

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Estudio sobre la calidad de vida profesional en profesionales de enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:

Esteban Pérez García

Fecha de lectura: 23 de septiembre de 2021

Bajo la dirección de los doctores:

Ángela María Ortega Galán

María Dolores Ruiz Fernández

Huelva, 2021





**Universidad
de Huelva**

ESTEBAN PÉREZ GARCÍA
UNIVERSIDAD DE HUELVA
AÑO 2021

UNIVERSIDAD DE HUELVA



Universidad
de Huelva

Estudio sobre la calidad de vida profesional en profesionales de
enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Presentada por:

Esteban Pérez García

Directoras:

Dra. Ángela María Ortega Galán

Dra. María Dolores Ruiz Fernández

Programa de doctorado en Ciencias de la Salud

Universidad de Huelva

2021

UNIVERSIDAD DE HUELVA



Universidad
de Huelva

Study on the quality of professional life in nursing professionals of the
Andalusian Public Health System

Submitted by:

Esteban Pérez García

Supervised by:

Dra. Ángela María Ortega Galán

Dra. María Dolores Ruiz Fernández

PhD program in Health Sciences

University of Huelva

2021



Universidad
de Huelva

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad de Huelva

Dra. Ángela María Ortega Galán, perteneciente al Departamento de Enfermería de la Universidad de Huelva, como directora de esta Tesis Doctoral y la Dra. María Dolores Ruiz Fernández, perteneciente al Departamento de Enfermería de la Universidad de Almería, como co-directora,

HACEN CONSTAR

Que la Tesis Doctoral realizada por D. Esteban Pérez García, titulada “Estudio sobre la calidad de vida profesional en profesionales de enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía” ha sido realizada bajo nuestra dirección y, puesto que cumple los requisitos establecidos en la legislación vigente, autorizamos su presentación en el Departamento de Enfermería y su defensa posterior para optar al grado de Doctor.

Y para que conste a efectos de depósito e informe, firmamos la presente en Huelva a 4 de mayo de 2021.

Fdo. Ángela María Ortega Galán

Fdo. María Dolores Ruiz Fernández

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a mi familia. A mis hijos, Esteban y Ana, y a mi esposa que ha aguantado mis largas horas de dedicación a esta tesis doctoral. Ellos, sin saberlo, han sido el bastón donde he tenido que apoyarme en más de una ocasión para poder llevar este barco a buen puerto. Espero devolverles con creces el tiempo que les he robado. No puedo olvidar a mi padre, que si tuviese conciencia de lo que todo esto significa estaría muy orgulloso, ni a mi madre que ya no podrá disfrutar este logro, pero seguro que donde este se sentirá muy satisfecha. Ellos me enseñaron lo que era el trabajo, el sacrificio y la perseverancia, y como se podían lograr aquellos objetivos que uno se propusiese.

De manera muy especial y de todo corazón, quiero agradecer la entrega, el esfuerzo y la dedicación de mis directoras de tesis. Sin duda, Ángela y Mariló, han dejado una huella imborrable en mí, porque han sido un referente en momentos de zozobra y, sin saberlo, me han ayudado a levantarme en tiempos en los que no sabía como “caminar”. Para ellas sólo puedo mostrar mi más sincera admiración. Muchas gracias por vuestro compromiso y por poner a mi disposición vuestra experiencia y conocimientos. Y como no, agradecer la acogida que tuve por parte de todos los miembros del equipo de investigación, ellos hicieron que no me sintiera un extraño.

También quiero agradecer el pequeño esfuerzo de todos y todas las enfermeras, compañeras y compañeros, que han colaborado en las diversas entrevistas, grupos de discusión y cuestionarios; sin ellas esto no habría sido posible. Espero que lo obtenido en este trabajo pueda mejorar sus vidas. Y gracias a aquellos dos amigos que, ya hace mucho tiempo, confiaron en mí para un proyecto editorial, porque espolearon una inquietud que me ha traído hasta aquí.

ÍNDICE

Resumen.....	14
Abstract.....	16
Introducción	
1.- Contexto.....	20
1.1.- Calidad de vida y contexto laboral de las enfermeras.....	20
1.2.- Concepto de compasión.....	21
1.2.1.- Definición desde la filosofía y la religión.....	21
1.2.2.- Compasión y enfermería.....	22
1.2.3.- Diferencias entre compasión y empatía.....	23
Calidad de vida profesional	
2.- Concepto de calidad de vida profesional.....	27
2.1.- Dimensiones de la calidad de vida profesional.....	30
2.1.1.- Contextualización del burnout.....	30
2.1.2.- Contextualización de la fatiga por compasión.....	35
2.1.2.1.- Signos y síntomas.....	39
2.1.2.2.- Evolución.....	41
2.1.2.3.- Consecuencias y ámbito de aparición.....	42
2.1.2.4.- Factores predisponentes y atenuantes.....	42
2.1.3.- Contextualización de la satisfacción de compasión.....	44
2.2.- Instrumentos de valoración de la calidad de vida profesional.....	46
2.3.- Herramientas e intervenciones.....	50
Objetivos y planteamiento metodológico	
3.1.- Justificación y objetivos.....	53
3.1.1.- Objetivo general.....	53
3.1.2.- Objetivo específico.....	53

3.2.- Metodología del estudio.....	54
3.2.1.- Consideraciones metodológicas previas.....	54
3.2.2.- Diseño.....	54
3.2.3.- Participantes.....	55
3.2.4.- Tamaño muestral.....	55
3.2.5.- Criterios de inclusión y exclusión.....	56
3.2.6.- Instrumentos.....	57
3.2.7.- Procedimiento.....	58
Resultados	
4.- Resultados del estudio.....	61
4.1.- Quality of life in nursing professional: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction...	61
4.1.1.- Introduction.....	61
4.1.2.- Materials and methods.....	63
4.1.3.- Results.....	65
4.1.4.- Discussion.....	71
4.1.5.- Conclusions.....	73
4.1.6.- References.....	74
4.2.- Understanding the concepts of compassion from nurses' points of view.....	81
4.2.1.- Introduction.....	81
4.2.2.- Background.....	81
4.2.3.- Methods.....	83
4.2.4.- Results.....	87
4.2.5.- Discussion.....	93
4.2.6.- Conclusion.....	95
4.2.7.- References.....	96
4.3.- Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses.....	101

4.3.1.- Introduction.....	101
4.3.2.- Background.....	101
4.3.3.- Methods.....	103
4.3.4.- Results.....	106
4.3.5.- Discussion.....	111
4.3.6.- Conclusion.....	114
4.3.7.- References.....	115
Discusión e implicaciones del estudio	
5.- Discusión e implicaciones clínicas.....	122
5.1.- Discusión general.....	122
5.2.- Implicaciones clínicas del estudio.....	129
Bibliografía.....	133
Anexos.....	154

RESUMEN

Las enfermeras están expuestas a una serie de situaciones estresantes derivadas del contexto laboral. Además, tienen que enfrentarse a escenarios de sufrimiento psicológico cuando atienden a los enfermos y familiares, lo que va en detrimento de su calidad de vida. El constructo de calidad de vida profesional abarca dos dimensiones contrapuestas. Por un lado estaría la satisfacción de compasión y por el otro, la fatiga por compasión; esta última estaría conformada por el burnout y el estrés traumático secundario. El objetivo de esta investigación fue conocer la calidad de vida profesional de las enfermeras del Sistema Sanitario Público de Andalucía, profundizando en el análisis de la fatiga por compasión y la compasión, como elemento indispensable en este constructo.

Para la consecución de este objetivo se ha realizado un estudio multicéntrico con diseño de metodología mixta. En la primera fase se siguió un diseño cuantitativo descriptivo-observacional transversal o de prevalencia. La muestra del estudio estuvo conformada por 1521 enfermeras seleccionadas entre todas las provincias andaluzas. En la primera fase se analizó cual era la situación de las enfermeras respecto de su calidad de vida profesional. Para ello, se analizaron una serie de variables sociodemográficas y se administró la Escala de Calidad de Vida Profesional (en inglés, Professional Quality of Life Assessment, ProQOL). El resultado fue una puntuación media elevada en fatiga por compasión (20,74; SD=7,88) y niveles medios en satisfacción de compasión (35,48; SD=7,39) y burnout (23,44; SD=5,29).

La segunda fase del estudio se desarrolló siguiendo una metodología cualitativa mediante un diseño de teoría fundamentada en una primera parte, para posteriormente, continuar con un diseño fenomenológico. Se realizaron 25 entrevistas y 5 grupos de discusión, con un total de 68 participantes.

La información obtenida de los participantes en los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad constató una percepción negativa del término compasión, que era entendido como sinónimo de empatía, si bien algunas enfermeras sí confirmaban diferencias entre ambos conceptos. Respecto a las causas que motivaban la existencia de fatiga por compasión, las enfermeras identificaron la frustración por no poder aliviar el sufrimiento de la persona enferma, la diferencia de paradigma entre profesionales y el contacto diario con personas gravemente enfermas. Como consecuencias sobre su calidad de vida profesional se

identificaron dificultades en el desempeño laboral, emocionales y personales, así como la necesidad de solicitar un traslado de unidad o incluso el deseo de abandonar la profesión.

Como conclusión, destacar que para preservar la calidad de vida profesional de las enfermeras, habría que desarrollar una serie de medidas que impliquen a la propia administración y a los profesionales, como son conocer e implementar acciones para el fomento y la preservación de la compasión. Además, respecto a la compasión se hace necesario un cambio de paradigma, pues realmente no es la compasión la que genera fatiga por compasión, sino más bien un exceso de empatía sin la debida aplicación de unos cuidados compasivos.

ABSTRACT

Nurses are exposed to a series of stressful situations derived from the work context. In addition, they have to face scenarios of psychological suffering when they care for the sick and their families, which is detrimental to their quality of life. The quality of professional life construct encompasses two opposing dimensions. On the one hand, there would be compassion satisfaction and on the other, compassion fatigue; the latter would be made up of burnout and secondary traumatic stress. The objective of this research was to know the quality of professional life of the nurses of the Andalusian Public Health System, deepening the analysis of compassion fatigue and compassion, as an indispensable element in this construct.

To achieve this objective, a multicenter study with a mixed methodology design has been carried out. In the first phase, a cross-sectional descriptive-observational or prevalence quantitative design was followed. The study sample consisted of 1,521 nurses selected from all Andalusian provinces. In the first phase, the situation of the nurses regarding their quality of professional life was analyzed. For this, a series of sociodemographic variables were analyzed and the Professional Quality of Life Assessment (ProQOL) scale was administered. The result was a high score in compassion fatigue (20.74; SD = 7.88) and a medium in compassion satisfaction (35.48; SD = 7.39) and burnout (23.44; SD = 5.29).

The second phase of the study was developed following a qualitative methodology through a grounded theory design in the first part, to later continue with a phenomenological design. 25 interviews and 5 discussion groups were conducted, with a total of 68 participants.

The information obtained from the participants in the discussion groups and in-depth interviews confirmed a negative perception of the term compassion, which was understood as a synonym for empathy, although some nurses did confirm differences between both concepts. Regarding the causes that motivated the existence of compassion fatigue, the nurses identified frustration at not being able to alleviate the suffering of the sick person, the paradigm difference between professionals and daily contact with seriously ill people. As consequences on their quality of professional life, difficulties in work, emotional and personal performance were identified, as well as the need to request a transfer of the unit or even the desire to leave the profession.

In conclusion, it should be noted that to preserve the quality of professional life of nurses, a series of measures that involve the administration itself and the professionals should be developed, such as knowing and implementing actions to promote and preserve compassion. In addition, with respect to compassion, a paradigm shift is necessary, since it is not really compassion that generates compassion fatigue, but rather an excess of empathy without the proper application of compassionate care.

**Estudio sobre la calidad de vida profesional en profesionales de
enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

INTRODUCCIÓN

1.- Contexto

1.1.- Calidad de vida y condiciones de trabajo de las enfermeras

La calidad de vida, en general, no es más que la sensación de bienestar que pueden experimentar las personas, siendo esta una apreciación personal e individual (Albanesi de Nasetta, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos”. En la línea de lo expresado por otros autores, la calidad de vida se entiende como una satisfacción subjetiva expresada por un individuo según sea su situación física, mental, social y espiritual (Voskou et al., 2020).

Las condiciones de trabajo de las enfermeras se han ido deteriorando progresivamente en todo el mundo (Jahromi et al., 2017; Dhaini et al., 2018; Elbejjani et al., 2020). En este sentido, debido a su actividad laboral las enfermeras están expuestas a más sufrimiento psicológico que la población general, lo que resiente su calidad de vida (Karanikola et al., 2015). Por otra parte, la calidad de vida está relacionada con el bienestar, tal y como se ha verificado en estudios que han demostrado una relación directa entre ambos parámetros (Sansó et al., 2020).

Así pues, se han identificado que esta serie de circunstancias que viven las enfermeras provoca efectos adversos para los sistemas de salud, ya que se produce un mayor absentismo por cualquier causa, aumento de bajas por enfermedad, un incremento en los errores de tratamiento y, como consecuencia, se produce una merma en la calidad de la atención (Salyers et al., 2016). A nivel global, se ha detectado la disminución de la demanda de ingreso a los estudios de enfermería y la deserción dentro de la profesión (Shamsi y Peyravi, 2020). Todo ello provoca un grave problema, toda vez que los profesionales de enfermería representan una fuerza de trabajo crucial para el buen funcionamiento de los centros hospitalarios y de atención primaria (Drennan y Ross, 2019).

Por este motivo organizaciones mundiales, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) expidió el Convenio 149 y la OMS en su Resolución WHA 42.27, recomiendan el desarrollo de estrategias específicas para la defensa de unas condiciones de vida y trabajo

dignas en los profesionales de enfermería (Montero et al., 2020). Por ello, la calidad de vida relacionada con el trabajo ha despertado un interés creciente entre los investigadores, dado la importancia de los factores personales, ambientales y organizacionales involucrados en el contexto laboral (Azevedo et al., 2017).

1.2.- Concepto de compasión

1.2.1.- Definición desde la filosofía y la religión

La compasión, si bien ha sido considerada un valor humano importante, sólo en las últimas épocas se ha considerado un foco de interés en la investigación científica (Brito-Pons y Librada-Flores, 2018). Etimológicamente el término compasión proviene del latín *cumpassio*, de *com* (junto con) y *pati* (sufrir), y este del griego *συνπασχω* + *συμπασχω*; que viene a significar “sufrir con, sufrir juntos, sentir por” (Pérez-Bret et al., 2016; Papadopoulos et al., 2017).

Se observa pues como el término compasión se fusiona con los vocablos sufrir y sentir, y por tanto, con el cuidado y la profesión de enfermería. Pero el término compasión ha tenido diferentes conceptualizaciones a lo largo de la historia. Aristóteles, en su obra “Retórica”, da una definición del término afirmando que la compasión es “...un cierto pesar por la aparición de un mal destructivo y penoso en quien no lo merece [...] esperar que lo padeciera uno mismo o alguno de nuestros allegados...” (Ávila, 2019; Tobón, 2018; Parattukudi y Melville, 2019). En otra de sus obras, “Poética”, equipara, en un mismo plano, la compasión con la emoción del miedo; este último nos predispondría a la primera, la compasión se entendería como una forma de miedo (vemos a otros padecer lo que tememos para nosotros) (Ávila, 2019; Parattukudi y Melville, 2019). Por tanto, el concepto se equipara con una emoción negativa.

En escritos filosóficos más recientes también aparece el concepto de compasión como algo consustancial con los seres humanos. Por ejemplo, Espinoza (1632-1677) manifiesta que “...quien no es guiado a ayudar a otros por razón o compasión, con razón se llama inhumano...”; sin embargo, tilda la compasión como una emoción negativa, al definirla como una tristeza compartida e ineficaz, pues multiplica el dolor (Sandro, 2017; Montero, 2019). Pero quizás, Espinoza este poniendo al mismo nivel los sentimientos de compasión y pena.

Para Immanuel Kant (1724-1804) y Friedrich Nietzsche (1844-1900) el sentimiento de compasión debería ser absolutamente prohibido y rechazado como práctica social, ya que estaría desprovista de mérito, dignidad o virtud. También para estos pensadores, la compasión sería una emoción negativa.

Sin embargo, para Arthur Schopenhauer (1788-1860) la compasión se equipara con la piedad y la describe como un camino luminoso a través del cual no existen fronteras entre el yo y el otro; se trataría, pues, de un hecho moral, de unión y solidaridad (Sandro, 2017). Pero cabe destacar que la piedad, la lástima, la pena son conceptos prácticamente sinónimos y, hasta cierto punto, con connotaciones negativas.

Y coetáneos a los tiempos actuales podemos destacar a Martha Nussbaum, Emmanuel Levinas y Francesc Torralba quienes, desde diferentes ópticas, defienden que la compasión es una cualidad propia del ser humano, que nos posibilita, ante la vulnerabilidad y fragilidad, salir de nosotros mismos para compartir el sufrimiento de otros e intentar transformar la realidad observada (Montero, 2019).

Pero también, la comprensión del concepto compasión, tal como hoy lo conocemos, emana desde ideologías religiosas, siendo la base de tradiciones espirituales y éticas muy extendidas (Singh, 2018; Papadopoulos, 2017). En el cristianismo la compasión se valora como una virtud que eleva el yo (Tobón, 2018), toda persona puede ser objeto de compasión y misericordia si se atienden los principios evangélicos de amor hacia los demás como a uno mismo (Singh, 2018; Montero, 2019; Gómez-Árias, 2018; Pembroke, 2016). En el budismo se promueve el ideal de apertura al otro, incluso cuando manifiestamente este sufre, aunque se fomenta la habilidad compasiva entrenando el que no se agote la reserva emocional del cuidador (Pembroke, 2016). En cuanto a otra de las grandes religiones, el islam impulsa el cuidado compasivo en todos los aspectos, afirmándose que los cuidadores deben ser compasivos y no mostrar signos de cansancio (Alharbi, 2019).

1.2.2.- Compasión y enfermería

Durante su etapa de profesionalización la enfermería se vinculó con un conjunto de virtudes morales cercanas a la religión, e incluso Florence Nightingale definió a la buena enfermera con palabras asociadas a la compasión, en lugar de usar este término directamente,

citando que debían ser virtuosas, amorosas, amables, generosas y de buen corazón (Tiernay, Bivins y Seers, 2019).

Autores más actuales definen a la buena enfermera con atributos como responsabilidad, compasión, honestidad y abogacía (Rodrigues et al., 2019). Llegando a describir la compasión como un conjunto de virtudes y acciones concretas, tales como honestidad, amabilidad, sonrisa, tacto, atención, apoyo y flexibilidad (Singh, King-Shier y Sinclair, 2018); incluso el Código de Ética de Enfermería presenta la compasión como un valor profesional (Reina, 2018).

La compasión fue definida por Lewin (1996) como un conjunto complejo de sentimientos, ideas, reacciones y dinámicas interpersonales que reflejan una comprensión del dolor y el sufrimiento de otra persona. En estudios posteriores realizados esencialmente por enfermeras, la compasión es descrita como la esencia de los cuidados y es uno de los fenómenos morales en los que las enfermeras están involucradas y basan su relación diaria con los pacientes; la compasión es, pues, la esencia de la enfermería (Bueno-Arnau et al., 2018; Babaei y Haratian, 2020). Se observa, pues, como compasión y enfermería son dos conceptos íntimamente ligados.

Además, debemos tener en cuenta que el cuidado compasivo, como parte esencial de la asistencia centrada en el paciente, parece mejorar la calidad de la atención especialmente hacia personas vulnerables, así como los resultados en salud y la satisfacción del profesional (Reina, 2018; Babaei y Haratian, 2020).

Para Jean Watson, enfermera teórica, la compasión está íntimamente relacionada con el acto de cuidar y llegó a afirmar que “el proceso de cuidado requiere el conocimiento del comportamiento humano, incluyendo la unidad de cuerpo, mente y espíritu, sus fortalezas y limitaciones, y las respuestas, y el conocimiento de cómo consolar, ofreciendo compasión y empatía en el contexto de una relación de cuidado” (Watson y Foster, 2003). Podríamos citar también la teoría del cuidado caritativo, de Katie Eriksson, en la cual se describe que la esencia del cuidado se define en términos de espíritu de amor y compasión (Bueno-Arnau et al., 2018).

1.2.3.- Diferencias entre compasión y empatía

Como ya hemos desarrollado, la prestación de unos cuidados excelentes por parte de las enfermeras requiere de determinadas cualidades como la compasión, pero también la cercanía hacia los pacientes y familiares a los que se prestan cuidados y la empatía (Ortega-Galan et al., 2019).

El concepto de compasión se combina y confunde con el concepto de empatía. El Diccionario de la Real Academia Española en su definición de empatía la describe como la “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”, y el vocablo compasión como el “sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien”. Se observa que la diferencia es casi inexistente o muy sutil. Pero, aunque en la literatura científica dichos términos se han utilizado en muchas ocasiones como sinónimos, realmente no son equivalentes (Su, 2020).

La empatía implica el reconocimiento, la sintonización y la comprensión de la situación y los sentimientos de otra persona (Soto-Rubio, 2018), conlleva calidez en la relación, así como proximidad emocional, pero esta debe ser autorregulada para no perder la distancia terapéutica y producir una involucración exagerada del profesional (Bermejo, 2012). De hecho, más allá de cierto nivel, los sentimientos empáticos y la sensibilidad hacia el sufrimiento de otros pueden ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de fatiga por compasión (FC) (Duarte y Pinto-Gouveia, 2017).

Sin embargo, la compasión se define como un conjunto de atributos: sabiduría, humanidad, amor y empatía. Siendo que esta última formaría parte de la primera (Su, 2020) y se puede considerar como parte de las condiciones para el cuidado; mientras la compasión impulsa y capacita a las personas, no sólo a reconocer, sino también a actuar (Brito-Pons y Librada-Flores, 2018; Smith-McDonald et al., 2019). La compasión sería la fuerza motivadora que impulsa al cuidado. En definitiva, podríamos afirmar que ante una determinada situación de sufrimiento, y después del reconocimiento empático de ésta, la compasión sería la respuesta al sufrimiento de los demás generando una intención y acción para aliviar dicha situación (Pérez-Bret et al., 2016; Brito-Pons y Librada-Flores, 2018).

La compasión es multidimensional y comprende una combinación de virtudes, intenciones, habilidades relacionales y acciones intencionales deliberadas por parte del profesional y es menos dependiente del tipo de paciente. Otro factor positivo es que la atención compasiva puede ser un amortiguador frente al burnout y tener efectos positivos para los profesionales; entre otros genera felicidad, auto-conciencia, flexibilidad, capacidad de

establecer relaciones terapéuticas, habilidades en la resolución de problemas, satisfacción laboral y mayor colaboración interprofesional (Reina, 2018). Además, los pacientes y sus familiares identifican la compasión como indicador de una atención de calidad (Smith-McDonald et al., 2019).

Dar una definición precisa del término es complejo, pero se puede afirmar que quien mejor definió la compasión fue Harvey Max Chochinov. Este autor expuso que se trata de “una profunda conciencia del sufrimiento del otro, junto con el deseo de aliviarlo” (Bueno-Arnau et al., 2018).

En definitiva, la empatía te pone en contacto y te hace reconocer el sufrimiento y la situación que vive otra persona, te hace identificarte con ella y compartir sus sentimientos; mientras la compasión impulsa y genera la acción de actuar, siendo una dimensión proactiva.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

2.- Contexto de calidad de vida profesional

Como hemos visto en la introducción, la calidad de vida relacionada con el trabajo ha despertado un interés creciente entre los investigadores (Azevedo et al., 2017).

Podríamos decir que “una persona tiene una buena calidad de vida profesional, cuando experimenta un bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida se consiga un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y de uno mismo” (Fernández et al., 2007). Stamm (2010) realizó una propuesta teórica del constructo calidad de vida profesional e intentó integrar los diferentes conceptos en un modelo comprensivo. Para este autor, la calidad de vida profesional se refiere a la cualidad de las emociones relacionadas con la actividad profesional que implica ayudar a otros, por lo tanto, se ve influida por las condiciones laborales, tanto positivas como negativas (Marín-Tejeda, 2017; Hui et al., 2020).

En lenguaje coloquial podemos afirmar que la calidad de vida profesional quedaría precisada como la diferencia entre la percepción, por parte del trabajador, de un equilibrio entre las demandas del puesto de trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas (Castner, 2019). Esas demandas vienen determinadas por las cargas de trabajo, el ambiente en que se desarrolla este, la participación en la toma de decisiones, las necesidades de formación y la seguridad en el empleo (Villarin et al., 2015; Moraes et al., 2018).

Como se indica la mejora en las condiciones laborales repercute, sin duda, en la calidad de vida de los profesionales. Además, como trasfondo de las proclamas realizadas por los organismos internacionales citados con anterioridad, la mejora en las condiciones para lograr una calidad de vida profesional aceptables se ha transformado en un objetivo tangible de las organizaciones sanitarias; no en vano, existe una relación directa entre calidad de vida de los profesionales y calidad de los servicios prestados. En otras palabras, se oferta calidad al paciente y familia en la medida en que los profesionales se sienten tratados por su organización (Fernández et al., 2007; Albanesi de Nasetta, 2013; Cho y Han, 2018; Nascimento y Jesus, 2020; Bak-Sosnowska et al., 2021).

Entre los diversos problemas que caracterizan el entorno laboral de las enfermeras y que se comportan como factores que influyen negativamente en su calidad de vida profesional, se encuentran (Oliver et al., 2017; Cho y Han, 2018; Qing-Qing et al., 2019; Montero et al., 2020; Bak-Sosnowska et al., 2021):

- La presión y las altas demandas del propio trabajo.
- El desajuste en el clima laboral y la dinámica organizacional.
- La remuneración inadecuada.
- La ausencia de apoyo del grupo y de la supervisión.
- La falta de autonomía.
- Las relaciones interpersonales insatisfactorias.
- La ausencia de un plan de carrera.
- Las condiciones desfavorables en el ambiente de trabajo.
- Las relaciones conflictivas con los superiores.
- La falta de orientación para el desarrollo de las tareas.
- El desgaste emocional (influenciado por los fracasos terapéuticos, la atención especial que necesitan determinados pacientes y la atención de casos urgentes).
- El trabajo por turnos.
- La escasez de recursos.
- El riesgo de sufrir agresiones y actos de violencia por parte de los pacientes o sus familiares.
- Las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.
- El rol no bien definido.
- El bajo control.
- La necesidad continua de formación.
- El ser trasladado a diferentes unidades.

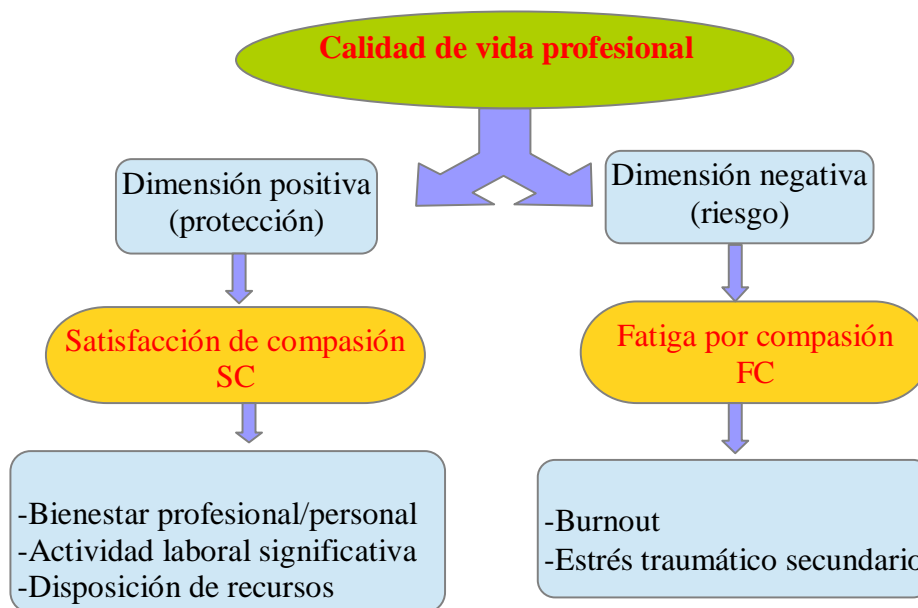
Los recursos de que disponen las propias enfermeras con la finalidad de afrontar las

demandas del puesto, se pueden dividir en psicológicos (que son propios y dependientes de la personalidad de cada profesional), organizacionales (o dependientes de las instituciones) y de relación. En definitiva, se trataría de crear un buen clima laboral. Dicho término, clima laboral, se adoptó para englobar todo lo referente al ambiente y circunstancias que rodean a los profesionales de un determinado centro, incluyendo dicho concepto a un conjunto de factores que van a influir en la productividad. Si el clima laboral y organizacional es alto y positivo, provoca satisfacción en el trabajo y con la organización, aumento de la motivación, de la calidad del servicio prestado, creatividad y voluntad para innovar o aceptar cambios en la organización (Villarín et al., 2015; Albanesi de Nasetta, 2013; Shao et al., 2017; Cho y Han, 2018; Chamisa et al., 2020).

Se han estudiado que variables son las que más influencia tienen en la calidad de vida profesional. Se han observado correlaciones positivas y significativas entre esta y un buen estado de ánimo general, actitudes positivas ante la vida, la salud física y psíquica y ciertas conductas laborales; encontrándose como aspecto negativo la escasez de recursos humanos (Villarín et al., 2015; Gea-Caballero, 2021). De hecho el deterioro de la calidad de vida profesional provoca la aparición de ciertas alteraciones psicosomáticas, estrés, insatisfacción, absentismo, rotación entre servicios o unidades, retrasos, etc. (Villarín et al., 2015).

Siguiendo el modelo de Stamm (2010), la calidad de vida profesional se considera un continuo con dos extremos opuestos: por un lado estaría la satisfacción de compasión (SC) y por el otro la fatiga por compasión (FC), esta última estaría conformada por el síndrome de burnout y por el estrés traumático secundario. La SC se relaciona con la gratificación personal que surge de ayudar a quienes se enfrentan con situaciones estresantes. Es la dimensión positiva de la calidad de vida profesional que contribuye al bienestar psicológico, por tanto, funciona como un amortiguador de los efectos negativos de la actividad profesional de ayuda a terceros (Mathieu, 2012). Incluye trabajar productivamente con colegas que poseen ideas afines, sentirse competente y hábil en lo profesional, al contribuir al bienestar social en general (Marín-Tejeda, 2017). Por otra parte, se considera que toda persona que ejerce este tipo de labor de ayuda sufre invariablemente un proceso de agotamiento físico, emocional y mental, de tal forma que en el otro extremo del continuo teórico tenemos la FC. Surge como resultado del estrés al asistir a personas vulnerables y/o que han experimentado un trauma importante; a esta última se la considera un síndrome complejo de desgaste que incluye al burnout y el estrés traumático secundario como entidades independientes, pero convergentes (Cocker y Joss, 2016).

Figura 1. Modelo de Calidad de vida Profesional de Stamm



Fuente: Elaboración propia. Basada en la imagen publicada en Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior Health y Social Issues*, 9, 117-123.

No obstante lo expuesto, referido al modelo de Stamm, otros autores ha optado por hablar de la SC, el burnout y la FC por separado, entendiendo por esta última al estrés traumático secundario (Hernández, 2017; Brito-Pons y Librada-Flores, 2018; Arribas-García et al., 2020; Ruiz-Fernández et al., 2020; Ortega-Galán, 2020).

2.1.- Dimensiones de la calidad de vida profesional

2.1.1.- Contextualización del burnout

En las últimas décadas se ha comprobado un cierto desajuste entre las exigencias propias de los puestos de trabajo y el rendimiento de los trabajadores en el contexto laboral. El trabajador se enfrenta a una serie de demandas profesionales que en sí mismas no son perjudiciales, pero sí lo es la evaluación que hace el individuo de la situación, las demandas que conlleva y los recursos de que dispone para hacerles frente. Este desajuste autopercibido,

entre demanda y recursos, hace que la persona identifique una situación determinada como amenazante. Esta perturbación genera estrés. Lazarus y Folkman (1986) en su teoría transaccional del estrés, definieron este como “el resultado de una relación particular, entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Otro modelo teórico sobre el estrés en el trabajo es el modelo de exigencias y control sobre las situaciones, propugnado por Karasek y Theorell (1990). Dichos autores argumentan que el estrés es producido por el grado en el que el individuo es capaz de tomar una serie de decisiones en relación a exigencias laborales, como demandas en cuanto a la gestión del tiempo y el conflicto de roles que pueden aparecer en el desarrollo de una actividad.

Fue el psiquiatra norteamericano Freudenberguer (1974), quien realizó sus estudios en trabajadores de los servicios sociales, el que introdujo el término “burnout” para denominar esa sensación de fracaso y existencia agotada, resultado de una sobrecarga por una exigencia desmesurada de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Este estado impide ofrecer cuidados y atención a usuarios en organizaciones de diferentes ámbitos, cuya principal misión es ayudar a los demás. Más tarde, la primera en realizar estudios sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud, concretamente de la salud mental, fue la psicóloga social Christina Maslach (Olivares, 2017).

Las primeras líneas de investigación acerca del burnout se focalizaron en aquellas profesiones que ofrecen servicios sociales, como hemos visto, y en especial a personas necesitadas de cuidados y, por tanto, relacionadas con la asistencia sanitaria; aunque pronto se constató que puede llegar a afectar a cualquier trabajador en cualquier campo profesional (Caballero, Hederich y Palacio, 2010; Duarte y Pinto-Gouveia, 2017).

El burnout ha sido definido como un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición continuada a estresores laborales” (Pehlivan y Güner, 2018; Blanca-Gutiérrez y Arias-Herrera, 2018). Pero, realmente no existe acuerdo para adoptar esta definición del síndrome de burnout, aunque sí existe la conformidad de considerarlo como una respuesta al estrés laboral crónico, manifestado este por una serie de síntomas físicos y psíquicos, lo que permite diferenciarlo de otras patologías del ámbito laboral (Gil-Monte, 2003).

En este sentido, otros investigadores constataron, más tarde, que este síndrome genera una serie de manifestaciones psicósomáticas (Acinas, 2012; Chacon et al., 2013) y comportamentales, afectando de modo negativo a la salud y al bienestar de los profesionales (Arrogante y Aparicio-Zaldivar, 2020); ello genera una actitud negativa hacia la organización y los pacientes; y conlleva a un aumento del absentismo laboral (Gil-Monte, 2003), afectando también al entorno familiar y social (Cañadas-de la Fuente et al., 2015).

En los profesionales que están padeciendo un alto grado de burnout se pueden encontrar síntomas como (Swider y Zimmerman, 2010; Loeff et al., 2018; Zhang et al., 2020; Jarrad y Hammad, 2020):

- Problemas de salud mental (neuroticismo, gran ansiedad, depresión, introversión).
- Problemas musculoesqueléticos.
- Insomnio.
- Cansancio-fatiga.
- Debilidad.
- Apatía.
- Desconfianza.
- Agresividad e irritabilidad.
- Aislamiento.
- Conflictos laborales y familiares.
- Abuso de sustancias (drogas, alcohol).

Ortega y López (2004) proponen un modelo de génesis del burnout en profesionales sanitarios en el que una serie de circunstancias serían las causantes o generadoras del síndrome, destacando las condiciones personales (variables sociodemográficas e historia personal previa de afrontamiento), la ausencia de mecanismos de apoyo social o psicológico, las condiciones de trabajo (turnos, clima laboral, sobrecarga, etc.) y las características propias

de determinados servicios, por sus exigencias intrínsecas, junto a una exposición repetida a dichas situaciones a lo largo del tiempo.

Prácticamente todos los investigadores, en sus diferentes modelos explicativos sobre el burnout, o síndrome de estar quemado, asumen que se trata de un proceso que se desarrolla secuencialmente. Cherniss (1980), defiende también esta idea de secuencialidad y en su génesis, propone el establecimiento y desarrollo de las siguientes etapas:

- Primera fase o “*de entusiasmo*”, experimentando el trabajo como algo estimulante y positivo.
- Segunda fase o “*de estancamiento*”, en la cual comienzan a aparecer dudas sobre las expectativas iniciales creadas.
- Tercera fase o “*de frustración*”, en la que se suelen cronificar los problemas psicosomáticos y se adoptan actitudes de irritabilidad y dudas ante las tareas.
- Cuarta fase o “*de apatía*”, en la cual aparecen actitudes de resignación, de apatía, de cinismo y comienzan los casos de absentismo laboral.
- Última fase o “*de quemado*”, en la que se manifiesta un colapso físico e intelectual de no poder más.

Los trabajadores sanitarios no están exentos de situaciones que provocan estrés, más bien es fácil encontrarse con problemáticas que comprometen la aparición de tensiones laborales, cuyas consecuencias van a ser negativas, tanto para los profesionales, como para los pacientes y la propia organización, que ven mermada la calidad asistencial que se presta. De hecho, algunos estudios publicados han demostrado la asociación entre un mayor índice de burnout del personal sanitario y una mala calidad asistencial, así como ciertas cortapisas para la aplicación de una asistencia compasiva entre las enfermeras (Shahzard et al., 2019; Dev et al., 2018). Esto fue lo que facilitó que las primeras líneas de investigación del síndrome de burnout se centraran en profesiones que ofrecen servicios de cuidados y que están relacionadas con la asistencia sanitaria, para luego extenderse a otros ámbitos laborales (Caballero et al., 2010).

Todas las profesiones sanitarias están afectadas, en mayor o menor grado, pero son los profesionales de enfermería el colectivo que presenta unos niveles más elevados de

prevalencia de burnout, en relación al resto de categorías sanitarias, quizás debido a que se trata de una profesión con una gran implicación emocional (Cañadas-de la Fuente et al., 2014).

De las tres dimensiones, propuestas por C. Maslach, que comprometen la génesis del síndrome de burnout, agotamiento emocional, despersonalización (cinismo y desapego por el trabajo) y baja realización personal (sensación de ineficacia y falta de logros); la alteración de la dimensión de despersonalización es la más predominante en el colectivo enfermero (López-Soriano y Bernal, 2002; Domínguez et al., 2012). Aunque también se ha observado que el cansancio emocional es la más influyente en la aparición del síndrome (Gelsema et al., 2006).

La primera dimensión, el agotamiento emocional, surge por el aumento de la tensión y la frustración debido a los temores originados por la idea de no poder proporcionar niveles previos de desempeño laboral. La despersonalización, la segunda dimensión del burnout, se genera cuando los individuos se distancian de su trabajo creando percepciones deshumanizadoras respecto de tareas, clientes o compañeros de trabajo. Al desdeñar las cualidades del trabajo que eran únicas o atractivas, las personas crean amortiguadores en un esfuerzo por aliviar algunos de los resultados negativos que están experimentando. La dimensión final, la baja realización personal, se define como aquellos sentimientos autoevaluables de incompetencia y falta de logros en el trabajo (Swider y Zimmerman, 2010).

Son muchos los estudios que han analizado que variables son las que influyen, y como, en la aparición del síndrome y su permanencia, llegando a la conclusión que el género, el estado civil, las condiciones de trabajo, el déficit de sociabilidad y de competencia emocional y la comparación con los demás de forma negativa (Sanclemente et al., 2014); las características de la unidad o el servicio de trabajo y el trabajo por turnos (Texeira et al., 2013; Fuentelsaz-Gallego et al., 2013); las condiciones psicosociales del trabajo y las demandas excesivas (Seidler et al., 2014); el puesto de trabajo (Domínguez et al., 2012) y el apoyo social (Aranda et al., 2004), son los factores de riesgo más importantes.

También, se han estudiado la existencia de factores protectores y/o moduladores del burnout, enfatizándose que son las variables personales y psicológicas las que más influyen; por ejemplo, la personalidad resistente (Moreno-Jiménez et al., 2012), la personalidad optimista (Grau et al., 2005), los estilos de afrontamiento (Chacón et al., 2013) y la autosuficiencia (Roger y Abalo, 2014).

Dado que se trata de un síndrome con unas consecuencias muy negativas sobre los

profesionales y sobre la calidad de la asistencia prestada a los pacientes, se hace necesario la implantación de programas para prevenir, y en su caso, tratar su aparición. Tal es su importancia para el desarrollo del trabajo de los profesionales sanitarios que el burnout ha sido incluido, en 2019, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (Rudman et al., 2020; Zhang et al., 2020; Woo et al., 2020).

Otro concepto relacionado con el burnout y al que están expuestos los profesionales sanitarios, cuando se enfrentan a acontecimientos estresantes, es la “fatiga por compasión” (FC) o “desgaste por empatía”, concepto que se asocia con el coste del cuidado.

2.1.2.- Contextualización de la fatiga por compasión

Como ya hemos visto, por su actividad diaria los profesionales sanitarios están expuestos a una serie de circunstancias, propias de su trabajo y que contribuyen a la creación de un complejo ambiente laboral (Liu et al., 2016). Especialmente las enfermeras, en su práctica cotidiana, son testigos presenciales del dolor y el sufrimiento de sus pacientes (Fallek et al., 2019; Melvin, 2015).

En estas circunstancias, la atención que se presta contiene una elevada exigencia física, emocional, social y espiritual por parte de los profesionales sanitarios (Ruiz-Fernández et al., 2019; Upton, 2018; Hernández, 2017), además se requiere de la utilización de otras herramientas, como pueden ser la empatía, la compasión y la cercanía hacia los pacientes y familiares a los que se brindan los cuidados (Ortega-Galan et al., 2019).

Todo ello crea un clima que convierte la relación de ayuda en una intensa experiencia, que puede llegar a tener consecuencias negativas para el profesional. De hecho si el impacto de estas circunstancias no se regula, o aminora, y se mantiene en el tiempo puede acabar produciendo problemas de salud mental (Sansó, 2018).

Además de las exigencias reseñadas con anterioridad podemos encontrar también una excesiva carga de trabajo, la propia exigencia de los puestos, la rotación de turnos y el propio ámbito laboral (Oshodi, Bruneau, Crockett, Kinchington, Nayar, y West, 2019; Oliver, Sansó, Galiana, Tomás, y Benito, 2017). Igualmente, pueden aparecer otra serie de circunstancias propias de cada lugar de trabajo o institución, como pueden ser el poco apoyo institucional, la necesidad continua de formación, las altas demandas laborales, la insuficiencia de personal,

los traslados de unidades, la limitación de recursos, el afrontamiento ante la muerte, la gestión inadecuada del tiempo, la excesiva implicación emocional, las relaciones ineficaces entre estamentos, las pobres relaciones con las enfermeras supervisoras y la falta de liderazgo de calidad (Oliver et al., 2017; Cho y Han, 2018; Oshidi et al., 2019). Todo ello provoca la aparición de estrés o tensión laboral, producido por el grado en el cual el sujeto es capaz de tomar decisiones en relación a una serie de demandas o exigencias laborales, como ya se ha indicado.

Toda la panorámica aquí expuesta puede dar origen al padecimiento del síndrome de burnout o al advenimiento de FC. En este sentido, tanto la FC como el burnout son síndromes derivados de la actividad de ayudar y prestar cuidados a pacientes con alguna necesidad. Pero, antes de continuar debemos diferenciar claramente el concepto de burnout del de FC, o estrés por compasión. Siendo el síndrome de burnout una patología derivada de la interacción del trabajador con determinados estresores psicosociales nocivos en el entorno laboral, por tanto es dependiente del trabajo; mientras que la FC se puede definir como la respuesta ante el sufrimiento de un individuo, más que a la situación laboral, por tanto es independiente del ámbito laboral. En definitiva, el burnout es el resultado del estrés que manifiesta el profesional sanitario por la interacción con su entorno, mientras que la FC se origina por la relación del profesional con el paciente (Hernández, 2017).

Hemos visto que, por su definición, el burnout puede afectar a cualquier trabajador en cualquier campo profesional (por tanto también a los profesionales sanitarios), mientras que la FC es específica de los profesionales en contextos de ayuda (profesionales de la salud, docentes, policías), que están en contacto con el sufrimiento de los demás. Por tanto, los profesionales sanitarios corren un riesgo particular de desarrollar FC, porque, como hemos visto, constantemente son testigos y están en contacto con el sufrimiento intenso, el dolor y el trauma de los demás (Najjar et al., 2009; Duarte y Pinto-Gouvêla, 2017).

En el caso concreto de las enfermeras, su papel de cuidadoras las exponen además a situaciones especiales muy traumáticas que provocan estrés emocional. Estas circunstancias pueden ser desfiguraciones, fragilidad, desesperación, tragedia, exposición al sufrimiento y al dolor, por enfrentarse con la muerte, el no poder dar respuestas a las preguntas existenciales de pacientes y familiares y al conflicto que genera la lucha entre los paradigmas de “curar” versus “cuidar” (Boyle, 2016; Hernández, 2017).

En estas situaciones unos cuidados de calidad exquisitos conllevan demandas sin

precedentes sobre los profesionales que prestan dichos cuidados (Melvin, 2012). Si bien la prestación de cuidados forma parte de los fundamentos de la enfermería, es precisamente esta circunstancia la que predispone a las enfermeras a una gran angustia física y emocional (Melvin, 2015). Si este estrés continúa en el tiempo, sin solventarse, las enfermeras serán vulnerables a los efectos psicológicos de experimentar FC y burnout (Hernández, 2017).

Sin embargo, como ya hemos comentado, los cuidados son un rasgo intrínseco de la profesión enfermera, es precisamente lo que la define (Martínez, 2019); pero para que estos se administren en un contexto holístico deben ir acompañados de compasión. Cuidados y compasión son inherentes a la profesión de enfermería y su práctica es responsabilidad de las enfermeras (Straughair, 2019; Babaei y Taleghani, 2019; Tiernay, Bivins y Seers, 2019). De hecho, la compasión es considerada como una herramienta básica y fundamental en una práctica enfermera de calidad (Brito-Pons y Librada-Flores, 2018; Durkin et al., 2019).

En el contexto brevemente descrito la compasión encierra la convicción interna de “veo y siento tu dolor” (Bush, 2009). Y aunque profesionalmente las enfermeras obtienen satisfacción por su trabajo, la exposición repetida a las situaciones antes reseñadas las pone en riesgo de FC, un fenómeno parecido al estrés traumático secundario en signos y síntomas (Sacco, Ciurzynski, Harvey y Ingersoll, 2015).

La FC no siempre se ha denominado así, sino que a lo largo del tiempo, y sobre todo en la bibliografía más antigua, se le ha denominado como “desgaste por empatía”, “traumatización vicaria” (McCann y Pearlman, 1990; Pearlman y Saakvitne, 1995), “victimización secundaria” (Figley, 1982) y “estrés traumático secundario” (Figley, 1985; Stamm, 1995).

Dicho término fue mencionado por primera vez en la literatura de enfermería hace más de dos décadas, concretamente por Joinson en 1992, y hace referencia a un síndrome observado en profesionales de dicha disciplina (Sacco et al., 2015; Gómez et al., 2015; Lombardo y Eyre, 2011; Hernández, 2017). Este autor trataba de incluir en dicha denominación al burnout y a la pérdida de capacidad de cuidar que experimentaban las enfermeras del área de urgencias (Mazzotta, 2015).

Quizás, por ello, se identificó inicialmente la FC como un tipo específico de burnout propio de profesionales de la salud (Bush, 2009). No obstante, una de sus diferencias radica en que el burnout es de aparición más progresiva y secuencial en el tiempo, mientras que el inicio

de la FC es más agudo y brusco, pudiendo precipitarse por la implicación excesiva del profesional en el cuidado del paciente (Lombardo y Eyre, 2011). En este modelo tanto el estrés traumático secundario, entendiendo este como la suma de experiencias negativas con determinado tipo de pacientes, y el burnout (consecuencia del efecto de estresores ambientales y no del ámbito exclusivo de los profesionales sanitarios) formarían parte de la FC (Sacco, 2015; Lago y Codo, 2013).

Inicialmente Joinson (1992) describió el síndrome como “la pérdida de la capacidad de cuidar a las personas, caracterizada por la apatía y el cinismo”, también la asociaba con el estrés traumático secundario (como ya se ha descrito) y con sentimientos de impotencia y rabia. Figley (1995a) describió el concepto de FC, como “el coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional”, es decir, “aquel sentimiento de empatía o pena que surge en los trabajadores cuando están expuestos a situaciones traumáticas o a personas que sufren y, se manifiesta en embotamiento psíquico o emocional, reexperimentación del hecho traumático, hiperactividad, aislamiento e incapacidad de ayudar”. Lynch y Lobo (2012) la definen como un estado de cansancio y agotamiento manifestados por alteraciones biológicas, psicológicas y sociales debido a la exposición prolongada al estrés por compasión.

Otros autores posteriores la definen como “el conjunto de emociones y conductas resultantes del contacto con eventos traumáticos experimentados por otros” (Gómez, 2015). Aunque quizás la definición más utilizada es la propuesta por Figley (1995a) que la expone como “un estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social como consecuencia de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo lo que ello conlleva”. La FC se trataría de una combinación de un intenso agotamiento físico, emocional y espiritual del cuidador asociado con el cuidado de pacientes que manifiestan un gran sufrimiento y una fuerte angustia (Lombardo y Eyre, 2011).

En el modelo de Figley (1995b) se describen cuatro factores fundamentales, que tienen una influencia directa en la aparición de este trastorno en los profesionales:

- La capacidad de empatizar.
- El comportamiento hacia la víctima.
- El sentimiento propio de satisfacción creado ante la posibilidad de poder ayudar.
- La habilidad de poder distanciarse del trabajo.

Posteriormente, se incluye otro elemento primordial en esta teoría, como es la propia experiencia o la historia personal ante un hecho traumático.

Otros factores de riesgo o desencadenantes y que van a estar relacionados con la aparición de FC, son la exposición al trauma, la ansiedad y el exceso de empatía (Abendroth y Flannery, 2006), o factores laborales, como una mala relación entre los compañeros y trabajar un número elevado de horas por turno (Hinderer et al., 2014).

Las manifestaciones y el inicio de este síndrome son diferentes al burnout, sin embargo este último puede influir en su aparición, afectando de forma negativa a la resiliencia (siendo esta la capacidad de adaptación a un agente o situación adversos) y favoreciendo una respuesta silenciadora por parte del profesional, lo que repercute en un déficit de comunicación con el paciente, familiares y resto de compañeros; se trataría de un mecanismo de evitación ante el sufrimiento de los pacientes, implicando además sentimientos de ira, negación e irritabilidad (Sabo, 2011; Acinas, 2012).

Como se observa la FC es un proceso complejo e incluye un deterioro progresivo, insidioso y relativamente permanente de los recursos personales, viéndose afectadas las áreas personal y profesional con un impacto importante en las habilidades de seguridad, confianza, autoestima, poder, intimidad, independencia y control (Marín-Tejeda, 2017).

En conclusión, la FC es el precio que pagan las enfermeras, como expertas del cuidado, y otros profesionales de la salud (especialmente médicos, y en menor medida auxiliares de enfermería, asistentes sociales, psicólogos,...) por ayudar a las personas que sufren, y realmente constituye un estado en el cual la energía compasiva empleada en la atención al paciente sobrepasa la capacidad de recuperación. Concretamente, se origina por la impotencia que se siente al no poder hacer más por ayudar y por las exposiciones repetidas a situaciones de intenso sufrimiento de pacientes y familias con los que la enfermera ha establecido una situación de relación especial, lo cual conlleva a un intenso agotamiento emocional que, si permanece mantenido en el tiempo, representa una clara amenaza para la salud mental de los profesionales (Boyle, 2016; Lago y Codo, 2013; Hernández, 2017).

2.1.2.1.- Signos y Síntomas

En el profesional que padece FC se manifiestan una serie de signos y síntomas. Estos

se presentan en las esferas físicas, emocionales, sociales, laborales y espirituales (Boyle, 2016; Lombardo y Eyre, 2011; Marín-Tejeda, 2017; Upton, 2018; Pintado, 2018):

- Físicos: Cansancio crónico, agotamiento, insomnio, cefaleas, tensión muscular en cuello y espalda, síntomas digestivos (diarrea, estreñimiento, malestar estomacal) y síntomas cardíacos (dolor u opresión en el tórax, palpitaciones, taquicardia).
- Emocionales: Tristeza, apatía, cinismo, ira, resentimiento, miedo, hipersensibilidad emocional, somatización, frustración, irritabilidad, depresión, ansiedad, cambios de humor, falta de concentración, problemas de memoria, pérdida de objetividad, uso de drogas y alcohol.
- Sociales: Aislamiento (evitación de contacto interpersonal), dificultades en las relaciones familiares y desinterés por actividades consideradas antes como placenteras.
- Laborales: Evitar trabajar con determinados pacientes, reducción de la productividad, aumento de errores, disminución de la eficacia, disminución de la capacidad para sentir empatía, malestar, insatisfacción laboral, falta de alegría, aumento de días de baja laboral y planteamiento de la decisión de abandonar la profesión.
- Espirituales: Intensas dudas existenciales.

Destacar que los primeros síntomas en aparecer son los emocionales y laborales, si la FC progresa se manifiestan los síntomas físicos (Sheppard, 2016).

En otra clasificación de los síntomas y signos de FC realizada por Gómez (2015) estos aparecen distribuidos entre psicológicos, cognitivos e interpersonales:

- Psicológicos: emociones intensas (enfado, tristeza, culpabilidad, inquietud, cólera), pensamientos extraños, pesadillas, adormecimiento, evitación del contacto con el paciente, la familia o la situación, dolencias somáticas (gastrointestinales, cefalea, fatiga), ansiedad o agitación, síntomas depresivos, comportamientos adictivos (fumar, abuso de alcohol, drogas), sentimientos de aislamiento y de gran responsabilidad.
- Cognitivos: desconfianza frente a otros, aumento de la vulnerabilidad, falta de

seguridad, aumento o disminución del sentido del poder, aumento del escepticismo, aumento del sentido de responsabilidad o culpabilidad, creencia de falta de reconocimiento laboral.

- Interpersonales: abandono del trabajo en equipo, de las relaciones personales, desconfianza de otras personas y profesionales, excesiva identificación con el sufrimiento ajeno, separación de situaciones o experiencias emocionales, irritarse fácilmente.

2.1.2.2.- Evolución

Otros autores señalan que la evolución que manifiesta el profesional se realizaría del siguiente modo (González et al., 2018; González, 2017; Bermejo, 2016; Nolte et al., 2017):

- En primer lugar se percibe una cierta reexperimentación del trauma del otro, llegando a sufrir una gran carga emocional.
- En segundo lugar aparecerían sentimientos de evitación y/o embotamiento psíquico con distanciamiento físico y afectivo de otras personas, llegando a experimentar miedo o temor al relacionarse con los pacientes a los que atienden.
- En último lugar, emergerían una cierta hiperactivación o estado de alerta sostenida.

No obstante la evitación conlleva el mantenimiento de la problemática, ya que la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica son procesos problemáticos, que no conllevan a la solución del problema y que vinculan el trauma con la disminución del bienestar (Duarte y Pinto-Gouveia, 2017).

Todo comienza cuando las enfermeras se sienten incómodas o molestas ante situaciones que requieren cierto grado de empatía hacia el paciente, situación que en la literatura aparece denominada como “molestia o incomodidad de compasión”, si las circunstancias se mantienen en el tiempo aparece el estrés de compasión, que puede exceder la capacidad de resistencia del profesional, lo cual (si llega a suceder) evoluciona finalmente a un estado de merma emocional, física, social y espiritual, o sea a FC (Pembroke, 2016; Coetzee y

Klopper, 2010). En palabras de Pembroke (2016), la continua estimulación empática se cobra su peaje. De hecho Nolte et al. (2017) en su trabajo afirmaron que la FC no ha sido etiquetada como un trastorno psiquiátrico, pero realmente puede llegar a provocar depresión y trastorno de ansiedad.

2.1.2.3.- Consecuencias y ámbito de aparición

Como consecuencia de padecer FC la calidad de los cuidados prestados por las enfermeras disminuye, junto a la satisfacción por el trabajo y, como hemos visto, se manifiestan comportamientos de evitación, traducidos como distanciamiento en la relación enfermera-paciente, disminución de la productividad (Acinas, 2012; Pembroke, 2016), aumento del absentismo laboral, así como aumento del deseo de no continuar en el puesto actual e incluso de abandonar la profesión, disminución de la sensación de goce o satisfacción por el trabajo y deterioro de la capacidad de toma de decisiones (Jakimovicz et al., 2018; van Mol et al., 2015; Cocker y Joss, 2016; Arimon-Pagès et al., 2019).

La FC puede afectar a cualquier enfermera, sea cual sea su ámbito de trabajo y/o especialidad (Lombardo y Eyre, 2011), es totalmente impredecible; aunque aquellas profesionales expuestas a mayor número de factores traumatizantes por trabajar en entornos más estresantes están en mayor riesgo (Sacco et al., 2015; Joinson, 1992). Es más común en campos tan diversos como los cuidados en oncología, área de urgencias, unidades de nefrología, cuidados paliativos, cuidados intensivos (incluyendo los cuidados intensivos pediátricos) y en aquellas unidades que prestan servicio en la comunidad (sobre todo en casos de prestación de cuidados fútiles) (Sacco et al., 2015; Gómez et al., 2015; Sheppard, 2016; Karanicola et al., 2015; Pembroke, 2016; Cocker y Joss, 2016; Coetzee y Klopper, 2010; Aycok y Boyle, 2009; Branch y Klinkenberg, 2015; Hoyck, 2014).

2.1.2.4.- Factores predisponentes y atenuantes

Un ambiente laboral estresante está íntimamente relacionado con la posible aparición de FC (Meyer et al., 2015; Giarelli et al., 2016; Wu et al., 2016). Se ha comprobado que la mayor exposición a fuentes de estrés predicen niveles más altos de FC (Meyer et al., 2015; Giarelli et al., 2016). Destacar que en la literatura aparece como una fuente importante de

estrés en las unidades la percepción de la calidad y cantidad de la comunicación entre enfermeras y médicos, enfermeras y familiares, enfermeras y pacientes y entre pacientes y familiares; predominando los casos de elevadas exigencias de familiares, las expectativas irracionales ante el proceso patológico y las relaciones en las que primaba la descortesía (Giarelli et al., 2016).

Otros factores contribuyentes a la aparición de FC dependen de la estructura organizativa de la unidad (asignación de pacientes, cambios frecuentes de personal, cambio en la gestión), el bajo nivel de apoyo de la supervisora y de la estructura directiva del centro (Sacco et al., 2015).

También son factores que predisponen a padecer FC la edad de la enfermera, siendo que a menor edad, y por tanto menor experiencia profesional, se es susceptible a un mayor grado de FC. Igual ocurre en el caso del nivel académico, pero en este caso la relación es a la inversa, el mayor nivel académico (títulos de postgrado y/o doctorado) parece ejercer de protector (Wu et al., 2016; Hinderer et al., 2014; Sacco et al., 2015; Berger et al., 2015). Igualmente, el hecho de un menor tiempo de trabajo en la unidad, y por tanto de menor experiencia específica en ciertos protocolos usados en determinados servicios, también ejerce como factor predisponente de padecer FC (Kolthoff y Hickman, 2017; Mooney et al., 2017).

Respecto al sexo de los profesionales de enfermería como predisponente de FC, los datos son contradictorios; pues Sacco et al. (2015) y Kelly y Lefton (2017) afirman que la FC es más preponderante en profesionales de sexo masculino, mientras que en el trabajo de Mooney et al. (2017) se afirma lo contrario. Por tanto, la relación de esta variable respecto de la FC no está suficientemente explorada y debe ser estudiada más en profundidad (Ortega-Galán et al., 2020).

Aunque este dato aparece en pocos trabajos, se ha comprobado que en las unidades de especialidad única las enfermeras manifiestan menor nivel de burnout y de estrés traumático secundario que en aquellas unidades mixtas (Sacco et al., 2015).

En lo referente a la variable apoyo social, se ha detectado que existe una relación inversa entre la existencia de un buen apoyo social, visto este como el apoyo de la familia, de amigos, alguna persona significativa o algún compañero/a con el que se tenga una relación de amistad más estrecha y la afectación por burnout. Aunque respecto a la FC no se evidenció una relación significativa con el apoyo social, si bien en modelos de regresión sí que se obtuvo que

el apoyo familiar es un predictor significativo negativo respecto de ella (Ariapooran, 2014).

En cuanto al número de hijos y su posible asociación con la aparición de FC y/o burnout, se han encontrado pocos datos en la literatura. Sólo en un trabajo se han encontrado datos en los que se afirma que cuantos más hijos tenían las enfermeras más bajos eran los niveles de burnout y FC, si bien no había asociación con la satisfacción por compasión (SC) (Mooney, 2017).

Un factor atenuante de la FC es la satisfacción por compasión (SC), lo cual es lógico, pues ambas ocupan los extremos opuesto de lo que se ha llamado calidad de vida profesional.

2.1.3.- Contextualización de la satisfacción de compasión

Hemos visto como los profesionales de la salud se involucran en el cuidado de las personas en su quehacer diario, todo ello deriva en continuas fluctuaciones emocionales, que demandan ciertas capacidades de afrontamiento para mantener o potenciar el propio bienestar del profesional.

La satisfacción por compasión se describe como la capacidad de recibir gratificación por el mero hecho de dispensar cuidados, o lo que es lo mismo se define como la satisfacción que experimentan los profesionales de la salud al realizar bien su trabajo. Lo que redundo positivamente en el desempeño y disfrute laboral del profesional (Hernández, 2017; Buceta et al., 2019), y esta característica mejora además la calidad de la atención y se asocia con la satisfacción de los pacientes (Babaei y Haratian, 2020). Podríamos afirmar que la SC es la positividad resultante del hecho de cuidar.

Esto es así porque, sin duda, contribuye al bienestar psicológico ya que palia los sentimientos negativos que se pueden generar por la actividad profesional, y como acabamos de ver también se relaciona con la satisfacción laboral, en el sentido que procura un sentimiento de competencia, placer y control en el propio trabajo, que puede convertirse (por ejemplo) en una estrategia de afrontamiento para quienes se dedican al cuidado de pacientes al final de la vida (Buceta et al., 2019).

Incluye también la satisfacción en su relación con los compañeros de trabajo y la sensación del valor social de la actividad realizada (Roney y Acri, 2018). En definitiva, este

constructo se centra en la satisfacción que se genera al ayudar y cuidar a personas que pasan por situaciones muy difíciles (Meadors et al., 2010). De hecho, la calidad de vida profesional viene determinada por el equilibrio entre la FC y la SC (Sacco et al., 2015). Podríamos afirmar que la enfermería es una profesión excepcionalmente desafiante para el profesional, pero al mismo tiempo gratificante (Rajeswari et al., 2020).

Como ya se ha expresado y siguiendo el modelo de Stamm (2010), la calidad de vida profesional se considera un continuo con dos extremos opuestos: por un lado, la satisfacción en la compasión (SC), referida, como ya hemos visto, a la gratificación personal que surge de ayudar a quienes enfrentan situaciones estresantes, e incluye el trabajar productivamente con colegas que poseen ideas afines y sentirse competente y hábil en lo profesional al contribuir al bienestar social en general (Marín-Tejeda, 2017). Por tanto, la SC es la dimensión positiva de la Calidad de Vida Profesional y, como tal, contribuye al bienestar psicológico, además de amortiguar los efectos negativos de la actividad profesional de ayuda a terceros (Mathieu, 2012).

Por otra parte, se considera que toda persona que ejerce la labor del cuidado sufre invariablemente un proceso de agotamiento físico, emocional y mental, de tal forma que en el otro extremo del continuo teórico se sitúa la FC, resultado del estrés de asistir a personas vulnerables y/o que han experimentado trauma; al cual, como ya hemos visto, se le considera un síndrome complejo de desgaste que incluye el burnout y el estrés traumático secundario como entidades independientes y convergentes (Cocker y Joss, 2016).

Así, algunos estudios han contemplado, entre otras, la resiliencia como mediadora, o moduladora, necesaria entre SC y FC, concluyendo que las personas más resilientes presentarían menos síntomas psicológicos negativos y mayor SC. Finalmente, si se contempla la relación entre los rasgos de personalidad y el continuo SC-FC, se han establecido correlaciones positivas entre la SC y los rasgos de extraversión, responsabilidad y amabilidad, así como entre la FC y el neuroticismo y la falta de apertura (o introversión). Conocer los factores que conducen a la FC, no solo puede ayudar a desarrollar intervenciones que la prevengan, sino también a promocionar estrategias orientadas a fortalecer la SC (Arribas-García, 2020).

La SC es un sentimiento optimista que, como hemos visto, resulta de ayudar a las personas a superar eventos angustiantes. Para Walker y Avant los sentimientos asociados con la SC incluyen satisfacción en el trabajo, logro, felicidad, enriquecimiento personal,

inspiración, energía, gratitud y esperanza (Walker y Avant, 2011). Como ya hemos visto, en un continuo sería el extremo opuesto de la FC, y realmente actuaría como protector de esta (Sansó, 2018).

Hinderer et al. (2014) en sus investigaciones encontraron que el grado de SC tiene relaciones estadísticamente significativas con el uso de asesoramiento profesional, la dinámica de trabajo con los compañeros, tiempo dedicado a la atención directa del paciente, la mayor duración en el puesto actual, aumento de las horas por turno, edad avanzada, menor nivel de educación, cantidad de tiempo dedicada al ocio, la calidad de los apoyos sociales, el ejercicio físico y el uso de medicamentos.

La SC está asociada con una comprensión del proceso de curación, una capacidad de autorreflexión interna, una conexión con el prójimo, un aumento de la espiritualidad y un mayor grado de empatía (Hernández, 2017). En un contexto como el brevemente descrito podemos hablar de vocación, definida como una llamada interior de humanidad que conecta sentimientos, conciencia, experiencias y emociones; sería la expresión de un deseo de felicidad expresado como pasión hacía un campo específico, en este caso hacía la actividad de cuidar (Buceta, 2019). Sin duda también influye en la SC los sentimientos de autocompasión definida por Neff en 2003 (citado en Buceta, 2019) como ser amable y comprensivo con uno mismo, implicando componentes interconectados que pueden surgir en caso de dolor emocional y/o fracaso. Se trata de verse a uno mismo de manera integral y positiva, con bondad, con un sentido de humanidad que reconoce tanto las limitaciones y virtudes propias como las ajenas; ello provoca una actitud equilibrada que conecta con las propias emociones personales (Buceta, 2019).

Se observa pues, que los factores que más influyen en la SC son los sentimientos de vocación, la autocompasión o autobondad, la satisfacción que genera el cuidado, la ausencia de burnout, la capacidad de pensar y aceptar lo que sucede (Buceta, 2019).

2.2.- Instrumentos de valoración de la calidad de vida profesional

En la literatura se han encontrado varias herramientas para tratar de medir, de algún modo, la calidad de vida profesional. La más utilizada ha sido la Escala de Calidad de Vida Profesional, en inglés Professional Quality of Life Assessment (ProQOL), que trata de medir

la FC y la SC, si bien también aparece, aunque son muy poco usadas y más inespecíficas, la Impact of Events Scale y la Life Events Scale (Hernández, 2017; Geoffrion et al., 2019).

La herramienta ProQOL es una escala propuesta inicialmente por Figley en 1996, basada en su conocimiento clínico y fue diseñada para evaluar la FC y el burnout. Su autor la denominó inicialmente como Compassion Fatigue Self-Test (Figley, 1999). Más tarde, esta fue revisada por Stamm en 2005 y modificada de nuevo por este último en 2010. Estos cambios introdujeron una tercera subescala, con la cual se trata de valorar, no sólo las consecuencias negativas de ayudar a los demás, es decir la FC, sino que también se intenta capturar los resultados positivos de la atención, o lo que es lo mismo la SC. La escala ha sufrido varias actualizaciones, encontrándose ahora en su quinta versión (Geoffrion, 2019).

Stamm estudio la fiabilidad de la herramienta reportando un alfa de Cronbach que oscila entre 0,84 y 0,90 en las tres subescalas (Hunsaker et al., 2015). No obstante, en otros trabajos el alfa de Cronbach toma valores entre 0,80 y 0,81 para la subescala de estrés traumático secundario; desde 0,65 y 0,88 para burnout; y entre 0,72 y 0,92 para SC (Musa y Hamid, 2008; Sacco et al., 2015; Berger et al., 2015; Kelly y Lefton, 2017). Algunos autores han preferido facilitar el valor de este estadístico para la FC en su conjunto (no desglosado entre estrés traumático secundario y burnout y siguiendo el modelo de Stamm), reportando valores entre 0,76 y 0,83 (Giarelli et al., 2016; Wu et al., 2016; Hinderer et al., 2014; Hunsaker et al., 2015; Jakimowicz et al., 2018; Kilthoff y Hickman, 2017; Ariapooran, 2014). Por lo tanto, la fiabilidad de la escala, en relación a la consistencia entre ítems, presenta mucha variabilidad, quizás ello sea debido al medio en el que se aplique; aunque en todo caso parece bastante aceptable (cercana a valor 1).

Con respecto a la estructura interna de la escala, Sprang y Craig (2015) y Hemsworth y colaboradores (2018) encontraron que los elementos cuya valoración hay que invertir (ver anexo I y tabla 1, 2, y 3) son especialmente problemáticos, ya que esto sólo ocurre en la subescala de burnout y no en las otras dos.

Heritage et al. (2018) y Hemsworth et al. (2018) determinaron que la subescala de SC tiene propiedades psicométricas sólidas, pero sugieren que en las otras dos subescalas hay ítems que deberían ser eliminados para mejorar la confiabilidad y la validez de la herramienta. De hecho estudios previos ya señalaban que las estimaciones de confiabilidad de una escala son marcadamente menores cuando se incluyen ítems redactados negativamente, sin embargo tildan la escala como ideal para valorar la calidad de vida profesional al incluir los aspectos

positivos (SC), tradicionalmente olvidados, y negativos (FC) de esta (Galiana et al., 2017).

Actualmente Stamm, en 2019, ha propuesto que sería teóricamente posible y clínicamente relevante combinar todas las puntuaciones de las tres subescalas en una puntuación general o compuesta, si bien hasta el momento parece que ningún investigador ha intentado hacerlo (Geoffrion et al., 2019).

El cuestionario se cumplimenta de modo autoadministrado y está formada por 30 ítems evaluados mediante una escala tipo likert de 6 posibles respuestas que van desde 0 (nunca) a 5 (siempre). Cada una de las tres dimensiones, SC, burnout y estrés traumático secundario (las últimas formando parte de la FC según el modelo de Stamm), está valorada por diez ítems. Las dimensiones y los ítems correspondientes se clasifican en la siguiente tabla (tabla 1):

Tabla 1. Dimensiones del instrumento de Calidad de Vida Profesional (ProQOL)

ProQOL	
Dimensión	Ítems
Satisfacción de compasión	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, y 30
Burnout	1,4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29
Estrés Traumático Secundario / FC	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28

Fuente: Elaboración propia

En el caso de la dimensión del Burnout los ítems 1, 4, 15, 17 y 29 deben invertir su puntuación, según la siguiente baremación, de los valores 1 pasan a puntuar 5, los valores 2 pasan a ser 4, los 3 se mantienen en 3, los valores 4 pasan a ser 2, los 5 se convierten en 1 y el 0 mantiene su valoración (tabla 2).

Tabla 2. Inversión de puntuación en la dimensión de burnout

Dimensión burnout	
Valor obtenido	Inversión para valoración
0	0
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Fuente: Elaboración propia

En esta herramienta las puntuaciones pueden oscilar desde el 0, mínima puntuación hasta el 50, máxima puntuación; y los rangos de valoración para cada dimensión se agrupan tal y como se indica en la tabla 3.

Tabla 3. Interpretación de la puntuación obtenida con el cuestionario ProQOL

Interpretación puntuaciones ProQOL	
Dimensión SC	
Puntuación media: 37	
0 a 32	Bajo
33 a 41	Medio
Más de 42	Alto
Dimensión STS / FC	
Puntuación media: 13	
0 a 7	Bajo
8 a 17	Medio
Más de 18	Alto
Dimensión Burnout	
Puntuación media: 22	
0 a 17	Bajo
18 a 27	Medio
Más de 28	Alto

La versión española del instrumento fue traducida y validada por Morante et al. en 2006 en su versión IV.

2.3.- Herramientas e intervenciones.

Algunos autores defienden actuar sobre la calidad de vida profesional desde dos caminos.

El primero, trataría los factores dependientes del lugar de trabajo, como por ejemplo las cargas de trabajo, la presión del tiempo, o la seguridad laboral; si bien estas medidas son difíciles de implementar y podrían tener más efectos sobre el burnout, pero no sobre la FC. Y el segundo hace hincapié en el cultivo de la autocompasión, es decir la capacidad de adoptar una perspectiva centrada en los demás, que conlleva el evitar que sus sentimientos de empatía se conviertan en angustia personal y FC. Por otra parte, las persona más autocríticas, las que se identifican excesivamente con sus sentimientos y pensamientos negativos, aisladas socialmente y que tienen más inflexibilidad psicológica son más propensas a la FC (Duarte y Pinto-Gouveia, 2017; Brito-Pons et al., 2019).

Reforzando lo expuesto sobre la autocompasión se ha comprobado que el cultivo de esta puede debilitar los vínculos entre constructos psicológicos negativos (Denckla et al., 2017; Köner et al., 2015). De hecho, se ha constatado que los participantes en actividades de formación en autocompasión mejoran su bienestar psicológico, disminuye la angustia empática, la depresión, el estrés y la ansiedad (Brito-Pons y Librada-Flores, 2018).

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones como las imágenes guiadas, el entrenamiento en mindfulness o atención plena, mejorar la autoconciencia, los programas educativos, y los programas de resiliencia son eficaces para combatir el estrés, el burnout y la FC. Realizar un programa holístico se considera vital para manejar el problema de la FC y sacar a relucir el potencial personal y profesional óptimo de un individuo (Rajeswari et al., 2020; Oliver et al., 2017).

Respecto al entrenamiento en mindfulness, esta técnica se ha relacionado con un

aumento del nivel de conciencia, el desarrollo de la empatía, una mejora del afrontamiento al estrés, una disminución del nivel de ansiedad, una disminución del riesgo de sufrir burnout, un aumento de la resiliencia, y una mejora en los niveles de depresión (Sansó, 2018; Song y Lindquist, 2015). Además, la práctica continua de esta herramienta se ha relacionado con una disminución de la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros, mejorando el autocuidado y la capacidad de implicarse con los pacientes, pero sin experimentar estrés, convirtiéndose el profesional en un terapeuta más eficaz (Sansó, 2015).

También, ha sido relacionada la práctica del mindfulness con un cambio positivo y estadísticamente significativo en la autocompasión. De hecho, las tres dimensiones negativas de la autocompasión disminuyen (sobreidentificación, aislamiento y autojuicio) y aumentan la autobenevolencia, como dimensión positiva (Sansó, 2018; Bazarco et al., 2013; Erogul et al., 2014).

OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

3.1.- Justificación y Objetivos

En nuestro país no se han realizado, hasta el día de hoy, investigaciones que pretendan valorar la calidad de vida profesional, o alguna de sus dimensiones, en enfermeras; y además abarcando una población y entidad geográfica tan amplias como las utilizadas en la elaboración de la presente tesis doctoral y el estudio del que emana. Tampoco a nivel mundial hemos encontrado ningún trabajo que se dedique al estudio de este tema en una región tan amplia como la andaluza y a las enfermeras en general (independientemente de la unidad de trabajo), sí que se han realizado en grupos de enfermeras que trabajaban en servicios concretos.

Por ello, para saber cual es el estado de la calidad de vida profesional de las enfermeras que trabajan en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se han planteado los siguientes objetivos.

3.1.1.- Objetivo general

Conocer la calidad de vida profesional de las enfermeras del Sistema Sanitario Público de Andalucía, profundizando en el análisis de sus diferentes componentes, es decir de la fatiga por compasión, el burnout y la satisfacción por compasión.

3.1.2.- Objetivos específicos

-Primer objetivo específico:

Conocer las variables sociodemográficas y el contexto laboral de las enfermeras que trabajan en diferentes entornos asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como la relación de estas con la calidad de vida profesional.

-Segundo objetivo específico:

Profundizar en el conocimiento que las enfermeras tienen del concepto de compasión, dado que este es un determinante absoluto, como hemos visto en el desarrollo de la presente tesis doctoral, de la calidad de vida profesional y un factor excepcionalmente influyente en la calidad asistencial y en el bienestar laboral de las enfermeras.

-Tercer objetivo específico:

Analizar las causas y consecuencias de la FC desde la perspectiva de las enfermeras, pues conociendo estas es como los profesionales enfermeros pueden, desde un conocimiento básico, llegar a combatir su génesis e impedir su influencia en su calidad de vida profesional.

3.2.- Metodología del estudio

3.2.1.- Consideraciones metodológicas previas

La investigación desarrollada en la presente tesis doctoral forma parte del estudio “Evaluación del burnout y fatiga por compasión entre los profesionales de enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía” (código: AP-0100-2016). Dicho estudio ha sido financiado por la Junta de Andalucía y ha contado con el apoyo de la Estrategia de Cuidados de Andalucía (PICUIDA).

En dicho estudio han participado docentes de las Facultades de Enfermería de las Universidades de Almería y Huelva, así como profesionales asistenciales de todas las provincias de Andalucía. Ello motivó la necesidad de una coordinación en la ejecución del proyecto que se realizó por parte de la investigadora principal. Para garantizar la correcta armonización entre todos los miembros investigadores se realizaron hasta dos convocatorias presenciales que se celebraron en Antequera (Málaga), en salones cedidos por el hospital de esta localidad, así como hasta cuatro convocatorias celebradas vía electrónica; con ello se evitó la variabilidad de conceptos y se logró la uniformidad metodológica.

El trabajo obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Centro Almería (código: CEICA 27/9/17), que poco después se hizo extensiva a toda la región andaluza, mediante dictamen único y solventando aquellas características contextuales concretas de cada zona.

3.2.2.- Diseño

La presente investigación se trata de un estudio multicéntrico, con un diseño de metodología mixta (cuali-cuantitativa).

En la primera parte se realizó un diseño cuantitativo descriptivo-observacional transversal o de prevalencia con el que se dio respuesta al primer objetivo específico, analizar la calidad de vida profesional en las enfermeras, en función de variables sociodemográficas y sociolaborales. La segunda fase del estudio que ha dado origen a la presente tesis doctoral, se desarrolló con una metodología cualitativa. Por una parte, se desarrolló un estudio fenomenológico con el objetivo de profundizar en el conocimiento que las enfermeras tenían sobre el concepto de compasión y sobre las causas y consecuencias de la FC, desde la perspectiva de los propios profesionales. Además, se realizó un estudio de teoría fundamentada para desarrollar el segundo objetivo específico, que consistió en conocer o profundizar en el concepto de compasión desde las vivencias de las propias enfermeras.

3.2.3.- Participantes

La población de estudio estuvo constituida por todos los profesionales de enfermería de los diferentes centros públicos de todas las provincias andaluzas, tanto de asistencia hospitalaria como de atención primaria, y que formaban parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

3.2.4.- Tamaño muestral

El tamaño muestral se calculó según los datos oficiales de enfermeros/as que trabajaban en el sistema público andaluz en el año 2015. Dicho universo estaba constituido por un total de 22.538 profesionales de enfermería, de los cuales 16.442 ejercían en atención hospitalaria y 6.096 lo hacían en atención primaria. Según estos datos y con la finalidad de conseguir una precisión del 3% en la estimación de una proporción, mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, y asumiendo que la proporción esperada es del 32,20% para burnout (Cañadas-de la Fuente et al. 2015) fue necesario incluir 895 individuos en el estudio. Esta muestra aumentó a 985 participantes al asumir un porcentaje de abandonos/pérdidas del 10%.

La selección muestral se realizó de modo multietápico teniendo en cuenta las siguientes fases:

1. Cálculo de la muestra por estratos según la población de cada provincia andaluza.
2. En cada estrato se dividió la muestra entre zona o ámbito urbano o rural.
3. En cada zona se eligieron por sorteo los centros hospitalarios y de atención primaria que se incluirían en la muestra, participando cada centro según el número de profesionales que trabajasen en él.
4. En cada centro sanitario se realizó una diferenciación por cuotas, de tal manera que todos los perfiles profesionales estuviesen representados (enfermeros/as, enfermeros/as especialistas y cargos intermedios no facultativos).

3.2.5.- Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Todo aquel profesional de enfermería, independientemente de su edad o sexo, que en las fechas de recogida de datos se encontrase en situación de activo en los diferentes centros asistenciales del sistema sanitario público andaluz y que mantengan un contacto directo y continuado con pacientes.

Criterios de exclusión:

- Todo aquel profesional de enfermería que al inicio del estudio se encontrase en situación de baja laboral, liberación sindical o comisión de servicios (sin trato con pacientes).
- Profesionales de enfermería que no den su consentimiento por escrito para la participación en el estudio.
- Profesionales de enfermería que ocupen cargos directivos de gestión en la administración sanitaria pública andaluza durante la realización del estudio.
- Profesionales de enfermería que trabajen en servicios muy concretos donde no haya un contacto directo y/o continuado con pacientes (v.g., servicios de laboratorio, esterilización, etc.).

3.2.6.- Instrumentos

En la presente tesis y con el objetivo de la recogida de las variables sociodemográficas se elaboró un cuestionario, al efecto, con las siguientes variables (anexo II):

- Edad (años).
- Sexo (hombre-mujer).
- Estado civil (soltero/a, casado/a, divorciado/a, separado/a, otros)
- Número de hijos (1,2,3,...).
- Personas dependientes o con discapacidad a su cargo (número).
- Situación laboral (eventual, interino sustituto, interino vacante, estatutario-plaza en propiedad, estatutario en comisión de servicios).
- Experiencia laboral (desglosada por meses).
- Turno de trabajo (mañanas, tardes, mañanas/tardes, rotatorio con mañanas/tardes/noches, turnos de 12 horas, noches y otros).
- Ámbito de trabajo, distinguiendo entre hospitalario (hospitalización, quirúrgicos, salud mental, consultas externas, críticos y urgencias, cuidados paliativos, pediatría, rehabilitación, otros) y atención primaria (equipos básicos de AP, dispositivos de apoyo, dispositivos de cuidados criticos-urgencias, dispositivos de salud mental, equipo de cuidados paliativos y otros).
- Antigüedad en el servicio actual (desglosada por meses).
- Puesto de trabajo (cargo intermedio, enfermero/a, enfermero/a especialista, enfermero/a gestor de casos, otros).
- Nivel de formación en materias como counselling, técnicas de relajación, mindfulness, comunicación o gestión emocional (nulo, escasa, media, buena u óptima).

- Práctica activa de creencia religiosa o espiritual (sí-no).

Otra de las herramientas utilizadas ha sido el cuestionario ProQOL v-IV cuya plantilla se incluye en el anexo I y del cual se ha tratado con anterioridad. Prácticamente es el cuestionario más utilizado para la valoración de la calidad de vida profesional, y, aunque actualmente se encuentra en su quinta versión, la traducida y validada al español ha sido la cuarta, la cual ha sido utilizada para el presente estudio. La V versión sólo incluye pequeñas variaciones, respecto a la IV, en ciertos giros lingüísticos para mejorar su comprensión (Galiana et al., 2020).

3.2.7.- Procedimiento

En la primera parte del estudio se realizó la fase cuantitativa. Para el desarrollo de la misma los instrumentos de recogida de datos (cuestionario sociodemográfico y escala ProQOL v-IV) fueron entregados a cada unidad muestral por un investigador del proyecto junto con un ejemplar de consentimiento informado (Anexo III). El investigador impartía unas instrucciones básicas sobre su cumplimentación, que debía ser efectuada por el profesional ya que los cuestionarios son autoadministrados, y atendía cualquier duda o pregunta planteada sobre el estudio. La recogida de los cuestionarios se realizó por el mismo investigador al día siguiente de su entrega.

En la segunda parte del estudio se efectuó el desarrollo de la fase cualitativa. Para el desarrollo de esta, los investigadores se formaron en el desarrollo de grupos de discusión y de entrevistas en profundidad (técnicas de entrevista, manejo de emociones y control de comunicación verbal y no verbal), para de este modo lograr la triangulación de datos propia de la metodología cualitativa y garantizar la fiabilidad de dichos datos.

Para la selección de la muestra se eligió el método intencional en cadena, con el reclutamiento de los participantes mediante la estrategia de bola de nieve. El número de participantes necesarios para esta fase del estudio se determinó mediante el principio de saturación de datos, según el cual la adición de nuevos informantes y nuevos datos se convierte en algo repetitivo o redundante y nada añade a lo ya analizado.

Los grupos de discusión fueron organizados por dos investigadores, uno de ellos hizo de moderador en la dinámica del grupo y el segundo ejercía de observador, registrando todas

aquellas cuestiones relevantes que pudieran aportar algún dato en el posterior análisis de contenido. Las entrevistas fueron abiertas o en profundidad, generando la máxima participación de los informantes. El entrevistador dispone de un guión general, oculto para el entrevistado, y con la máxima flexibilidad para el entrevistador respecto a su manejo (anexo IV).

Durante todo el proceso de la presente investigación se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la normativa nacional de protección de datos personales vigente y expresados en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales.

RESULTADOS

4.- Resultados del estudio

Dos de los artículos publicados, debido a restricciones relativas a derechos de autor, han sido retirados de la tesis. En sustitución de dichos artículos ofrecemos la siguiente información: referencia bibliográfica, enlace a la revista y resumen.

Ortega-Galán, Á.M., Pérez-García, E., Brito-Pons, G., Ramos-Pichardo, J.D., Carmona-Rega, M.I., y Ruiz-Fernández, M.D. (2021). Understanding the concept of compassion from nurses' points of view. *Nursing Ethics*. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733020983401>

RESUMEN:

Background: The high level of satisfaction of users of a health service is largely due to the fact that they receive excellent care from healthcare professionals. Compassionate care is an essential component of excellent care. But what do nurses understand compassion to be? **Research objectives:** To analyse the concept of compassion from the perspective of nurses in the Andalusian Public Health System, Spain. **Research design:** This is a qualitative study following the grounded theory model. Four focus groups and 25 in-depth interviews were conducted. **Participants and research context:** A total of 68 nursing professionals working in the Andalusian Public Health System (Spain) participated. Theoretical sampling was used, with participants being recruited using the snowball technique. **Ethical considerations:** This research was approved by the Research Ethics Committee of the Centro-Almería Health District (CEICA 27/9/17). **Findings:** From the analysis of the data, four themes emerged that helped to understand the concept of compassion according to nurses: 'Negative perception of the term compassion', 'Compassion and empathy as synonyms', 'Beyond empathy', and 'Effects of having a compassionate attitude'. **Discussion:** Nurses perceive the concept of compassion differently to each other and even contradictorily. This concept is imbued with cultural elements, which adds confusion to understanding it, and is even perceived as something negative similar to pity. **Conclusion:** Nurses confuse the concepts of empathy and compassion as if they were synonymous. Before considering training in compassion for healthcare professionals, it is essential to clarify the concept of compassion through educational interventions.

Enlace al texto completo: <https://doi.org/10.1177/0969733020983401>

Pérez-García, E., Ortega-Galán, Á.M., Ibañez-Masero, O., Ramos-Pichardo, J.D., Fernández-Leyva, A., and Ruiz-Fernández, M.D. (2020). Qualitative study on the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 469-478. <https://doi.org/10.1111/inm.12807>

RESUMEN:

Compassion is one of the core elements of nursing care. Continued exposure to patient pain and suffering puts nurses at risk of developing compassion fatigue. The aim of this study was to understand the causes and consequences of compassion fatigue from the perspective of nurses. To this end, a qualitative design based on the hermeneutic phenomenology paradigm was used. Five focus group sessions were held with 43 nursing professionals. Two themes and six sub-themes emerged from the analysis of their discourses in relation to the impact of compassion fatigue on nurses. Based on the results obtained, the causes perceived as generating compassion fatigue are the lack of time and resources to provide comprehensive nursing care. The consequences identified were difficulties in carrying out their work, repercussions on family and private life, anxiety, stress, and, in some cases, the desire to quit the profession. This study concluded that healthcare organizations are key to fostering compassionate care and that cultivating compassion is necessary to prevent compassion fatigue.

Enlace al texto completo: <https://doi.org/10.1111/inm.12807>

4.- Resultados del estudio

4.1.- Quality of life in nursing professional: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction.

El estudio que se presenta a continuación ha sido publicado con la siguiente referencia:

Ruiz-Fernández, M.D., Pérez-García, E., Ortega-Galán, Á.M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1253. Doi:10.3390/ijerph17041253

4.1.1.-Introduction

Healthcare professionals are exposed to several elements derived from work-related circumstances that contribute to a complex work environment [1]. These elements may include, but are not limited to, excessive workload, shift rotation, and work setting [2,3]. Healthcare professionals, especially nurses, witness the pain and suffering of their patients in the daily practice of their work [4,5]. Providing care in these cases is very demanding for the healthcare community in physical, emotional, and spiritual terms [6]. Their work requires certain qualities, such as empathy, compassion, and closeness to the individuals and families they care for [7].

In the current healthcare context, signs of occupational stress and burnout (BO) have been reported and have even been described as public health problems [8]. Simply observing the reality in hospital care and primary care settings suffices to confirm that health professionals are prone to experience situations of stress or fatigue with negative consequences [9–11]. Repeated exposure to unpredictable challenges in nursing practice may cause symptoms of anxiety, exhaustion, and stress in professionals [12]. At the same time, job satisfaction and the quality of the care provided decrease [13]. The negative consequences of the work context may cause workers to feel exhausted and to suffer from certain syndromes, such as BO [14,15].

The concept of BO, also known as “burnout syndrome”, was first described by Freudenberg (1974) [16] as a feeling of failure and exhaustion resulting from excessive demands on the energy, personal resources or spiritual strength of workers that prevents them from

providing care and assistance to users of organisations in different fields whose primary objective is to help others. The first lines of research on this syndrome focused on healthcare-related occupations that provided services to individuals in need for care. These lines of research subsequently spread to other occupational sectors [17]. There is no agreement in the literature on a single definition of BO syndrome. However, the most widely accepted approach to this term conceptualises it as a multidimensional process with three main constructs: emotional fatigue or exhaustion, depersonalisation, and personal accomplishment [18,19]. According to this conceptual model, BO has recently been defined as a syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation, and lack of personal fulfilment at work, with these characteristics developing as a result of continued exposure to work stressors [14].

Another syndrome related to BO is compassion fatigue (CF). This concept has gained considerable attention over the past twenty years, as health professionals have increasingly been challenged to manage complex demands in an overburdened healthcare system [20]. CF is defined by Figley [15] as the cost of caring for others or for their emotional pain resulting from the desire to help individuals suffering traumatic events. Other synonyms include “empathy burnout”, “vicarious traumatisation”, or “secondary traumatic stress”, all of which creates some degree of conceptual confusion. However, CF is a concept of documented relevance to those in nursing and represents a basic inability to nurture others and engenders a temporal component [20]. The literature related to CF essentially adheres to “the phenomenon as a state of exhaustion that is dependent on a caring relationship” with a loss of coping ability to continued exposure to patient suffering and death [21]. Thus, professionals suffering from CF may experience feelings of fear or dread when interacting with the patients they care for, which may lead to avoidance behaviours in the professional-patient relationship [22,23].

A protective factor against CF is compassion satisfaction (CS), described as the satisfaction experienced by healthcare professionals when performing their work properly, which also includes satisfaction with their relationship with colleagues and the sense that the work they perform is of social value [24]. This construct focuses on the satisfaction that comes from helping and caring for individuals in difficult situations [25]. Unsurprisingly, the balance between CS and CF determines the level of professional quality of life [26].

Certain work-related factors may influence quality of life among professionals. Specifically, CF and CS have been reported to be related to the healthcare setting and the work environment in certain healthcare services [27]. A study involving oncology nurses found years

of work experience and working in secondary hospitals to be factors that influence the occurrence of CF [28]. Age, sex, marital status, seniority, years of experience, and shifts are variables that may be related to CF, CS, and BO in paediatric and critical care nurses [24,26,29]. However, studies so far have been conducted with nurses working in highly specific services, and not at a general level [24,26,29–31]. In addition, previous studies analysing these factors do not determine exactly what socio-demographic and work-related variables may influence these syndromes, which are related to the work context to which nursing professionals are exposed [13,32]. Workplace violence is also a widespread risk factor for healthcare professionals, which is related to stress, well-being, and quality of life [33,34]. For these reasons, this study set out to analyse the quality of life of professionals and its links to socio-demographic variables and work context among nursing professionals working in different care settings in the Andalusian Public Health System (Spain).

4.1.2.-Materials and Methods

– Design

A multi-centre, descriptive, cross-sectional design was used.

– Participants

The study sample consisted of 1521 nurses working in the Andalusian Public Health System (APHS), Spain, both in the hospital and in the primary healthcare settings. The sample size necessary was calculated based on the number of nurses who worked at the APHS in 2015 (N = 22,533) with a two-tailed 95% confidence interval, with an accuracy level of 3%, assuming that the expected BO rate was 32.20% [35]. The inclusion criterion was being an active nursing professional currently working in healthcare services that facilitated direct contact with patients. Professionals working in healthcare administration management or in very specific services where there was no direct contact with patients (laboratory services, sterilisation, etc.) were excluded.

– Instruments

A socio-demographic and work-related data collection sheet was prepared, including the following: age, sex (female, male), marital status (married, single, divorced, other),

employment status (casual, temporary or long-term, statutory or permanent), healthcare setting (primary care, hospital care), area where the healthcare centre is located (urban area or area with more than 10,000 inhabitants; semi-urban area, between 5000 and 10,000 inhabitants; rural area or area with fewer than 5000 inhabitants), work shift (mornings, evenings, mornings/evenings, mornings/evenings/nights, 12-h, nights, other), work experience (months), and seniority in the current position (months).

The Professional Quality of Life Scale (ProQOL v. IV) [36] is used in health and social care professionals who are exposed to situations of trauma and suffering. This questionnaire was translated into Spanish by Morante Moreno and Rodríguez [37] and has been used in healthcare professionals [38]. This is a self-administered questionnaire consisting of 30 items rated on a 5-point Likert scale (ranging from 1 = “never” to 5 = “very often”). The scale is divided into three subscales: Compassion fatigue (10 items), Compassion satisfaction (10 items), and Burnout (10 items). Higher scores on each subscale indicate higher CF, CS, and BO values. The mean score is 13 for the CF subscale, 37 for the CS subscale, and 22 for the BO subscale. In Stamm [26], Cronbach’s alpha values were reported of 0.80 for CF, 0.89 for CS, and 0.71 for BO, respectively.

– *Procedure*

Data were collected from January to December 2018. Researchers from the 8 provinces of the Autonomous Community of Andalusia, Spain, collaborated in the study. The questionnaires were administered in the different healthcare centres in the APHS: in total, 12 hospitals, 26 primary care districts, and 10 healthcare management areas (including primary care and hospital care). To this end, the researchers were briefed on the administration of the questionnaires. The estimated completion time was 15 min. Participation was voluntary and anonymous. Participants were informed about the purpose of the study and were requested to give their informed consent in writing. Approval was obtained from the Research Ethics Committee of Almería Centro (CEI-27 September 2017), which was extended to the rest of Andalusia as a single authorisation. The ethical principles enshrined in the Declaration of Helsinki were observed at all times. The study complied with the national personal data protection regulations in force (Spanish Organic Law 3/2018 on Personal Data Protection and Guarantee of Digital Rights).

– *Data Analysis*

The means and standard deviations of the quantitative variables, as well as the absolute values and percentages of the qualitative variables, were analysed. Fulfilment of the normality criterion was checked using the Kolmogorov-Smirnov test. Although some of the variables did not comply with this criterion, parametric tests were performed in accordance with the central limit theorem [39]. Both parametric and nonparametric tests were convergent. For the comparison of means, Student's *t*-test for independent samples and one-way ANOVA were used. In each case a threshold of 95% was used to determine statistical significance. For the analysis of bivariate correlations, Pearson's correlation was used. Subsequently, the multiple comparisons or post-hoc Significant Mean Differences (SMD) test was used in order to determine exactly in which groups the SMDs were present. Finally, a stepwise linear regression model was created using the least squares method. The dependent variables were the different sub-dimensions of professional quality of life (ProQOL) (CF, CS, and BO), and the explanatory variables were the most significant variables of the bivariate analysis [40]. Goodness of fit was determined using the coefficient of determination (R²) and its adjusted version. The statistical program SPSS Statistics v.25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) was used for data processing.

4.1.3.-Results

– Characteristics of the Participants

The mean age of the participants was 47.32 (SD = 8.44) years of age, ranging from 23 to 64 years of age. The majority of the participants were women (75.5%), married (69.8%), and had a stable employment status (59.5%). The majority of professionals worked in hospital settings (55%) and the majority of the centres were located in urban areas (89.5%). Their most frequent work shifts were the morning shift (32.1%) and the morning/evening/night shift (29%). Their mean work experience was 275.36 months (SD = 110.42) and their mean seniority in the current job was 146.81 months (SD = 117.52) (Table 1).

Table 1. Socio-demographic and work-related characteristics of the participants.

Variables	% (n)	Variables	% (n)
Sex		Location	
Female	75.5% (1148)	Urban area	89.5% (1361)
Male	24.5% (373)	Semi-urban area	5.5% (83)
Marital status		Rural area	5.1% (77)
Married	69.8% (1062)	Work shift	
Single	15.8% (241)	Mornings	32.1% (488)
Divorced	6.5% (99)	Evenings	0.9% (13)
Other	7.8% (119)	Mornings/Evenings	23.1% (351)
Employment status		Mornings/Evenings/Nights	29% (441)
Casual	13.3% (203)	12-h	13.5% (205)
Temporary or long-term	27.2% (413)	Nights	0.7% (10)
Statutory or permanent	59.5% (905)	Other	0.9% (13)
Healthcare setting		Variables	M (SD)
Hospital care	55% (836)	Work experience (months)	275.36 (110.42)
Primary care	45% (685)	Seniority in the current position (months)	146.81 (117.52)

n = number of participants; % = percentages; M = mean; SD = standard deviation.

– *Descriptive and Bivariate Analyses of Socio-Demographic and Work-Related Variables and Quality of Life Sub-Dimensions*

The mean score for CF was 20.74 (SD = 7.88), the mean score for CS was 35.48 (SD = 7.39), and the mean score for BO was 23.44 (SD = 5.29). Table 2 shows that there are significant differences in the mean scores for CF for marital status ($F = 3.33$; $p = 0.01$). Specifically, according to the post-hoc DMS tests, the mean score for CF is significantly higher in married participants than in divorced participants (DMS = 2.32; $p \leq 0.05$). Regarding the healthcare setting, the mean score for CF is significantly higher in primary care than in hospital care ($t = -2.03$; $p = 0.04$). With respect to the areas where the healthcare centres are located, differences are observed in the mean scores for CF ($F = 3.31$; $p = 0.03$). Specifically, according to the post-hoc DMS tests, the mean score for CF is significantly higher in urban areas than in rural areas (DMS = -1.81; $p \leq 0.05$). In addition, differences in the mean scores for CF between different work shifts are significant ($F = 3.45$; $p \leq 0.05$). The post-hoc test indicates that the mean score for CF for CF for the morning/evening shift is significantly higher than for the morning shift (DMS = -1.50; $p \leq 0.05$), the 12-h shift (DMS = -2.03; $p \leq 0.05$), and other shifts (DMS = 4.4; $p \leq 0.05$). In turn, the mean score for CF is significantly higher for the

morning/evening/night shift than for the morning shift (DMS = 1.25; $p \leq 0.05$) and the 12-h shift (DMS = 1.78; $p \leq 0.05$).

Table 2. Socio-demographic variables, work-related variables, and quality of life.

Variables	CF		CS		B O	
	M (SD)	Values	M (SD)	Values	M (SD)	Values
Age	20.74 (7.88)	$r = 0.02$ $p = 0.36$	35.48 (7.39)	$r = -0.61$ $p = 0.01 *$	23.44 (5.29)	$r = 0.01$ $p = 0.64$
Sex						
Female	20.74 (0.23)	$t = -0.02$	35.7 (0.21)	$t = -0.01$	23.40 (0.15)	$t = -0.01$
Male	20.75 (0.42)	$p = 0.98$	34.82 (0.38)	$p = 0.04 *$	23.50 (0.29)	$p = 0.79$
Marital status						
Married	21.10 (7.71)	$F = 3.33$	35.38 (7.19)	$F = 2.95$	23.58 (5.17)	$F = 1.38$
Single	20.16 (7.89)		35 (8.07)		23.29 (5.45)	
Divorced	18.77 (8.92)	$p = 0.01 *$	37.51 (7.65)	$p = 0.03 *$	22.49 (5.84)	$p = 0.24$
Other	20.37 (8.16)		37.75 (7.36)		23.9 (5.47)	
Employment status						
Casual	20.51 (8.40)	$F = 0.55$	36.36 (7.66)	$F = 2.14$	23.14 (5.53)	$F = 0.37$
Temporary or long-term	20.47 (7.96)		35.65 (7.38)		23.50 (5.48)	
Statutory or permanent	20.91 (7.72)	$p = 0.57$	35.21 (7.33)	$p = 0.11$	23.48 (5.14)	$p = 0.68$
Healthcare setting						
Hospital care	20.37 (7.66)	$t = -2.03$	35.78 (7.39)	$t = -1.75$	23.50 (5.19)	$t = 0.51$
Primary care	21.19 (7.99)	$p = 0.04 *$	35.12 (7.39)	$p = 0.07$	23.36 (5.40)	$p = 0.61$
Location						
Urban area	20.92 (7.88)	$F = 3.31$	35.17 (7.40)	$F = 11.83$	23.51 (5.27)	$F = 1.18$
Semi-urban area	9.35 (7.93)		37.98 (6.95)		22.98 (5.47)	
Rural area	19.10 (7.51)	$p = 0.03 *$	38.34 (6.6)	$p = 0.01 *$	22.70 (5.37)	$p = 0.30$
Work shift						
Mornings	20.13 (7.80)		36.28 (7.31)		22.94 (5.22)	
Evenings	22.46 (8.26)		34.54 (7.10)		24.54 (6.30)	
Mornings/Evenings	21.63 (8.17)	$F = 3.45$	34.74 (7.43)	$F = 2.52$	23.58 (5.56)	$F = 2.44$
Mornings/Evenings/Nights	21.38 (7.59)		34.83 (7.29)		23.98 (5.01)	
12-h shift	19.60 (7.95)	$p = 0.00 *$	36.23 (7.36)	$p = 0.01 *$	23.42 (5.40)	$p = 0.02$
Nights	16.70 (7.15)		36.40 (8.42)		20.90 (5.78)	
Other	17.23 (6.67)		36.08 (10.07)		21.15 (4.72)	
Work experience (months)	275.36 (110.42)	$r = 0.01$ $p = 0.82$	275.36 (110.42)	$r = -0.02$ $p = 0.27$	275.36 (110.42)	$r = -0.01$ $p = 0.65$

Seniority in the current position (months)	146.81 (117.52)	r = 0.01 p = 0.52	146.81 (117.52)	r = -0.02 p = 0.41	146.81 (117.52)	r = 0.16 p = 0.55
--	--------------------	----------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	----------------------

CF: compassion fatigue; CS: compassion satisfaction; BO: burnout; M = mean; SD = standard deviation; p = level of statistical significance; t = Student's t-test; F = one-way ANOVA; r = Pearson correlation; * Correlation is significant at the 0.05 level.

As for the CS variable, there is a significant negative correlation between CS and age: older ages are associated with lower levels of CS ($r = -0.61$; $p = 0.01$). Differences in mean scores are significant for the sex variable ($t = -0.01$; $p = 0.04$). Women have significantly higher mean scores than men. There are statistically significant differences regarding marital status ($F = 2.95$; $p = 0.03$). According to the post-hoc DMS tests, the mean score for CS in divorced participants is significantly higher than in single participants ($DMS = 2.50$; $p \leq 0.05$) and in married participants ($DMS = 2.12$; $p \leq 0.05$). With respect to the areas where the healthcare centres are located, differences in mean scores are significant ($F = 11.83$; $p \leq 0.01$). Specifically, according to the post-hoc DMS tests, these differences are significantly lower in urban areas than in semi-urban areas ($DMS = -2.80$; $p \leq 0.05$) and rural areas ($DMS = -3.16$; $p \leq 0.001$). In addition, regarding work shifts, differences in mean scores for CS are statistically significant ($F = 2.52$; $p = 0.01$). The mean score for the morning shift is significantly higher than the mean score for the morning/evening shift ($DMS = 1.53$; $p \leq 0.05$) and for the morning/evening/night shift ($DMS = 1.44$; $p \leq 0.05$). The mean score for the 12-h shift was significantly higher than the mean score for the morning/evening shift ($DMS = 1.48$; $p \leq 0.05$) and the morning/evening/night shift ($DMS = 1.39$; $p \leq 0.05$).

As for the BO sub-dimension, differences in mean scores are significant depending on the work shift ($F = 2.44$; $p = 0.02$). Specifically, the mean scores for BO are lower for the morning shift than for the morning/evening/night shift ($DMS = -1.04$; $p \leq 0.05$).

– *Exploratory Model with Socio-Demographic and Work-Related Variables, and Quality of Life Sub-Dimensions*

In the linear regression, four models were generated, with model 4 having the greatest predictive capacity of CF variability (adjusted $R^2 = 0.02$; $p \leq 0.05$) (Table 3). The significant predictive variables of this model were the following, in order of importance: primary care ($B = 0.11$; $p \leq 0.001$), urban location ($B = 0.09$; $p \leq 0.001$), morning/evening/night shift ($B =$

0.08; $p \leq 0.001$), and being married ($B = 0.06$; $p \leq 0.001$). The ANOVA test indicates that there is a significant linear relationship between the dependent variable and the set of explanatory variables of this model ($F = 8.04$; $p \leq 0.001$).

Table 3. Linear regression model: socio-demographic variables, work-related variables, and CF.

Models	R	R ²	Adjusted R ²	Standard Error of the Estimate	Change Statistics	
					R ² Change	F Change
1	0.06 ^a	0	0	7.86	0	7.26
2	0.09 ^b	0	0	7.85	0	6.68
3	0.12 ^c	0.01	0.01	7.83	0	8.92
4	0.14 ^d	0.02	0.02	7.9	0	9.06
Model 4	Unstandardised Coefficients		Standardised Coefficients	t	p	95% Confidence Interval
	B	Std. Error	Beta			Lower Limit
(Constant)	16.6	0.81		20.3	0	15
Married	1.17	0.43	0.06	2.68	0	0.31
Urban area	2.36	0.69	0.09	3.42	0	1.01
Primary care	1.74	0.45	0.11	3.84	0	0.85
Morning/Evening/Night shift	1.42	0.47	0.08	3.01	0	0.49

Note: R = coefficient of determination; F = Fisher-Snedecor test; B = Regression coefficient; Std. Error = Standard Error; t = Student's t-test; a = married; b = married, urban area; c = married, urban area, primary care; d = married, urban area, primary care, morning/evening/night shift. Correlation is significant at the 0.05 level.

With respect to the CS sub-dimension, 5 models were generated, with model 5 having the greatest predictive capacity (adjusted $R^2 = 0.04$; $p \leq 0.05$) (Table 4). The significant variables that explain the model negatively, i.e., each of these variables decreases the level of CS irrespective of the rest of the variables, are as follows: urban area ($B = -0.14$; $p \leq 0.001$), primary care, ($B = -0.11$; $p \leq 0.001$), morning/evening/night shift ($B = -0.08$; $p \leq 0.001$), and age ($B = -0.06$; $p \leq 0.001$). On the other hand, being divorced increases the level of CS irrespective of the rest of the variables ($B = 0.07$; $p \leq 0.001$). According to the ANOVA test, the linear relationship is significant between the dependent variable and the set of explanatory variables of this model ($F = 11.38$; $p \leq 0.001$).

Table 4. Regression model: socio-demographic variables, work-related variables, and CS.

Models	R	R ²	Adjusted R ²	Standard Error of the Estimate	Change Statistics		
					R ²	F	Sig. F
					Change	Change	Change
1	0.126 ^a	0.01	0.01	7.34	0.01	24	0
2	0.153 ^b	0.02	0.02	7.31	0	11.51	0
3	0.169 ^c	0.02	0.02	7.29	0	8.29	0
4	0.182 ^d	0.03	0.03	7.28	0	6.92	0
5	0.191 ^e	0.04	0.04	7.27	0	5.52	0.01

Model 5	Unstandardised Coefficients		Standardised Coefficients	t	p	95% Confidence Interval	
	B	Std. Error	Beta			Lower Limit	Upper Limit
	(Constant)	42.23	1.26				33.49
Urban area	-3.59	0.65	-0.14	-5.52	0	-4.87	-2.31
Primary care	-1.63	0.43	-0.11	-3.8	0	-2.48	-0.79
Morning/Evening/Night shift	-1.39	0.44	-0.08	-3.11	0	-2.26	-0.51
Divorced	2.16	0.77	0.07	2.8	0	0.65	3.67
Age	-0.05	0.02	-0.06	-2.35	0.01	-0.1	0

Note: R = coefficient of determination; F = Fisher-Snedecor test; = Regression coefficient; t = Student's t-test; a = urban area; b = urban area, primary care; c = urban area, primary care, morning/evening/night shift; d = urban area, primary care, morning/evening/night shift, divorced; e = urban area, primary care, morning/evening/night shift, divorced, age. Correlation is significant at the 0.05 level.

According to Table 5, 4% of this model would explain the variance of the dependent variable, BO (adjusted R² = 0.04; $p \leq 0.05$). The morning/evening/night shift would be a predictive factor of this model (B = 0.66.; $p \leq 0.05$).

Table 5. Regression model: socio-demographic and work-related variables, and BO.

Model	R	R ²	Adjusted R ²	Standard Error of the Estimate	Change Statistics		
					r ²	F	Sig. F
					Change	Change	Change
1	0.06	0.04	0.04	5.28	0.04	6.58	0.01

Model 5	Unstandardised Coefficients		Standardised Coefficients	t	p	95% Confidence Interval	
	B	Std. Error	Beta			Lower Limit	Upper Limit
	(Constant)	23.21	0.16				144.44
Morning/Evening/Night shift	0.76	0.29	0.66	2.56	0.01	0.18	1.35

Note: R = coefficient of determination; F = Fisher-Snedecor test; β = Regression coefficient; t = Student's t-test. Correlation is significant at the 0.05 level.

4.1.4.-Discussion

The results of this research determine the existence of CF and BO among nursing professionals [35,36], as well as mean CS values lower than the reference values [41]. In addition, certain socio-demographic and work-related characteristics determine the presence of CF and influence CS and, to a lesser extent, BO. We believe that these professionals may benefit from interventions aimed at enhancing their compassion, self-compassion, and empathy skills. In fact, recent studies on the effects of mindfulness and compassion programmes show that such programmes have led to a decrease in symptoms of depression, depersonalisation, and emotional burnout, and to an increase in emotion regulation skills, higher levels of self-care, and enhanced communication skills at work [42–44].

Age is a variable that has not been shown to be positively correlated with CF in this study. These data are in line with previous research [28,45]. However, other studies found that age was a predictor of CF. The relationship between age and CF therefore remains unclear. Certain authors have indicated that age and CF were positively correlated [46,47], with older ages indicating higher levels of CF, or completely the opposite, with younger ages indicating higher levels of CF [48,49]. As for CS, the data are very conflicting. As in this research, some studies

have determined that age influences CS, although in a different way to the findings of the present study, instead finding that older ages indicated higher levels of CS [26,48]. In other cases, such as the study by Yu et al. [28] on oncology nurses, no relationship was found between these two variables. This diversity of results may perhaps be due to these studies having been carried out with nursing professionals who worked in very specific services, such as oncology services, acute admissions units, critical care units, and emergency departments, among others. This research therefore aims to provide more conclusive and decisive results, since it is based on a sample of nursing professionals who work in different settings and work environments.

With respect to the sex variable, differences in CS were significant, but not in the rest of the quality of life sub-dimensions. CS was significantly higher in women than in men [24]. Conversely, Mooney et al. [50] found that men had significantly higher CS levels than women. In turn, Hunsaker et al. [48] did not find any difference between men and women. The level of education and the cultural context may influence health professionals' perceptions of responsibility and duty towards caring in different work environments, as with other care systems [41]. These relationships may be the result of the socio-cultural environment in which the research is conducted, since, from a cultural perspective, the task of caregiving in both the formal and informal spheres is conceived and developed by women. This might lead to a greater predisposition to develop compassionate empathy skills and to cultivate compassion, which is a protective factor against CF and a key element in attaining higher levels of CS. Regarding the marital status of nursing professionals, the results of this study show that being married is a predictor of having a higher CF, while being divorced is a predictor of a higher CS. However, the studies by Yu et al. and Gómez-Martínez et al. [28,45] did not report statistically significant values for these variables. Haik et al. [51] found that being divorced was statistically related to having higher CF scores, although this study analysed medical personnel only. The marital status variable is related to the perception of social support. Perhaps, in the work context, the perceived social support of having a stable partner is not a factor influencing CF or CS. Nursing professionals seek support more from co-workers [52] or spiritual beliefs [53] than from personal relationships.

The healthcare setting has been found to be a factor influencing the professionals' quality of life. CF was higher in primary care professionals, with primary care being a predictor of CF. In contrast, CS was higher among professionals working in hospitals [54]. Perhaps this relationship is the result of the close emotional bond that may be established with patients and their families throughout the entire life cycle in the community setting [7]. In this setting, bonds

may become more sustained and intimate, and the strain of seeing individuals in their own natural environment in times of hardship may cause greater CF. In addition, there is a shortage of resources for good-quality home-based care, as well as a lack of replacements for patient and family care. In hospitals, professionals, if needed, may request the rotation of the care provided and, in most cases, encounters are brief and admission times are short [41,54]. Promoting self-compassion and supporting the delivery of compassionate care within the primary healthcare team may improve the care experienced by patients as well as the positive engagement and satisfaction of healthcare professionals. Compassion literacy enables practice nurses to provide compassionate care to their patients and identify factors that may limit it [55]. The specific work shift, and the morning/evening/night shift in particular, is a factor that influences CF, CS, and BO. This finding is important, since rotating shifts are a fundamental element of the continuity of care in nursing practice. Further studies are needed to delve into this organisational aspect, which may be key to improving quality of life among professionals. However, this factor has not been taken into account in other studies, unlike years of experience [27].

The present research has several limitations. First, a cross-sectional design was used. A longitudinal study would have been necessary to ascertain that the variables analysed have a cause-effect relationship. Secondly, social desirability bias may be present in the completion of the questionnaires. Thirdly, other variables, such as level of education or training in emotional coping skills for dealing with situations of suffering, have not been analysed [24]. Finally, there is a high proportion of women in the sample, a characteristic feature of the nursing profession, who also work in urban areas. This is only natural, as the majority of the healthcare centres are located in cities.

Despite these limitations, this research relies on a wide and varied sample that may provide relevant information on the socio-demographic and work-related variables concerning the quality of life of nursing professionals.

4.1.5.-Conclusions

The data obtained in our study show high levels of CF and BO, and below-average CS levels in nursing professionals. All of this affects their quality of life. Socio-demographic factors such as marital status, the healthcare setting, the area where the workplace is located,

and the work shift are directly related to CF. In contrast, the following variables are involved in the CS sub-dimension: age, sex, marital status, the healthcare setting, the area where the workplace is located, and the work shift. In turn, the work shift is related to the occurrence of BO.

Future lines of research emerge on the basis of these data. Firstly, future studies should determine which are the healthcare services that most affect or disrupt the well-being of nursing professionals and delve into the factors that affect their professional quality of life. Subsequently, employment and organisational measures should be implemented accordingly, and specific interventions should be designed based on the characteristics of the population being cared for, as well as on the specific context of hardship in the lives of patients requiring the professionals' support. These interventions should focus on cultivating compassion. Cultivating compassion empowers professionals with the ability to be present in contexts of suffering and the genuine desire to prevent and/or alleviate such suffering, thereby diminishing CF and increasing CS, which is a protective factor for professionals. The wellbeing of nursing professionals and the quality of patient care will thus be improved. Cultivating compassion must be a core element in future nursing intervention programmes.

4.1.6.-References

1. Ramirez-Baena, L.; Ortega-Campos, E.; Gomez-Urquiza, J.L.; Cañadas-De la Fuente, G.R.; De la Fuente- Solana, E.I.; Cañadas-De la Fuente, G.A. A multicentre study of burnout prevalence and related psychological variables in medical area hospital nurses. *J. Clin. Med.* **2019**, *8*, 92.
2. Oshodi, T.O.; Bruneau, B.; Crockett, R.; Kinchington, F.; Nayar, S.; West, E. The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale. *Nurs. Open.* **2019**, *6*, 878–888.
3. Oliver, A.; Sansó, N.; Galiana, L.; Tomás, J.M.; Benito, E. Psychometric evaluation of nursing professionals involved in palliative care. *Aquichan* **2017**, *17*, 183–194.
4. Fallek, R.; Tattelman, E.; Browne, T.; Kaplan, R.; Selwyn, P.A. CE: Helping health care providers and staff process grief through a hospital-based program. *Am. J. Nurs.* **2019**, *119*, 24–33.

5. Melvin, C.S. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J. Hosp. Palliat. Nurs.* **2015**, *17*, 66–72.
6. Ruiz-Fernández, M.D.; Ortíz-Amo, R.; Ortega-Galán, Á.M.; Ibáñez-Masero, O.; Rodríguez-Salvador, M.M.; Ramos-Pichardo, J.D. Mindfulness therapies on health professionals. *Int. J. Ment. Health Nurs.* **2019**.
7. Ortega-Galán, Á.M.; Ruiz-Fernández, M.D.; Carmona-Rega, M.I.; Cabrera-Troya, J.; Ortíz-Amo, R.; Ibáñez-Masero, O. Competence and compassion: Key elements of professional care at the end of life from caregiver's perspective. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* **2019**, *36*, 485–491.
8. García, V. Desgaste laboral: Un Problema de Salud Pública. In VI Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (La Plata, 2017). 2017. Available online: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/70587> (accessed on 7 November 2018).
9. Nazir, A.; Smalbrugge, M.; Moser, A.; Karuza, J.; Crecelius, C.; Hertogh, C.; Katz, P.R. The prevalence of burnout among nursing home physicians: An international perspective. *J. Am. Med. Direc. Assoc.* **2018**, *19*, 86–88.
10. Nogueira, L.; Sousa, R.; Guedes, E.; Santos, M.; Turrini, R.; Cruz, D. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev. Brasileira Enferm.* **2018**, *71*, 336–342.
11. Van Bogaert, P.; Timmermans, O.; Weeks, S.M.; Van Heusden, D.; Wouters, K.; Franck, E. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—a cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.* **2014**, *51*, 1123–1134.
12. Dev, V.; Fernando, A.T., III; Lim, A.G.; Consedine, N.S. Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* **2018**, *81*, 81–88.
13. Cocker, F.; Joss, N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2016**, *13*, 618–

636.

14. Lim, W.Y.; Ong, J.; Ong, S.; Hao, Y.; Abdullah, H.R.; Koh, D.L.; Mok, U.S.M. The Abbreviated maslach burnout inventory can overestimate burnout: A study of anesthesiology residents. *J. Clin. Med.* **2020**, *9*, 61.
15. Figley, C. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*; Routledge: New York, NY, USA, 1995.
16. Freudenberger, H.J. Staff burnout. *J. Soc. Issues* **1974**, *30*, 159–165.
17. Chirico, F.; Taino, G.; Magnavita, N.; Giorgi, I.; Ferrari, G.; Mongiovì, M.C.; Imbriani, M. Proposal of a method for assessing the risk of burnout in teachers: The VA.RI.BO strategy. *G Ital. Med. Lav. Ergon.* **2019**, *41*, 221–235.
18. Schaufeli, W.B.; Maslach, C.; Marek, T.E. *Agotamiento Profesional: Desarrollos Recientes En Teoría e Investigación*; Taylor y Francis: Washington, DC, USA, 1993.
19. Maslach, C.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. Job burnout. *Annual. Rev. Psych.* **2001**, *52*, 397–422.
20. Nolte, A.; Downing, C.; Temane, A.; Hastings-Tolsma, M. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *J. Clin. Nurs.* **2017**, *26*, 4364–4378.
21. Day, J.; Anderson, R. Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nurs. Res. Prac.* **2011**, 408024.
22. Acinas, M.P. Burnout and compassion fatigue in palliative care professionals. *Rev. Digit. Med. Psicosom. Psicoterap.* **2012**, *2*, 1–22.
23. Sabo, B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online J. Issues Nurs.* **2011**, *16*, 1.
24. Roney, L.N.; Acri, M.C. The cost of caring: An exploration of compassion fatigue, compassion satisfaction, and job satisfaction in pediatric nurses. *J. Pediat. Nurs.* **2018**, *40*, 74–80.
25. Meadors, P.; Lamson, A.; Swanson, M.; White, M.; Sira, N. Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic

- stress. *J. Death Dying* **2010**, *60*, 103–128.
26. Sacco, T.L.; Ciurzynski, S.M.; Harvey, M.E.; Ingersoll, G.L. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Crit. Care Nurs.* **2015**, *35*, 32–42.
27. Potter, P.; Deshields, T.; Divanbeigi, J.; Berger, J.; Doreen, C.; Lori, N.; Sarah, O. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clin. J. Oncol. Nurs.* **2010**, *14*, E56–E62.
28. Yu, H.; Jiang, A.; Shen, J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.* **2016**, *57*, 28–38.
29. Yilmaz, G.; Üstün, B. Professional quality of life in nurses: Compassion Satisfaction and compassion fatigue. *J. Psychiatr. Nurs.* **2018**, *9*, 205–211.
30. O’Callaghan, E.L.; Lam, L.; Cant, R.; Moss, C. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *Int. Emerg. Nurs.* **2019**, *48*, 100785.
31. Jakimowicz, S.; Perry, L.; Lewis, J. Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Austr. Crit. Care* **2018**, *31*, 396–405.
32. Zhang, Y.; Zhang, C.; Han, X.R.; Li, W.; Wang, Y.L. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine* **2018**, *97*.
33. Magnavita, N. The exploding spark. Workplace violence in an infectious disease hospital—A longitudinal study. *BioMed Res. Int.* **2013**, 316358.
34. Magnavita, N. Workplace violence and occupational stress in health care workers: A chicken and egg situation—Results of a 6-year follow-up study. *J. Nurs. Sch.* **2014**, *46*, 366–376.
35. Cañadas-De la Fuente, G.A.; Vargas, C.; Luis, S.C.; García, I.; Cañadas, G.R.; Emilia, I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int. J. Nurs. Stud.* **2015**, *52*, 240–249.
36. Stamm, B.H. *The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion*

Satisfaction. Burnout y Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales; Sidran Press: Baltimore, MD, USA, 2005.

37. Morante-Benadero, M.E.; Moreno-Jiménez, B.; Rodríguez-Muñoz, A. Professional Satisfaction and Fatigue Subscales—Version IV (ProQOL). Universidad Autónoma de Madrid (Spain): Universidad Autónoma de Madrid. Available online: http://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf (accessed on 10 December 2019).
38. Buceta, M.I.; Bermejo, J.C.; Villaceros, M. Enhancer elements of compassion satisfaction in healthcare professionals. *Ann. Psychol.* **2019**, *35*, 323–331.
39. Sánchez-Villegas, M.A.; Bioestadística amigable, A.; Faulín, F.J. *Bioestadística Amigable*; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2014.
40. Ruiz-Fernández, M.D.; Hernández-Padilla, J.M.; Ortiz-Amo, R.; Fernández-Sola, C.; Fernández-Medina, I.M.; Granero-Molina, J. Predictor factors of perceived health in family caregivers of people diagnosed with mild or moderate Alzheimer’s disease. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 3762.
41. Mangoulia, P.; Koukia, E.; Alevizopoulos, G.; Fildissis, G.; Katostaras, T. Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2015**, *29*, 333–338.
42. Gerhart, J.; O’Mahony, S.; Abrams, I.; Grosse, J.; Greene, M.; Levy, M. A pilot test of a mindfulness-based communication training to enhance resilience in palliative care professionals. *J. Context. Behav. Sci.* **2016**, *5*, 89–96.
43. O’Mahony, S.; Gerhart, J.; Abrams, I.; Greene, M.; McFadden, R.; Tamizuddin, S.; Levy, M.M. A multimodal mindfulness training to address mental health symptoms in providers who care for and interact with children in relation to end-of-life care. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* **2017**, *34*, 838–843.
44. Orellana-Rios CL, Radbruch, L.; Kern, M.; Anton, A.; Sinclair, S.; Schmidt, S. Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: A mixed-method evaluation of an “on the job” program. *BMC Palliat. Care* **2018**, *17*, 3.

45. Gómez-Martínez, S.; Gil-Juliá, B.; Castro-Calvo, J.; Ruiz-Palomino, E.; Ballester-Arnal, R. Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Àgora Salut* **2015**, *1*, 209–220.
46. Wentzel, D.L.; Brysiewicz, P. A survey of compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue in nurses practicing in oncology departments in Durban, South Africa. *Int. J. Afr. Nurs. Sci.* **2018**, *8*, 82–86.
47. Upton, K.V. An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: A mixed methods study. *J. Compassionate Health Care* **2018**, *5*, 1–27.
48. Hunsaker, S.; Chen, H.C.; Maughan, D.; Heaston, S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J. Nurs. Sch.* **2015**, *47*, 186–194.
49. Shahar, I.; Asher, I.; Natan, M.B. Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nurs. Health Sci.* **2019**, *21*, 291–296.
50. Mooney, C.; Fetter, K.; Gross, B.W.; Rinehart, C.; Lynch, C.; Rogers, F.B. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specializations and demographic factors. *J. Trauma Nurs.* **2017**, *24*, 158–163.
51. Haik, J.; Brown, S.; Liran, A.; Visentin, D.; Sokolov, A.; Zilinsky, I.; Kornhaber, R. Burnout and compassion fatigue: Prevalence and associations among Israeli burn clinicians. *Neuropsychiatr. Dis. Treatm.* **2017**, *13*, 1533.
52. Van der Heijden, B.I.; Mulder, R.H.; König, C.; Anselmann, V. Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine* **2017**, *96*, e6505.
53. Akbari, M.; Hossaini, S.M. The relationship of spiritual health with quality of life, mental health, and burnout: The mediating role of emotional regulation. *Iran. J. Psychiatr.* **2018**, *13*, 22–31.
54. Davis, S.; Lind, B.K.; Sorensen, C. A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncol. Nurs. Forum* **2013**, *40*, E303–E311.

55. Burrige, L.H.; Winch, S.; Kay, M.; Henderson, A. Building compassion literacy: Enabling care in primary health care nursing. *Collegian* **2017**, *24*, 85–91.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

5.- Discusión e implicaciones clínicas

5.1.- Discusión general

El objetivo general de esta tesis doctoral ha sido analizar la calidad de vida profesional de las enfermeras del Sistema Sanitario Público de Andalucía, profundizando en el análisis de sus componentes, es decir de la fatiga por compasión, el burnout y la satisfacción por compasión. Como objetivos específicos nos planteamos que concepción tenían las enfermeras del constructo compasión, así como las causas y consecuencias de la FC que ellas identificaban en sus discursos.

Para conseguir los objetivos del estudio se trabajó con una muestra de 1.521 enfermeras que, durante el proceso de la presente investigación, se encontrasen en activo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y tuviesen una asistencia directa y continuada con pacientes. Esta última premisa era de ineludible cumplimiento, no ya sólo porque formase parte de los criterios de inclusión en el estudio, sino porque la FC aparece fundamentalmente en aquellos profesionales que están en contacto con situaciones de gran sufrimiento, dolor, de final de vida y de muerte (Boyle, 2016; Zhang et al., 2018; Fallek et al., 2019).

Con la finalidad de alcanzar el conocimiento de lo planteado en el objetivo general se propusieron tres objetivos específicos.

El primero de ellos consistió en verificar cual era la situación en la que se encontraban las enfermeras respecto de la calidad de vida profesional y la relación de este constructo con las variables sociodemográficas y el contexto laboral. Para ello se planteó un estudio con metodología cuantitativa y diseño descriptivo, transversal y multicéntrico. El carácter multicéntrico del estudio pudo llevarse a cabo al formar parte el autor de la presente tesis doctoral del equipo que lleva a término el proyecto de investigación titulado “Evaluación del Burnout y Fatiga por Compasión entre los profesionales de enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía” (AP-0100-2016).

La herramienta que se ha utilizado en esta tesis ha sido la Escala de Calidad de Vida Profesional, en inglés Professional Quality of Life Assessment (ProQOL), pues es la más utilizada en el bibliografía consultada (Sacco et al., 2015; Giarelli et al., 2016; Kelly y Lefton, 2017; Jakimowicz et al., 2018; Heritage et al., 2018; Hemsworth, 2018; Geoffrian, 2019). También se elaboró una encuesta para la recogida de datos sociodemográficos, la cual consta

en el anexo II de la presente tesis doctoral. Ambas herramientas se cumplimentaron de modo autoadministrado por los profesionales de enfermería que accedieron a participar en el estudio y tras una breve explicación por parte del investigador.

El rango de edad de las enfermeras que han participado fue de 23 a 64 años, lo cual resulta lógico, ya que en nuestro medio 23 es la edad aproximada de terminación del grado en enfermería, que por lo general se inicia a los 18 años, y 65 la edad de jubilación. La mayoría de los profesionales encuestados eran de sexo femenino (75,5%) ya que, tradicionalmente, la enfermería es una profesión ejercida fundamentalmente por mujeres, no sólo en nuestro medio sino también a nivel mundial, lo que concuerda con los datos expresados por Oliver et al. (2017), Marín-Tejeda (2017), Sacco et al. (2015) y Yu et al. (2016). Según los datos obtenidos la mayoría de las enfermeras trabajan en ámbito hospitalario (55%), quizás debido a dos circunstancias concretas; por un lado a la estructura organizativa de la atención primaria en nuestro país y, por otro, al hecho de que son los centros hospitalarios los que más profesionales de enfermería demandan.

Respecto al turno de trabajo más predominante entre la muestra participante fue el de mañanas, lo cual fue un dato esperado por el hecho de que la máxima actividad asistencial en los centros sanitarios, tanto hospitalarios como de atención primaria, se registra en horario matutino. El siguiente turno más común fue el turno denominado rotatorio, pues realizan actividad de mañanas, tardes y noches; esto es debido al carácter de continuidad asistencial que se da en los centros hospitalarios.

El dato referido a la experiencia laboral media (275,36 meses) de las enfermeras se corresponde con la edad media de la muestra (47,32 años), y con la edad de inicio del ejercicio profesional (23 años); datos coincidentes con las muestras utilizadas en los estudios de Oliver et al. (2017) y Matrín-Tejeda (2017) que han sido realizados en entornos socioculturales semejantes al presente estudio. Estos datos reflejan una población de edad madura lo cual puede reforzar los datos obtenidos en la fase cualitativa, pues son enfermeras que han tenido experiencias suficientes en su quehacer profesional.

Las puntuaciones medias obtenidas en ProQOL respecto de las tres subdimensiones de la calidad de vida profesional reflejan la existencia de un nivel elevado de FC (puntuación 20,74 / media 13), medio-bajo de SC (puntuación 35,48 / media 37) y medio-alto respecto del burnout (puntuación 23,44 / media 22). En este sentido, nuestras puntuaciones son sensiblemente más bajas a las obtenidas por O'Callaghan et al. (2020) (FC-24,6; SC-38,3;

burnout-26,5), pero semejantes a las obtenidas por Cañadas-De la Fuente (2015), Mangoulia et al. (2015) y Yu et al. (2016) respecto de la FC. Los datos obtenidos vienen a verificar la hipótesis de partida en la cual considerábamos que la FC entre las enfermeras era elevada. Respecto de las tres subdimensiones de la calidad de vida profesional los datos resultan lógicos, pues si la FC es elevada, su contrapunto, es decir la SC deberá ser baja; al mismo tiempo el burnout, subdimensión con clara influencia sobre la FC, debe ser superior a la media, como así reflejan los datos del estudio.

Los datos sociodemográficos obtenidos reflejan que la FC aparece mayoritariamente en profesionales que trabajan en atención primaria de áreas urbanas, de estado civil casado y con turnos de trabajo rotatorios de mañanas / tardes / noches. El hecho de que sea en atención primaria donde más FC presentan las enfermeras puede corresponderse con la continuidad asistencial y la relación de proximidad, mantenida en el tiempo, que expresan dichas profesionales respecto a los pacientes y sus familias.

Por contra, la SC está relacionada inversamente con la edad del profesional, el trabajar en atención primaria de áreas urbanas, en turnos de mañanas / tardes / noches y directamente con el estado civil divorciado. Datos que corroboran el expresado para la FC, al formar parte las dos subdimensiones de los extremos opuestos del continuo calidad de vida profesional. Respecto a la variable de estado civil divorciado, nuestros datos reflejan una puntuación sensiblemente superior respecto a la SC que en el estudio de Yu et al. (2016), en este caso concreto de 37,51 frente a 33,00.

En el presente estudio la edad de la enfermera no ha tenido influencias sobre la FC, pero sí sobre la SC, como se ha expresado en el párrafo anterior. Siendo que a mayor edad de los profesionales se constata un menor grado de SC. Este dato ha resultado ciertamente paradójico, pues a mayor edad es lógico manifestar una mayor experiencia al tratar con situaciones complejas en cuanto al sufrimiento de personas enfermas y familiares. No obstante, en la literatura este dato refleja resultados muy contradictorios, por ejemplo Sacco et al. (2015) y Shahr et al. (2019) encontraron una relación significativa directa entre edad y SC, mientras que Yu et al. (2016) no describieron relación entre ambas variables. Quizás esto sea debido a que muchos estudios se realizan sobre enfermeras que trabajan en unidades concretas sin generalización al resto de servicios, y algunos se llevan a cabo en muestras que residen en ciudades o lugares muy concretos sin extensión a regiones o países. El dato obtenido en la presente tesis respecto de la edad y la SC debería ser contrastado por otros estudios de índole

similar respecto de las características de la muestra y llevados a cabo en otras regiones del país u otros países.

Respecto a la variable sexo del profesional, esta sólo ha tenido influencia significativa sobre la SC. Reflejando los datos que, en nuestro medio, las mujeres manifiestan una mayor SC que los hombres, pero no se ha constatado influencia de esta variable sobre la FC ni el burnout. Como en el caso anterior, la literatura no refleja datos concluyentes respecto de la relación entre esta variable y la calidad de vida profesional; por ejemplo Mooney et al. (2017) concluyeron que eran los hombres los que manifestaban mayor SC que las enfermeras mujeres, mientras que Hunsaker et al. (2015) no encontraron relación significativa entre ambas variables. Tal vez, el hecho de que sean las profesionales de sexo femenino las que, en nuestro medio, presentan un mayor grado de SC puede tener que ver con el papel tradicionalmente asignado a las mujeres como cuidadoras; pero esta aseveración debería ser contrastada por más estudios científicos.

Un dato que ha resultado paradójico es que el burnout sólo se ha relacionado positiva y significativamente con el turno de trabajo de mañanas / tardes / noches, no manifestando relación significativa con ninguna otra variable sociodemográfica.

El segundo objetivo específico consistió en conocer el grado de entendimiento que del significado atribuido al concepto de compasión tenían las enfermeras, toda vez que este es un determinante con manifiesta influencia sobre la calidad de los cuidados prestados. Además, unos cuidados con actitud compasiva por parte de los profesionales conllevan un mayor conocimiento de los sentimientos y situación por la que transitan los pacientes lo que va a implicar una mayor SC y, por tanto, un escudo protector frente a la FC; que como hemos visto forman los extremos contrapuestos del continuo calidad de vida profesional.

En la elaboración de esta tesis doctoral hemos considerado oportuno conocer el significado del término compasión para las enfermeras, no sólo por su importancia ya expresada en el párrafo anterior, sino por su distinta concepción a lo largo de la historia, durante la cual ha tenido implicaciones tanto positivas como negativas, sobre todo en el ámbito filosófico.

Para ello se planteó un estudio con metodología cualitativa basado en el modelo de teoría fundamentada y siguiendo las pautas de Glasser y Strauss. Según estos autores la teoría emerge desde abajo hacia arriba, es decir la teoría se desarrolla sobre la base de los datos

disponibles. Este estudio se efectuó después de la fase cuantitativa que daba respuesta al primer objetivo, de este modo los investigadores obtuvimos una información básica y fundamental sobre la situación del tema de estudio en nuestro medio. El contacto con los profesionales, en las diferentes fases de la investigación, nos permitió seleccionar aquellas enfermeras que más información pudieran aportar en la fase cualitativa del estudio, a la vez que se les planteó nos facilitasen información sobre otras enfermeras que quisieran participar en el desarrollo de grupos de discusión y de entrevistas en profundidad. La muestra fue, pues, intencional y se seleccionaron los participantes mediante la técnica de bola de nieve.

Según lo expresado en el párrafo anterior se seleccionaron 68 informantes, de los cuales 43 participaron en los grupos focales y 25 en entrevistas en profundidad. Primero se organizaron los grupos focales y después, con el conocimiento obtenido en estos, se elaboró un guión oculto de entrevista (anexo V) y se desarrollaron las entrevistas en profundidad. Estas últimas se consideraron suficientes al alcanzar el principio de saturación de datos propio de la metodología cualitativa.

Los datos obtenidos nos indican que las enfermeras tienen una percepción negativa del término compasión. De hecho la identifican con vocablos como lástima, pena o piedad y la relacionan con situaciones de dolor, lo que coincide con lo manifestado por Crawford et al. (2014), Sinclair et al. (2016) y Strauss et al. (2016); ligando la compasión a la cultura religiosa, ante la cual se genera una expresión de cierto rechazo.

También, el hecho de equiparar el término compasión con la piedad es considerado por las enfermeras como una expresión de poder ante las personas enfermas, es decir la relación de cuidados no sería ejercida entre iguales, además esto podría afectar el derecho de autonomía de los pacientes, generando todo ello rechazo ante la compasión. El equiparar la compasión con la piedad también fue reportado en los estudios de Crawford et al. (2014), Sinclair et al. (2016) y Strauss et al. (2016).

Otro factor que genera rechazo ante la compasión es el considerar que esta es privativa del mundo de las creencias y valores y, por tanto, se entiende como algo fuera de lo considerado profesional. Asimismo algunas informantes rechazan el ser compasivas porque piensan que la identificación con el sufrimiento del paciente puede conllevar una carga suplementaria al propio sufrimiento.

También las enfermeras confunden el significado de compasión con el de empatía, si

bien en la literatura están claramente diferenciados (Saviato et al., 2019; Singer y Klimecki, 2014). No obstante, algunos informantes sí que perciben la compasión como algo más que la mera empatía, agregando al concepto atributos como la presencia, la vulnerabilidad o el deseo de aliviar el sufrimiento ajeno. Estas enfermeras que entienden la compasión de manera positiva la ven como un concepto que trasciende la empatía y comunican que sienten satisfacción y felicidad por hacer algo efectivo para aliviar el sufrimiento de las personas enfermas, tal y como también expresan Smith-McDonald y colaboradores (2019).

Por tanto, se observa como la conceptualización del término compasión no es uniforme entre las enfermeras; manifestando, en ocasiones, un rechazo de esta, mientras que otros informantes la consideran algo necesario para una atención de gran calidad. Por todo ello, como conclusión podríamos decir que se necesita aclarar el concepto de compasión entre las enfermeras, para luego realizar acciones que conlleven el cultivo de esta por parte de los profesionales lo que traerá aparejado un aumento de la calidad de los cuidados.

Para cumplimentar el tercer objetivo específico se analizaron las causas y consecuencias que sobre la calidad de vida profesional tenía la FC, pero desde la perspectiva de las propias enfermeras; ya que en la literatura sí que existe un abordaje cuantitativo del fenómeno (Cavanagh et al., 2020; Zhang et al., 2018), pero existe poca evidencia de estudios cualitativos sobre el mismo. Los datos para cumplimentar este objetivo se obtuvieron de los grupos de discusión organizados en diferentes lugares de la comunidad autónoma de Andalucía. En total se organizaron cinco grupos de discusión, en los cuales participaron 43 informantes con una edad media de 50,79 años.

El diseño de esta parte del estudio se basó en el paradigma de la fenomenología hermenéutica, mediante la cual se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de los participantes y utilizando como herramienta el análisis de los discursos sobre algún tema específico. En este caso se encauzó la discusión hacia dos temas centrales, las causas y consecuencias de la FC, para así cumplimentar uno de los objetivos de estudio.

Como causas de la FC las enfermeras identificaron la frustración por no poder aliviar el sufrimiento de los pacientes, los diferentes paradigmas puestos en práctica durante el acto asistencial y el contacto diario con pacientes gravemente enfermos, moribundos o la muerte. Con respecto a la frustración por no poder aliviar el sufrimiento de los pacientes esta se centra, como causada, en la falta de tiempo, la escasez de recursos (como también identificaron en sus trabajos Oshodi et al., 2019; Wang et al., 2020; Wijn y Doef, 2020 y Stavropoulou et al., 2020)

y en la implementación de un modelo biomédico de asistencia en lugar de un modelo de atención integral, como también señalan en su estudio Babaei y Taleghani (2019). Esto implica, no ya a los propios profesionales, sino a la misma organización que debería optar por un aumento de los recursos así como por un cambio en el enfoque de atención pasando de un modelo meramente físico de atención a un modelo de atención integral; lo cual compromete cambios organizacionales, como también se destaca en el trabajo de Valizadeh et al. (2018). Todo ello indica que las FC no se limita únicamente a la esfera individual y personal de los profesionales, si no que los aspectos organizativos también juegan un papel importante en su posible génesis, aspecto que también se destaca en el trabajo de Brito-Pons et al. (2018).

Esta diferencia de enfoque genera diferencias de actitudes entre profesionales llegando, en algunos casos, a una inadecuación de los esfuerzos terapéuticos que es visto por las enfermeras como fuente de agotamiento y desgaste y causa de FC. A la que, sin duda, coadyuva como causa el contacto diario y frecuente con pacientes gravemente enfermos.

Como consecuencias de padecer FC las enfermeras identifican el deseo de dejar la profesión, no querer ir a trabajar, manifiestan sentimientos de evitación ante situaciones concretas, falta de motivación y de fuerza emocional. Efectos que también se reflejan en los trabajos de Arimon-Pagès et al. (2019) y Steinheiser (2018). Se observa como se generan dificultades en el desempeño laboral destacando la falta de energía para afrontar nuevas situaciones de sufrimiento, a lo que se suma la conspiración de silencio que ejercen algunos familiares y otros profesionales sanitarios.

Todo ello provoca consecuencias emocionales que las enfermeras describen como aumento de la irritabilidad, la tristeza, cansancio, insomnio y dolor de cabeza; también se identifica la imposibilidad de separar los problemas del trabajo de los asuntos familiares, y la necesidad de plantear o discutir temas o situaciones impactantes con familiares. Cuestiones que también aparecen reflejadas en el trabajo de Cetrano et al. (2017).

Una cuestión que plantean las enfermeras en sus discursos es el deseo de aliviar el sufrimiento, si bien se centran más en el sufrimiento físico y, paradójicamente, sienten una gran dificultad para abordar el sufrimiento emocional y espiritual de los pacientes. No obstante sí que existen diagnósticos e intervenciones de enfermería específicas de la disciplina para tratar este tema, lo que lleva a pensar que quizás falte la motivación o la suficiente fortaleza interior para brindar un verdadero apoyo ante el sufrimiento.

No obstante, en la literatura la idea de que administrar cuidados compasivos pueda generar FC ha sido cuestionada por diferentes autores (Brito-Pons et al., 2018; Sinclair et al., 2017a; Sinclair et al., 2017b). Entre otras cosas, actuar con compasión puede, más bien, aumentar la SC y la felicidad del profesional; ya que la compasión ejercería como muro de contención frente a la angustia, el agotamiento y la ansiedad provocada por el exceso de empatía.

5.2.- Implicaciones clínicas del estudio

En el estudio desarrollado en la presente tesis doctoral se ha constatado la presencia de un alto nivel de FC, medio-bajo de SC y medio-alto de burnout entre las enfermeras que trabajan en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. En este sentido, aunque las enfermeras manifiestan su intención de prestar cuidados de alta calidad, el hecho de trabajar con niveles altos de FC repercute en una merma de la calidad de la atención prestada al paciente. También cabe destacar que las enfermeras, en general, no comprenden el significado del término compasión, identificándolo como sinónimo de empatía.

Debemos señalar también que aunque existe un fuerte deseo de aliviar el sufrimiento ajeno, no son capaces de implementar medidas que conlleven un tratamiento enfermero del sufrimiento emocional y espiritual del paciente. Sí que se sienten capacitadas para tratar el sufrimiento físico, pero ello comporta una serie de intervenciones delegadas y no propias de las enfermeras. Sin embargo, como hemos expresado anteriormente, sí que existe una taxonomía propia de la disciplina que implica la existencia de un lenguaje, con diagnósticos e intervenciones netamente enfermeros, que pueden ser usados ante el sufrimiento emocional y espiritual; además, en el proyecto de Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) se reflejan competencias enfermeras suficientes como para hacer frente a la deficiencia descrita. Por tanto, existen herramientas metodológicas y competenciales que deberían ser usadas en la adopción de medidas que palíen el sufrimiento de las personas enfermas.

De hecho, el lenguaje enfermero estandarizado incluye diagnósticos e intervenciones de todos los ámbitos de la persona, incluyendo las dimensiones emocional y espiritual (v.g. apoyo emocional, presencia). Por tanto, las manifestaciones de desvalimiento expresadas por las enfermeras denotan una falta de fortaleza interior para brindar un apoyo efectivo ante el sufrimiento.

En el análisis de los discursos de nuestros informantes subyace que la FC no es causada por el agotamiento de brindar atención compasiva, sino por la falta de otros componentes de la compasión y la falta de capacitación en empatía y habilidades de compasión. De todo ello podemos concluir que la FC no está causada por el exceso de brindar atención compasiva, como puede sugerir el término, sino más bien por la ausencia de ella.

No obstante todo lo expresado con anterioridad, algunas enfermeras reconocen que la compasión incorpora cualidades como la satisfacción o la felicidad. Por todo ello, como defienden otros autores, se hace necesario fomentar las habilidades compasivas de las enfermeras, por ejemplo con formación en el cuidado al final de la vida (Fallek et al., 2019), en programas de mindfulness (Ruiz-Fernández et al., 2019; Brito-Pons et al., 2018), entrenamiento en resiliencia y cultivo de la compasión y programas educativos en identificación temprana de síntomas de FC por las propias enfermeras (Delaney, 2018; Klein et al., 2018; Mottaghi et al., 2020; Nolte et al., 2017; Scarlet et al., 207).

La administración sanitaria debería velar para evitar que las enfermeras sufran altos niveles de FC, ya que como se ha visto ello influye muy negativamente en la calidad de la atención prestada a los ciudadanos y en la propia calidad de vida profesional de las enfermeras que, sin duda, son un valioso recurso del sistema.

Por todo ello para llevar a cabo acciones o medidas concretas que palién el aumento de la FC entre las enfermeras que trabajan en el sistema público andaluz y preservar la calidad de la atención prestada por las enfermeras se propone actuar en dos niveles o planos diferentes.

Por un lado la administración sería la encargada de implementar una serie de medidas organizativas tendentes a procurar descansos a los profesionales en los que se detectase un aumento de la FC; aumentar las plantillas en las unidades más sensibles y con la finalidad de acometer los cuidados propios de pacientes gravemente enfermos de modo holístico y evitando la organización del trabajo por tareas; mantener en las unidades (o fuera de ellas) lugares o estancias en los que las enfermeras pudieran tomar un breve descanso en su jornada laboral; cambios organizativos tendentes a la aplicación de un modelo de atención integral que promueva la implementación de la atención compasiva; fomentar el trabajo en equipo desde la equidad; organizar sesiones formativas para el cultivo de la compasión y mantener un servicio de apoyo psicológico para los profesionales.

Por otro lado, sería conveniente que las enfermeras eviten la organización del trabajo

por tareas y apliquen unos cuidados integrales; que estén capacitadas para reconocer las causas y consecuencias de la FC y estén formadas en el cultivo de la compasión, con la finalidad de fomentar habilidades de compasión, a la vez que aumentan su capacitación en empatía; que se sientan capacitadas para reconocer su situación personal respecto de la FC para poder acometer medidas preventivas.

Desde las organizaciones científicas y la administración sería conveniente fomentar la capacitación en habilidades de compasión y de este modo enfrentar los retos propios de acometer los cuidados emocionales y espirituales que demandan los pacientes gravemente enfermos y, sin olvidar, su entorno familiar; además de mantener e impulsar un trabajo en equipo adecuado.

Pero, sin duda, respecto a la compasión sería necesario un cambio de paradigma frente al significado e implicaciones del término respecto a la enfermería y los cuidados, pues como hemos manifestado no es la aplicación de unos cuidados compasivos la causa de la FC, sino más bien es el exceso de empatía unido al desconocimiento y la falta de aplicación de herramientas fiables al alcance de las enfermeras y a la falta de coraje para enfrentar el sufrimiento intenso de los pacientes. Acaso el término FC ha sido mal interpretado y dicho concepto debería denominarse fatiga por exceso de empatía. Sin duda, en los aspectos terminológicos y prácticos de este tema, tan apasionante, queda mucho por conocer y se debe seguir investigando.

Por lo desarrollado durante todo el periodo de formación que termina con la redacción de esta tesis doctoral, y en un plano de humildad, considero que las medidas propuestas con anterioridad pueden ser llevadas a cabo y seguro que contribuirán a un aumento de la SC de los profesionales, a su propia felicidad en el trabajo, a mejorar la costo-efectividad de las intervenciones enfermeras y a la prestación de unos cuidados holísticos de alta calidad. Sin duda, nuestros pacientes lo agradecerán.

BIBLIOGRAFÍA

- Abendroth, M., y Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.
- Azevedo, B. D. S., Nery, A. A., y Cardoso, J. P. (2017) Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 26(1), e3940015.
- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Albanesi de Nasetta, S. (2013). Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en psicología*, 17(28), 8-19.
- Alharbi, J., y Al Hadid, L. (2019). Towards an understanding of compassion from an Islamic perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1354-1358.
- Aranda, C., Pardo, M., y Berenice, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1), 78-87.
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(3), 279-284.
- Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P., y Canela-Soler, J. (2019) Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43. Recovered from <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>
- Arribas-García, S., Alboniga-Mayor J. J., Bernarás Iturrioz, E. (2020). Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: estudio descriptivo y correlacional. *Enfermería Global*, 60, 120-132. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>
- Arrogante, O., y Aparico-Zaldivar, E. G. (2020). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enfermería Intensiva*, 31(2), 60-70.
- Ávila, R. (2019). Schopenhauer y la tragedia: El valor de la compasión. *Pensamiento*, 75(284),

683-699.

- Aycok, N. y Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191.
- Babaei, S. y Haratian, M. (2020). Compassion satisfaction and fatigue in cardiovascular nurses: A cross-sectional descriptive study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(3), 212-216.
- Babaei, S., y Taleghani, F. (2019). Compassionate care challenges and barriers in clinical nurses: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 213–219.
- Bak-Sosnowska, M., Gruszczynska, M., Tokarz, A. (2021). Well-being of nurses and working conditions-Are polish nurses different from doctors and midwives in terms of professional quality of life? *Nursing Open*, 8, 87-95. doi: 10.1002/nop2.606
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F. y Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28, 107-133.
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., y Owens, H. (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, e11-e17.
- Bermejo, J. C. (2012). *Empatía terapéutica*. Bilbao: D. de Brouwer, Ed.
- Bermejo, J. C. (2016). Y a ti, ¿quién te cuida? *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, 9(3), 100-101.
- Blanca-Gutiérrez, J. J. y Arias-Herrera, A. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería Universitaria*, 15(1), 30-44.
- Boyle, D. (2016). Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Nursing*, 33(2), 17-19.
- Branch, C. y Klinkenberg, D. (2015). Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(3), 160-6.
- Brito-Pons, G., Campos, D., Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of

compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress r
education. *Mindfulness*, 9, 1494-1508.

Brito-Pons, G., y Librada-Flores, S. (2018). Compassion in palliative care: a review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(4), 472-479. doi: 10.1097/SPC.0000000000000393

Brito-Pons, G., Wibel, A., Rosenberg, E., y Chun, J. M. (2019). Compassion cultivation trining (CCT): Program description, research, and potential benefit for health care and palliative care professionals. In: Galiana, L., y Sansó, N. (ed.). *The power of compassion* (p. 133-157). Nova Science Publishers Inc.

Buceta, M. I., Bermejo, J. C., y Villacieros, M. (2019). Enhancer elements of compassion satisfaction in healthcare professionals. *Annals of psychology*, 35(2), 323-331.

Bueno-Arnau, M. I., Goberna-Tricas, J., y Lopez-Matheu, C. (2018). Ética del cuidado compasivo en la familia: Cuidando al cuidador. *Musas*, 3(2), 36-51.

Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 24-28. doi: 10.1188/09.ONF.24-28

Caballero, C. C., Hederich, C., y Palacio, J. E. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 131-146.

Cañadas-de la Fuente, G. A., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., y de la Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.

Cañadas-de la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., y Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.

Castner, J. (2019). Professional flourishing: The job demands-resources model and emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 607-610.

- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., et al. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639-665.
- Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., et al. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Services Research*, 17, 755.
- Chacón, M., Grau, J., Guerra, M. E., y Massip, C. (2013). Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*, 16(2), 115-128.
- Chamisa, S. F., Mjoli, T.Q., y Mhlanga, T. S. (2020). Psychological capital and organisational citizenship behaviour in selected public hospitals in the Eastern Cape Province of South Africa. *SA Journal of Human Resource Management*, 18. doi:10.4102/sajhrm.v18i0.1247
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger Publishers.
- Cho, H., y Han, K. (2018). Associations among nursing work environment and health-promoting behaviors of nurses and nursing performance quality: A multilevel modeling approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 403-410. doi:10.1111/jnu.12390
- Cocker, F., y Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal Environmental Research Public Health*, 13(6), 618-636.
- Coetzee, S., Klopper, H. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing y Health Sciences*, 12(2), 235-243.
- Crawford, B. A., Brown, B., Kvangarsnes, M., Gilbert, P. (2014). The desing of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3589-3599.
- Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effects of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses compassion fatigue and resilience. *PloS One*, 13(11), e0207261

- Denckla, C. A., Consedine, N.S., Bornstein, R.F. (2017). Self-compassion mediates the link between dependency and depressive symptomatology in college students. *Journal Self and Identity*, 16, 373–411.
- Dev, V., Fernando, A. T., Lim, A. G., y Consedine, N. S. (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 81-88.
- Dhaini, S. R., Denhaerynck, K., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schubert, M., De Geest, S., et al. (2018). Work schedule flexibility is associated with emotional exhaustion among registered nurses in Swiss hospitals: A cross-sectional study. *International Journal Nursing Studies*, 82, 99-105.
- Domínguez, J. M., Herrera, F., Villaverde, M. C., Padilla, I., Martínez, M. L., y Domínguez, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1), 30-35.
- Drennan, V. M., Ross, F. (2019). Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25-37.
- Duarte, J., y Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurse' burnout and compassion fatigue symptoms. *Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121.
- Durkin, J., Usher, K., y Debra, J. (2019). Embodying compassion: A systematic review of the views of nurses and patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1380-1392.
- Elbejjani, M., Al Ahad, M. A., Simon, M., Ausserhofer, D., Dumit, N., Huijjer, H. A-S. et al. (2020). Work environment-related factors and nurses' health outcomes: A cross-sectional study in Lebanese hospitals. *BMC Nursing*, 19:95. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00485-z>
- Erogul, M., Singer, G., McIntyre, T. y Stefanov, D. G. (2014). Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 26, 350-356.

- Fallek, R., Tattelman, E., Browne, T., Kaplan, R., y Selwyn, P. A. (2019). CE: Original Research: Helping Health Care Providers and Staff Process Grief through a Hospital-Based Program. *American Journal of Nursing*, 119(7), 24-33.
- Fernández, A. M., Santa Clotilde, E., y Casado, M. I. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 3(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.pdf>
- Figley, C. R. (1982). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Paper presented at the Keynote Address for Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction*. Lubbock, TX: Texas Tech University.
- Figley, C. R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C. R. Figley (ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (p. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C. Figley (Ed), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (p.1-20). London: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (1995b). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner Mazel.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. En B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 3–28). Lutherville, MD: Sidran.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, T., Gómez-García, T., y González-María, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104- 112.
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 598-604. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014

- Galiana, L., Oliver, A., Arena, F., Simone, G., Tomás, J. M., Vidal-Blanco, G., et al. (2020). Development and validation of the short Professional Quality of Life Scale based on version IV and V of the Professional Quality of Life Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 364. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01618-3>
- Gea-Caballero, V., Martínez-Riera, J. R., García-Martínez, P., Casaña-Mohedano, J., Antón-Solanas, I., Verdeguer-Gómez, M. V., et al. (2021). Study of the strengths and weaknesses of nursing work environments in primary care in Spain. *Environmental Research and Public Health*, 18(2), 434. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/ijerph18020434>
- Gelsema, T. I., Van der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S., y Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 289-299.
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Morizot, J., y Giguère C. E. (2019). Construct validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) Scale in a sample of child protection workers. *Journal of Traumatic Stress*, 32, 566-576.
- Giarelli, E., Denigris, J., Fisher, K., Maley, M., y Nolan, E. (2016). Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), e121-e131.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33. Recuperado de file:///C:/Users/Pc/AppData/Local/Temp/2003Interaao.pdf
- Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev Fac Nac Salud Pública*, 36(Supl 1), 64-102.
- Gómez, S., Gil, B., Castro, J., Ruiz, E., Ballester, R. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Àgora de Salut*, 16(1), 209-220.
- González, C., Sánchez, Y., y Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498.
- González, R. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria de salud. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(1), 4-6.

- Grau, A., Suñer, R., y García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.
- Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., y Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the Professional Quality of Life scale (ProQOL-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81–88.
- Heritage, B., Rees, C. S., y Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (Pro-QOL) scale based on Rasch analysis. *PLoS One*, 13(2), e0193478. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193478>
- Hernández, M. C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53-70. doi: <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., y Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), 160-169.
- Hoyck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue; an educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454-8.
- Hui, Z., Dai, X., Wang, X. (2020). Mediating effects of empathy on the association between nursing professional values and professional quality of life in Chinese female nurses: A cross-sectional survey. *Nursing Open*, 7(1), 411-418.
- Hunsaker, S., Chen, H-C., Maughan, D., y Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholaship*, 47(2), 186-194.
- Jahromi, M. K., Hojat, M., Koshkaki, S. R., Nazari, F., Ragibnejad, M. (2017). Risk factors of heart disease in nurses. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(4), 332-337.
- Jakimowicz, S., Perry, L., y Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31(6), 396-405.

- Jarrad, R. A., Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction. *Annals of General Psychiatry, 19, 22*. Recuperado de file:///C:/Users/Pc/AppData/Local/Temp/Jarrad-Hammad2020_Article_OncologyNursesCompassionFatigu-1.pdf
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*(4), 116-120.
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, Ch., Tsiaousis, G. y Papathanassoglou E. (2015). Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Units nurses: a systematic review of the literature. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de Sao Paulo, 49*(5), 847-857.
- Karasek, R. A., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress productivity and the reconstruction of working life*. Cambridge, MA: Basic Books.
- Kelly, L. A., y Lefton, C. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care, 26*(6), 438-444.
- Klein, C. J., Riggenbach-Hays, J.J., Sollenberger, L.M., Harney, D.M., y McGarvey, J.S. (2018). Quality of life and compassion satisfaction in clinicians: a pilot intervention study for reducing compassion fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 35*(6), 882-888.
- Kolthoff, K. L., y Hickman, S.E. (2017). Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatric Nursing, 38*(2), 106-109.
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M., et al. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS One, 10*(10), e0142027. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142027>
- Lago, K., Codo, W. (2013). Fadiga por compaixao: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudios de Psicología, 18*(2), 213-221.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewin R. A. (1996). *Compassion: The core value that animates psychotherapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.

- Liu, Y., Wu, L. M., Chou, P. L., Chen, M. H., Yang, L. C., y Hsu, H. T. (2016). The influence of work-related fatigue, work conditions, and personal characteristics on intent to leave among new nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 66-73.
- Lombardo, B., Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1):3. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
- Looff, P., Nijman, H., Didden, R., y Embregts, P. (2018). Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 506-516.
- López-Soriano, F., y Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 201-205.
- Lynch, S. H., y Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family care-givers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2125 –34.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 333-338.
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior Health y Social Issues*, 9, 117-123.
- Martínez R. C. K. (2019). Lost touch: Situating human-connectedness in technology-caring in the health sciences. *Journal of Medical Investigation*, 66(1.2), 12–4.
- Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook. Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization*. New York: Taylos y Francis Group.
- Mazzotta, C. P. (2015). Paying attention to compassion fatigue in emergency nurses. *American Journal of Nursing*, 115(12), 13. doi: 10.1097/01.NAJ.0000475268.60265.00
- McCann, L. y Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (2), 131-149.

- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., y Sira, N. (2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 60(2), 103-128.
- Melvin, C. S. (2015). Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder from a Hospice and Palliative Nursing Perspective. *Journal of Hospice y Palliative Nursing*, 17(1), 66-72
- Melvin, C. S. (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 606-611.
- Meyer, R., Li, A., Klaristenfeld, J., y Gold J. (2015). Pediatric Novice Nurses: Examining Compassion Fatigue as a Mediator between Stress Exposure and Compassion Satisfaction, Burnout, and Job Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 174-183.
- Montero, C. (2019). La compasión: Diálogo con M. Nussbaum y E. Levinas. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 75(285), 947-961. doi: <https://doi.org/10.14422/pen.v75.i285.y2019.008>
- Montero, Y. Y., Vizcaino, M. C., Montero, Y. (2020). Factores involucrados en la calidad de vida laboral para el ejercicio de la enfermería. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(2), 364-374.
- Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., y Rogers, F. B. (2017). A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158-163.
- Moraes, B. F. M., De Martino, M. M. F., Sonati, J.G. (2018). Percepção da qualidade de vida de profissionais de enfermagem de terapia intensiva. *REME-Revista Mineira Enfermeagem*, 22, e-1100. doi: 10.5935/1415-2762.20180043
- Morante-Benadero, M. E.; Moreno-Jiménez, B.; y Rodríguez-Muñoz, A. *Professional Satisfaction and Fatigue Subscales—Version IV (ProQOL)*. Universidad Autónoma de Madrid (Spain): Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de http://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf

- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., y Rodríguez-Carvajal, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
- Mottaghi, S., Poursheikhali, H., y Shameli, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Ethics*, 27(2), 494-504.
- Musa, S. A., y Hamid, A. A. (2008). Psychological problems among aid workers operating in Darfur. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36, 407-416.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., y Doebbeling C. C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277.
- Nascimento, A., y Jesus, É. (2020). Nursing work environment and patient outcomes in a hospital context. A scoping review. *JONA. The Journal of nursing Administration*, 50(5), 261-266.
- Nolte, A., Downing, C., y Temane, A., Hastings-Tolsma M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4364-4378.
- O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., Moss, C. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 48, 100785.
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 19(58), 59-63.
- Oliver, A., Sansó, N., Galiana, L., Tomás, J. M., y Benito, E. (2017). Evaluación psicométrica en profesionales de enfermería de cuidados paliativos. *Aquichan*, 17(2), 183-194.
- Ortega, C., y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-60.
- Ortega-Galán, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Carmona-Rega, M. I., Cabrera-Troya, J., Ortíz-Amo, R., y Ibáñez-Masero, O. (2019). Competence and Compassion: Key Elements

of Professional Care at the End of Life from Caregiver's Perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(6), 485-491.

Ortega-Galan, Á. M., Ruiz-Fernández, M. D., Lirola, M. J., Ramos-Pichardo, J. D., Ibañez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., et al.. (2020). Professional quality of life and perceived stress in health professional before COVID-19 in Spain: Primary and hospital care. *Healthcare*, 8, 484. doi:10.3390/healthcare8040484

Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., y West, E. (2019). The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale. *Nursing Open*, 6, 878-888.

Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, Sh., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L.-M., et al.. (2017). Exploring nurses' meaning and experiences of compassion: An international online survey involving 15 countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(3), 286-295.

Parattukudi, A., Melville, W. (2019). Understanding the phenomenon: a comparative study of compassion of the west and karuna of the east. *Asian Philosophy*, 29(1), 1-19.

Pearlman, L. A. y Saakvitne, K. W. (1995). Constructivist self development theory approach to treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p.150-177). New York: Brunner/Mazel.

Pehlivan, T., y Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 129-134.

Pembroke N. (2016). Contributions from Chistian ethics and Buddhist philosophy to the management of compassion fatigue in nurses. *Nursing and Health Sciences*, 18(1), 120-124.

Perez-Bret, E., Altisent, R., Rocafort, J. (2016). Definition of compassion in healthcare: A systematic literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(12), 599-606.

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.
- Qing-Qing, W., Wen-Jun, Lv., Rui-Lian, Q., Yan-Hong, Z. (2019). Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1835-1844.
- Rajeswari, H., Sreelakha, B. K., Nappinai S., Subrahmanyam, U., Rajeswari V. (2020) Impact of Accelerated Recovery Program on Compassion Fatigue among nurses in South India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21, 249-253.
- Reina, L. M. (2018). Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. *Enfermería Comunitaria*, 14, e12090.
- Rodríguez, M., Dias, E.C., Navarro, I., Poles, K., Szylit, R. (2019). The meaning of a “good nurse” in pediatric care: a concept analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 494-504.
- Roger, M. C., y Abalo, J. A. G. (2014). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y salud*, 14(1), 67-78.
- Roney, L. N., y Aciri, M. C. (2018). The cost of caring: An exploration of compassion fatigue, compassion satisfaction, and job satisfaction in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 74-80.
- Rudman, A., Arborelius, L., Dahlgren, A., Finnes, A., y Gustavsson, P. (2020). Consequences of early career nurse burnout: A prospective long-term follow-up on cognitive functions, depressive symptoms, and insomnia. *E Clinical Medicine*, 27, 1-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100565>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortíz-Amo, R., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Rodríguez-Salvador, M. M., y Ramos-Pichardo, J. D. (2019). Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 127-140. doi: 10.1111/inm.12652.
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortega-Galán, Á. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Occupational factors associated with health-related quality of life in nursing professionals: A multi-centre study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 982.

doi:10.3390/ijerph17030982

- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), Manuscript 1.
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., y Ingersoll G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-42.
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L. et al.. (2016). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32, 475-482.
- Sanclemente, I., Elboj, C., y Íñiguez, T. (2014). Burnout en los profesionales de enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*, 17(10), 13.
- Sandro, A. (2017). Reflexões sobre a formação do indivíduo: considerações sobre a ideia de compaixão. *Psicologia USP*, 28(2), 239-246. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-656420160028>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burn out and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 200-207.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C., y Benito, E. (2018). Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 81-88.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Tomás-Salvá, M., Vidal-Blanco, G. (2020). Predicting professional quality of life and life satisfaction in spanish nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17, 4366. doi:10.3390/ijerph17124366.
- Saviato, R. M., Mercer, S., Pereira, C. C., Leao, E. R. (2019). Nurses in the triage of the emergency department: Self-compassion and empathy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3151.

- Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S. y Harpin, R. E. (2017). The effects of compassion cultivation training (CCT) on health-care workers. *Clinical Psychologist*, 21(2), 116-124.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., y Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(10). Recuperado de <http://www.occup-med.com/content/9/1/10>.
- Shahar, I., Asher, I., Natan, M. B. (2019). Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nursing Health Sciences*, 21, 291-296
- Shahzad, M. N., Ahmed, M. A., y Akram, B. (2019). Nurses in double trouble: Antecedents of job burnout in nursing profession. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(4), 934-939.
- Shamsi, A., Peyravi, H. (2020) Nursing shortage, a different challenge in Iran: A systematic review. *Medical Journal of Islamic Republic of Iran*, 34, 8. Recuperado de <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.8>
- Shao, J., Tang, L., Ye, Z. (2017). Measuring the nursing work environment in Mainland China: Further development of the chinese nursing work environment scale. *Nursing Research*, 66(4), 311-322.
- Sheppard, K. (2016). Compassion fatigue: Are you at risk? *American Nurse Today*, 11(1), 53-55.
- Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193-203.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, H. M., et al (2017a). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S. Venturato, L. Mijovic-Kondejewski, J., Smith-McDonald, L.

- (2017b). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
- Singer, T., y Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878.
- Singh, P., King-Shier, K., y Sinclair, S. (2018). The colours and contours of compassion: A systematic review of the perspectives of compassion among ethnically diverse patients and healthcare providers. *Plos One*, 13(5), e0197261. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197261>
- Smith-Macdonald, L., Venturato, L., Hunter, P., Kaasalainen, S., Sussman, T., McCleary, L., et al. (2019). Perspectives and experiences of compassion in long-term care facilities within Canada: A qualitative study of patients, family members and health care providers. *BMC Geriatrics*, 6, 19(1), 128. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1135-x>
- Song, Y. y Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86-90.
- Soto-Rubio, A., Sinclair, S. (2018). In defense of sympathy, in consideration of empathy, and in praise of compassion: A history of the present. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1428-1434.
- Sprang, G., y Craig, C. (2015). An inter-battery exploratory factor analysis of primary and secondary traumatic stress: Determining a best practice approach to assessment. *Best Practices in Mental Health*, 11, 1–13.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed.) Pocatello. Recuperado de www.ProQOL.org
- Stavropoulou, A., Rovithis, M., Sigala, E., Pantou, S., Koukouli, S. (2020). Greek nurses' perceptions on empathy and empathic care in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58, 102814.

- Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research. *Applied Nursing Research, 44*, 97-99.
- Straughair C. (2019). Cultivating compassion in nursing: A grounded theory study to explore the perceptions of individuals who have experienced nursing care as patients. *Nurse Education in Practice, 35*, 98–103.
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., et al. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review, 47*, 15-27.
- Su, J. J., Masika, G. M., Paguio, J. T. y Redding, S. R. (2020). Defining compassionate nursing care. *Nursing Ethics, 27*(2), 480–93. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019851546>
- Swider, B. W., y Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 76*, 487-506.
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., y Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology, 13*(1), 13-38.
- Tierney, S., Bivins, R., y Seers, K. (2019). Compassion in nursing: Solution or stereotype? *Nursing Inquiry, 26*(1), e12271.
- Tobón, D. J. (2018). Cultura consumista y políticas de la compasión. *Escritos, 26*(56), 151-166. Recuperado de <https://doi.org/10.18566/escr.v26n56.a07>.
- Upton, K. V. (2018). An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurse: a mixed methods study. *Journal of compassionate Health Care, 5*(7). Recuperado de <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-018-0050-x>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Dewar, B., Rahmani, A., Ghafourifard, M. (2018). Nurse's perceptions of organizational barriers to delivering compassionate care: A qualitative study. *Nursing Ethics, 25*(5), 580-590.

- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., y Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *Plos One*, *10*(8), e0136955. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554995/pdf/pone.0136955.pdf>
- Villarin, A., Mendez, T., Zuzuárregui, M. S., Sánchez, S., y Conejo, R. (2015). Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Revista de Calidad Asistencial*, *30*(1), 4-9. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.007>
- Voskou, P., Bougea, A., Economou, M., Douzenis, A., y Ginieri-Coccosis M. (2020). Relación entre calidad de vida, síntomas psicopatológicos y formas de afrontamiento en las enfermeras griegas. *Enfermería Clínica*, *30*(1), 23-30.
- Walker, L. O., Avant, K. C. (2011). *Concept analysis. Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentic Hall.
- Wang, J., Okoli, C. T. C., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., et al.. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *102*, 103472.
- Watson, J., y Foster, R. (2003). The attending nurse caring model: Integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, *12*(3), 360-5.
- Wijn, A. N., y van der Doef, M. P. (2020). Patient-related stressful situations and stress-related outcomes in emergency nurses: A cross-sectional study on the role of work factors and recovery during leisure time. *International Journal of Nursing Studies*, *107*, 103579.
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., y Tam, W. (2020) Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *123*, 9-20.
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., y Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, *43*(4), E161-E169.
- Yu, H., Jiang, A., Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *57*, 28-38.

- Zhang, H., Ye, Z., Tang, L., Zou, P., Du, C., Shao, J. et al. (2020). Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: The moderating effect of social support. *BMC Psychiatry*, 20, 197. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02603-2>
- Zhang, Y. Y., Han, W. L., Qin, W., Yin H. X., Zhang , C. F., Kong, C. et al.. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810-819.

ANEXOS

Anexo I:

ProQOL -vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- _____ 1. Soy feliz.
- _____ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- _____ 3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
- _____ 4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- _____ 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- _____ 6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- _____ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- _____ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- _____ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- _____ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
- _____ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- _____ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- _____ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- _____ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- _____ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- _____ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
- _____ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- _____ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
- _____ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- _____ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- _____ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- _____ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- _____ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
- _____ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- _____ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.

- _____ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario.
- _____ 27. Considero que soy un buen profesional.
- _____ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
- _____ 29. Soy una persona demasiado sensible.
- _____ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

**Self-scoring directions Research Information on the
ProQOL – CSF-vIV: Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and
Fatigue Subscales**

Por favor anote lo que ha encontrado en este cuestionario y considere que las siguientes puntuaciones deberían ser usadas como una guía, no como información confirmatoria. Las subescalas y los puntos de corte se han derivado teóricamente.

Cuando sea posible, los datos deberían de ser usados de una manera continuo, así como la puntuación de corte. Estos puntos de corte deben de utilizarse como orientación y ejemplos comparativos, no como información diagnóstica o confirmatoria.

Self-scoring directions

1. Estar seguro de su respuesta en todos los ítems.
2. Algunos ítems son inversos, y la puntuación obtenida sería la contraria.
3. La puntuación inversa sería (i.e. 0=0, 1=5, 2=4, 3=3). Los ítems cuya puntuación hay que invertir son cinco: 1, 4, 15, 17 y 29.

Nota: la puntuación 0 no es reversible porque a pesar de todo es una evaluación nula en la dirección del ítem.

4. Marca los ítems según:
 - a. Poner una x en los siguientes diez ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
 - b. Poner un “visto” en los siguientes diez ítems: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29
 - c. Poner un círculo en los siguientes 10 ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
5. Sume los números que anotó por cada uno de los ítems y compárelos con las puntuaciones teóricas.
6. Escriba sus respuestas debajo. La puntuación está basada en puntos de corte teóricos derivados de continuas investigaciones y aproximaciones. Si usted tiene alguna cuestión o duda, debería discutir las con el mismo profesional de la ayuda.

La puntuación media en esta escala es de 13 (SD 6; alpha .80). Aproximadamente el 25% de gente puntúa por debajo de 8 y un 25% de la gente por encima de 17. Si su puntuación está por encima de 17, usted puede tomarse algún tiempo para pensar sobre lo espantoso que es para usted su trabajo o si hay alguna otra razón para esta elevada puntuación. Mientras que puntuaciones altas no significan que usted tenga un problema, sí es un indicador de que usted puede querer interrogarse sobre cómo se siente ante su trabajo y lo que a éste le rodea. Usted puede desear discutir esto con su supervisor, un compañero de trabajo, o con un profesional.

© B. Hudnall Stamm, 1997-2005. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL). <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Translated by Maria Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodriguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.

Anexo II:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, marque con una X, en aquellos ítems que lo requieran:

Edad: _____

Sexo: Mujer Hombre

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a
Divorciado/a Otros

Número de hijos: _____

Personas dependientes o con discapacidad a su cargo (número): _____

Situación laboral: Eventual Interino sustituto Interino vacante
Estatutario (plaza en propiedad) Estatutario en comisión de servicios

Experiencia laboral (años y meses): _____

Turno de trabajo: Mañanas Tardes Mañanas/Tardes Rotatorio
Turno 12 horas Noches Otros (Indicar): _____

Servicio en el que trabaja actualmente:

- *Hospital (General o Comarcal):*

Servicios de Hospitalización Indicar servicio: _____

Servicios de apoyo

Zona quirúrgica

Salud mental

Consultas externas

Críticos y urgencias

Cuidados paliativos

Pediatría

Rehabilitación

Otros Indicar servicio: _____

- *Atención Primaria:*

EBAP

Dispositivo de Apoyo

DCCU

Dispositivo Salud Mental

ESCP

Otros (Indicar): _____

Antigüedad en el servicio (años y meses): _____

Puesto de trabajo:

Cargo intermedio (coordinador de cuidados o supervisor)

Enfermero/a (grado o diplomatura)

Enfermero/a especialista

Enfermero/a gestora de casos

Otros (Indicar): _____

Nivel de formación específica en las materias de counselling o relación de ayuda, técnicas de relajación, mindfulness o conciencia plena, comunicación y gestión emocional.

Nulo

Escasa

Media

Buena

Óptima

¿Tiene usted en activo, algún tipo de creencia religiosa o práctica espiritual?

Si No

En caso afirmativo, indique de que tipo: _____

Anexo III:

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PROFESIONAL

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

Los profesionales de enfermería, se encuentran sometidos frecuentemente a situaciones de estrés laboral que va a repercutir en una serie de consecuencias negativas en su salud, y en la aparición de determinadas patologías a consecuencia de su puesto de trabajo, como son el Síndrome de Burnout y la Fatiga por Compasión.

El objetivo principal de este estudio es analizar el síndrome de Burnout y Fatiga por Compasión entre los profesionales de enfermería y, conocer en profundidad cuáles son las causas y consecuencias percibidas, de tal modo que nos permita como fin último, diseñar un programa de intervención evaluable para la prevención de estos dos síndromes. De este modo y con la información que se obtenga de esta investigación, nos permitirá propiciar entornos laborales más saludables y prestar a los usuarios del sistema sanitario, una atención de calidad y eficiente.

Para tal fin, se va a realizar un estudio multicéntrico en el que se van a utilizar una serie de técnicas de investigación, tanto cualitativas como cuantitativas. Se va a solicitar su colaboración, participando en entrevistas en profundidad, grupos de discusión o bien, cumplimentando una serie de cuestionarios, de tal modo que nos permita conocer su situación laboral y usted pueda expresar cuáles son los factores más influyentes que están incidiendo en su salud física y emocional, a consecuencia del puesto de trabajo que está desempeñando.

Implicaciones para el profesional:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El profesional puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el profesional:

Ninguno

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con nuestro personal de U.G.C. en el teléfono: 950214578 o en el correo electrónico: mrf757@ual.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PROFESIONAL

Burnout y Fatiga por Compasión entre los profesionales de enfermería de Andalucía: diseño de un programa de intervención

Yo (Nombre y Apellidos)

.....

- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con el profesional sanitario informador.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma del profesional sanitario.

Firma del investigador sanitario informador.

Nombre y apellidos:

Fecha:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Anexo IV

PREGUNTA DE ARRANQUE:

Describe el impacto que tiene en ti las experiencias de sufrimiento de las personas en la práctica diaria de tu trabajo.

GUIÓN OCULTO:

El sufrimiento:

¿Cómo es el sufrimiento de las personas a las que atiendes?

¿Se ve influenciado el desarrollo de tu trabajo como enfermera por el nivel y características de sufrimiento de las personas enfermas? Si es así... ¿de que manera?...¿Cómo influye el sufrimiento de las personas enfermas en el desarrollo de tu trabajo como enfermera?

La empatía y la compasión:

Desde tu punto de vista, ¿qué importancia le das a ponerte en el lugar del paciente?

¿Sientes que la compasión es importante en tu trabajo? ¿Por qué?

¿Qué te ayuda a ponerte en el lugar de tus pacientes? Y, ¿Qué te dificulta?

¿Has sentido alguna vez que no puedes ser compasiva con un paciente, familia o contigo misma en el trabajo? ¿Cómo fue esa experiencia?

La respuesta al sufrimiento

¿Las personas podemos tener muchas respuestas distintas frente al sufrimiento, cuando estás frente al sufrimiento de un paciente qué surge en ti? Cómo responde tu cuerpo, tu mente, tus emociones

¿Cómo actúas ante el sufrimiento de una persona a la que estás atendiendo?

¿Cómo te sientes después de acompañar a una persona en situación de sufrimiento?

El sufrimiento del profesional

¿Sufres en el día a día de tu práctica asistencial? Si es así, en que situaciones, circunstancias,

intervenciones.

¿Sientes que hay aspectos de tu trabajo o de la institución en que trabajas que limitan tu capacidad de ser compasiva con tus pacientes y/o contigo misma?

Recursos y las necesidades del profesional

¿Compartes las historias de sufrimiento de tus pacientes con alguien en el trabajo?

¿Hay espacios estructurados para hablar de los casos y del impacto que tiene en ti? ¿Tienes espacios para hablar de tu propio sufrimiento en el trabajo? ¿Te parecería importante contar con espacios como éstos? Etc.

¿Qué sientes que necesitas para poder relacionarte con el sufrimiento de manera más sana? Y ¿que necesitas para sostener tu propio bienestar?

Anexo V:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CARMEN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Presidenta del Comité de Ética de la Investigación de Centro Almería

CERTIFICA

Que este Comité actuando como **referencia** ha evaluado en reunión celebrada el día 27 de septiembre de 2017, el Estudio Clínico titulado: “**Evaluación del Burnout y Fatiga por Compasión entre los Profesionales de Enfermería del Sistema Sanitario Público de Andalucía**”, código de protocolo AP-0100-2016.

y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El protocolo presentado respeta los principios éticos de la Declaración de Helsinki de 2013 y otros Códigos Internacionales.

Y que se acepta que dicho Estudio clínico sea realizado en el Distrito Almería C.S Cruz de Caravaca por Dña María Dolores Ruiz Fernández, como investigador principal.

Lo que firmo en Almería, a veintisiete de septiembre de dos mil diecisiete.



Fdo: Carmen Fernández Sánchez



