y 54% de ellos/as demostraron Riesgo Bajo de BO y el 52% en ambas muestras un Riesgo Bajo de FC57. Finalmente, Rocío Campos, en su tesis donde los sujetos de estudio fueron los profesionales sanitarios incluyendo médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería de diferentes centros de mayores de Extremadura, halló que el 63% de los trabajadores tenía una Alta Predisposición de desarrollar SC, el 43,61% un Bajo Riesgo de BO y 54,63% de FC58.

En nuestra muestra no se encontraron diferencias significativas entre los valores tanto cuantitativos como cualitativos en función de las diferentes variables sociodemográficas y de perfil profesional; exceptuando el caso de la SC en función categoría profesional, donde se apreció niveles ascendentes en la puntuación de la escala según si el profesional era médico, enfermero o auxiliar de enfermería ( $p=0,05$ ). En la línea a nuestros hallazgos, otros estudios defienden que los médicos y enfermeros en comparación con otras profesiones como psicólogos o auxiliares de enfermería presentan niveles mayores de BO y FC59. Podría relacionarse con una mayor presencia emocional por parte de la enfermería al ser uno de los profesionales que más tiempo pasa físicamente al lado del enfermo, y en relación al médico al tratarse de la figura con mayor responsabilidad en la evolución clínica del paciente, lo que supone cargar una mochila de potencial culpabilidad sobre los hombros de este.

Stacey, en su investigación, demuestra un aumento de riesgo de FC cuanto menos edad y menos experiencia profesional presenta el/la enfermero/a<sup>57</sup>. Puede estar ejerciendo una importante influencia en las diferencias encontradas factores como: una menor fuente de recursos personales para lidiar con situaciones de una carga emocional tan alta, la vivencia de menos experiencias profesionales de las que haber sembrado semillas de aprendizaje y superación, el choque de realidad que supone asumir la debilidad del ser humano ante la propia enfermedad, o la falta de conocimientos e intuición del aprendiz.

Otro hallazgo interesante que revela la investigación de Stacey, es como el trabajo en equipo fomenta un ambiente laboral basado en el apoyo entre compañeros, lo que a su vez se relaciona con niveles de riesgo inferiores de BO; hecho que puede ser más comprensible al tratarse de una dimensión que depende además de factores culturales y

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

personales, de factores organizativos, pero también de FC, que se influencia más por factores intrínsecos a la persona<sup>57</sup>.

Esto nos hace reflexionar sobre la importancia que supone potenciar un clima de trabajo relajado y de confianza, que haga sentirse al profesional más pleno y feliz de encontrarse ejerciendo la labor que ejerce. Sin duda, como decimos, esto tiene después implicaciones sobre el paciente y el cuidado recibido.

Resulta llamativo como, en oposición a nuestras sospechas iniciales, no se encontraron diferencias en ninguna de las tres dimensiones según la formación en cuidados paliativos y en estrategias para afrontar el miedo y la muerte. Si lo analizamos en profundidad, este hecho puede poner todavía más de manifiesto los cimientos de la propia definición de estos términos, donde se incide en la vital importancia que supone el factor intrínseco y personal del profesional sobre todo en la FC y SC; y del factor organizacional en el BO; que se escapa del control del sujeto y del tipo de formación teórica actual que se ofrece en pros de su corrección.

Como venimos comentando, la FC y SC son dos situaciones que dependen fundamentalmente de características personales interiores del profesional, el tipo de empatía que ejerce, su inteligencia emocional, sus estrategias individuales de gestión del sufrimiento ajeno, entre otras. En esta línea, varios estudios han investigado sobre la relación existente entre la conciencia plena, el autocuidado, el cuidado emocional y espiritual con las tres dimensiones de calidad de vida. Se evidencian correlaciones positivas de estos factores con la SC y negativas con el BO y FC<sup>5</sup>. Además también se descubre una asociación positiva entre estos y el afrontamiento ante la muerte<sup>5</sup>. Diferentes investigadores han evaluado intervenciones basadas en la potenciación psicoemocional de los participantes a través de terapias grupales, ejercicios de meditación, terapia cognitivo-conductual, programas de mindfulness o estrategias de resiliencia, observándose mejoras estadísticas en la puntuación de las tres dimensiones de la Escala ProQOL<sup>61,62,63</sup>. En términos generales, la clave del éxito se basa en entenderse, escucharse a uno mismo, atenderse y comprometerse en el autocuidado cuando la rutina laboral se ubica en un contexto de sufrimiento<sup>19</sup>.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

### **RELACIONES ENTRE LAS TRES DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y EL AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE**

Son escasos los estudios publicados que investigan la potencial asociación existente entre el afrontamiento ante la muerte y la calidad de vida profesional. Por este motivo, este fue uno de los objetivos planteados en esta investigación. Se encontró que el Afrontamiento ante la muerte actúa como factor potenciador del desarrollo de SC ( $R=0,218$ ;  $p=0,03$ ); y como factor de protector de FC ( $R= -0,15$ ;  $p=0,04$ ). Estos resultados coinciden con los observados por Sansó en su tesis doctoral sobre una importante muestra de más de 300 médicos integrantes de la SECPAL, donde una de sus hipótesis fue exactamente ésta<sup>5</sup>.

También se han demostrados otras correlaciones entre las tres dimensiones entre sí, que estaban más estudiadas ya en la bibliografía actual. Como bien preveníamos, se ha evidenciado que la SC actúa como factor protector frente a FC ( $R= -0,448$ ;  $p<0,05$ ) y BO ( $R= -0,749$ ;  $p<0,05$ ). A su vez, se halló una correlación directa en ambos sentidos entre BO y FC, de forma que se convirtieron en factores de riesgo el uno del otro ( $R= 0,623$ ,  $p<0,05$ ). Por ejemplo, en la misma línea, y con niveles de correlación significativos similares, se presentó el trabajo de Alkema sobre diversas personas en contacto con pacientes de cuidados paliativos (enfermeras, cuidadores a domicilio, voluntarios, párrocos). La asociación negativa entre SC y BO fue de  $R= -0,612$ ; la de SC con FC de  $R= -0,3$  y finalmente la positiva entre FC y BO de  $r= 0,3263$ . Sansó en su tesis también encontró estas mismas evidencias<sup>5</sup>.

### **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En primer lugar, un sesgo a tener en cuenta en nuestro trabajo, al igual que en todos los publicados con respecto a este tema, es que se tratan de estudios que no se realiza por muestreo de la población, sino por invitación a responder un cuestionario. Esto puede condicionar un sesgo de selección al ser los participantes aquellos profesionales más motivados.

En segundo lugar, nuestro estudio, al igual que la mayoría de los publicados, se trata de un estudio exploratorio, lo que impide sacar conclusiones muy sólidas. Además, es un estudio unicéntrico, con un tamaño muestral escaso ( $n=106$ ), que impide que ciertas tendencias observadas a encontrar diferencias entre diferentes variables, alcancen la significación estadística.

## **CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS**

### **IMPLICACIONES DE LOS HALLAZGOS**

Tras analizar los resultados tanto de nuestro estudio como de otras series de la bibliografía, quedó demostrada la importancia que ejerce tanto la formación tal y como se entiende hoy en día; principalmente teórica, como una visión más innovadora basada en la potenciación psicoemocional del profesional. Ambas ejercerían un efecto inductor de buen afrontamiento ante la muerte y calidad de vida del sanitario. En ese sentido, una buena herramienta para mejorar los niveles en las dimensiones que conforman estas variables en la Unidad de Medicina Interna sería, continuar con las sesiones clínicas teóricas que se imparten a diario en el servicio, pero, además, ser pioneros en la instauración de jornadas de formación en mindfulness, terapias grupales o reforzamiento de la resiliencia en todos los profesionales, pero especialmente en aquellos de menor edad, y menor experiencia profesional.

Asimismo, tras descubrir la relativamente escasa bibliografía publicada sobre la FC y SC así como la asociación de estas y el BO con el afrontamiento ante la muerte, y la apreciación de que muchos de los estudios encontrados se realizan sobre muestras pequeñas con una significación escasa o inexistente en cuanto a las diferencias encontradas, vemos necesario, a la par que interesante, tratar de investigar en profundidad sobre la temática, realizando exploraciones a nivel multicéntrico con un mayor tamaño muestral sobre todas las categorías profesionales, pero especialmente sobre médicos, al ser la más pobremente estudiada.

### **CONCLUSIONES**

- Los niveles de afrontamiento ante la muerte y Calidad de vida profesional son elevados en nuestra muestra en comparación a otras series publicadas.
- Unas buenas estrategias de afrontamiento ante la muerte supusieron un factor protector frente a Fatiga de compasión, y predispone a Satisfacción de compasión.
- La satisfacción de compasión fue un factor protector de Fatiga de compasión y Burnout. Así, el Burnout y la fatiga de compasión fueron factores de riesgo el uno del otro.
- No se encontraron correlaciones significativas directas entre las variables sociodemográficas, las variables de perfil profesional y la formación según el modelo actual con ninguna de las tres dimensiones de la calidad de vida profesional (Satisfacción de Compasión, Fatiga de compasión, Síndrome de Burnout).

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

- La ausencia de relación directa entre Formación y las dimensiones de Calidad de vida, sugiere la necesidad de evaluar programas de intervención con sanitarios basados en el aprendizaje de técnicas de afrontamiento concretas.
- Resulta fundamental continuar esta línea de investigación, evaluando programas de intervención y desarrollando estudios multicéntricos que nos permitan mayor consistencia en los resultados observados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez I. "Muerte 2.0": Pensar e imaginar la muerte en la era digital. *Andamios*. 2017;14(33):103–20.
2. Schmidt-Riovalle J. Validación de la versión española de la Escala de Bungen de Afrontamiento de la Muerte y del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención [Internet]. Vol. 12, Universidad de Granada. 2007. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1041610200006906](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610200006906)
3. Cruz Quintana F. El miedo a la muerte. In: *La psicología que nos ayuda a vivir: enciclopedia para superar las dificultades del día a día*. 2007. p. 913–38.
4. Ji A, Wr P, Dm S. The emerging soft tissue paradigm in orthodontic diagnosis and treatment planning . Vol. 2, *Clinical Orthodontics and Research*. 1999. p. 49–52.
5. Martínez NS. Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Variables moduladoras y consecuentes. Universidad de las islas Baleares.
6. Loeser D john; Melzack Ronald. Pain: an overview. *Lancet* [Internet]. 1999;353:1607-09. Available from: [https://journals-scholarsportalinfo.libaccess.lib.mcmaster.ca/pdf/01406736/v353i9164/1607\\_pao.xml](https://journals-scholarsportalinfo.libaccess.lib.mcmaster.ca/pdf/01406736/v353i9164/1607_pao.xml)
7. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med*. 1987;2(5):346–55.
8. Epstein, R. M., Cambell, T. L., Cohen Cole, S. A., McWhinney IR& S, G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pr*. 1993;37:377–88.
9. Beckman H. The Doctor-Patient Relationship and Malpractice. Lessons from Plaintiff Depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154(12):1365–1370.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

10. Schechter GP, Blank LL, Godwin HA, LaCombe MA, Novack DH, Rosse WF. Refocusing on history-taking skills during internal medicine training. *Am J Med* [Internet]. 1996 Aug [cited 2019 Feb 10];101(2):210–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8757362>
11. Huertas LA, Allende SR, Verastegui E. CREENCIAS , ACTITUDES Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN UN EQUIPO. 2014;11:101–15.
12. Tomer A EG. Toward a comprehensive model of death anxiety .pdf. *Death Stud*. 1996;20(4):343–65.
13. Laura Galiana, Amparo Oliver, Noemí Sansó, Antònia Pades EB. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento en profesionales de cuidados paliativos [Internet]. Vol. 24, *Medicina paliativa*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2017. p. 126–35. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.04.001>
14. Hombrados MI. Estrés y salud. Promolibro. Valencia; 1997.
15. Zabalegui, A., Vidal, A., Soler, M. D. & Latre E. Análisis empírico del proceso de afrontamiento. *Enferm clin*. 2002;12(1):29–38.
16. Robles, H., Peralta MI. Programas para el control del estrés. Pirámide, editor. Madrid; 2006.
17. Benbuna, B, Cruz, F, Roa, J.M, Villaverde C. Nursing students' coping with pain and death: A proposal for ameliorative action . *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology* 2007;7(1). *Int J Clin Heal Psychol*. Jan;7(1):197–205.
18. Robbins RA. Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Stud* [Internet]. 1992 Nov [cited 2019 Feb 18];16(6):557–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10122686>
19. Benito E, Arranz P, Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria*. 2011;18(2):59–65.
20. Jack D.McCue MD. *The\_Effects\_of\_Stress\_on\_Physi*.pdf. *N Engl J Med*. 1982;306(8):458-63.
21. Rothschild B. Ayuda para el profesional de la yuda. *Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Brouwer D de, editor. Bilbao; 2009.

XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

[www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) – del 24 mayo al 4 de junio de 2021

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

22. Gésime MO de. Empatía de estudiantes en formación en la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo. Universidad Autonoma de Madrid; 2011.
23. Rehrauer S. Psicología de la Responsabilidad. *Moralia*. 23(85):9–50.
24. Pilar Arranz, José Javier Barbero, Pilar Barreto RB. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. 2003.
25. Harrison RL, Westwood MJ. Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychother Theory, Res Pract Train* [Internet]. 2009 Jun [cited 2019 Feb 18];46(2):203–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22122619>
26. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B, et al. Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Feb 10];16(1):3–10. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12068>
27. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2011 Feb [cited 2019 Feb 18];30(2):202–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21289340>
28. Figley CR. Stress and the Family, Vol. II: Coping with catastrophe. In: McCubbin CRF& HI, editor. *Catastrophes: An overview of family reactions*. New York: Brunner/Mazel; 1983. p. 3-22.
29. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel, editor. New York (NY); 1995.
30. Kashani M, Eliasson A, Chrosniak L, Vernalis M. Taking aim at nurse stress: a call to action. *Mil Med* [Internet]. 2010 Feb [cited 2019 Feb 18];175(2):96–100. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20180478>
31. Kaiser MCISSCGA. Personality Traits Associated with Genetic Counselor Compassion Fatigue: The Roles of Dispositional Optimism and Locus of Control. *J Genet Couns*. 20(5):526–40.
32. Freudemberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159–65.
33. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychology*. 2001;57:397–422.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

34. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):215–30.
35. Corredor M, Monroy J. Descripción Y Comparación De Patrones De Conducta, Estrés Laboral y Burnout En Personal Sanitario. *Hacia Promoc Salud [Internet]*. 2009;14(1):109–23. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v14n1/v14n1a07.pdf>
36. Slatten LA, David Carson K, Carson PP. Compassion Fatigue and Burnout. *Health Care Manag (Frederick) [Internet]*. 2011 Oct [cited 2019 Feb 18];30(4):325–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22042140>
37. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion fatigue and satisfaction test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp.107-119). New York, NY: Brunner-Routledge.
38. Tremblay MA, Messervey D. The Job Demands-Resources model: Further evidence for the buffering effect of personal resources. *SA J Ind Psychol [Internet]*. 2011;37(2):1–10. Available from: <http://sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/876>
39. Jackson VA, Mack J, Matsuyama R, Lakoma MD, Sullivan AM, Arnold RM, et al. A Qualitative Study of Oncologists' Approaches to End-of-Life Care. *J Palliat Med [Internet]*. 2008;11(6):893–906. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jpm.2007.2480>
40. Stamm BH. *The concise ProQOL manual* (2nd ed). Pocatello. 2010.
41. Marchán Espinosa S. Coping of the nursing professional with the death of patients in units of palliative and oncology. *Nure Investig*. 2016;13(82):1–12.
42. Fernandez Fernandez JA, Martinez Garcia L, Garcia Garcia-Bueno ML, Fernandez Grande AI, Lozano Gonzalez T RPA. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. *Tiempos enfermería y salud [Internet]*. 2017;2(1):27–33. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6319007>
43. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum [Internet]*. 2013;40(2):180–
7. Available from: <http://onf.ons.org/onf/40/2/evaluation-compassion-fatigue-resiliency-programoncology-nurses>
44. M LM. Ansiedad, afrontamiento, miedo y conocimientos ante la muerte de estudiantes de enfermería de la península del Yucatán. Granada; 2015. XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

45. RA R. Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Stud.* 1992;16(6):557–69.
46. S ME. Afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. *Nure Inv.* 13(82):1–12.
47. Tomás-Sábado J G-BJ. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gral y Aplic.* 2003;56(3):257–79.
48. JM S. *Death and the sexes.* Publishing H, editor. Washington; 1985.
49. American Psychiatric Associaton. *DSM-IV.* Toray-Masson, editor. Madrir; 1995.
50. Gesser G, Wong PTP, Reker GT. *Death Attitudes across the Life-Span: The Development and Validation of the Death Attitude Profile (DAP).* *OMEGA - J Death Dying.* 2005;18(2):113–28.
51. Gavala Arjona JM, Fullana tudurí RM, Pascual Reus AV, Jordá Martí S, Moreno Bahone ME CPM. Afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería de una unidad de oncología infantil. In: *XIC: Encuentro internacional de investigación de cuidados.* Cuenca;
52. Kim S, Hwang WJ. Palliative care for those with heart failure: Nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(2):124–33.
53. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formacion en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliativa.* 2012;19(3):113–20.
54. Chocarro González L, González Fernández R, Salvadores Fuentes P, Venturini Medin C. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Med Paliat [Internet].* 2012;19(4):148–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2011.11.002>
55. Garcia Caro MP, Schmidt RioValle J, Cruz Quintana F, Prados Peña D, Muñoz Vinuesa A PA. Enfermedad terminal muerte... en palabras de los profesionales (y II). Un estudio cualitativo de entrevistas en profundidad a profesionales de la salud. *Rol enfermería.* 2008;31(5):374–8.
56. 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 Manage.* 2017;53(3):598–604.

## CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONES SANITARIAS

57. Stacey Wu, Singh-Carlson Savitri , Odell Annie, Reynolds Grace SY. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncol Nurs Forum*. 43(4):161–9.
58. Campos Méndez R. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de “burnout” en profesionales de Centros de mayores en Extremadura [Internet]. Universidad de Extremadura; 2015. Available from: <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/3087>
59. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A KA. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat med*. 2013;27:172–8.
60. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(6):522–8.
61. Marín-Tejeda M. Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *J Behav Heal Soc Issues* [Internet]. 2018;9(2):117–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
62. sanso N, Galiana L, Oliver A, Cuesta P SC y BE. Evaluacion de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2018;27(2):81–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6540139>
63. Alkema K, Linton JM DR. 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;4:101–19.