

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros: **FERNANDA CAROLINA LOMAS AMAGUA**, con C.I. 172649485-7 y **TATIANA PAMELA UBIEDA MASABANDA** con C.I. 172579095-8 autoras del trabajo de graduación intitulado: **“EFECTOS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS”**. Estudio realizado desde el enfoque **Cognitivo Conductual en 24 profesionales de la salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de la ciudad de Quito durante el período 2020**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGAS CLÍNICAS**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, diciembre 2020.



FERNANDA CAROLINA LOMAS AMAGUA

C.I. 172649485-7



TATIANA PAMELA UBIEDA MASABANDA

C.I. 172579095-8

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO
CLÍNICO**

**EFFECTOS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES
PALIATIVOS**

**Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual en 24 profesionales de la salud
en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de
la ciudad de Quito durante el período 2020**

Fernanda Carolina Lomas Amagua

Tatiana Pamela Ubieda Masabanda

DIRECTORA

María Alexandra Valarezo Loayza, PhD

QUITO, 2020

DEDICATORIA

A las instituciones que nos brindaron su apoyo y especialmente a los profesionales que laboran en el área de Cuidados Intensivos Neonatales, que brindan su cuidado, apoyo, servicio y acompañan a sus pacientes y a sus familias, desde el primer hasta el último día en este recorrido lleno de subidas y bajadas pero también lleno de amor y de esperanza.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen Dolorosa por iluminar cada paso que doy.

A mi Madre Beatriz que es el pilar fundamental en mi vida.

A mi familia, especialmente a mis primas Silvia y Belén. A mi primo Hugo que me acompaña desde el cielo y a la más pequeña Arelys por llenarme de amor incondicional.

Y especialmente a mí misma.

Tatiana Ubieda

A mi familia, Mariana, Lubar y Alejandro, gracias.

Carolina Lomas

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
ÍNDICE.....	III
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
INDICE DE ANEXOS.....	VIII
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	XII
Capítulo 1.....	1
La Fatiga por Compasión.....	1
1.1. Causas de la Fatiga por Compasión.....	2
1.1.1. Signos de la Fatiga por Compasión.....	3
1.1.2. Estrés Residual por Compasión.....	3
1.2. Definición de conceptos.....	4
1.2.1. Estrés.....	5
1.2.2. Efectos del estrés en la salud Integral Biopsicosocial.....	5
1.2.3. Enfermedades emergentes ante la exposición prolongada de factores estresantes.....	6
1.2.4. Estrés Traumático Secundario.....	6
1.2.5. Traumatización Vicaria.....	7
1.2.6. Síndrome de Burnout.....	8
1.2.7. Trastorno de Estrés Postraumático.....	9
Capítulo 2.....	9
Cuidados Paliativos.....	9
2.1. Medicina Paliativa.....	11

2.1.1. Cuidados Paliativos y Medicina Paliativa	11
2.1.2. Semejanzas entre los Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa.....	12
2.1.3. Diferencias entre Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa	12
2.1.4. Principios generales del control de síntomas	13
2.2. Enfermedades Crónicas	14
2.2.1. Factores de riesgo	14
2.2.2. Factores Conductuales o modificables.....	15
2.2.3. Conductas de Salud	15
2.2.4. Factores Biológicos	16
2.3. Enfermedades Terminales.....	17
2.3.1. Etapas de evolución de las enfermedades terminales.....	17
2.3.2. Síntomas en la Fase de Agonía	18
2.4. Comunicar malas noticias	18
2.5. Enfermedades en Neonatos	20
2.5.1. Enfermedades Congénitas	20
2.5.2. Enfermedades Respiratorias	21
2.5.3. Enfermedades Infecciosas	21
2.5.4. Detección y tratamiento de enfermedades en los Neonatos	22
2.6. Duelo.....	23
Capítulo 3.....	24
Profesionales de la Salud en Cuidados Paliativos	24
3.1. Relación de ayuda.....	24
3.1.1. Elementos de la Relación de Confianza	25
3.1.2. Fuentes de Desgaste	25
3.2. Prevención de la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud	26
3.2.1. Programa de Prevención del Desgaste por Empatía	27
3.2.2. Modelo General de Resiliencia a la Fatiga por Compasión.....	27

3.2.3. Modelo Salutogénico.....	29
3.2.4. Perspectiva Biopsicosocial de la Salud.....	31
Capítulo 4.....	32
Marco Metodológico	32
4.1. Participantes	33
4.1.1 Criterios de Inclusión	33
4.1.2. Criterios de Exclusión	33
4.2. Procedimiento	33
4.3. Instrumentos	34
4.3.1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - Versión IV)	
.....	34
4.3.2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E).....	35
4.3.3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se	
desempeña en la atención de pacientes paliativos.....	36
4.4. Presentación de datos.....	37
4.4.1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - IV).	37
4.4.2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)	40
4.4.3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se	
desempeña en la atención de pacientes paliativos.....	41
4.5. Análisis de datos	48
4.5.1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - Versión IV)	
.....	48
4.5.2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)	49
4.5.3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se	
desempeña en la atención de pacientes paliativos.....	50
4.5.4. Correlación de datos.....	52
Capítulo 5.....	56

Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión para los Profesionales de la Salud en Neonatología	56
5.1. Objetivo General	56
5.1.2. Objetivos Específicos	56
5.2. Actividades	56
5.3. Fuentes de verificación.....	57
5.4. Destinatarios	57
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Bibliografía	60
Anexos	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	35	Escalas de Puntuaciones Medias - ProQOL - IV	Tabla 2	37	Tabla General de Resultados ProQOL- IV
	37	Tabla 3	40	Resultados del Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)	
	40				

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	38
Prevalencia de Satisfacción por Compasión (ProQOL - IV)	38
Figura 2	39
Prevalencia de riesgo de Burnout (ProQOL - IV).....	39
Figura 3	39

Prevalencia de Fatiga por Compasión o Estrés Traumático Secundario (ProQOL - IV)	39
Figura 4	41
Resultados de la aplicación de Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E).....	41
Figura 5	42
Edad de los profesionales	42
Figura 6	43
Tiempo de trabajo en meses	43
Figura 7	43
Tiempo de trabajo en años	43
Figura 8	44
Estrategias de prevención que conocen vs. Estrategias de prevención que ejecutan	44
Figura 9	45
Apoyo Psicológico	45
Figura 10	46
Ambiente Laboral.....	46
Figura 11	46
Separación de la vida personal vs. Vida profesional.....	46
Figura 12	47
Mayor dificultad en el ámbito laboral	47
Figura 13	48
Satisfacción Laboral.....	48

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud	70
Anexo 2. Solicitud de Factibilidad Técnica	117
Anexo 3. Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud	119
Anexo 4. Cartas de Confidencialidad	145

Anexo 5. Cartas de Compromiso	147
Anexo 6: Autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación	149
Anexo 7. Cartas Jefe Servicio - Tutor Proyecto de Investigación Científica	151
Anexo 8. Consentimiento Informado	153
Anexo 9. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - Versión IV), (Hudnall, 2005).	156
Anexo 10. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E), (Barreno & Viteri, 2016).	158
Anexo 11. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de Cuidados Paliativos	160

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar los efectos de la Fatiga por Compasión en el personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. La investigación plantea una revisión teórica de la Fatiga por Compasión, Cuidados Paliativos y Profesionales de la Salud que trabajan en situaciones de riesgo, debido a la exposición prolongada a factores estresantes, elevados niveles de empatía, contacto directo con pacientes

que sufren y tienen altas probabilidades de mortalidad. Se aplicaron 3 instrumentos: 1. El Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL- Versión - IV). 2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E) y la Encuesta: Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos. De acuerdo a los resultados obtenidos se infiere que el 46% de los profesionales de la salud en el ProQOL y el 37% de la muestra del I.D.E presentan situaciones de riesgo respecto a la Fatiga por Compasión, ya que se enfrentan principalmente a circunstancias negativas en el ambiente profesional, la relación con sus colegas, la excesiva demanda de trabajo, la falta de acompañamiento psicológico, además de la escasa aplicación de medidas de prevención y autocuidado. Por otro lado, el 54% en el ProQOL y el 63% en el I.D.E de la población se encuentran sin riesgo de Desgaste por Empatía. En consonancia los datos obtenidos en el ProQOL y en el I.D.E se corroboran con los resultados recabados en la encuesta. Finalmente, se diseña la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión, con el objetivo de psicoeducar y proporcionar estrategias de afrontamiento y manejo del Desgaste por Empatía que promuevan el autocuidado en los profesionales de la salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Palabras clave: Fatiga por Compasión, Cuidados Paliativos, Profesionales de la Salud, Desgaste por Empatía

ABSTRACT

The current research aims to determine the effects of compassion fatigue in the medical staff of the Neonatal Intensive Care Unit of the Pediatric Gyneco-Obstetric Hospital of Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. The research proposes a theoretical review of compassion fatigue, Palliative Care and Health Professionals who work in risk situations because of prolonged exposure to stressors, high levels of empathy, direct contact with patients who

suffer and have high levels of mortality. Three instruments were applied: 1. The Compassion and Satisfaction Fatigue Questionnaire (ProQOL- Version - IV). 2. Inventory of Empathy Burnout (I.D.E) and the Survey: Compassion Fatigue in medical staff who work in the care of palliative patients. According to the results obtained, it is inferred that 46% of the health professionals in the ProQOL and 37% of the IDE sample show risk situations regarding to the Compassion Fatigue due to the fact that they mainly face negative circumstances in the professional environment, the relationship with their colleagues, the excessive demand for labor, the lack of psychological support, as well as the little application of prevention and self-care measures. On the other hand, 54% in the ProQOL and 63% in the I.D.E of the population are without risk of Empathy Burnout. Accordingly, the data obtained in the ProQOL and the I.D.E are corroborated with the results obtained in the survey. Finally, the Compassion Fatigue Prevention Guide is designed, with the aim of psychoeducating and providing strategies for coping and managing Burnout by Empathy that promote self-care in the health professionals of the Neonatal Intensive Care Unit.

Keywords: Compassion Fatigue, Palliative Care, Health Professionals, Empathy burnout.

INTRODUCCIÓN

El concepto de Fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía se emplea por primera vez en 1971 para describir los efectos negativos en el personal de salud que están en contacto directo y que asisten a pacientes con historias de trauma. De acuerdo a la actualización más reciente, establecida en el 2012 el Desgaste por Empatía se genera en los profesionales de la salud por la continua exposición a situaciones estresantes, por el exceso empático y

compromiso emocional en la relación de ayuda terapéutica, además del deseo de paliar la sintomatología de los pacientes en estado crítico.

En Ecuador se evidencian escasos dispositivos de prevención de la Fatiga por Compasión que estén orientados a disminuir los niveles de estrés y desgaste empático, físico, psicológico, cognitivo que surgen en el ámbito laboral producto de la relación de ayuda. El estudio de la Fatiga por Compasión, su sintomatología, causas y efectos en el personal médico que atiende a neonatos en situaciones de riesgo es una población poco explorada, por ende es relevante para la investigación determinar los efectos que genera el Desgaste Empático, debido a que influye en el deterioro de la salud a nivel integral en los profesionales de la salud.

La labor que desempeña el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi consiste en la atención personalizada a nivel inter y multidisciplinar de los neonatos en situación de riesgo, además de establecer una relación de ayuda y acompañamiento que promuevan la recuperación integral de su salud.

El problema planteado en esta disertación se refiere al desconocimiento de los profesionales de la salud respecto a la Fatiga por Compasión lo que les conlleva a normalizar la sintomatología a nivel cognitivo, conductual, emocional, somático y social, por ende no toman medidas de prevención y autocuidado que les permitan preservar su salud. Por lo cual la hipótesis de la investigación consiste en determinar los efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores que trabajan con neonatos en situaciones de riesgo desde el enfoque Cognitivo Conductual con el fin de proporcionar un dispositivo que aporte en la prevención del Desgaste por Empatía en los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

En base de lo antes expuesto, en este estudio se plantean los siguientes objetivos, 1. Realizar un recorrido teórico de la Fatiga por Compasión desde el Enfoque Cognitivo Conductual, Cuidados Paliativos, Profesionales de la salud en cuidados paliativos y Prevención de la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud. 2. Aplicar dispositivos de evaluación como el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL- Versión IV), el Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E) y la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos. Los dispositivos fueron aplicados a 24 Profesionales de la Salud que se

desempeñan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito, y por último, en base a los resultados obtenidos y en el contexto actual, el tercer objetivo es elaborar una Guía de prevención de la Fatiga por Compasión para el personal médico.

En el primer capítulo se realiza un recorrido teórico de la Fatiga por Compasión desde el Enfoque Cognitivo Conductual, Estrés Traumático Secundario, Traumatización Vicaria, Síndrome de Burnout y Trastorno de Estrés Postraumático. En el segundo capítulo se describen los cuidados paliativos, enfermedades crónicas, enfermedades terminales, comunicación de malas noticias, enfermedades en neonatos y duelo. En el tercer capítulo se aborda a los profesionales de la salud en el área de cuidados paliativos, relación de ayuda, fuentes de desgaste y modelos de prevención de la Fatiga por Compasión. En el cuarto capítulo se trabaja la metodología de la investigación, se detalla el procedimiento, participantes, instrumentos que se aplicaron, el análisis y correlación de resultados. Finalmente, en el quinto capítulo se detallan los objetivos y actividades de la Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión para los Profesionales de la Salud.

Finalmente, es importante mencionar que el principal aporte de la presente investigación es proporcionar un dispositivo de prevención de la Fatiga por Compasión para el personal médico que se desempeña en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, con la finalidad de establecer estrategias de autocuidado, autorreflexión, conexión con el entorno, cuidado profesional, asistencia a terapia psicológica, estrategias para manejar el estrés laboral, técnicas de relajación progresiva, técnicas de respiración, entrenamiento asertivo y psicoeducación para el cuidado de la salud integral de los profesionales de la salud.

Capítulo 1

La Fatiga por Compasión

La Fatiga por Compasión o también llamada Desgaste por Empatía es un término en evolución. Inicialmente en 1971 Figley la define como el sentimiento de intensa empatía y aflicción hacia aquella persona que está sufriendo y que ha atravesado por situaciones traumáticas (Figley, 1995, citado en Alecsiuk, 2015). Posteriormente en 1992 Joinson emplea el término para referirse a las reacciones que presentaban un grupo de enfermeras al estar expuestas a situaciones de muerte de sus pacientes de manera imprevista (Castillo, 2014). Finalmente, en el 2012 Acinas determina que la Fatiga por Compasión es un proceso de desgaste que se produce por los altos niveles de estrés, por el profundo deseo de reducir el dolor de los pacientes y por la continua relación de ayuda.

La Fatiga por Compasión es una condición de estrés, debido a la relación de ayuda terapéutica, de empatía y de compromiso emocional (Bermejo, 2016), por ende los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con el sufrimiento constante de sus pacientes pueden llegar a identificarse con el malestar del otro, tal es el caso de los cuidados paliativos donde la muerte es algo inminente, esto afecta al cuidador tanto a nivel laboral, a su esfera personal y social, aquí la importancia del cuidado de la salud física y mental del cuidador. El enfoque Cognitivo Conductual puntualiza que las emociones son condiciones que se producen a partir del contacto con estímulos (internos y externos), los cuales involucran funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, sensopercepciones, razonamiento), por lo cual “no debemos tener la información completa para reaccionar emotivamente al significado. Podemos reaccionar ante la información incompleta, cosa que de hecho hacemos en la mayoría de las transacciones ordinarias” (Lazarus, 1982 citado en Melamed, 2016, p. 26).

Lazarus, 1982, citado en Melamed, 2016, establece que:

El pensamiento o cognición es una precondition necesaria para toda emoción, postula que las valoraciones cognitivas son las que vinculan y median entre los sujetos y el ambiente, provocando emociones particulares como resultado de las evaluaciones específicas que realiza el sujeto, de su relación con el ambiente. (p. 21)

El enfoque Cognitivo Conductual postula que el ambiente, la biología, las emociones, la conducta y la cognición son elementos que se interrelacionan entre sí y permite a las personas percibir su entorno, interpretarlo y posicionarse frente al mismo de forma particular (Padesky & Mooney, 1990), por lo cual los profesionales de la salud no son solo receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su “realidad” en base a sus propias experiencias, creencias y contextos (Obst – Camerini, 2005).

1.1. Causas de la Fatiga por Compasión

“La relación tan estrecha que inevitablemente debe surgir en la asistencia a las víctimas de accidentes o desastres naturales, es la causa principal para experimentar la Fatiga por Compasión pero no la única” (González, Sánchez & Peña, 2018, p. 489), por lo cual dentro de las causas también se encuentran el elevado nivel de empatía, de estrés, la constante exposición al sufrimiento de los pacientes que tienen altas probabilidades de fallecer y la sobreexigencia laboral (jornadas exhaustivas de trabajo y la elevada demanda de pacientes) influyen significativamente en los profesionales y los vuelve más susceptibles de desarrollar Fatiga por Compasión al ser fuentes de apoyo y ayuda constante.

Otro factor predisponente en quienes trabajan con el sufrimiento humano, es haber experimentado un evento traumatizante anteriormente y que no se lo haya resuelto, el historial de traumas del cuidador puede verse activado al exponerse ante una situación dolorosa, especialmente si es sufrimiento infantil (Acinas, 2012). Así mismo un elemento que puede intensificar la presencia de Fatiga por Compasión en los profesionales es el contacto continuo con situaciones de violencia, de atención tanto a víctimas y victimarios o rememoración de hechos violentos, también en casos de defunción o enfermedad y vivencias propias semejantes a las del paciente (González, 2017).

Los diagnósticos de depresión o trastorno de estrés postraumático en el personal de salud son factores predisponentes para presentar Fatiga por Compasión, ya que repercuten en la salud de la persona a nivel biopsicosocial como: la pérdida de la vitalidad general, estado de ánimo voluble, disminución de la actividad intelectual (física, social y ocupacional), alteración de estado del sueño, ansiedad y aislamiento.

1.1.1. Signos de la Fatiga por Compasión

Tras describir los diversos factores que predisponen a la Fatiga por Compasión, es necesario reconocer las afectaciones en las distintas áreas de la vida del cuidador. Los síntomas generados por la Fatiga por Compasión se presentan en distinta forma, intensidad y duración (González et al, 2018), sin embargo, si el cuadro de Fatiga por Compasión no se trata puede empeorar y complicarse con otros trastornos de conducta, depresión y ansiedad (Sabo, 2006, citado en Campos, 2015).

Campos Mendes, 2015, p. 31 citado en Santiana, 2017 y Kapoulitsas & Corona 2015, p. 7 citado en González et al, 2018, establecen que la Fatiga por Compasión se presenta a distintos niveles: cognitivo, conductual, emocional, somático y social, los cuales se describen a continuación:

1. **Nivel Cognitivo:** consiste en la disminución de la concentración, pensamientos intrusivos, poca organización en las tareas a realizar, disminución de la capacidad de atención y desinterés en las actividades que realiza el profesional.
2. **Nivel Conductual:** presentan cambios repentinos de humor, evidencian irritabilidad, impotencia, enojo, ira, culpa y sueños angustiosos.
3. **Nivel Emocional:** los profesionales experimentan sentimientos de tristeza, desesperanza, exceso de preocupación, ansiedad, miedo, negatividad ante situaciones cotidianas y angustia.
4. **Nivel Somático:** presencia de taquicardia, sudoración corporal, mareos, agotamiento, pérdida de fuerza, falta de energía, insomnio y problemas estomacales.
5. **Nivel Social:** evitan tratar con pacientes, familiares, amigos, colegas, incapacidad para establecer conversaciones, letargo e insensibilidad al sufrimiento de otros, apatía y carencia de actividades sociales.

1.1.2. Estrés Residual por Compasión

Es el resultado de la preocupación por el paciente que sufre y el deseo de hacer todo lo posible con el fin de brindar ayuda (Santiana, 2017). De acuerdo a Benoit, Veach & LeRoy, (2007) los factores que más se cuestionan los profesionales es su capacidad para cuidar, momentos en los que no pudieron ayudar como querían, casos a los que no les dieron la importancia necesaria y los efectos negativos del cuidado.

El Estrés Residual por Compasión es el resultado de la capacidad empática, preocupación empática y respuesta empática. La **capacidad empática** se refiere a la habilidad de los profesionales de identificarse con el dolor de los pacientes, siendo vulnerables a los costos de cuidar. La **preocupación empática** motivará al cuidador a utilizar su talento, formación y conocimientos para ofrecer la mejor atención posible. Finalmente, la **respuesta empática** consiste en la cantidad de esfuerzo que el profesional invierte para mitigar el sufrimiento del paciente a través de la comprensión empática, es decir que se ubica en su lugar desde una visión cognitiva, afectiva y comportamental (Benoit et al, 2007).

1.2. Definición de conceptos

Para la investigación es fundamental esclarecer las diferencias entre el Estrés Traumático Secundario, el Estrés Postraumático, la Traumatización Vicaria, el Síndrome de Burnout o Síndrome del trabajador quemado y la Fatiga por Compasión, dado que el uso inadecuado de la terminología y la presencia de síntomas en común genera confusión y falta de claridad teórica al definir el Desgaste Empático (Ledoux, 2015 citado en Cáceres, 2018), sin embargo lo que diferencia a los conceptos es la exposición directa o indirecta con situaciones traumáticas o altamente demandantes (factores estresantes), intensidad de la sintomatología, la población con la que trabajan y el ambiente laboral.

Figley, 2011 citado en Campos, Cuartero, Riera y Cardona, 2016 establece que:

Es posible identificar como el Trastorno por Estrés Postraumático se ve englobado dentro de los estresores primarios puesto que son resultantes de la exposición directa, en este caso al trauma o acontecimiento traumático, mientras que el estrés Traumático Secundario, el Vicario y el Desgaste por Empatía se ven situados entre los estresores secundarios puesto que están asociados a la presencia y contacto con personas traumatizadas o afectadas por el estrés. (p. 11)

Por otro lado, el Burnout es la respuesta ante demandas negativas, rutinas desgastantes, agotamiento emocional, físico, psíquico y deterioro en las relaciones interpersonales que se desarrolla exclusivamente en el entorno donde las personas laboran, mientras que la Fatiga por Compasión es un proceso de desgaste que surge como consecuencia de la relación de ayuda prolongada con pacientes que sufren.

1.2.1. Estrés

Lazarus y Folkman, 1986, citado en Oblitas, 2010, p. 221, definen al estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”, por ende determinan que el estrés es un procedimiento en el cual intervienen factores estresantes (entorno) y la respuesta de las personas respecto a la presencia de los factores estresantes (Sincero, 2012).

En el proceso de estrés se presentan dos elementos (Rodríguez, Ocampo y Nava, 2009), los cuales son:

- **Valoración cognitiva o valoración primaria:** consiste en la identificación de situaciones o acontecimientos (factores estresantes) y si estos representan una amenaza, daño o desafío que influyan en el bienestar de las personas.
- **Estrategias de afrontamiento o valoración secundaria:** son los recursos cognitivos y conductuales que dispone cada individuo para asumir y enfrentarse a situaciones estresantes como: habilidades sociales, creencias, capacidad adaptativa y estrategias de afrontamiento,

Por lo antes planteado, “el estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de sí misma y en relación con su ambiente” (Alarcón, 2018, p. 9).

1.2.2. Efectos del estrés en la salud Integral Biopsicosocial

Los factores estresantes pueden ser de origen externo o interno. Los factores internos son de tipo físico, biogénicos como contracturas, espasmos y dolores crónicos musculares. En estos casos lo que se debe tener en cuenta es la capacidad que cierto estímulo produce cambios a nivel hormonal y genera una respuesta ante el factor estresante. En cuanto a los de origen externo se encuentran los factores psicosociales y del ambiente, donde el individuo responde de manera subjetiva ante situaciones o estímulos. El estrés positivo es aquel que mantiene alerta y dispone una respuesta inmediata sin significar una amenaza para la salud de las personas, mientras que el estrés negativo o distrés tiene una intensidad y perdurabilidad que genera complicaciones en la salud (Alternativas, 2014).

Los efectos del estrés se evidencian en distintas esferas de la vida del cuidador. A nivel psicológico de acuerdo a Iniesta (2016) se presentan alteraciones del estado de ánimo como humor disfórico, estados de tristeza, mayor irritabilidad, ansiedad, trastornos o alteraciones en el ciclo de sueño. En cuanto a lo cognitivo se presenta disminución de la

capacidad de concentración, de memoria, déficit de atención, mayor preocupación y temor por no tener el control en su vida personal y laboral. Se manifiestan signos a nivel social y comportamental como falta de autonomía, problemas para trabajar en grupo, inseguridad, consumo de sustancias, alteración en su apetito y déficit en mecanismos de afrontamiento. En cuanto a los efectos a nivel físico y biológico, como plantea Márquez (2016) existen alteraciones en el sistema cardiovascular (arritmias), en el sistema respiratorio, resfriados, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, contracturas, disminución del apetito sexual, dolores de cabeza frecuentes y de espalda.

1.2.3. Enfermedades emergentes ante la exposición prolongada de factores estresantes

Las enfermedades emergentes significan un gran impacto en la salud pública, se menciona que estas enfermedades “se caracterizan por ser de reciente aparición, provocar una inusual incidencia en una población o área geográfica, o reaparecer luego de haber cesado su actividad por largo tiempo” (Hortal, 2016, p. 52). La exposición prolongada a factores estresantes desequilibra el organismo de las personas, de manera que provoca enfermedades físicas que comprometen su salud, dentro de éstas se encuentran afectaciones en el sistema cardiovascular (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, arritmias y enfermedad coronaria), sistema digestivo (gastritis, úlceras gástricas, colitis, intestino irritable y cálculos biliares), sistema respiratorio (bronquitis, asma, neumonía y sinusitis) y el sistema inmunológico (enfermedades autoinmunes como: artritis reumatoide, diabetes y arteritis). Por otro lado, también se puede generar depresión y ansiedad.

1.2.4. Estrés Traumático Secundario

Se define al Estrés Traumático Secundario como el conjunto de emociones y comportamientos naturales que surgen tras un evento traumático (Figley, 1999 citado en Morales, Colín, Mireles, & Allende, 2016), por ende es un proceso que se da en los profesionales como respuesta al efecto acumulado del contacto sistemático con víctimas de hechos traumáticos o situaciones emocionales perturbadoras (Morales et al., 2016).

Actualmente no existe una gran variedad de estudios centrados en el Estrés Traumático Secundario, sin embargo Jiménez, Benadero, Novoa, Carvajal & Hernández (2004) establecen que:

Aunque es evidente que no se puede evitar la exposición al estrés traumático secundario, las instituciones pueden facilitar la detección del mismo, promover su control y poner los medios para que los afectados dispongan de las mejores oportunidades posibles para procesar sus experiencias estresantes en un ambiente de apoyo y comprensión. (p. 74)

1.2.5 Traumatización Vicaria

Los profesionales que trabajan con víctimas de sucesos traumáticos son propensos a sufrir Traumatización Vicaria que es la exposición constante a la escucha de relatos por parte de los pacientes sobre acontecimientos traumáticos, dolorosos y crisis sin resolver que están fuera de su control y generan impotencia (Giraldo, 2018). De acuerdo a Rivillas, (2015) la Traumatización Vicaria se presenta como un “efecto esponja” donde el profesional absorbe el sufrimiento que narra el paciente y lo reproduce en su propia vida, pueden volverse personas hipersensibles a sucesos difíciles, transformándose en víctimas indirectas.

Según Del Valle Santa Cruz, (2016) la Traumatización Vicaria también es el resultado de la acumulación de un conjunto de traumas que se originan por la reiterada exposición ante acontecimientos negativos que surgen de manera imprevista. Las personas más propensas a experimentar un trauma vicario son las que no se hacen cargo de sus situaciones conflictivas, que no tienen motivación, ni red de apoyo, con características depresivas y que no mantienen un límite entre su vida profesional y personal (Pearlman & McKay, 2008 citado en Rivillas, 2015).

Las personas con Traumatización Vicaria presentan distintos síntomas como pensamientos intrusivos relacionados a la vivencia traumática, hipervigilancia, alteración del sueño, cefaleas, náuseas y agotamiento (Sommer, 2008 citado en Guggenbuhl, 2016) que afectan en su capacidad de adaptación y repercuten en su vida a nivel biopsicosocial. Cabe señalar que al no realizar una intervención de los síntomas, los profesionales son propensos a tener trastornos de ansiedad o depresión.

1.2.6. Síndrome de Burnout

De acuerdo con Acinas (2012):

El Burn-out, (síndrome de "estar quemado"), es una manifestación del desgaste personal del trabajador resultado de la interacción diaria, entre el trabajo que realiza y sus especiales circunstancias que lo distinguen como persona. Crea una gran insatisfacción con el trabajo realizado y constituye un agotamiento en todos los niveles. (p. 4)

El Burnout “es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear” (Carrillo & Espinoza de los Monteros, 2012, p. 580). Dentro de los factores que ocasionan el Burnout se encuentran: horarios inflexibles, mala relación con los compañeros, largas jornadas de trabajo, altos niveles de exigencia con objetivos irreales impuestos, bajos niveles de tolerancia al estrés, escasas habilidades de comunicación e interrelación personal, sentimientos de menosprecio, desequilibrio entre la vida laboral, social y familiar (Álvarez, 2011).

Según menciona Carrillo & Espinoza de los Monteros (2012) los síntomas del Burnout son: presencia de ansiedad, depresión, impulsividad, embotamiento emocional, actitudes violentas, somatización a nivel muscular, nervioso, endocrino y digestivo, declive en las relaciones laborales, bajo desarrollo profesional, desmotivación, manejo distante con los clientes y disminución del desempeño cognitivo. Es importante mencionar que muchos de los síntomas no únicamente aparecen en el sujeto que tiene Burnout, sino también en las personas que los rodean constantemente.

Fases del Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout es un proceso que se puede manifestar en distintas fases, de acuerdo con el modelo de Edelwich y Brodsky de 1980 presenta cuatro fases por las que pasa el individuo (Gracia, Varela, Zorrilla & Olvera, 2007):

1. **Entusiasmo:** ante el nuevo empleo, hay energía, motivación y grandes expectativas.

2. **Estancamiento:** se presenta al no cumplirse las expectativas impuestas en un comienzo e inicia a replantearse la relación entre esfuerzo y beneficio.
3. **Frustración:** en esta fase se da inicio a problemas físicos, emocionales y conductuales. Pensamientos de desilusión, irritabilidad que pueden generar conflictos en el ambiente laboral del individuo. Se hace evidente la falta de recursos para afrontar la situación.
4. **Apatía:** mecanismo de defensa ante la frustración, en esta fase ya son más perceptibles cambios negativos a nivel actitudinal presentes en la calidad de atención a los clientes o pacientes, el individuo se muestra distante.

1.2.7. Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de Estrés Postraumático se presenta por “la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y en donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física” (D’Onofrio & Depaoli citado en Ferrer, 2014, p.7). Dentro de las características que se evidencian en el Estrés Postraumático se encuentran: la reexperimentación del suceso traumático (recuerdos intrusivos que generan malestar), pesadillas, insomnio, hipervigilancia, anhedonia y ansiedad al estar en contacto con objetos o situaciones que les recuerden el suceso traumático (O.M.S, 2000).

Capítulo 2

Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud define en el año de 1990 a los cuidados paliativos como “la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo” (OMS, 1990, p. 11). Posteriormente dicha definición fue actualizada en el año 2002, donde se establece que los cuidados paliativos consisten en:

Un enfoque que mejora la calidad de vida de unos pacientes y familiares que se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (Organización Mundial de la Salud, 2007, p. 3)

De manera que se infiere que los cuidados paliativos cumplen una función indispensable a nivel biopsicosocial en los pacientes y en sus familias, dado que no solo se centran en el cuidado, sostenimiento, control de síntomas y paliación del dolor de las enfermedades crónicas o terminales, sino que “aborda a la persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos (...) considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad” (Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2014), establecen que los lineamientos en los que se basan los cuidados paliativos son:

1. Identificar, diagnosticar y establecer un tratamiento de acuerdo a la condición de cada paciente.
2. Mitigar el dolor y síntomas de las enfermedades crónicas o terminales.
3. Acompañar en el proceso de enfermedad (no acelerar o postergar la muerte), sino potenciar la calidad de vida de los pacientes.
4. Proveer un sistema de apoyo y comunicación entre los pacientes, familiares y equipo médico, con la finalidad de sostener y afrontar conjuntamente las necesidades propias de cada enfermedad.
5. Proporcionar un cuidado integral a los pacientes, a través de la atención inter y multidisciplinar.
6. Recurrir a la quimioterapia, radioterapia o cirugía (en las primeras etapas de las enfermedades), con la finalidad de prolongar la vida de los pacientes, y una vez se hayan evaluado las condiciones (ventajas y desventajas) que conlleva dichas intervenciones.

2.1. Medicina Paliativa

La medicina paliativa consiste en el abordaje de pacientes con enfermedades terminales, de manera que se encarga “del tratamiento de aquellos enfermos en los que no existe posibilidad curativa y cuyo objetivo se centrará en mejorar la calidad de vida y el confort del paciente y su familia” (Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos sin fronteras, 2012, p. 55), sin embargo la medicina paliativa no solo se centra en el control de los síntomas, en mitigar el sufrimiento, en proporcionar alivio a las dolencias y malestares que experimentan los pacientes, también sostiene y acompaña a los pacientes durante sus procesos de enfermedad.

El cuidado médico no se basa únicamente en el abordaje de la sintomatología de los pacientes durante el proceso de tratamiento, es un suceso que consiste en la “acción de caminar junto a alguien” (Castillo, 2018, p. 19), es una “herramienta que pone el foco en las expectativas y deseos de cambio de la persona acompañada y posibilita su participación” (Castillo, 2018, p. 10), por ende se establece una relación de ayuda y soporte en donde el paciente no es percibido exclusivamente como portador de una enfermedad la cual deben tratar, sino que es divisado como un ser integral, donde los factores físicos, sociales, emocionales, espirituales, forman parte de sí y cada uno de ellos debe ser asistido con la finalidad de mejorar y acompañar la etapa final de su vida, una etapa en la que “surgen reflexiones profundas, emociones intensas, necesidades de resolver asuntos pendientes e incluso en algunos casos vivencias de crecimiento y enriquecimiento personal” (López, 2003, p. 89).

2.1.1. Cuidados Paliativos y Medicina Paliativa

Los cuidados paliativos y la medicina paliativa se caracterizan por efectuar una atención humanitaria a pacientes con enfermedades crónicas y enfermedades terminales, de tal manera que ambos han desarrollado tres niveles o instancias de atención, las mismas que no se encuentran aisladas, sino que cada una de ellas se correlacionan entre sí, con el objetivo de afrontar las necesidades de los pacientes bajo el establecimiento de un tratamiento personalizado. La primera instancia se basa en la acogida y atención primaria de los médicos generales a los pacientes, la cual se distingue por la inclusión de “exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como la inmunización y la detección” (Instituto Nacional de Cáncer, s.f. definición 1) temprana de las enfermedades.

La segunda instancia se fundamenta en la co-participación de profesionales de la salud en la que su labor principal se orienta en el control del dolor generado por la sintomatología de las enfermedades. Finalmente la tercera instancia se centra en la atención integral de los pacientes en donde los factores físicos, sociales, psicológicos y espirituales son abordados (Palma, Nervi, & Taboada, 2010).

2.1.2. Semejanzas entre los Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa

Palma et al. (2010), constituyen que las semejanzas entre los Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa se basan en:

1. Efectuar una atención humanitaria a través de tratamientos especializados y de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
2. Apoyar tanto a los pacientes como a sus familias durante el proceso de enfermedad y en la etapa de duelo.
3. Promover una atención integral de los pacientes, tomando en cuenta los factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
4. Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
5. Facilitar un cuidado de los pacientes mediante un trabajo inter y multidisciplinar por parte de los profesionales de la salud.
6. Fomentar la autonomía, integridad personal y autoestima en los pacientes.

2.1.3. Diferencias entre Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa

El Instituto Nacional de Investigación en Enfermería y los Institutos Nacionales de la Salud (N.I.H., 2018), establecen que las diferencias entre los Cuidados Paliativos y la Medicina Paliativa son:

Cuidados Paliativos:

1. La atención paliativa puede ser empleada desde el inicio del diagnóstico de una enfermedad, ya que no es necesario que el paciente se encuentre en la última etapa de vida para ser asistido.
2. El tratamiento se centra en abordar las necesidades actuales del paciente y en incorporar los requerimientos futuros, se da un seguimiento de la enfermedad con el

fin de contemplar otras opciones de atención que promuevan la calidad de vida de los pacientes.

Medicina Paliativa:

3. La medicina paliativa o cuidados para enfermos terminales se centra únicamente en la atención de los últimos meses de vida de los pacientes.
4. Los pacientes reciben tratamientos para mejorar su calidad de vida y no para curar la enfermedad, ya que el abordaje de la sintomatología o la disminución del dolor no son indicadores de una posible recuperación de la enfermedad o de la etapa final de vida de los pacientes, ya que se encuentran en una condición irreversible (incurable).
5. Existe un pronóstico de vida estipulado por el médico tratante, que va entre 6 meses o menos tiempo de vida.

Es importante establecer que los cuidados paliativos se ejercen durante cualquiera de las fases o etapas de las enfermedades en las que se encuentran los pacientes, independientemente de que estas afecciones sean oncológicas o no, mientras que la medicina paliativa se centra únicamente en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, las cuales se caracterizan por tener una evolución invasiva, acelerada y agresiva que repercuten en la salud de las personas y pone en riesgo sus vidas (American Society of Clinical Oncology, 2017).

2.1.4. Principios generales del control de síntomas

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2014), identifica que los principios generales de control de síntomas consisten en:

1. Evaluar previamente al paciente antes de dar inicio al tratamiento.
2. Explicar en términos sencillos la etiología de los síntomas y el tratamiento que se llevará a cabo tanto al paciente como a su familia con la finalidad de que puedan comprender y aplicar las medidas pertinentes que faciliten el control de la sintomatología.
3. Aplicar medidas terapéuticas mixtas (atención integral) tanto para la enfermedad terminal como para cada síntoma, las mismas que implican o no farmacología y que abordan aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

4. Prevenir la presencia de nueva sintomatología o situaciones en las que podrían surgir.
5. Monitorear los síntomas a través del uso de instrumentos estandarizados (escalas de puntuación, escalas analógicas, esquemas de registro) que permitan medir y dar seguimiento a la condición médica de los pacientes.
6. Mitigar los efectos secundarios que se presenten por la aplicación de medidas terapéuticas en pro de la salud de los pacientes.
7. Dar seguimiento a los síntomas, sufrimiento y dolor que presentan los pacientes con la finalidad de establecer objetivos que permitan paliar y mejorar su calidad de vida.

2.2. Enfermedades Crónicas

La Organización Mundial de la Salud establece que las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles son “de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales” (Organización Mundial de la Salud, 2018), además de que se caracterizan por prolongarse a través del tiempo, tener una progresión lenta, ausencia de sintomatología al inicio de la enfermedad, escasas probabilidades de cura, posibilidades de prevención y control a través de la atención médica personalizada en la que se abordan las peculiaridades de cada caso clínico con la finalidad de procurar una mejor calidad de vida y evitar el deterioro progresivo de la salud en los pacientes (Beratarrechea, 2010). La población con mayor incidencia de contraer enfermedades crónicas data entre los 30 y 69 años de edad, sin embargo las personas en general (niños, adultos y ancianos) son posibles candidatos de adquirirlas. Dentro de las enfermedades crónicas más frecuentes se encuentran las: cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2018).

2.2.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo (genéticos, ambientales, adquisición de conductas dañinas) son elementos que aumentan las probabilidades de enfermedades en las personas, de tal manera que repercuten y deterioran significativamente su salud (Organización Mundial de la Salud, 2018). Las condiciones de riesgo se agrupan en dos factores, el primer factor es el conductual o comportamental y es aquel que puede ser modificado por las personas, dentro de este se encuentra: el consumo de tabaco, de alcohol, la baja ingesta de verduras e inactividad física. El segundo factor es el biológico, el cual contribuye en los cambios metabólicos, los mismos

que son: hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en la sangre), y la hiperlipidemia (niveles elevados de grasa en la sangre) (Secretaría de Salud de Santander y Observatorio de Salud Pública de Santander, 2011).

2.2.2. Factores Conductuales o modificables

El desarrollo de enfermedades depende en mayor medida de los hábitos, costumbres y estilos de vida que asuman y ejecuten las personas, dado que “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud” (Ardell, 1979, p. 29 citado en Oblitas, 2010) fomentan la adquisición de enfermedades en general. Adoptar medidas inadecuadas como una alimentación deficiente, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, tabaco, no realizar ejercicio con regularidad son algunas de las actividades que incrementan las posibilidades de enfermedad sino se toman medidas permanentes de prevención (Equipo de Investigación de Desarrollo Humano Integral, s.f.).

2.2.3. Conductas de Salud

Las conductas de salud son estrategias de prevención y autocuidado que las personas llevan a cabo con la finalidad de proteger y disminuir las probabilidades de desarrollar enfermedades, de tal manera que adquieren hábitos saludables que promueven y estimulan su salud. (Amigo & Fernández, 1998, p. 60 citado en Oblitas, 2010) establecen que las conductas de salud son determinadas por varios tipos de variables, los cuales son:

- 1. Clase y entorno social:** el contexto social o los factores sociales influyen de forma directa en la salud de las personas, dado que la conducta, los pensamientos, las relaciones sociales, el trabajo a desempeñar, son variables que determinan y tienen repercusión en la percepción que las personas tienen respecto a la salud y a la enfermedad.
- 2. Percepción del síntoma:** los síntomas son percibidos como señales - indicadores de enfermedad o problemas de salud, por ende las personas modifican sus hábitos, sin embargo estos son temporales; una vez que las personas empiezan a sentirse mejor retornan a su antiguo proceder, no obstante cuando los síntomas se repiten con frecuencia la estrategias de afrontamiento son definitivas o perduran por mayor tiempo.

3. **Estados emocionales:** la ansiedad, el estrés y el aburrimiento son algunos de los factores que desencadenan conductas nocivas, por ende al no ser controlados o intervenidos a tiempo influyen de forma perjudicial en la salud de las personas, dado que el arousal emocional obstaculiza en la adquisición, desarrollo y mantenimiento de hábitos saludables.
4. **Creencias:** el contexto sociocultural influye en la percepción que tienen las personas sobre las enfermedades, por ende el significado, connotación, percepción que les atribuyen son elaboraciones propias que se fundamentan en base a experiencias previas (directas o indirectas) con familiares, amigos y personas en general (Equipo de Investigación de Desarrollo Humano Integral, s.f.).

“Las personas poseen hábitos adquiridos y rituales, que realizan cotidianamente sin reflexionar, que resultan muy perjudiciales para su salud y que son marcadamente resistentes al cambio” (Oblitas, 2010, p. 67), por ende les resulta difícil asumir medidas de prevención para la salud dado que son acciones que les son ajenas porque no son conscientes de las problemáticas y efectos perjudiciales que estas ocasionan, además de que el entorno social, la percepción de la presencia o ausencia de sintomatología, los estados emocionales y las creencias preestablecidas son aspectos que influyen significativamente en el mantenimiento de las conductas dañinas, ya que adquirir y mantener hábitos saludables son acciones que toman tiempo. Por otro lado, es importante reconocer que en un menor porcentaje las personas adquieren nuevos hábitos que les permiten mantenerse saludables y evitar la proliferación de enfermedades, lo cual es un indicador de que están desarrollando estrategias de prevención y autocuidado.

2.2.4. Factores Biológicos

Los factores biológicos se encuentran estrechamente ligados a la salud de las personas, de manera que influyen en el desarrollo y adquisición de enfermedades en general. Se dividen en dos factores: **1. Genéticos:** consiste en la herencia genética transmitida de padres a hijos, es decir que se transfiere información a través de los genes, los cuales determinan aspectos específicos en una persona, como el color de piel, de ojos, altura. Por otro lado, las probabilidades de contraer enfermedades como cáncer, Síndrome de Down, fibrosis quística se elevan al existir antecedentes familiares. **2. Ambientales:** el medio ambiente influye desde el inicio de la gestación hasta el desarrollo y madurez de los individuos, por lo cual estar expuestos a condiciones desfavorables incrementa las

posibilidades de contraer enfermedades, la mismas que se pueden adquirir durante la etapa prenatal, perinatal y postnatal (Secretaría de Salud, 2001).

2.3. Enfermedades Terminales

Astudillo, Orebegozo, Díaz & Bilbao (2007, p. 18), estipulan que las enfermedades terminales se caracterizan por ser una:

Enfermedad incurable y progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas múltiples; con importante impacto emocional tanto en el enfermo, como en la familia e incluso en el equipo sanitario y que condiciona un pronóstico de vida limitado.

Los pacientes con enfermedades terminales presentan sintomatología simultánea, por lo que experimentan gran variedad de afecciones que deterioran progresivamente su salud, dichos síntomas emergen en etapas avanzadas de enfermedades como cáncer (leucemia, osteosarcoma, linfoma), Alzheimer, Parkinson, Sida. A pesar de que las enfermedades terminales son abordadas mediante tratamientos personalizados y de acuerdo a las necesidades y requerimientos de cada caso clínico, únicamente la sintomatología es aliviada, ya que la probabilidad de recuperación total o parcial de dichas enfermedades es inexistente, de manera que el pronóstico de vida de los pacientes es limitado y puede variar entre 6 meses, días u horas de vida (Buigues, Torres, Mas Sesé, Femenía, & Baydal, s.f).

2.3.1. Etapas de evolución de las enfermedades terminales

En las etapas de evolución de las enfermedades terminales los pacientes presentan similar sintomatología independientemente de la enfermedad con la que hayan sido diagnosticados, existen alteraciones de por medio que irrumpen con el funcionamiento habitual de la anatomía, fisiología y biología del cuerpo humano. Los síntomas son: digestivos (anorexia, estreñimiento, náuseas, vómitos), de alimentación y nutrición, síntomas urinarios (incontinencia, espasmo de la vejiga, tenesmo urinario), respiratorios (disnea), cuidados de la boca, cuidados en la piel, los neuropsicológicos (insomnio, somnolencia), dolor constante (SECPAL, 2014).

A pesar de que los síntomas sean controlados y que el dolor que experimentan los pacientes disminuya, la sintomatología no desaparecerá porque las personas están atravesando por un proceso evolutivo de la enfermedad, que consiste en el deterioro

progresivo, invasivo y severo, que atenta a la vida misma de quienes han sido diagnosticados con enfermedades terminales.

Existen tres etapas de evolución dentro de las enfermedades terminales, en las cuales el factor tiempo es una constante y determinante en la vida de los pacientes, ya que la expectativa de conservación de la salud se reduce a corto plazo. **1. Fase Terminal:** el pronóstico de vida es de aproximadamente 6 meses. **2. Fase Preagónica:** el tiempo de vida de los pacientes se reduce a semanas, finalmente, **3. Fase Agónica:** en la que el paciente cuenta con horas o días de vida; esta etapa se fundamenta por el declive total de la salud y se caracteriza por el prominente arribo de la muerte. Cabe recalcar que en esta etapa la sintomatología se agudiza, de tal manera que los pacientes experimentan en su máximo esplendor las afectaciones y lo que éstas implican (Astudillo et al. 2007).

2.3.2. Síntomas en la Fase de Agonía

Dentro de la sintomatología que se presenta con mayor frecuencia en esta fase (Astudillo et al., 2007), se encuentran:

1. Alteraciones biológicas como aceleración del pulso, taquicardia, hipotensión arterial (presión arterial baja), hipertermia (aumento en la temperatura corporal), apnea (respiración superficial).
2. Desarrollo del Síndrome Confusional, se distingue por la alteración de las funciones cognitivas como conciencia, atención, memoria, orientación, pensamiento, lenguaje, percepción (Antón, Giner & Villalba, s.f).
3. Alteraciones visuales y de los esfínteres (retención o incontinencia urinaria o fecal).
4. Dificultad en la ingesta de alimentos y medicación.
5. Presencia de ansiedad, depresión y crisis de pánico como resultado de intuir la muerte.
6. Manifestaciones de somnolencia, disnea (dificultad para respirar) y dolor.

2.4. Comunicar malas noticias

Para la investigación es importante establecer que comunicar malas noticias influye en la aparición de sintomatología de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud, dado que emitir una diagnosis compleja es un acontecimiento que también los afecta, ya que

“el miedo a provocar en el interlocutor reacciones emocionales no controlables, la posible sobre – identificación y el desconocimiento de algunas respuestas como ¿Cuánto me queda de vida?, ¿Cómo voy a morir?, ¿Por qué a mí?” (SECPAL, 2014), son factores que afectan al momento de comunicar un diagnóstico, de manera que se “crea una resistencia a entregar este tipo de noticias, a evitar discutir información estresante o evitar temas sensibles como un diagnóstico desfavorable, el pronóstico o transmitir optimismo injustificado” (Herrera, Ríos, Manríquez, & Rojas, 2014, p. 1307), debido a que son fuentes generadoras de estrés, ansiedad, agotamiento emocional y tensión en los profesionales.

Tener poca experiencia al emitir malas noticias, la falta de habilidad comunicativa, opciones limitadas de tratamiento, escasas esperanzas de vida, son algunas de las causas que incrementan los niveles de estrés en el personal médico al momento de anunciar la diagnosis, no obstante “comunicar una mala noticia al paciente de una manera adecuada no es una habilidad opcional, es más bien una parte esencial de la práctica profesional” (Herrera et al., 2014, p. 1312) del quehacer médico, por ende informar de modo estructurado una noticia, permite que se emita de forma eficaz los resultados de la evaluación clínica a los pacientes y también contribuye a que los niveles de estrés disminuyan en el personal de salud.

Por otro lado, el objetivo principal de los profesionales de salud radica en la disminución del disconfort que se genera ante la exposición de situaciones estresantes, las cuales pueden ser abordadas desde el autocuidado o atención especializada en la que se dé cabida al malestar y a las afectaciones que esta produce, por lo que mermar el disconfort influirá en el bienestar psíquico y emocional de los profesionales tanto en su vida personal como laboral (Herrera et al., 2014).

Bor, Miller, Goldman & Scher (1993, p. 70 citado en Herrera et al., 2014) definen que una mala noticia es aquella “situación donde hay un sentimiento de no esperanza, una amenaza al bienestar mental o físico de la persona, riesgo de alterar un estilo de vida establecido o donde el mensaje entregado transmite pocas opciones de vida”, por lo que la acción de comunicar y emitir un diagnóstico por parte de los profesionales de la salud a sus pacientes implica que se dé a conocer información pertinente sobre la enfermedad, en qué consiste, los riesgos que representan para la salud, tratamiento, medicación, sintomatología, cambios que se irán dando durante el transcurso de la enfermedad y que afectarán de manera integral y decisiva la vida de los pacientes (factor físico, psicológico, emocional, social y espiritual).

Enfrentar un evento traumático no es un acontecimiento fácil de sobrellevar para los pacientes y sus familias, por lo que es fundamental abordar de forma integral la condición de enfermedad de las personas, permitiendo así a los profesionales de la salud en distintas áreas (enfermeros, médicos, nutricionistas, psicólogos, oncólogos) ser fuentes de apoyo y sostén en las crisis como en la atención del malestar físico, psíquico, emociones, sentimientos, dudas que aquejan a los pacientes, ya que estos tienen la necesidad de “confiar en la gente que lo cuida y tener la certeza de que no será abandonado a su suerte (...) quiere que se le reconozca, que sus necesidades sean bien estimadas” (Escalante & Escalante, 1999, p. 46).

Rodríguez (2010) considera que la forma en la que los galenos notifican a los pacientes el diagnóstico influye considerablemente en la relación médico – paciente, porque lo que se transmite es un hecho que moviliza y desconcierta al paciente y a su familia, por ende, anunciar una noticia abruptamente “puede afectar la comprensión de la información, del pronóstico de la enfermedad, la satisfacción con la atención médica, el nivel de esperanza frente a la enfermedad, y el posterior ajuste o adaptación psicológica” (Herrera et al., 2014, p. 1307), por consiguiente, es esencial que los profesionales de la salud cuenten con habilidades comunicacionales eficaces y empatía al momento de notificar una diagnosis compleja, ya que la finalidad de informar un diagnóstico no consiste exclusivamente en acto de mencionar el nombre de la enfermedad, sino que se basa en que los pacientes reciban información pertinente, clara y concisa (con lenguaje simple) respecto de su condición médica y las implicaciones que tiene.

2.5. Enfermedades en Neonatos

Las enfermedades congénitas, respiratorias e infecciosas representan altos índices de morbilidad y mortalidad en los neonatos, dado que influyen y deterioran significativamente en su salud. A pesar de que los neonatos reciben atención médica desde las primeras horas después del alumbramiento sus probabilidades de vida son escasas, sin embargo de superar las complicaciones iniciales de su diagnóstico se enfrentan ante el pronóstico de poseer una o varias enfermedades crónicas (Ministerio de Salud Pública, 2011).

2.5.1. Enfermedades Congénitas

Las enfermedades congénitas se caracterizan por ser alteraciones o malformaciones del desarrollo morfológico, estructural - funcional de los órganos o sistemas que componen el cuerpo humano, se desarrollan durante la etapa prenatal y usualmente son detectados en el

parto o tiempo después del alumbramiento. Las enfermedades más comunes en los neonatos son Síndrome de Down, espina bífida, labio leporino, paladar hendido. Dentro de los factores de riesgo se encuentran los socioeconómicos, demográficos (influyen en la disminución de alimentos nutritivos, falta de consumo de yodo, sobrepeso, edad avanzada o edad anticipada de las madres en la concepción), factores genéticos (defectos monogénicos, alteraciones cromosómicas y mutaciones multifactoriales), factores ambientales (exposición de la madre a productos químicos, consumo de alcohol - cigarrillos, sustancias psicotrópicas) (Organización Mundial de la Salud, 2016).

2.5.2. Enfermedades Respiratorias

Las enfermedades respiratorias son alteraciones que afectan al sistema respiratorio de los neonatos, pueden ser producidas por factores genéticos o enfermedades infecciosas. La presencia de los síntomas y los signos varían dependiendo del área respiratoria comprometida, dentro de la sintomatología están la respiración débil e irregular, crisis de apnea, palidez, hipotensión. Las enfermedades respiratorias que se presentan con mayor frecuencia son neumopatías infecciosas, distrés respiratorio, síndrome de aspiración de meconio, displasia broncopulmonar, trastornos de la respiración (asma, enfisema, neumonía), síndromes de fuga de aire pulmonar (Lattari, 2018).

2.5.3. Enfermedades Infecciosas

(Tesini, 2018) establece que los neonatos pueden adquirir enfermedades infecciosas mediante tres formas:

- 1. Infección intrauterina:** se contrae por vía transplacentaria o rotura de membranas, es decir que las infecciones maternas son las causantes de las infecciones intrauterinas en los neonatos, dado que los agentes patógenos presentes en el organismo de la madre son transmitidos a los neonatos a través de la placenta, por ende, pueden adquirirse durante cualquier etapa del embarazo. Dentro de las enfermedades más frecuentes se encuentran la toxoplasmosis, sífilis y citomegalovirus.
- 2. Infección durante el parto:** son infecciones que se contraen a través del canal de parto infectado de la madre al momento del nacimiento del neonato, entre las infecciones que se presentan son hepatitis B, herpes, clamidia, listeriosis.

- 3. Infección posparto:** son infecciones que se adquieren directamente por el contacto entre el recién nacido y su madre, familiares, visitantes, profesionales de la salud, entorno hospitalario, dentro de las enfermedades más comunes están el estreptococo, sepsis, infección congénita y perinatal por citomegalovirus, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

2.5.4. Detección y tratamiento de enfermedades en los Neonatos

La Organización Mundial de la Salud (2016) establece que la posible detección de enfermedades en los neonatos se puede identificar mediante tres períodos, los cuales son:

- 1. Período preconceceptivo:** los profesionales de la salud identifican factores de riesgo en los padres y analizan las probabilidades de transmisión de enfermedades congénitas a los hijos.
- 2. Período periconceptivo:** los resultados de las pruebas contribuyen en el abordaje del tratamiento más adecuado para la condición y atención médica de la madre y su hijo, de tal manera que ésta modifique algunas conductas que le son posibles cambiar y que afectan en el desarrollo del feto, como el consumo de alcohol, cigarrillos y medicación psicoactiva.
- 3. Período neonatal:** la exploración física y la aplicación de exámenes médicos exhaustivos aportan en la detección de enfermedades infecciosas, congénitas y respiratorias permitiendo la aplicación de tratamientos que promuevan y estabilicen la salud de los infantes, además de que se evita la evolución de discapacidades físicas, intelectuales visuales y auditivas.

Varias de las enfermedades en los neonatos son abordadas a través de intervenciones quirúrgicas pediátricas y mediante el seguimiento de los tratamientos establecidos por los profesionales de la salud, las cirugías permiten corregir las anomalías existentes y promover la salud en los pacientes, dentro de estas se encuentran el labio leporino, paladar hendido y alteraciones cardíacas. Por otro lado, existen enfermedades con mayores complicaciones para los pacientes y a pesar del abordaje médico las probabilidades de vida son escasas, por ende los cuidados paliativos pediátricos son de vital importancia dado que estos “consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y en la prestación de apoyo a la familia” (Consejo de Salubridad General, 2018, p. 17).

2.6. Duelo

El duelo es un proceso que afecta tanto a los familiares de los pacientes como al equipo médico, dado que “la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe” (Meza, y otros, 2008), sin embargo el impacto de la pérdida no es percibido con la misma intensidad, ya que cada persona experimenta el duelo a su propio ritmo y requiere de tiempo para adaptarse a la situación actual. Por otro lado, la constante exposición a la muerte y a condiciones de riesgo de los pacientes, debido al vínculo y la estrecha relación de ayuda que mantienen, el no contar con estrategias de afrontamiento, la escasa tolerancia al estrés, el desgaste emocional, físico y cognitivo predispone al profesional a situaciones de vulnerabilidad las cuales contribuyen en la aparición de sintomatología y adquisición de la Fatiga por Compasión.

La Organización Mundial de la Salud (2003) establece que el contar con redes de apoyo, resiliencia, estrategias de afrontamiento, capacidad para tolerar el estrés o situaciones demandantes, exteriorizar los sentimientos y trabajar en sus emociones le permite al personal médico elaborar, enfrentar y aceptar la pérdida de sus pacientes, ya que están atravesando por un proceso de adaptación de su realidad actual.

Ross (1994) afirma que las fases del proceso de adaptación del duelo son:

- **Etapa de negación:** es la reacción inicial ante la noticia de pérdida, que se caracteriza por ser angustiada y por la negación del acontecimiento.
- **Etapa de ira:** consiste en la manifestación de sentimientos de frustración, culpa e impotencia al no poder revertir el suceso.
- **Etapa de negociación:** es la búsqueda por posponer la realidad inevitable, en donde la persona conserva la esperanza de que la situación actual no haya sucedido.
- **Etapa de tristeza:** se asume la ausencia de la persona fallecida y se da paso a sentimientos de tristeza, desesperanza, decepción y falta de motivación.
- **Etapa de aceptación:** radica en asumir la pérdida dando paso a un estado de calma y adaptación a la realidad.

Capítulo 3

Profesionales de la Salud en Cuidados Paliativos

La labor que desempeñan los profesionales de la salud de las distintas áreas de medicina como Enfermería, Nutriología, Pediatría, Oncología y Psicología son de vital importancia en la atención inter y multidisciplinaria de pacientes paliativos oncológicos o no oncológicos, sin embargo el desarrollo de las relaciones de ayuda con pacientes que están sufriendo física, psíquica o emocionalmente genera desgaste y deterioro en los profesionales, debido a que están expuestos constantemente ante situaciones demandantes y son fuentes de apoyo y contención permanente tanto de los pacientes como de sus familias (Campos, Cardona & Cuartero, 2017).

Los profesionales de la salud que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN), están expuestos a factores de estrés provenientes de la interacción con el sufrimiento del paciente que es el recién nacido y también de su familia. Al trabajar en el área neonatal el profesional se ve enfrentado a la muerte pero no como comúnmente se la imagina que sea al final de la vida y en personas mayores, sino a la muerte en un neonato con una condición de morbilidad alta, lo que conlleva atravesar situaciones difíciles como la toma de decisiones que pueden ser determinantes, el trabajo inter y multidisciplinario, así mismo el apoyo y contención de la familia del neonato que no esperaban pasar por esta situación, y el duelo perinatal. En muchas ocasiones los neonatos pasan algunos meses en esta unidad de cuidados por lo que se genera un vínculo con los profesionales que están al cuidado, en el caso de que el niño fallezca el cuidador deberá atravesar por su propio duelo, por lo que es importante contar con apoyo terapéutico para evitar que estas experiencias les afecten en el ámbito laboral y personal.

3.1. Relación de ayuda

La relación de ayuda se basa en el establecimiento de apoyo y asistencia de los síntomas, complicaciones y necesidades de los pacientes, sin embargo la relación de ayuda eficaz no se centra únicamente en paliar o atender al cuerpo enfermo de los pacientes, sino que también implica la interacción del personal médico con los pacientes de manera que exista “comunicación y disposición para conseguir objetivos comunes” (Arrubarrena, 2011, p.123), además del desarrollo de una relación de confianza que consiste en la capacidad de

empatizar y de alianza del profesional con el malestar y el sentir del paciente (Campos, et al., 2016).

3.1.1. Elementos de la Relación de Confianza

Los elementos de la relación de confianza presentes en la relación de ayuda eficaz son:

1. **Capacidad de empatizar con las personas:** consiste en la capacidad y habilidad de los profesionales para identificar, comprender y aceptar las emociones, sentimientos y pensamientos que aquejan a los pacientes, de tal manera que respondan de forma objetiva y asertiva (Balart, 2015).
2. **Desarrollo de alianza:** es la participación cooperativa entre el paciente y el profesional de la salud, de tal manera que el paciente establece sus dudas, inquietudes respecto a su diagnóstico, situación médica, tratamiento, y el profesional responde de forma asequible y oportuna ante sus requerimientos; permitiendo así el desarrollo de vínculos afectivos, confianza mutua, interés y responsabilidad conjunta que promueva el cambio para el paciente (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009, p. 5 citado en Campos, et al., 2016).

3.1.2. Fuentes de Desgaste

(Campos, et al., 2017), establece que la capacidad de empatizar y el desarrollo de la alianza vigentes en el personal médico son factores que influyen significativamente y generan fuentes de desgaste, las cuales son:

1. **Reflejo empático espontáneo:** es la capacidad empática que surge de forma inconsciente y espontánea ante las narrativas de pacientes que evocan situaciones cargadas de malestar, dolor o problemas, dado que estas producen resonancias significativas en el personal de salud, ya que pueden sentirse identificados con las situaciones evocadas. El reflejo empático espontáneo produce desgaste en los profesionales, debido a la exposición prolongada ante situaciones complejas y demandantes de los pacientes.
2. **Actitud empática consciente:** el desarrollo de una actitud empática consciente también implica un desgaste en el profesional, ya que el entender la posición, discurso, emociones y significado que el paciente atribuye a sus vivencias consiste en la aprehensión de percibir el malestar del otro desde una perspectiva cognitiva y

emocional, es decir que los profesionales experimentan en sí mismos parte de las vivencias de los pacientes.

- 3. Ecpatía (distancia emocional):** es la capacidad de controlar la reacción empática que surge ante emociones, sentimientos y pensamientos inducidos por otras personas, de manera que promueve el distanciamiento emocional intencional y evita que se presente una sobrecarga afectiva generada por un exceso de empatía con los pacientes.

3.2. Prevención de la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud

(Bride, Radey & Figley, 2007, p. 15 citado en Campos, et al., 2017) establecen una propuesta de prevención de los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales, dentro de esta se encuentran las siguientes áreas:

- 1. Desarrollo de relaciones positivas:** consiste en el establecimiento y desarrollo consciente de relaciones eficaces entre profesionales y pacientes en donde la respuesta empática y alianza promuevan la relación de ayuda responsable y prudente. Por otro lado, también se basa en abordar las necesidades de los profesionales, como el reconocimiento de su labor y satisfacción del servicio suministrado.
- 2. Autocuidado inespecífico:** se basa en estrategias de autocuidado y prevención de la salud por parte de los profesionales, de manera que realizan actividades que promueven el mantenimiento de su salud, dentro de las cuales se encuentran hábitos saludables (comer, dormir, ejercitarse), realizar actividades recreativas (al aire libre, sociales, lúdicas), establecimiento de redes de apoyo y contención las cuales permitan paliar los efectos de la Fatiga por Compasión.
- 3. Autocuidado intencional:** radica en el establecimiento de estrategias de cuidado profesional como incorporarse a un grupo de supervisión, estudio de casos, participación activa en actividades sociales, delimitación de trabajo y ambiente laboral, los cuales proporcionan apoyo y son fuentes de sostenimiento que evitan la sobrecarga en los profesionales.
- 4. Estrategias de manejo de estrés:** se trata de la adquisición y desarrollo de un plan de acción a través del cual se ejecuten actividades como técnicas de relajación, respiración, meditación, adquisición de hábitos saludables que canalicen los efectos producidos por factores estresantes en los profesionales, de tal manera que se libere el estrés.

El autocuidado se basa en la “actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución” (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017), por ende el autocuidado es de vital importancia para las personas en general, dado que es una medida de prevención que debe ser proporcionada por los propios individuos dependiendo de sus necesidades, con la finalidad de promover y conservar un óptimo estado en su salud y disminuir las probabilidades de incidencia de patologías.

3.2.1. Programa de Prevención del Desgaste por Empatía

(Barbero, Fernández, García, Mayoral & Jiménez, 2013; Beck, 2011; Cazabat, 2002; Hernández, 2017; Nolte, 2017; Rodríguez & Quiñones, 2013, p. 16 citado en Cáceres, 2018) establecen que los objetivos del programa de prevención del Desgaste por Empatía en los profesionales son los siguientes:

- Determinar un espacio físico – temporal en el que se aborde los sentimientos, emociones y pensamientos que los profesionales experimentan en la interacción con los pacientes, con la finalidad de reconocer, dar lugar y retroalimentar a los profesionales por el esfuerzo diario que realizan en su labor.
- Psicoeducar a los profesionales sobre la empatía y la Fatiga por Compasión.
- Trabajar en la autorregulación emocional entre médico – paciente.

3.2.2. Modelo General de Resiliencia a la Fatiga por Compasión

(Figley, 2014, citado en Martínez, 2014), establece que se han determinado factores o variables, los cuales en conjunto influyen en la Fatiga por Compasión, ayudando al diseño de programas de prevención con la finalidad de fomentar la resiliencia, la satisfacción por compasión, la autorregulación, el manejar el estrés frente a clientes o pacientes, así como controlar efectivamente el estrés presente en la vida personal.

Figley, 2014, citado en Martínez, 2014, afirma que los factores que influyen en la Fatiga por Compasión son:

- **Exposición al cliente-paciente que sufre:** es el tiempo estimado que un trabajador de servicios humanos está expuesto al paciente que presenta sufrimiento, cuanto más exposición al cliente que sufre mayor es la respuesta empática, si se da un alto nivel de estrés por compasión residual, menor es la resiliencia a la Fatiga por Compasión.

- **Habilidad empática:** es el nivel en que el cuidador comprende de forma adecuada la emoción expresada por el cliente y puede emitir emociones al cliente que reflejen afectos generando resultados.
- **Preocupación por el cliente:** atención al bienestar y el triunfo del cliente. Busca la mejor respuesta terapéutica para aplicar con cada cliente respectivamente.
- **Respuesta terapéutica:** es lo que permite al cliente **a)** tener más voluntad para cambiar, **b)** tener menos temor, **c)** ser más optimista acerca del resultado clínico, **d)** sentirse apoyado. Sin embargo, al proporcionar una respuesta terapéutica adecuada, el trabajador experimenta distrés vicario del cliente que carga en el profesional, de forma medible, como Estrés por Compasión Residual.
- **Autorregulación:** es el grado por el cual el profesional puede manejar de forma efectiva la causa y el impacto del estrés y separar el trabajo de la vida personal.
- **Satisfacción por compasión y apoyo:** es el grado en que un profesional percibe el alto nivel de satisfacción personal por el trabajo con sus clientes (pacientes) y también el nivel de apoyo y respeto por los compañeros dentro del ámbito laboral.
- **Estrés residual por compasión:** los profesionales lo presentan como reacciones de estrés ante una situación complicada del cliente y el afán por ayudar al cliente que está sufriendo. Esto junto con la respuesta terapéutica, la autorregulación, satisfacción por compasión y apoyo influye en el nivel de estrés residual por compasión.
- **Resiliencia a la Fatiga por Compasión:** es con que inmediatez y efectividad se recupera de manera total o parcial de una adversidad un profesional después de haber experimentado un incremento de estrés. Se presenta en cuatro variables distintas: Estrés por compasión residual, exposición prolongada a los clientes, manejo efectivo de los recuerdos traumáticos y nuevos estresores de vida.
- **Exposición prolongada a clientes-pacientes:** es el número de clientes asignados versus el tiempo al día para proveer servicios multiplicados por el número de meses que efectúa el trabajo.
 - **Manejo efectivo de los recuerdos traumáticos:** es la satisfacción, auto-reportada, y la intensidad de los recuerdos del trauma vivido. Al ser mayor la satisfacción en manejar los recuerdos, mayor es la Resiliencia a la Fatiga por Compasión.

- **Estresores crónicos y nuevos:** son factores estresantes tanto personales y profesionales que generan un nuevo punto de referencia en el manejo del trabajador frente a los estresores de vida.

3.2.3. Modelo Salutogénico

El modelo Salutogénico es un enfoque médico creado por Aaron Antonovsky en los años 70, que consiste en el abordaje del concepto de salud – enfermedades originadas por estrés. Es decir que:

La salud debe ser constantemente re – creada y que, al mismo tiempo, la pérdida de salud es un proceso natural y omnipresente, ya que el caos y el estrés, lejos de ser realidades objetivas, son experiencias percibidas, surgidas de demandas internas y/o externas, que forman parte de las condiciones naturales de la vida. (Escuela Andaluza de Salud Pública – Consejería de Salud y Bienestar Social, 2010, p. 34)

El modelo Salutogénico establece la importancia del sentido de coherencia en la prevención de enfermedades generadas por el estrés en el personal de salud, dado que este consiste en que los profesionales sean conscientes de los recursos inmediatos de los que disponen con la finalidad de que puedan enfrentar y sobrellevar situaciones estresantes que se presentan en su cotidianidad laboral.

El sentido de coherencia se encuentra formado por tres componentes, los cuales son:

1. **Comprensibilidad (componente cognitivo):** es la capacidad de entendimiento e introspección que tienen las personas en torno a su vida y cómo se posicionan frente a ella.
2. **Manejabilidad (componente conductual):** capacidad, habilidades, estrategias que las personas poseen para desenvolverse y tener control de su vida.
3. **Significatividad (componente motivacional):** establecimiento de metas y logros a alcanzar a lo largo de la vida.

Etapas para la Prevención y Promoción de la Salud:

1. **Curación o tratamiento de enfermedades:** es un proceso personalizado en el que se aborda la sintomatología, necesidades, demandas propias de cada paciente, a

través del uso y empleo de técnicas - herramientas que promueven el mantenimiento de la salud de los pacientes.

2. Protección de la salud y prevención de enfermedades: esta etapa se divide en:

- **Protección:** información dirigida a detectar factores de riesgo, síntomas, sentimientos, emociones, situaciones generadoras de estrés que influyen en el deterioro de la salud.
- **Prevención:** el reconocimiento e identificación de los factores de riesgos contemplados en la fase de protección, permite a los profesionales desarrollar medidas de seguridad y conservación de su salud, mediante estrategias de comunicación asertiva, solución de conflictos, manejo de estrés con la finalidad de salvaguardar su integridad física, psíquica y social.

3. Coexistencia entre Educación y Promoción de la salud: el identificar factores de riesgo para la salud y contar con estrategias para afrontarlos, permite que se desarrollen redes de comunicación y contención entre los profesionales, personas o grupos, dado que son agentes activos en la promoción, prevención y mantenimiento tanto de su salud como la de los otros.

4. Percepción de salud, bienestar y calidad de vida: la percepción de la salud no se basa en concebirse exentos de enfermedades, sino en ser conscientes y saber cómo prevenirlas mediante el establecimiento, desarrollo, fortalecimiento de hábitos, estrategias de autocuidado que promuevan la salud y de cómo abordar las enfermedades una vez que estén presentes.

El personal de salud cuenta con recursos generales de resistencia como conocimiento, experiencias de situaciones propias o cercanas, apoyo social, que les permite afrontar de mejor manera situaciones adversas que se presentan a lo largo de su vida, tanto en el ambiente profesional, familiar, social, sin embargo lo fundamental no solo es disponer de recursos en mayor o menor grado, sino tener sentido de coherencia, es decir que es necesario que los profesionales sean conscientes de los recursos inmediatos que poseen y que sepan utilizarlos de manera conjunta, con la finalidad de promover su salud y calidad de vida en general (Escuela Andaluza de Salud Pública – Consejería de Salud y Bienestar Social, 2010).

3.2.4. Perspectiva Biopsicosocial de la Salud

El abordaje de la salud desde la perspectiva biopsicosocial consiste en una visión integral del ser humano, es decir que la “salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental” (Oblitas, 2010, p. 12), de tal manera que reconoce y valida que el ser humano es la composición de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales influyen en el desarrollo de enfermedades. Cada uno de los factores se interrelacionan entre sí, y son esenciales en la conservación, deterioro o equilibrio en la salud de las personas.

Los **factores biológicos**, se encuentran constituidos por componentes propios de cada individuo, es decir anatomía, genética, fisiología que han sido heredados por sus padres, además del desarrollo, estructura, funciones, desenvolvimiento individual y su relación con el entorno, por otro lado los **factores psicológicos**, consisten en procesos cognitivos, personalidad, sentimientos, emociones, como agentes reguladores en el proceso de interacción de las personas con su medio. Finalmente, los **factores sociales**, radican en el establecimiento de relaciones interpersonales con los otros (ámbito, laboral, de pareja, familiar), además de situaciones o sucesos que influyen de forma directa o indirecta en la vida de las personas (Rosental & Ludin, 2005).

El estrés está compuesto de dos factores, los cuales son: **1. Componente estresor:** son situaciones extenuantes que requieren de medidas de adaptación. **2. Respuestas ante factores estresantes:** son estrategias de adecuación y regulación ante la presencia de factores estresantes. Tanto los componentes estresores como en los de respuesta se evidencian en la interacción de factores biológicos (procesos fisiológicos), psicológicos (dificultades en la concentración, labilidad afectiva, apatía) y sociales (violencia, hostilidad, aislamiento) que dan cuenta del engranaje y correlación que mantienen e influyen en la salud (Salazar, 1991).

Los aspectos de la perspectiva biopsicosocial son (Delgado, 2015, diapositiva 8):

- Las personas tienen responsabilidad en la preservación de su salud por el estilo y hábitos que tienen en su vida, los cuales influyen en la adquisición o prevención de enfermedades.
- Las enfermedades no presentan consecuencias únicamente a nivel psicológico, sino que también contribuyen al desarrollo y mantenimiento de enfermedades.

- La atención que se establece a través del tratamiento médico no depende exclusivamente de los profesionales, sino que también necesita de la participación activa de los pacientes para mejorar su condición médica.
- El tratamiento de las enfermedades no se limita a la atención de los daños físicos del organismo, sino al conjunto de factores que conforman a los individuos.

El Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida (2017) establece que la salud debe ser inclusiva y preventiva, dentro del eje de derechos durante toda la vida, por lo cual tanto la salud de los pacientes como la salud del personal médico debe ser conservada a través de métodos de prevención, autocuidado y asistencia pertinente. Por otro lado, concientizar la importancia que tiene la salud y proporcionar medidas de prevención es una responsabilidad individual (de cada persona) y social (de las instituciones o entidades en las que laboran las personas).

Capítulo 4

Marco Metodológico

La investigación realizada es de tipo transversal analítica, la cual se enfoca en el estudio de los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la Salud de pacientes paliativos, para lo cual se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema en el que se enfatiza en la sintomatología, causas, factores predisponentes que contribuyen a la Fatiga por Compasión y modelos de prevención. Dentro de los dispositivos de evaluación se aplicaron: el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - *Versión IV*), el Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E) y la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos. La información recolectada permite crear un dispositivo de prevención de la Fatiga por Compasión, el cual tiene el objetivo de informar, proporcionar estrategias de afrontamiento y autocuidado a los profesionales de la Salud.

4.1. Participantes

En el presente estudio participaron un total de 24 Profesionales de la Salud que se desempeñan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito.

4.1.1 Criterios de Inclusión

- Profesionales que ejerzan su profesión dentro del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
- Que se desempeñen en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por un período mínimo de 3 meses.
- Tener entre 23 a 60 años de edad.

4.1.2. Criterios de Exclusión

- Personal médico que se desempeñen en otras áreas que no sea en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
- Personal de salud del área de cuidados paliativos que no pertenezcan al Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
- Profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que trabajen en esta área menos de 3 meses.
- Trabajadores de la salud que excedan los 60 años de edad.

4.2. Procedimiento

Inicialmente se contactó con las autoridades del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi a través de una solicitud formal en la que se informa de la investigación y el aporte de la misma a la institución. Se entrega el Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud, después de la aprobación de la solicitud se coordina con los tutores del área de Salud mental, Cuidados Paliativos en Neonatología y Enfermería para la aplicación de los instrumentos (Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción - ProQOL versión IV, el Inventario de Desgaste por Empatía y la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos). Los instrumentos se aplicaron a un total de 24 profesionales de salud, dentro de los cuales se encuentran médicos generales, pediatras,

neonatólogos, personal de enfermería, psicólogos clínicos y trabajadoras sociales que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Finalmente se procedió al análisis e interpretación de resultados.

4.3. Instrumentos

En la investigación se aplica 3 instrumentos. 1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL- *Versión IV*). 2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E) y 3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos.

4.3.1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - Versión IV)

El Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - *Versión IV*), consta de 30 ítems con respuestas tipo Likert (0 = nunca, 1= raramente, 2 = algunas veces, 3 = con alguna frecuencia, 4 = casi siempre y 5 = siempre). El dispositivo se divide en tres sub-escalas que son: 1. Satisfacción por Compasión: evalúa la satisfacción que los profesionales experimentan al ejecutar tareas relacionadas con el ámbito laboral. Las puntuaciones altas representan una mayor satisfacción con la capacidad de ser un profesional - cuidador eficaz y de ayuda efectivo. 2. Burnout: mide el agotamiento laboral, y se caracteriza por la presencia de sentimientos de infelicidad, desconexión e insensibilidad con el entorno laboral. Las puntuaciones altas suponen mayores riesgos de Burnout. 3. Fatiga por Compasión o Estrés Traumático Secundario: valora los efectos que genera la exposición constante ante situaciones de ayuda. Las puntuaciones altas indican mayores índices de Fatiga por Compasión. El ProQOL no es un dispositivo de diagnóstico, es una guía respecto a las experiencias positivas y negativas de las personas entorno a su trabajo (Hudnall, 2010).

Tabla 1

Escalas de Puntuaciones Medias - ProQOL - IV

Dimensiones	Alto	Medio	Bajo	Media
Satisfacción por Fatiga	Más de 42	De 33 a 41	De 0 a 32	37
Burnout	Más de 28	De 18 a 27	De 0 a 17	22
Estrés Traumático Secundario	Más de 18	De 8 a 17	De 0 a 7	13

Nota. Escalas de Puntuaciones Medias - ProQOL IV. (Cuartero, 2018)

4.3.2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)

El Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E), consta de 27 ítems con respuesta tipo Likert (0 = muy de acuerdo, 1= de acuerdo, 2 = desacuerdo y 3 = muy en desacuerdo). El instrumento se organiza en 3 factores: **1. Involucración Profesional:** evalúa el grado de involucración respecto a la relación paciente - profesional. Una práctica profesional óptima consiste en un nivel de involucración moderado, mientras que la sobre involucración o la insuficiencia de la misma coarta la calidad y desenvolvimiento laboral. **2. Cuidado personal:** valora en qué medida el profesional dispone de recursos personales y técnicos (cuidado personal) para prevenir y afrontar el desgaste biopsicofísico producto de la relación de ayuda. **3. Vulnerabilidad:** determina en qué medida el profesional se percibe afectado respecto a su práctica laboral a nivel físico, psíquico, emocional y social (Campos et al., 2017).

El Inventario de Desgaste por Empatía establece 4 perfiles, los cuales se obtienen a través de la combinación y los resultados alcanzados en cada factor (involucración profesional, cuidado profesional y vulnerabilidad), dentro de estos se encuentran:

- **Perfil I:** Funcionamiento Empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía.
- **Perfil II:** Funcionamiento Empático normal, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía.
- **Perfil III:** Funcionamiento Empático normal, con riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía.
- **Perfil IV:** Funcionamiento Empático Disfuncional.

4.3.3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos.

La encuesta consta de 12 preguntas semiestructuradas, las cuales fueron elaboradas dentro del contexto de la investigación con la finalidad de identificar aspectos que influyen o aportan en la prevención o deterioro de la salud integral de los profesionales de la salud. Mediante la encuesta se conoce de manera particular los aspectos más influyentes dentro de la comunidad de profesionales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, permitiendo elaborar estrategias de prevención acordes a la realidad de los profesionales de la salud.

4.4. Presentación de datos

4.4.1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - IV).

Tabla 2

Tabla General de Resultados ProQOL- IV

Prevalencia del ProQOL		
Satisfacción por Compasión		
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Alto	13	54%
Medio	10	42%
Bajo	1	4%
TOTAL	24	100%
Burnout		
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Alto	4	17%
Medio	14	58%
Bajo	6	25%
TOTAL	24	100%
Estrés Traumático Secundario		
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Alto	6	25%
Medio	13	54%
Bajo	5	21%
TOTAL	24	100%

Elaboración propia

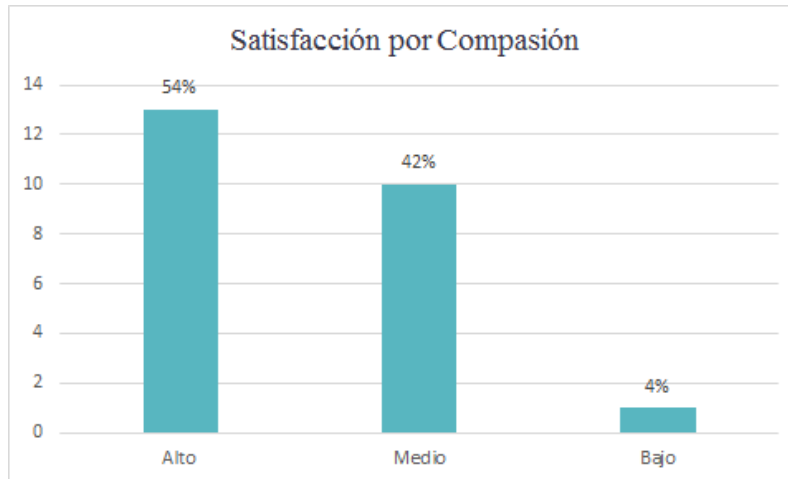
Prevalencia de Satisfacción por Compasión

De la muestra total de 24 participantes que corresponde al 100%, el 54% tienen una prevalencia de altos puntajes en la dimensión de Satisfacción por Compasión, el 42% puntúa niveles medios de Satisfacción por Compasión y el 4% tiene puntuaciones bajas de Satisfacción por Compasión. De acuerdo a los resultados obtenidos la media de la dimensión

es de 42, la cual supera a la puntuación media establecida por el ProQOL que es 37, por ende se infiere que los Profesionales de la Salud tienen mayor satisfacción en cuanto a su capacidad de ser un profesional o cuidador eficaz y de ayuda efectivo en su desempeño laboral.

Figura 1

Prevalencia de Satisfacción por Compasión (ProQOL - IV)

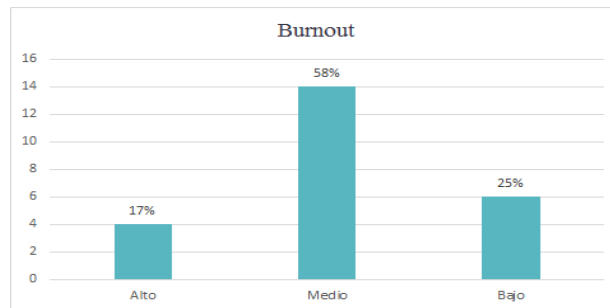


Prevalencia de Burnout

Del 100% de la muestra total el 17% puntúan niveles altos de riesgo de Burnout, el 58% tienen niveles medios de riesgo de Burnout y el 25% restante presentan niveles bajos de riesgo de Burnout. De acuerdo a los resultados obtenidos la puntuación media de esta dimensión corresponde al 21,3 mientras que la puntuación media que establece el ProQOL es de 22, debido a que la puntuación media de los resultados se aproxima a la puntuación establecida en el ProQOL se la considera parte de la media.

Figura 2

Prevalencia de riesgo de Burnout (ProQOL - IV)

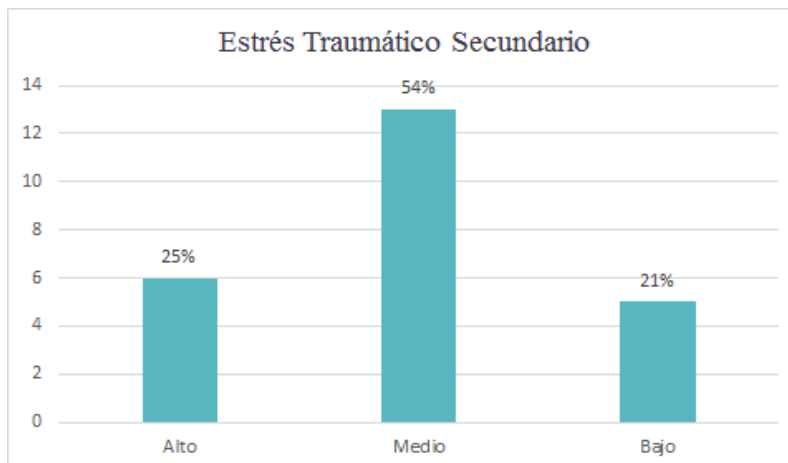


Prevalencia de Fatiga por Compasión o Estrés Traumático Secundario

Del 100% de la muestra total, el 25% presentan niveles altos de Prevalencia de Fatiga por Compasión, mientras que el 54% tienen niveles medios de prevalencia de Fatiga por Compasión y el 21% presentan niveles bajos de Fatiga por Compasión. La puntuación media de la población corresponde a 16, mientras que la puntuación media del ProQOL es de 13, por ende se establece que los participantes tienen altos niveles de prevalencia de Fatiga por Compasión, lo que es un indicador de inconformidad en su entorno laboral y trabajo.

Figura 3

Prevalencia de Fatiga por Compasión o Estrés Traumático Secundario (ProQOL -IV)



4.4.2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)

Tabla 3

Resultados del Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)

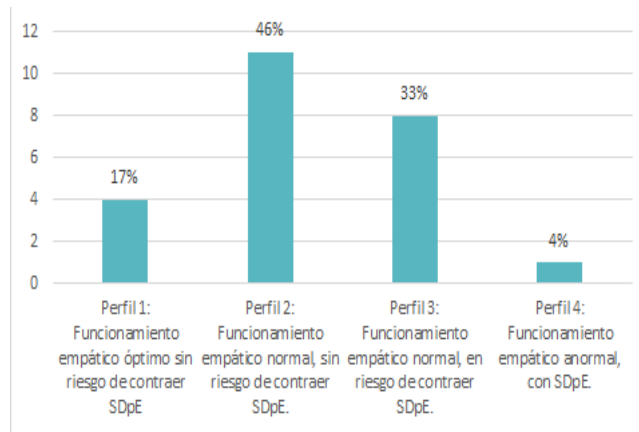
Perfiles	Frecuencia	Porcentaje
Perfil 1: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía	4	17%
Perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía	11	46%
Perfil 3: Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía.	8	33%
Perfil 4: Funcionamiento empático anormal, con Síndrome de Desgaste por Empatía	1	4%
TOTAL	24	100%

Elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Desgaste por Empatía, del total de la muestra de 24 profesionales que equivale al 100%, el 17% corresponden al **perfil 1:** Funcionamiento empático óptimo sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, el 46% pertenecen al **perfil 2:** Funcionamiento empático normal y sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, el 33% conciernen al **perfil 3:** Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, y finalmente el 4% pertenece al **perfil 4:** Funcionamiento empático anormal con Síndrome de Desgaste por Empatía.

Figura 4

Resultados de la aplicación de Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)



4.4.3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos.

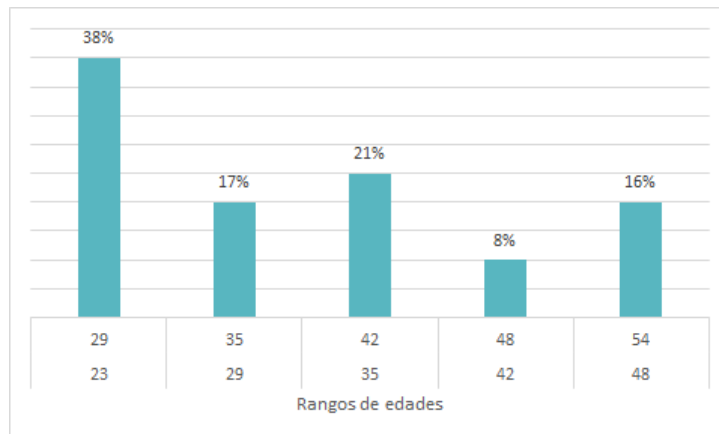
Dentro de los resultados en la encuesta se obtuvo que:

1. ¿Cuál es su edad?

El 38% de la muestra oscila en un rango de edad entre 23 a 29 años, el 21% entre 35 a 42 años, el 17% entre 29 a 35 años, el 16% entre 48 a 54 años y el 8% entre 42 a 48 años.

Figura 5

Edad de los profesionales



2. Sexo

El 88% de la muestra corresponden a profesionales de sexo femenino y el 12% al sexo masculino.

3. ¿Cuál es su profesión?

El porcentaje mayor de la muestra corresponde al 42% de profesionales en Pediatría, el 21% a Médicos, el 21% a Psicólogos Clínicos, el 8% a Trabajadoras Sociales, el 4% a Neonatología y el 4% restante a Enfermería.

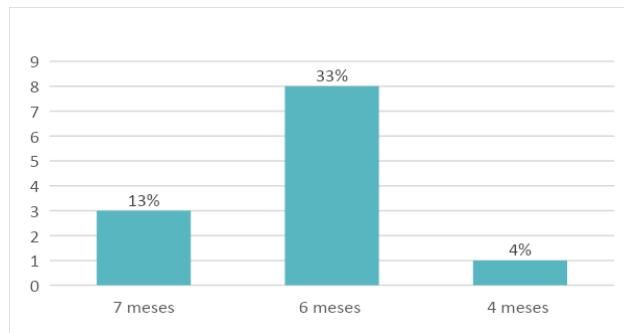
4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el área de Cuidados Paliativos?

El 50% de la población ha trabajado entre 4 a 7 meses, mientras el otro 50% ha trabajado entre 1 a 4 años en el área de Cuidados Paliativos.

Dentro del 50% de la población que lleva trabajando en el área de Cuidados Paliativos entre 4 a 7 meses, el 33% ha trabajado por 6 meses, el 13% por 7 meses y el 4% restante por 4 meses.

Figura 6

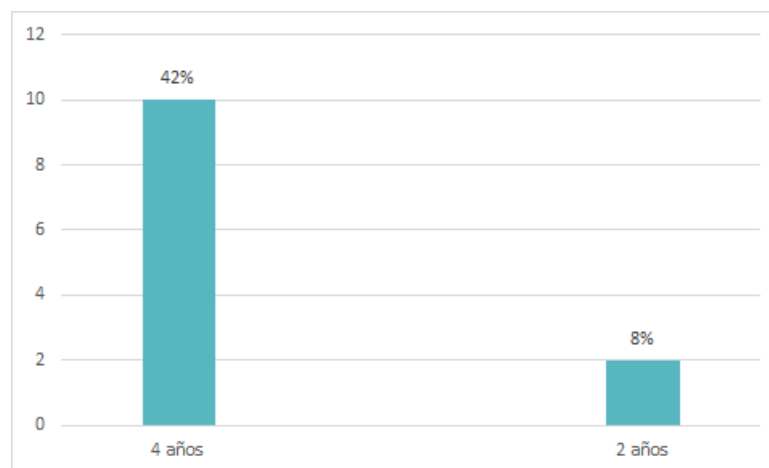
Tiempo de trabajo en meses



El otro 50% de la población lleva trabajando entre 1 a 4 años. El 42% ha trabajado por 4 años y el 8% por 2 años.

Figura 7

Tiempo de trabajo en años



5. ¿A qué población atiende en Cuidados Paliativos?

El 72% de los profesionales de la salud de las distintas áreas de Medicina, Pediatría, Neonatología y Enfermería atienden exclusivamente a neonatos, mientras que el 20% de profesionales de Psicología Clínica atienden tanto a pacientes como a sus familiares y el 8% de profesionales (Trabajadoras Sociales) atienden a los familiares de los pacientes.

6. ¿Cuando se siente preocupado, triste, frustrado, etc., a quién le comenta cómo se siente?

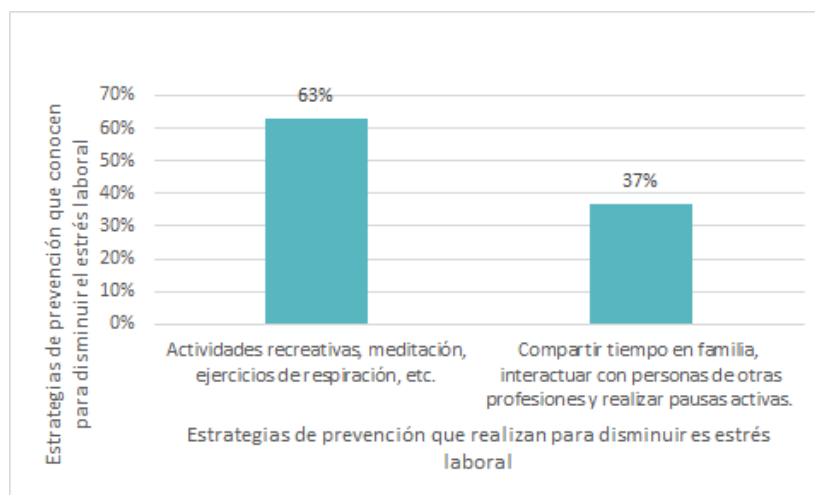
El 54% de los profesionales establecen que les comentan a sus familiares cuando experimentan preocupación, tristeza, frustración, entre otros, el 17% hablan con sus amigos sobre lo que sienten, el 13% dialogan con sus compañeros de trabajo, el 8% afirman que se reservan lo que sienten, de manera que no comunican a nadie su sentir, y finalmente el 8% de la población comunican su preocupación, tristeza, frustración, etc. a otras personas que no están dentro de la población citada.

7. Mencione cuáles son las estrategias o medidas de prevención que utiliza o conoce para disminuir el estrés laboral.

El 63% de la muestra puntualizan que las medidas de prevención que conocen para disminuir el estrés laboral son: actividades recreativas (deporte, viajar, leer, etc.), meditación, ejercicios de respiración, etc., mientras que el 37% establecen que las estrategias de prevención que realizan para mitigar el estrés laboral son: compartir tiempo en familia, interactuar con personas de otras profesiones y realizar pausas activas.

Figura 8

Estrategias de prevención que conocen vs. Estrategias de prevención que ejecutan



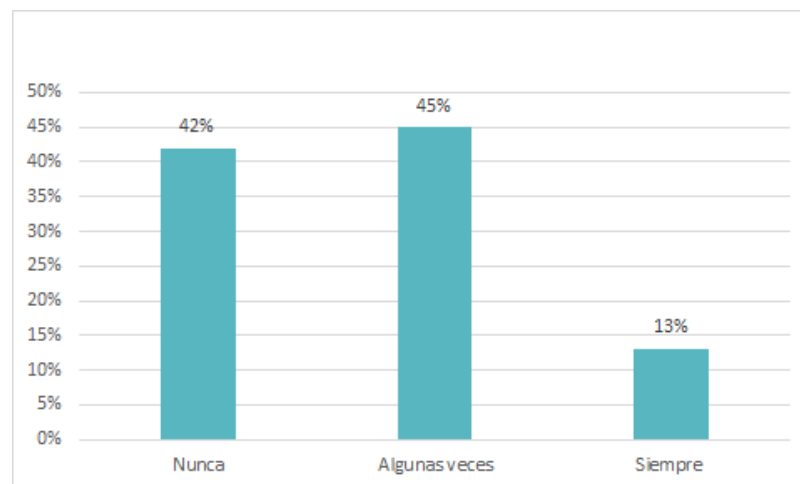
8. ¿Al sentirme preocupado, frustrado o con sentimientos que están fuera de mi control, he solicitado ayuda psicológica profesional?

El 45% de los profesionales afirman que han solicitado ayuda psicológica profesional en algunas ocasiones cuando han experimentado preocupación, frustración o sentimientos que están fuera de su control, mientras que el 42% de la muestra establece que nunca han solicitado asistencia psicológica y en un menor porcentaje con el 13% enuncian que al

experimentar preocupación, frustración o sentimientos que están fuera de su control siempre han solicitado asistencia psicológica profesional.

Figura 9

Apoyo Psicológico

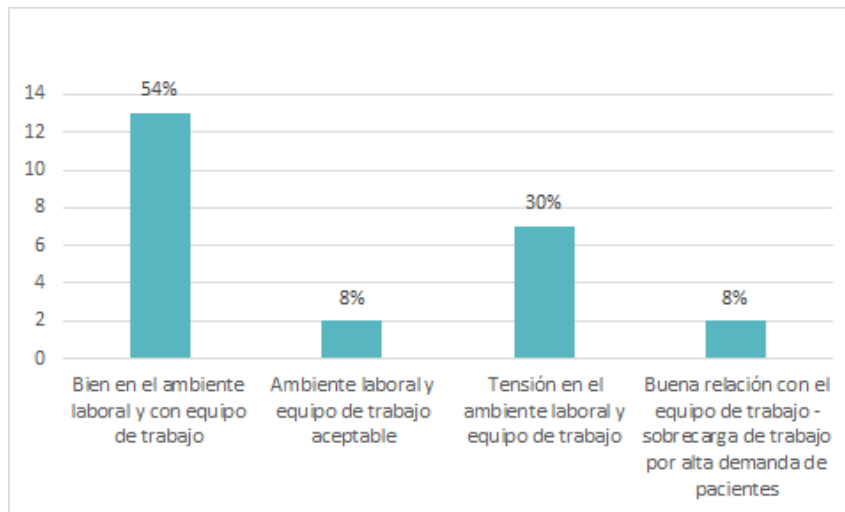


9. ¿Cómo se siente con el ambiente laboral y con sus compañeros de trabajo?

El 54% del personal menciona que se sienten bien tanto en el ambiente laboral como con el equipo de trabajo, el 30% considera que sienten tensión tanto en el ambiente laboral como con los compañeros de trabajo, el 8% de la muestra establecen que el ambiente laboral y el equipo de trabajo es aceptable, finalmente el 8% restante de la población aluden que mantienen una buena relación con sus colegas, sin embargo, existe una sobrecarga de trabajo por una alta demanda de pacientes.

Figura 10

Ambiente Laboral

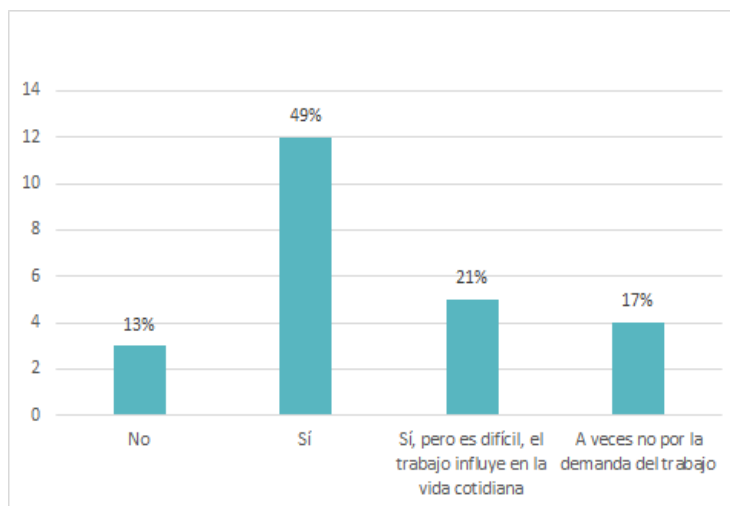


10. ¿Considera que separa su vida laboral de su vida personal?

El 49% de la población confiere que “sí” separan el aspecto laboral de su vida personal, el 21% lo hacen, sin embargo, mencionan que es difícil separar ambos ámbitos porque lo laboral influye significativamente en la cotidianidad de la vida personal, el 17% comunica que “a veces no” logran desvincularse del trabajo y el 13% afirman que “no” se desvinculan del trabajo debido a los requerimientos y demandas del mismo.

Figura 11

Separación de la vida personal vs. Vida profesional

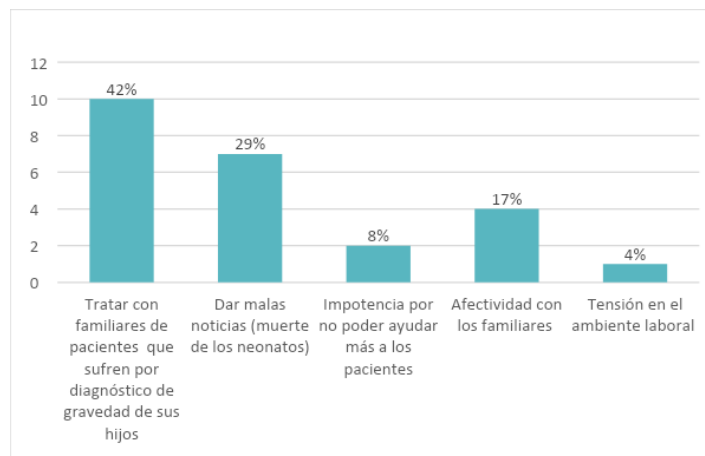


11. ¿Cuál es la mayor dificultad que se ha encontrado en este tipo de trabajo (Cuidados Paliativos)?

El 42% de los profesionales afirman que la mayor dificultad que experimentan dentro de su área de trabajo en Cuidados Paliativos es tratar con los familiares de los pacientes, ya que establecer un acercamiento es difícil porque son padres que están sufriendo por la diagnosis de sus hijos. El 29% sostienen que comunicar malas noticias (muerte de los neonatos) es la mayor dificultad que experimentan en su área de trabajo. Para el 17% de la población encuestada desarrollar un vínculo afectivo con los familiares de los pacientes les representa una mayor dificultad dentro de su área laboral. El 8% expresan que la impotencia de no poder ayudar más a los pacientes es la mayor dificultad dentro del área de Cuidados Paliativos. Y finalmente el 4% considera que la tensión en el ambiente laboral es la mayor dificultad dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Figura 12

Mayor dificultad en el ámbito laboral

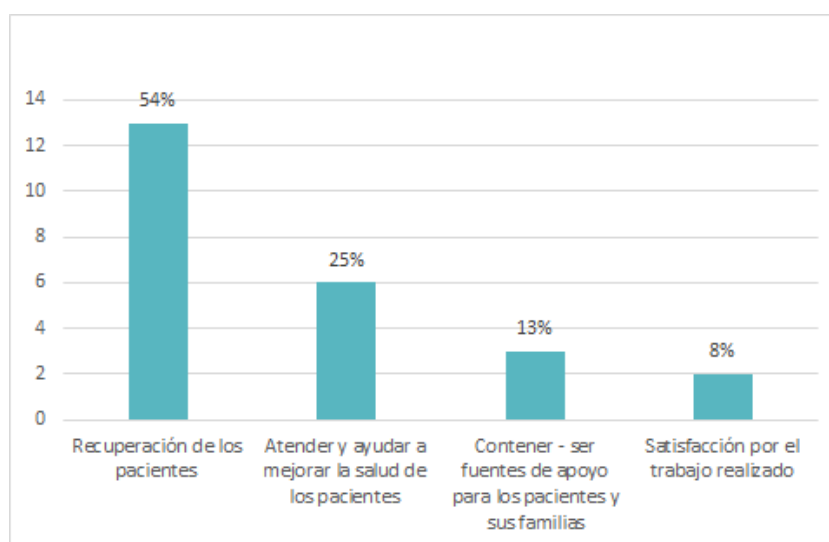


12. ¿Cuál es la mayor satisfacción que experimenta en su área de trabajo?

La mayor satisfacción que experimentan los profesionales dentro de su área de trabajo es con un 54% la recuperación de los pacientes, con un 25% atender y ayudar a mejorar la salud de los pacientes, con el 13% contener y ser fuente de apoyo para los pacientes y sus y el 8% experimentan satisfacción por el trabajo realizado.

Figura 13

Satisfacción Laboral



4.5. Análisis de datos

4.5.1. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - Versión IV)

De acuerdo a los resultados obtenidos en el ProQOL, se establece que en la dimensión de Satisfacción por Compasión los participantes presentan puntuaciones altas que corresponden a un 54%, lo cual es un indicador de que tienen mayores niveles de satisfacción en torno a su desempeño laboral y como cuidadores competentes en el desarrollo de sus actividades profesionales. El 42% corresponde a puntuaciones que se encuentran dentro de la norma, lo que da cuenta de que los profesionales no manifiestan niveles de riesgo de insatisfacción por compasión en sus oficios. Por otro lado, el 4% de la población puntúan niveles bajos de Satisfacción por Compasión, que indican la presencia de dificultades en el desenvolvimiento y disminución de las habilidades y capacidades en el ámbito profesional, de tal manera que si no adoptan medidas de prevención y autocuidado se pueden desencadenar situaciones de riesgo que afecten la salud de los profesionales (Hudnall, 2010).

En la dimensión de Riesgo de Burnout se evidencia que el 17% de la población corresponde a puntuaciones altas, lo que implica que se encuentran en situaciones de riesgo, dado que existen mayores niveles de agotamiento en los profesionales que influyen y deterioran su salud. El 58% de los encuestados puntúan dentro de la media, lo que indica que no tienen riesgos de Burnout, ya que cuentan con estrategias de afrontamiento adecuadas que

les permiten lidiar con sus actividades laborales cotidianas. El 25% registran puntuaciones bajas, evidenciando actitudes y herramientas sólidas en su productividad y desempeño laboral (Hudnall, 2010).

En cuanto a la Fatiga por Compasión o Estrés Traumático Secundario, se presenta una incidencia alta en un 25% de la población, lo que indica la presencia de pensamientos y sentimientos negativos asociados a factores estresantes y altamente demandantes de su área laboral. El 54% se encuentra en un nivel medio, donde no implica un riesgo de Fatiga por Compasión, ya que la población encuestada dispone de medios y estrategias que les permiten establecer relaciones de ayuda prolijas con sus pacientes. El 21% se ubica en un nivel bajo donde las actitudes y percepciones con respecto a sus funciones profesionales y el entorno laboral son apropiadas (Hudnall, 2010).

Finalmente, se establece que del total de la población que corresponde al 100%, el 46% representan situaciones de riesgo de Fatiga por Compasión ya que el 4% tienen niveles bajos de Satisfacción por Compasión, el 17% presentan niveles altos de Burnout y el 25% poseen niveles altos de Estrés Traumático Secundario. Mientras que el 54% de la población restante se encuentran en niveles adecuados o moderados en las tres dimensiones (Satisfacción por Compasión, Burnout, y Estrés Traumático Secundario), por ende, no se evidencian niveles de riesgo de Fatiga por Compasión.

4.5.2. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E)

En base a los datos obtenidos en el Inventario de Desgaste por Empatía se establece que del 100% de la población el 17% corresponden al **Perfil 1:** Funcionamiento Empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, es decir que los profesionales de la salud cuentan con estrategias de afrontamiento óptimas que les permiten sobrellevar la carga laboral y tolerar situaciones de estrés altamente demandantes por lo que estas no influyen en el desarrollo de sintomatología y desgaste empático. Por otro lado, el 46% se ubican en el **Perfil 2:** Funcionamiento Empático normal, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, a pesar de que existen situaciones de riesgo (sobrecarga laboral, horarios inflexibles, alta demanda de pacientes) el personal médico dispone de habilidades eficaces para enfrentar las exigencias laborales y mantener un buen estado de salud.

Por el contrario el 33% de la muestra se ubican en el **Perfil 3:** Funcionamiento Empático normal, en riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, aunque el equipo médico posee recursos de afrontamiento para manejar, reducir los niveles de estrés y tolerar el desgaste emocional que surge de la relación de ayuda se encuentra en riesgo de contraer Fatiga por Compasión, debido a las demandas del ámbito laboral. Finalmente, el 4% se sitúa dentro del **Perfil 4:** Funcionamiento Empático anormal, con riesgo de Desgaste por Empatía, debido a que la involucración profesional, cuidado personal y vulnerabilidad están descompensados, por lo que se presenta un declive en el funcionamiento empático y tienen altas probabilidades de contraer Síndrome Desgaste por Empatía afectando negativamente en su salud a nivel biopsicosocial.

4.5.3. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de pacientes paliativos.

El personal médico de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales establecen que las dificultades que encuentran dentro de su área de trabajo son: comunicar malas noticias, fallecimiento de los neonatos, tratamientos limitados ante enfermedades congénitas que genera impotencia en los galenos al no contribuir en la mejora de los pacientes y negación de los familiares frente a la condición de gravedad de los recién nacidos. Por otro, el equipo médico determina que pese a los inconvenientes que surgen en el ámbito laboral la mayor gratificación que tienen es la recuperación y alta de los pacientes.

Los profesionales de Psicología Clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales atienden tanto a pacientes como a sus familias, los cuales comunican que las mayores dificultades que identifican dentro de su área de trabajo son: tratar con los familiares de los pacientes, debido a que presentan sufrimiento y preocupación por la condición médica de sus hijos y el vínculo afectivo desarrollado con los mismos. Por otro lado, mencionan que apoyar y atender a los pacientes y a sus familias les incentiva en su profesión.

Los Trabajadores Sociales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que laboran solo con los familiares de los pacientes determinan que la mayor dificultad que encuentran es la tensión que experimentan en el ambiente laboral. Por otra parte mencionan que la mayor de satisfacción que perciben es el trabajo (apoyo social) realizado con las familias de los pacientes.

A pesar de que el 54% de los profesionales comunican que se sienten satisfechos tanto con el ambiente laboral como con sus compañeros de trabajo y el 8 % consideran que el entorno laboral y la interacción con los compañeros es aceptable, también existe un 30% de profesionales que experimentan tensión laboral y la relación con sus compañeros es deficiente, finalmente el 8% considera que la relación con los compañeros es adecuada, sin embargo afirman que existe una alta demanda de trabajo por la incidencia de pacientes.

Aunque la mayoría de los profesionales expresan que al sentir preocupación, tristeza, frustración, únicamente les comunican de su malestar a sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, también hay profesionales que se reservan sus emociones, sentimientos y pensamientos para sí mismos, por ende se infiere que no cuentan con relaciones de apoyo y sostén estables, dado que no exteriorizan su sentir. Por otro lado, la población encuestada manifiesta que al enfrentarse a situaciones y sentimientos que están fuera de su control y que les sobrepasan solicitan ayuda psicológica profesional de manera constante, otros profesionales demandan atención psicológica ocasionalmente y hay profesionales que nunca han acudido a terapia psicológica.

La mayoría de los encuestados comunican que conocen varias estrategias de prevención para mitigar el estrés laboral como actividades recreativas (deporte, viajar, leer), ejercicios de respiración y meditación, sin embargo no las aplican, No obstante hay un grupo de profesionales que no solo identifican medidas de prevención y autocuidado sino que las aplican, dentro de estas se encuentran: compartir tiempo con su familia, interactuar con personas de otras profesiones y realizan pausas activas para reducir la incidencia de estrés laboral.

El 49% de los participantes estipulan que logran separar su vida personal de la laboral, dado que no tienen inconvenientes al desligarse de ambos ámbitos. El 21% comunican que a pesar de que separan el ámbito laboral del personal les cuesta hacerlo, ya que desvincularse de las situaciones que se presentan en la cotidianidad de sus labores influye significativamente en lo personal, sin embargo puntualizan que se esfuerzan por dejar de lado lo laboral y centrarse en sus familias, en compartir tiempo de calidad, desarrollar actividades que les permiten relajarse, etc., de tal manera que pueden desvincularse de ambos aspectos a pesar de las adversidades.

El 17% confieren que la mayoría de ocasiones no logran separar lo profesional de lo personal, porque las situaciones relacionadas a su trabajo les sobrepasan como: el deterioro

progresivo de la salud, muerte y situaciones de abandono de los pacientes. Por último el 13% de la población no logra separar en absoluto su vida laboral de la personal, debido a la dificultad y la alta demanda de trabajo, sobre involucración con pacientes y sus familiares, por exigencias propias de la institución, por solicitudes fuera del horario laboral.

4.5.4. Correlación de datos

Inicialmente se establece que tanto el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción, el Inventario de Desgaste por Empatía y la Encuesta son dispositivos de evaluación, los cuales permitieron medir la incidencia de la Fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía en los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, los cuales están expuestos a situaciones estresantes como resultado de la relación empática y de ayuda con los pacientes.

En base a los datos obtenidos en el dispositivo ProQOL, se infiere que el 46% de la población presenta riesgo de Fatiga por Compasión, dado que en la dimensión de Satisfacción por Compasión tienen puntuaciones bajas, mientras que en las dimensiones de Riesgo de Burnout y Estrés Traumático Secundario cuentan con puntuaciones altas. Asimismo, se evidencia que en el I.D.E el 37% de los participantes poseen riesgo de Desgaste por Empatía, dado que en el **Perfil 3: Funcionamiento Empático normal**, en riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía y **Perfil 4: Funcionamiento Empático anormal**, con riesgo de Desgaste por Empatía, por ende se establece que los profesionales están en situación de contingencia, debido a la relación de ayuda con pacientes que están en riesgo de fallecer por diagnóstico de enfermedades graves, por enfrentarse a situaciones cargadas de dolor y sufrimiento que impactan en su salud a nivel integral (Campos, et al., 2017).

De ahí que en la encuesta los profesionales hayan planteado que las mayores dificultades a las que se enfrentan en el ámbito laboral son: **1.** Comunicar malas noticias como emitir diagnósticos no compatibles con la vida (enfermedades terminales) siendo sucesos que generan reacciones difíciles de controlar para los médicos tratantes (Rodríguez, 2010). **2.** Muerte de los neonatos, lo que da paso a un duelo donde cada profesional lo vive y elabora de manera particular y en su propio tiempo. **3.** Sentimientos de impotencia, frustración y culpa de no aportar en el restablecimiento de la salud de los pacientes (SECPAL, 2015), los cuales son componentes propios del Estrés Residual por Compasión el cual se vincula a la Fatiga por Compasión dado que son un conjunto de respuestas empáticas frente al sufrimiento y malestar que los pacientes (Benoit, Veach & LeRoy, 2007).

De acuerdo al ProQOL, el 54% de los participantes están en niveles óptimos o moderados de Satisfacción por Compasión, Burnout, y Estrés Traumático Secundario, lo que da cuenta de que no tienen Fatiga por Compasión, de la misma forma en el I.D.E el 63% de los profesionales están dentro del **Perfil 1:** Funcionamiento Empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía y el **Perfil 2:** Funcionamiento Empático normal, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía, lo que da cuenta de que tampoco existe Desgaste por Empatía en la población citada. De la misma manera en la encuesta los participantes puntualizan que lo más enriquecedor de su trabajo es la recuperación de los pacientes, asistir y acompañarlos durante su proceso de enfermedad, por ende se evidencia que los profesionales cuentan con una capacidad de empatizar con las personas y de responder de forma asertiva a las necesidades, emociones, pensamientos de los pacientes (Balart, 2015), además de que su habilidad de ayudar es eficaz y favorece en el desarrollo de una relación constructiva entre médico - paciente (Escudero, 2009).

En relación a los datos obtenidos en la encuesta se confiere que el 70% de la población separa el aspecto laboral del personal, dentro del cual con un 49% están los que indican que logran separar ambos aspectos sin dificultades y con el 21% están los participantes que a pesar de los contratiempos también consiguen realizarlo, por ende, en base al modelo Salutogénico se establece que los profesionales cuentan con estrategias de prevención y autocuidado sólidas, ya que en el Componente Cognitivo los profesionales tienen destrezas de autopercepción respecto a su vida que les permiten posicionarse de manera óptima respecto a su entorno y en el Componente Conductual cuentan con recursos personales como empatía, seguridad, habilidades, que les permiten afrontar las adversidades que se presentan en su cotidianidad (Escuela Andaluza de Salud Pública - Consejería de Salud y Bienestar social, 2010).

También cabe considerar que de acuerdo al Modelo de Resiliencia de la Fatiga por Compasión, la población citada anteriormente cumple con el factor de autorregulación de la Fatiga por Compasión, ya que canalizan, controlan el impacto y los efectos generados por el estrés laboral, además de que separan el ámbito laboral del ámbito personal (Figley, 2014, citado en Martínez, 2014).

El 17% de los participantes manifiestan que a veces logran separar el ámbito laboral del personal, por lo cual se establece que cuentan con estrategias de autocuidado, sin embargo la sobreexposición y exigencias propias de las ocupaciones laborales que desempeñan

influyen en su vida personal, por ende de no adoptar principios de autocuidado estables: ser agentes de sus propias acciones, modificar sus hábitos - actitudes y tener responsabilidad de compromiso consigo mismos (Tobón, 2003), podrían desarrollar Fatiga por Compasión por la exposición prolongada a factores estresantes.

El 13% de la población afirman que nunca logran separar su vida laboral de la personal, ya que los escenarios a los que se enfrentan (muerte, dolor, sufrimiento) son difíciles de manejar, afectando a las otras áreas de su vida, provocando alteraciones a nivel cognitivo (falta de atención), conductual (demasiada preocupación por los pacientes.), emocional (frustración, confusión) siendo predisponentes para tener Fatiga por Compasión (Lambros, 2014).

Al experimentar sentimientos de frustración, preocupación, tristeza, incertidumbre, el 92% de los encuestados expresan su sentir a familiares, amigos, compañeros de trabajo, entre otros, lo que es un indicador de que cuentan con redes de apoyo y contención saludables, además de que sostienen estrategias de conexión con el entorno que fomentan el desarrollo social (Sánchez, 2014). Por otro lado, el 37% de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales confieren que ejecutan estrategias de prevención y autocuidado (compartir tiempo de calidad con la familia, interactuar con personas de otras profesiones, realizar pausas activas) que les permiten disminuir la carga y el estrés laboral.

Por consiguiente, en base al modelo de Prevención de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la Salud se establece que la población citada anteriormente, han adoptado medidas de prevención de los efectos de la Fatiga por Compasión como el autocuidado inespecífico (actividades direccionadas a promover y mantener la salud de los profesionales) y estrategias de manejo de estrés (actividades que canalizan y merman los efectos de la exposición constante a factores estresantes) (Figley, s.f.).

El 8% de la población se reservan para sí mismos sus pensamientos, sentimientos y emociones, dejando de lado la interacción social, el mantenimiento de estados emocionales positivos y la adquisición de nuevas experiencias sociales e intelectuales (Sánchez, 2014).

A pesar de que el 73% de la muestra identifican y reconocen medidas de prevención (ejercicios de respiración, meditación, actividades recreativas) para mitigar el estrés dentro de su área laboral no las aplican. Al no tomar medidas preventivas con respecto al estrés, este se puede manifestar mediante movimientos tensos, impulsividad, fatiga física y mental, entre

otros (Alarcon, 2018), presentando una afectación progresiva en la calidad de vida del profesional (Díaz, Cordón, & Rubio, 2015).

El 62% de la población se encuentran conformes tanto con el ambiente laboral como con sus pares, por lo que se evidencia altos niveles de satisfacción por compasión, apoyo y respaldo de sus colegas. Por otra parte, los profesionales de la salud se sienten conformes con el trabajo, atención y relación de ayuda eficaz que realizan a diario con los pacientes (Figley, 2014, citado en Martínez, 2014).

Es importante considerar que el estrés también se genera por el ambiente laboral donde se desenvuelven los profesionales, por lo tanto el 30% de los participantes perciben que la interacción con sus compañeros de trabajo y el ambiente laboral es tenso, hostil, individualista y competitivo, además de que existe escaso compromiso en la toma de decisiones respecto al tratamiento de los pacientes. Por consiguiente, si no se da un espacio donde se dé la oportunidad de compartir sentimientos, pensamientos, percepciones de los profesionales de la salud en torno a las actividades que se desarrollan dentro de la institución se puede dar paso a Fatiga por Compasión (Fernández & Barrantes, 2017).

El 8% se siente bien con la interacción con sus compañeros, sin embargo por la alta demanda, sobre exigencias fuera del horario laboral, sobrecarga de actividades a desarrollar en poco tiempo, extensión de turnos, genera que el ambiente de trabajo sea difícil de sobrellevar por lo cual, los profesionales experimentan niveles elevados de estrés y poca satisfacción con respecto a su desenvolvimiento en la institución.

Al encontrarse expuestos ante situaciones que generan estrés y sentimientos negativos que están fuera de su control, un 45% de los participantes han solicitado apoyo psicológico profesional algunas veces y un 13% asisten siempre a terapia. La terapia psicológica es un proceso terapéutico en el que se abordan sentimientos, pensamientos, conductas, emociones, vivencias, duelos, que generan malestar a los pacientes (pacientes) y que les impiden afrontar situaciones en las diferentes áreas de su vida (personal, laboral, social) (Catalán, 2015). No obstante, el 42% de los participantes nunca han solicitado ayuda psicológica profesional, por ende se infiere que al estar expuestos a situaciones difíciles que generan malestar no procesarlas repercuten en su salud desencadenando factores de riesgo para contraer Fatiga por Compasión.

En base al análisis de datos, se constata que la hipótesis de la investigación se cumple, dado que se evidencian los efectos de la Fatiga por Compasión en el equipo médico, la

presencia de sintomatología y factores predisponentes (sobreexigencia laboral, horarios inflexibles, sobreexposición al sufrimiento de los pacientes, desgaste emocional, físico y cognitivo) que influyen en la salud y genera que los profesionales se encuentren en riesgo de Desgaste por Empatía.

De acuerdo a los resultados obtenidos se considera necesario y pertinente la creación de un dispositivo de prevención de la Fatiga por Compasión, ya que el objetivo del instrumento es informar, establecer y plantear estrategias de autorreflexión, conexión con el entorno, cuidado profesional, supervisión en el ámbito laboral, acompañamiento psicológico, entre otras, que promuevan el autocuidado y disminuyan los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Capítulo 5

Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión para los Profesionales de la Salud en Neonatología

5.1. Objetivo General

- Proporcionar un dispositivo de prevención de la Fatiga por Compasión para los profesionales de la salud que se desempeñan en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

5.1.2. Objetivos Específicos

- Presentar los resultados de la investigación.
- Socializar la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión con los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Psicoeducar sobre el uso de la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión al personal médico.

5.2. Actividades

Las actividades que se llevaron a cabo son:

1. Revisión teórica de la Fatiga por Compasión (definición, síntomas, causas).
2. Revisión teórica de los Cuidados Paliativos.
3. Puntualización de la labor que desempeñan los profesionales de la salud en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
4. Diseño de la Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión.
5. Entrega de la Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión al personal de salud.

5.3. Fuentes de verificación

Dentro de las fuentes de verificación de la investigación se encuentran:

- Solicitud de Factibilidad Técnica.
- Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud.
- Cartas de Confidencialidad.
- Cartas de Compromiso.
- Autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación.
- Cartas Jefe Servicio - Tutor Proyecto de Investigación Científica.
- Consentimiento Informado.
- Dispositivos aplicados (ProQOL - Versión - IV, I.D.E y Encuesta).
- Análisis de datos.
- Guía de prevención de la Fatiga por Compasión. (**Anexo 1**)

5.4. Destinatarios

Directos: Profesionales de la Salud que se desempeñan en la atención y servicio de Cuidados Paliativos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

Indirectos: Profesionales de la Salud, autoridades de la institución, personal administrativo, etc., que brinden sus servicios en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

Conclusiones

Se evidencia que los profesionales de la salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi son población en riesgo de Fatiga por Compasión, debido al proceso de desgaste resultado de la relación de ayuda con pacientes críticos.

Debido a que la atención del personal médico implica la exposición a situaciones altamente estresantes, las sobreexigencias laborales, el contacto directo con el sufrimiento y muerte de los pacientes, es fundamental que desarrollen estrategias de prevención de la Fatiga por Compasión que fomente sus habilidades de autocuidado y disminuyan el impacto negativo en la salud de los profesionales.

Al enfrentarse a situaciones con un alto grado de estrés los profesionales de la salud experimentan sentimientos, emociones y pensamientos negativos que están fuera de su control, y a pesar de que comparten su sentir a familiares, amigos y compañeros de trabajo, también hay aquellos que se reservan para sí mismos su malestar, por ende, se establece que la mayoría del personal médico al sentirse en estas circunstancias no solicita ayuda psicológica, lo que los conlleva a una situación de riesgo de padecer Fatiga por Compasión.

La mayoría de profesionales de la salud conocen estrategias de prevención y afrontamiento del estrés como actividades recreativas, interacción con familiares - amigos, actividad física y ejercicios de relajación - respiración, sin embargo no todos las aplican a pesar de conocerlas, por lo que son propensos a presentar Fatiga por Compasión por los altos niveles de estímulos estresores.

La demanda de pacientes, la sobrecarga laboral, las exigencias físicas y mentales en el personal médico hace que no dispongan de tiempo para realizar pausas activas, por ende existe desgaste en sus recursos de afrontamiento que repercuten en su salud a nivel biopsicosocial.

La Guía de prevención de la Fatiga por Compasión es un dispositivo que tiene la finalidad de informar y proporcionar estrategias de afrontamiento y manejo de estrés que promuevan el autocuidado de los profesionales.

Recomendaciones

Tras realizar la investigación se han identificado factores clave que influyen en el bienestar de los profesionales de la salud tanto en el ámbito laboral como en su vida personal, con el fin de mejorar su desempeño. Para ello se recomienda fomentar y sensibilizar acerca de estrategias de autocuidado, que incluyan actividades recreacionales que beneficien la salud física y mental de los profesionales mediante talleres de psicoeducación.

Se sugiere trabajar en el apoyo psicológico a los profesionales, no únicamente en estados de riesgo sino de manera preventiva, mediante espacios individuales y grupales de escucha, abiertos de forma continua liderados por profesionales de la salud mental donde puedan compartir experiencias, emociones, retos que se presentan en el ámbito laboral.

Concientizar sobre la importancia de realizar actividades recreativas, de conexión con el entorno, lúdicas, socio familiares, cognoscitivas, pasatiempos y de relajación a través de talleres, conferencias y ferias de salud con el fin de mitigar la sobrecarga y estrés laboral en el personal médico.

Se recomienda promover la realización de pausas activas con actividades que permitan reducir la fatiga laboral, prevenir el estrés y que los profesionales puedan aplicar posteriormente. Proponer ejercicios que se adapten a las necesidades de los profesionales de la salud, recalcando el beneficio de cada actividad.

Se sugiere que los profesionales de la salud cuenten con una supervisión tanto grupal como individual, específicamente de sus áreas laborales donde puedan expresar sus dudas, experiencias y desarrollar ideas innovadoras que mejoren tanto el desempeño de los profesionales y la atención a los pacientes.

Se sugiere la aplicación de la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión para los Profesionales de la Salud que se desempeñan en el servicio y atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, dado que es un dispositivo que tiene como objetivo informar y proporcionar estrategias que promuevan el autocuidado y disminuyan los efectos de la Fatiga por Compasión.

Bibliografía

Acinas, M.P. (2012). Burn-Out y Desgaste por Empatía en profesionales de Cuidados Paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 4: 1-22.

Alarcón, M. E. B. (2018). *Estrés y burnout enfermedades en la vida actual*. Palibrio.

Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 43-56. [Fecha de Consulta 14 de Agosto de 2020].

ISSN: 0327-6716. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281944843006>

Alternativas, M. (2014). *Estrés y fatiga crónica: Terapias naturales para la curación integral*. Ediciones LEA.

Álvarez, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.

American Society of Clinical Oncology. (2017). *Cuidados Paliativos. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer y la de sus familias*. Recuperado el 23 de 05 de 2020, de https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/palliative_care_esp.pdf

Antón, M., Giner, A. & Villalba, E. (s.f.). Delirium o Síndrome Confusional Agudo. En la Sociedad Español de Geriatria y Gerontología, *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid. Recuperado el 23 de 05 de 2020, de <https://www.univermedios.com/wp-content/uploads/2018/08/Tratado-De-Geriatria-Soc-Esp-De-Geriatria.pdf>

Arrubarrena, V. (2011). Cirujano General: La relación médico - paciente. *Revista: Medigraphic. Literatura Biomédica*, 33. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>

Astudillo, W., Orbegozo, A., Díaz, E. & Bilbao, P. (2007). *Cuidados Paliativos una labor de todos* (Vol. 1). San Sebastián. Recuperado el 23 de 05 de 2020, de <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/libroLaborTodos.pdf>

Balart, M. (2015). *La empatía: la clave para conectar con los demás*.

Benoit, G., Veach, M., & LeRoy, B. (2007). When you care enough to do your very best: genetic counselor experiences of compassion fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 16(3), 299-312.

Beratarrechea, A. (2010). Las enfermedades crónicas. *Evid Act Pract Ambul*, 13. Recuperado el 13 de 06 de 2020, de

<https://www.fundacionmf.org.ar/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf>

Bermejo, J. (2016). Y a ti ¿quién te cuida? *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, (Volumen 9 N°3). 100-101. Recuperado de: http://revistasoched.cl/3_2016/rev.3.pdf

Buigues, F., Torres, J., Mas Sesé, G., Femenía, M., & Baydal, R. (s.f.). *Paciente terminal. Guía de atención clínica en A. P.* Recuperado el 22 de 05 de 2020, de

<http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>

Cáceres, J. (2018). *Programa de Prevención de Desgaste por Empatía en Profesionales Sanitarios de una Unidad de Diálisis de Hospital*. Madrid. Recuperado el 05 de 07 de 2020, de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/685788>

Campos, J., Cardona, J., & Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidados y mecanismos paliativos de la Fatiga por Compasión. *Revistes Científiques: Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72150/6/Alternativas_24_07.pdf

Campos, J., Cuartero, M., Riera, J., & Cardona, J. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos del Desgaste por Empatía. *II Congreso Internacional de Trabajo Social*. España. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de

https://www.researchgate.net/publication/304352738_Cuidado_profesional_y_mecanismos_paliativos_del_Desgaste_por_Empatia

Campos, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de Burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Extremadura, España. Recuperado de

<http://dehesa.unex.es/handle/10662/3087>

Carrillo, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina interna de México*, 28(6), 579-584.

Castillo, M. (2014). Niveles de fatiga por compasión en practicantes de psicología clínica, desde un enfoque integrativo: estudio a realizarse en estudiantes de 10mo semestre, que hacen sus prácticas pre-profesionales en la carrera de Psicología Clínica de la PUCE, durante el período de septiembre a diciembre de 2013 (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).

Castillo, R. (2018). *Acompañamiento Social: Construyendo relaciones que transforman*. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de

https://cendocps.carm.es/documentacion/2018_Acompa%C3%B1amiento_social.pdf

Catalán, S. (2015). Centro de Intervención Psicológica Integral y Aplicada - CIPSIA. Recuperado el 28 de 11 de 2020, de <https://www.cipsiapsicologos.com/blogdepsicologia/cuando-ir-al-psicologo-para-estar-mejor/>

Consejo de Salubridad General. (2018). *Guía de manejo integral de Cuidados Paliativos*. México. Recuperado el 06 de 05 de 2020, de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2017). *Autocuidado de la salud*. Recuperado el 21 de 06 de 2020, de https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/Destacados_ciudadanos/Paginas/Autocuidado-de-la-salud.aspx#:~:text=El%20E%80%9Cautocuidado%20se%20puede%20definir,adecuado%20para%20frenar%20la%20evoluci%C3%B3n.

Consejo Nacional de Planificación. (2017). *Toda una Vida. Plan Nacional de Desarrollo*. Quito - Ecuador.

Cuartero, M. (2018). *Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en los Trabajadores Sociales de los Centros de Mallorca*.

Del Valle Santa Cruz, P. (2016). El estudio del fenómeno de traumatización vicaria basado en sus principales autores.

Delgado, J. (2015). El enfoque Biopsicosocial y la Psicología de la Salud. *V Seminario Internacional de Psicología*. Colombia. Recuperado el 27 de 09 de 2020, de <https://www.researchgate.net/publication/319244526> El enfoque biopsicosocial y la psicología de la salud

Díaz, A., Córdón, E., & Rubio, R. (2015). Percepción de estrés en personal universitario. *Diversitas*, 11(2), 207-215. Recuperado a partir de <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/2674>

Equipo de Investigación de Desarrollo Humano Integral – DHi. (s.f.). *Conductas y estilos de vida. Influyen en la salud. La importancia de los hábitos saludables*. Recuperado el 17 de 06 de 2020, de <https://www.desarrollohumanointegral.org/resources/Conductas-y-estilos-de-vida.pdf>

Escalante, G & Escalante, K. (1999). *Enfermedad terminal y psicología de la salud*. Venezuela. Recuperado el 05 de 08 de 2020, de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/14893/capitulo3.pdf.;jsessionid=3D0A44BA22D4928D90601D8B8715FACE?sequence=1>

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. Coruña.

Escuela Andaluza de Salud Pública – Consejería de Salud y Bienestar Social. (2010). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. (A. M. Mariano Hernán, Ed.) New York. Recuperado el 25 de 06 de 2020, de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2013.EASP.AnalisisdelModeloSalutogenico.pdf>

Fernández, D. & Barrantes, G. (2017). Reflexiones sobre la supervisión clínica. *Revista Reflexiones*, 2.

Ferrer, A. (2014). Síndrome de desgaste por empatía: análisis, escalas de evaluación y medidas de prevención.

Figley, Ch. R. (Ed.), *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Threaten the Traumatized* (pp. 1-20). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Giraldo, A. (2018). Traumatización vicaria en profesionales del área psicosocial.

González, C., Sánchez, Y., & Peña, G. (2018). Fatiga por Compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Revista Científica: Dominio de las Ciencias*, Vol. 4. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FatigaPorCompasionEnLosProfesionalesDelServicioDeE-6313248%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FatigaPorCompasionEnLosProfesionalesDelServicioDeE-6313248%20(1).pdf)

González, R. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria de Salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(1), 4-6. Recuperado en 20 de agosto de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000100003&lng=es&tlng=es

Gracia, T., Varela, O., Zorrilla, D., & Olvera, A. (2007). El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Revista Electrónica de ICEA*, 5, 50-68.

Guggenbuhl, J. (2016). *La influencia del Penn Resiliency Program como método de prevención en el desarrollo de trauma vicario en profesionales de la salud que intervienen en crisis durante desastres naturales* (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2016).

Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, J. & Rojas, G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Scientific Electronic Library Online*. Recuperado el 26 de 05 de 2020, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art11.pdf>

Hortal, M. (2016). Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes: información actualizada. *Revista Médica del Uruguay*, 32(1), 52-58.

Hudnall, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Recuperado el 24 de 11 de 2020, de <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>

Iniesta, A. (2016). Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo. *Edición: Sans Growing Jiménez, B. M., Benadero, M. E. M., Novoa, M. M. L., Carvajal, R. R., & Hernández, E. G. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. Terapia psicológica, 22(1), 69-76. Brands, Barcelona, España.*

Instituto Nacional de Cáncer y Los Institutos Nacionales de Salud. N.I.H. (s.f.). Recuperado el 21 de 05 de 2020, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/atencion-primaria>

Instituto Nacional de Investigación en Enfermería y los Institutos Nacionales de la Salud. N.I. H. (2018). *Cuidados Paliativos. El alivio que necesita cuando tiene una enfermedad grave*. Bethesda - Maryland. Recuperado el 22 de 05 de 2020, de <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>

Jiménez, B., Benadero, E., Novoa, M., Carvajal, R., & Hernández, G. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica, 22 (1), 69-76.*

Lambros, A. (2014). Compassion fatigue: the cost some workers pay for caring. Recuperado de: <https://theconversation.com/compassion-fatigue-the-cost-some-workers-pay-for-caring-30865>

Lattari, A. (2018). *Generalidades sobre los trastornos respiratorios perinatales*. Recuperado el 18 de 06 de 2020, de Merck Manual of Diagnosis and Therapy: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/generalidades-sobre-los-trastornos-respiratorios-perinatales?query=enfermedades%20respiratorias>

López, A. (2003). *Cuidados Paliativos*. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de Humanitas, Humanidades Médicas: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CUIDADOS-PALIATIVOS-PASCUAL.pdf>

Márquez, J. (2016). Impacto psicológico. El estrés: causas, consecuencias y soluciones: intérprete de conferencias frente a intérprete en los servicios públicos.

Martínez, A. (2014). Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención.

Melamed, A. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: Un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, (49), 13-38*. [Fecha de Consulta 19 de Enero de 2021]. ISSN: 0327-1471. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=185/18551075001>

Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Suárez, S. & Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. Recuperado el 15 de 09 de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Normas de atención integral a la niñez*. Ecuador. Recuperado el 17 de 06 de 2020, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20A%20LA%20NI%C3%91EZ%20011.pdf>

Morales, R. F., Colín, L. S., Mireles, Á. O., & Allende, J. F. B. (2016). Estrés Traumático Secundario (ETS) en Periodistas Mexicanos y Defensores de Derechos Humanos. *Summa Psicológica UST*, 13(1), 101-111.

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera ed.). México: Cengage Learning Editores. Recuperado el 17 de 06 de 2020, de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Psicologia_de_la_salud.pdf

Obst Camerini, J. (2005). *Introducción a la terapia cognitiva*. Colombia: Ea Ediciones.

Organización Mundial de la Salud (OMS). [Revista en Internet] 2003. Revista salud, trabajo y ambiente Vol. 10. No. 36. Segundo Trimestre. Disponible en: www.cepis.org.pe.

Organización Mundial de la Salud, O. M. S. (1990). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer*. Ginebra - Suiza.

Organización Mundial de la Salud, O. M. S. (2007). *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Cuidados paliativos* (Vol. Módulo 5). Ginebra - Suiza.

Organización Mundial de la Salud, O.M.S, (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado el 15 de 06 de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Anomalías Congénitas*. Recuperado el 18 de 06 de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>

Organización Mundial de la Salud. O.M.S (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *La salud de los adultos mayores* (2ª Edición ed.). (M. Quintero, Ed.) Washington. Recuperado el 18 de 06 de 2020, de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Padesky, C. A. & Money, K. A (1990). Presenting the Cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 13 – 14. Revisado el Octubre 4 del 2008. Disponible en: www.padesky.com/clinical_corner.html

Palma, A., Nervi, F., & Taboada, P. (2010). *Medicina Paliativa y Cuidados continuos*. Santiago - Chile. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CUIDADOS%20PALIATIVOS/Manual_de_Medicina_Paliativa_PUC.pdf

Rivillas, C. (2015). *Visión integradora de la Traumatización Vicaria*.

Rodríguez, J. (2010). *Comunicación Clínica: Cómo dar malas noticias*. Recuperado el 21 de 06 de 2020, de <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>

Rodriguez, M., Ocampo. I., & Nava, C. (2009) Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. Recuperado el 15 de 01 de 2021, de [defile:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-RelacionEntreValoracionDeUnaSituacionYCapacidadPar-3020310%20\(1\).pdf](defile:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-RelacionEntreValoracionDeUnaSituacionYCapacidadPar-3020310%20(1).pdf)

Rosental, M., & Ludin, P. (2005). *Diccionario Filosófico*. Colombia: Atenea Ltda.

Ross, K. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.

Salazar, J. (1991). La perspectiva biopsicosocial de la salud. La Biomédica como esquema teórico para enmarcar el proceso de estrés. *Revista Interamericana de Psicología, Volumen 25*. Recuperado el 10 de 07 de 2020, de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/782-Article%20Text-1832-1-10-20170720.pdf>

Sánchez, J. (2014). Las actividades recreativas: sus características, clasificación y beneficios. Cuba. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de <https://www.efdeportes.com/efd196/las-actividades-recreativasclasificacion.hm>

Santiana, V. (2017). *El Síndrome de Fatiga por Compasión y Burnout en el personal operativo del ECU911 de la zona 8*. Guayaquil - Ecuador. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25777/1/Proyecto%20de%20Titulaci%C3%B3n%20Victor%20Santiana%20Marrett.pdf>

Secretaria de Salud de Santander & Observatorio de Salud Pública de Santander. (2011). *Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise*

(Bucaramanga ed.). Colombia. Recuperado el 17 de 06 de 2020, de https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/2010_STEPS_Survey_Colombia.pdf

Secretaria de Salud. (2001). *Programa de acción en Salud Mental*. México. Recuperado el 17 de 06 de 2020, de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf

Sincero, S. (2012). El Estrés y la Evaluación Cognitiva. Enero 21, 2021 Obtenido de Explorable.com: <https://explorable.com/es/el-estres-y-la-evaluacion-cognitiva>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. Madrid. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de <http://www.secpal.com/%5C%5Cdocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. (2015) Guía para familiares en duelo.

Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos & Paliativos sin fronteras. (2012). *Medicina Paliativa y alivio del dolor en atención primaria* (Vol. 1). (W. Astudillo, Ed.) Buenos Aires - Argentina. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/MEDICINA%20PALIATIVA.pdf>

Tesini, B. (2018). *Generalidades sobre las infecciones neonatales*. Recuperado el 18 de 06 de 2020, de Merck Manual of Diagnosis and Therapy: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/generalidades-sobre-las-infecciones-neonatales#:~:text=Las%20infecciones%20neonatales%20por%20virus,un%20canal%20de%20parto%20infectado.>

Tobón, O. (2003). El autocuidado es una habilidad para vivir. Colombia. Recuperado el 27 de 10 de 2020, de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidadnacional-de-entrecorrientes/salud-integral-del-adulto-joven-y-adultmayor/resumenes/el-autocuidado-una-habilidad-para-vivir/5743168/view>

Anexos

Anexo 1. Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud

GUÍA DE PREVENCIÓN DE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



CAROLINA LOMAS
TATIANA UBIEDA

ÍNDICE

1. ¿Qué son los Cuidados Paliativos?
2. ¿Qué es la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - UCIN?
3. ¿Qué es la Fatiga por Compasión?
4. ¿Cuáles son las causas de la Fatiga por Compasión?
5. Fatiga por Compasión y Estrés
6. Profesionales de la Salud
7. Síntomas de la Fatiga por Compasión
8. ¿Qué es el Autocuidado?
9. ¿Cómo prevenir la Fatiga por Compasión?
 - Estrategias de Autocuidado
 - Estrategias de Auto-reflexión
 - Estrategias de Conexión con el entorno
 - Estrategias de Cuidado Profesional
 - Supervisión en el Ámbito Laboral
 - Terapia Psicológica
10. Otras Estrategias de Prevención de la Fatiga por Compasión
 - Estrategias para separar el trabajo de la vida personal
 - Técnica de Relajación Progresiva
 - Técnica de Respiración
 - Entrenamiento Asertivo
 - Técnica de la Agenda
11. Referencias Bibliográfica

INTRODUCCIÓN

La presente Guía es un dispositivo de prevención que tiene como objetivo informar en qué consiste, cuáles son las causas y los síntomas de la Fatiga por Compasión y cómo esta afecta a nivel biopsicosocial en la salud de los profesionales. Por otro lado se establecen estrategias de autocuidado, autoreflexión, conexión con el entorno, cuidado profesional, terapia psicológica, estrategias para manejar el estrés laboral como: técnica de relajación progresiva, técnica de respiración, entrenamiento asertivo, entre otras, las cuales tienen la finalidad de promover el autocuidado en los profesionales de la salud.

La Fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía, es un término que se refiere al coste del cuidado, el cual se caracteriza por la presencia de sentimientos de intensa empatía y aflicción hacia aquella persona (paciente/cliente) que está sufriendo, acompañado, por un fuerte deseo de reducir el dolor o resolver el problema del individuo que sufre.

La Guía de Prevención de la Fatiga por Compasión se basa en el contexto actual y situación particular de los Profesionales de la Salud que se desempeñan en el servicio y atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

1. ¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?



LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DEFINE A LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO:

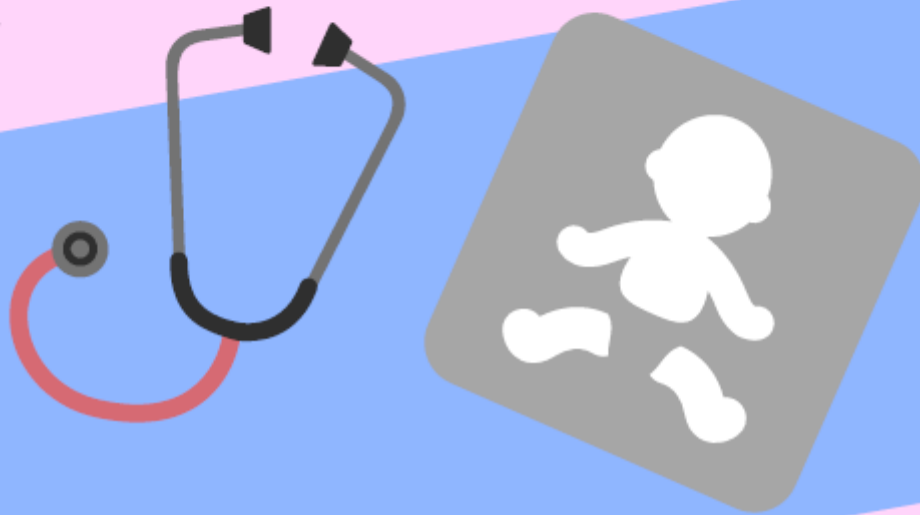
Un enfoque que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes que se están enfrentando a problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento realizando una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales¹.

Los cuidados paliativos cumplen una función indispensable a nivel biopsicosocial en los pacientes y sus familias, dado que no solo se centran en el cuidado, sostenimiento, control de síntomas y paliación del dolor de las enfermedades, sino que aborda a la persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos, considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad².



2. ¿QUÉ ES LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES – UCIN?

c



Es un modelo de atención integral orientado a cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales en los neonatos que se encuentran en condición de riesgo debido a la presencia de enfermedades críticas como: anomalías congénitas, cromosomopatías, neumopatías, lesiones neurológicas, entre otras; las cuales influyen significativamente en su salud y ponen en riesgo su vida³.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales provee un sistema de apoyo y comunicación entre los pacientes, familiares y el equipo médico, con la finalidad de sostener y afrontar de manera conjunta las necesidades propias de cada paciente⁴.

La atención paliativa se adapta a las necesidades de cada paciente en cada momento de su vida.





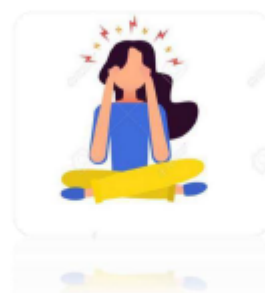
3. ¿QUÉ ES LA FATIGA POR COMPASIÓN?



La Fatiga por Compasión o Desgaste por Empatía, es un término que se utilizó por primera vez en 1992 por Joinson para referirse a las reacciones que presentaban ciertas enfermeras al estar expuestas a situaciones de muerte de sus pacientes de manera imprevista⁵, sin embargo Figley lo define dentro del ámbito de la Psicotraumatología como "el coste de cuidar"⁶.

El término Fatiga por Compasión hace referencia al sentimiento de intensa empatía y aflicción hacia aquella persona que está sufriendo, acompañado asimismo, por un fuerte deseo de reducir el dolor o resolver el problema del individuo que sufre⁷.

La Fatiga por Compasión es considerada como una condición de estrés debido a la relación de ayuda terapéutica, de empatía y de compromiso emocional⁵.



Los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con el sufrimiento constante de sus pacientes pueden llegar a identificarse con el malestar del otro, esto puede afectar al cuidador tanto a nivel laboral como a su esfera personal y social, aquí la importancia de un cuidado de la salud física y mental del cuidador.

4. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN?





La Fatiga por Compasión es un costo del cuidado, que afecta al profesional o cuidador que está en constante exposición al dolor por parte del otro, donde factores como la relación empática, el nivel de estrés y el ambiente en donde se encuentra la persona, entre otros, pueden influir para que se dé el Desgaste por Empatía.

Una constante exposición indirecta a hechos traumáticos de los pacientes, provoca en los profesionales respuestas cognitivas (disminución de la atención, falta de concentración, etc.), respuestas conductuales (pensamientos intrusivos, poca tolerancia, preocupación excesiva por los pacientes) y respuestas emocionales (sentimientos de indefensión, frustración, etc.)⁹.



Otro factor predisponente en quienes trabajan con el sufrimiento humano, es haber experimentado un evento traumatizante anteriormente y que no se lo haya resuelto, el historial de traumas del profesional o cuidador puede activarse al estar expuesto ante una situación dolorosa, especialmente si se trata de sufrimiento infantil¹⁰.

Un elemento que puede intensificar la presencia de Fatiga por Compasión es cuando los profesionales están expuestos constantemente a situaciones de violencia, de atención tanto a víctimas como victimarios o rememoración de hechos violentos, también a casos de defunción o enfermedad y vivencias personales semejantes a las del paciente¹¹.



Por otra parte, existe una mayor probabilidad de presentar Fatiga por Compasión si el profesional ha sido diagnosticado con depresión o trastorno de estrés postraumático, así como también si vive situaciones estresantes relacionadas al factor económico¹².

The background features a light pink gradient with various decorative elements: a large pink dotted semi-circle at the top right, a yellow dotted semi-circle at the middle left, a teal dotted semi-circle at the bottom right, and a solid red bar at the bottom. There are also wavy lines in red and teal at the top left, and yellow and red wavy lines on the right side. In the center, a dark purple rectangle contains the title text.

5. FATIGA POR COMPASIÓN Y ESTRÉS



La Fatiga por Compasión es el coste del cuidado por parte de un profesional o cuidador ante una persona que presenta sufrimiento, mientras que el estrés es la respuesta que emite el organismo a nivel psicológico y físico ante estímulos o estresores.

El estrés se caracteriza por estar compuesto de dos factores.¹³

1. Componente estresor:

Son situaciones altamente demandantes y que requieren alguna medida de adaptación.

2. Respuestas ante los factores estresantes:

Son medidas de adaptación ante la presencia de factores estresantes.

La Fatiga por Compasión está estrechamente relacionada con el estrés pero principalmente con el estrés residual por compasión que resulta de una preocupación empática por aplacar el sufrimiento de los pacientes.

Es importante considerar que el estrés también se genera por el ambiente laboral en el que se desarrollan los profesionales, ya que la exposición prolongada a jornadas de trabajo intenso, acumulación de tareas por realizar, disponibilidad escasa de tiempo para sí mismos, etc., son fuentes que promueven el estrés.





6. PROFESIONALES DE LA SALUD



PROFESIONALES DE LA SALUD

La labor que desempeñan los profesionales de la salud de las distintas áreas de medicina en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son de vital importancia en la atención inter y multidisciplinaria de los pacientes.



Sin embargo

El desarrollo de las relaciones de ayuda con pacientes que están sufriendo y que tienen altas probabilidades de morir, genera desgaste empático en el profesional médico, dado que comprender, ser fuentes de apoyo, vincularse al malestar y sentir de los pacientes y sus familias con diagnóstico de enfermedades o complicaciones de la salud produce desgaste empático en los galenos¹⁴.

El desgaste por empatía presente en los profesionales se caracteriza por ser un estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional como resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con clientes o pacientes¹⁵.



7. SÍNTOMAS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN



La Fatiga por Compasión se presenta en los profesionales de la salud a nivel cognitivo, conductual, emocional, somático y social, los cuales consisten en:^{16,17}

Nivel Cognitivo

- Disminución de concentración y capacidad de atención.
- Foca organización en las tareas que realiza en su cotidianidad.



Nivel Conductual

- Cambios repentinos de humor como: irritabilidad, impotencia, enojo, ira, etc.
- Dificultad para separar la vida personal de la laboral.
- Hipervigilancia.
- Pensamientos intrusivos.
- Retraimiento.
- Preocupación excesiva o evitación de los pacientes.



Nivel Somático

- Taquicardia, sudoración corporal, mareos, agotamiento y pérdida de fuerza.
- Falta de energía y la recuperación física es prolongada.
- Insomnio, problemas estomacales, cefaleas, migrañas, etc.

Nivel Emocional

- Ansiedad, apatía, negatividad ante situaciones cotidianas.
- Desgaste y agotamiento emocional.
- Deterioro de la capacidad empática.
- Disminución de tolerancia ante emociones fuertes.
- Presencia de sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa, entre otros.



Nivel Social

- Ausencia de placer ante actividades de ocio.
- Evitación a tratar con familiares, amigos, colegas, etc.
- Dificultad para relacionarse, establecer conversaciones con los otros.
- Letargo e insensibilidad al sufrimiento de otros.



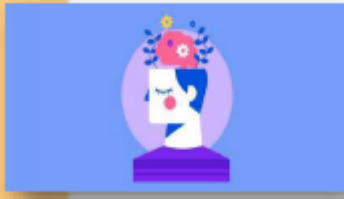
8. ¿QUÉ ES EL
AUTOCUIDADO?

9. ¿CÓMO PREVENIR LA FATIGA POR COMPASIÓN?



Las estrategias para prevenir, paliar y afrontar la Fatiga por Compasión consiste en realizar prácticas conscientes de.¹⁵

AUTOCUIDADO



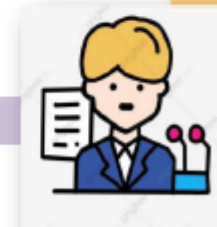
AUTOREFLEXIÓN



CONEXIÓN CON EL ENTORNO



SUPERVISIÓN



TERAPIA PSICOLÓGICA



ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO

ALIMENTACIÓN²⁰

- ✓ Consuma alimentos ricos en nutrientes como: cereales, frutas, hortalizas, lácteos, carnes, etc.
- ✓ Ingiera alimentos de manera proporcionada.
- ✓ Reduzca el consumo de carnes y de grasas de origen animal.
- ✓ Disminuya la ingesta de snacks, gaseosas, dulces, comida rápida, etc.
- ✓ Beba abundante líquido (agua, jugos naturales).
- ✓ Reduzca el consumo de sal y azúcar en su dieta.

¿Cuáles son los beneficios de alimentarse saludablemente?

- Protege su Sistema Inmunológico.
- Obtiene energía necesaria para realizar las actividades cotidianas.
- Disminuye los niveles de estrés.
- Mejora su estado de ánimo.
- Regula el tránsito intestinal, etc.



DORMIR²¹

- ✓ Duerma entre 7 – 8 horas diarias.
- ✓ Propicie un lugar tranquilo y relajado que le estimule a dormir.
- ✓ Utilice ropa cómoda para dormir.
- ✓ Establezca un horario regular para dormir.
- ✓ No realice ejercicio físico antes de ir a dormir.
- ✓ Evite ingerir alimentos a altas horas de la noche.
- ✓ Evite el uso excesivo de celulares, consolas de videojuegos, tv, radio, computadoras, laptops, etc., antes de dormir.

Un entorno adecuado favorece la conciliación y mantenimiento de un sueño reparador.



EJERCICIO²²

La actividad física beneficia el bienestar físico y mental.

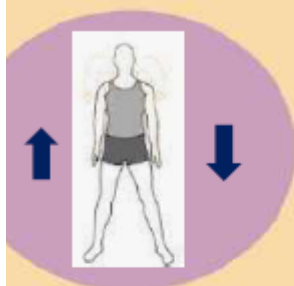
- ✓ Realice actividades físicas de manera regular por 30 minutos aproximadamente.
- ✓ Integre actividades físicas en su rutina diaria, como: caminar, trotar, montar bicicleta, entre otras.
- ✓ Varíe las actividades físicas que realiza de manera que se adapten a su estado de ánimo y horario.
- ✓ Use las pausas de la mañana y de la tarde para realizar caminatas rápidas de 15 minutos.
- ✓ Realice ejercicios de flexibilidad (estiramiento).

Los ejercicios de estiramiento ayudan a:

- Disminuir el estrés y la tensión.
- Aliviar el dolor.
- Aumentar la elasticidad en las articulaciones.
- Previene posibles lesiones.



EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO²³

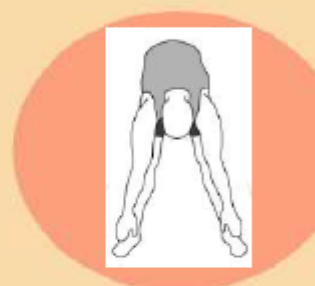


Movimiento circular de hombros

Realice movimientos circulares con los hombros de manera simultánea, hacia delante y hacia atrás. (Realice 5 repeticiones del ejercicio)

Movimiento de espalda y cuello

Colóquese de pie con las piernas abiertas a la altura de los hombros, luego incline el tronco hacia delante de manera que sus manos toquen sus pies. (Realice 5 repeticiones del ejercicio)



Estiramiento de antebrazos

Estire hacia adelante su mano derecha, luego gire su brazo hacia arriba. Con la mano izquierda sostenga los dedos extendidos de la mano derecha. (Repita el ejercicio 5 veces con cada mano)

Movimiento de piernas

Párese sobre la pierna derecha, doble la pierna izquierda hacia atrás y sosténgala con su mano izquierda durante 6 segundos. (Repita el ejercicio 10 veces con cada pierna)



ESTRATEGIAS DE AUTOREFLEXIÓN

TÉCNICA DE AUTO-OBSERVACIÓN²⁴

Es una técnica que promueve la capacidad de auto-observación, es un proceso reflexivo y constante.

MIRARSE A SÍ MISMO – INTROSPECCIÓN

Auto-observarse le permite

Identificar sus aciertos, aspectos a mejorar o reforzar, sentimientos, emociones.

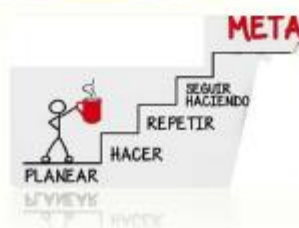


Tomar consciencia de su proceder ante situaciones le proporciona información específica para generar cambios.

Detectar posibles conflictos y propicia soluciones a los mismos.



Establecer metas y a esforzarse por alcanzarlas.



TÉCNICA DE AUTO-CONCIENCIA

Consiste en reconocer las propias sensaciones, emociones, sentimientos y autoevaluar cómo estos influyen en su accionar²⁵.

SENSACIONES
EMOCIONES
SENTIMIENTOS

están vinculadas

el cuerpo
las situaciones
las personas

Conciencia corporal

Identifique y reconozca sus sensaciones corporales frente a situaciones estresantes o que le generen malestar.

✓ Fiense cuál es la razón por la que le genera malestar una situación en específico.

✓ Evite reprimir sus sentimientos y pensamientos.

Conciencia emocional

Reconozca la forma en la que sus emociones influyen en su toma de decisiones y proceder frente a determinadas situaciones o personas²⁶.

✓ Reconozca y exprese lo que siente y piensa.



TIPS PARA LA AUTO-OBSERVACIÓN Y AUTO-CONCIENCIA²⁷

- Medite (en un lugar tranquilo) sobre su proceder respecto a situaciones que le generan malestar.
- Enfóquese y concéntrese en sí mismo, en el presente.
- Evite juzgarse o criticarse.
- Reflexione sobre aquellas emociones que han influido a la hora de tomar decisiones.
- Exteriorice sus sentimientos, emociones y pensamientos.
- Evite centrarse en situaciones pasadas.



ESTRATEGIAS DE CONEXIÓN CON EL ENTORNO

ACTIVIDADES RECREATIVAS

Realice actividades recreativas como:²⁸

- ✓ **Actividades deportivas:** fútbol, baloncesto, voleibol, etc.
- ✓ **Actividades al aire libre:** caminar, trotar, natación, asistir a la playa, a campamentos, ciclismo, paseos en la naturaleza, etc.
- ✓ **Actividades lúdicas:** juegos de mesa (ajedrez, barajas, domino, entre otros), videojuegos.
- ✓ **Actividades cognoscitivas:** leer, armar rompecabezas, llenar crucigramas, etc.
- ✓ **Actividades socio – familiares:** visitar a familiares, amigos, compañeros de trabajo, asistir a eventos familiares como cumpleaños, aniversarios, bodas, etc., participar en actividades de la comunidad como actos escolares, ferias de libros, de artesanías, de cocina, funciones de circo, festivales de música, entre otros.
- ✓ **Actividades de pasatiempos o aficiones:** cuidado de plantas y jardinería, fotografía, pintura, escritura, cantar, bailar, coro, etc.
- ✓ **Actividades de relajación:** meditación, masajes, automasajes, etc.

¿Cuáles son los beneficios de realizar actividades recreativas?²⁹

- Permite compartir y convivir tiempo entre familia y amigos.
- Fomenta el desarrollo social, dado que se establecen relaciones de compañerismo, amistad, trabajo en equipo, cooperación, etc.
- Promueve estilos de vida saludables, además del mantenimiento de estados emocionales positivos, adquisición de nuevas experiencias sociales e intelectuales.
- La recreación deportiva contribuye en la adquisición de hábitos saludables y previene la aparición de enfermedades.
- Reduce la tendencia a aislarse.



DESARROLLO DE RELACIONES SOCIALES

Las relaciones sociales favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a enfermedades³⁰.

Realice actividades que promuevan la interacción social como:²⁹

- Actividades artísticas y de creación: actividades de beneficencia (donación de alimentos, ropa, juguetes, medicina), grupos de arte (tejido, escultura, pintura), yoga, etc.
- Actividades culturales participativas: charlas, debates, conversatorios, etc.
- Asistencia a espectáculos: teatro, cine, circo, festivales, exposiciones, etc.

Tips para el desarrollo de relaciones sociales:

- ✓ Comparta tiempo de calidad con su familia, amigos, compañeros, etc.
- ✓ Evite aislarse.
- ✓ No postergue actividades que tenía previamente planeadas de no ser necesario.

¿Qué beneficios brinda el desarrollo de relaciones sociales?³¹

- Compañía social → ejecución de actividades conjuntas, sentirse y compartir tiempo con otros.
- Apoyo emocional → compromiso emocional, desarrollo de actitudes emocionales positivas, simpatía, empatía y comprensión mutua.
- Interacciones sociales placenteras.
- Guía cognitiva → interacciones en las que se comparte información personal a los otros y viceversa.
- Establecimiento de nuevas relaciones sociales (amistad, compañeros de trabajo, de actividades recreativas, etc.).



ESTRATEGIAS DE CUIDADO PROFESIONAL¹⁵

Las estrategias de cuidado profesional son fuentes de apoyo, proporcionan sostenimiento y evitan la sobrecarga laboral en los profesionales.

✓ Asista a talleres educativos o que sean de su interés.

✓ Participe en actividades sociales educativas.



✓ Delimite las actividades a realizar en su horario de trabajo.

✓ No se responsabilice de situaciones ajenas a usted.



✓ Evite maximizar posibles errores laborales.



✓ Evite minimizar sus logros laborales.

SUPERVISIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

La supervisión clínica consiste en.¹⁵

Un análisis grupal de la práctica profesional llevada a cabo por los propios profesionales de la salud.

Es un proceso que se sitúa en la interfaz entre aprendizaje, enseñanza, formación, educación y apoyo entre los profesionales de una organización o institución.

En las supervisiones se estudia propiamente casos clínicos, además de que se pone en práctica tanto los conocimientos como las habilidades de los profesionales mediante intervenciones clínicas en las cuales se vincula el análisis de la realidad social y la experiencia clínica³².

Fomente el desarrollo de supervisiones clínicas en su área de trabajo.

Las supervisiones permiten tener una visión general tanto de las actividades que se están realizando como de las condiciones de los profesionales de la salud.



¿Qué aportan las supervisiones clínicas en el quehacer de los profesionales?

- Espacio en el que se da cabida a los sentimientos, pensamientos y criterios de los profesionales de la salud en torno a las actividades que realizan en su quehacer profesional.
- Permite detectar conflictos individuales en los profesionales de la salud como Fatiga por Compasión, estrés, ansiedad, etc.
- Permite visualizar conflictos entre los profesionales (de ser el caso).
- Es una medida de prevención y autocuidado personal y profesional.
- Fomenta la comunicación asertiva entre los profesionales.



TERAPIA PSICOLÓGICA

Un proceso terapéutico en el que se abordan sentimientos, pensamientos, conductas, emociones, etc. que le generan malestar y le impiden afrontar situaciones en las diferentes áreas de su vida³³.



¿Cuáles son los beneficios de asistir a Terapia Psicológica?

- Permite afrontar y re-significar el malestar - aquello que le aqueja.
- Posibilita identificar las dificultades que tiene y trabajar en ellas en pro de resolverlas.
- Profundiza aspectos a nivel emocional - cognitivo y a entender cómo estos afectan en su vida.
- Promueve el fortalecimiento de recursos y habilidades personales con las que cuenta y fomenta el desarrollo y adquisición de nuevos recursos.
- Fomenta la auto-introspección en las personas.

¿Asista a Terapia Psicológica cuando...?³⁴

- Experimente un problema que le genere niveles elevados de malestar como: tristeza, frustración, enojo, etc., y se mantengan a través del tiempo.
- Cuando sienta que una situación le rebasa y no puede lidiar con ella.
- Aquello que le aqueja influya en las diferentes áreas de su vida como: insomnio, falta de concentración, deterioro de las relaciones sociales, disminución del estado de ánimo, estrés, falta de apetito, fatiga, etc.
- Piense en el problema y perciba a su presente y futuro de forma negativa y sin posibilidades de cambio.
- Se le dificulte disfrutar de actividades y cosas que antes le interesaba y le gustaba realizar.

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR

- ¿Qué hace cuando se siente triste, enojado/a, frustrado/a?
- ¿Se permite expresar lo que siente y piensa?
- ¿Se permite pedir ayuda a otros cuando lo necesita?
- ¿Con qué frecuencia se dedica tiempo a sí mismo?
- ¿Hay algo que le genera malestar?
- ¿Cómo procede ante esas situaciones que le generan malestar?



10. OTRAS
ESTRATEGIAS DE
PREVENCIÓN PARA
LA FATIGA POR
COMPASIÓN



ESTRATEGIAS PARA SEPARAR EL TRABAJO DE LA VIDA PERSONAL¹⁵

Planifique su tiempo libre



Dedíquese tiempo para relajarse



Reserve tiempo para amigos y familiares



Realice actividades estimulantes y que le promuevan satisfacción



Limite el uso excesivo de la tecnología



Evite hablar de trabajo en su tiempo libre



TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA³⁵

Esta práctica se centra en la relajación a nivel muscular.

Es importante estar en:

- Una posición cómoda.
- Tensione los músculos del cuerpo.
 - Comience por las manos, antebrazos y bíceps
 - Note la tensión en los antebrazos y hombros para luego irlos **relajando poco a poco, sienta la diferencia.**
- Posteriormente tense la zona de la cabeza, cuello, hombros y región lumbar, (relájelos poco a poco).
- Finalmente, tense los muslos, glúteos, pantorrillas y pies, relájelos lentamente.



TÉCNICA DE RESPIRACIÓN³⁵

Relájese y adopte una posición cómoda



Sea consciente de su respiración, inhale lentamente por la nariz, exhale lentamente por su boca. Cuente 1, 2, 3 entre inhalación y exhalación. (Repita el ejercicio 5 veces).

Primer paso:

Observe la parte de su cuerpo que se mueve al respirar.

Segundo paso:

Coloque sus manos en el abdomen

- Preste atención al movimiento que realiza mientras respira.

Prosiga con el ejercicio hasta que el tórax y el abdomen sigan el mismo movimiento³⁴.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO³⁵

El entrenamiento asertivo facilita una mayor relajación en las relaciones interpersonales.

Primer paso.³⁶

Identifique su estilo de comunicación.

Agresivo. Estilo de comunicación que se caracteriza por la sobrevaloración de los propios sentimientos e ideas, de manera que se desacredita y se desprecia el sentir de los demás. La comunicación agresiva puede ser directa (insultos, amenazas, comentarios hostiles, entre otros) o indirecta (gestos de desaprobación, murmuración, comentarios sarcásticos, etc.).

Segundo paso:

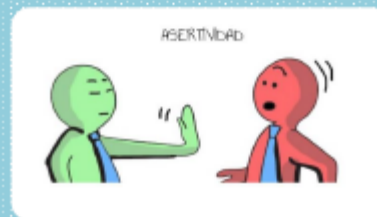
Identifique las situaciones en las que desea ser más asertivo y describalas detalladamente (implicados, cuándo, donde, preocupaciones, sentimientos y pensamientos, etc.) según el grado de prioridad o urgencia.

Pasivo: estilo de comunicación en el que las personas evitan expresar sus sentimientos y pensamientos por temor a ser rechazados u ofender a las personas.

Tercer paso:

Una vez detallada la situación - problema, determine cómo puede afrontar la o las situaciones de manera asertiva³⁴.

Asertivo: Es un estilo de comunicación en el que las personas expresan sus propios sentimientos e ideas de forma consciente, clara y directa, se basa en el respeto hacia si mismo y hacia los demás, acepta los puntos de vista de los demás sin intentar persuadir o imponerse. Promueve el diálogo.



ESTRATEGIAS PARA MANEJAR EL ESTRÉS

TÉCNICA DE LA AGENDA³⁷

Consiste en planificar y organizar las actividades que va a realizar a lo largo del día o semana.

Paso 1: Identifique las actividades que debe realizar.

Paso 2: Anote las actividades que va a realizar según el grado de prioridad o urgencia.

Paso 3: Asigne a cada actividad tiempo suficiente, pero no excesivo.

TIPS

- ✓ Utilice una sola agenda para anotar sus actividades, le permitirá tener una mejor organización.
- ✓ Evite sobrecargarse de actividades a realizar en un solo día.
- ✓ Evite aplazar sus actividades si no es necesario hacerlo.
- ✓ Fije fechas límite para terminar las tareas.

¿Qué beneficios le brinda aplicar la técnica de la agenda?

- Organiza las actividades y gestiona su tiempo.
- Mantiene el control de las actividades a realizar.
- Disminuye niveles de estrés.
- Evita olvidar cosas importante por hacer.



11. Referencias

- ¹ Organización Mundial de la Salud, O. M. S. (2007). Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Cuidados paliativos (Vol. Módulo 5). Ginebra - Suiza.
- ² Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2011). Implementación del Modelo Biopsicosocial. El Salvador.
- ³ Ortiz San Román, L. y Martínez, R. (2016). Enfoque paliativo en Pediatría. Recuperado el 28 de 10 de 2020, de https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2016/06/02/12/m2-151e1-e7_Int-Especial.pdf
- ⁴ Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. (2014). Guía de Cuidados Paliativos. Madrid. Recuperado el 21 de 05 de 2020, de <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CFpaginas%5Cguiap.pdf>
- ⁵ Castillo, M. (2014). Niveles de Fatiga por Compasión en practicantes de Psicología Clínica, desde un Enfoque Integrativo: estudio a realizarse en estudiantes de 10mo semestre, que hacen sus prácticas pre-profesionales en la carrera de Psicología Clínica de la FUCE, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2013 (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
- ⁶ Figley, Ch. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. Figley, Ch. R. (Ed.), *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those WhoTtreat the Traumatized* (pp. 1-20). New York: Routledge, Taylor & Francis Group
- ⁷ Alecsink, B. (2015). Inteligencia emocional y Desgaste por Empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 43-56. [Fecha de Consulta 14 de Agosto de 2020]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281944843006>
- ⁸ Bermejo, J. (2016) Y a ti ¿quién te cuida? *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, (Volumen 9 N°3), 100-101. Recuperado de: http://revistasoched.cl/3_2016/rev.3.pdf
- ⁹ Lambros, A. (2014). Compassion fatigue: the cost some workers pay for caring. Recuperado de: <https://theconversation.com/compassion-fatigue-the-cost-some-workers-pay-for-caring-30865>

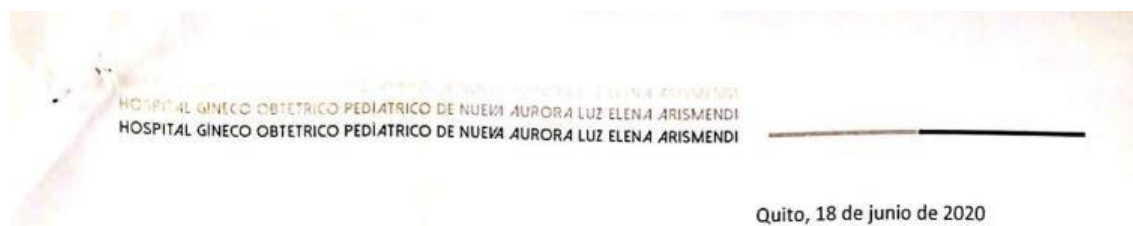
- ¹⁰ Acinas, M.P. (2012). Burn-Out y Desgaste por Empatía en profesionales de Cuidados Paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 4: 1-22.
- ¹¹ González, R. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria de Salud. *Revista de Ciencias Médicas de Finar del Río*, 21(1), 4-6. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942017000100003&lng=es&ftlg=es
- ¹² Hernández, M. (2017). Fatiga por Compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14 (1), 53-70. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- ¹³ Salazar, J. (1991). La perspectiva biopsicosocial de la salud. La Biomédica como esquema teórico para enmarcar el proceso de estrés. *Revista Interamericana de Psicología*, Volumen 25. Recuperado el 10 de 07 de 2020, de <https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-AFH-2.pdf>
- ¹⁴ Campos, J., Cardona, J., & Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidados y mecanismos paliativos de la Fatiga por Compasión. *Revistas Científicas: Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72150/6/Alternativas_24_07.pdf
- ¹⁵ Campos, J., Cuartero, M., Riera, J., & Cardona, J. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos del Desgaste por Empatía. II Congreso Internacional de Trabajo Social. España. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de https://www.researchgate.net/publication/304352738_Cuidado_profesional_y_mecanismos_paliativos_del_Desgaste_por_Empatia
- ¹⁶ Santiana, V. (2017). El Síndrome de Fatiga por Compasión y Burnout en el personal operativo del ECU911 de la zona 8. Guayaquil - Ecuador. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/25777/1/Proyecto%20de%20Titulaci%C3%B3n%20Victor%20Santiana%20Marrett.pdf>
- ¹⁷ González, C., Sánchez, Y., & Peña, G. (2018). Fatiga por Compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Revista Científica: Dominio de las Ciencias*, Vol. 4. Recuperado el 20 de 06 de 2020, de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FatigaPorCompasionEnLosProfesionalesDelServicioDeE-6313248%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FatigaPorCompasionEnLosProfesionalesDelServicioDeE-6313248%20(1).pdf)

- ¹⁸ Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2017). Autocuidado de la salud. Recuperado el 21 de 06 de 2020, de https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/Destacados_ciudadanos/Paginas/Autocuidado-de-la-salud.aspx#:~:text=El%20E2%80%9Cautocuidado%20E2%80%9D%20se%20puede%20definir,adecuado%20para%20frenar%20la%20evoluci%C3%B3n.
- ¹⁹ Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. Colombia. Recuperado el 27 de 10 de 2020, de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-entre-rios/salud-integral-del-adulto-joven-y-adult-mayor/resumenes/el-autocuidado-una-habilidad-para-vivir/5743168/view>
- ²⁰ Mariño, A., Núñez, M., & Gómez, A. (2016). Alimentación Saludable. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf>
- ²¹ Jurado, M. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Revista de Neurobiología*. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de <http://www.ses.org.es/docs/revneurologia2016.pdf>
- ²² Caura, O. & Balboa, Y. (2011). La actividad física: un aporte para la salud. Cuba. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de <file:///C:/Users/Unuario/Downloads/DialnetLaActividadFisicaUnAporteParaLaSalud-4684607.pdf>
- ²³ Gala, J., Rubio, J., Sánchez de la Calle, M., & Señorán, J. (s.f.). Taller práctico de estiramientos y tonificación. Universidad de Extremadura. Servicio de prevención. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de <https://www.unex.es/organizacion/servicios->
- ²⁴ Badilla, I., Ramírez, A., Rizo, L. & Rojas, K. (2014). Estrategias didácticas para promover la autorreflexión de la praxis en los procesos de formación docente. *Revista Electrónica Educare*. Recuperado el 02 de 11 de 2020, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582014000200011
- ²⁵ Merlano, A. (2004). Prácticas para desarrollar la autoconciencia. *Pensamiento & Gestión*, (17), 134-160. [Fecha de Consulta 03 de 11 de 2020]. ISSN: 1657- 6276. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/646/64601706.pdf>
- ²⁶ Cuartero, N. (s.f.). Autoconciencia. Recuperado el 03 de 11 de 2020, de [http://www.deciencias.net/couvivir/1.documentacion/D.habilidades/Autoconciencia\(Cuartero\)3p.pdf](http://www.deciencias.net/couvivir/1.documentacion/D.habilidades/Autoconciencia(Cuartero)3p.pdf)

- ²⁷ Espinoza, K. & Varela, E. (s.f.). Autoconciencia. Recuperado el 02 de 11 de 2020, de Instituto Tecnológico de Sonora:
http://biblioteca.itsou.mx/oa/desarrollo_personal/oa36/autoconciencia/x2.htm
- ²⁸ Jiménez, J., Morera, M., Chavez, K., y Román, A. (2016). Beneficios de las actividades recreativas y su relación con el desempeño motor. *Revista digital de Educación Física*(43). Recuperado el 29 de 10 de 2020, de
[file:///C:/Users/Unario/Downloads/Dialnet-BeneficiosDeLasActividadesRecreativasYSuRelacionCo-5758179%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Unario/Downloads/Dialnet-BeneficiosDeLasActividadesRecreativasYSuRelacionCo-5758179%20(1).pdf)
- ²⁹ Sánchez, J. (2014). Las actividades recreativas: sus características, clasificación y beneficios. Cuba. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de
<https://www.efdeportes.com/efd196/las-actividades-recreativasclasificacion.htm>
- ³⁰ Ministerio de Cultura - Instituto Colombiano del Deporte Coldeportes. (2006). Beneficios para la vida: For una apropiación comunitaria, recreativa y participativa de los juegos deportivos. Colombia. Recuperado el 29 de 10 de 2020, de
<https://blog.utp.edu.co/areaderecreacionpeddyr/files/2012/07/Beneficios-de-laRecreaci%C3%B3n.pdf>
- ³¹ Clemente, M. (2003). *Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano* (Vol. 20). Argentina. Recuperado el 30 de 10 de 2020, de
<https://es.slideshare.net/pedrito236/redes-sociales-de-apoyo-en-relacion-al>
- ³² Fernández, D. y Barrantes, G. (2017). Reflexiones sobre la supervisión clínica. *Revista Reflexiones*, 2.
- ³³ Catalán, S. (2015). Centro de Intervención Psicológica Integral y Aplicada - CIPSLA. Recuperado el 28 de 11 de 2020, de <https://www.cipsi psicologos.com/blogde-psicologia/cuando-ir-al-psicologo-para-estar-mejor/>
- ³⁴ Catalán, S. (2017). Centro de Intervención Psicológica Integral y Aplicada - CIPSLA. Recuperado el 28 de 11 de 2020, de <https://www.cipsi psicologos.com/blogde-psicologia/por-que-ir-al-psicologo/>
- ³⁵ Compte Boix, A. (2014). Regulación emocional: concepto, estrategias y aplicaciones en la relación de ayuda DE AYUDA.
- ³⁶ Vera, C. (s.f.). Academia.edu. Recuperado el 28 de 11 de 2020, de
https://www.academia.edu/14586248/Estilos_de_comunicaci%C3%B3n_seg%C3%BAu_la_actitud_Son_tres_Fasiva

⁸⁷Mengual, A., Juárez, D., Sempere, F. y Rodríguez, A. (2012). La gestión del tiempo como habilidad directiva. *Revista de Investigación Ciencias*. Recuperado el 03 de 11 de 2020, de <https://www.Sciencias.com/wp-content/uploads/2012/10/Gestion-de-tiempo.pdf>

Anexo 2. Solicitud de Factibilidad Técnica



Quito, 18 de junio de 2020

SOLICITUD FACTIBILIDAD TÉCNICA

Para:

Abg. Víctor Jarrin Garzón

Gerente Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Presente.-

Por medio del presente, me permito solicitar cordialmente la revisión técnica de la propuesta de investigación: Efectos de la Fatiga por Compasión en cuidadores de pacientes paliativos, que será llevada a cabo por las investigadoras Fernanda Carolina Lomas Amagua y Tatiana Pamela Ubieda Masabanda de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; en cumplimiento con los requisitos establecidos en el reglamento de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

Se anexa documentación:

- a) Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud.
- b) Cartas de compromiso de las investigadoras.
- c) Cartas de confidencialidad de las investigadoras.
- d) Carta de Tutora PUCE.
- e) Carta de Tutora de Salud Mental.
- f) Carta de Tutor de Cuidados Paliativos.

Atentamente,

Firma: *Carolina Lomas*

Fernanda Carolina Lomas Amagua
CI: 1726494857
Investigadora
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
lomascarolina417@gmail.com
0962934784

Firma: 

Tatiana Pamela Ubieda Masabanda
CI: 1725790958
Investigadora
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
tatubieda@gmail.com
0987766798

Firma: 

María Alexandra Valarezo, PhD.
CI. 1706943352
Tutora de tesis
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
mvalarezo652@puce.edu.ec
0996346605

Anexo 3. Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud

Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones Observacionales en Salud. *(Excepto Ensayos Clínicos)*

INSTRUCCIONES: El siguiente formulario deberá ser llenado **completamente**, en idioma español empleando letra tipo Times de 10 puntos, a espacio sencillo, en hojas tamaño A4, manteniendo un margen de 2,5 cm por lado. Si en alguna de las **tablas** del formulario requiere de más filas, puede crearlas; sin embargo, debe tener en consideración los **límites de texto** que puede ingresar en algunas secciones del formulario. No debe excederse de 20 cuartillas. La argumentación debe apoyarse en referencias bibliográficas y datos estadísticos actualizados, mismos que deberán ser citadas en el texto utilizando un número de referencia.

DATOS GENERALES DEL PROYECTO

TÍTULO

“EFECTOS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI Y EN LA CIUDAD DE QUITO – ECUADOR, PERÍODO 2020”.

SUBTÍTULO

ESTUDIO REALIZADO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN LA POBLACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Descriptivo transversal	X	Estudio de asociación cruzada
Estudio Descriptivo longitudinal		Otros estudios transversales descriptivos
Estudio analítico transversal		Estudios de incidencia
Estudio analítico longitudinal		Estudios de prevalencia
Descripción de los efectos de una intervención no deliberada		Descripción con la historia natural de una enfermedad
Series de casos transversales		Estudios de cohorte

Evaluación de pruebas diagnósticas	Estudios de casos y controles
Estudios de concordancia	Estudios híbridos
Otros (especificar)	

TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

La presente investigación consta con una planificación estimada para 6 meses de duración, en el período junio – noviembre del 2020 de acuerdo parámetros solicitados por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Dentro de las labores que se desempeñarán en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, consiste en la aplicación del test ProQOL (Professional Quality of Life Scale), el Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y una encuesta sobre la Fatiga por Compasión en profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos. Los instrumentos de la investigación están orientados a obtener información de los profesionales de la salud que se encuentran en contacto directo con pacientes paliativos. Se estima que la aplicación de los dispositivos se efectuará en la tercera semana del mes de octubre de acuerdo a la autorización del hospital. Posteriormente a la recolección de datos se tabulará y analizará la información obtenida para la elaboración de una Guía de prevención de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Monto total del financiamiento proyecto	\$ 100.00
Fuentes de financiamiento	Autofinanciado

DATOS DEL PATROCINADOR

(Patrocinador es la persona natural o jurídica, compañía, institución, empresa u organización incluidas las académicas, legalmente constituidas y con representación legal en el país, que tiene la responsabilidad sobre la iniciación, manejo, desarrollo y financiamiento de la investigación).

Patrocinador	María Alexandra Valarezo Loayza		Cédula de ciudadanía / RUC	1706943352	
Teléfono institucional	(02) 2991700	Extensión	1425	Correo Electrónico	mvalarezo652@puce.edu.ec
Dirección	Av. 12 de Octubre 1076 y Roca, Quito, Ecuador.				
Página Web Institucional	https://www.puce.edu.ec/portal/carreras/psicologia-clinica/				
Órgano Ejecutor	Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, carrera Psicología Clínica				

COBERTURA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

(Seleccione sólo un tipo de cobertura)

Nacional <input type="checkbox"/>		
Zonas de Planificación <input type="checkbox"/>	Zona 1 (Carchi, Esmeraldas, Imbabura y Sucumbíos)	<input type="checkbox"/>
	Zona 2 (Napo, Orellana y Pichincha)	<input type="checkbox"/>
	Zona 3 (Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza y Tungurahua)	<input type="checkbox"/>
	Zona 4 (Manabí, Sto. Domingo de los Tsáchilas)	<input type="checkbox"/>
	Zona 5 (Bolívar, Guayas, Los Ríos y Santa Elena)	<input type="checkbox"/>
	Zona 6 (Azuay, Cañar y Morona Santiago)	<input type="checkbox"/>
	Zona 7 (El Oro, Loja y Zamora Chinchipe)	<input type="checkbox"/>
	Zona 8 (Cantones Guayaquil, Samborondón, Durán)	<input type="checkbox"/>
	Zona 9 (Distrito Metropolitano de Quito)	<input checked="" type="checkbox"/>
Provincial <input type="checkbox"/>		

Local X	Provincia de Pichincha, Cantón Quito
---------	--------------------------------------

PERSONAL DEL PROYECTO

FUNCIÓN	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA DE CIUDADANÍA/ PASAPORTE	ENTIDAD A LA QUE PERTENECE	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL E INSTITUCIONAL	TELÉFONO CELULAR
Patrocinador	Valarezo Loayza María Alexandra	170694335-2	Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Psicología	mvalarezo652@puce.edu.ec	0996346605
Investigador 1	Lomas Amagua Fernanda Carolina	172649485-7	Estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Psicología, carrera Psicología Clínica	lomascarolina417@gmail.com flomas317@puce.edu.ec	09629324784
Investigador 2	Ubieda Masabanda Tatiana Pamela	172579095-8	Estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de	tatubieda@gmail.com tubieda135@puce.edu.ec	0987766798

			Psicología, carrera Psicología Clínica		
--	--	--	---	--	--

DETALLE DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN ESTRUCTURADO

a. Título: “Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, período 2020”.

b. Subtítulo: Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual sobre la Fatiga por Compasión en la población de profesionales de la salud.

c. Palabras clave: Fatiga por Compasión, cuidadores, paliativos.

d. Introducción: En esta investigación se pretende realizar un estudio de la población de profesionales de la salud (personal médico) de pacientes paliativos que se encuentran expuestos a situaciones de estrés y desgaste profesional. Los instrumentos a utilizar en la investigación son: test ProQOL (Professional Quality of Life Scale), el Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y una encuesta sobre la Fatiga por Compasión en profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico “Luz Elena Arismendi”. Con los resultados obtenidos mediante los instrumentos empleados en la investigación se realizará una Guía de prevención para el personal médico.

e. Objetivos:

Objetivo General:

Identificar los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que trabajan con pacientes paliativos.

Objetivos Específicos:

1. Realizar un recorrido teórico de la Fatiga por Compasión, para abordar el tema a profundidad e identificar cuáles son los efectos a nivel integral bio-psico-social, que se presentan en los cuidadores de pacientes paliativos.

2. Establecer un recorrido teórico sobre los Cuidados Paliativos, la población a quienes están destinados, las funciones que desempeñan los profesionales de la salud en la atención de pacientes paliativos.

3. Identificar cuáles son las fuentes de desgaste que contribuyen a la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud, además de identificar la sintomatología a nivel biopsicosocial y describir modelos de prevención de la Fatiga por Compasión como: el programa de prevención de Desgaste por Empatía, Modelo General de Resiliencia a la Fatiga por Compasión, Modelo Salutogénico y la perspectiva Biopsicosocial de la salud.

4. Aplicar los instrumentos de recolección de información como: el test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos se determinará cuáles son las afectaciones y niveles de estrés de la Fatiga por Compasión en la salud de los cuidadores de pacientes paliativos.

5. Elaborar la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión para los profesionales de la salud.

f. Métodos: El procedimiento de la investigación será mixto, basado en la combinación del enfoque cualitativo y cuantitativo.

Método Cualitativo:

Consiste en la recolección y análisis de datos descriptivos que den cuenta de las características o cualidades propias del objeto de estudio en un contexto determinado.

Método Cuantitativo:

Se basa en la obtención de datos en base a la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías o hipótesis previamente establecidas.

g. Resultados esperados:

A través del análisis y la interpretación de la información obtenida mediante el empleo de los instrumentos (test ProQOL - Professional Quality of Life Scale, Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y de la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos, más la articulación teórica se elaborará una Guía de prevención que permita identificar los síntomas causados por la Fatiga por Compasión y sus consecuencias a nivel integral (bio-psico-social), con la finalidad de que los profesionales de la salud reconozcan los síntomas y consecuencias de la Fatiga por Compasión y puedan contar con estrategias de afrontamiento para precautelar su salud.

El problema para la investigación radica en el desconocimiento de los profesionales de la salud respecto de la Fatiga por Compasión y los efectos que ésta ocasiona. Por lo cual, el aporte que realizará la presente investigación, tiene como objetivo determinar cuáles son los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales que están en permanente contacto con pacientes paliativos en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”, y cómo los efectos influyen e interfieren significativamente a nivel integral (bio-psico-social), de los profesionales (cambios a nivel cognitivo, emocional, dificultades en el desenvolvimiento laboral, familiar, entre otros), y que son resultado de la exposición prolongada a factores estresantes y de gran impacto emocional para los cuidadores.

Los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con pacientes paliativos se ven expuestos constantemente a situaciones que les genera estrés, las eventualidades diarias a las que se enfrentan los cuidadores como dolor físico y emocional, irritabilidad, disminución de interés por recibir visitas, dificultad para dormir, cansancio, debilidad, agotamiento, miedo a morir, entre otras, son efectos colaterales de un sin número de enfermedades con las que los pacientes han sido diagnosticados (cáncer, sida, insuficiencia renal, fibrosis pulmonar, etc.). La labor de los cuidadores consiste en asumir las necesidades que presentan cada uno de los pacientes con la finalidad de disminuir el malestar que les aqueja y ayudar a mejorar su calidad de vida, (Vithas Neuror, 2013).

El Plan Nacional de Desarrollo (2017) establecen lineamientos en los cuales plantean normativas de preservación, acceso a los servicios, intervenciones y programas de prevención de la salud con los que la ciudadanía en general cuenta, sin embargo, no existen normativas en torno a las intervenciones o programas de prevención de la salud destinadas a los profesionales (médicos, enfermeras, asistentes físicos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.).

Finalmente, se establece que no se tomarán en cuenta los métodos de prevención tanto para los pacientes paliativos y sus familias, como tampoco para los familiares de los profesionales de la salud. No se abordará la relación entre profesional - paciente, y no se llevará a cabo una intervención terapéutica.

La pregunta a considerar es: ¿Cuáles son los efectos de la Fatiga por Compasión que afectan a los profesionales de la salud que trabajan con pacientes paliativos?

JUSTIFICACIÓN

La Fatiga por Compasión afecta principalmente a profesionales de la salud que trabajan con pacientes paliativos, por lo cual determinar los efectos que suscitan en los profesionales de la salud es relevante para la investigación, ya que la exploración de dichos efectos permitirá comprender la importancia de una buena salud integral de las personas, tanto para su buen vivir como para la prevención de enfermedades.

Los profesionales de la salud, específicamente en el área de cuidados paliativos, están expuestos a experimentar un tipo de estrés que es la Fatiga por Compasión, que se origina a partir de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional con el paciente. Por lo que, es importante indagar los efectos que genera a nivel integral (bio-psico-social), dentro de la población citada. El término Fatiga por Compasión fue propuesto por Figley (1995), definiéndolo

como un concepto aplicado a cualquier persona que presente sufrimiento a consecuencia del trabajo que realiza en un servicio de apoyo a otros.

El Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida (2017) establece que la salud debe ser inclusiva y preventiva, dentro del eje de derechos, durante toda la vida. Por lo cual, la salud de los pacientes, independientemente de las condiciones en las que se encuentren, como la salud de los profesionales debe ser conservada a través de métodos de prevención, autocuidado y asistencia pertinente. Concientizar la importancia que tiene la salud mental “es una responsabilidad del profesional y de la organización en la que trabaja” (J. Campos, E. Cuartero, J. Riera Y J. Cardona, 2016, p. 1), por ende, reconocer a la salud mental como eje primordial de las personas ayudará a disminuir el impacto de Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud.

Por otro lado, es interés de las investigadoras identificar el estado de los profesionales de la salud encargados del cuidado de pacientes paliativos y analizar los efectos de la Fatiga por Compasión y su impacto a nivel biopsicosocial.

MARCO TEÓRICO

La Fatiga por Compasión ha sido denominada por varios autores como un trastorno de estrés postraumático secundario, trauma vicario, traumatización secundaria, por lo que su estudio es de gran importancia, ya que puede afectar a nivel biopsicosocial. El número de investigaciones referente al estudio del personal médico y las afectaciones generadas a nivel integral ante la exposición prolongada a factores estresantes es limitada en cuanto a otras poblaciones que han sido estudiadas, como lo son: la disertación “El síndrome de burnout y la Fatiga por Compasión en el personal que trabaja con adultos mayores” llevada a cabo por Sandra Bermúdez estudiante de la PUCE, da cuenta de ello, también se analiza los efectos en la salud mental y las consecuencias en cuanto al trato que reciben los adultos mayores. La investigación fue realizada en el Hogar Corazón de María de la ciudad de Quito en el período abril – julio del 2013 (Bermúdez, 2014).

De igual manera, se encuentra la disertación de Mónica Castillo, en la cual determina los niveles de Fatiga por Compasión en los estudiantes de décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la PUCE, esta investigación se realizó desde la Psicología Integrativa con el fin de establecer las causas que lo producen y los posibles métodos de afrontamiento que posibiliten un adecuado manejo de las presiones académicas y el mantenimiento de una homeostasis en el estado físico, emocional, mental y social de la población mencionada (Castillo, 2014).

En el mismo sentido de lo ya expuesto anteriormente, se halla la disertación realizada por María Belén Huilca, cuyo propósito fue conocer los efectos de la Fatiga por Compasión en voluntarios que acompañan a niños oncológicos en la Fundación Cecilia Rivadeneira, desde la teoría cognitivo-conductual, la cual va a permitir analizar los pensamientos, emociones y conducta del individuo frente al trabajo que realiza (Huilca, 2015).

En el primer capítulo, se realizará un recorrido teórico sobre la Fatiga por Compasión, tomando en cuenta las teorías propuestas por autores como C. Figley (1995), C. Joinson (1992), B. Rothschild (2009), entre otros; con la finalidad de identificar cuáles son los efectos que se presentan en los profesionales de la salud de pacientes paliativos. La Fatiga por Compasión consiste en un “estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional, resultado de la exposición

inmediata o prolongada al estrés” (J. Campos, J. Cardona Y M. Castañer, 2017), es decir que una constante exposición a circunstancias demandantes y estresantes generan en las personas un estado de alteración biopsicosocial, dado que se ven afectados por la carga emocional que deben afrontar.

En el segundo capítulo, se llevará a cabo un recorrido teórico sobre los Cuidados Paliativos, la población a quienes están destinados, las funciones que desempeñan los profesionales de la salud en la atención de pacientes paliativos.

En el tercer capítulo, se establecerá cuáles son las fuentes de desgaste que contribuyen a la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud, además de identificar la sintomatología a nivel biopsicosocial y describir modelos de prevención de la Fatiga por Compasión como: el programa de prevención de Desgaste por Empatía, Modelo General de Resiliencia a la Fatiga por Compasión, Modelo Salutogénico y la perspectiva Biopsicosocial de la salud.

En el cuarto capítulo, en base a la aplicación del test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos se determinará cuáles son las afectaciones y niveles de estrés de la Fatiga por Compasión en la salud de los cuidadores de pacientes paliativos.

Finalmente, en el quinto capítulo, tras la información obtenida mediante la aplicación del test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos se llevará a cabo el análisis y la tabulación de la información obtenida a través de los instrumentos de la investigación, junto con la correlación teórica, se elaborará la Guía de prevención para la salud de los profesionales en base a la información obtenida.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

Identificar los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que trabajan con pacientes paliativos.

Objetivos Específicos:

1. Realizar un recorrido teórico de la Fatiga por Compasión, para abordar el tema a profundidad e identificar cuáles son los efectos a nivel integral bio-psico-social, que se presentan en los cuidadores de pacientes paliativos.
2. Establecer un recorrido teórico sobre los Cuidados Paliativos, la población a quienes están destinados, las funciones que desempeñan los profesionales de la salud en la atención de pacientes paliativos.
3. Identificar cuáles son las fuentes de desgaste que contribuyen a la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud, además de identificar la sintomatología a nivel biopsicosocial y describir modelos de prevención de la Fatiga por Compasión como: el programa de prevención

de Desgaste por Empatía, Modelo General de Resiliencia a la Fatiga por Compasión, Modelo Salutogénico y la perspectiva Biopsicosocial de la salud.

4. Aplicar los instrumentos de recolección de información como: el test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos se determinará cuáles son las afectaciones y niveles de estrés de la Fatiga por Compasión en la salud de los cuidadores de pacientes paliativos.

5. Elaborar la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión para los profesionales de la salud.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

La exposición prolongada a factores estresantes influye significativamente en la salud bio-psico-social de los profesionales de la salud.

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

Es un estudio descriptivo transversal, el cual consiste en una investigación que recopila información de una población en específico en un momento determinado con la finalidad de analizar, especificar y describir la incidencia de una o más variables dentro de la población de estudio. Por otro lado, el diseño descriptivo transversal se caracteriza por no tener una línea de seguimiento, es decir que no habrá de por medio un segundo análisis de sus variables (Hernández, 2014).

Test ProQOL

El instrumento a utilizar es The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), tiene como finalidad proporcionar información acerca de la satisfacción compasiva, el agotamiento y el estrés dentro del ámbito profesional, abarcando la satisfacción al realizar las tareas relacionadas con el trabajo, relación con los colegas y el trabajo como valor social. La escala está compuesta por 30 preguntas con respuestas tipo Likert (0-nunca, 5-siempre), con 3 subescalas que son Satisfacción por compasión, Burnout, Fatiga por compasión o estrés traumático secundario.

Heritage, B., Rees, C. S., & Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PloS one*, 13 (2).

Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E

El instrumento evalúa la habilidad empática y el nivel de desgaste por empatía en el profesional, mide también recursos profesionales y personales que intervienen en el trabajo de ayuda y la capacidad empática, fue desarrollado por Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber y Main (2010).

Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.

Consiste en 12 preguntas semiestructuradas elaboradas por las investigadoras con la finalidad de identificar aspectos o factores que influyen en el deterioro de la salud integral de los profesionales de la salud.

2. Definición de la población y detalle del cálculo del tamaño muestral si es el caso

La población participante en la investigación consta de 30 personas en total, las cuales se encuentran conformadas por el personal médico a cargo de pacientes paliativos (enfermeros, terapeutas, asistentes físicos, nutricionistas, psicólogos, etc.) quienes serán la muestra para la aplicación del test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y de la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.

3. Lista de establecimientos en los cuales se realizará la investigación (Anexo 2)

Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

4. Criterios de inclusión

- Los profesionales que se incluirán en el proceso de la investigación serán aquellos que ejerzan su profesión dentro del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
- Personas que se desempeñen en el área de cuidados paliativos por un período mínimo de 3 meses
- Los participantes deben tener entre 23 a 60 años de edad.
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado de la investigación.

5. Criterios de exclusión

- Se excluirá a aquellos profesionales de cuidados paliativos que trabajen en esta área menos de 3 meses y aquellos que no acepten ser parte de la investigación.
- Personas que abandonen la investigación de manera voluntaria.
- Personas que no han autorizado su participación en el estudio a través del consentimiento informado.

6. Cuadro de operacionalización de las variables que como mínimo contenga (Anexo 3)

7. Descripción detallada de todos los procedimientos que se realizarán para cumplir cada uno de los objetivos planteados.

Proceso de obtención de la muestra

Inicialmente se llevará a cabo un acercamiento con las autoridades tanto del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi con la finalidad de informar cuál es el objetivo de la investigación, la población (profesionales de la salud) que será parte del estudio, los recursos que se utilizarán para recolección de información (aplicación del test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos y material bibliográfico), además de establecer los resultados esperados y beneficios de la elaboración de una Guía de prevención para los efectos de la

Fatiga por Compasión en los participantes. Posteriormente, se hará una solicitud formal, en la que se establezca la autorización pertinente para la ejecución de la investigación. Por otro lado, las dudas existentes antes, durante y después de la investigación serán despejadas a los participantes o a las autoridades de las instituciones. Es importante establecer y esclarecer que la información obtenida durante la investigación y póstuma no será divulgada a terceros, afirmando así que la confidencialidad es un aspecto que se mantendrá desde el inicio, durante, final del proceso investigativo y posterior al mismo.

Propósito de la obtención de la muestra

La finalidad de realizar la investigación con la muestra de los profesionales de la salud del Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, consiste en evidenciar la incidencia de la exposición prolongada a factores estresantes que generan y promueven los efectos de la Fatiga por Compasión, los mismos que tienen una connotación significativa y que afectan a nivel biopsicosocial la salud de los profesionales que se encuentran en contacto con pacientes paliativos. El propósito de identificar y determinar cuáles son los efectos de la Fatiga por Compasión permitirá la elaboración de una Guía de prevención de la Fatiga por Compasión en los profesionales, es decir que la Guía de prevención permitirá identificar y tomar medidas ante la presencia de factores estresantes.

Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información a través de los recursos establecidos, se procederá a tabular y analizar los datos recopilados, para luego proceder con la elaboración de la Guía de prevención de los efectos de la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos humanos:

- Tutora de tesis. Dra. María Alexandra Valarezo
- Estudiantes de la Facultad de Psicología Clínica de la PUCE: Fernanda Carolina Lomas Amagua – Ubieda Masabanda Tatiana Pamela.
- Personal médico que participa en la muestra de la investigación.

Recursos de espacio:

- Hospital Gineco Obstétrico de la Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”
- Biblioteca virtual de la PUCE

Recursos materiales:

- Bibliografía (libros, revistas – artículos científicos, videos, etc.)
- Computadoras
- Test ProQOL

- Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E
- Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE GÉNERO

El consentimiento informado es una consideración ética y sin discriminación de género, la cual permite precautelar y resguardar la integridad de los participantes en la investigación como de la información que han proporcionado a través de los recursos empleados durante la recolección de datos, por ende se garantiza no revelar y divulgar información emitida por los participantes a terceras personas, dado que la finalidad de la investigación es salvaguardar la confidencialidad de la información de los participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: Información

Título del estudio: Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, período 2020”.

Subtítulo: Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual sobre la Fatiga por Compasión en la población de profesionales de la salud.

Nombre de las investigadoras: Lomas Amagua Fernanda Carolina – Ubieda Masabanda Tatiana Pamela (estudiantes de Psicología Clínica - PUCE) y Dra. María Alexandra Valarezo Loayza (supervisora de la investigación - PUCE).

Institución: Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

Sobre el consentimiento informado: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar a las responsables del proyecto de la investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento.

Propósito: La finalidad de la investigación consiste en evidenciar la incidencia de la exposición prolongada a factores estresantes que generan y promueven efectos de la Fatiga por Compasión, los mismos que tienen una connotación significativa y que afectan a nivel bio-psico-social en la salud de los profesionales que se encuentran en contacto con pacientes paliativos, en base a la información obtenida se realizará una Guía de prevención para los efectos ocasionados por la

prolongación constante a factores estresantes.

Participación: Su participación en el proceso investigativo es totalmente voluntario. Usted puede elegir participar o no, sin que su decisión lo afecte en algún aspecto. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aunque antes haya aceptado ser parte de la investigación.

Procedimiento: La investigación será mixta, es decir que se basa en la combinación del enfoque cualitativo y cuantitativo.

Método Cualitativo: consiste en la recolección y análisis de datos descriptivos que den cuenta de las características o cualidades propias del objeto de estudio en un contexto determinado.

Método Cuantitativo: se basa en la obtención de datos en base a la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías o hipótesis previamente establecidas.

La investigación se realizará con el personal médico del Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de la ciudad de Quito. Por otro lado, los instrumentos de los que se harán uso consisten en: **Fase de recolección de información:** la misma que se obtendrá a través de la aplicación del test ProQOL, del Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y una Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos, dichos instrumentos permitirán identificar las necesidades de los profesionales de la salud. **Fase de reconocimiento:** determinar cuánto conoce la población de profesionales de la salud sobre los efectos de la Fatiga por Compasión y finalmente, la **Fase de prevención:** la información recolectada ayudará en la elaboración de la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión, es decir, que el objetivo de la Guía radica en informar a la población (profesionales de la salud) de los síntomas, riesgos y estrategias de afrontamiento para la Fatiga por Compasión.

Duración: La investigación durará 4 meses, sin embargo su participación será únicamente en la recolección de información a través de la aplicación del test ProQOL, del Inventario de Desgaste por Empatía y la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.

Riesgos o Molestias: No existe ningún riesgo al participar en la actividad.

Beneficios: Identificación de factores estresantes y reconocimiento de estrategias que le permitirá mitigar los efectos de la Fatiga por Compasión.

Confidencialidad: La base de datos de los participantes será manejada por las investigadoras del proyecto de investigación, en uso confidencial.

Derecho a negarse o retirarse: Usted no está obligado a ser parte de la investigación. Puede dejar de participar en cualquier momento si así lo desea. Su participación es voluntaria y todos sus derechos serán respetados.

Información de contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca del proyecto, por favor ponerse en contacto con Lomas Amagua Fernanda Carolina al 0962934784, Ubieda Masabanda Tatiana Pamela al 0987766798, Dra. María Alexandra Valarezo Loayza al 0996346605.

PARTE II: Formulario de consentimiento

Yo _____, C.I. _____ declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre **“Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos”**, consistirá en responder los ítems tanto del test ProQOL como del Inventario de Desgaste por Empatía, además de responder a la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos, las cuales tienen como objetivo aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución a la investigación.

Acepto que a la información proporcionada en los instrumentos de la investigación podrán tener acceso las estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Declaró que se me ha informado sobre mi participación en el estudio, y se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. Las investigadoras responsables del estudio, Fernanda Carolina Lomas Amagua y Tatiana Pamela Ubieda Masabanda, se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que se generen sobre los procedimientos que se llevarán a cabo en la investigación.

Por lo tanto, acepto mi participación de forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación contribuirán a la elaboración de una Guía de prevención de la Fatiga por Compasión, para ser presentado como parte del proyecto de titulación.

Quito, _____ de _____, 2020.

Firma del/la participante: _____

Número de Cédula:

Firma de las Investigadoras:

Carolina Lomas – 172649485-7

Tatiana Ubieda – 172579095-8

RESULTADOS ESPERADOS

La salud física y mental de los profesionales de la salud que se encuentran en contacto directo con pacientes paliativos es importante preservarla, de manera que a través de la elaboración del proyecto de investigación se pretende alcanzar:

- **Fase de recolección de información:** consiste en la recolección de información obtenida a través de la aplicación del test ProQOL, el Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de

pacientes paliativos a los profesionales de la salud, que permitirán identificar las necesidades y afectación a nivel bio-psico-social.

- **Fase de reconocimiento:** determinar cuánto conoce la población de profesionales de la salud sobre los efectos de la Fatiga Compasión y los niveles de afectación debido a la permanente exposición al sufrimiento y por dolor en los pacientes de cuidados paliativos.
- **Fase de prevención:** la información recolectada ayudará en la elaboración de la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión para profesionales de la salud, con el objetivo de informar de los síntomas y riesgos que esta conlleva, la forma de prevenirla y dar cuenta de las estrategias de afrontamiento que ayudan al manejo del estrés que produce el contacto frecuente con pacientes paliativos.

El producto de la investigación será la Guía de prevención, que contribuirá en la detección y toma de medidas de autocuidado a los participantes que están a cargo de pacientes paliativos. Por otro lado, las limitaciones que podrían interferir en la investigación y por ende la consecución de los resultados esperados sería la condición actual del país (pandemia), que dificulta la interacción entre los profesionales de la salud y las investigadoras, sin embargo el proceso de obtención y aplicación de los instrumentos (Test ProQOL, Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos) se llevarían a cabo a través de un estado de conectividad vía internet (online) y un cronograma en el que se detallen los días y hora de duración tanto en la aplicación de los instrumentos de la investigación (test ProQOL, Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E. y la encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos) al personal de la salud.

REFERENCIAS CITADAS

Bermúdez Santana, S. P. (2014). El síndrome de burnout y la fatiga por compasión en el personal que trabaja con adultos mayores. (Estudio realizado en el Hogar Corazón de María de la ciudad de Quito en el periodo abril–julio del 2013) (Bachelor's thesis, PUCE).

Campos Vidal, J. F., Cardona Cardona, J. y Cuartero Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión [Facing the wear: care and palliative mechanisms of compassion fatigue]. Alternativas.

Cuadernos de Trabajo Social, 24, 119-136. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.07>Castillo Jurado, M. E. (2014). Niveles de fatiga por compasión en practicantes de psicología clínica, desde un enfoque integrativo: estudio a realizarse en estudiantes de 10mo semestre, que hacen sus prácticas pre-profesionales en la carrera de Psicología Clínica de la PUCE, durante el período de septiembre a diciembre de 2013 (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.

Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Vol. 6ta edición). México.

Huilca Ortiz, M. B. (2015). Fatiga por compasión en voluntarios que acompañan a niños oncológicos en su periodo de enfermedad. Estudio realizado en la Fundación Cecilia Rivadeneira, basada en la teoría cognitivo-conductual, en el período de agosto a diciembre del 2015 (Bachelor's thesis, PUCE).

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, S. (2017). Toda una Vida. Plan Nacional de Desarrollo. Quito - Ecuador.

Vithas Neuror. (06 de febrero de 2013). Obtenido de <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>

Zamponi, J.; Rondón, J. M. y Viñuela, M. A. (2009). Primer cuestionario validado para evaluar síndrome de desgaste por empatía. Trabajo presentado en las VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo: La Crisis como Oportunidad: Abordajes Creativos desde la Psicología del Trabajo, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/POSTERS/1.pdf

DECLARACIÓN FINAL

El equipo de investigadores, representado por el *Patrocinador* y el *Investigador Principal* del proyecto, de forma libre y voluntaria declaran lo siguiente:

- Que el contenido, la autoría y la responsabilidad sobre los resultados del estudio corresponden al Patrocinador y al Investigador Principal y que se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- Que el proyecto descrito en este documento es una obra original, cuyos autores forman parte del equipo de investigadores y que por lo tanto se asume la completa responsabilidad legal en el caso de que un tercero alegue la titularidad de los derechos intelectuales del proyecto; Así como se exonera al Ministerio de Salud Pública de cualquier acción legal que se derive por esta causa.
- Que el presente proyecto no causa perjuicio alguno a los sujetos participantes en la investigación y al ambiente y no transgrede normativa legal o norma ética alguna, y que en el caso de que la investigación requiera de permisos de otras instituciones ajenas al Ministerio de Salud Pública, previo a su ejecución, el Patrocinador/Investigador Principal remitirán una copia certificada de los mismos al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Lugar: Quito – Pichincha
de 2020

Fecha: 16 de octubre

Fernanda Carolina Lomas Amagua

Nombres y Apellidos *Investigador principal* *Firma*
Investigador principal (obligatoria)

1726494857

Cédula de ciudadanía o pasaporte Investigador principal (obligatoria)



Tatiana Pamela Ubieda Masabanda

*Nombres y Apellidos Investigador principal
(obligatoria)*

Firma Investigador principal

1725790958

*Cédula de ciudadanía o pasaporte Investigador principal
(obligatoria)*



María Alexandra Valarezo Loayza, Ph D

Nombres y Apellidos Patrocinador

Firma Patrocinador (obligatoria)

1706943352

Cédula de ciudadanía o pasaporte Patrocinador (obligatoria)

ANEXOS

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE TRABAJO POR OBJETIVOS

ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Objetivo 1: Realizar un recorrido teórico de la Fatiga por Compasión, Cuidados Paliativos e identificar cuáles son las fuentes de desgaste que contribuyen a la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud, sintomatología y describir los modelos de prevención de la Fatiga por Compasión como: el programa de prevención de Desgaste por Empatía, Modelo General de Resiliencia a la Fatiga por Compasión, Modelo Salutogénico y la perspectiva Biopsicosocial de la salud.																								

	2014).				
Variable dependiente Inventario de Desgaste por Empatía	El instrumento evalúa la habilidad empática y el nivel de desgaste por empatía en el profesional, mide también recursos profesionales y personales que intervienen en el trabajo de ayuda y la capacidad empática, fue desarrollado por Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber y Main (2010).				
Variable Independiente Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.	Consiste en 13 preguntas semiestructuradas elaboradas por las investigadoras con la finalidad de identificar aspectos o factores que influyen en el deterioro de la salud integral de los profesionales de la salud.		-Identificar medidas de autocuidado que realizan los profesionales de la salud ante la exposición prolongada a situaciones estresantes.	Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.	Cualitativo – cuantitativo

Anexo 4. Cartas de Confidencialidad

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Quito, 08 de junio de 2020

Yo, Fernanda Carolina Lomas Amagua con C.C. 1726494857, en calidad de investigadora principal del proyecto de investigación titulado "Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos" del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, durante el período 2020.

Declaro que:

1. Me obligo expresamente a guardar sigilo, confidencialidad y reserva sobre el contenido de toda la información generada, verbal o escrita de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.
2. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para los objetivos que se encuentran claramente establecidos en el protocolo de investigación.
3. No accederé a datos que no me estén autorizados, ni facilitaré a ninguna otra persona y/o institución que no participe en la investigación, la información física, verbal y/o digital que se me han proporcionado para esta investigación.
4. Guardaré reserva de los datos que nos sean facilitados por el HGONA, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará la investigación realizada, así como me comprometo a informar si en el ejercicio de estas investigaciones tuviere conflictos de intereses por cualquier motivo.
5. Declaro conocer la normativa aplicable en caso de incumplimientos a la confidencialidad que me obligo a guardar, así como en el caso de incumplimiento en cualquiera de los puntos constantes en el presente documento, me someteré a la normativa aplicable y el procedimiento establecido en la misma, adicionalmente declaro conocer las sanciones administrativas, civiles y/o penales que podría acarrear.
6. Declaro que los datos de confidencialidad obtenidos, no serán revelados ni siquiera en el caso de mi desvinculación de la Institución, ni por la desvinculación de los miembros del equipo de investigadores y por lo tanto el presente tiene un plazo indefinido.

Atentamente,

Firma: *Carolina Lomas*
Nombre: Fernanda Carolina Lomas Amagua
CI: 1726494857
Correo electrónico: lomascarolina417@gmail.com
Teléfono celular: 0962934784

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Quito, 08 de junio de 2020

Yo, Tatiana Pamela Ubieda Masabanda con C.C. 1725790958, en calidad de investigadora principal del proyecto de investigación titulado "Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos" del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, durante el período 2020.

Declaro que:

1. Me obligo expresamente a guardar sigilo, confidencialidad y reserva sobre el contenido de toda la información generada, verbal o escrita de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.
2. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para los objetivos que se encuentran claramente establecidos en el protocolo de investigación.
3. No accederé a datos que no me estén autorizados, ni facilitaré a ninguna otra persona y/o institución que no participe en la investigación, la información física, verbal y/o digital que se me han proporcionado para esta investigación.
4. Guardaré reserva de los datos que nos sean facilitados por el HGONA, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará la investigación realizada, así como me comprometo a informar si en el ejercicio de éstas investigaciones tuviere conflictos de intereses por cualquier motivo.
5. Declaro conocer la normativa aplicable en caso de incumplimientos a la confidencialidad que me obligo a guardar, así como en el caso de incumplimiento en cualquiera de los puntos constantes en el presente documento, me someteré a la normativa aplicable y el procedimiento establecido en la misma, adicionalmente declaro conocer las sanciones administrativas, civiles y/o penales que podría acarrear.
6. Declaro que los datos de confidencialidad obtenidos, no serán revelados ni siquiera en el caso de mi desvinculación de la Institución, ni por la desvinculación de los miembros del equipo de investigadores y por lo tanto el presente tiene un plazo indefinido.

Atentamente,

Firma: 

Nombre: Tatiana Pamela Ubieda Masabanda

CI: 1725790958

Correo electrónico: tatubieda@gmail.com

Teléfono celular: 0987766798

Anexo 5. Cartas de Compromiso

CARTA DE COMPROMISO

Quito, 08 de junio de 2020

Yo, Fernanda Carolina Lomas Amagua con C.C. 1726494857, en calidad de investigadora principal del proyecto de investigación titulado "Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos" del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, durante el periodo 2020.

Me comprometo a:

1. Cumplir con los lineamientos de investigación, confidencialidad, seguridad, ética y calidad dispuestos por el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
2. Entregar en la Gestión de Docencia e Investigación al menos un reporte semestral del progreso de la investigación.
3. Comunicar los eventos imprevistos y/o eventos adversos que puedan llevarse a cabo en el desarrollo de la investigación.
4. Someter e informar cualquier enmienda, cambio o incorporación de investigadores al proyecto.
5. Reconocer explícitamente en todos los productos científicos (artículo científico, póster científico, comunicación oral, tesis u otro) que se deriven de esta investigación al HGONA como fuente de datos y muestras.
6. Reconocer explícitamente en todos los productos científicos (artículo científico, póster científico, comunicación oral, tesis u otro) que se deriven de esta investigación la participación de el/los representantes del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi que hayan contribuido al desarrollo de la misma.
7. Entregar en la Gestión de Docencia e Investigación una copia del trabajo final y/o manuscrito de publicación científica para registro.

Atentamente,

Firma: *Carolina Lomas*
Nombre: Fernanda Carolina Lomas Amagua
CI: 1726494857
Correo electrónico: lomascarolina417@gmail.com
Teléfono celular: 0962934784

CARTA DE COMPROMISO

Quito, 08 de junio de 2020

Yo, Tatiana Pamela Ubieda Masabanda con C.C. 1725790958, en calidad de investigadora principal del proyecto de investigación titulado "Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos" del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, durante el período 2020.

Me comprometo a:

1. Cumplir con los lineamientos de investigación, confidencialidad, seguridad, ética y calidad dispuestos por el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
2. Entregar en la Gestión de Docencia e Investigación al menos un reporte semestral del progreso de la investigación.
3. Comunicar los eventos imprevistos y/o eventos adversos que puedan llevarse a cabo en el desarrollo de la investigación.
4. Someter e informar cualquier enmienda, cambio o incorporación de investigadores al proyecto.
5. Reconocer explícitamente en todos los productos científicos (artículo científico, póster científico, comunicación oral, tesis u otro) que se deriven de esta investigación al HGONA como fuente de datos y muestras.
6. Reconocer explícitamente en todos los productos científicos (artículo científico, póster científico, comunicación oral, tesis u otro) que se deriven de esta investigación la participación de el/los representantes del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi que hayan contribuido al desarrollo de la misma.
7. Entregar en la Gestión de Docencia e Investigación una copia del trabajo final y/o manuscrito de publicación científica para registro.

Atentamente,

Firma:



Nombre: Tatiana Pamela Ubieda Masabanda


CI: 1725790958

Correo electrónico: tatubieda@gmail.com

Teléfono celular: 0987766798

Anexo 6: Autorización para la ejecución del Proyecto de Investigación

Docencia
Autorizada
17/06/2020



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital Gineco Obstétrico Pedlátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ9-HGONA-AH-DI-2020-0026-M

Quito, D.M., 15 de junio de 2020

PARA: Sr. Abg. Victor Oswaldo Jarrin Garzon
Gerente Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz
Elena Arismendi (E)

ASUNTO: Autorización para ejecución de proyecto de pregrado: "EFECTOS DE LA
FATIGA POR COMPASIÓN EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
PALIATIVOS"

De mi consideración:

Yo, Fátima Daniela Silva Villarroel con C.I.: 0502928443, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado: "**EFECTOS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS**" que será desarrollado en nuestro Hospital por las estudiantes Tatiana Ubieda Masabanda y Carolina Lomas Amagua, estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de las fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Psic. Fátima Daniela Silva Villarroel
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO PEDIATRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO PEDIATRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI

CARTA JEFE SERVICIO/TUTOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA

Quito, 08 de junio de 2020.

Para:
Abg. Víctor Jarrín Garzón
Gerente
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Presente.-

Por medio del presente. Yo, Andrea Vanessa Alulema Yánez, con número de cédula 1715428007, funcionaria de Salud Mental del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, indico que colaboraré en la supervisión de aplicación de entrevistas para la investigación "Efectos de la Fatiga por Compasión en cuidadores de pacientes paliativos", a realizarse por las investigadoras: Tatiana Pamela Ubieda Masabanda y Fernanda Carolina Lomas Amagua, de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Por lo cual me comprometo a colaborar y brindar el apoyo necesario en la supervisión de la investigación.

Atentamente,

Psc. Vanessa Alulema Yanéz
Psicóloga Clínica
MSP. NR: 1715428007

Andrea Vanessa Alulema Yánez.
Psicóloga Clínica
CI. 1715428007
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de
Nueva Aurora Luz Elena Arismendi
vanessa.alulema@hgona.gob.ec

Dirección: Av. Quitumbe Ñan s/n y Quilla Ñan
Teléfono: 593 2 3348940 - www.hgona.gob.ec



Sr. Abg. Víctor Oswaldo Jarrín Garzón
Gerente Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena
Arismendi (E)

CARTA JEFE SERVICIO/TUTOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Quito, 08 de junio de 2020.


Para:
Abg. Victor Jarrín Garzón
Gerente
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Presente.-

Por medio del presente. Yo, Byron Amable Quinche Farinango, con número de cédula 1715428007, coordinador del área de Cuidados Paliativos del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, indico que colaboraré en la supervisión la adecuada aplicación de las actividades dentro del hospital para la investigación "Efectos de la Fatiga por Compasión en cuidadores de pacientes paliativos", a realizarse por las investigadoras: Tatiana Pamela Ubieda Masabanda y Fernanda Carolina Lomas Amagua, de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Por lo cual me comprometo a colaborar y brindar el apoyo necesario en la supervisión de la investigación.

Atentamente,


Dr. Byron Quinche
MEDICINA FAMILIAR
INHMT-08-003370
Senescyt 1027-15-86068497

Byron Amable Quinche Farinango
Médico Familiar
Responsable de Cuidados Paliativos
CI. 1003328273
Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de
Nueva Aurora Luz Elena Arismendi
byron.quinche@hgona.gob.ec

Anexo 8. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: Información

Título del estudio: Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en la ciudad de Quito – Ecuador, período 2020”.

Subtítulo: Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual sobre la Fatiga por Compasión en la población de profesionales de la salud.

Nombre de las investigadoras: Lomas Amagua Fernanda Carolina – Ubieda Masabanda Tatiana Pamela (estudiantes de Psicología Clínica - PUCE) y Dra. María Alexandra Valarezo Loayza (supervisora de la investigación - PUCE).

Institución: Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

Sobre el consentimiento informado: A través del presente documento, se le solicita su participación en un estudio de investigación para una disertación de grado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este documento describirá en detalle el objetivo del proyecto, los procedimientos que se utilizarán, así como los posibles riesgos y beneficios de su participación. Además de la información proporcionada en este documento, usted puede solicitar a las responsables del proyecto de la investigación cualquier información extra que le ayude a entender el objetivo de su participación; si decide participar, por favor firme al final del documento.

Propósito: La finalidad de la investigación consiste en evidenciar la incidencia de la exposición prolongada a factores estresantes que generan y promueven efectos de la Fatiga por Compasión, los mismos que tienen una connotación significativa y que afectan a nivel bio-psico-social en la salud de los profesionales que se encuentran en contacto con pacientes paliativos, en base a la información obtenida se realizará una Guía de prevención para los efectos ocasionados por la prolongación constante a factores estresantes.

Participación: Su participación en el proceso investigativo es totalmente voluntario. Usted puede elegir participar o no, sin que su decisión lo afecte en algún aspecto. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aunque antes haya aceptado ser parte de la investigación.

Procedimiento: La investigación será mixta, es decir que se basa en la combinación del enfoque cualitativo y cuantitativo.

Método Cualitativo: consiste en la recolección y análisis de datos descriptivos que den cuenta de las características o cualidades propias del objeto de estudio en un contexto determinado.

Método Cuantitativo: se basa en la obtención de datos en base a la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías o hipótesis previamente establecidas.

La investigación se realizará con el personal médico del Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de la ciudad de Quito. Por otro lado, los instrumentos de los que se harán uso consisten en: **Fase de recolección de información:** la misma que se obtendrá a través de la aplicación del test ProQOL, del Inventario de Desgaste por Empatía I.D.E y una Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud que se

desempeñan en la atención de pacientes paliativos, dichos instrumentos permitirán identificar las necesidades de los profesionales de la salud. **Fase de reconocimiento:** determinar cuánto conoce la población de profesionales de la salud sobre los efectos de la Fatiga por Compasión y finalmente, la **Fase de prevención:** la información recolectada ayudará en la elaboración de la Guía de prevención de la Fatiga por Compasión, es decir, que el objetivo de la Guía radica en informar a la población (profesionales de la salud) de los síntomas, riesgos y estrategias de afrontamiento para la Fatiga por Compasión.

Duración: La investigación durará 4 meses, sin embargo su participación será únicamente en la recolección de información a través de la aplicación del test ProQOL, del Inventario de Desgaste por Empatía y la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos.

Riesgos o Molestias: No existe ningún riesgo al participar en la actividad.

Beneficios: Identificación de factores estresantes y reconocimiento de estrategias que le permitirá mitigar los efectos de la Fatiga por Compasión.

Confidencialidad: La base de datos de los participantes será manejada por las investigadoras del proyecto de investigación, en uso confidencial.

Derecho a negarse o retirarse: Usted no está obligado a ser parte de la investigación. Puede dejar de participar en cualquier momento si así lo desea. Su participación es voluntaria y todos sus derechos serán respetados.

Información de contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca del proyecto, por favor ponerse en contacto con Lomas Amagua Fernanda Carolina al 0962934784, Ubieda Masabanda Tatiana Pamela al 0987766798, Dra. María Alexandra Valarezo Loayza al 0996346605.

PARTE II: Formulario de consentimiento

Yo _____, C.I. _____ declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre **“Efectos de la Fatiga por Compasión en los cuidadores de pacientes paliativos”**, consistirá en responder los ítems tanto del test ProQOL como del Inventario de Desgaste por Empatía, además de responder a la Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en los Profesionales de la Salud que se desempeñan en la atención de pacientes paliativos, las cuales tienen como objetivo aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución a la investigación.

Acepto que a la información proporcionada en los instrumentos de la investigación podrán tener acceso las estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Declaro que se me ha informado sobre mi participación en el estudio, y se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. Las investigadoras responsables del estudio, Fernanda Carolina Lomas Amagua y Tatiana Pamela Ubieda Masabanda, se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que se generen sobre los procedimientos que se llevarán a cabo en la investigación.

Por lo tanto, acepto mi participación de forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación contribuirán a la elaboración de una Guía de

prevención de la Fatiga por Compasión, para ser presentado como parte del proyecto de titulación.

Quito, _____ de _____, 2020.

Firma del/la participante: _____

Número de Cédula:

Firma de las Investigadoras:

Carolina Lomas – 172649485-7

Tatiana Ubieda – 172579095-8

Anexo 9. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL - Versión IV), (Hudnall, 2005).

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.

© 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 Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.

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

- _____ 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.

© 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.

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 una 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 discutirlas 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-19* (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 María Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodríguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain.

Anexo 10. Inventario de Desgaste por Empatía (I.D.E), (Barreno & Viteri, 2016).

INVENTARIO DE DESGASTE POR EMPATÍA

IDE

ZAMPONI, VIÑUELA, RONDON, TAUBER, MAIN

El cansancio natural que surge de su actividad profesional puede derivar de diversos factores. La cantidad de horas que usted trabaja, el lugar físico en el que trabaja, la relación con sus pares y auxiliares, suelen ser aspectos que generan tensión y cansancio. Pero además, por la naturaleza de su profesión, usted está constantemente ayudando a personas que tienen problemas. Buena parte de su eficiencia profesional depende de su habilidad para entender y ayudar a sus pacientes/clientes. El compartir el sufrimiento – empatizar – produce desgaste emocional. A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con este aspecto de su trabajo profesional.

CONSIGNA: Por favor, lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique cuánto coincide con lo que le sucede a usted. Marque con una cruz debajo del número que usted elija, teniendo en cuenta que:

- 1 = muy de acuerdo
- 2 = de acuerdo
- 3 = desacuerdo
- 4 = muy en desacuerdo

Se garantiza total confidencialidad de los datos proporcionados. Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

	1	2	3	4
1. Mantengo el cuidado de mi salud.				
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.				
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.				
4. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.				
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas.				
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.				

7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.				
8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.				

9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.				
10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes.				
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos.				
12. Me cuesta mantener la concentración.				
13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.				
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.				
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.				
16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.				
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes				
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.				
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.				
20. No presento síntomas somáticos.				
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes				
22. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.				
23. Aumento de peso de modo llamativo.				
24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.				
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.				
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.				
27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.				

Anexo 11. Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de Cuidados Paliativos

Encuesta sobre la Fatiga por Compasión en el Personal de Salud que se desempeña en la atención de Cuidados Paliativos

Nombre:

- 1. Edad:**
- 2. Sexo:**
- 3. Profesión:**
- 4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en cuidados paliativos?**

- 5. ¿A qué población atiende en cuidados paliativos (niños, adolescentes, adultos mayores, neonatos, etc.)?**

- 6. ¿Cuando se siente preocupado, triste, frustrado, etc., a quién le comenta cómo se siente? (Subraye la respuesta que elija)**
 - a.** A nadie
 - b.** Amigos
 - c.** Familiares
 - d.** Compañeros/colegas del trabajo
 - e.** Otros

- 8. Mencione cuáles son las estrategias o medidas de prevención que utiliza o conoce para disminuir el estrés.**

- 9. ¿Al sentirme preocupado, frustrado o con sentimientos que están fuera de mi control, he solicitado ayuda psicológica profesional?**

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Nunca

10. ¿Cómo se siente con el ambiente laboral y con sus compañeros de trabajo? (Detalle la respuesta)

11. ¿Considera que separa su vida laboral de su vida personal? (Detalle la respuesta)

12. ¿Cuál es la mayor dificultad que ha encontrado en este tipo de trabajo (cuidados paliativos)? (Detalle la respuesta)

13. ¿Cuál es la mayor satisfacción que este trabajo le da? (Detalle la respuesta)

MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN. SU APOYO NOS PERMITIRÁ VISUALIZAR LAS CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN CUIDADOS PALIATIVOS. 