

**Universidad Internacional de La Rioja
Ciencias de la Salud**

Trabajo Fin de Máster

**FATIGA POR COMPASIÓN EN
TRABAJADORES DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE LA REGIÓN DE
MURCIA**

Presentado por: María José García Asensio
Tipo de TFM: Observacional
Directora: Doctora María Cristina Coca Pereira
Ciudad: Murcia
Fecha: Septiembre 2016

AGRADECIMIENTOS

Son varias las personas a las que quiero agradecerles haber llegado hoy donde estoy, y poder terminar este proyecto.

En primer lugar quiero agradecerle a mi directora del trabajo, la doctora María Cristina Coca Pereira, su interés, su tiempo, y su apoyo para llevar a cabo este proyecto. Gracias por ser tan accesible pero también rigurosa. Gracias por animarme a continuar y a acabar algo que yo veía imposible. Gracias por hacerme fácil lo que evidentemente no lo era. Gracias por las noches de trabajo. Gracias por confiar en mí.

También quiero darle las gracias a Fuensanta Sánchez, porque mis prisas por empezar este trabajo no fueron una negativa para que me ayudaras. Gracias por amoldarte tú a mí.

Gracias a mis padres, porque sin su apoyo nunca habría podido estudiar todo aquello que quería, y que nunca era suficiente. Y sobre todo a mi madre y a mi abuela, por enseñarme el significado de la palabra “compasión”.

Gracias a las personas con nombre y apellidos, que me han dado una lección en los paliativos pediátricos: Álvaro Navarro, Ginés Mateo y Mirella Rosique. Gracias por dejarme aprender de vosotros, por dejarme acompañaros, por dejarme mirar y dejarme hacer. Gracias por ese entusiasmo que ponéis en cada niño y cada madre con la que habláis. Gracias por tanta emoción.

Gracias a todos y todas las que habéis colaborado conmigo haciendo encuestas y empleando vuestro tiempo libre para que pudiera “indagar” en vuestras emociones. Creo que sois lo más valioso que tiene nuestra sanidad murciana: mis compañeros paliativistas.

Gracias a Álvaro M.M. y a su madre. Gracias por la generosidad de dejarme entrar en vuestra casa y en vuestra vida en un momento tan delicado, tan triste. Gracias por esa lección de vida ante la muerte.

Y gracias a ti. Tú sabes a quien me refiero. El que resiste mis agobios, me anima a seguir estudiando, y me hace el café para aguantar más horas despierta. Gracias por leer artículos conmigo, por revisar lo que escribía, por criticar todo lo que ponía, y por sentarte a mi lado con tu ordenador. Gracias por sumergirte en este mundo que tanto me gusta y que tú no conocías. Gracias por resistir y escucharme hablar a todas horas de algo que no entendías, y que ahora incluso te gusta. Gracias a ti, Raúl.

Y gracias a los que ya no están, por todo lo que me enseñaron.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ETS: Estrés traumático secundario

FC: Fatiga por compasión

TV: Trauma vicario

SC: Satisfacción por compasión

BO: Burnout

ESAD: Equipos de soporte y asistencia domiciliaria

ESAH: Equipos de soporte y asistencia hospitalaria

UCPP: Unidad de cuidados paliativos pediátricos

CP: Cuidados paliativos

DES: Diferencias estadísticamente significativas

RESUMEN

¿Quién puede estar preparado para asistir al momento íntimo de la muerte de un niño en su propia casa?. ¿Y al adiós a una madre?. ¿Y a los últimos instantes de vida de unos esposos?. ¿Quién nos prepara para mirar de frente a la muerte?. ¿Quién es capaz de hacer todo ésto sin mirar hacia atrás y suspirar...?.

La *fatiga por compasión (FC)* es definida como un tipo específico de estrés que padecen los profesionales cuyo trabajo los expone al contacto con el sufrimiento de sus pacientes y allegados, siendo uno de sus objetivos el alivio de dicho sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual.

La presente investigación pretende conocer si existe FC entre el personal médico y enfermero de los equipos de cuidados paliativos (CP) de la Región de Murcia, y si se ven más afectados cuando trabajan con niños o con adultos.

Los resultados obtenidos permitirán explorar la situación y aumentar la concienciación entre los propios profesionales y responsables sanitarios, del impacto que tienen ciertos factores sobre la calidad de vida de los profesionales, así como sobre la calidad asistencial prestada.

Palabras clave: fatiga por compasión, burnout, satisfacción por compasión, cuidados paliativos

ABSTRACT

Who can be prepared to attend the intimate moment of a child's death at home?. And the goodbye to a mother?. And to the husband's end of life?. Who prepare us to look at the death face to face?. Who is able to do all of this without looking back and sigh ...?.

Compassion fatigue (CF) is defined as a specific kind of stress experienced by professionals exposed to patients and relatives suffering, and one of its objectives is the alleviation of the physical, psychological, social and spiritual pain.

This research aims to know if there is CF among palliative care teams nurses and medical of Murcia, and if they are most affected when working with children or adults.

The results obtained will allow increase awareness among health professionals and also health responsible, of the impact of certain factors on professionals quality of life, as well as the quality healthcare provided. The personal care will be essential to prevent more serious disorders.

Key words: compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, palliative care

INDICE

	Página
1.- INTRODUCCIÓN	7
2.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	
2.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
3.- MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	11
3.2 POBLACIÓN	11
3.3 PARTICIPANTES	11
3.4 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	11
3.5 VARIABLES DE ESTUDIO	12
3.5.1 Variables sociodemográficas	12
3.5.2 Variables proQOL test	12
3.6 ANALISIS DE DATOS	13
4.- RESULTADOS	
4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA	14
4.2 ANÁLISIS DE FC EN TRABAJADORES DE CP DE REGIÓN DE MURCIA	14
4.2.1 FC en personal de los ESAD	15
4.2.2 FC en personal de la UCPP	16
4.2.3 Comparativa de FC entre trabajadores de ESAD y de UCPP	17
4.2.4 Análisis de los perfiles que puntúan >17 en FC	17

5.- DISCUSIÓN	19
6.- CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	
I: VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	25
II: PROQOL TEST-VIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE	
COMPASSION SATISFACTION AND FATIGUE SUBSCALES- VERSION IV	26

1.- INTRODUCCION

El personal que trabaja en los equipos de CP está a diario expuesto al sufrimiento humano. ¿Y quién nos prepara para esto? La exposición reiterada puede llevarnos a padecer una serie de síntomas que se entremezclan y a los que no podemos ponerle nombre con claridad. Y el nombre no es importante, pero sí lo es el hecho de que si no lo identificamos a tiempo, pondremos en peligro nuestra salud (tanto mental como física) y también la calidad con la que atendamos a nuestros pacientes. El estrés traumático secundario (ETS), el burnout (BO), el trauma vicario (TV), y la fatiga por compasión (FC) son algunas de las consecuencias que podemos tener como resultado de la relación de ayuda, de la empatía, y del compromiso emocional¹⁻³. Todos estos términos realmente describen el estrés postraumático que sufren los profesionales expuestos a situaciones traumatizantes⁴.

La pregunta que guía esta investigación es explorar la FC en los trabajadores de CP de la Región de Murcia. Porque es evidente que cuando los niños pasa por una enfermedad graves, ellos y sus familias sufrirán un trauma y tendrán un estrés postraumático significativo⁵. Y del mismo modo ocurre en pacientes adultos. Pero si pensamos que los trabajadores de CP, por definición, están preparados para ayudar a estos pacientes en el momento último de la vida, no parece lógico pensar que dichos profesionales vayan a presentar “traumas”⁶.

Pero antes de responder a la pregunta objeto de estudio, deberemos aclarar estos conceptos.

El uso de expresiones diferentes para referirse al mismo término puede dar lugar a confusión, pues muchos autores como Sabo⁷, Dominguez-Gomez⁸, Komachi⁹, o Beck¹⁰, consideran el término FC como sinónimo del ETS, utilizando ambos conceptos indistintamente.

Una definición común de ETS es “la consecuencia natural de las conductas y emociones resultantes de lo que se sabe acerca del grave proceso que padece otra persona y el estrés resultante de la ayuda o de lo que se espera poder ayudar a una persona que sufre ese trauma”.² Será de esperar que el estrés que se padece al presenciar el trauma de un paciente y su familia, irá paralelo al que ellos mismos sufren. Cuidamos y empatizamos con su dolor. Por eso Figley² define la FC como “la inevitable experiencia de la agotadora emoción que se origina por la continua compasión por quienes están en crisis”.

Y también debemos diferenciar la FC del burnout (BO). Este término hace referencia a la consecuencia de trabajar en un ambiente estresante durante mucho tiempo⁶, e incluye la

experiencia de agotamiento emocional y un profundo sentido de éxito y logro personal^{2,11}. Figley² lo describió como el resultado final de un proceso gradual de desgaste, mientras que la FC puede ser una reacción más inmediata y específica relacionada con el trauma.

Si queremos aproximar estos términos a los trabajadores de CP de Murcia, antes debemos ponernos en antecedentes de cuáles son sus orígenes, y para ello debemos destacar tres hechos importantes^{12, 13} :

1. La creación en 1992 del Programa de atención al paciente crónico, inmovilizado y terminal a domicilio, dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria.
2. La creación en 1998 de una unidad de Medicina Paliativa por parte de la Asociación Española contra el Cáncer, para la zona de influencia del Hospital Virgen de la Arrixaca.
3. La incorporación de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena en 1999 a la experiencia piloto de los ESAD (Equipos de Soporte y Asistencia Domiciliaria).

Pero no es hasta Mayo de 2005, cuando la Consejería de Sanidad de Murcia inicia la etapa de Proyecto del Plan Integral de Cuidados Paliativos, constituyendo un grupo de trabajo multidisciplinar para su elaboración. Una vez desarrollado el proyecto, en Abril de 2006 se traslada la elaboración del Protocolo de desarrollo operativo y su gestión al S.M.S. A lo largo del último trimestre de 2006 se presenta este protocolo en las Gerencias de todas las Áreas SMS y a los Colegios profesionales y Sociedades científicas relacionadas con el tema en la Región, propiciando así la participación, y recopilando las sugerencias que surgieron de la misma. El 28 de Noviembre de 2006, la Consejera de Sanidad presenta el Plan Integral de Cuidados Paliativos ante la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la Asamblea Regional para informar sobre la puesta en marcha del mismo. El 9 de Enero de 2007 se presenta el Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Consejo de Salud de la Región de Murcia, el cual da su visto bueno. En Abril de 2007 se inicia la actividad de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) en todas las Áreas de salud de la Región.¹²

Se crean a partir de este momento unos servicios de CP, que no se basan en una atención paralela a la ya existente (Atención Primaria y Atención Especializada). Sus funciones serán dos: apoyar a los profesionales que ya desempeñan su labor dentro del sistema sanitario, y prestar atención directa a los pacientes que éstos derivan por su grado de complejidad.^{12, 13}

Estos equipos (ESCP) prestan atención tanto domiciliaria como hospitalaria, estableciéndose así los 15 Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), y los 9 Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH). Las funciones que desempeñan los equipos son asistencial, de coordinación (entre los distintos niveles asistenciales), y docente e investigadora.^{12,13,14}

En el caso de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP), ésta se ubica en el hospital Virgen de la Arrixaca (en el área I) y presta asistencia a toda la Región de Murcia, tanto en domicilio como en el hospital donde se les requiera¹⁴. Esta unidad que surge inicialmente solo como hospitalización domiciliaria, continuó después esa labor y además con los paliativos pediátricos. Actualmente la forman tres pediatras y tres enfermeros a tiempo completo, y una cuarta enfermera a tiempo parcial con la unidad, desempeñando actividades de counsellor (apoyo y asistencia en el duelo).

Murcia dispone también en los CP del apoyo de voluntarios y profesionales (psicólogos) pertenecientes a asociaciones como la AEECC, Afacmur, EAPs Caixa, D,genes, Gaadia y FADE.¹⁴

Una vez aclarados estos conceptos y contextualizado la situación actual en Murcia, podemos continuar diciendo que nadie pondría en duda en la actualidad, la necesidad creciente de unos cuidados demandados por la sociedad, respaldados por diversas organizaciones (tales como la Organización Mundial de la Salud, la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Declaración Universal de los Derechos Humanos, organizaciones médicas colegiales...), y que se vienen realizando desde siglos atrás, aunque no siempre de una manera formal ni reglada¹⁵.

La medicina actual necesita humanizarse. La sociedad está cambiando, y los enfermos también, y cada vez será más necesario cuidar y acompañar a un gran número de enfermos crónicos. Dice Callahan¹⁶, director del proyecto "Los fines de la medicina" para el Hastings Center de Nueva York, que curar y cuidar son objetivos compatibles en medicina, son los nuevos objetivos de la medicina.

Si queremos una sanidad de calidad, aquellos que se encargan de nuestro cuidado deben encontrarse en condiciones suficientemente óptimas para poder llevar a cabo la difícil tarea que supone acompañar cuando ya no podemos curar. Creo por tanto que este estudio resulta de suficiente interés tanto para la administración pública (por su deseo de ofrecer calidad asistencial), como para la sociedad que recibe estos cuidados.

2.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad se desconoce si los profesionales que conforman los equipos de CP de Murcia padecen de FC. Puesto que en la Región de Murcia coexisten de forma diferenciada los equipos de asistencia paliativa a adultos (ESAD) y los equipos de asistencia paliativa pediátrica (UCPP), considero interesante explorar la FC que puedan presentar sus trabajadores.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar la FC en trabajadores de equipos de CP de la Región de Murcia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la existencia de FC en médicos y enfermeros/as de los ESAD de la Región de Murcia.
2. Determinar la existencia de FC en pediatras y enfermeros/as de la UCPP de la Región de Murcia.
3. Comparar la FC que padecen los profesionales de los dos equipos presentan diferencias.

3.- MÉTODOLÓGÍA

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo, para el que se han empleado dos cuestionarios:

1. Cuestionario sociodemográfico elaborado “ad-hoc” para este estudio, según los datos considerados relevantes en la literatura revisada (Anexo I).
2. ProQOL-vIV PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE-Compassion Satisfaction and Fatigue Subescales- Versión IV (Anexo II).

3.2 POBLACIÓN

En la actualidad, la Región de Murcia presta asistencia sanitaria en el ámbito de los CP, agrupada de 3 formas: los ESAD, los ESAH y la UCPP. La población diana de este trabajo la forman médicos y enfermeros/as que trabajan en los equipos de CP de la Región de Murcia (ESAD y UCPP).

3.3 PARTICIPANTES

Personal de los citados servicios que comprendieran el estudio, quisieran participar voluntariamente en el mismo, y cumplieran criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: estar trabajando como médico o enfermero/a en los ESAD o UCPP de la Región de Murcia, y otorgar su consentimiento.

Criterios de exclusión: profesionales que no fueran médicos o enfermeros/as, personal que no quisiera participar u otorgar su consentimiento, y personal de los ESAH (con la intención de comparar profesionales con la misma exposición asistencial fuera del ámbito hospitalario).

3.4 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

En primer lugar se ha contactado con la coordinadora regional de CP de Murcia (Fuensanta Sánchez), para pedir su autorización para hacer este proyecto. Se le envió una propuesta con las encuestas a realizar por email, y ella a su vez lo planteó en una sesión de soporte con el personal de los ESAD. A dicho personal se le facilita mi dirección de correo electrónico, y tras la sesión de soporte la coordinadora les envía los 2 formularios a rellenar, que después me fueron devueltos cumplimentados.

Con el personal de la UCPP se contacta a través del Dr. Álvaro Navarro Mingote (pediatra responsable de dicha unidad) por correo electrónico, y los interesados en colaborar enviaron los cuestionarios a través del mismo formato.

La recogida de datos se realizó durante los meses de junio, julio y agosto de 2016.

3.5 VARIABLES DE ESTUDIO

3.5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Sexo.
- Edad (en años y agrupada según el percentil 50 en dos grupos).
- Profesión.
- Especialidad
- Estado civil: se categorizó como soltero, casado o en pareja, viudo o divorciado.
- Nº de hijos.
- Años de experiencia profesional.
- Años de experiencia en cuidados paliativos.
- Tipo de contrato: con valores de fijo, interino o sustitución.
- Turno: incluía mañanas fijas, y turno rodado (alternando mañanas y tardes, también en fines de semana).

Otras variables consideradas relevantes con respuesta dicotomizada (si/no):

- Conocimientos sobre la FC.
- Estrés, relacionado o no con el trabajo.
- Tiene SC.
- Tiene soporte profesional-psicológico.
- Realiza actividades recreativas como soporte emocional.

3.5.2 VARIABLES PRO-QOL TEST

El cuestionario ProQOL-VIV sobre calidad de vida profesional consta de 30 preguntas a las que se les otorga una puntuación de 0 al valor de “nunca”, 1 al valor de “raramente”, 2 al valor de “algunas veces”, 3 al valor de “con alguna frecuencia”, 4 al valor de “casi siempre”, y 5 al valor de “siempre”. Los 30 ítems se dividen a su vez en 3 grupos de preguntas o subescalas que miden SC, FC y BO.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recogidos se han codificado y anonimizado para garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales. El tratamiento estadístico se realizó empleando los programas Microsoft Excel 2013 y SPSS 15 para Windows calculando valores descriptivos en frecuencias y porcentajes para variables nominales y medias, rango y D.T. para variables cuantitativas. Para las comparaciones se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann-Whitney para variables correspondientes.

4.- RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En este estudio han participado 20 profesionales de los equipos de CP de la Región de Murcia (de los 37 que cumplían criterios de inclusión), que han otorgado su consentimiento. De ellos, 6 pertenecían a la UCPP representando un 85,7% de participación de todos los integrantes de la citada Unidad, y 14 participantes trabajaban en los ESAD (representación del 46,66% del total de integrantes).

La edad media de los participantes es de 45,9 años (rango: 32-64 años), y el grupo estuvo formado mayoritariamente por mujeres (85%). La distribución por profesiones fue homogénea (igual porcentaje del 50% tanto para médicos como enfermeros), pero no así sus especialidades (todos los médicos son especialistas, y solo 40% de los enfermeros/as lo son).

El 65% de los encuestados tiene pareja, y en igual proporción (65%) tienen hijos, de los cuales, el 55% tienen 2 hijos, y el 10% restante tiene 1 (5%) o 4 hijos (5%).

La experiencia profesional fue de media 19,6 años (rango: 8-36 años), y el 50 % de ellos tienen más de 20 años de experiencia. En cuanto a la experiencia concretamente en equipos de CP fue de 6,8 años de media (rango: 0-22 años).

Solo el 50% de los participantes es personal fijo y el 70% tienen turno fijo de mañanas.

El 80% refiere realizar actividades recreativas como soporte emocional, y el 35% afirma recibir apoyo profesional psicológico.

Y finalmente, en cuanto a la percepción individual que tienen los trabajadores sobre los conceptos estudiados, los resultados son los siguientes: el 55% afirma tener estrés (asociado o no al trabajo), el 60% conoce el concepto de FC, y el 80% refiere tener SC.

4.2 ANÁLISIS DE FC EN TRABAJADORES DE CP DE REGIÓN DE MURCIA

Los resultados generales (ESAD y UCPP) obtenidos en las distintas subescalas han sido:

1. SC: puntuación media 40,5 (D.T= 5,395). De los 20 participantes, el 45% puntúa más de 42 puntos, el 15% puntúa menos de 33 puntos y el 40% puntúa entre 33 y 42.
2. BO: puntuación media 20,40 (D.T= 5,879). De los 20 participantes, el 10% puntúa más de 27 puntos, el 30% puntúa menos de 18 puntos y el 60% puntúa entre 18 y 27.

3. FC: puntuación media 14,35 (D.T= 7,199). De los 20 participantes, el 15% puntúa más de 17 puntos (indicativo de FC), el 15% puntúa menos de 8 puntos y el 70% puntúa entre 8 y 17.

Se han encontrado DES al comparar:

1. Subescala de FC con: categorías de edad ($p= 0,003$), categorías de turno de trabajo ($p=0,12$) y con la categoría de realiza actividades recreativas como soporte emocional ($p=0,039$).

2. Los ítems: 2 del proQOL test (“Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado”) ($p=0,09$), 7 (“Encuentro difícil separar mi vida personal de la profesional”) ($p=0,35$), 11 (“Debido a mi trabajo tengo la sensación de estar al límite en varias cosas”) ($p=0,19$), y el ítem 24 (“planeo continuar con mi trabajo por muchos años”) ($p=0,035$) con la edad.

3. El ítem 29 (“Soy una persona demasiado sensible”) al comparar entre médicos y enfermeros/as ($p=0,023$).

4. El ítem 10 (“Me siento atrapado por mi trabajo”) por los turnos de trabajo ($p=0,026$).

5. El ítem 9 (“Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado”) en la categoría de estrés ($p= 0,002$).

6. El ítem 1 (“Soy feliz”) en la categoría de tiene soporte profesional psicológico ($p=0,030$).

4.2.1 FC EN PERSONAL DE LOS ESAD

Los resultados obtenidos en las distintas subescalas entre el personal de los ESAD son:

1. SC: puntuación media 40,0 (D.T= 5,204). De los 14 participantes, el 35,7% puntúa más de 42 puntos, el 14,28% puntúa menos de 33 y el 50% puntúa entre 33 y 42.

2. BO: puntuación media 20,43 (D.T= 5,431). De los 14 participantes, el 14,28% puntúa más de 27 puntos, el 28,57% puntúa menos de 18 y el 57,14% puntúa entre 18 y 27.

3. FC: puntuación media 12,29 (D.T= 4,631). De los 14 participantes, solo 1 puntúa más de 17 puntos (el 7,14%) 2 puntúan menos de 8 (el 14,28%), y el 78,57% puntúa entre 8 y 17.

En la tabla 1 se describen los resultados de los trabajadores del ESAD.

Tabla 1. Trabajadores de ESAD

TRABAJADOR ESAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
SEXO	MU	MU	HO	MU	MU	MU	MU	MU	MU	MU	MU	MU	MU	MU
EDAD	50	56	64	49	59	49	35	44	55	38	37	52	33	58
PROFESIÓN	EN	ME	ME	EN	EN	ME	EN	ME	EN	EN	ME	EN	ME	ME
ESPECIALIDAD	/	FA	FA	/	/	FA	/	IN	CO	/	MI	MI	FA	FA
ESTADO CIVIL	SO	SO	PA	CA	VI	CA	PA	CA	CA	CA	CA	SO	CA	SE
Nº HIJOS	2	0	1	2	0	2	2	2	4	2	2	0	2	2
AÑOS PROFESIÓN	24	26	35	15	36	20	13	18	31	10	13	23	8	28
AÑOS EN CP	9	9	9	4	9	19	9	1,5	10	5	4	22	4	10
TIPO CONTRATO	FI	FI	FI	IN	FI	TE	IN	FI	FI	IN	SU	FI	VA	IN
TURNOS	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	RO	MA	MA
CONOCE FC (si/no)	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO
ESTRÉS (si/no)	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO
TIENE SC (si/no)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	/	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SOPORTE PROFESIONAL	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
ACTIVIDAD. RECREATIVAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
PUNTUACION FC	6	8	13	23	11	9	14	10	6	15	16	13	17	11

SIGLAS: MU (mujer), HO (hombre), EN(enfermero), ME (médico), FA (familia), IN (intensivista), CO (comunitaria), MI (medicina interna), SO (soltero), PA (pareja), CA (casado), VI (viudo), SE (separado), FI (fijo), IN (interino), TE (temporal), SU (sustitución), VA (vacante), MA (mañanas), RO (rodado)

4.2.2 FC EN PERSONAL DE LA UCPP

Los resultados obtenidos en las distintas subescalas entre el personal de la UCPP son:

1. SC: puntuación media 41,67 (D.T= 6,154). De los 6 participantes, 4 puntúan más de 42 puntos, 1 puntúa menos de 33 puntos y 1 puntúa entre 33 y 42.
2. BO: puntuación media 20,33 (D.T= 7,394). De los 6 participantes, solo 1 puntúa más de 27 puntos, 2 puntúan menos de 18 puntos y 3 puntúan entre 18 y 27.
3. FC: puntuación media 19,17 (D.T= 10,068). De los 6 participantes, 2 puntúan más de 17 puntos 1 puntúa menos de 8 puntos, y 3 puntúan entre 8 y 17.

En la tabla 2 se describen los resultados de los trabajadores de UCPP.

Tabla 2. Trabajadores de UCPP

TRABAJADOR UCPP	1	2	3	4	5	6
SEXO	HOMBRE	MUJER	MUJER	MUJER	MUJER	HOMBRE
EDAD	45	34	32	58	38	33
PROFESIÓN	ENFERM	MEDICO	ENFERM	ENFERM	MEDICO	MEDICO
ESPECIALIDAD	PEDIATR	PEDIATR	PEDIATR	PE-CO	PEDIATR	PEDIATR
ESTADO CIVIL	CASADO	CASADA	SOLTERA	CASADA	SOLTERA	SOLTERO
Nº HIJOS	2	0	0	2	0	0
AÑOS PROFESIÓN	24	10	11	30	9	8
AÑOS EN CP	6	3 MESES	2 MESES	3	1 a 2	3
TIPO CONTRATO	FIJO	EVENT	EVENT	FIJO	FIJO	TE
TURNO	RO	RO	RO	MA	RO	RO
CONOCE FC (si/no)	NO	SI	NO	SI	SI	SI
ESTRÉS (si/no)	SI	SI	SI	SI	SI	NO
TIENE SC (si/no)	SI	NO	SI	SI	SI	SI
SOPORTE PROFESIONAL	NO	NO	SI	NO	NO	NO
ACTIVIDAD. RECREATIVAS	NO	NO	SI	SI	NO	SI
PUNTUACION FC	15	17	17	6	24	36

SIGLAS: PEDIATR (pediatría), PE-CO (pediatría y counsellor), EVENT (eventual), TE (temporal), RO (rodado), MA (mañanas), RO (rodado)

4.2.3 COMPARATIVA DE FC ENTRE TRABAJADORES DE ESAD Y DE UCPP

Al comparar las distintas subescalas de SC, BO y FC pertenecientes al ESAD con la UCPP, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (DES) en ninguna de las subescalas.

Solo encontramos DES en el ítem 11 del proQOL test (“Debido a mi trabajo tengo la sensación de estar al límite en varias cosas” ($p=0,41$) y en los años de experiencia en CP ($p=0,002$).

4.2.4 ANÁLISIS DE LOS PERFILES QUE PUNTÚAN >17 EN FC

Al analizar los datos de los profesionales que puntúan más de 17 puntos (indicativo de posible FC), encontramos solo un 15% entre todos los equipos de la Región de Murcia. Aunque este porcentaje es del 7,14% en los ESAD y en la UCPP del 33% no se han encontrado DES (Tabla 3).

Tabla 3: Profesionales con puntuación en FC > 17

ESAD-4	UCPP-5	UCPP-6	
MUJER	MUJER	HOMBRE	SEXO
49	38	33	EDAD
ENFERMERA	MEDICO	MEDICO	PROFESION
	PEDIATRA	PEDIATRA	ESPECIALIDAD
CASADA	SOLTERA	SOLTERO	ESTADO CIVIL
2	0	0	Nº HIJOS
15	9	8	AÑOS EJERCICIO PROFESIONAL
4	1 a 2	3	AÑOS EXPERIENCIA EN C.PALIATIVOS
INTERINO	FIJO	TEMPORAL	TIPO DE CONTRATO
MAÑANAS	RODADO	RODADO	TURNO
SI	SI	SI	CONOCE LA FATIGA POR COMPASION
SI	SI	NO	ESTRÉS (RELACIONADO O NO CON EL TRABAJO)
NO	SI	SI	SATISFACCION POR COMPASION
NO	NO	NO	TIENE SOPORTE PROFESIONAL-PSICOLOGICO
SI	NO	SI	ACTIVIDADES RECREATIVAS COMO SOPORTE EMOCIONAL
28	30	46	PUNTUACION SUBESCALA SC
31	32	18	PUNTUACION SUBESCALA BO
23	24	36	PUNTUACION SUBESCALA FC

5.- DISCUSIÓN

En la actualidad, la mayor parte de las publicaciones sobre FC emplean el proQOL test como instrumento de medida utilizado con más frecuencia. Emplearemos la versión IV (ProQOL-IV Professional Quality of Life. Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales) de Hudnall Stamm¹⁷. En España ha sido traducido y adaptado por Maria Eugenia Morante, Bernardo Moreno, Alfredo Rodriguez, de la Universidad Autónoma de Madrid. Incluye variables de Satisfacción por Compasión, Burn-out y Fatiga por compasión (Anexo II).¹⁸

Antes de pasar a discutir los datos obtenidos, debemos ver las puntuaciones generales publicadas para el proQOL test. Los valores explicados son orientativos. Es decir, puntuaciones altas en la subescala de FC no suponen un valor diagnóstico, pero sí constituyen un dato a tener en cuenta por los profesionales. Dicho esto, la interpretación general del test empleado en esta investigación, es la siguiente¹⁷:

1. La SC tiene una puntuación media de 37 (DE=7); 25% puntúan sobre 42 obteniendo una gran satisfacción por su trabajo y 25% inferiores a 33 (o tiene problemas en el trabajo y ya no le satisface o encuentra satisfacción más importante con otras actividades).
2. El BO tiene una puntuación media de 22 (DE= 6); 25% presentan puntuaciones superiores a 27 (se interpreta como negativo, y si siempre es así tiene problemas...) y 25% inferiores a 18 (interpretado como positivo).
3. La FC tiene una puntuación media de 13 (DE= 6); 25% inferiores a 8 y 25% superiores a 17 (en este último caso conviene replantearse aquellos aspectos laborales que generan malestar, y debería comentarlo con algún compañero o con un profesional).

Si comparamos los valores generales teóricos de la subescala de FC (media 13 y D.E= 6), con los resultados obtenidos en este estudio, podemos comprobar que la puntuación media de FC es similar en números generales (de todos los equipos: ESAD y UCPP) (media 14,35 y D.T= 7,199), siendo ligeramente inferior en el personal de los ESAD (media 12,29 y D.T= 4,631), y más elevada en la UCPP (media 19,17 y D.T= 10,068).

Al analizar los datos de los profesionales que puntúan más de 17 puntos (indicativo de posible FC), vemos que en la teoría el 25% de los encuestados puntúan así, entre todos los equipos de la Región de Murcia un 15% lo hacen, en los ESAD el 7,14%, y en la UCPP el 33%. Por lo tanto, aunque no encontremos DES para afirmar que en la UCPP se desarrolla más la FC que en los ESAD, los datos registran una mayor porcentaje, aunque su interpretación queda limitada por el bajo tamaño del grupo.

Al revisar la bibliografía existente sobre el tema, no encontramos publicaciones que estudien diferencias de FC entre trabajadores de CP de adultos o pediátricos. Pero si comparamos nuestros datos con publicaciones sobre FC en enfermeras encontramos datos similares a los nuestros.

La edad, por ejemplo, es un factor significativo, presentando una mayor FC los grupos de menor edad.^{19,20,21,22}

El turno de trabajo también es considerado importante en este tema. Valores más bajos de FC se asocian a turnos de trabajo fijos de mañanas. Sawatzky, en un estudio en el que participaron 261 enfermeras de urgencias de hospitales de Manitoba en Canadá, determina que el trabajo a turnos se asocia con la decisión de los trabajadores de abandonar su trabajo, y esta falta de compromiso es un predictor importante para factores como la SC y la FC.²³

Y la tercera DES que encontramos en nuestro trabajo, hacía referencia a la realización de actividades recreativas como soporte emocional y su relación con la FC. En la Región de Murcia, el 85% de los trabajadores de CP puntúan menos de 17 puntos en la subescala de FC, y el 80% refiere realizar actividades recreativas como soporte emocional. Si comparamos estos datos con diversas publicaciones, vemos que casi todos los factores de soporte como proporcionar los conocimientos psicoeducativos, programas de apoyo, oportunidades educativas, apoyo psicológico, o hipnosis, disminuían la FC^{19,22,24-34}. Sólo el estudio de Hilliard³⁵ sobre la influencia de musicoterapia en el nivel de la FC no presencié ningún cambio en el profesional de enfermería.

6.- CONCLUSIÓN

Tras los resultados obtenidos podemos concluir que trabajar en una unidad de CP con adultos o pediátrica, no determina que uno de los dos grupos vaya a presentar FC con más probabilidad.

Los datos en cambio, sugieren que la edad, el turno de trabajo y no realizar actividades recreativas, como tampoco contar con soporte emocional, parecen estar asociados en mayor medida en los participantes con puntuaciones más elevadas en FC.

Este trabajo presenta limitaciones a la hora de extraer conclusiones generalizables, siendo la más importante el limitado tamaño de la muestra utilizada. Otra limitación puede ser desconocer datos de otras poblaciones españolas similares que permitan realizar comparaciones. No obstante considero que estas limitaciones pueden plantear nuevos e interesantes interrogantes que permitan explorar la presencia de FC en los médicos y enfermeras que trabajan en CP, y detectar los factores de riesgo y de protección ante la misma, así como orientar en los requisitos formativos de estos colectivos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collins S, Long A. Working with psychological effects of trauma: consequences for mental health workersda literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:417–24
2. Figley C. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. en: Figley C, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel; 1995. p. 1–20
3. Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Ronfeldt HM. Predicting symptomatic distress in emergency service personnel. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(3):361–8
4. Acinas MP. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. S.E.M.P. Y P. [Internet]. 2011 [citado 8 Agosto 2016]; 2 (4): 1-22. Disponible en: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
5. Kazak AE, Rourke MT, Alderfer MA, Pai A, Reilly AF, Meadows AT. Evidence-based assessment, intervention and psychosocial care in pediatric oncology: a blueprint for comprehensive services across treatment. *J Pediatr Psychol* 2007 Oct;32(9):1099-110
6. Rourke MT. Fatiga por compasión del personal de los cuidados paliativos pediátricos. *Pediatr Clin N Am* 54 (2007) 631–44
7. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2011 [citado 8 Agosto 2016]; 16(1): 1. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Concept-of-Compassion-Fatigue.html>
8. Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs* 2009; 35(3): 199-204
9. Komachi MH, Kamibeppu K, Nishi D, Matsuoka Y. Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals. *Int J Nurs Pract* 2012; 18(2): 155-63
10. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41(6): 747-60
11. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Escobar Redonda E. La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI_GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 2001, 7 (1): 69-78

12. Fernández Abellán P, Allegue Gallego JM, Marín Montoya F, Carcar Benito JE, Navarrete Montoya A, Pozo Rodríguez M, et als. Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud 2006-2009. Ed Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. 2009.

13. Allegue Gallego, J. M. et als. Protocolo para el Desarrollo e Implementación del Plan Integral de Cuidados Paliativos en el Servicio Murciano de Salud. Ed Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. 2007

14. Cuidar y paliar, Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad Región de Murcia [citado 8 Agosto 2016]; Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es>

15. García Asensio MJ. Evolución Histórica De Los Cuidados Paliativos. Revisión Bibliográfica. Trabajo fin de grado. Universidad de Murcia; 2011

16. Callahan D. Los fines de la medicina, en Cuadernos de bioética. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá; 2004.

17. Stamm BH. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-III [Internet]. 1995 -2002. [citado 8 Agosto 2016]; Disponible en: <http://www.isu.edu/~bhstamm>

18. Morante Benadero MA, Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A. Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción-Versión IV- Tercera Revisión. [Internet]. 2005 [citado 8 Agosto 2016]; Disponible en: http://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf

19. Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. J Adv Nurs 2010; 66(8): 1819-31.

20. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, Olsen S. Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing 2010; 14(5): 56-62

21. Sung K, Seo Y, Kim JH. Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover Intention in Korean hospital nurses. J Korean Acad Nurs 2012; 42(7): 1087-1094

22. Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabbi L, Donisi V, Grigoletti L et al. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. Psychiatry Research 2012; 200: 933-38

23. Sawatzky JV, Enns CL. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management* 2012; 20: 696-707
24. Berger R, Gelkopf M. An intervention for reducing secondary traumatization and improving professional self-efficacy in well baby clinic nurses following war and terror: a random control group trial. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(5): 601-10
25. Meyer Rica ML, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs* 2014. DOI:10.1016/j.pedn.2013.12.008
26. Zadeh S, Gamba N, Hudson C, Wiener L. Taking care of care providers: a wellness program for pediatric nurse. *J Pediatr Oncol Nurs* 2012; 29(5): 294-9
27. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *J Pediatr Health Care* 2008; 22(1): 24-34
28. O'Neill LK. Mental health support in northern communities: reviewing issues on isolated practice and secondary trauma. *Rural Remote Health* 2010; 10(2): 1369
29. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(1): 3
30. Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *J Health Psychol* 2009; 14(2): 267-77.
31. Ruyschaert N. (Self) Hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. *Contemp. Hypnosis* 2009; 26(3): 159-172.
32. Harrowing JN. Compassion practice by Ugandan nurses who provide HIV care. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(1): 5
33. Boyle DA. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(1): 2
34. Running A, Tolle LW, Girard D. Ritual: the final expression of care. *Int J Nurs Pract* 2008; 14(4): 303-7
35. Hilliard RE. The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *The Arts in Psychotherapy* 2006; 33: 395-401

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

SEXO (HOMBRE/MUJER)	
EDAD	
PROFESION (ENFERMERO/A, MEDICO)	
ESPECIALIDAD (MATRONA, PEDIATRA...)	
ESTADO CIVIL	
Nº DE HIJOS	
AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	
AÑOS DE EXPERIENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS	
TIPO DE CONTRATO (FIJO, INTERINO, SUSTITUCION...)	
TURNO (DIURNO, PARTIDO, NOCTURNO...)	
CONOCIMIENTOS DE FATIGA POR COMPASION (SI/NO)	
ESTRÉS, RELACIONADO O NO CON TRABAJO (SI/NO)	
SATISFACCION POR COMPASION (SI/NO)	
TIENE SOPORTE PROFESIONAL-PSICOLOGICO (SI/NO)	
REALIZA ACTIVIDADES RECREATIVAS COMO SOPORTE EMOCIONAL (DEPORTE, MUSICOTERAPIA, TECNICAS DE RELAJACION...) (SI/NO)	

ANEXO II: proQOL TEST-vIV- PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE- Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales- Versión 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 cómo 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.

© B. Hudnall Stamm, *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-III*, 1995 - 2002, <http://www.isu.edu/~bhstamm>. This form may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, & (c) it is not sold.

(*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.

