

## **Reduciendo la fatiga por compasión en cuidadores formales a través de una intervención cognitiva-existencial**

Autores:

Paula Hidalgo-Andrade<sup>1,2</sup>,  
Silvia Martínez-Rodríguez<sup>1</sup>,  
María Carrasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Deusto, España

<sup>2</sup> Escuela de Psicología, Universidad de Las Américas, Quito-Ecuador

Áreas del conocimiento:

- Intervención psicológica en los contextos de salud, social y educativo.
- Bienestar psicológico, calidad de vida y salud.

Autor de contacto:

Paula Hidalgo Andrade, [paulahidalgo@opendeusto.es](mailto:paulahidalgo@opendeusto.es)

Correo electrónico autores:

Silvia Martínez-Rodríguez, [silvia.martinez@deusto.es](mailto:silvia.martinez@deusto.es)

María Carrasco, [mcarrasc@deusto.es](mailto:mcarrasc@deusto.es)

Áreas del conocimiento:

- Intervención psicológica en los contextos de salud, social y educativo.
- Bienestar psicológico, calidad de vida y salud.

**Palabras clave:**

Cuidadores, fatiga por compasión, cognitivo, existencial, autocuidado, intervención

## **Reduciendo la fatiga por compasión en cuidadores formales a través de una intervención cognitiva-existencial**

### **Resumen**

Los cuidadores formales de personas en cuidados paliativos pueden experimentar fatiga por compasión debido a la naturaleza de su trabajo. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa de base cognitivo-existencial de ocho sesiones para promover la satisfacción y reducir la fatiga por compasión de los cuidadores formales. El estudio tuvo un diseño longitudinal cuasiexperimental con Grupo Control en lista de espera en el que participaron 67 cuidadores formales de tres instituciones privadas en Quito, Ecuador. Los resultados se midieron mediante el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional, la Encuesta de Salud SF12-versión 2 y el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva. Los datos se recogieron pre y post-intervención y en tres seguimientos (tres, seis y nueve meses post-intervención). Los efectos se evaluaron con un ANOVA de medidas repetidas. Los cuidadores en el Grupo Experimental reportaron niveles significativamente menores de fatiga por compasión en comparación con el grupo de control ( $F_{1,65} = 5.95$ ,  $p = .017$ ,  $\eta^2 = 0.08$ ). Esta disminución se mantuvo en los seguimientos longitudinales. Se discuten las implicaciones y limitaciones del estudio.

### **Palabras clave:**

Cuidadores, fatiga por compasión, cognitivo, existencial, autocuidado, intervención

### **Introducción**

Los cuidados paliativos son un “enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados que enfrentan los problemas asociados a enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz, la correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual” (OMS, 2002, p. 84). Alrededor de 40 millones de personas requieren de estos cuidados a nivel mundial, sin incluir a sus familiares y allegados que son parte inherente de los cuidados paliativos (OMS, 2017)

Existen dos tipos de cuidadores que atienden a personas en cuidados paliativos: informales y formales. Los primeros son aquellos familiares del paciente que velan sus necesidades de la vida diaria (López García, 2016); mientras que los formales son los que están asociados a un sistema de servicio formal ya sea como trabajadores o como voluntarios (Caregiver Alliance, 2014; Kawasaki y Diogo, 2001; Litwin y Attias-Donfut, 2009). Esta investigación se enfocó en los cuidadores formales que integran el equipo multidisciplinario de cuidados paliativos e incluyen médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas y voluntarios (Devi, 2011; MacLeod, Skinner y Low, 2012; Weeks, Mcquarrie y Bryanton, 2008).

Los cuidadores formales de personas en cuidados paliativos proporcionan apoyo físico, psicológico y espiritual a los pacientes y sus familias. También deben tratar cuestiones como el sufrimiento, el dolor, el deterioro de la salud y la muerte (Faílde, Carballo, Lameiras y Rodríguez Castro, 2013). Además, pueden atravesar por circunstancias personales fuera de su rol de cuidadores que afectan sus vidas y sus

propias relaciones interpersonales (Atukunda, Memiah y Sibongile, 2013; Cohen-Katz et al., 2005). Sin embargo, brindar un cuidado digno al realizar este tipo de labor también es gratificante. Esta consecuencia positiva de cuidar se denomina satisfacción por compasión y se define como la alegría que proviene del cuidado de los demás (Stamm, 2010). La satisfacción suele ir acompañada de un sentimiento de crecimiento personal y cambio de perspectiva ante las situaciones debido a la exposición diaria a enfermedades, sufrimiento y muerte que les permite ver la capacidad de recuperación de los demás, redefinir sus propias prioridades en la vida (Beaune, Muskat y Antony, 2017), y desarrollar relaciones significativas (Benito Oliver, Arranz Carrillo y Cansio López, 2011). Esta satisfacción también está relacionada con una menor fatiga por compasión (Kelly, Runge y Spencer, 2015; Mota Vargas et al., 2016), mayor compromiso, esfuerzo, dedicación, mejor comunicación, sentimientos de efectividad y propósito (Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau y Rodríguez-Sánchez, 2014), mejor atención emocional y espiritual, y con tener una vida personal y laboral equilibrada (Alkema, Linton y Davies, 2013).

A pesar de las consecuencias positivas que pueden experimentar los cuidadores formales, ofrecer esta atención es exigente y, en ocasiones, los cuidadores pueden centrarse más en las necesidades de los demás y descuidar su autocuidado (Figley, 2002). Asimismo, si no poseen las herramientas necesarias para gestionar sus propios pensamientos, emociones y sentimientos, estos cuidadores pueden desarrollar agotamiento o *burnout* y fatiga por compasión (Almada, 2013; Stamm, 2010), síndromes que tienen repercusiones perjudiciales para la salud física y mental del cuidador (Hooper et al., 2010) y pueden causar pérdidas en la relación interpersonal con el paciente (Benito Oliver et al., 2011), baja productividad, desmotivación para cuidar (Atukunda et al., 2013), y una disminución en la calidad del cuidado que se brinda al paciente y a sus familiares (Gallagher, 2013; Kim et al., 2017; Ledoux, 2015).

La fatiga por compasión es el resultado del desgaste emocional por el cuidado brindado a los pacientes y sus familiares (Aycock y Boyle, 2009). Esta fatiga disminuye la capacidad y el interés para tolerar el sufrimiento de los demás y se relaciona con una sensación de desesperanza, aislamiento y confusión (Figley, 2002). Otra consecuencia negativa es el *burnout*, mismo que se ha identificado como una respuesta a factores estresantes crónicos en el trabajo y se describe como un síndrome multidimensional con tres características principales: agotamiento, despersonalización y reducción de la realización personal (Maslach et al., 2001). También se lo identifica como una dimensión (Stamm, 2010) y un resultado (Nolte et al., 2017) de la fatiga por compasión.

Aunque existen consecuencias positivas y negativas de ser cuidador formal, es indiscutible que realizar una actividad que es significativa y agotadora al mismo tiempo es difícil (Candrian, 2013). Por esto, se han desarrollado intervenciones para cuidar al cuidador utilizando diferentes enfoques y técnicas. Estos programas se han dirigido a mejorar la relación con el paciente (Wasner et al., 2005), mejorar las habilidades de comunicación (Clayton et al., 2012), aumentar las prácticas de *mindfulness* (Cohen-Katz et al., 2005; Mackenzie, Poulin y Seidman-Carlson, 2006), incrementar la calidad de vida profesional (Fillion et al., 2009), manejar la ansiedad hacia la muerte (Melo y Oliver, 2011), promover la resiliencia (Potter et al., 2013), e impulsar el autocuidado (Barbero, et al., 2014). Sin embargo, ninguna de estas intervenciones ha sido llevada a cabo en el contexto ecuatoriano, no existen resultados definitivos sobre su efectividad debido a la ausencia de protocolos rigurosos, carencia de grupos control y resultados variados, y

pocos han utilizado una base cognitiva-existencial (Cocker y Joss, 2016; Henry, 2014; Hill et al., 2016; van Mol et al., 2015). Sobre este último punto, a pesar que no se ha documentado la efectividad de las técnicas cognitivas y las terapias existenciales en cuidadores formales, parece que pueden ser de utilidad en esta población porque se ha comprobado su efectividad en el aumento de la calidad de vida en muestras relacionadas, como personas con cáncer, en cuidados paliativos, y en sus cuidadores informales (Applebaum, Kulikowski y Breitbart, 2015; Breitbart et al., 2015; Gagnon et al., 2015; Fegg et al., 2013; Fillion et al., 2009; Kissane et al., 2003; Regeher, Glancy, Pitts y LeBlanc, 2014; Vos, Craig y Cooper, 2015).

A la luz de lo expuesto sobre la creciente necesidad de cuidados paliativos a nivel mundial y las posibles consecuencias que tiene el otorgar este cuidado, el presente estudio busca responder a las necesidades de apoyo a los cuidadores formales en Quito, Ecuador debido a las repercusiones negativas que su labor puede producir en ellos y consecuentemente en sus pacientes. Así, el objetivo principal de este estudio fue la evaluación de la efectividad a largo plazo de la intervención grupal manualizada de base cognitivo-existencial desarrollada por Hidalgo Andrade y Martínez Rodríguez (2018). Esta tiene 8 sesiones de una hora de duración cada una y su objetivo principal es mejorar la calidad de vida profesional mediante el aumento de la satisfacción y la prevención o disminución la fatiga por compasión en los cuidadores formales de personas con necesidad de cuidados paliativos.

## **Método**

### **Diseño**

El estudio es parte de una investigación más amplia con un diseño longitudinal mixto cuasiexperimental de pre y post-test con un grupo de control en lista de espera. Aquí se muestran los resultados cuantitativos de la efectividad de la intervención cognitiva-existencial en las variables principales, fatiga y satisfacción por compasión, hasta un seguimiento de nueve meses.

### **Participantes**

Tres instituciones privadas sin fines de lucro que brindan atención a personas con demencia, cáncer y otras enfermedades crónicas y degenerativas, y al final de la vida en Quito (Ecuador) aceptaron participar en el estudio. La muestra final se compuso de 67 cuidadores formales con un rango de edad de 22 a 69 años (edad promedio = 42.75 años, DE = 13.57) y con un tiempo promedio de 90.72 meses (DE = 75.04) como cuidadores formales. Los criterios de inclusión fueron: ser cuidadores formales de personas con enfermedades crónicas o en cuidados paliativos y/o sus familiares por al menos 6 meses, ser mayor de edad y firmar el consentimiento informado, y el criterio de exclusión fue no tener contacto directo con pacientes y/o sus familiares.

En cada institución, los participantes fueron divididos de manera no aleatoria al Grupo Experimental o Control de acuerdo con la disponibilidad horaria de su institución. Los grupos no mostraron diferencias significativas en las variables del estudio en la línea base. Los datos sociodemográficos de la muestra por grupos se indican en la Tabla 1.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra por grupos.**

Variables	Grupo Experimental (n = 29)		Grupo Control (n = 38)	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombres	1	3.4	7	18.4
Mujeres	28	96.6	31	81.6
Estado civil				
Soltero	7	24.1	12	31.6
Unión libre	1	3.4	4	10.5
Casado	17	58.6	16	42.1
Divorciado	2	6.9	5	13.2
Otro	2	6.9	1	2.6
Educación				
Primaria	2	6.9	2	5.3
Secundaria	4	13.8	8	21.1
Pregrado	11	37.9	20	52.6
Postgrado	12	41.4	8	21.1
Institución				
Hospice	14	48.3	10	26.3
Hospital Oncológico	10	34.5	20	52.6
Fundación TASE	5	17.2	8	21.1
Ocupación				
Voluntario	5	17.2	10	26.3
Enfermero	6	20.7	12	31.6
Auxiliar	4	13.8	7	18.4
Médico	6	20.7	5	13.2
Otro	8	27.6	4	10.5
Horas por semana en institución				
35 o más (tiempo completo)	13	44.8	16	42.1
10 a 34 (medio tiempo)	10	34.5	7	18.4
1 a 9 (por horas)	6	20.7	15	39.5
Libertad percibida en el lugar del trabajo				
Muy poca	2	6.9	1	2.6
Poca	2	6.9	0	0
Alguna	9	31	18	47.4
Mucha	16	55.2	19	50
Supervisión percibida en el lugar de trabajo				
Ninguna	1	3.4	1	2.6
Muy poca	3	10.3	4	10.5
Poca	4	13.8	1	2.6
Alguna	14	48.3	20	52.6
Mucha	7	24.1	12	31.6
Experiencia personal pasada relacionada con su labor				
Sí	18	62.1	16	42.1
No	11	37.9	22	57.9
Experiencia personal actual relacionada con su labor				
Sí	12	41.4	7	18.4
No	17	58.6	31	81.6

## Instrumentos

Los participantes completaron un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia que incluía preguntas sobre su papel como cuidadores y su percepción de libertad y supervisión en el trabajo. También completaron los siguientes cuestionarios de autoinforme:

1. Escala de calidad de vida profesional (ProQoL), cuarta edición (Stamm, 2005, adaptación española de Morante Benadero, Moreno Jiménez y Rodríguez Muñoz). Este

cuestionario contiene 30 ítems que miden tres constructos: satisfacción por compasión, agotamiento (*burnout*) y fatiga por compasión. En este estudio, la fiabilidad  $\alpha$  de cada subescala fue de .87, .68 y .82, respectivamente. Las opciones de respuesta van desde 0 (nunca) a 5 (siempre). Para calificar, cinco ítems que pertenecen a la subescala de agotamiento deben invertirse. No hay puntaje total; la puntuación de cada constructo se obtiene sumando los valores de los 10 elementos de cada subescala. Los resultados se interpretan como bajo ( $\leq 22$ ), promedio (23-41) y alto ( $\geq 42$ ).

2. Cuestionario de Regulación de la Emoción Cognitiva (CERQ), versión corta (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2002, adaptación al español de Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y Holgado-Tello, 2011). Contiene 18 ítems que miden nueve estrategias de regulación emocional cognitiva. En este estudio, el  $\alpha$  de Cronbach de cada subescala fue de autoculparse .91, aceptación .86, rumiación .72, focalización positiva .74, refocalización en los planes .72, reinterpretación positiva .71, poner en perspectiva .61, catastrofización .90 y culpar a otros .57. Las opciones de respuesta van desde 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Para la calificación, se suman los elementos que componen cada subescala; cuanto mayor sea el puntaje, mayor es el uso de esa estrategia.

3. SF-12 versión 2 (Maruish, 2012). Este cuestionario evalúa el estado de salud de un individuo con ocho dominios: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. También incluye un resumen del componente de salud física y mental que agrega las escalas. El  $\alpha$  de Cronbach fue .68 para el componente físico y .69 para el componente mental. Los puntajes directos se traducen en puntajes *t* para permitir comparaciones. Puntuaciones iguales o superiores a 45 muestran un promedio en el dominio de salud específico y cualquier valor inferior a 47 muestra un funcionamiento deteriorado.

## **Procedimiento**

Luego de obtener el aval del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Deusto (Ref: ETK 3 / 16-17), se estableció contacto con siete instituciones que actualmente cuentan con una unidad de cuidados paliativos o que se especializan en brindar atención a personas con enfermedades crónicas degenerativas en Quito, Ecuador; cuatro aceptaron participar. Se llevó a cabo una reunión en cada institución para reclutar participantes. Inicialmente, 100 personas firmaron el consentimiento informado que especificaba los detalles de la investigación, la naturaleza confidencial y voluntaria de su participación, y los detalles de contacto de la investigadora principal. Los criterios de inclusión fueron ser cuidador formal por al menos seis meses y tener contacto directo con los pacientes y / o con sus cuidadores principales.

Una vez que los participantes fueron reclutados, cada uno tuvo una entrevista individual con la investigadora principal y completó los cuestionarios (línea de base). Para mantener la confidencialidad, cada participante usó un código personal para los cuestionarios. Los datos de una de las instituciones ( $n = 8$ ) no se incluyeron en el estudio porque no cumplían con los criterios de inclusión. Las instituciones participantes restantes fueron: Fundación con servicio de centro del día para personas con demencia y grupos de apoyo para sus cuidadores informales ( $n = 16$ ); el personal de emergencia y del equipo de cuidados paliativos de un Hospital Oncológico con servicios de hospitalización y ambulatorios ( $n = 43$ ); y un Hospice especializado en cuidados paliativos con de consulta externa, hospitalización, y visitas de atención domiciliaria ( $n =$

33). Los participantes fueron asignados a uno de los dos grupos: Experimental (n = 43) o Control (n = 49), de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de sus horarios institucionales. El diagrama de flujo del estudio se muestra en la Figura 1.

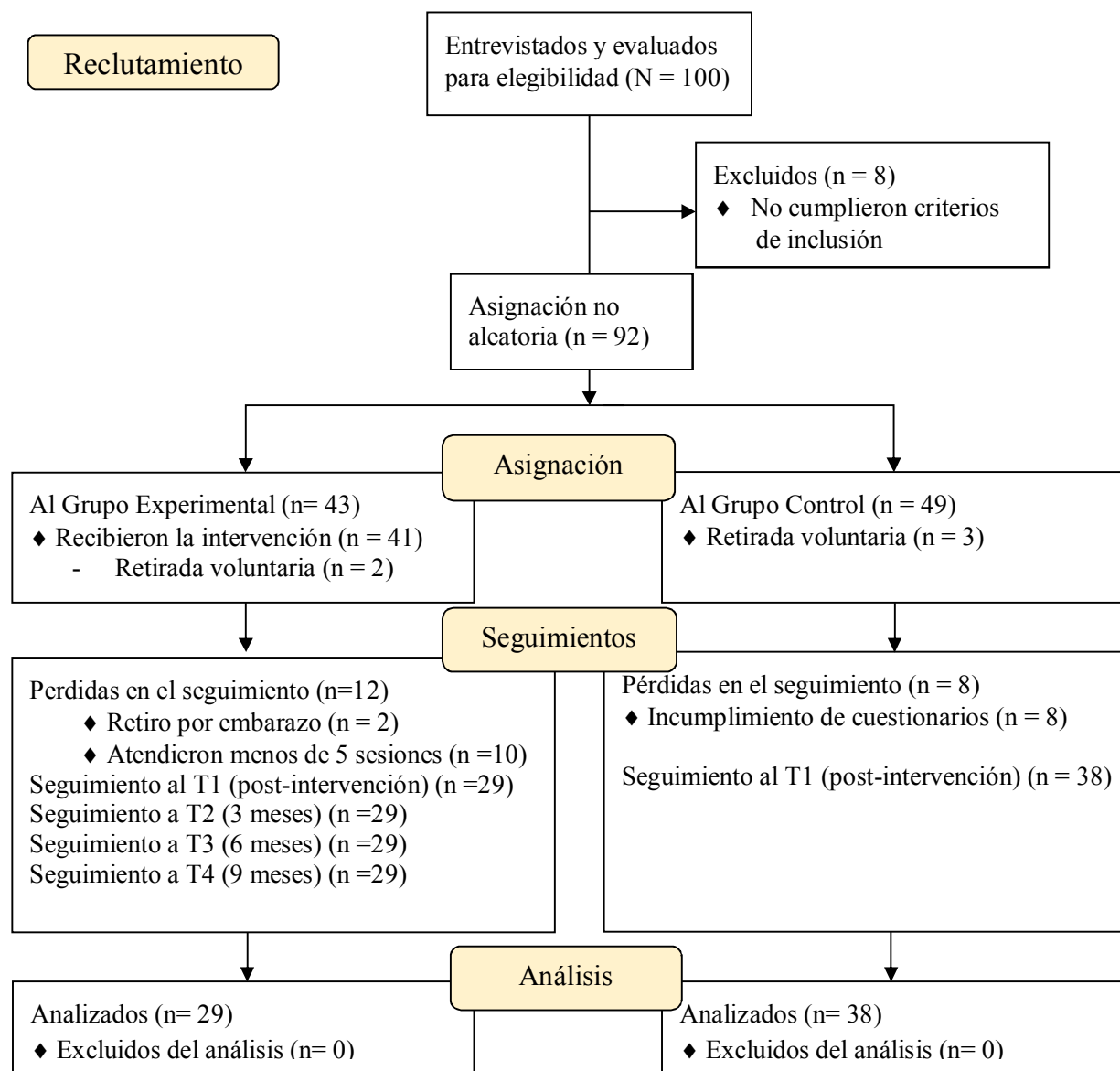


Figura 1. Flujograma del estudio.

Formados los dos grupos en cada institución, los cuidadores del Grupo Experimental participaron en la intervención que comenzó en octubre de 2016, mientras que los del Grupo Control esperaron. Al finalizar las sesiones, todos los participantes completaron los cuestionarios nuevamente (Tiempo 1), y los cuidadores del Grupo Control recibieron la intervención. Los participantes del Grupo Experimental tuvieron tres seguimientos más: tres (Tiempo 2), seis (Tiempo 3) y nueve meses (Tiempo 4) después de la intervención.

Todos los grupos variaron de 5 a 15 participantes por sesión y todas las sesiones se llevaron a cabo en cada institución por la investigadora principal, psicóloga clínica y logoterapeuta certificada. En total, hubo una tasa de deserción de 27% y la muestra final utilizada en los análisis consistió en 67 participantes, 29 en el Grupo Experimental y 38 en el Grupo Control. La cantidad media de sesiones atendidas fue de 6.9 (DE = 0.97).

La intervención aplicada, desarrollada y manualizada por Hidalgo Andrade y Martínez Rodríguez (2018), es de tipo psicoeducativa grupal basada principalmente en la terapia existencial (logoterapia) y la teoría cognitiva. Incluye una perspectiva existencial de la salud (Acevedo, 2014), estrategias de autocuidado, técnicas de relajación (Smith, 1999/2009), escritura reflexiva (Mendoza, 2004), reestructuración cognitiva y terapia racional emotiva (Ellis y Abrahms, 2005). Fue diseñada para disminuir o prevenir la fatiga por compasión y aumentar la satisfacción por compasión de cuidadores formales de equipos de atención multidisciplinaria, a través de factores que se han evidenciado importantes en el desarrollo de la satisfacción y la prevención de la fatiga y el agotamiento (Epp, 2012; Gallagher, 2013; Nolte et al., 2017) como promover el autoconocimiento, fomentar la comunicación significativa en el equipo y aumentar la autoconciencia de la importancia del autocuidado.

Esta intervención consta de ocho sesiones divididas en reuniones semanales de una hora cada una (total ocho horas). Todas las sesiones siguen la misma estructura: comienzan con una breve técnica de relajación y respiración, continúan con el contenido de la sesión y finalizan con una cita de reflexión personal sobre el tema cubierto y un ejercicio individual de escritura reflexiva. La Tabla 2 resume los temas, subtemas y las estrategias utilizadas en cada sesión.

**Tabla 2. Temas, subtemas y estrategias principales de la intervención cognitiva-existencial.**

<b>Tema principal</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Estrategias principales</b>
1. Introducción al programa	Cambio de paradigma salud-enfermedad Ontología dimensional	Psico-educación Escritura reflexiva
2. Valores de experiencia	Seres únicos e irrepetibles Comportamientos saludables y factores de riesgo de estilo de vida	Autobiografía Diario de las horas bellas
3. Valores de experiencia	El vínculo y el encuentro Acompañar vs curar	Biblioterapia Autodistanciamiento
4. Valores de creación	Aceptación de los límites personales	Reconocimiento y modificación de pensamientos y emociones Establecimiento de objetivos
5. Valores de creación	Lo trascendente Lo coherente Elección de servicio	Autodistanciamiento Técnica “¿Qué hubiera sido si...?”
6. Valores de actitud	El sentido del sufrimiento La esperanza y la finitud de la vida Libertad y responsabilidad de elegir	Autorregulación emocional Resignificación de situaciones
7. Valores de actitud	Saber reír El sentido	Derreflexión Intención paradójica
8. Autocuidado con sentido	Revisión de técnicas de autocuidado Evaluación de la intervención	Escritura reflexiva Autodistanciamiento

## Plan de análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 23 del programa SPSS de IBM. Se usaron análisis descriptivos y correlacionales para explorar los resultados de los cuestionarios, y se realizó un ANOVA de medidas repetidas para probar la efectividad de la intervención comparando los grupos y a largo plazo con el Grupo Experimental.

## Resultados

### Análisis descriptivos y correlacionales

En este estudio se procuró reflejar la realidad de la provisión de los cuidados paliativos al incluir en su muestra diferentes entornos de atención y cuidadores formales con diferentes roles dentro del equipo multidisciplinario. En referencia a la muestra, en general, los participantes reportaron baja fatiga por compasión (83.6%), bajo agotamiento (76.1%) y moderada (35.8%) a alta (62.7%) satisfacción por compasión. Estos resultados añaden al argumento que puede existir una sobre-prevalencia del agotamiento o la fatiga por compasión en la literatura actual (van Mol et al., 2015). Los cuidadores de esta muestra también informaron buenos niveles de salud con puntajes por encima del promedio en salud general (98.5%), salud física (100%) y en salud mental (97%). En cuanto a las estrategias cognitivas emocionales, los participantes reportaron utilizar (de menor a mayor frecuencia): culpar a otros (6%), autoculparse (10.4%), catastrofización (14.9%), rumiación (38.5%), aceptación (53.7%), refocalización positiva (70.1%), poner en perspectiva (80.6%), refocalización en los planes (83.6%) y reevaluación positiva (94%). Los estadísticos descriptivos de todas las variables por grupos se indican en la Tabla 3. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables entre los grupos al inicio del estudio.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables en línea base por grupos.**

Variables	Grupo Experimental (n = 43)		Grupo Control (n = 49)	
	M (DE)	Rango	M (DE)	Rango
Calidad de vida profesional (0-50)				
Satisfacción	42.39 (7.21)	29 – 50	42.59 (5.42)	11 – 50
Fatiga por compasión	16.58 (8.25)	2 – 30	14.66 (7.38)	2 – 47
<i>Burnout</i>	18.58 (6.83)	8 – 28	18.31 (5.35)	4 – 34
Estrategias de regulación emocional (2-10)				
Rumiación	5.29 (1.93)	2 – 10	5.10 (2.11)	2 – 10
Catastrofización	3.58 (1.64)	2 – 8	3.72 (1.60)	2 – 8
Auto culparse	3.42 (1.75)	2 – 10	3.55 (1.92)	2 – 9
Culpar a otros	3.11 (1.06)	2 – 8	3.28 (1.71)	2 – 6
Poner en perspectiva	7.66 (2.15)	3 – 10	7.34 (2.04)	2 – 10
Aceptación	6.03 (2.37)	3 – 10	5.72 (2.09)	2 – 10
Focalización positiva	6.82 (2.47)	2 – 10	6.41 (2.37)	2 – 10
Reevaluación positiva	8.61 (1.41)	4 – 10	8.48 (1.77)	5 – 10
Focalización en planes	7.50 (1.98)	4 – 10	7.55 (2.20)	3 – 10
Salud (0-100)				
Salud general	53.35 (5.94)	33.84 – 63.66	52.27 (6.37)	47.75 – 63.66
Salud física compuesta	54.45 (5.10)	39.11 – 64.21	53.05 (5.95)	43.60 – 65.67
Salud mental compuesta	49.23 (9.80)	24.61 – 62.48	49.48 (7.89)	25.85 – 63.68

No se encontró correlaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las principales variables: satisfacción y fatiga por compasión. Este

resultado es similar a otras investigaciones (Branch y Klinkenberg, 2015; Hegney et al., 2014). Con respecto a las variables secundarias, únicamente el número de horas como cuidador formal se correlacionó positivamente con la focalización positiva, y el nivel de educación se correlacionó negativamente con culpar a los demás. Al igual que en el estudio de Kase, Waldman y Weintraub (2018) no hubo diferencias significativas en la fatiga por compasión y los niveles de satisfacción por compasión de acuerdo con los roles de los cuidadores y el tipo de atención.

Al analizar las correlaciones entre las variables principales y secundarias se encontró que el agotamiento se correlacionó negativamente con la satisfacción por compasión y positivamente con la fatiga por compasión, contribuyendo a la literatura que separa los constructos agotamiento y fatiga por compasión (Alkema et al., 2008; Slocum-Gori et al., 2011; Wright, 2004). Los resultados también revelaron asociaciones negativas significativas entre la fatiga por compasión y el componente de salud mental. Esto muestra que la fatiga por compasión puede tener un mayor impacto en la salud que el agotamiento.

### **Efectividad de la intervención**

Para medir la efectividad de la intervención en la satisfacción por compasión y los niveles de fatiga por compasión, se estableció el nivel de  $p$  en .05 bilateral y se realizó un ANOVA de medidas repetidas. En el Tiempo 1, inmediatamente después de la intervención, el nivel de fatiga por compasión disminuyó significativamente en el Grupo Experimental en comparación con el Grupo Control ( $F_{1,65} = 5.95, p = .017, \eta^2 = .08$ ). Las otras variables no tuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos.

Los tres seguimientos longitudinales realizados al Grupo Experimental para medir el mantenimiento de la efectividad de la intervención mostraron que la disminución inicial en el nivel de fatiga por compasión se mantuvo significativa a los tres meses ( $F_{1,28} = 4.22, p = .049, \eta^2 = .13$ ) y hasta los nueve meses ( $F_{1,28} = 4.36, p = .046, \eta^2 = .13$ ). Otras variables también presentaron cambios significativos en comparación a la línea base: la satisfacción por compasión aumentó al seguimiento de los tres meses ( $F_{1,28} = 4.47, p = .043, \eta^2 = .14$ ), la estrategia cognitiva focalización en los planes aumentó a los nueve meses ( $F_{1,28} = 6.11, p = .020, \eta^2 = .18$ ), y la salud mental compuesta aumentó post-intervención ( $F_{1,28} = 9.39, p = .005, \eta^2 = .25$ ).

Los resultados obtenidos para alcanzar el objetivo principal muestran que esta intervención disminuye efectivamente los niveles de fatiga por compasión hasta nueve meses después de finalizada la intervención. Además, aunque los cambios en los niveles de agotamiento y la satisfacción por compasión no fueron estadísticamente significativos al comparar los grupos, tendieron a mejorar y deberían ser explorados en futuras investigaciones. Al igual que los hallazgos de Cocker y Joss (2016), en este estudio no hubo cambios significativos en todos los constructos de la calidad de vida profesional del cuidador. La falta de significación estadística en la variación de los niveles de agotamiento puede atribuirse al hecho de que se necesitan medidas organizativas para lograr cambios significativos en esta variable (Jones y Johnston, 2000).

Con respecto a la variable satisfacción por compasión, no tuvo un cambio significativo al comparar los dos grupos, pero sí en el seguimiento del Grupo Experimental a los tres meses post-intervención. La falta de un cambio significativo inicial podría deberse a que la muestra en el estudio informó una satisfacción promedio a alta

al inicio del estudio e indicó mayor uso de estrategias cognitivas adaptativas; mientras que el aumento significativo en el seguimiento podría atribuirse a la implementación de estrategias de autocuidado y al mejor uso de las estrategias cognitivas, especialmente dado que la satisfacción por compasión se correlacionó negativamente con las estrategias de regulación emocional cognitiva menos adaptativas y positivamente con las más adaptativas.

Estos resultados son de gran importancia porque sugieren que el aumento de la satisfacción por compasión puede prevenir problemas emocionales y sintomatología ya que la reevaluación positiva se relaciona con tener menos síntomas de psicopatología (Garnefski et al., 2002), mientras que, otras estrategias de cognitivas de regulación emocional como autoculparse, rumiación y catastrofización juegan un papel importante en la relación con los problemas emocionales como la depresión (Kraaij, Pruyboom y Garnefski, 2002) y la ansiedad (Garnefski et al., 2002). Futuras investigaciones para aumentar la satisfacción deberían considerar abordar estas estrategias de regulación específicamente.

A pesar de la utilidad de los hallazgos, este estudio no está exento de limitaciones. Debido a los exigentes horarios de trabajo y las demandas del propio rol de los cuidadores formales, es difícil llevar a cabo este tipo de intervenciones (Mackenzie et al., 2006) y realizar un verdadero experimento. Además, se debe ser cauteloso al generalizar los resultados, ya que la muestra solo incluye cuidadores formales pertenecientes a instituciones privadas en Quito, Ecuador. Puede que aquellos de instituciones públicas o de otra situación geo-cultural presenten otras características. Otras limitaciones incluyen el tamaño de la muestra y el hecho de haber presentado buena salud percibida, alta satisfacción, bajo agotamiento y baja fatiga por compasión al inicio, la deserción que fue mayor que otros estudios (van der Klink y Schene, 2001) y el uso de cuestionarios de autoinforme que pueden sesgar los resultados.

### **Conclusiones**

Este estudio informa la efectividad de la intervención psicoeducativa grupal de base cognitiva-existencial para reducir a largo plazo la fatiga por compasión de cuidadores formales de personas con necesidades de cuidados paliativos. Estos hallazgos colaboran con la literatura internacional ya que el diseño longitudinal para medir la efectividad de este tipo de intervenciones es poco común (Cocker y Joss, 2016). Además, por ser manualizada, esta es una intervención efectiva y replicable. Así, las organizaciones que brindan cuidados paliativos pueden implementarla para prevenir o disminuir los niveles de fatiga por compasión de su personal sanitario y voluntarios. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio cuasiexperimental con un enfoque cognitivo-existencial en esta población de cuidadores en América del Sur y sus resultados ayudan a explorar más a fondo los beneficios de las intervenciones cognitivo-existenciales.

Futuras investigaciones podrían replicar esta intervención en una muestra de cuidadores de instituciones públicas, cuidadores con alta fatiga por compasión, alto agotamiento y baja satisfacción, y en muestras más grandes y en diferentes sectores para determinar si estos hallazgos pueden generalizarse. También podría probar la intervención con cuidadores formales e informales fuera del alcance de los cuidados paliativos.

## Referencias

- Acevedo, G. (2014). El modo humano de enfermar: desde la perspectiva de la Logoterapia de Viktor Frankl (6th ed). Argentina: Integral Print.
- Alkema, K., Linton, J., & Davies, R. (2008) A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4(2), 101-119. doi: 10.1080/15524250802353934
- Almada, R. (2013). *El cansancio de los buenos*. Madrid: Ciudad Nueva.
- Applebaum, A., Kulikowski, J., & Breitbart, W. (2015). Meaning-centered psychotherapy for cancer caregivers (MCP-C): rationale and overview. *Palliative and Supportive Care*, 13, 1631-1641. doi:10.1017/S1478951515000450
- Atukunda, R., Memiah, P., & Sibongile, C. (2013). Care for the caregiver: stress relief and burnout among health workers in HIV care. *Global journal of medicine and public health* 2(2), 1-7.
- Aycock, N. & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. doi: 10.1188/09.CJON.183-191.
- Barbero, J., Fernández-Herreruela, P., García-Llana, H., Mayoral-Pulido, O., & Jiménez-Yuste V. (2013). Valoración de la eficacia percibida de la dinámica grupal “¿qué-tal?” Para el autocuidado y aprendizaje mutuo en un equipo asistencial. *Psicooncología*, 10(2-3), 353-363. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.n2-3.43453
- Beaune, L., Muskat, B., & Anthony, S. (2017). The emergence of personal growth amongst healthcare professionals who care for dying children. *Palliative and Supportive Care*, 1-10. doi: 10.1017/S1478951517000396
- Benito Oliver, E., Arranz, P., & Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación médica continuada en atención primaria*, 18(2), 59-55.
- Branch, C. & Klinkenberg, D. (2015). Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(3), 160–166. doi: 10.1097/NMC.0000000000000133
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749-767. doi: 10.1200/JCO.2014.57.2198
- Candrian, C. (2013). Taming death and the consequences of discourse. *Human relations*, 67(1), 53-69. doi: 10.1177/0018726713485472
- Caregiver Alliance. (2014). *Definitions*. Recuperado el 1 de noviembre de 2015, de <https://www.caregiver.org/definitions-0>
- Clayton, J., Butow, P., Waters A., Lidsaar-Powell, R., O'Brien, A., Boyle, F., Back, A., Arnold, R., Tulskey, J., & Tattersall, M. (2012). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctor's confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative Medicine*, 27(3), 236-243. doi: 10.1177/0269216312449683
- Cocker, F. & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 618-636. doi: 10.3390/ijerph13060618
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D., & Shapiro, S. (2005). The effects of Mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part III. *Holistic Nursing Practice*, 19, 78-86.
- Devi, P. S. (2011). A timely referral to palliative care team improves quality of life. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(41), 14-16. Disponible en <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2011/17/4/14/76233>

- Domínguez-Sánchez F, Lasa-Aristu A, Amor P., & Holgado-Tello F. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Assessment*, 20(2):253-261. doi: 10.1177/1073191110397274
- Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax México.
- Faílde, J., Carballo, J., Lameiras, M., & Rodríguez Castro, Y. (2013). Personalidad resistente, calidad de vida y burnout en profesionales de la salud de centros gerontológicos. *Salud i Ciencia*, 19(7), 599-606.
- Fegg, M., Brandstätter, M., Kögler, M., Hauke, G., Rechenberg-Winter, P., Fensterer, H., Küchenhoff, H., Hentrich, M., Belka, C., & Borasio, G.D. (2013). Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, doi: 10.1002/pon.3260
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*. 58(11), 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., Bairati, I., & Breitbart, W. (2009). Impact of meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18, 1300-1310. doi: 10.1002/pon.1513
- Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M. A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J. P., Le moignan Moreau, J., & Breitbart, W. (2015). A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: a pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 13, 981-990. doi: 10.1017/S147895151400073X
- Garnefski N, Kraaij V., & Spinhoven P. (2002). *Manual for the use of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611. doi: 10.1006/jado.2002.0507,
- Hegney, D., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., & Drury V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22, 506-518. doi: 10.1111/jonm.12160
- Henry, B. (2014). Nursing burnout interventions: what is being done? *Clinical journal of oncology nursing*, 18(2), 211-214. doi: 10.1188/14.CJON.211-214
- Hernández-Vargas, C., Llorens-Gumbau, S., & Rodríguez-Sánchez, A. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), 247-258. doi: 10.6018/analesps.30.1.143631
- Hidalgo Andrade, P. & Martínez Rodríguez, S. (2018). Increasing satisfaction and reducing compassion fatigue: Development of a cognitive-existential psychoeducational intervention for formal caregivers. Manuscrito enviado a publicación.
- Hill, R., Dempster, M., Donnelly, M., & McCorry, N. (2016). Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliative Medicine*, 30(9), 825-833. doi: 10.1177/0269216316637237
- Hooper C., Craig, J., Janvin, D., Wetsel, M., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency. Nursing*, 36(5), 420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027
- Jones, M. & Johnston, D. (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 66-74.
- Kase, S.M., Waldman, E.D., & Weintraub, A.S. (2018). A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative

- care providers in the United States. *Palliative and Supportive Care*, 1–7. doi: 10.1017/S1478951517001237
- Kawasaki, K. & Diogo, M. J. (2001). Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(3), 251-264. doi: 10.1590/S0080-62342001000300009
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522-528.
- Kissane, D., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & Mckenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 12, 532-546. doi: 10.1002/pon.683
- Kraaij, E., Pruyboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Ageing & Mental Health*, 6(3), 275-281. doi: 10.1080/13607860220142387
- Litwin, H. & Attias-Donfut, C. (2009). The inter-relationship between formal and informal care: a study in France and Israel. *Ageing and Society*, 29(1), 71-91. doi: 10.1017/S0144686X08007666
- López García, E. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Revista de enfermería CyL*, 8(1), 71-77. ISSN 1989-3884. Accesible en internet: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>
- Mackenzie, C., Poulin, P., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, 105-109. doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
- MacLeod, A., Skinner, M., & Low, E. (2012). Supporting hospice volunteers and caregivers through community-based participatory research. *Health and social care in the community*, 20(2), 190-198.
- Maruish, M. (ed). (2012). User's manual for the SF-12v2 Health Survey. 3ra ed. Lincoln: RI: QualityMetric Incorporated.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual reviews of psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Melo, C. G. & Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *Journal of Palliative Care*, 27(4), 287–295.
- Mendoza, R. (2004). La escritura reflexiva como práctica cotidiana de los pre-adolescentes y los adolescentes españoles: situación actual y características asociadas (1). *Revista de Educación*, 335, 467-495.
- Mota Vargas, R., Mahtani-Chugani, V., Solano Pallero, M., Rivero Jiménez, B., Cobo Domínguez, R., & Robles Alonso, V. (2016). The transformation process for palliative care professionals: The metamorphosis, a qualitative research study. *Palliative Medicine*, 30(2), 161-170. doi: 10.1177/0269216315583434
- Nolte, A., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4364–4378. doi: 10.1111/jocn.13766
- Organización Mundial de la Salud. (2002). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2ª edición. Ginebra. ISBN 92 4 154557 7
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto, 2017). *Cuidados paliativos, notas descriptivas*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
- Potter, P., Deshields, T., Allen, J., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 180-187. doi: 10.1188/13.ONF.180-187
- Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians. A review and meta-analysis. *The Journal of*

- Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353-359. doi: 10.1097/NMD.000000000000130
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Wy Chan, W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2011). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178. doi: 10.1177/0269216311431311
- Smith, J. (2009). *Entrenamiento ABC en relajación*. (Aldekoa, J, Trans). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. (Trabajo original publicado en 1999).
- Stamm, B. H. (2005). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL). Obtenido de [http://www.proqol.org/uploads/ProQol\\_vIV\\_Spanish\\_Oct05.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf)
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Obtenido 15 de noviembre, 2015 de [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
- Van der Klink, J. & Schene, A. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276.
- Van Mol, M., Kompanje, E., Benoit, D., Bakker, J., & Nijkamp, M. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLOS one*, 10(8). doi:10.1371/journal.pone.0136955
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 83(1), 115-128. doi: 10.1037/a0037167
- Wasner, M., Longaker, C., Johannes Fegg, M. & Borasio, G. D. (2005). Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine*, 19, 99-104. doi: 10.1191/0269216305pm995oa
- Weeks, L., Mcquarrie, C., & Bryanton, O. (2008). Hospice palliative care volunteers: a unique care link. *Journal of Palliative Care*, 24(2), 85-93.
- Wright, B. (2004). Compassion fatigue: how to avoid it (Editorial). *Palliative Medicine*, 18, 3-4.