

eman ta zabal zazu



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Facultad de Educación de Bilbao
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Satisfacción y Fatiga por Compasión en Profesionales de Enfermería de Unidades de Alto Impacto Emocional

Tesis Doctoral

Silvia Arribas García

Directoras

Dra. Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor

Dra. Elena Bernaras Iturrioz

Leioa

2021

Agradecimientos

Cuando las circunstancias me empujaron a iniciar esta aventura de investigación, no pensé que sería tan intensa y fascinante, ni que robaría tantas horas de otras vidas, de amigos, de familia, de descanso. No llegué a imaginar cuántas personas iban a acompañarme de una u otra manera, en cuántas me tendría que apoyar, cuántas y cuántas iban a vivir este proyecto casi como si fuera suyo... Pero así ha sido. Horas y personas cargadas la mayor parte de las veces de paciencia, de ganas, de ilusión.... cansadas en otras ocasiones de no estar, de no poder, de desesperar.... Todas y cada una de ellas han sido únicas, valiosas, imprescindibles de alguna manera. Por eso me da miedo dejarme a alguna en el tintero. Si eso ocurriera, espero sepan perdonarme.

Mil gracias a Joana y Elena, mis directoras de tesis, que en ningún momento me han dejado sucumbir a las dudas, facilitadoras siempre, guías seguras, pacientes y sonrientes. Largas y enriquecedoras han sido las horas de debate, construcción y remodelación del proyecto. Sin vuestro apoyo, vuestro ánimo, vuestra confianza y vuestra generosidad no habría sido posible sacar adelante este apasionante estudio. Esto es también vuestro; mi más sincero agradecimiento y respeto.

A todas las maravillosas personas que han colaborado activamente en el estudio: Pilar, Vanesa, Luis, Sendoa, Verónica, Elena. Sin ellas nada habría sido posible. Habéis sido mis manos y mi tesón en cada hospital. Gracias, gracias, gracias.

A Teresa y M^a José, que se dejaron convencer para ser las primeras en sumarse al estudio. A Amaia, que me ayudó a ubicarme, a bajar a la tierra y a

centrar el tema de investigación. A Ainhoa, que me buscó los primeros artículos. A María, que me inspiró en el camino y me ha acompañado siempre que lo he necesitado. A Paola, que pacientemente ha ido dando respuesta a mis dudas de estadística. A todas las personas que me han abierto las puertas de sus centros, directoras de Enfermería, supervisoras y supervisores. Por supuesto, a todas aquellas personas que de manera desinteresada me han prestado un ratito de sus vidas y han dado respuesta a los cuestionarios presentados. Enfermeras, enfermeros y auxiliares del Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, trabajadores y trabajadoras de primera línea, mi más profundo reconocimiento a su labor. Espero poder aportarles mi granito de arena a través de la investigación y de la formación.

A Jaione, mi compañera y amiga. Gracias por ser como eres, divertida, humilde, fuerte, creativa. Gracias por leer mis páginas, por tus aportaciones, por escucharme. Gracias por confiar en mí, por no dejarme. Es un placer poder tenerte cerca.

Sin ninguna duda, mil millones de gracias a mi familia: a mis hijos, a los que tantas tardes de juego he robado, a mi marido, que pacientemente ha estado ahí ejerciendo de aita y ama sin vacilar, a mis padres, sin cuyo respaldo y sabiduría nunca podría haber llegado a ser lo que soy.

Y a todas las personas que me deje por el camino, imprescindibles a pesar de no ser nombradas.

GRACIAS.

Índice de contenidos

Resumen.....	17
Introducción.....	21
PARTE I. MARCO TEÓRICO	
Capítulo 1. Antecedentes del modelo de Calidad de Vida Profesional.....	33
1.1. Introducción.....	36
1.2. Aparición del concepto de Fatiga por Compasión.....	41
1.3. Fatiga por Compasión y conceptos relacionados.....	47
1.3.1. Fatiga por Compasión y <i>burnout</i>	47
1.3.2. Fatiga por Compasión y Traumatización vicaria.....	51
1.3.3. Fatiga por Compasión y Contratrtransferencia.....	52
1.4. Necesaria aparición de la Satisfacción por Compasión.....	53
Capítulo 2. Ajuste del concepto de Calidad de Vida Profesional al ámbito de Enfermería.....	59
2.1. Introducción.....	62
2.2. Atributos y consecuencias de la Fatiga por Compasión en Enfermería.....	63
2.3. La Satisfacción por Compasión en Enfermería.....	66
2.4. ¿Programas de prevención e prevención ante la FC/ETS o de promoción de la SC?.....	71
Capítulo 3. Estado actual de la investigación.....	83
3.1. Introducción.....	85
3.2. Prevalencias de SC y FC/ETS en función del área asistencial.....	91
3.3. Estado de la investigación sobre SC y FC/ETS y variables relacionadas.....	99
3.3.1. SC y FC/ETS en función de variables sociodemográficas y profesionales.....	99
3.3.2. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: resiliencia.....	107
3.3.3. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: empatía.....	114
3.3.4. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: actitudes ante la muerte.....	123
3.3.5. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: rasgos de personalidad.....	132

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 4. Objetivos e hipótesis	143
4.1. Objetivos e hipótesis	145
Capítulo 5. Descripción de la muestra	149
5.1. Descripción de la muestra en función de categoría profesional, sexo y edad	153
5.2. Descripción de la muestra en función de la experiencia profesional.....	156
5.3. Descripción de la muestra en función de provincias y OSI y hospitales.....	159
5.4. Descripción de la muestra en función de las áreas de cuidado.....	162
5.5. Descripción de la muestra en función de la formación previa en torno a la muerte y/o el duelo.....	166
5.6. Descripción de la muestra en función de características adaptativas.....	172
Capítulo 6. Diseño y procedimiento	179
6.1. Diseño del estudio	181
6.2. Procedimiento	182
6.3. Análisis de los datos	186
Capítulo 7. Variables e instrumentos de evaluación	197
7.1. Cuestionario <i>ad hoc</i>	201
7.2. ProQOL 5. Professional Quality of Life Scale. Versión 5	201
7.3. CD-RISC 10. Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, versión simplificada.....	208
7.4. TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva.....	211
7.5. PRAM. Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte	214
7.6. NEO-FFI-3. Inventario NEO Revisado de Personalidad 3.....	219
Capítulo 8. Resultados	225
8.1. Percepción de la Calidad de Vida Profesional: prevalencias de SC, FC/ETS y <i>burnout</i>	227
8.2. Relación entre SC y FC/ETS y variables explicativas	230
8.2.1. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de variables sociodemográficas y profesionales.....	232
8.2.2. Variabilidad de SC y FC/ETS en función la Resiliencia.....	234
8.2.3. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de la Empatía	237

8.2.4. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de las Actitudes ante la muerte	245
8.2.5. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de los Rasgos de personalidad	252
8.3. Modelos explicativos	265
8.3.1. Modelo explicativo de SC.....	265
8.3.2. Modelo explicativo de FC/ETS.....	267
Capítulo 9. Conclusiones y discusión	269
9.1. Discusión y conclusiones.....	271
9.2. Aportaciones del estudio.....	306
9.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	309
9.4. Consideraciones finales	312
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	317
ANEXOS	361
ANEXO 1: Visto bueno Comité Ética de Euskadi	363
ANEXO 2: Carta de presentación del proyecto.....	364
ANEXO 3: Dossier de prueba autoaplicadas.....	366

Relación de tablas

Tabla 1. <i>Diferencias y similitudes entre FC y conceptos relacionados</i>	53
Tabla 2. <i>Dimensiones de la Salud Mental en términos de flourishment</i>	88
Tabla 3. <i>Equivalencia nominal entre los principales modelos de cinco factores</i>	134
Tabla 4. <i>Características sociodemográficas y profesionales de la muestra</i>	153
Tabla 5. <i>Características de la muestra en función de categoría profesional, edad y sexo</i>	156
Tabla 6. <i>Distribución de la muestra en función de categoría profesional, edad y experiencia profesional</i>	158
Tabla 7. <i>Características de la muestra en función de provincia y OSI/hospital</i>	161
Tabla 8. <i>Distribución de la muestra en función de la provincia, las áreas de cuidados y la formación previa en torno a la muerte y/o el duelo</i>	170
Tabla 9. <i>Distribución de la muestra en función de la formación previa, áreas de cuidados y edad</i>	171
Tabla 10. <i>Medias, desviaciones típicas y niveles categorizados de la Empatía</i>	173
Tabla 11. <i>Descriptivos de las Actitudes ante la muerte</i>	174
Tabla 12. <i>Rangos obtenidos para las Actitudes ante la muerte en la propia muestra</i>	175
Tabla 13. <i>Distribución de la muestra en función de las Actitudes ante la muerte</i> ...	175
Tabla 14. <i>Medias, desviaciones típicas y niveles categorizados de los Rasgos de personalidad</i>	177
Tabla 15. <i>Cronograma de jornadas informativas destinadas a dar feedback por OSI/hospital</i>	186
Tabla 16. <i>Criterios de interpretación de los valores α de Cronbach</i>	187
Tabla 17. <i>Criterios de interpretación de los valores V de Cramer</i>	190
Tabla 18. <i>Criterios de interpretación de los valores r de Pearson</i>	191
Tabla 19. <i>Instrumentos de evaluación y variables analizadas</i>	200
Tabla 20. <i>Composición de las escalas del ProQOL 5</i>	203
Tabla 21. <i>Interpretación del ProQOL 5, teniendo en cuenta el criterio grupal</i>	204
Tabla 22. <i>Interpretación del ProQOL 5, según criterios individuales. Obtención de puntuaciones tipificadas en base a la tabla de conversión y correspondientes percentiles</i>	205
Tabla 23. <i>Estructura dimensional y composición de las escalas del TECA</i>	212
Tabla 24. <i>Significación de las puntuaciones del TECA</i>	213
Tabla 25. <i>Estructura dimensional y composición de las escalas de la PRAM</i>	216
Tabla 26. <i>Estructura dimensional y composición de las escalas de la PRAM. Versión española</i>	217

Tabla 27. <i>Fiabilidad de las escalas de la PRAM. Comparación entre la versión original y la española.....</i>	217
Tabla 28. <i>Composición de las escalas del NEO-FFI-3.....</i>	222
Tabla 29. <i>Interpretación de los factores del NEO-FFI-3.....</i>	222
Tabla 30. <i>Media y desviación típica de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.....</i>	228
Tabla 31. <i>Cálculo de percentiles de referencia para la muestra de estudio.....</i>	228
Tabla 32. <i>Percepción de la Calidad de Vida Profesional. Distribución de la muestra en función de percentiles propios.....</i>	229
Tabla 33. <i>Correlaciones entre SC y FC/ETS y variables adaptativas.....</i>	231
Tabla 34. <i>Comparación de medias. SC y variables sociodemográficas y profesionales.....</i>	233
Tabla 35. <i>Comparación de medias. FC/ETS y variables sociodemográficas y profesionales.....</i>	234
Tabla 36. <i>Medias y desviaciones típicas de SC y FC/ETS en función de la Resiliencia.....</i>	235
Tabla 37. <i>Medias y desviaciones típicas de SC en función de las dimensiones de la Empatía.....</i>	238
Tabla 38. <i>Medias y desviaciones típicas de FC/ETS en función de las dimensiones de la Empatía.....</i>	243
Tabla 39. <i>Medias y desviaciones típicas de SC en función de las Actitudes ante la muerte.....</i>	245
Tabla 40. <i>Medias y desviaciones típicas de FC/ETS en función de las Actitudes ante la muerte.....</i>	247
Tabla 41. <i>Medias y desviaciones típicas de SC en función de los Rasgos de personalidad.....</i>	253
Tabla 42. <i>Medias y desviaciones típicas de FC/ETS en función de los Rasgos de personalidad.....</i>	259
Tabla 43. <i>Resumen de datos para SC y FC/ETS en función de las variables adaptativas.....</i>	264
Tabla 44. <i>Modelo explicativo para SC.....</i>	265
Tabla 45. <i>Modelo explicativo para FC/ETS.....</i>	267

Relación de figuras

Figura 1. <i>Modelo de Calidad de Vida Profesional</i>	25
Figura 2. <i>Modelo de Estrés y Fatiga por Compasión</i>	44
Figura 3. <i>Modelo teórico de Calidad de Vida Profesional</i>	57
Figura 4. <i>Modelo de Compasión para profesionales asistenciales</i>	69
Figura 5. <i>Modelo de formación de la Satisfacción y de la Fatiga por Compasión</i>	75
Figura 6. <i>Modelo de Autocuidado basado en la Autoconciencia</i>	76
Figura 7. <i>Modificación propuesta por Sansó (2014) al modelo original de Autocuidado basado en la Autoconciencia de Kearney y Weininger (2011)</i>	77
Figura 8. <i>Modelo de meta-teoría de la Resiliencia</i>	109
Figura 9. <i>Modelo de Resiliencia como proceso modulador</i>	113
Figura 10. <i>Distribución de la muestra en función de la categoría profesional</i>	154
Figura 11. <i>Distribución de la muestra en función del sexo. Relación entre sexo y categoría profesional</i>	154
Figura 12. <i>Distribución de la muestra en función de la edad. Relación entre edad y categoría profesional</i>	156
Figura 13. <i>Distribución de la muestra en función de la experiencia profesional y OSI/hospitales</i>	156
Figura 14. <i>Distribución de la muestra en función de la experiencia profesional y el sexo</i>	157
Figura 15. <i>Distribución de la muestra en función de la edad y el tiempo de trabajo</i>	158
Figura 16. <i>Distribución geográfica del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza</i>	159
Figura 17. <i>Distribución de la muestra por provincias</i>	160
Figura 18. <i>Distribución de la muestra en función de la provincia y la edad</i>	162
Figura 19. <i>Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados</i>	163
Figura 20. <i>Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados y el sexo</i>	164
Figura 21. <i>Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados y la edad</i>	164
Figura 22. <i>Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados y la provincia</i>	165
Figura 23. <i>Distribución de la muestra en función de la formación previa en torno a la muerte y/o el duelo</i>	166
Figura 24. <i>Distribución de la muestra en función de la formación previa en torno a la muerte y/o el duelo y la experiencia profesional</i>	167
Figura 25. <i>Distribución de la muestra en función de la provincia, la categoría profesional y la formación previa</i>	168

Figura 26. Distribución de la muestra en función OSI/hospital y formación previa en torno a la muerte y/o el duelo.....	169
Figura 27. Distribución de la muestra en función de la provincia, las áreas de cuidados y la formación previa en torno a la muerte y/o el duelo.....	170
Figura 28. Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados, la categoría profesional y la formación previa.....	172
Figura 29. Distribución de la muestra en función de los niveles de Resiliencia.....	173
Figura 30. Niveles categorizados de las dimensiones de la Empatía.....	174
Figura 31. Distribución de la muestra en función de las Actitudes ante la muerte..	176
Figura 32. Distribución de la muestra en función de los Rasgos de personalidad...	177
Figura 33. Niveles de SC, FC/ETS y burnout.....	229
Figura 34. Comparación de medias, SC y resiliencia.....	236
Figura 35. Comparación de medias, FC/ETS y resiliencia.....	237
Figura 36. Comparación de medias, SC y adopción de perspectivas.....	239
Figura 37. Comparación de medias, SC y comprensión emocional.....	240
Figura 38. Comparación de medias, SC y estrés empático.....	241
Figura 39. Comparación de medias, SC y alegría empática.....	242
Figura 40. Comparación de medias, FC/ETS y estrés empático.....	244
Figura 41. Comparación de medias, SC y aceptación neutral de la muerte.....	246
Figura 42. Comparación de medias, FC/ETS y miedo ante la muerte.....	248
Figura 43. Comparación de medias, FC/ETS y evitación de la muerte.....	249
Figura 44. Comparación de medias, FC/ETS y aceptación neutral de la muerte.....	250
Figura 45. Comparación de medias, FC/ETS y aceptación de acercamiento a la muerte.....	251
Figura 46. Comparación de medias, FC/ETS y aceptación de escape de la muerte..	252
Figura 47. Comparación de media, SC y neuroticismo.....	254
Figura 48. Comparación de medias, SC y extraversión.....	255
Figura 49. Comparación de medias, SC y apertura.....	256
Figura 50. Comparación de medias, SC y amabilidad.....	257
Figura 51. Comparación de medias, SC y responsabilidad.....	258
Figura 52. Comparación de medias, FC/ETS y neuroticismo.....	260
Figura 53. Comparación de medias, FC/ETS y extraversión.....	261
Figura 54. Comparación de medias, FC/ETS y amabilidad.....	262
Figura 55. Comparación de medias. FC/ETS y responsabilidad.....	263

Abreviaturas

A: amabilidad	g: g de Hedges
AA: aceptación de acercamiento	H: hospital
AE: alegría empática	HSM: Hospital de Santa Marina
AE _m : aceptación de escape	IC: intervalo de confianza
AN: aceptación neutral	IEE: Índice Español de Empatía
AP: adopción de perspectivas	IRI: <i>Interpersonal Reactivity Index</i> , Índice de Reactividad Interpersonal
APA: <i>American Psychiatric Association</i> , Asociación Americana de Psiquiatría	M: medida
CE: comprensión empática	n: tamaño muestral por subgrupos o categorías
CEIm-E: Comité de Ética para la Investigación con Medicamentos en Euskadi	N: tamaño muestral total
CFST: <i>Compassion Fatigue Self Test</i> , Auto Test de Fatiga por Compasión	NEO-FFI-3: <i>Neuroticism</i> , <i>Extraversion</i> , <i>Openness</i> , <i>Five –</i> <i>Factor Inventory 3</i> , Inventario Revisado de Personalidad de los Cinco Factores
CIP: Cuidados Intensivos de Pediatría	NEO-PI: <i>Neuroticism</i> , <i>Extraversion</i> , <i>Openness Personality Inventory</i> , Inventario de Personalidad de tres factores
CR-RISC 10: Escala de Resiliencia de Connor y Davidson	N _p : neuroticismo
CSF: <i>Compassion Satisfaction and Fatigue Test</i> , Test de Satisfacción y Fatiga por Compasión	O: <i>openness</i> , Apertura
CT: Contratanferencia	OMS: Organización Mundial de la Salud
DSM III/IV/V: <i>Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, en sus versiones III/IV/V	OR: <i>odds ratio</i>
DT: desviación típica	OSI BB: Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto
E: extraversión	OSI EEC: Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea – Enkarterri – Cruces
EE: estrés empático	OSI: Organización Sanitaria Integrada
ENF: enfermero/a	p: valor de significación
EPT: Estrés postraumático	PAM: Perfil de Actitudes ante la muerte
ETS: Estrés traumático secundario	
FC: Fatiga por Compasión	

PRAM: Perfil Revisado de Actitudes
ante la muerte

ProQOL: *Professional Quality Of Life
Scale*, escala de Calidad de Vida
Profesional

QMEE: *Questionnaire Measure of
Emotional Empathy*, Cuestionario
de Medición de la Empatía
Emocional

r: *r* de Pearson

R: responsabilidad

SC: Satisfacción por Compasión

SPSS: *Statistical Package for the Social
Sciences*, Paquete Estadístico para
las Ciencias Sociales

STSD: *Secondary Traumatic Stress
Disorder*, Desorden de Estrés
Traumático Secundario

svs/Osakidetza: Servicio Vasco de
Salud/Osakidetza

TCAE: Técnico en Cuidados
Auxiliares de Enfermería

TECA: Test de Empatía Cognitiva y
Afectiva

TT: tiempo de trabajo, unidad de
medida de la experiencia
profesional asistencial

TV: Traumatización vicaria

UCI: Unidad de Cuidados
Intensivos

α : α de Cronbach

χ^2 : chi-cuadrado

Resumen

La Calidad de Vida Profesional hace referencia a la vivencia emocional que una persona tiene en relación con su rol profesional de cuidado. Hasta no hace demasiado tiempo, el estudio del *burnout* había centrado el esfuerzo e interés de las investigaciones, en un intento por conocer qué hace que una persona se quemara en el trabajo, qué consecuencias se pueden derivar de dicha experiencia y cómo poder evitarla. Sin embargo, a partir de los estudios de Joinson (1992), surge el término Fatiga por Compasión (FC) para describir el efecto que tiene sobre los cuidadores y cuidadoras la exposición a las vivencias de sufrimiento de las personas en un contexto de relación de ayuda. Así, impregnada por el constructo de empatía compasiva, la FC comienza a ser considerada como una consecuencia natural de las situaciones de cuidado en colectivos de Enfermería, entre otros. Surgen, entonces, 3 preguntas que han guiado, desde hace dos décadas, la investigación: (1) ¿todas las personas necesariamente desarrollan FC?, (2) ¿qué caracteriza a aquellas personas que la desarrollan? Y (3), si no desarrollan FC, ¿qué desarrollan, entonces?

Para dar respuesta a dichos interrogantes, Stamm (2002) construye su Modelo de Satisfacción y Fatiga por Compasión (SC y FC), que, junto al Modelo de Estrés y Fatiga por Compasión de Figley (1995b) y a la modificación a este modelo propuesta por Radey y Figley (2007), constituirá el marco teórico de referencia de la presente investigación. La pregunta directriz en este estudio es la siguiente: ¿qué es lo que hace que las personas vinculadas a la Enfermería, a pesar de trabajar rodeadas de situaciones complicadas a nivel emocional, sean capaces no solo de no experimentar distrés, sino de seguir disfrutando del cuidado ofrecido?

Partiendo de este planteamiento, la presente tesis doctoral persigue los siguientes objetivos: (1) conocer la percepción de la Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería de las áreas de Cuidados Intensivos, Oncologías y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza; (2) analizar la

relación de la SC y de la FC con diferentes variables sociodemográficas y profesionales; (3) explorar la relación entre SC y FC y distintas variables adaptativas de los y las profesionales de Enfermería; y (4) identificar variables explicativas de la Satisfacción por Compasión y de la Fatiga por Compasión.

La muestra, escogida por conveniencia, estuvo compuesta por 742 profesionales de Enfermería de los citados servicios, considerados de alto impacto emocional por el perfil de paciente atendido. Tras obtener el informe favorable del correspondiente comité de ética, asegurando así el respeto a los fundamentos básicos establecidos en la Declaración de Helsinki, se procedió a la recogida de datos, utilizando, para ello, 5 instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas, junto a un cuestionario *ad hoc* para recabar información sociodemográfica y profesional: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (ProQQOL 5), Escala de Resiliencia (CD-RISC 10), Test de Empatía (TECA), Perfil de Actitudes ante la muerte (PRAM) e Inventario de Rasgos de personalidad (NEO-FFI-3).

Los resultados ponen de manifiesto la coexistencia de niveles moderados de SC y de FC en la muestra de estudio. Además, las personas con formación previa en temáticas relacionadas con la muerte y/o el duelo, y aquellas que desarrollaban su labor en unidades oncológicas mostraron mayor SC, mientras que las mayores de 45 años mostraron FC más elevada. Con relación a las variables adaptativas, niveles elevados de resiliencia se asociaron a mayor SC y a menor FC. Por su parte, todas las dimensiones de la empatía mostraron una relación directa con SC, excepto el estrés empático, que lo hizo con FC. Tomando como referencia las actitudes ante la muerte, únicamente la aceptación neutral de la misma se asoció positivamente a SC e inversamente con FC. Tanto el miedo, como la evitación, la aceptación de acercamiento o de escape ante la muerte mostraron una relación directa con FC. En relación con los rasgos de personalidad, todos se asociaron de manera directa con SC y de manera inversa con FC, excepto el neuroticismo, que lo hizo de manera inversa con SC y directa con FC, y la apertura, que no arrojó diferencias significativas para FC. Finalmente, 8 variables emergieron para cada una de las dimensiones de la calidad de vida profesional

estudiadas, con elevada fuerza explicativa en ambos casos. Así, para la SC destacaron el *burnout* y la FC, la resiliencia, la alegría empática, la actitud neutral ante la muerte, la extraversión, el tiempo de trabajo y desarrollar la labor profesional en unidades oncológicas. Por su parte, para la FC sobresalieron el *burnout* y la SC, junto con la resiliencia, el estrés empático, el miedo a la muerte y la aceptación de acercamiento a la misma, el neuroticismo y la edad.

Los hallazgos anteriores permiten dar respuesta a la pregunta de investigación, al mismo tiempo que amplían el horizonte de estudio, contribuyendo a engrosar el cuerpo de conocimiento desde una perspectiva positivista. No se trata, tal y como se postulaba hasta el momento, de evitar o reducir el *burnout* y la FC. Por el contrario, la meta ha de estar puesta en empoderar a los y las profesionales de Enfermería y capacitarles, de esta manera, para obtener satisfacción de su labor, ofreciendo cuidados de calidad y obteniendo, además, un beneficio emocional de todo ello.

Palabras clave: Enfermería; Satisfacción por compasión; Fatiga por compasión; Variables adaptativas; Modelos explicativos

“Compassionate action involves working with ourselves as much as working with others” (Chödrön, 2008)

Introducción

En el Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1948) adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional el 22 de junio de 1946, se ofreció una definición de salud que se ha mantenido inalterada desde 1948. En ella se defendía que se trata de “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). De esta manera, la salud, lejos de ser considerada como un estado abstracto, es valorada como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva, permitiendo potenciar sus aptitudes físicas y sus recursos personales y sociales.

A pesar de la incuestionable programación del ser humano para la salud y la vida, tanto la enfermedad como la muerte son dos realidades habitualmente presentes. No obstante, no es fácil acostumbrarse a ellas. De hecho, son muchas las dificultades que surgen a la hora de afrontarlas en el día a día, tanto desde una perspectiva personal y social como profesional. Si bien se puede decir que prácticamente todas las personas entienden la pérdida de salud y el final de la vida desde un plano racional, es decir, “saben” que en algún momento pueden enfermar y que es seguro que en algún momento van a morir, cuando estas experiencias acontecen *de facto*, su manejo funcional y emocional se complica. Surge, entonces, un elenco de emociones que se manifiesta de manera cognitiva, motora y fisiológica (Gesser et al., 1988; Limonero, 1997), alterando ese delicado equilibrio psicológico que permitía hablar de “estado de completo bienestar”. Este impacto es amplio, trascendiendo más allá de las personas enfermas. Como bien es sabido, cuidar es una tarea realmente compleja, no solo por la tecnificación de muchos de los procedimientos requeridos sino, sobre todo, por la enorme inversión emocional que realizan las personas que asumen el cuidado desde una

perspectiva bien informal bien formal (Astudillo et al., 2008; Hernández et al., 2014; Lynch & Lobo, 2012; Najjar et al., 2009).

Cuando la protección invisible de la esperanza se tambalea y la posibilidad de morir se convierte, además, en protagonista, el impacto emocional es aún mayor. A pesar del posible crecimiento personal experimentado por algunas personas tras procesos sumamente graves (Ochoa et al., 2013), esta situación es considerada por muchas como una de las fuentes de estrés más significativas y amenazantes, no solo en relación con el hecho en sí mismo de no seguir viviendo, sino con relación al proceso de morir, al dolor, al sufrimiento y a la agonía, que van acompañados de gran cantidad de miedos e incertidumbres (Ascencio et al., 2014; Limonero, 1997; Pascual, 2011a). Tanto es así que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en la cuarta revisión de su manual diagnóstico para las enfermedades mentales, *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, APA, 1994), lo incluyó como uno de los posibles estresores capaces de inducir un Trastorno de Estrés Postraumático. De manera literal, determinaba, como uno de los criterios para su diagnóstico, que la persona haya “experimentado, presenciado o le hayan explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o la de los demás” y haya, además “respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos” (p. 439). Planteaba de manera explícita, entre otros, el diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales, así como las enfermedades crónicas, como estresores frecuentes. En su quinta y más actualizada versión (DSM, APA, 2014), el Trastorno de Estrés Postraumático se desliga del capítulo de Trastornos de Ansiedad (donde se encontraba incluido en la versión anterior) y se categoriza de manera independiente dentro de los Trastornos relacionados con el trauma y estresores. Los criterios de estresores para su diagnóstico, no obstante, no se han visto modificados, aunque sí ligeramente ampliados. De esta manera, en la versión actual se especifica que la persona ha de ser expuesta al suceso traumático de forma directa, a través de la experiencia personal, la presencia directa del suceso ocurrido a otros, el conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo, o a través de la exposición repetida o

extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. Precisamente es este cuarto supuesto el que abarcaría las experiencias de cuidado a personas con alto grado de sufrimiento.

De hecho, muchas personas hospitalizadas, a pesar de no estar en proceso de muerte, presentan un abanico importante de emociones negativas en relación con su proceso de enfermedad. Algunos estudios reportan niveles elevados de ansiedad y depresión asociados a la presencia de afecciones cardíacas o metabólicas como la diabetes (Ali et al., 2006; Kinley et al., 2015), así como en personas aquejadas de enfermedades pulmonares (Mikkelsen et al., 2004). Por su parte, y a pesar de la disparidad de datos en relación a la prevalencia frente a población sana, parece existir cierto consenso sobre la elevada prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos diagnosticados de neoplasia, como resultado de las dificultades de ajuste a su nueva realidad (Cano, 2005; Valencia, 2006). De igual manera, adultos supervivientes de distintos procesos neoplásicos en su niñez o adolescencia, presentarían mayor distrés emocional ante la percepción de empeoramiento físico que personas sanas sin antecedentes (Brinkman et al., 2013; D'Agostino et al., 2016), respaldando la tesis del gran impacto emocional de la enfermedad como estresor.

En este sentido, siguiendo la teoría de afrontamiento, estrés y procesos cognitivos de Lazarus y Folkman (Lazarus & Folkman, 1986), ante el diagnóstico de una enfermedad, independientemente de su pronóstico, tanto las personas identificadas como pacientes como aquellas que ejercen las labores de cuidado, desarrollarán respuestas de ansiedad cuando valoren su situación como amenazante y estimen que los recursos con los que cuentan son insuficientes para resolver dicha amenaza de manera exitosa o para manejar sus consecuencias negativas de manera adaptativa (Lazarus, 1991). De igual modo, la respuesta depresiva vendrá altamente condicionada por la anticipación o vivencia de pérdida de aspectos como la propia salud, la seguridad, la imagen corporal (Fernández, 2004), el rol hasta entonces desempeñado o los proyectos de vida ideados, provocando un verdadero trabajo de duelo por la separación con relación a las citadas dimensiones (Bowlby, 1980; Worden, 2013).

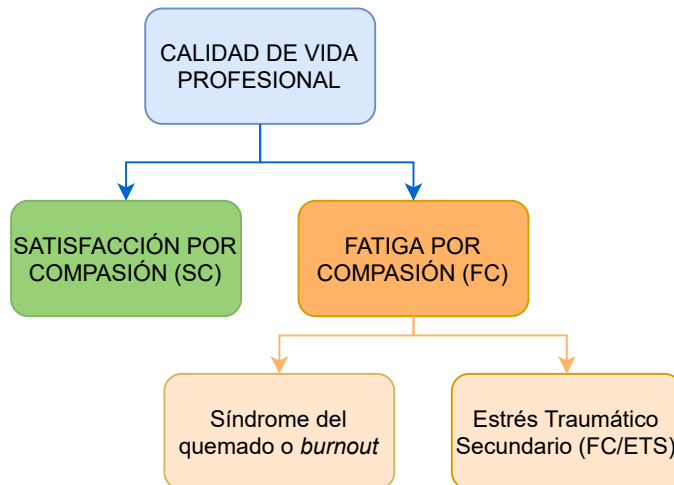
Dadas las características de las tareas de cuidado llevadas a cabo por el personal de Enfermería, parece incuestionable su importante labor de acompañamiento a las personas enfermas y sus familias, por lo que sería necesario que existiera un adecuado manejo emocional del proceso, así como una aproximación serena y madura a la realidad de las emociones, de la enfermedad, del duelo y de la muerte. Desde la perspectiva profesional enfermera, el hecho de ponerse delante de un paciente, esté o no en proceso de muerte, independientemente del contexto institucional en el que se encuentre, enfrenta al individuo con sus propias limitaciones personales y profesionales, así como con la reflexión sobre su propia finitud, haciendo que tenga que resolver, o al menos afrontar, temores, creencias y convicciones frente a esta realidad (Grau et al., 2008). Si dichos planteamientos no son resueltos de manera adecuada, pueden surgir ansiedades y sentimientos de fracaso personal y profesional (Maza et al., 2009; Perdigon & Strasser, 2015), además de exhibir reacciones anticipadas de duelo, alterando así su rol profesional. Por todo ello, cabe pensar que los aspectos emocionales de los y las profesionales de Enfermería influirán no solo en su percepción de satisfacción con relación a su rol de cuidado, sino, inevitablemente, en la calidad de los cuidados dispensados. Quedarían condicionadas no solo su capacidad para comunicarse y relacionarse con la persona enferma y su familia, sino también su agilidad y eficiencia a la hora de tomar decisiones o resolver problemas, y su capacidad de afrontamiento de la muerte.

De lo expuesto hasta ahora se deduce que cuidar a los demás no es una tarea siempre fácil. En este contexto surge el concepto de Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010), entendida como la emoción que una persona siente en relación a su trabajo como cuidadora. Se trata de un constructo que abarca las dimensiones de Satisfacción por Compasión (en adelante, SC) y Fatiga por Compasión (en adelante, FC). A su vez, en esta última dimensión quedarían incluidos dos aspectos diferenciados entre sí: el *Burnout* y la Fatiga por compasión/Estrés Traumático Secundario (en adelante, FC/ETS) (ver figura 1). De manera genérica, la SC hace referencia a los aspectos positivos del cuidar, mientras que la FC representa los impactos negativos de la labor de

acompañamiento asistencial, incluyendo las dos dimensiones negativas previamente señaladas. De manera más específica, diversas investigaciones (Beck, 2011; Stamm et al., 2002) han puesto de manifiesto que la dimensión *burnout* puede aparecer en cualquier actividad profesional, mientras que la dimensión SC (aspecto positivo del cuidar) y FC/ETS (segunda dimensión de la FC) estarían únicamente presentes en las profesiones caracterizadas por el establecimiento de una relación de ayuda entre profesional y paciente/cliente. De hecho, se ha demostrado que cuidar con compasión durante períodos prolongados de tiempo a personas que sufren, sin obtener la gratificación de verlas mejorar sustancialmente, conlleva, inevitablemente, un coste energético y emocional (Figley, 2002; Lynch & Lobo, 2012). En consecuencia, se alcanzará una adecuada calidad de vida profesional gracias al balance entre la Satisfacción y la Fatiga por Compasión (Stamm, 2010).

Figura 1.

Modelo de Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010)



Acorde a lo planteado hasta el momento, la literatura refleja que el equipo de profesionales de unidades con mayor demanda emocional se perfila como más vulnerable a la FC/ETS (Barrett & Yates, 2002; Beck, 2011; Hooper et al., 2010; Wu et al., 2016). Por ello, el objeto de estudio del presente trabajo de investigación se centrará en el equipo de Enfermería de las áreas asistenciales de Oncología, Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (svs/Osakidetza). Dichas áreas han sido elegidas en base a los criterios siguientes: (1) el área de Cuidados Oncológicos, no solo por la magnitud de las intervenciones asociadas a la patología, sino también por la asociación espontánea que muchas de las personas diagnosticadas y sus familiares hacen con la muerte, a pesar de los avances científicos y tecnológicos; (2) las áreas de Cuidados Intensivos, puesto que, por propia definición, describen situaciones de alto compromiso vital; y (3) las áreas de Cuidados Paliativos, entendidos éstos como los cuidados profesados con el objetivo de tratar o prevenir el sufrimiento de personas con enfermedades progresivas o daños graves, aunque no siempre, ni necesariamente, en proceso de muerte (Kirkpatrick et al., 2017). Todas ellas son áreas de cuidados en las que los y las profesionales son testigos excepcionales del sufrimiento de pacientes y familiares a todos los niveles: físico, psicológico, social, emocional y espiritual (Cross, 2018; Sheppard, 2016). En este contexto, la relación establecida es muy intensa, lo que aumenta la posibilidad de experimentar vivencias negativas, máxime si dicha relación se prolonga en el tiempo (Aycock & Boyle, 2015; Portoghese et al., 2020). Si, además, no existen acuerdos consensuados entre el equipo de Medicina y de Enfermería sobre el plan de cuidados a implementar o si los y las profesionales han de enfrentarse a la negativa de pacientes y familiares a recibir los cuidados ofrecidos, aumentará la presión emocional (Kirkpatrick et al., 2017) de un proceso asistencial que ya es de por sí duro. Por todo lo expuesto, se puede concluir, “con cierta certeza”, que el tipo de trabajo realizado por los equipos de Enfermería expone a sus profesionales a un riesgo mayor de FC/ETS (Ferrell & Coyle, 2008; Perry et al., 2011; Pierce et al., 2007; Sabo, 2006).

En resumen, el presente trabajo de investigación centra su atención en las dimensiones de Satisfacción por Compasión y Fatiga por Compasión (principalmente en su dimensión de Estrés Traumático Secundario) en el personal de Enfermería de los servicios hospitalarios y extrahospitalarios de las áreas de Oncología, Cuidados Paliativos y Cuidados Intensivos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. El marco teórico contemplará como referente al Modelo de Satisfacción por Compasión y Fatiga por Compasión de Stamm (2010), mientras que el Modelo de Estrés y Fatiga por Compasión de Figley (1995b) guiará la reflexión sobre la empatía como pilar central de la Calidad de Vida Profesional. Finalmente, la modificación al modelo de Figley propuesta por Radey y Figley (2007), basada en la posibilidad de revertir el proceso de FC/ETS y aprovechar la energía del estrés para facilitar la construcción de SC, se tomará como referencia desde la orientación más positivista.

En la investigación se plantean cuatro objetivos específicos: (1) conocer la percepción de la Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería de las áreas de Cuidados Intensivos, Oncologías y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza; (2) analizar la relación de la SC y la FC/ETS con diferentes variables sociodemográficas y profesionales; (3) explorar la relación entre la SC y la FC/ETS y distintas variables adaptativas de los y las profesionales de Enfermería; y (4) identificar variables explicativas de la SC y de la FC/ETS.

El estudio se presenta en dos partes, una parte teórica y otra empírica. En la primera parte se expone la fundamentación teórica, que se articula, a su vez, en tres capítulos. El capítulo 1 recoge los antecedentes del modelo de Calidad de Vida Profesional que sirve como referencia. Además de contextualizar el término Fatiga por Compasión en el escenario de la empatía, se establecen las similitudes y diferencias con el Trastorno de Estrés Postraumático, así como con otros conceptos que han sido paralelamente utilizados en la literatura, como *burnout*, traumatización vicaria y contratransferencia. Finalmente, se presenta el proceso de desarrollo del cuadro de FC/ETS, así como la evolución hasta la necesaria aparición del concepto Satisfacción por Compasión. En el capítulo 2 se presentan los modelos explicativos ajustados al ámbito específico de la Enfermería. Se

exponen diferentes teorías que tratan de esclarecer los atributos y dominios de la FC/ETS, y algunas propuestas que esbozan el perfil del personal de Enfermería más proclive a desarrollar SC. También se recogen iniciativas interventivas orientadas a fortalecer los recursos de los y las profesionales, como el apoyo profesional, los retiros temporales o los programas de autocuidado. En el capítulo 3, último de la parte I, se recoge el estado actual de la investigación con relación a la Satisfacción y la Fatiga por Compasión, incluyendo la perspectiva de la Salud Mental Positiva. Proponiendo como variable discriminatoria el uso del instrumento ProQOL en su versión IV o 5, se presentan las principales conclusiones de los resultados de diversas investigaciones en torno a las prevalencias de la SC y la FC/ETS, así como las relaciones halladas entre estas dimensiones y variables sociodemográficas y profesionales. Finalmente, se presenta una breve revisión de las variables adaptativas incluidas en estudio: resiliencia, empatía, personalidad y actitudes ante la muerte, así como las conclusiones alcanzadas por distintos estudios en cuanto a la relación de las mencionadas variables y las dimensiones sometidas a análisis.

La segunda parte de la investigación presenta el estudio empírico desarrollado en esta tesis, y se articula en seis capítulos. En el capítulo 4, se presentan los objetivos e hipótesis que guían el estudio. En el capítulo 5, se detallan las características de la muestra de estudio, que estuvo compuesta por un total de 742 profesionales. En el capítulo 6, se describen el tipo de diseño del estudio y el procedimiento empleado desde la obtención del informe favorable por parte del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Euskadi, hasta la recolección de los dossiers de pruebas ya cumplimentados. Se incluye, igualmente, una descripción de los diferentes análisis estadísticos aplicados a los datos recogidos. En el capítulo 7, se especifican de manera detallada los instrumentos de valoración que conformaron el dossier facilitado a los y las participantes. Más concretamente, se ofrecen descripciones sobre el tipo de instrumento, instrucciones para la administración, corrección e interpretación de los resultados así como los estudios psicométricos del *Professional Quality Of Life 5* (ProQOL 5), la *Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, versión reducida* (CD -

RISC 10), el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* (TECA), el *Perfil Revisado de Actitudes ante la muerte* (PRAM) y el *NEO Five - Factor Inventory Revised 3* (NEO-FFI-3). Los resultados obtenidos son presentados en el capítulo 8 y discutidos en el capítulo 9, capítulo en el que también se muestran las conclusiones más importantes extraídas del estudio, las limitaciones de la investigación y las posibles líneas de investigación futuras. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1.

Antecedentes del modelo de Calidad de Vida Profesional

En el presente capítulo, el primero de los tres que conforman la fundamentación teórica del estudio de investigación, se plantea un recorrido conceptual conducente al constructo de Calidad de Vida Profesional. De cara a ofrecer una visión con parámetros temporales, se ha estructurado el capítulo en 4 apartados, cuyo contenido se presenta, someramente, a continuación.

En el primer apartado, se presenta un recorrido conceptual que permite ir modelando el constructo de empatía. Por un lado, se centra la atención sobre el concepto de *sympathetic pain* o dolor emocional (McDougall, 1908), posteriormente denominado estrés vicario (Batson, 1991) o sobreactivación empática (Hoffman, 2008). Por otro lado, se complementa esta visión con el concepto de *tender emotion* (McDougall, 1908), traducido como ternura, compasión, simpatía o empatía. Se plantean también las teorías sobre diferenciación del *self* (Bowen, 1978) y sobre los componentes de la conciencia del yo (Blanke, 2012), como base para diferenciar los procesos de empatía de los de simpatía.

En el segundo apartado, se contextualiza la aparición del término Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario (FC/ETS), introducido por Joinson (1992) y asentado en la literatura científica por Figley (1995a). La inclusión en el DSM III del Trastorno de Estrés Postraumático (American Psychiatric Association, 1980) impulsó un creciente interés sobre la FC/ETS, lo que hizo necesario definir exhaustivamente el constructo. En este sentido, se presenta el modelo de FC de Figley (1995a), erigido sobre el pilar central de la capacidad para empatizar y emitir respuestas empáticas.

Dada la proliferación de términos que fueron apareciendo para describir el efecto que tenía sobre los y las profesionales trabajar con personas traumatizadas, en el tercer apartado se analizan las principales similitudes y diferencias entre conceptos que se han utilizado indistintamente en la literatura, a saber, Fatiga por compasión, *burnout*, traumatización vicaria y contratransferencia.

Finalmente, en el último apartado de este primer capítulo, se realiza un recorrido hasta la construcción del modelo de Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010). Se ofrece una definición de la Satisfacción por Compasión y se profundiza sobre las consecuencias derivadas de un cuidado compasivo.

1.1. Introducción

El impacto que tiene cuidar a personas enfermas es un tema que ha suscitado interés a lo largo de la historia. En términos de investigación, Freudenberger (1974) acuñó la expresión *síndrome del cuidador quemado* tras observar cómo un grupo de personas voluntarias que atendían a drogodependientes sufrían pérdida de energía y desmotivación tras un tiempo dedicados a su labor asistencial. Dicha desmotivación iba acompañada de pérdida de confianza en las propias posibilidades de ayudar y de quiebra y cuestionamiento de la vocación de cuidado. Por su parte, Maslach (1982) describió una mayor vulnerabilidad para sufrir desgaste en cuidadores y cuidadoras formales e informales como consecuencia de la exposición continuada y acumulativa a situaciones de estrés, provocada por la incapacidad de lidiar adaptativamente con las demandas del entorno, generando, así, un empobrecimiento en su capacidad de cuidar. En la definición que esta autora ofreció sobre el *burnout* aludía a “un síndrome psicológico derivado de una exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo” (Leiter & Maslach, 2004, p. 93), cuyos rasgos principales serían el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la percepción de autorrealización o desempeño personal. En la misma línea, Gil-Monte y Peiró (1999) lo habían definido como una respuesta al estrés laboral crónico, que integraría actitudes y sentimientos negativos hacia las personas a las que se asiste y hacia el propio rol profesional de cuidador, así como la sensación de encontrarse sin fuerzas para proseguir. De los planteamientos expuestos se deriva, por tanto, la

conceptualización de *burnout* como proceso y no como estado, con una gradual instauración y devastadoras consecuencias a nivel emocional y profesional.

En paralelo a los procesos de quemarse en el trabajo, el contagio emocional dentro del proceso de cuidar es otro de los aspectos que más ha atraído la atención de las investigaciones. Y es, precisamente, esta línea de estudio la que constituirá la guía del presente estudio. Uno de los primeros investigadores en relacionar los procesos de empatía con el desarrollo de estrés vicario fue McDougall (1908), quien explicó que el contagio emocional ocurre cuando una persona percibe en otra un estado emocional intenso y desarrolla en sí misma, de manera automática, un estado similar al observado. De esta forma, el hecho de ver a alguien feliz hará que la persona que observa se sienta bien, mientras que el ser testigos de una emoción de dolor en otras personas desencadenará lo que denominó *sympathetic pain*, o dolor compasivo. Este mismo autor subrayaba que, a veces, la activación de los procesos de dolor compasivo (o estrés vicario, en términos de Batson, 1991 y Hoffman, 1977) es de tal magnitud que la persona que se contagia puede bloquearse, huir y evitar la fuente de distrés y/o activar procesos de compensación que promuevan la felicidad personal por encima de todo, incapacitándola para ejercer labores de ayuda y acompañamiento en caso de necesidad.

Por su parte, Hoffman (1981) definió inicialmente la respuesta de estrés vicario como la forma menos madura de respuesta ante el sufrimiento de los demás, mientras que situaba la respuesta de empatía como la forma más madura. Años después corrigió esta definición, señalando que el estrés vicario sería simplemente una respuesta emocional con distinto foco de atención, en la línea de lo propuesto por Batson (1991) e investigado por López-Pérez (2012). Siguiendo con este planteamiento, Hoffman (2008) introdujo el término sobreactivación empática para referirse a “un proceso involuntario que ocurre cuando la aflicción empática del observador se hace tan angustiosa e insufrible que se vuelve en un sentimiento intenso de aflicción personal que puede apartarle completamente del modo empático” (p. 170). De esta manera, la motivación altruista estaría vinculada

con la empatía y la orientación hacia el otro, mientras que la motivación egoísta lo estaría con el estrés vicario y la orientación al yo (Batson, 1991).

Para completar la visión de Batson, Davis (1996) puntualizó que la respuesta afectiva puede ser paralela o reactiva, en función de si la persona a la que se observa presenta necesidad inmediata o no. De esta manera, se hablaría de reacción paralela cuando la víctima esté experimentando una reacción afectiva negativa unida a la presencia explícita de una necesidad, generalmente acompañada de incapacidad para resolver dicha necesidad de manera exitosa. Ésta sería la base del concepto de contagio emocional (Miller et al., 1988). Por su parte, la respuesta afectiva reactiva se activaría ante la anticipación, que no necesariamente realidad, de algún peligro o situación potencialmente estresante para la víctima, es decir, ante la percepción de vulnerabilidad.

Junto al dolor compasivo, McDougall (1908) definió la emoción de ternura (en inglés *tender emotion*) como una emoción primaria que alentaría comportamientos de protección y altruismo, fomentando un acercamiento a la persona que sufre con el objetivo de aliviar su discomfort. A esta ternura se han referido posteriormente otros autores utilizando términos como compasión, simpatía o empatía (Batson et al., 2012). En el presente trabajo, los descriptores compasión y empatía serán utilizados como referentes y casi como sinónimos, aunque con matices, por ser los más extendidos en la literatura, diferenciándolos de la simpatía o sobreactivación empática. Así, se conceptualizará la simpatía como una respuesta generalmente inmediata y predominantemente emocional ante la percepción de sufrimiento de otra persona, de tal manera que la persona observadora acaba apropiándose de la emoción observada, desligándose y desconectando del sufrimiento del otro para poner el foco de atención sobre ella misma.

Para avanzar hacia el concepto de empatía, es necesario mencionar a Bowen (1978), quien definió la dimensión de diferenciación del *self* como la capacidad de una persona para establecer, por un lado, un equilibrio entre el funcionamiento intelectual y el emocional, y por otro, entre la intimidad y la autonomía personal en las relaciones interpersonales. Esto implica que una

persona con alta diferenciación del *self* discierne entre pensamientos y emociones, siendo capaz de tomar decisiones basadas en el análisis y la lógica ante situaciones de estrés, sin sucumbir a la presión de buscar bienestar y sentirse bien de forma inmediata. Del mismo modo, es capaz de establecer relaciones de intimidad con otras personas y de compartir experiencias sin miedo a fusionarse y perder el sentido de identidad personal. Por el contrario, una persona con escasa diferenciación mostrará mayor reactividad ante la emocionalidad de los demás y evidenciará dificultades para manejar la impregnación y la apropiación de experiencias de otros, acercándose, así, a experiencias de sobreactivación emocional.

En la misma línea, Blanke (2012) defendía que son tres los componentes básicos de la conciencia del yo, necesarios para diferenciar la empatía de la simpatía: la identificación del yo, la localización del yo y la perspectiva desde el yo. En los procesos de simpatía, estas dimensiones estarían alteradas, de manera que la persona se atribuiría a sí misma lo que otras personas están experimentando (Thirioux et al., 2014), adoptando una perspectiva egocentrada en vez de heterocentrada. Por su parte, la empatía implicaría la “capacidad de percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuera la otra persona pero sin perder jamás la condición de como si” (Rogers, 1959, p. 210). En la simpatía, por lo tanto, la fuerza motivacional se orientaría al yo, a la satisfacción de las necesidades de protección personal y la búsqueda de bienestar, desde una posición egoísta y egocentrada (Batson et al., 1983), mientras que en la empatía, la fuerza motivacional se orientaría hacia la otra persona, incentivando conductas de protección y cuidado del otro.

De hecho, el estudio de la empatía en las relaciones prosociales ha ocupado un lugar privilegiado en la literatura científica, abordándose desde distintas disciplinas, como la Neurofisiología (Moya-Albiol et al., 2010; Singer & Klimecki, 2014; Thirioux et al., 2016) o las teorías del desarrollo moral (Eisenberg, 2000; Kohlberg, 1984). Desde la Psicología, su estudio se ha realizado básicamente desde dos perspectivas: la cognitiva y la afectiva. Con mirada cognitiva, se entiende la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás.

Por su parte, el procesamiento emocional o afectivo se refiere a la forma en la que las personas perciben y usan las emociones. Desde esta visión destacaría, entre otras, la definición de Mehrabian y Epstein (1972), quienes subrayaron la responsabilidad aumentada hacia la experiencia emocional de otras personas como consecuencia de la respuesta emocional vicaria experimentada. En la actualidad, parece ganar terreno una visión integradora y multidimensional, que propone que la empatía se compone tanto de aspectos cognitivos como afectivos. Tal es la postura de Davis (Davis, 1980, 1983), que marcó un punto de inflexión en la historia del desarrollo del constructo (Fernández-Pinto et al., 2008).

Se puede intuir, por tanto, que la posibilidad de que una persona sea lastimada por el trabajo descansa sobre su capacidad de empatizar y, al mismo tiempo, esta capacidad parece erigirse como fuente de energía para realizar el trabajo asistencial con las personas en necesidad de una manera eficiente y eficaz (Hooper et al., 2010; Slatten et al., 2011; Stamm et al., 2002). De hecho, así lo defiende Figley (1995), al afirmar que “el proceso de empatizar con una persona traumatizada nos ayuda a entender la experiencia de estar traumatizado, pero en el proceso podemos traumatizarnos también” (p.20).

Por todo lo anterior, puede establecerse un lazo de conexión entre la empatía y la Satisfacción por Compasión, dimensión positiva de la Calidad de Vida Profesional relacionada con la gratificación obtenida de cuidar a los demás, aumentando la propia percepción de bienestar personal y de competencia profesional. Sin embargo, desde su lectura como vértice de vulnerabilidad personal, es necesario abordar el término de Fatiga por Compasión, que, dada su complejidad, se hará en un apartado propio.

1.2. Aparición del concepto de Fatiga por Compasión

“También los pozos se agotan cuando se extrae mucha y abundante agua.” Demostenses, s. III a.C.

El término Fatiga por Compasión (FC) surgió ante la necesidad de contextualizar la respuesta de estrés que experimentaban los cuidadores y cuidadoras al ser testigos o tener conocimiento del trauma experimentado por otros significativos (Bride et al., 2004, 2009; Figley, 1995a).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en la tercera edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM III, APA, 1980), aglutinó bajo el título Trastorno de Estrés Postraumático los efectos nocivos a nivel biopsicosocial que derivaban de eventos traumáticos acontecidos de manera extraordinaria en la vida de las personas. En la cuarta revisión del mismo manual (DSM IV, APA, 1994), se consolidó como potencial estresor el hecho de ser testigo o conocedor de los traumas de otros, mientras que, en su quinta versión (DSM V, APA, 2013), los trastornos relacionados con el trauma se consolidaron como categoría independiente. Éste fue, precisamente, el punto de partida de Charles R. Figley, quien focalizó su atención en la descripción de las consecuencias que tenía el acompañamiento a las víctimas directas. Así, denominó víctimas secundarias (de aquí el término de victimización secundaria que utilizara de manera inicial - Figley, 1983) a aquellas personas en contacto directo con las víctimas primarias. En este contexto surgió el término Estrés Traumático Secundario, definiéndolo como:

el conjunto de reacciones conductuales y emocionales que resultarían de manera natural del conocimiento sobre un evento traumatizante experimentado por otro significativo - el estrés de ayudar o querer ayudar a personas que sufren o que han vivido o están viviendo un evento traumático. (Figley, 1995, p. 7)

Según este mismo autor, las personas que se perciben a sí mismas como integrantes esenciales de la red de soporte y cuidado de la persona sufriende, y/o

aquellas que se sienten responsables, tendrán más posibilidades de desarrollar Estrés Traumático Secundario, resultante del apoyo empático ofrecido (Figley, 1993). Siguiendo este discurso, con relación a la categoría diagnóstica del DSM IV, Figley (1995) puntualizó que “sería más correcto hablar de trastorno de estrés traumático primario que de trastorno de estrés postraumático, puesto que todas las reacciones de estrés son “post” por definición” (p. 9). Al mismo tiempo, para referirse de manera específica a los efectos sobre las víctimas secundarias, definió el Trastorno de Estrés Traumático Secundario como un síndrome con síntomas similares al experimentado por las víctimas primarias, pero de aparición en las víctimas secundarias, diferenciándolo así del Trastorno de Estrés Postraumático, reservado exclusivamente para el cuadro mostrado por las víctimas primarias.

En consonancia, tal y como recoge Cross (2018), el término FC adquiriría matices descriptivos del efecto directo de cuidar a otras personas, mientras que la categoría Trastorno de Estrés Traumático Secundario quedaría reservado para referirse, con fines diagnósticos, al efecto de la exposición a eventos traumáticos de otros o la escucha de material traumático narrado por otras personas (Coetzee & Klopper, 2010). Por lo tanto, parece que las reacciones en un cuadro de Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario (FC/ETS) se asemejarían mucho a las acontecidas en el Trastorno de Estrés Postraumático, diferenciándose sutilmente por su razón de aparición. Por ello, en un intento clarificador, aunque poco secundado en la literatura, McHolm (2006) propuso graduar la FC, estableciendo que la FC tipo 1 ocurriría ante la identificación con el o la paciente y la absorción de su dolor, mientras que la de tipo 2 retrataría al profesional que re-experimenta de manera repetida los eventos traumáticos de la persona asistida, bien por identificarse con ella, bien por ser testigo directo de su sufrimiento.

Remontados a sus orígenes, la primera vez que apareció en la literatura el término FC fue en un estudio que realizó Joinson (1992) sobre el *burnout* en profesionales de una unidad hospitalaria de Urgencias, siendo definida por la autora como “una forma única de *burnout* que afecta a las personas con profesión de cuidado” (p. 116). Adoptada la expresión con la misma connotación, sería introducida por Figley (1995) en la literatura científica de manera definitiva,

volcando una definición descriptiva del cuadro como “el coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (p.1). Más específicamente, haría referencia al “estado de agotamiento y disfunción biológica, física y emocional como resultado de la exposición prolongada al estrés de compasión” (p. 34). Dicho *estrés por compasión* fue definido como la demanda de acción derivada de la necesidad personal de aliviar el sufrimiento de otras personas (Figley, 2001). De esta forma, para Figley, los términos Estrés Traumático Secundario y FC se convertían en sinónimos, puesto el énfasis, en ambos casos, en la cantidad de exposición al trauma y en la capacidad para empatizar de los y las profesionales (Adams et al., 2006; Figley, 1995b).

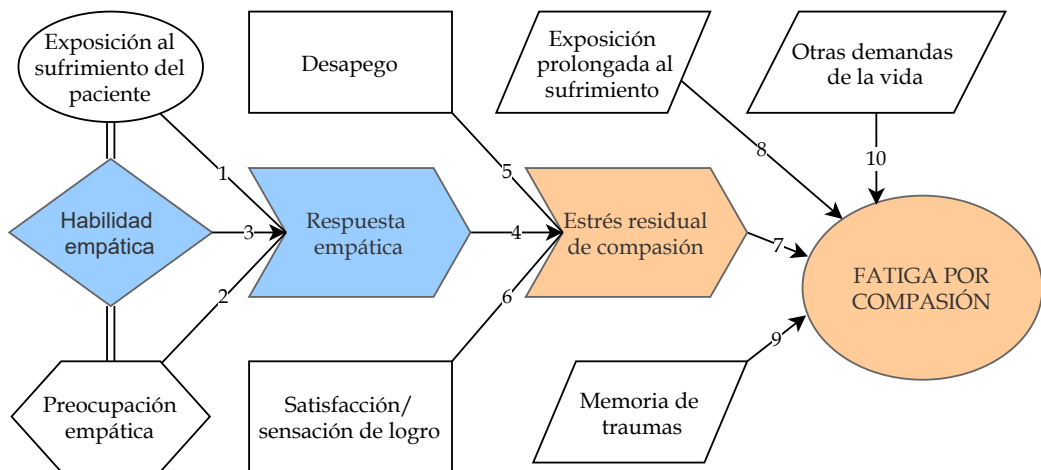
Para comprender mejor el fenómeno de la FC, Figley (2002) propuso un modelo etiológico en el que resaltaba la importancia de once variables, teniendo la empatía un protagonismo indiscutible en el proceso. Así, el primer componente sería *estar expuesto* al sufrimiento de otras personas. Esta exposición incitaría la emisión de una respuesta empática en la persona que ofrece los cuidados, siempre que se conjuguen la *preocupación empática* (motivación para ayudar, segundo componente) y la *habilidad para empatizar* (darse cuenta y entender el sufrimiento de otro, tercer componente del modelo y pilar central del mismo). Dicha *respuesta empática* (cuarto componente) tendría como objetivo aliviar el sufrimiento de la persona. Ser capaz de *poner límites y distanciarse emocionalmente* de la situación de cuidado (quinto componente) y experimentar *sensación de logro o satisfacción* ante el trabajo realizado (sexto componente) serían factores que, de estar presentes, protegerían al o a la profesional de experimentar *estrés residual empático* (séptimo componente), un estrés que derivaría de la inversión de energía realizada con el objetivo de ayudar. Si a este séptimo factor del modelo etiológico se anexan la *exposición prolongada* al sufrimiento junto con una actitud de responsabilidad ante la persona que sufre y/o la incapacidad de resolver dicha situación (octavo componente), además del hecho de haber experimentado *en primera persona experiencias traumáticas* con altas repercusiones emocionales (noveno componente) y la presencia de *eventos estresantes en el día a día* que rompen las rutinas establecidas (décimo componente), la aparición de la *Fatiga por Compasión* estaría

prácticamente asegurada, completándose así el proceso. De hecho, el mismo autor matizaba que las personas con alta capacidad para empatizar y que exhiben respuestas compasivas y de simpatía (subrayando esta última dimensión) en relación con el sufrimiento de las personas asistidas se situarían en mayor riesgo de desarrollar FC.

De lo expuesto se deriva que, sin empatía, habrá escaso estrés residual empático y, por lo tanto, no aparecerá la FC. Pero tampoco habrá respuesta empática a las necesidades de los demás, resintiéndose notablemente la capacidad de acompañar y de ayudar. Una explicación más gráfica del modelo se presenta a continuación, en la Figura 2.

Figura 2.

Modelo de Estrés y Fatiga por Compasión (Figley, 1995)



Desde su aparición, y dada la sutileza de sus matices, algunos autores han tratado de establecer diferencias entre los términos Estrés Traumático Secundario y FC. Así, Newell y MacNeil (2010) defendieron que se puede experimentar FC sin experimentar Estrés Traumático Secundario cuando la situación del paciente, en vez de ser aguda, es crónica, haciéndose eco de la velocidad de instauración del cuadro sintomatológico. Los mismos autores defendieron que el Estrés

Traumático Secundario estaría más relacionado con casos y eventos concretos, pudiendo emerger de manera inmediata, mientras que la FC surgiría como consecuencia del efecto y desgaste acumulativo del cuidado compasivo y empático, sin necesidad de evocar eventos específicos.

Tanto para Rothschild y Rand (2006) como para Stamm (2010), la FC es un síndrome que englobaría tanto el Estrés Traumático Secundario como el *burnout*. Describiría la fatiga física y emocional que los y las profesionales experimentan debido al uso crónico de la empatía, pudiendo ser definida como el residuo emocional resultante de exponerse de manera continuada al sufrimiento de otras personas (Stamm et al., 2002). Para completar la descripción, de manera más reciente ha sido reconocida como un cuadro causado por la percepción de amenaza hacia la propia seguridad personal (Huggard et al., 2013). Se manifestaría, entre otros, con imágenes intrusivas y re-experimentación de los eventos traumáticos, evitación de estímulos evocadores de las experiencias traumáticas de otras personas y un aumento continuado del nivel de activación basal, por lo que, según Stamm et al. (2002), se podría pensar en la FC como una especie de Estrés Postraumático Secundario, justificando, así, la similitud de síntomas.

Algunos autores matizan que el Estrés Traumático Secundario implica la experiencia de distrés emocional destructivo resultante de hacer frente a personas significativas que sufren (Bride et al., 2009). No obstante, precisamente el énfasis en su dimensión destructiva enfrenta esta definición con la más aceptada, que la considera una consecuencia natural en el ámbito asistencial. Tal es la postura de, entre otros, Cross (2018), Figley (2010), Stamm et al. (2002) y Jenkins y Baird (2002), quienes abogaron por despatologizar tanto la FC como el Estrés Traumático Secundario en el contexto de la asistencia profesional a personas con trauma.

Por su parte, Coetzee y Klopper (2010) incluyeron los términos en cuestión en un modelo escalonado, de tal forma que el disconfort emocional provocado por el cuidado generaría un estrés compasivo en progresivo aumento que, mal afrontado, devendría en FC, superando así los umbrales de tolerancia de las personas afectadas. La FC, por tanto, se erigiría como culmen de un proceso

acumulativo en el que el estrés compasivo, manejado deficitariamente, junto con un intenso y prolongado contacto con los y las pacientes, así como la exposición al estrés y la autoimplicación en los procesos de cuidado, debilitarían e inhabilitarían los recursos de afrontamiento emocional de la persona cuidadora. En otras palabras, un estado en el que la energía invertida por los y las profesionales asistenciales superaría su capacidad para recuperarse y restituirse.

Al comparar las definiciones sobre la FC ofrecidas por Figley (1995) y por Coetzee y Klopper (2010), se puede observar que, aunque similares en esencia, los dos conceptos difieren ligeramente, dado que en la primera no se identificaba el estrés en el dominio psicológico del constructo, siendo esencial en la segunda.

Parece oportuno resaltar que, a pesar de las sutiles diferencias existentes entre los términos, la revisión de la literatura y los análisis de concepto realizados animan a pensar en la no existencia de divergencias sustanciales entre ellos, defendiendo que, constructualmente, se refieren a la misma realidad contemplada desde autores diferentes. Es por ello que, a día de hoy, los términos Estrés Traumático Secundario y Fatiga por Compasión, son utilizados con frecuencia como sinónimos para hablar de reacciones y estados. Así lo señalan en su revisión Sorenson et al. (2017), quienes concluyen de su análisis que ambos términos pueden ser utilizados de manera indistinta.

Por todo ello, ambos términos, FC y Estrés Traumático Secundario, serán utilizados como sinónimos y empleados de manera indistinta a lo largo del estudio, puntualizando que al hablar de FC será la dimensión de Estrés Traumático Secundario la tenida en cuenta, y no la de *burnout*. Por ello se hará referencia a FC o a FC/ETS. Finalmente, es interesante señalar que, en el ámbito sanitario y entre los y las profesionales de la salud, parece existir mayor aceptación del término Fatiga por Compasión que del de Estrés Traumático Secundario (Nimmo & Huggard, 2013), por considerar que posee implicaciones menos estigmatizantes (Sheppard, 2015).

1.3. Fatiga por Compasión y conceptos relacionados

Una vez abordada la discusión sobre las diferencias y paralelismos entre la FC y el Estrés Traumático Secundario, y decidida la utilización indistinta de ambos términos, resulta interesante contemplar, de manera pausada, el notable baile de términos que surgió a partir de la conceptualización de la FC, dada su ambigua utilización a lo largo de las investigaciones (Newell & MacNeil, 2010; Newell et al., 2015). Como se desprende de la revisión bibliográfica, aunque el sentido del constructo parece quedar perfectamente delimitado, no así lo está el término a utilizar. De esta manera, en la literatura se utilizan casi como intercambiables, además de los ya abordados, otros como *burnout*, traumatización vicaria y contratransferencia. No obstante, existen matices que es necesario subrayar y que los convierten en específicos, aunque no siempre la línea que los diferencia esté lo suficientemente marcada.

1.3.1. Fatiga por Compasión y *burnout*

Tanto el *burnout* como la FC se han utilizado para describir experiencias acumulativas, procesos graduales en los que los recursos emocionales de los y las profesionales se van reduciendo como consecuencia de la inmersión continuada en situaciones de estrés, vulnerabilidad o sufrimiento de las personas a las que asisten. Las consecuencias de ambos procesos se agrupan en torno a la pérdida de capacidad para ejercer adecuadamente las tareas de cuidado, la disminución de la satisfacción laboral y dificultades de manejo de las demandas profesionales, tanto personales como ambientales. La diferencia radica, principalmente, en las posibles causas de dichos procesos, su modo de instauración, y las consecuencias a medio plazo de los mismos, tal y como recoge Secor (2015).

El *burnout* (también denominado síndrome de quemarse en el trabajo) se ha definido, desde la perspectiva psicosocial, como una respuesta al estrés laboral crónico que conduciría a un desgaste profesional, provocando, entre otros, actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia

el propio rol profesional. Sus manifestaciones siempre incluyen baja percepción de realización personal y profesional, estado de agotamiento emocional y despersonalización o actitud negativa hacia el entorno, también denominado cinismo, entendido, con frecuencia, como una estrategia de afrontamiento defensivo ante la presencia de las dos primeras variables (Gil-Monte & Peiró, 1999; Maslach, 1982).

La explicación sobre la génesis del síndrome del quemado varía en función del ángulo desde el que se estudie, tal y como recogen Gil-Monte y Peiró (1999) y Ortega y López (2004). Así, desde la teoría sociocognitiva del yo, se enfatizarían los procesos cognitivos de las personas a la hora de interpretar las demandas del entorno y los propios recursos personales. Esta teoría subrayaría un deterioro de algunas dimensiones del *self*, como la autoeficacia, la autoconfianza y el autoconcepto. Así, haría aparición un estado de agotamiento derivado de la percepción de incapacidad para resolver situaciones crónicas caracterizadas por la alta demanda emocional. De hecho, aunque el *burnout* puede aparecer en profesiones que no impliquen trabajar directamente con personas (Gil-Monte & Peiró, 1999; Leiter & Schaufeli, 1996), parece existir una interesante relación entre este síndrome y la aparición de barreras que dificultan la compasión (Dev et al., 2018). Desde las teorías del intercambio social, se subrayaría la importancia de la comparación social en cuanto a la percepción de ganancia personal y equidad en las relaciones interpersonales, considerando aspectos tales como la ayuda, el aprecio, la gratitud o el reconocimiento por parte de los demás. Por su parte, la teoría organizacional identificaría como antecedentes los distintos estresores del contexto de la organización y del entorno de trabajo, especificando, entre otros, factores como la claridad y coherencia de rol, la estructura, la cultura y el clima de la organización. Finalmente, la teoría de demandas del trabajo *vs* recursos (Demerouti et al., 2001) trata de explicar el proceso de aparición del *burnout* desde una perspectiva más holista. Así, se establecen, como origen del mismo, la combinación de (1) demandas del trabajo (relacionadas principalmente con la dimensión de agotamiento) y (2) la ausencia de recursos tanto personales como laborales para hacer frente a las demandas existentes. Este modelo parece

respaldado por las conclusiones que Singh et al. (2020) extrajeron de la revisión sistemática sobre entornos enfermeros de Salud Mental. De hecho, establecieron como predictores de *burnout* los siguientes aspectos: (1) las dimensiones impactantes del entorno profesional (como la percepción de riesgo, las conductas agresivas por parte de pacientes y familiares, sus vivencias traumáticas y el estrés derivado del compromiso de cuidado); (2) la carga de trabajo (en cuanto a horas y ratios); y (3) la ausencia de recursos laborales, como la falta de apoyo por parte de la organización o de las figuras de supervisión, la falta de confianza, o la ausencia de formación específica.

Probablemente como consecuencia natural de los anteriores planteamientos, en mayo de 2019, la Organización Mundial de Salud recordaba que el *burnout* es un fenómeno ocupacional de gran prevalencia, y no tanto un cuadro médico. Por ello, dada la realidad del ámbito asistencial, lo más adecuado sería tomar en consideración aspectos de todas las dimensiones, desde lo relativo a la organización, hasta el marco cognitivo de los y las profesionales, sin olvidar lo concerniente a las características de las personas que gestionan la asistencia y de aquellas que requieren de dicha asistencia.

Por su parte, es importante subrayar que la FC es específica de profesiones basadas en un acercamiento desde la relación de ayuda (Jacobson et al., 2013; Stamm et al., 2002). La causa del malestar o del agotamiento emocional no estaría tan relacionada con factores estresantes del trabajo y las relaciones derivadas del mismo con iguales y superiores, sino con la capacidad de responder de manera empática por parte de los y las profesionales a pacientes y familiares. Por lo tanto, el punto de partida es la empatía y la voluntad de ayudar a la persona que sufre. De hecho, tal y como se ha visto, Figley (1995) defendía que el desarrollo de una actitud empática puede conllevar un inevitable coste energético y emocional siempre que la persona cuidadora experimente un fuerte deseo de resolver el problema o la situación de la persona que sufre.

La FC surge, de este modo, ante la percepción de ineficacia personal y profesional, consecuencia directa de percibir que el esfuerzo realizado no es suficiente y que los recursos se agotan sin poder dar respuesta y/o solución a las

necesidades, demandas y expectativas de la persona asistida, mientras que en el *burnout* la percepción de recursos insuficientes se establece con relación a las demandas del trabajo en general. Otra de las diferencias radica en el proceso de instauración de ambos fenómenos. Aunque la conceptualización de FC como desgaste por uso crónico de la empatía puede incitar a pensar en una instauración lenta, ésta puede producirse también de manera más abrupta, cuando la intensidad del trauma colapsa el rendimiento emocional de los y las profesionales. Sin embargo, sea cual fuere la perspectiva desde la que se contempla el *burnout*, es referido siempre como un proceso gradual, de instauración más lenta (Boyle, 2010), y con una perspectiva complicada de recuperación, que suele ser más dilatada en el tiempo y menos susceptible de intervención que en el caso de la FC (Figley, 2002; Rothschild & Rand, 2006).

Por otro lado, mientras que en la FC la empatía resulta clave, en el *burnout* pierde fuerza frente a la despersonalización y la disminución de la sensación de logro personal y de satisfacción laboral, así como frente a la falta de identificación con el rol de cuidador. Además, mientras que los problemas de salud de las personas asistidas, en el sentido de cronicidad, agudeza y complejidad, pueden o no contribuir al síndrome del quemado, se posicionan como determinantes en la aparición de la FC, bajo el prisma de capacidades del equipo de profesionales (Lee et al., 2015).

Finalmente, en un intento de establecer una posible relación longitudinal entre los dos fenómenos, tanto Cieslak et al. (2014) como Shoji et al. (2015) concluyeron que el *burnout* contribuye al desarrollo del Estrés Traumático Secundario dentro de la FC, mientras que otros estudios (Sheppard, 2015) defienden que se puede experimentar FC sin necesidad de desarrollar *burnout*, y sitúan además a éste como no significativo en relación a la aparición del Estrés Traumático Secundario en el ámbito de Enfermería.

1.3.2. Fatiga por Compasión y Traumatización vicaria

Una vez clarificada la diferencia conceptual entre el *burnout* y la FC, es necesario ahondar en la distancia entre ésta y la Traumatización vicaria (TV).

McCann y Pearlman (1990) definieron la TV como el cambio que una persona sufre en su manera de percibir e interpretar el mundo, consecuencia directa de trabajar con individuos traumatizados. Más específicamente, la TV se refiere al “proceso (cognitivo) de cambio, resultante del compromiso (crónico) empático con supervivientes de un trauma” (Pearlman, 1999, p. 52). Como consecuencias poco deseables, quedarían incluidas una profunda y permanente transformación negativa de los referentes cognitivos y perceptuales, así como cambios espirituales y actitudinales, afectando a los valores más básicos de las personas (Bride et al., 2004; Ochoa et al., 2013; Pearlman & Saakvitne, 1995). Pilares como la percepción de seguridad, la confianza, la estima, la intimidad y el control se verían desestabilizados, fruto del proceso troncal de transformación. Irían acompañados, además, de repercusiones negativas sobre la visión de uno mismo y del mundo, así como del sentido y eficacia de la labor asistencial, con la consecuente incapacidad para llevar a cabo dicha tarea clínica.

Precisamente este énfasis en la transformación cognitiva y espiritual de los y las profesionales es lo que establece el matiz diferencial entre la TV y la FC. Mientras que en la primera se subraya la transformación interna, en cuanto a cogniciones y valores, derivada de las dificultades de drenaje emocional, la FC incide, sobre todo, en los síntomas más conductuales y emocionales. Se podría decir que, aunque las dos aparecen como consecuencia directa de trabajar con personas que sufren, por lo que comparten similares características (Baird & Kracen, 2016), pueden aparecer de manera independiente, como dos realidades diferentes, o de manera conjunta, ligadas la una a la otra.

1.3.3. *Fatiga por Compasión y Contratransferencia*

Finalmente, otro de los términos con los que se ha establecido frecuente confusión es el de Contratransferencia. Heredado de los modelos psicodinámicos, hace referencia a la reacción emocional del terapeuta con relación al cliente. Corey (1991) señalaba que la contratransferencia es el proceso de verse a uno mismo en el cliente, sobreidentificándose o proyectando las necesidades propias a través del cliente. De manera coloquial, se trataría de absorber el trauma expresado por la persona asistida, lo que supondría una alteración, en términos de Blanke (2012), de las ya mencionadas dimensiones del yo, a saber, identificación, localización y percepción. Para comprender mejor este fenómeno, resulta interesante contemplar las recomendaciones que Hayes et al. (1991) realizaron para combatir la contratransferencia, y que centran su atención en el manejo de la ansiedad, el establecimiento de metas claras, la habilidad empática y los procesos de *insight*, así como la coherencia e identificación con el *self*, lo que facilitaría la no equivocación de las necesidades propias con las de la persona asistida.

Según, Bush (2009), la FC afloraría cuando la protección emocional se resiente tanto que la persona cuidadora, de manera inconsciente, asume la experiencia de distrés del o la paciente. Ésta sería, según la autora, una de las razones por las que la FC se ha confundido en la literatura con la contratransferencia, precisamente por la internalización del distrés de la persona asistida. No obstante, la sobreidentificación con el otro, que se perfila como definitoria para la contratransferencia, no siempre aparecería en la FC.

Para terminar, la contratransferencia estaría más condicionada por las relaciones de origen establecidas que con la empatía hacia la persona que sufre, lo que la diferencia de manera sustancial de la FC, así como su conceptualización como consecuencia negativa de la vinculación emocional frente a la consideración de consecuencia natural, propia de la FC.

Antes de abordar el punto siguiente, se ofrece un cuadro resumen con las principales diferencias entre la FC y los conceptos señalados.

Tabla 1.

Diferencias y similitudes entre la FC y conceptos relacionados

	Génesis	Instauración	Consecuencias	Recuperación
FC	Empatía, en un contexto de relación de ayuda, consecuencia natural de cuidar	Progresiva, por uso crónico de la empatía o de manera abrupta	Impacto emocional y cambio conductual	Susceptible de intervención y relativamente rápida
ETS	Experiencia vicaria, exposición o escucha de traumas de otros	Abrupta, con eventos identificables	Impacto emocional y cambio conductual	Susceptible de intervención
EPT	Vivencia propia de experiencias traumáticas o experiencia vicaria de gran intensidad	Abrupta, con eventos identificables	Síntomas intrusivos, conductas de evitación, alteraciones cognitivas y emocionales, hiperactivación	Susceptible de intervención
<i>Burnout</i>	Estrés laboral crónico, no siempre derivado del cuidado a personas	Efecto acumulativo	Baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización	Más lenta y menos susceptible a intervención
TV	Compromiso empático con personas traumatizadas	Progresiva, por uso crónico de la empatía o de manera abrupta	Impacto emocional. Modificación de referentes cognitivos y perceptuales	Susceptible de intervención
CT	Sobreidentificación y absorción del trauma de otros	Abrupta, con eventos identificables	Pérdida de rol terapéutico	Susceptible de intervención

Nota: FC=Fatiga por Compasión; ETS=Estrés traumático secundario; EPT=Estrés postraumático; TV=Traumatización vicaria; CT=Contratransferencia

1.4. Necesaria aparición de la Satisfacción por Compasión

Se entiende por Satisfacción por Compasión (SC) el sentimiento positivo que deriva de la labor de cuidado de una persona que sufre (Phelps et al., 2009), es decir, la “habilidad de recibir gratificación del hecho de cuidar” (Simon et al.,

2005, p. 6). Incluiría la sensación del deber cumplido (edificado sobre la base de habilidad y efectividad de la persona cuidadora), así como la convicción de utilidad y trascendencia de la tarea de acompañamiento y cuidado con relación a pacientes y familiares, a la propia organización, a la profesión o a la sociedad en general.

Hasta el presente apartado de esta investigación, se han conceptualizado la compasión y la empatía como sinónimos. No obstante, llegado este punto, resulta enriquecedor introducir los matices que diferencian ambos procesos, en sí mismos relacionados. La revisión de la literatura, tal y como recogen Sinclair et al. (2016), conviene en definir la compasión como la toma de conciencia profunda del sufrimiento de los demás, acompañada ineludiblemente del deseo de aliviar dicho sufrimiento. Se trataría, por tanto, de conectar con el sufrimiento y provocar cambios a través de la acción, incluyendo y sobrepasando, de esta manera, la mera conexión empática, al entender que para ser compasivo es necesario resonar emocionalmente, tener habilidades para desarrollar relaciones cálidas y empáticas, y no distanciarse de las emociones de los y las personas que sufren. Algunos autores (Hoffman, 2008; Singer & Klimecki, 2014) señalan dos posibles reacciones ante la empatía, a saber, la respuesta de compasión y el distrés empático. La compasión, por tanto, comenzará al interactuar con una persona y ser consciente de su dolor y sufrimiento. Propiciará, además, la superación del malestar personal inicial, generando sentimientos positivos hacia los demás y conductas prosociales que animen al acercamiento. De hecho, ha sido denominada también *preocupación empática*, siendo importante señalar que se trata de una emoción surgida con relación a la otra persona, no junto a la otra persona. Por su parte, la segunda reacción posible ante la empatía, el distrés empático, se caracterizará por el surgimiento de un marcado malestar personal derivado de la impregnación emocional, acompañado de conductas de retirada y aislamiento social. Se trata, por tanto, de una emoción surgida junto a la persona asistida que, de no ser bien manejada, devendrá en procesos de simpatía (Sinclair et al., 2017). Si esta respuesta simpática continúa en el tiempo, podría disparar procesos de FC (Van Mol et al., 2015).

De esta manera, es preciso entender la compasión como resultado de un continuo actitudinal. No se puede circunscribir a una acción aislada; por el contrario, se convierte en un proceso dinámico que incluiría entender al paciente como una persona única con necesidades individuales concretas, actuar proactivamente, prestando atención a los pequeños detalles, y dotar de espacio y presencia al silencio como signo de acompañamiento y respeto de los tempos emocionales. Junto con una exquisita capacidad para atender, escuchar de manera plena, confrontar, implicarse, ayudar, estar presente y comprender (Van der Cingel, 2011), el amor, la vulnerabilidad y la reciprocidad estarían en la base de la compasión (Goetz et al., 2010). Siguiendo esta misma línea, Batson et al. (2012) subrayaron, por un lado, la percepción de necesidad en la persona enferma como antecedente necesario para que se produzca empatía y, por otro, la percepción de sufrimiento y vulnerabilidad como activadora de la respuesta de compasión. Por último, serían imprescindibles el respeto, la dignidad, la amabilidad y la honestidad, además de la *presencia*. Todas estas dimensiones son consideradas, con frecuencia, como aspectos innatos (Bramley & Matiti, 2014); sin embargo, tal y como queda reflejado en los estudios de Bray et al. (2014) o Wear y Zaroni (2008), serían susceptibles de entrenamiento.

En cuanto a las consecuencias derivadas de un cuidado compasivo, parece existir consenso en cuanto a su tonalidad positiva, tanto en pacientes (aumento del sentido de responsabilidad y control sobre sus propios procesos de salud-enfermedad, mejora de los síntomas y aumento de la esperanza y de la confianza en el equipo asistencial, entre otros) como en profesionales. Estos últimos refieren un incremento en la capacidad de escucha y entendimiento de los sentimientos de los y las pacientes, lo que propicia la obtención de información más exhaustiva sobre el estado clínico de la persona atendida. Se favorecería, de esta manera, un diagnóstico más ajustado y precoz de la situación, así como una mayor percepción de satisfacción con el trabajo (Galiana et al., 2017; Graber & Milcham, 2004; Van der Cingel, 2011; Vivino et al., 2009).

Precisamente esta percepción de satisfacción profesional es la que queda recogida en el Modelo de Satisfacción y Fatiga por Compasión (Stamm, 2005a;

Stamm, 2010), guía de la presente investigación. Satisfacción profesional, o Satisfacción por Compasión, que surgió, tal y como expresa su promotora, Stamm (2002), al plantearse qué era lo que hacían bien los y las profesionales que, a pesar de trabajar rodeadas de situaciones complicadas a nivel emocional, eran capaces de no experimentar distrés. Y precisamente la inquietud emergió ante las dificultades que tenían para explicar, tras la aplicación de la escala de valoración pertinente, las respuestas negativas que emitían las personas evaluadas y que estaban relacionadas con la FC, indicando ausencia de ésta.

Por ello, para llegar a la comprensión y medición del constructo de SC es necesario tomar como base el de FC. De hecho, en el estudio de revisión que realizaron Bride et al. (2007) sobre las medidas evaluativas de la FC, se puede observar que los instrumentos desarrollados para valorar esta última dimensión han ido experimentando interesantes modificaciones, manteniéndose, no obstante, estables a nivel de constructo. Precisamente en este desarrollo evaluativo quedaría recogida la aparición de la SC como dimensión complementaria, defendiendo que “es imposible entender los aspectos negativos de cuidar sin entender los positivos” (Stamm, 2002, p. 8).

En este sentido, el primer instrumento específicamente desarrollado para valorar la FC fue el *Compassion Fatigue Self Test* (CFST) (Figley, 1995a; Figley & Stamm, 1996), que combinaba una medida de esta dimensión junto a otra del *burnout*. A partir de 1988, Figley y Stamm comenzaron a trabajar conjuntamente y, tras algunas revisiones, el instrumento pasó a denominarse *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSF) (Stamm, 2002; Stamm & Figley, 1996). El cambio de nombre vino provocado por la introducción de ítems con orientación positiva, destinados a valorar por primera vez la SC, definida como la emoción positiva resultante de percibir que el ayudar en sí mismo merece la pena. Finalmente, y bajo la tutela única de Stamm, esta prueba terminó denominándose *Professional Quality of Life Scale* (Stamm, 2005) nombre que conserva hasta la actualidad, más coloquialmente denominado ProQOL (Stamm, 2010).

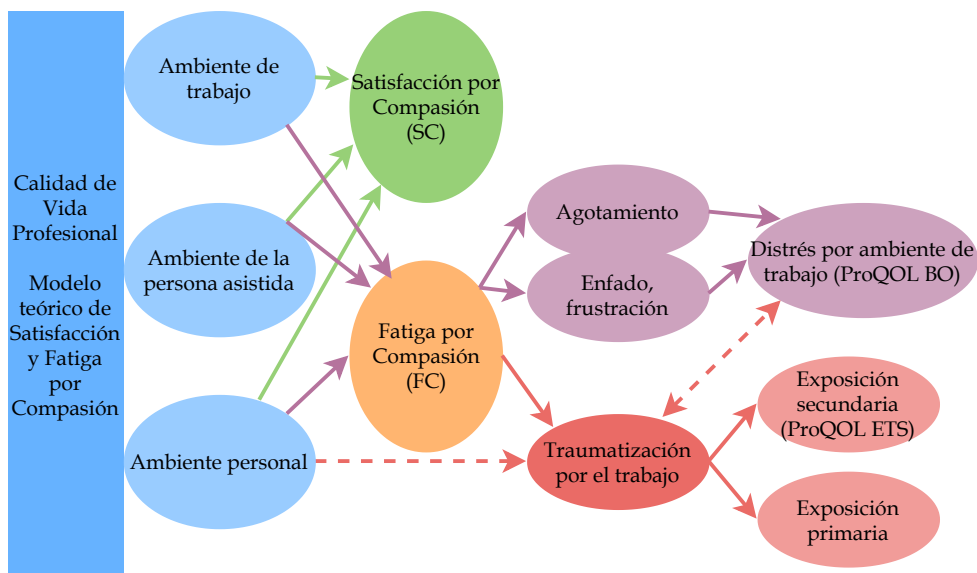
De hecho, el ProQOL, traducido a más de 20 idiomas, y actualmente en su quinta versión, se ha convertido en un instrumento de referencia en la

investigación sobre la salud profesional en personas dedicadas a cuidar a otras que sufren. Su estructura tridimensional es fiel reflejo del Modelo de Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010), constructo definido como “la calidad que uno siente con relación a su trabajo como cuidador” (p. 8). Estaría, además, condicionada por tres variables básicas: las características del medio de trabajo (que incluyen la percepción de apoyo institucional e interprofesional), las características personales de cada individuo y las características de las personas atendidas, lo que ineludiblemente implica la exposición a traumas primarios y secundarios en el ámbito de trabajo. Se puede contemplar el modelo en la figura 3, mostrada a continuación.

Figura 3.

Modelo teórico de Calidad de vida profesional (Stamm, 2010)

Tomado de https://proqol.org/Full_CS-CF_Model.html



Capítulo 2.

Ajuste del concepto de Calidad de Vida Profesional al ámbito de Enfermería

En el segundo capítulo del marco teórico, se ofrece un ajuste de los conceptos Satisfacción y Fatiga por Compasión al escenario específico de la Enfermería. Como introducción, se presenta la necesidad de dicho ajuste, por dos motivos: en primer lugar, los modelos iniciales habían surgido bajo el prisma de la psicoterapia y, en segundo lugar, las repercusiones emocionales negativas se habían considerado como consecuencias naturales derivadas de cuidar a personas que sufren.

En el segundo apartado, se propone una definición comprensiva del concepto, señalando que se trata de un estado en el que la energía invertida supera el proceso de restitución (Coetzee & Klopper, 2010). De la misma manera, se especifican las consecuencias de la FC en los y las profesionales de Enfermería, y se plantean diversos perfiles que posicionan a las personas en una situación de mayor vulnerabilidad. Se completa el apartado con un listado de dominios o atributos esenciales de la FC (Cross, 2018).

A continuación, se ahonda en la Satisfacción por Compasión en Enfermería, aclarando, en primer lugar, la importancia de la empatía clínica como herramienta para tomar perspectiva, conectar y dar respuesta a las necesidades de los demás. Se presenta, posteriormente, un modelo de compasión desde la perspectiva del paciente (Sinclair et al., 2017), y un listado de condiciones básicas o facilitadoras de la SC (Buceta et al., 2019; Sacco & Copel, 2018).

En el último apartado del capítulo, se perfilan los requisitos para desarrollar SC, partiendo del lema “Cuidarse para cuidar, y sentirse, además, bien”. De la misma manera, se presenta el modelo de Radey y Figley (2007), que defiende que es posible revertir la unidireccionalidad del proceso y aprovechar la energía del estrés por compasión para provocar respuestas de renacimiento. Combinar capacidad de introspección, con afecto positivo, autocuidado y recursos, se convertirán en claves para conseguirlo, tal y como reflejarán los modelos de Autocuidado y Autoconciencia (Kearney & Weininger, 2011; Sansó, 2014).

2.1. Introducción

La enseñanza de los nativos americanos afirma que "cada vez que curas a alguien, regalas una parte de ti mismo hasta que, en algún momento, necesitarás curación" (Houck, 2014, p. 455). Esta profunda aseveración se haría extensible también a aquellas situaciones en las que la curación no es posible, situaciones en las que el cuidado en sí mismo se convierte en meta principal, independientemente de los resultados obtenibles.

Los enfermeros y las enfermeras, así como los y las técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería, no son únicamente profesionales que dan respuesta a las necesidades de las personas asistidas; son profesionales *imprescindibles* en ese proceso de atención y cuidado tanto a pacientes como a sus familiares, quienes afrontan las consecuencias de experiencias amenazantes (Mason et al., 2014). No obstante, de manera histórica se ha dado por hecho que su labor asistencial es, precisamente, atender a la persona enferma, por lo que las consecuencias emocionales negativas derivadas de su trabajo se han entendido como naturales. Esto implica que procesos como la FC o el Estrés Traumático Secundario no se hayan reconocido ni estudiado hasta finales del siglo XX, lo que ha complicado la identificación precoz de sus síntomas y, por ende, su prevención efectiva (Coetzee & Klopper, 2010; Sabo, 2006; Secor, 2015).

Sin embargo, a partir de la publicación de la primera investigación sobre FC en el ámbito de la Enfermería (Joinson, 1992), fueron proliferando diversos estudios (Sorenson et al., 2016) centrados en revisar y ajustar el concepto con el objetivo de crear modelos específicos para Enfermería, por dos motivos principales. En primer lugar, dado el tipo de trabajo realizado por sus profesionales, éstos se situarían, como se ha visto, en alto riesgo de desarrollar FC. En segundo lugar, los modelos de Figley (1995) y Stamm (2010), que sirvieron de base para las primeras investigaciones, estaban principalmente dirigidos a profesionales en contextos de psicoterapia. Por lo tanto, este intento de alcanzar una definición de FC menos ambigua y más centrada en el ámbito de la Enfermería ha sido reclamada de manera habitual, entendiendo que el concepto

fue adoptado directamente de la práctica en psicoterapia y no recogería todos los elementos de la relación compasiva que caracteriza al personal de Enfermería (Sinclair et al., 2017). Por ello, a continuación, se presentan algunos de los estudios en los que se trata de acotar y ajustar el concepto a Enfermería.

2.2. Atributos y consecuencias de la Fatiga por Compasión en Enfermería

Joinson (1992) se refirió a la FC como un mecanismo de defensa inconscientemente desarrollado por el personal de Enfermería para protegerse del estrés que provoca el cuidado de las personas enfermas, es decir, para hacer frente al coste emocional de cuidar (Figley, 1995a). Esta misma postura fue defendida por Secor (2015) en su revisión conceptual, entendiéndola como un mecanismo de progresivo aislamiento emocional por parte del equipo de profesionales ante procesos que son vividos como negativos, con el objetivo de protegerse del impacto emocional que conlleva ver y estar cerca del trauma y sufrimiento de pacientes y sus familiares.

Pero la FC no solo afecta en términos de satisfacción laboral y profesional, y salud física y mental de los y las profesionales; tiene también repercusiones en el clima emocional del trabajo, afectando negativamente a la eficacia y eficiencia de los cuidados y aumentando el riesgo de abandono de la profesión (Arimon-Pagès et al., 2019; Barrett & Yates, 2002; Boyle, 2010; Hooper et al., 2010; Lombardo & Eyre, 2011; Peters, 2018; Potter et al., 2013). De hecho, reduce la capacidad y/o el interés de los y las profesionales para tolerar el sufrimiento de los demás, lo que conlleva un deterioro de la capacidad para conectar y empatizar (Figley, 2002; Harris & Griffin, 2015). Además, la FC suscitaría en quien lo experimenta un estado de vulnerabilidad (Cross, 2018), junto con frustración, ansiedad y baja satisfacción con el rol profesional desempeñado, aspectos que estarían también relacionados con el posible conflicto interdisciplinar percibido por el personal de Enfermería, al entender el proceso de cuidado, sus límites y sus metas, de forma

diferente a como lo puedan contemplar los y las profesionales de Medicina (Gutiérrez, 2005; Taylor, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, Coetzee y Klopper (2010) orientaron sus esfuerzos a generar un modelo de FC que se ajustara al ámbito específico de Enfermería. De su análisis conceptual se deriva que la FC es “un estado en el que la energía compasiva invertida (por el personal de Enfermería) supera su proceso de restauración, perdiéndose así la capacidad para recuperarse” (p. 237). Se definiría, por tanto, como resultado de un proceso acumulativo y continuo en el que el disconfort por compasión conduciría al estrés compasivo, que a su vez, de no ser exitosamente afrontado, terminaría provocando un cuadro de FC, en sintonía con el modelo de Figley (1995).

No obstante, no todos ni todas las profesionales presentan el mismo grado de vulnerabilidad ante la FC. De la revisión de la literatura se deduce un perfil de partida necesario, identificándose algunos aspectos clave, a saber: (1) ser capaz de sentir empatía; (2) mantener un contacto intenso con el sufrimiento de los y las pacientes, con escasos períodos de descanso, (3) estar expuesto o expuesta de forma mantenida a estresores ambientales y personales (incluyendo la exposición repetida a fallecimientos, la falta de apoyo administrativo e interprofesional o la falta de recursos y tiempo para propiciar un cuidado excelente), (4) escasez de conocimiento sobre sintomatología y naturaleza del propio proceso de FC, y (5) presentar una alta autoimplicación en los procesos de cuidado, con claros deseos de aliviar el sufrimiento de los demás (Coetzee & Klopper, 2010; Cross, 2018; Melvin, 2012; Perry, 2008; Perry et al., 2011; Peters, 2018; Sorenson et al., 2017). Precisamente esta última dimensión fue la señalada por Figley cuando subrayó que “las personas que son más vulnerables a este contagio son aquellas que comienzan a verse a sí mismas como salvadoras o al menos como rescatadoras” (Figley, 1989, p. 144).

Siguiendo en la línea de esclarecer los atributos o dimensiones que definen la FC en Enfermería, Sorenson et al. (2017) concluyeron que (1) la inhabilidad para procesar emocionalmente el estrés relacionado con el cuidado de personas con trauma o sufrimiento, (2) el agotamiento emocional, físico y espiritual, y (3) una

abrupta aparición de síntomas, estarían a la base del proceso de FC. Estos síntomas podrían agruparse en cambios comportamentales (entre otros, abuso de sustancias, respuestas de alerta e hipervigilancia, alteraciones de la conducta alimentaria y retraimiento social), emocionales y/o cognitivos (pensamientos intrusivos, sensación de vacío, apatía, alta auto-expectativa, baja autoestima, depresión, culpabilidad, ansiedad, tristeza, dificultades de concentración y para separar el trabajo de la vida personal, descenso de la tolerancia a la frustración, aumento de las explosiones de rabia o ira, deseos de abandonar la profesión, etc.) y físicos (aumento del arousal, quejas somáticas, tensión muscular, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, agotamiento físico como consecuencia de primar la atención a los demás frente a las propias necesidades, alteraciones del sueño, etc...) (Bride et al., 2004; Gentry et al., 2002; Kim & Na, 2017; Nolte et al., 2017; Peters, 2018; Todaro-Franceski, 2013).

Sabery et al. (2017) propusieron una definición comprensiva de la FC que integraba los hallazgos extraídos de la revisión de la literatura existente hasta el momento. En ella destacaban que la FC es “un proceso acumulativo y progresivo de absorción del sufrimiento del paciente, derivado del establecimiento de interacciones de cuidado desde la simpatía (...), con consecuencias tan extensas que amenazan la integridad existencial de la enfermera” (p. 43).

Por último, Cross (2018) señalaba, a su vez, cinco atributos o dominios de la FC que se mantendrían prácticamente inalterados en las distintas investigaciones. En dichos dominios quedarían reflejadas, de manera exhaustiva, las consecuencias de experimentar FC, que conducirían a un empobrecimiento de la calidez y la calidad asistencial del colectivo de Enfermería, así como a un incremento de su malestar personal y profesional. Entre los dominios destacan la (1) dimensión emocional y psicológica, con la aparición de desequilibrio en la capacidad para empatizar y/o conectar compasivamente. Las consecuencias de este desequilibrio serían la aparición de confusión de rol (si la conexión es por exceso) o conexiones pobres entre profesional y paciente si es por defecto, así como irritación, depresión, ansiedad y dudas en relación a uno o una misma; (2) la dimensión intelectual y profesional, con presencia de desilusión, dificultad para

encontrar sentido al trabajo y bajo rendimiento, peor planificación de tratamientos y dificultades para concentrarse en los pequeños detalles o tomar decisiones, así como emisión de peores juicios clínicos, pérdida de objetividad y una mayor probabilidad de abandono de la profesión; (3) la dimensión física o somática, con aumento de quejas y presencia de dolor de cabeza, agotamiento e insomnio, entre otros; (4) la dimensión social, con dificultades para compartir el sufrimiento con los demás y establecer y mantener relaciones de confianza con pacientes y familiares; y (5) la dimensión espiritual, con la aparición de conflicto de intereses, distrés moral y cuestionamiento de principios éticos (Austin et al., 2009; Austin, 2011; Figley, 1995c, 2002; Flinton et al., 2018; Kim & Choi, 2012; Kim & Na, 2017; Makic, 2015; McHugh et al., 2011; Perry et al., 2011; Ray et al., 2013; Sabo, 2006; Sorenson et al., 2016).

2.3. La Satisfacción por Compasión en Enfermería

La SC hace referencia al sentido de plenitud que una persona siente en relación a su rol asistencial, favoreciendo el deseo de acercarse a los demás y de seguir ayudando de manera altruista (Radney & Figley, 2007).

Tal y como se ha reflejado anteriormente, la empatía imprime calidez en las relaciones interpersonales, generando una proximidad emocional que es necesario regular para evitar perder una distancia terapéutica óptima. Distancia emocional que resulta imprescindible, por un lado, para que el equipo de profesionales de Enfermería no distorsione la finalidad del proceso de cuidado de los y las pacientes y, por otro, para evitar su inmersión en procesos de FC (Bermejo, 2012). Pero esta distancia emocional, de no ser bien manejada, puede convertirse en cercanía excesiva, precipitando el riesgo de conducir, como se ha visto, a la impregnación emocional, generando vivencias negativas con relación al propio rol y al proceso de cuidado.

Como consecuencia de todo lo anterior, con frecuencia se ha defendido en el ámbito asistencial la necesidad de “desconectar” o de “evitar conectar”

emocionalmente con las personas enfermas. Esta maniobra serviría como medida de protección frente al *burnout* y al FC/ETS, entendiendo, además, que la objetividad se mantiene mejor desde una posición de verdadera distancia lograda a través de la supresión emocional. Tal postura, firmemente arraigada hasta mediados del siglo pasado, fue denominada doctrina de Osler (Osler, 1963). Sin embargo, desde los años 70 y 80, y gracias a la queja de profesionales y pacientes sobre la creciente deshumanización del trato, hoy en día resulta incuestionable la importancia de la empatía en el establecimiento de una relación terapéutica. A pesar de que el constructo cuenta con numerosas y muy variadas definiciones, el de empatía clínica parece estar más delimitado. Implicaría no solo la toma de perspectiva y el contacto emocional sino también habilidades comunicacionales, como queda reflejado en sus cuatro dimensiones: (1) la emocional, que se refiere a la capacidad de imaginar lo que los y las pacientes están sintiendo y viviendo; (2) la cognitiva, que describe la capacidad de identificar y representar el punto de vista de otro; (3) la dimensión moral, que alude a la motivación del colectivo profesional para empatizar con cada paciente y, por último, (4) la dimensión comportamental, que hace referencia a la capacidad para comunicar y hacer ver a la persona enferma que su vivencia de la situación ha sido entendida y tenida en cuenta (Halpern, 2014).

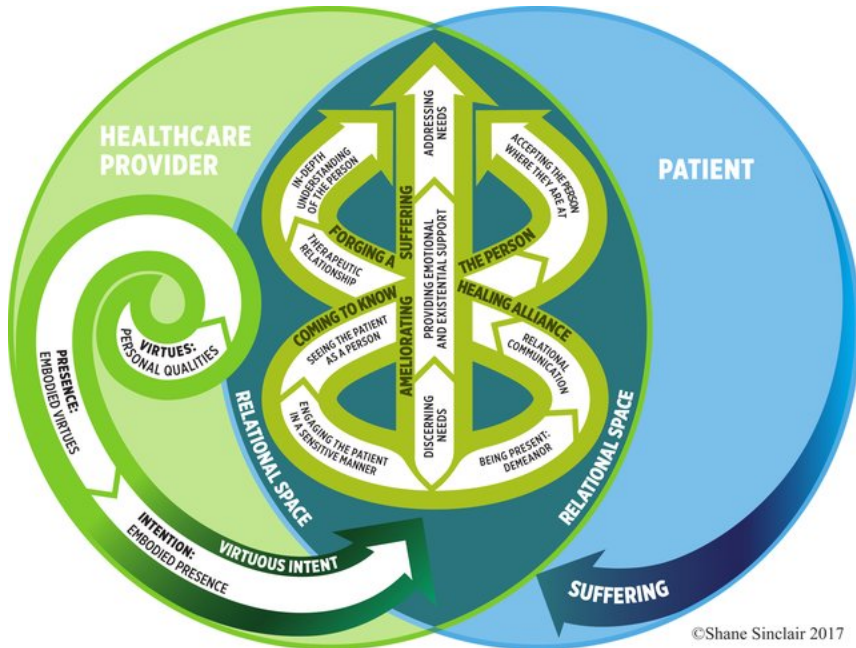
De esta manera, dos serían los objetivos de la empatía clínica, partiendo del constructo integrativo. Por un lado, entender la experiencia de la persona enferma de manera holista, huyendo, así, de la visión reduccionista que perseguía identificar únicamente su emoción. Por otro lado, comunicar exitosamente, con el objetivo de construir una buena alianza terapéutica, necesaria para una comprometida adherencia al tratamiento prescrito (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Aunque en ocasiones se ha defendido que la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía clínica pueden funcionar por separado, es decir, que se puede vibrar sin comprender la causa de la emoción, investigaciones resaltan el importante papel que la resonancia emocional juega a la hora no solo de entender sino de facilitar la confianza y, así, el discurso y expresión de la persona enferma (Bermejo, 2012; Kim et al., 2004). De esta forma, quedan avalados los beneficios de la empatía

clínica no solo en el diagnóstico y el cuidado, sino también, de manera consecuente, en la adherencia al tratamiento prescrito y en una mayor satisfacción profesional (Halpern, 2014).

Por su parte, y a pesar de poder entenderse conjuntamente, es interesante resaltar un matiz importante de la compasión en el ámbito de la asistencia enfermera, que añadiría a la empatía una clara implicación personal sustentada sobre una profunda intención de ayudar (Sinclair et al., 2016). Así, entendida la compasión como un “intento virtuoso y una respuesta intencional de conocer a la persona, discernir sus necesidades y aligerar su sufrimiento a través de la comprensión y la acción” (Sinclair et al., 2018a, p. 5), Sinclair et al. (2016) formularon un modelo de compasión teniendo en cuenta la perspectiva de las personas enfermas, quienes resaltarían las cualidades intrínsecas de los y las profesionales, frente a la importancia que estos últimos otorgaban a las habilidades técnicas. Dicho modelo, cuya credibilidad, rigor y aplicabilidad fueron validados en población con necesidades paliativas (Sinclair et al., 2018b), está constituido por 5 categorías clave y 13 dimensiones, repartidas en las distintas categorías. A continuación, se enumeran las categorías, identificando en cada una las dimensiones oportunas: (1) *intento virtuoso*: características y valores de la persona, presencia e intención, (2) *espacio relacional*, (3) *conociendo de la persona*: trato sensible, contemplación del paciente como persona, aceptación de su situación, (4) *establecimiento de una alianza*: comportamiento consciente, habilidades comunicacionales, relación terapéutica, profunda comprensión de la persona, y (5) *aligerar el sufrimiento*: diferenciar necesidades, proveer de soporte emocional y existencial y abordar las necesidades. De manera más gráfica se puede contemplar este modelo en la figura 4.

Figura 4.

Modelo de Compasión para profesionales asistenciales (Sinclair, 2017)



Desde esta perspectiva, la conexión con la persona enferma facilitaría una mejor comprensión del proceso de cuidado y de las relaciones establecidas durante el mismo, y provocaría, a su vez, una mayor autorreflexión y capacidad de *insight*, un mayor acercamiento y mayor grado de empatía, así como un mayor sentido de espiritualidad, lo que implicaría un respeto incuestionable a las vivencias de las personas asistidas (Hernández García, 2017). Igualmente, permitiría a los y las profesionales extraer lecturas positivas de la experiencia de cuidado, culminando, finalmente, en la SC (Lee & Seomung, 2016)

En sintonía con todo lo anterior, Buceta et al. (2019) añaden, además, que la SC va acompañada y retroalimenta una mayor capacidad para aceptar lo que ocurre, una mayor seguridad y confianza en uno mismo y en los demás y un mayor trato compasivo a la persona enferma, defendiendo un proceso de enriquecimiento paralelo del propio profesional. Porque, precisamente, es este proceso de crecimiento personal el que se convierte en foco de atención, obtenido

de conjugar (1) la sensación de bienestar y satisfacción con relación a lo ya hecho, (2) la esperanza y el optimismo con relación a lo que está por hacer y (3) la capacidad de fluir (en inglés *flow*) y ser feliz con relación a lo que se está haciendo, en este caso, con relación al hecho de asistir a personas en estado de necesidad (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Partiendo de todo lo anterior, Sacco y Copel (2018) establecieron varias asunciones como base del desarrollo de SC en Enfermería. Entre ellas destacaban (1) la vocación y el deseo de establecer una relación de ayuda con pacientes y familiares, (2) vivencias de gratitud y plenitud al poder dar respuesta a las necesidades de las personas, dotando de valor, así, al rol enfermero, (3) la existencia de una conexión con los y las pacientes desde la empatía, (4) la capacidad de extraer factores positivos incluso de los aspectos más negativos del cuidado, basado en lecturas resilientes del contexto, y (5) el desarrollo de mecanismos de afrontamiento y estrategias de autocuidado, lo que permitiría compensar equilibradamente las demandas de la esfera personal y de la profesional. Estas dimensiones irían en consonancia con el listado de atributos que Kirkpatrick et al. (2017) atribuyeron a las personas con excelente práctica asistencial, entre ellos, ser una persona compasiva, holística, atenta, adaptable, realista, resolutiva y con principios morales.

Coherentemente, en el estudio realizado por Buceta et al. (2019) con el objetivo de identificar facilitadores de la SC, se señala que las personas en mejor disposición para obtener gratificación de su labor como cuidadoras presentarían mayor compromiso vocacional con el cuidado, así como una vivencia positiva de su rol profesional. De la misma manera, percibirían las situaciones de cuidado como un reto capaz de favorecer el crecimiento personal y profesional desde el aprendizaje continuo, enraizado en la tendencia a mirarse a sí mismas de manera positiva y comprensiva y en la capacidad de aceptar tanto limitaciones como virtudes en sí mismas y en los demás (Aranda et al., 2018). De esta forma, extrajeron un modelo predictor de la SC, destacando la satisfacción con el cuidado, la vocación, la amabilidad hacia uno mismo y la ausencia de *burnout* como principales factores explicativos.

De manera coherente con lo anterior, las y los profesionales de Enfermería que experimenten SC dispensarán cuidados más entusiastas y significativos tanto a pacientes como a familiares, entendiendo que son una realidad indisoluble, y mejorarán su rendimiento laboral, aumentando su sentido de pertenencia a un equipo, su compromiso y su competencia de cuidado (Sacco & Copel, 2018).

Además de provocar un estado de bienestar personal y profesional, la SC actuaría presumiblemente como protectora frente al síndrome de quemarse en el trabajo, y se relacionaría inversamente con la FC en su dimensión de Estrés Traumático Secundario, tal y como reflejan los estudios de Alkema et al. (2008), Craigie et al. (2016), Hernández García (2017) y Slocum-Gori et al. (2011). Esto repercutiría positivamente también en los y las pacientes, con una mayor participación por su parte en la toma de decisiones y una mayor contemplación del concepto de autonomía por parte de profesionales que, lejos de querer abandonar la profesión, presentarían un alto compromiso con la mejora continua (Lartey et al., 2014).

2.4. ¿Programas de intervención y prevención de la FC/ETS o de promoción de la SC?

En un estudio realizado con profesionales que participaron en los atentados del 11-S (Roberts et al., 2003) se hacía referencia a la FC como “la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren (...)” (p. 758), poniendo en valor la dimensión de *tratable y prevenible*. En la misma línea, Kelly (2020) señalaba que “no se trata de disminuir o evitar los eventos (traumáticos), dado que esa es la naturaleza de la enfermería y del cuidado, sino de focalizar y dar soporte a las respuestas de estrés para prevenir la fatiga por compasión” (p. 75). Precisamente por ello, y dadas las negativas consecuencias derivadas del cuadro tanto a nivel personal como profesional, así como la interferencia que puede generar tanto en la satisfacción de las personas asistidas como en la estabilidad de las instituciones y organizaciones asistenciales,

parece interesante contemplar las distintas opciones interventivas propuestas en la literatura.

La sabiduría popular reivindica que para cuidar bien hay que estar bien. Por ello, *cuidarse para cuidar* se convierte no solo en filosofía, sino en obligación, máxime para el personal de Enfermería, cuyo rol profesional les convierte en protagonistas de primera línea. A pesar de que gran parte de los estudios existentes están dirigidos a la disminución de los signos y síntomas de la FC/ETS y del *burnout*, el contenido de los programas recogidos avalaría un enfoque preventivo basado en el empoderamiento basal, reforzando así la adquisición de habilidades y estrategias de manejo de los distintos estresores, sea cual fuere la naturaleza de los mismos (Klimecki et al., 2013). Este enfoque preventivo, centrado en evitar la aparición de vivencias negativas en relación con el rol profesional, contiene, no obstante, parte de las claves para promocionar una salud mental positiva. Por ello, la propuesta del presente estudio sería *cuidarse para cuidar y sentirse, además, bien*.

Esta afirmación se asentaría en las relaciones establecidas por algunos estudios entre la SC y las dos dimensiones de la FC, tal y como se ha visto en el apartado anterior. Así, para Figley (1995a), la SC actuaría como preventiva de la FC, mientras que, para Stamm (2010), la SC aumentaría la capacidad de soportar el Estrés Traumático Secundario, por lo que se convertiría en un elemento protector pero no preventivo. Las conclusiones derivadas de algunos estudios secundan esta contradicción en cuanto a la capacidad de la SC de mitigar los niveles de FC/ETS y *burnout*, con defensores (Alkema et al., 2008; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b) y detractores (Arimon-Pagès et al., 2019). En lo que sí parece existir consenso es en la consideración de la SC como incompatible con el síndrome de quemarse en el trabajo (Figley, 1995a; Hernández García, 2017; Ray et al., 2013; Sansó et al., 2015; Simon et al., 2005; Stamm, 2010).

Retomando el nuevo imperativo, "*cuidarse para cuidar y sentirse, además, bien*", Radey y Figley (2007) se plantearon la siguiente pregunta de investigación: "Cuando el trabajo implica ayudar a otros (que sufren), ¿cómo pueden los profesionales alcanzar plenitud profesional? ¿Y satisfacción personal?" (p. 208).

De esta manera, enfatizaban la importancia de contemplar la calidad de vida profesional desde una perspectiva positivista, subrayando que “el objetivo no tendría que ser evitar el estrés y la fatiga por compasión, sino alcanzar plenitud a través del trabajo” (p. 208). Precisamente este punto se convierte en el tercer eje rector del presente trabajo de investigación.

Para poder dar respuesta al problema de investigación, propusieron una alternativa al planteamiento del Modelo de Estrés y Fatiga por Compasión de Figley (1995b), modelo en el que se postulaba que la FC sería el resultado final negativo de experimentar estrés residual de compasión, fruto a su vez de la capacidad de emitir respuestas empáticas. Dado el carácter fatalista del modelo original (Sabo, 2011), la alternativa se asentaría sobre la convicción de que es posible romper la unidireccionalidad del proceso y aprovechar la energía derivada del estrés para provocar respuestas de renacimiento (*reflourishmnet*, en inglés). Esta reconversión tendría lugar gracias a la capacidad de los y las profesionales de reconocer precozmente los primeros signos y síntomas de la FC y poner en marcha estrategias de re-equilibrio que permitan no solo frenar la FC sino fomentar la aparición de SC. Este *insight*, por tanto, permitiría desviar la atención prestada a los estímulos externos para centrarla en el propio profesional, lo que posibilitaría una retroalimentación positiva entre tres principales factores: el afecto positivo, el autocuidado y los recursos físicos, psíquicos y sociales de cada profesional. El afecto positivo estaría relacionado con la capacidad de entrar en contacto con las necesidades de las personas asistidas desde la habilidad de generar respuestas empáticas y el establecimiento de una relación de ayuda, así como con la posibilidad de dar cobertura a las necesidades del propio profesional, de sentirse satisfecho con la asistencia prestada y de enriquecerse emocionalmente gracias al aprecio de los demás. Las intervenciones, en este sentido, abarcarían desde el fortalecimiento de actitudes positivas hacia pacientes y familiares, hasta la creación de entornos de trabajo amables y saludables. Por su parte, el autocuidado no sólo haría referencia a aspectos físicos sino también emocionales, y es precisamente ésta la dimensión que colocaría a la persona en óptima disposición para hacer uso de sus recursos, entre los que destacarían los recursos

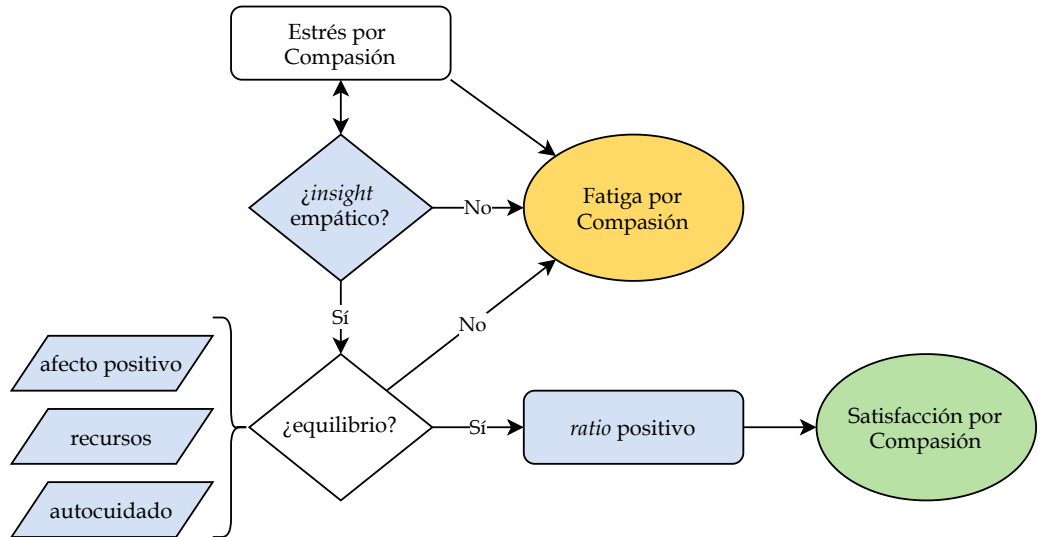
intelectuales, derivados, entre otros, de la formación y la experiencia; los emocionales, que permitirían encontrar un equilibrio entre demandas y posibilidades; y los sociales, entre los que destacarían la red de apoyo familiar, social y organizacional.

De esta forma, el *insight empático*, o capacidad para prestar atención de manera simultánea a las propias vivencias y a las de pacientes y familiares, se convertiría en protagonista indispensable de un proceso muy mediatizado, por otra parte, por la capacidad de hacer lecturas positivas incluso en entornos no facilitadores. En este sentido, Fredrickson y Losada (2005) señalaron el *ratio positivo* como la característica imprescindible para conseguir el equilibrio entre el afecto positivo, el autocuidado y los recursos. Lo definieron como la capacidad de las personas de generar pensamientos positivos que compensen los negativos, en una proporción de, al menos, 3 a 1. Precisamente aquí radicaría la posibilidad de renacer, pudiendo revertir el proceso de FC y convertirlo así en proceso de SC.

Este renacimiento estaría muy relacionado con la resiliencia, o capacidad de las personas para sobreponerse a eventos negativos, aprender de ellos y salir reforzadas, lo que devendría en una optimización del proceso de SC, tal y como avalan los hallazgos de Sansó et al. (2015). Este planteamiento es coherente con lo propuesto por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), quienes establecieron que lo que propicia que un momento sea mejor que el siguiente, no es el momento en sí mismo, sino la persona que lo vive, gracias a una personalidad positiva. Sin perder de vista, además, que las personas están insertas en contextos sociales, por lo que es necesario que dichos contextos, entre los que se encuentran los institucionales, sean también positivos. Una visión más gráfica de todo lo expuesto se puede observar en la figura 5.

Figura 5.

Modelo de formación de la Satisfacción y de la Fatiga por Compasión (modificado de Radey & Figley, 2007)



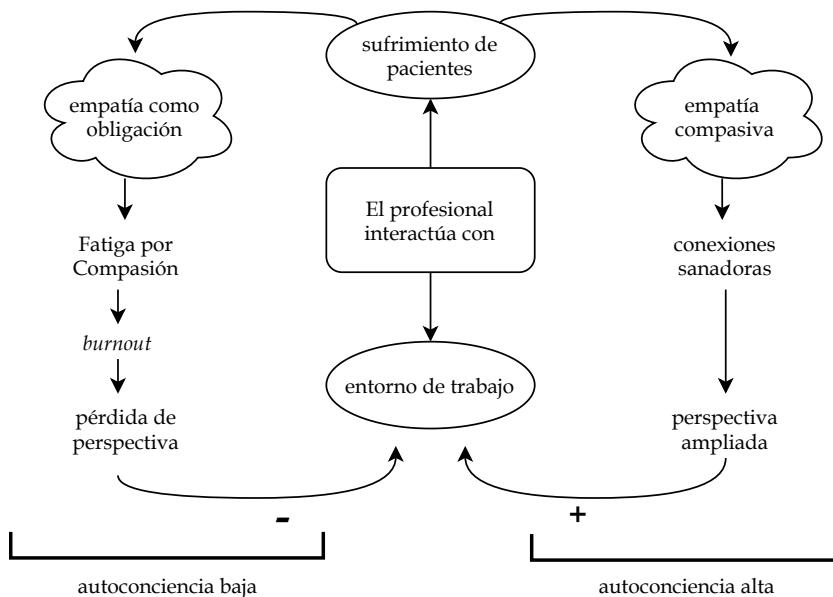
Tal y como se señalaba, es necesario alcanzar un equilibrio entre el afecto positivo, los recursos disponibles y el autocuidado, para que la energía derivada del estrés por compasión pueda ser convertida en motor de desarrollo de SC. El hecho de sentirse bien con la tarea realizada y con el rol desempeñado favorece que la persona se sienta más receptiva y amplíe, así, los recursos que tiene a su alcance, lo que a su vez retroalimenta el bienestar. Además, es difícil sentirse bien sin un adecuado proceso de autocuidado; de hecho, los procesos de autocuidado se erigen como indispensables para poder hacer uso oportuno de los recursos que el o la profesional tenga a su disposición. Por ello, el cuidado hacia uno mismo, hacia una misma, se erige como pieza indispensable para experimentar vivencias positivas con relación a la labor asistencial.

En su Modelo de Autocuidado basado en el nivel de Autoconciencia, Kearney y Weininger (2011) defendieron que la manera en la que la persona disponga de sus recursos dependerá, en gran parte, del nivel de autoconciencia que desarrolle, entendida ésta como *insight* empático o conciencia plena. Así, el

nivel de autoconciencia propiciará que la atención se preste en túnel hacia las vivencias negativas asociadas al rol de cuidador y al entorno laboral, o, por el contrario, se amplíen las perspectivas, posicionando a la persona más ventajosamente para realizar lecturas de reto y no de amenaza. Desde el lado menos favorable, vivir la empatía como una obligación asociada a la profesión y sentir la imposibilidad de escapar del contacto y de la vinculación emocional con las personas en necesidad, facilitaría la instauración de procesos de FC y de *burnout*. Esto provocaría una pérdida de perspectiva, que retroalimentaría en negativo la percepción del propio rol asistencial y del entorno de trabajo. Por el contrario, experimentar compasión ante el sufrimiento de los demás, desear vincularse desde una relación de ayuda, facilitaría el establecimiento de conexiones sanadoras, cargadas de significado, lo que permitiría ampliar la perspectiva, poner en marcha estrategias de afrontamiento activo positivo y disfrutar, así, de la labor asistencial (ver figura 6).

Figura 6.

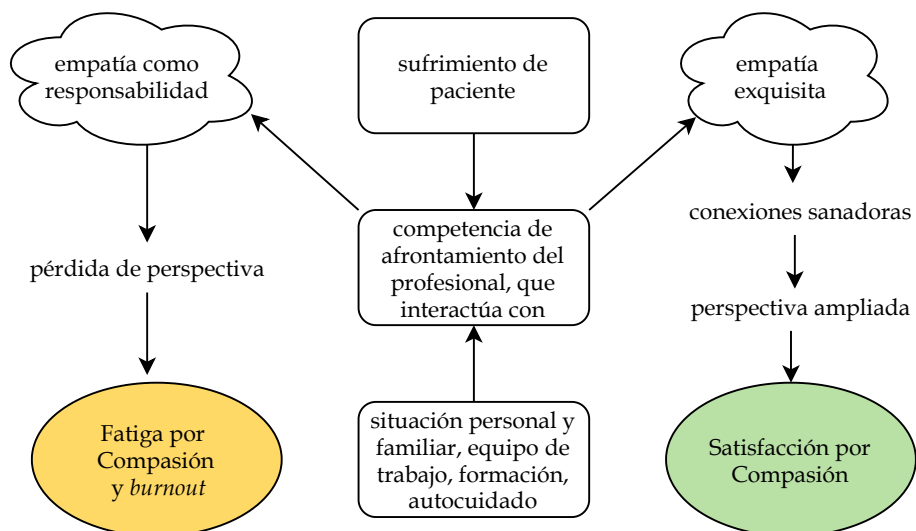
Modelo de Autocuidado basado en la Autoconciencia (modificado de Kearney y Weininger, 2011)



Tomando como base este modelo, Sansó (2014) dibujó una propuesta que lo modificaba ligeramente, estableciendo que la percepción de la calidad de vida profesional se situaría como resultado final del proceso, y no como parte del mismo. En él postulaba que niveles bajos de autoconciencia terminarían provocando FC y *burnout* como consecuencia de la pérdida de perspectiva o atención en túnel, mientras que niveles altos de autoconciencia posicionarían ventajosamente al personal asistencial para el desarrollo de SC. Otro de los matices que incorpora resaltaría la importancia de los elementos propios (situación personal, familiar, equipo de trabajo, formación, autocuidado) y externos (sufrimiento de pacientes y familiares) y su influencia sobre la competencia de las personas que componen el equipo asistencial. Estas características, junto al *insight*, permitirían definir la empatía como tarea impuesta o como razón virtuosa que permita establecer conexiones sanas y sanadoras. Las modificaciones propuestas por Sansó (2014) se pueden observar en la figura 7.

Figura 7.

Modificación propuesta por Sansó (2014) al modelo original de Autocuidado basado en la Autoconciencia de Kearney y Weininger (2011), (p.114)



Finalmente, la literatura coincide a la hora de subrayar el apoyo profesional, el disfrute de retiros temporales y los programas de intervención en autocuidados como las tres propuestas de intervención más secundadas, tal y como recoge Hernández García (2017). Estas medidas irían encaminadas no solo a evitar la insatisfacción y reducir los niveles de desgaste, sino también a promover la satisfacción con el proceso y con el rol de cuidado. De hecho, en el estudio de Mooney et al. (2017) se puso de manifiesto que los recursos de soporte social y emocional al equipo de profesionales incidían de manera positiva en la percepción de SC. Por su parte, de la revisión sistemática realizada por Singh et al. (2020) se desprende la capacidad que tienen de mitigar los efectos del estrés laboral tanto el compañerismo como el apoyo de los mandos intermedios. Este planteamiento es secundado por Reiser y Gonzalez (2020), en cuyo estudio las enfermeras de equipos de Oncología señalaron la mejora en el confort del puesto de trabajo y un mayor reconocimiento por parte de las figuras de gestión como fuente de prevención de la FC.

En este sentido, el soporte *in situ* a los y las profesionales de Enfermería (tanto material como social) se convertiría en una de las grandes estrategias para hacer frente a las altas demandas emocionales del trabajo (Abendroth & Flannery, 2006; Barnard et al., 2006; Flinton et al., 2018; Perry et al., 2011). De hecho, las variables de contexto se han considerado importantes elementos a tener en cuenta en el proceso de aparición de la FC (Sabery et al., 2017), destacando, entre ellos, la falta de soporte organizacional y una cultura asistencial centrada en la Medicina, en lo biológico. Por ello, el apoyo institucional, las reuniones de equipo, la discusión sobre casos complicados cuya atención genere impacto emocional, la implementación de verdaderos procesos de trabajo en equipo y el soporte psicológico o psiquiátrico de manera continuada, aliviarían la carga emocional del cuidado, al facilitar la expresión emocional de los y las profesionales en un espacio y tiempo específicos (Aycock & Boyle, 2015; Hinderer et al., 2014; Yu et al., 2016). En la misma línea, tanto los entornos amables (Slatten et al., 2011) como el

reconocimiento significativo jugarían un papel importante en la mejora de la calidad de vida profesional. Este último aspecto destacaría como predictor de la SC, mientras que la ausencia del mismo se erigiría como predictor del *burnout* (Kelly et al., 2015). En la misma línea apunta Kelly (2020) cuando recoge las directrices de la Asociación Americana de Enfermería de Cuidados Intensivos, señalando 6 pilares principales para construir entornos laborables saludables. Dichos pilares serían: (1) comunicación presente, eficaz y fluida entre el personal, (2) colaboración real, (3) procesos efectivos de toma de decisiones, sobre todo en situaciones complejas, (4) profesionales apropiados, tanto en número como en formación, (5) reconocimiento real a la labor realizada, con soporte durante el proceso, y (6) liderazgo auténtico, con la identificación de un líder que gestione la dinámica de influencias de manera positiva.

Por otra parte, aunque poco facilitados por las organizaciones, la posibilidad de acceder a retiros pautados en forma de actividades creativas que fomenten la vivencia de equipo, los períodos de excedencia incentivados o la rotación por unidades y servicios distintos al habitual, reportarían grandes beneficios para el equipo de Enfermería en riesgo de desarrollar FC/ETS (Aycock & Boyle, 2015; Melvin, 2012).

Pero, sin duda alguna, de manera coherente con lo expuesto por Kearney y Weininger (2011) y Radey y Figley (2007), son los programas de intervención basados en el autocuidado los que han ocupado gran parte de la investigación moderna, acumulando cierto reconocimiento. Dichos programas combinarían la adquisición de conocimiento sobre la FC/ETS con el desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación, arrojando resultados interesantes en cuanto a la disminución y mantenimiento en el tiempo de los niveles de estrés y de FC, así como mejora en la capacidad de empatizar, el sentido de coherencia y la satisfacción laboral (Ames et al., 2017; Back et al., 2014; Burton et al., 2017; Hevezi, 2016; Potter et al., 2013). De esta forma, programas sustentados en la meditación, así como aquellos basados en el *mindfulness* (Cohen-Katz et al., 2004; Delaney, 2018; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Grossman et al., 2004), o los que se nutren del *Accelerated Recovery Program* (Gentry et al., 2002), aunarían estrategias de

autoconocimiento, autorregulación, autovalidación, intención, autocompasión, conexión y autocuidado. En su revisión sistemática, Ortega-Campos et al. (2020) señalaban el efecto positivo que dichos programas de intervención ejercen sobre los niveles de SC, mientras que Turgoose y Maddox (2017) señalaban la potencia protectora del *mindfulness* frente a FC/ETS. Por su parte, Klimecki et al. (2013) alimentaban con sus resultados la importancia del entrenamiento en compasión como inductor de resiliencia y fortalecimiento de los recursos personales, lo que permitiría al personal de Enfermería experimentar compasión sin posicionarles como más vulnerables a la FC. De la misma manera, el entrenamiento en autocompasión parece ser imprescindible para la SC, reforzando dimensiones como la autoamabilidad (tratarse de manera amable y positiva, relacionado con el afecto positivo), la falibilidad como condición humana (la imperfección es lo que dota a las personas de posibilidad de cambio) y el *mindfulness* (capacidad de balancear y no evitar pensamientos y emociones negativas) (Neff, 2003). De hecho, niveles altos de autocompasión, entendida ésta como un tipo de resiliencia, correlacionarían de manera inversa con el *burnout* (Dev et al., 2018; Durkin et al., 2016).

Junto a estos factores, es importante hacer hincapié en la tenencia y uso de una adecuada red social de apoyo, el cuidado de la salud y el equilibrio entre la esfera personal y la profesional. De hecho, se ha defendido que el autocuidado juega un papel realmente importante ante la difícil tarea de enfrentar y afrontar la muerte de manera continuada (Sansó et al., 2015), enfatizando el descanso físico (horas de sueño) (Jarrad & Hammad, 2020). En la misma línea, se defiende la importancia de establecer metas realistas en relación con la carga de trabajo y cuidados de las personas y la necesidad de aprovechar momentos de descanso para desconectar y practicar relajación, así como aprender a mirarse con compasión en los momentos de mayor estrés (Aranda et al., 2018; Cohen-Katz et al., 2005; Hevezi, 2016; Newell & MacNeil, 2010; Peters, 2018; Potter et al., 2013).

Para finalizar, en consonancia con la propuesta de empoderar a los y las profesionales y reforzar su compromiso con el rol asistencial, Brown (2006) formuló una serie de autopreguntas orientadas a construir oportunidades y retos.

Así, partiendo de una identificación con la persona asistida, proponía al o a la profesional hipotetizar sobre su propia vivencia en caso de ingreso en ese espacio, animando a formular sugerencias para hacer más saludable el ambiente tanto físico como emocional. En la misma línea, Perry et al. (2011) respaldaban la implementación de una filosofía proactiva, con la convicción de que “siempre hay algo más que se puede hacer”. Señalaban, de manera consecuente, la creación de retos, el pensamiento positivo y la creatividad, junto con la adquisición de herramientas suficientes para el correcto manejo de las emociones derivadas de la implicación personal en los procesos de cuidado de personas que sufren, como elementos imprescindibles para obtener satisfacción en las profesiones asistenciales.

Capítulo 3.

Estado actual de la investigación

En el tercer y último capítulo del marco teórico, se realiza un recorrido por algunas investigaciones relacionadas con la calidad de vida profesional en Enfermería. El capítulo está articulado en tres apartados. En el primero, se realiza un breve recorrido histórico desde los modelos centrados en enfermedad, carencias y dificultades, hasta la aparición de los modelos salutogénicos, centrados en posibilidades, recursos y fortalezas de los y las profesionales.

En el segundo apartado, se presenta revisión de prevalencias de SC y FC/ETS de algunos estudios realizados con población de características similares, tomando como referencia las áreas asistenciales contempladas en la presente investigación (Oncología, Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos).

Finalmente, en el tercer y último apartado, se abordan estudios centrados en estas dos dimensiones de la Calidad de Vida Profesional (SC y FC/ETS), que presentan, además, datos sobre las variables contempladas en la presente investigación. De esta manera, en apartados específicos, se presentan investigaciones que abordan las variables sociodemográficas y profesionales, así como las variables explicativas de resiliencia, empatía, actitudes ante la muerte y rasgos de personalidad.

3.1. Introducción

En consonancia con una creencia aún defendida hoy día por algunas personas, Wakefield (2000) afirmaba que, en el ámbito profesional, “se espera que las enfermeras sigan trabajando con normalidad una vez que el paciente ha fallecido” (p. 247). Consecuentemente, asumir la impermeabilidad de los y las profesionales de Enfermería ante el dolor, la angustia y la muerte de las personas es una de las razones principales, como ya se adelantaba, por las cuales, durante mucho tiempo, no se ha prestado especial atención a los efectos que tiene sobre los mismos el trabajo continuado asistiendo a personas con alto sufrimiento y/o

en proceso de muerte, así como a sus familias. Sin embargo, las repercusiones biológicas, psicológicas, emocionales e institucionales son lo suficientemente importantes como para ser tenidas en cuenta (Perdigon & Strasser, 2015).

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud subrayó la importancia de los recursos humanos de los sistemas de salud en su “Informe sobre la Salud en el Mundo” (World Health Organization, 2000). En este escrito defendía que los conocimientos, aptitudes y motivación de los y las profesionales son básicos para el buen funcionamiento de los sistemas de salud. A pesar del planteamiento positivo, en las últimas dos décadas, han proliferado notablemente el número de investigaciones centradas en valorar las vivencias negativas que resienten la calidad de vida profesional. Sin embargo, siguen siendo muy escasos los estudios centrados en la vivencia positiva del rol de cuidar dentro del colectivo de Enfermería, apareciendo generalmente como dato complementario al estudio de la FC/ETS y del *burnout*.

Es importante señalar, no obstante, que en los últimos años se está produciendo un interesante viraje en la cultura occidental desde los modelos que situaban la enfermedad, o su ausencia, como centro de la salud (modelos biomédicos, de orientación patogenicista), a los modelos centrados en la posibilidad (perspectiva salutogénica, de promoción de la salud, Antonovsky, 1996), hasta llegar al modelo de estado completo de bienestar, que contempla una combinación de los dos anteriores, sumando a la ausencia de enfermedad, las capacidades de la persona (Keyes, 2007). Se ha pasado de focalizar la atención en los signos y síntomas de la enfermedad, en las conductas de riesgo, carencias y dificultades de ajuste de las personas a su entorno, a centrar la mirada en sus posibilidades, sus recursos y fortalezas, así como en las oportunidades de optimización de las respuestas de adaptación ofrecidas ante las demandas del entorno. De una visión centrada en prevenir e intervenir enfermedades a otra centrada en promocionar salud.

Desde la aparición del término *salutogénesis* (Antonovsky, 1996), cuyo significado hace referencia a los orígenes de la salud, el planteamiento básico ha sido entender la salud y la enfermedad como dos realidades dentro de un mismo

continuo y no como categorías excluyentes entre sí (Keyes, 2005). De aquí deriva la reflexión que se convierte en axioma de inquietud: “todas las personas nos encontramos en el peligroso río de la vida. La doble pregunta es: ¿cómo de peligroso es el río?, y ¿cómo de bien sabemos nadar?” (Antonovsky, 1996, p.14). Martin Seligman, padre de la denominada Psicología Positiva, edificaba, en torno a la respuesta a la segunda cuestión, el eje central para un nuevo paradigma (Seligman, 2003), donde el énfasis estaría puesto en tratar de explicar porqué algunas personas son capaces de mantener un funcionamiento psicológico positivo incluso ante circunstancias adversas. En este contexto, el término *flourishment*, traducido como florecimiento, en alusión al despertar de las competencias de las personas (Seligman, 2002), ocuparía un lugar privilegiado dentro de un modelo asentado en cinco pilares básicos (Seligman, 2012). Dichos pilares hablarían de la capacidad de las personas para: (1) experimentar emociones positivas; (2) asumir compromiso y poner, así, en marcha las propias fortalezas; (3) establecer relaciones interpersonales positivas; (4) dotar de significado y de sentido a la vida, relacionado con el deseo de afrontar nuevos retos y buscar motivaciones; y (5) en coherencia, la capacidad para percibir logro al afrontar dichas metas. Las iniciales de estas dimensiones en inglés darán nombre al modelo, conocido como modelo PERMA (*Positive emotions, Engagement, Relationships, Meaning y Accomplishment*) (Seligman, 2012).

Ante este nuevo reto, la Organización Mundial de la Salud, en un intento de definir la Salud Mental (OMS, 2005), concluyó que ésta se trata de algo más que la ausencia de enfermedad mental, subrayando que supone la presencia de “un estado de bienestar en el que el individuo pone en marcha sus propias capacidades, hace frente a los estresores de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad” (p.12). Desde el modelo de bienestar completo, además, se establece una progresión interesante de contemplar, que tiene sus orígenes, precisamente, en la categorización de las enfermedades mentales. De manera resumida, Keyes (2007), aunando tanto la posible presencia de enfermedades diagnosticables dentro de los ejes de la ansiedad y del estado de ánimo, como el funcionamiento positivo de la persona,

propuso la posibilidad de distribuir a la población general en base a tres perfiles: (1) aquellas personas que “languidecen” (en inglés *languishing*), cuyo funcionamiento estaría altamente comprometido, (2) las que disfrutaran de un estado de “moderada salud mental” y (3) aquellas que pueden “florecer”, es decir, que optimizan sus recursos y gozan de bienestar global. Su modelo diagnóstico se puede observar en la tabla 2. De él se deriva que, para catalogar a una persona de “floreciente”, ha de puntuar de forma elevada en al menos 1 de las dimensiones hedónicas (área de bienestar emocional) y en al menos 6 de las dimensiones de funcionamiento positivo (bienestar psicológico y bienestar social), mientras que puntuaciones bajas con los mismos criterios situarían a la persona en riesgo de “languidecer”.

Tabla 2.

Dimensiones de la Salud Mental en términos de flourishment (Keyes, 2007, p. 98)

Área	Dimensiones	Descripción
Bienestar emocional	Afecto positivo	Alegría, interés por la vida, calma, paz
	Percepción buena calidad de vida	Satisfacción mayoritaria o alta con la vida en general
Bienestar psicológico	Autoaceptación	Actitudes positivas hacia uno mismo
	Crecimiento personal	Retos, <i>insight</i> de fortalezas, sentido de continuo desarrollo, apertura a retos
	Metas en la vida	Vida propia con sentido y dirección
	Competencias ambientales	Habilidad para seleccionar, manejar y moldear los entornos personales con el objetivo de dar cobertura a necesidades
	Autonomía	Estándares y valores internos socialmente aceptados. Resistencia a la presión social
Bienestar social	Relaciones sociales	Relaciones personales de confianza y calidez
	Aceptación social	Actitudes positivas, conocimiento y aceptación de diferencias interpersonales
	Actualización social	Confianza en el potencial y la capacidad de crecimiento positivo de las personas
	Contribución social	Valoración de las actividades diarias como útiles para otros. Resultados de las acciones valorados por los demás.
	Coherencia social	Consideración de la vida social como interesante y significativa
	Integración social	Sentido de pertenencia y apoyo de la comunidad

Como se puede deducir, Keyes (2007) describió que las personas con excelente salud mental, es decir, aquellas que refieren un completo bienestar y se encuentran, por tanto, en posición de “florecer”, presentarían, de manera coherente con lo expuesto por Seligman (2012),

menores niveles de impotencia percibida (por ejemplo, baja percepción de control sobre la vida), niveles más altos de metas funcionales (por ejemplo, saber qué quieren de la vida), niveles más elevados de resiliencia auto-reportada (por ejemplo, aprendizaje de las adversidades), y niveles más altos de intimidad (por ejemplo, sentimientos de cercanía a familiares y amigos). (p. 100)

Si trasladamos esta reflexión al ámbito de la profesión enfermera, es indudable que la calidad de vida profesional está intrínsecamente relacionada con la percepción de completo bienestar de los y las profesionales. O, en otras palabras, con su salud mental positiva, término introducido inicialmente por Jahoda (1958) y recuperado posteriormente por Lluch (2002), quien definió el modelo conceptual de Salud Mental Positiva, desarrollando, además, una escala para su evaluación. En palabras de Lluch (2015), se trata de “un constructo dinámico y fluctuante que incluye pensamientos y, muy especialmente, sentimientos tanto positivos como negativos, ya que tan sano es estar preocupado cuando se viven situaciones de incertidumbre, como sentirse feliz cuando todo transcurre favorablemente” (p.1). De esta manera, su modelo conceptual incluye 6 factores, que han de mostrarse equilibradamente para lograr una salud mental positiva. Dichos factores son: (1) satisfacción personal, que abarca el autoconcepto, la autoestima y la satisfacción con la vida; (2) actitud prosocial, en cuanto a sensibilidad social, aceptación de diferencias interpersonales y deseo de ayuda o apoyo a los demás; (3) autocontrol, en referencia a la capacidad para afrontar el estrés, tolerar la frustración y la ansiedad y mostrar equilibrio emocional; (4) autonomía, que implica la capacidad para autorregularse, tomar decisiones con criterios propios, y mantenerse seguro; (5) resolución de problemas y autoactualización, en referencia a la flexibilidad y la capacidad de adaptación, la capacidad para resolver problemas y para crecer de manera continuada; y (6)

habilidades de relación interpersonal, que incluyen no solo las habilidades comunicacionales, sino las emociones, mostrando habilidad para hablar de sentimientos y transmitir y recibir afecto.

Una vez contemplados los factores anteriores, no es difícil entender porqué la literatura utiliza indistintamente los términos bienestar y salud mental positiva para describir un estado de plenitud, proacción y satisfacción, tal y como se desprende de la revisión de Muñoz et al. (2016) y Santiago et al. (2020).

Por otro lado, fue al amparo del paradigma positivista bajo el que plantearon, además, Radey y Figley (2007) su modelo explicativo de la SC, tal y como se ha dibujado previamente en el apartado 2.3. Guiada por esta propuesta, la presente investigación ha tomado en cuenta algunas variables consideradas por la literatura de especial interés por el papel que juegan en el desarrollo de procesos de satisfacción profesional. Dichas variables giran en torno a características sociodemográficas y profesionales, así como variables adaptativas, centradas en la capacidad de resiliencia de las personas que componen los equipos de Enfermería, en su capacidad para empatizar, las actitudes que presentan en torno a la muerte y los rasgos de personalidad predominantes. Precisamente por ello, uno de los objetivos de la presente investigación es, sin prescindir de la FC/ETS, estudiar las dimensiones relacionadas con la SC y tratar de identificar aquellos factores que facilitan en los y las profesionales una percepción positiva de su labor asistencial, más que estudiar cómo reducir o evitar las vivencias negativas.

Para poder equilibrar la revisión de la literatura, se tomarán en cuenta aquellas investigaciones realizadas en los últimos 10 años y que hayan utilizado la *Professional Quality Of Life Scale* (en adelante, ProQOL) en sus versiones IV o 5 (Stamm, 2010) como instrumento de medición. Aunque esta escala contempla también el *burnout*, se tomarán las puntuaciones en esta escala solo de manera anecdótica para completar la visión de la prevalencia de cada dimensión. A partir de ahí, el presente estudio centrará la atención en las dimensiones SC y FC/ETS, por ser las menos exploradas en la literatura y las que requieren mayor revisión en el ámbito de la Enfermería.

3.2. Prevalencias de SC y FC/ETS en función del área asistencial

De la revisión de la literatura se desprende la dificultad para poder presentar, con ciertas garantías, una visión esclarecedora de las prevalencias sobre las dimensiones de la calidad de vida profesional en el personal enfermero.

Además de la gran diversidad de perfiles de muestra contemplados y la variabilidad en las versiones del ProQOL utilizadas para valorar dichas dimensiones, el estudio comparativo de prevalencias se complica aún más si se tiene en cuenta la disparidad en los criterios de interpretación de la escala. Tal y como se explicará de manera más exhaustiva en el capítulo 7 (*Variables e instrumentos de valoración*), punto 7.2. (*Professional Quality of Life Scale, ProQOL, versión 5*), sirva aquí como adelanto la inconsistencia interpretativa derivada de aplicar los criterios individuales o los grupales a los valores del ProQOL, tal y como ya señalara Hagan (2019). Por un lado, los criterios grupales establecen puntos de corte en función del grupo, estableciendo los percentiles 25 y 75 como puntos de referencia. Por otro lado, siguiendo los puntos de corte establecidos en base a las puntuaciones directas, es decir, aplicando el criterio individual, resulta altamente improbable la incorporación de sujetos en el nivel elevado de FC/ETS, tal y como reflejan los datos arrojados por diversos estudios, como se podrá comprobar más adelante.

A pesar de la brecha interpretativa que se abre entre ambos criterios, no se halla en las diversas investigaciones una preferencia definida entre la aplicación de los criterios individuales con puntuaciones directas y la aplicación de los criterios grupales con puntuaciones tipificadas. Para intentar salvar las discrepancias obviamente generadas, en la presentación del estado de la investigación que sigue se ha optado por tomar, como dato de contraste, la medida directa de las dimensiones contempladas en los casos en los que ha sido posible, a pesar de que se reportaran discutivamente los datos categorizados. Asimismo, con el propósito de facilitar la comprensión de los datos, se ha prescindido, de

manera coherente, de aquellos estudios en los que únicamente constaban reportados los rangos en función de criterios individuales.

Salvando las citadas dificultades, a continuación, se trata de ofrecer una visión general sobre las prevalencias de la SC y de la FC/ETS en relación con el área asistencial donde desarrollan las labores de cuidado los equipos de Enfermería seleccionados. Las áreas asistenciales contempladas serán Oncología, Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos, dado que son las áreas de las que se nutre la presente tesis doctoral. Por otro lado, se priorizarán aquellos estudios realizados a partir del año 2010, de cara a obtener información lo más actualizada posible.

Para comenzar, centrada la atención en aquellos equipos de Enfermería de unidades de Oncología, se puede afirmar que no existe consenso a la hora de establecer prevalencias concluyentes. Mientras algunas investigaciones registran cierta superioridad de las puntuaciones asociadas a la dimensión negativa de la calidad de vida profesional en personal de Enfermería, otras apuntan en la dirección contraria. Sin embargo, tal y como se expondrá a continuación, son numerosos los estudios que reportan la presencia de SC al mismo tiempo que reflejan el riesgo de FC/ETS entre el personal de Enfermería.

Así, algunos estudios estiman una alta vulnerabilidad del personal de Enfermería de unidades de Oncología, sobre todo entre profesionales noveles (Reiser & Gonzalez, 2020; Wu et al., 2014), fluyendo de manera paralela junto a niveles medios de SC. Por su parte, Ortega-Campos et al. (2020), a través del meta-análisis realizado en su revisión sistemática sobre 15 estudios llevados a cabo en diferentes países, reportaron niveles elevados de *burnout* y FC/ETS en equipos de Enfermería de servicios de Oncología y niveles medio-altos de SC. Igualmente, la investigación llevada a cabo por Arimon-Pagès et al. (2019) con una muestra compuesta por 297 profesionales de Enfermería que desarrollaban su labor en unidades de Oncología de hospitales universitarios de España, parece secundar lo anterior. Siguiendo los criterios grupales de interpretación del ProQOL 5, el 18.2% de la muestra presentaba baja SC, el 47.5% se situaba en niveles moderados, mientras que el 34.3% lo hacía en niveles elevados de la dimensión SC. En relación

con la FC/ETS, el 11.4% reflejó niveles bajos, mientras que el 51.2% mostró niveles moderados y el 37.4%, niveles elevados en esta dimensión. Por su parte, el 62.6% obtuvo puntuaciones moderadas para *burnout* y el 20.2% se situó en el rango más elevado. De manera similar, en el estudio llevado a cabo por Duarte y Pinto-Gouveia (2017) con 221 enfermeras de Oncología, el 48% se situó en niveles medios de SC y el 25.3% reflejó elevada SC, mientras que para la dimensión FC/ETS, el 62% arrojó puntuaciones medias y el 24.9% puntuaciones altas. Con relación al *burnout*, el 53.8% de la muestra se situó en niveles moderados mientras que el 26.7% lo hizo en niveles elevados de desgaste profesional. Tal y como se ponía también de manifiesto en el estudio de Arimon-Pagès et al. (2019), en la muestra aparecen combinados niveles notables tanto de SC como de FC/ETS (siendo estos últimos ligeramente superiores, apoyados, además, por los datos de *burnout*), reflejando así el impacto emocional de la labor de cuidado en los equipos de Enfermería. Datos muy similares fueron obtenidos en el estudio de Yu et al. (2016) con 650 profesionales de Enfermería de hospitales de China, y en el de Laor-Maayany et al. (2020), estudio que tomó como muestra 92 profesionales de Medicina. En dicho estudio, se establecieron asociaciones positivas entre la FC/ETS y el duelo, y entre la FC/ETS y la sensación de fracaso e impotencia, que, a su vez, se asoció inversamente con la SC, identificándose, así, algunas de las emociones más frecuentes.

En el estudio realizado por Jarrad y Hammad (2020) con 100 enfermeras especializadas en Oncología, la hipótesis propuesta caminaba en la misma dirección que los estudios anteriores, asumiendo mayor FC/ETS y *burnout* y menor SC en este colectivo. La hipótesis fue secundada por los resultados, que avalaron bajo nivel de SC, riesgo moderado de *burnout* y extremadamente elevado de FC/ETS. Algo semejante ocurría en la investigación llevada a cabo por Wentzel y Brysiewicz (2018) con una muestra de 249 profesionales de Enfermería oncológica en Sudáfrica. Aunque los resultados obtenidos la situaban en niveles medio-altos de SC ($M = 41.48$, $DT = 4.61$), por encima de los reportados por Jarrad y Hammad (2020), las puntuaciones obtenidas en FC/ETS volvían a retratar, de nuevo, niveles elevados de FC/ETS ($M = 26.93$, $DT = 5.36$).

Por su parte, Wu et al. (2016) estudiaron la calidad de vida profesional en una muestra combinada de 549 enfermeras estadounidenses y canadienses de Oncología. En ambas submuestras se pueden observar niveles elevados tanto para SC como para FC/ETS, siendo muy similares sus puntuaciones. Así, para la muestra estadounidense, la SC, presentó una $M = 42.37$, $DT = 5.27$, y la FC, $M = 22.65$, $DT = 5.77$, mientras que, en la canadiense, la SC obtuvo una $M = 42.6$, $DT = 4.7$ y la FC, $M = 22.41$, $DT = 5.6$. Además, de su investigación se deriva la relevancia de la cohesión de equipo en relación con las dimensiones contempladas.

La mayor presencia de emociones positivas en relación al rol de cuidado ejercido por los y las profesionales de Enfermería de Oncología parece quedar secundado por los hallazgos de Duarte (2017) en su estudio de validación de la versión 5 del ProQOL con población portuguesa. En él, los equipos de enfermería de Oncología obtuvieron puntuaciones más altas de SC que equipos de otras especialidades.

Por otro lado, con relación a las dimensiones de la calidad de vida profesional en equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos, conclusiones derivadas de las revisiones realizadas por Van Mol et al. (2015) y Alharbi et al. (2019) ponen de manifiesto la imposibilidad de acordar prevalencias de FC/ETS, dada la altísima variabilidad reflejada en los estudios contemplados, que varía desde un 0% (Mason et al., 2014) hasta un 40% (Elkonin & Van der Vyver, 2011). No obstante, parte de esta diferencia queda explicada por los criterios de interpretación escogidos en cada caso, por lo que toda lectura ha de hacerse con precaución. Ambas revisiones centran su atención en el impacto negativo del cuidado ejercido. En la primera (Van Mol et al., 2015), se tomaron todos los estudios realizados entre 1992 y 2014 que estuvieran relacionados con la prevalencia de *burnout* y FC/ETS en personal de Enfermería de Cuidados Intensivos. En la realizada por Alharbi et al. (2019), se revisaron las investigaciones realizadas entre 2000 y 2018 que se centraran en la prevalencia de FC/ETS en la misma población diana. Como se puede observar, los aspectos positivos, es decir, la SC, en sí mismos no han atraído la atención de los estudios

de manera protagonista, reportándose, mayoritariamente, como dato complementario.

Mason et al. (2014) estudiaron la calidad de vida profesional en una muestra de 26 profesionales de Enfermería intensivista, incluyendo, junto a las pruebas psicométricas, preguntas abiertas para conocer de primera mano la parte más vivencial de las personas que participaban en el estudio. Los resultados reflejaron niveles más elevados de SC (el 73% de la muestra se situó en niveles moderados de SC y el 27%, en niveles elevados) que de FC/ETS (61.5% mostraron niveles bajos en esta dimensión y el 38.5%, niveles moderados), mientras que el *burnout* estaba más presente, con el 57.7% en niveles moderados, y el 42.3%, en niveles bajos. Como se puede observar, ninguna persona puntuó alto en FC/ETS, y ninguna se situó en niveles bajos de SC, poniendo de manifiesto los sesgos generados por la aplicación de los criterios individuales en la interpretación del ProQOL 5. No obstante, el 23% de las personas entrevistadas identificaron la muerte, la toma de decisiones que acontece al final de la vida o la incertidumbre sobre la evolución de las personas asistidas, principalmente en los casos en los que el sufrimiento es protagonista, como aspectos de gran intensidad emocional en su día a día profesional, aspectos de los que no era fácil evadirse.

Por su parte, Elkonin y Van der Vyver (2011), en su investigación con 30 enfermeras intensivistas de hospitales privados londinenses, reportaron niveles moderados de SC en el 46.5% de la muestra, mientras que, en los extremos, ésta se repartía casi equitativamente (26.5% en niveles bajos de SC y 27% en niveles elevados). Con relación a la dimensión negativa, los resultados clasificaron al 57% en niveles moderados de FC/ETS y al 40% de las enfermeras en estudio en niveles elevados de esta dimensión. Si a ello se suma que el 89.9% de la muestra puntuó moderado-alto en *burnout*, se pone de manifiesto la enorme carga emocional de las enfermeras y enfermeros del área de Cuidados Intensivos y su impregnación.

De manera similar, Hunsaker et al. (2015), en un estudio realizado con 278 enfermeras y enfermeros, reportó niveles medios-altos de SC ($M = 39.77$, $DT = 6.32$), mientras que los valores de FC/ETS ($M = 21.57$, $DT = 5.44$) situarían al colectivo en estudio en niveles elevados de la dimensión negativa, resaltando, de

nuevo, el gran impacto emocional que genera la situación de cuidado enfermero en unidades de cuidados de pacientes en situación crítica. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Kelly et al. (2015), quienes retrataron situados en rangos medios para SC y *burnout* en una muestra de 491 profesionales de Enfermería de la zona suroeste de Estados Unidos, mientras que los niveles de FC/ETS se situaron en rangos superiores.

Nuevamente bajo el prisma del sesgo interpretativo, es importante leer con cautela los datos del estudio de Meadors et al. (2010), quienes llevaron a cabo una investigación con una muestra de Enfermería que desarrollaba su labor en áreas de cuidados intensivos de pediatría y neonatales. En él hallaron niveles moderados de SC, bajos a moderados de FC/ETS y bajos de *burnout*. En la misma línea y bajo el mismo sesgo, se encuentra lo reportado por Sacco et al. (2015), quienes contaron con la colaboración de 221 profesionales de Enfermería de unidades intensivistas tanto de adultos como de pediatría. Los resultados obtenidos situaron al 57% de la muestra en niveles moderados de SC y al 43% en niveles altos, mientras que el 74% se situó en niveles bajos de FC/ETS. Además, señalaron que en aquellas unidades en las que la gravedad de las personas atendidas era similar, los niveles de SC eran más elevados, mientras que, en unidades mixtas, aumentaba notablemente la puntuación tanto de FC/ETS como de *burnout*. Por su parte, Gómez et al. (2015) reportaron niveles elevados de SC en el 33.3% de una muestra de 31 enfermeras de unidades de cuidados críticos de la comunidad de Valencia, en España, frente al 60%, que se situó en niveles medios de SC, mientras que el 26.7% obtuvo puntuaciones altas en FC/ETS (53.3% en niveles medios) y el 16.7% puntuó alto en *burnout*, situándose otro 60% en niveles medios de esta dimensión.

Finalmente, en una investigación llevada a cabo por Mooney et al. (2017) se proponían hipótesis de comparación entre profesionales de Enfermería de servicios de Cuidados Intensivos (79% de la muestra, compuesta por un total de 86 personas) y de unidades de Oncología (21% de la muestra). Una de las hipótesis planteadas postulaba mayores niveles de *burnout* y FC/ETS en Cuidados Intensivos, así como menores niveles de SC. Los resultados confirmaron la

propuesta en relación con los niveles de SC y *burnout*; sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de FC/ETS de los y las profesionales de Cuidados Intensivos y Oncología, situados en ambos casos en niveles altos. Según las autoras, esto podría deberse a que en ambos servicios se lidia de manera continuada y directa con la muerte y el sufrimiento, por lo que las vivencias emocionales pueden ser similares. Resultados similares habían sido anteriormente reportados por Hooper et al. (2010), en cuya investigación el 50% de la muestra de Oncología se situó en niveles elevados de SC, el 33.3% hizo lo propio en la dimensión FC/ETS y el 25% lo hizo en *burnout*, frente al 25%, 28.1% y 34.4% respectivamente de la muestra de Cuidados Intensivos.

Para concluir la revisión de prevalencias, la tercera área asistencial que se contempla es Cuidados Paliativos. Comparados con otras disciplinas, los equipos enfermeros apuntan como colectivo especialmente vulnerable en este ámbito. Así lo atestigua, por ejemplo, el estudio realizado por Slocum-Gori et al. (2011) en una muestra multiprofesional de 503 profesionales de diversos servicios del área de Cuidados Paliativos en Canadá. Entre las diferentes disciplinas, Enfermería se posicionó como el conjunto de profesionales con puntuaciones más elevadas tanto en la dimensión FC/ETS como en *burnout*. Por su parte, en la revisión sistemática llevada a cabo por Beck (2011), se señalaba que el 78% de los y las profesionales de Enfermería estarían en riesgo de FC/ETS. Sin embargo, desde una perspectiva comparativa, de su revisión se extrae que el nivel de FC en profesionales de Enfermería ubicados en servicios de Cuidados Paliativos era menor que en otras especialidades, como Emergencias, Oncología o Pediatría.

Por su parte, Sansó et al. (2015) reportaron niveles moderados-altos de SC, moderados de FC/ETS y bajos-medios de *burnout*, en una muestra de 385 personas adheridas a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Más concretamente, el 48.3% de la muestra se situó en niveles elevados de SC y el 47.4% lo hizo en el rango medio, frente al 62.7%, que obtuvo puntuaciones moderadas de FC/ETS y al 65.7% de la muestra, que se situó en el rango inferior de *burnout*. Dichos resultados fueron mejorados ligeramente en el estudio de validación de la versión IV de la escala ProQOL con población brasileña (Galiana

et al., 2017). En dicho estudio, de carácter intercultural, participaron 161 profesionales, de los cuales, el 60% se situó en el rango superior de SC, el 56% puntuó de manera moderada en FC/ETS y el 68.5% se situó en niveles bajos de *burnout*. Parece quedar retratada, así, una mayor presencia de vivencia positiva en relación con el propio rol de cuidado entre los y las profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos, coexistiendo con niveles moderados de FC/ETS, combinación ya observada en estudios anteriores.

De manera coherente, en el estudio llevado a cabo por O'Mahony et al. (2018) con el objetivo de valorar si ciertos rasgos de personalidad condicionaban la FC/ETS en una muestra multidisciplinar de 66 profesionales de Cuidados Paliativos, se reportaron niveles altos de SC y bajos tanto de FC/ETS como de *burnout*. Finalmente, Buceta et al. (2019), en una muestra de 480 profesionales de España que trabajaban con personas de edad avanzada y en estado de dependencia, concluye en la misma dirección que los estudios anteriores. En su investigación, que no contemplaba la FC/ETS, se hallaron niveles notablemente más elevados de SC que de *burnout*. De hecho, las personas que desarrollaban su profesión en unidades de Cuidados Paliativos obtuvieron significativamente menores niveles de *burnout* que en otras especialidades. Por otro lado, los y las profesionales de Enfermería, más concretamente los y las Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, que componían aproximadamente el 11% de la muestra, obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas de SC que compañeros y compañeras de Medicina o Psicología. Como conclusión interesante, propusieron que tanto la vocación como la amabilidad hacia uno o una misma, la satisfacción por poder desempeñar labores de cuidado, así como la ausencia de *burnout*, se perfilaban como las variables con mayor poder de influencia sobre la SC.

En resumen, a pesar de la disparidad de datos, y contemplando la coexistencia, en muchas ocasiones, de niveles notables de SC y de FC/ETS, la literatura parece señalar similar prevalencia de SC y FC/ETS en unidades de

Oncología, mayor *burnout* en unidades de Cuidados Intensivos, y niveles altos de SC, combinados con bajo *burnout*, en Cuidados Paliativos.

3.3. Estado de la investigación sobre SC y FC/ETS y variables relacionadas

Desde la aparición del concepto de Calidad de Vida Profesional, muchos estudios han tratado de establecer la posible relación entre sus dimensiones y variables muy diversas. A continuación, se presenta el estado de la investigación actual en relación con SC y FC/ETS en función de variables sociodemográficas y profesionales, y otras variables adaptativas como la resiliencia, la empatía, las actitudes ante la muerte o los rasgos de personalidad. El estado de cada una de las variables mencionadas se presentará en apartados diferenciados para facilitar su lectura y comprensión.

3.3.1. SC y FC/ETS en función de variables sociodemográficas y profesionales

En un reciente meta análisis correlacional realizado por Zhang et al. (2018) se ponía de manifiesto la alta variabilidad de prevalencia reportada para las dimensiones de la calidad de vida profesional dentro del colectivo enfermero, variabilidad explicada, entre otras, por la gran diversidad de metodologías y de perfiles de muestra, lo que hace más complicada la comparación. En su revisión, incluyeron 11 estudios en los que se había utilizado el ProQOL en población enfermera, recogiendo información de variables demográficas y socioculturales bajo el punto de vista de la correlación. Entre las conclusiones alcanzadas, señalaban la ausencia de correlación entre las variables sociodemográficas y la SC y FC/ETS.

En la presente revisión, las variables sociodemográficas a contemplar incluyen la categoría profesional dentro de Enfermería (enfermeras y enfermeros y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, en adelante, TCAE), el sexo, la edad, la experiencia profesional, medida en años de trabajo, y la formación

recibida con relación al tema de la muerte y/o el duelo. Como se verá, algunos estudios no reflejan diferencias significativas en función de ninguna de las variables referidas (Buceta et al., 2019; Zhang et al., 2018); otras, sin embargo, arrojan datos poco consistentes.

En función de la **categoría profesional**, en general son muy escasos los estudios en los que se diferencia entre las figuras de enfermero y enfermera y TCAE. La mayor parte de la literatura los engloba dentro de la categoría unitaria de personal de Enfermería, por lo que resulta complicado extraer datos comparativos exhaustivos.

No obstante, Campos Méndez (2015) no halló diferencias significativas en los niveles de SC, FC/ETS o *burnout* entre las personas que desarrollaban su labor asistencial como TCAE en centros de personas mayores de Extremadura, España, y las que lo hacían como enfermeros y enfermeras. Estos resultados están en sintonía con los obtenidos en el estudio piloto que sirvió de base para la presente investigación, estudio que reflejó niveles similares de SC y FC/ETS dentro de los equipos de Enfermería de unidades oncológicas (Arribas-García et al., 2020).

En el estudio de Slocum-Gori et al. (2011) se señalaba a enfermeros y enfermeras como el personal asistencial en mayor riesgo de desarrollar FC/ETS, en comparación a otras profesiones relacionadas con el ámbito asistencial, aunque en su estudio tampoco se diferenciaba entre enfermeros y enfermeras y TCAE. Por su parte, Sprang et al. (2007) hallaron que las personas con mayor formación académica a nivel universitario, presentaban mayor FC/ETS que personas con titulaciones más bajas, sin referencia directa a las categorías en estudio.

Con relación a los niveles de SC, Sacco et al. (2015) reportaron que aquellas enfermeras y enfermeros con mayor formación universitaria o de especialidad presentaban frecuentemente mayor SC que aquellas personas que contaban únicamente con sus estudios de titulación. Por su parte, Merlo et al. (2020) refirieron niveles significativamente más elevados de SC entre aquellos y aquellas cuidadoras con más años de formación en su haber, mientras que una menor cantidad de años de estudio se asociaba a mayor FC/ETS.

De manera similar, la posesión de un título superior de educación establecía asociaciones inversas significativas con el porcentaje de prevalencia de la FC/ETS y el *burnout* (Smart et al., 2014; Zhang et al., 2018), y se relacionaba positivamente con elevada SC (Jakimowicz et al., 2018), de lo que se podría deducir que una formación más exhaustiva y mayor entrenamiento podrían tener un efecto protector sobre las dimensiones negativas de la Calidad de Vida Profesional. En la misma perspectiva se sitúan los hallazgos de Shahar et al. (2019), quienes reportaron mayores niveles de SC en los y las profesionales de Enfermería de unidades de larga estancia que contaban con un título de especialidad, en su caso, de Geriatria.

En conclusión, de los escasos datos que arroja la revisión de la literatura se puede extraer que una formación más especializada establecería relaciones directas con los niveles de SC, no estando clara su influencia sobre los niveles de FC/ETS. No obstante, dicha formación haría más referencia a estudios post-titulación que a la diferencia en categoría profesional dentro de los equipos de Enfermería.

En relación con el **sexo**, no parece existir consenso. Aunque en el banco de datos del ProQOL no se habla de diferencias significativas en la calidad de vida profesional en función de esta variable, algunas investigaciones describen a los hombres como más propensos a alcanzar elevada SC (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Mooney et al., 2017) y otras describen a las mujeres, principalmente más jóvenes, con menor experiencia clínica y mayor titulación, como más tendentes a desarrollar FC/ETS (Gómez et al., 2015; Sprang et al., 2007). En algunos estudios, las diferencias no parecen ser significativas (Demirci et al., 2010; Hunsaker et al., 2015), mientras que otros dibujan el perfil contrario, es decir, mayores puntuaciones de SC por parte de mujeres frente a hombres (Duarte, 2017; Hooper et al., 2010; Roney & Acri, 2018; Sacco et al., 2015).

Más concretamente, Gleichgerrcht y Decety (2013) hallaron mayor SC en hombres y mayor *burnout* en mujeres, mientras que la dimensión FC/ETS, no arrojó diferencias significativas por sexo. No obstante, controlada por edad y experiencia profesional, no se halló variabilidad significativa en la percepción

sobre la calidad de vida profesional. Por su parte, en el estudio realizado por Mooney et al. (2017), los hombres obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en SC que las mujeres, mientras que las mujeres puntuaron más alto en *burnout* y en FC/ETS. Estos resultados señalan a las mujeres como más propensas a presentar agotamiento emocional, en concordancia con lo que ya plantearan en su momento Purvanova y Muros (2010) tras llevar a cabo una revisión sistemática de 183 estudios. Una de las posibles explicaciones, según Gleichgerrcht y Decety (2013), es que las puntuaciones en las mujeres son, en general, más altas en empatía que entre los hombres. Esta diferencia en las puntuaciones se aprecia, sobre todo, en la dimensión preocupación empática y distrés personal, no así tanto en adopción de perspectivas, lo que podría conducir a una mayor sobreimplicación y, de ello, derivar un mayor agotamiento emocional en las mujeres, mientras que los hombres tenderían a centrar la atención fuera de sus propios sentimientos. Para autores como Sprang et al. (2007), la diferencia puede quedar explicada por dos razones principales. Por un lado, existiría un problema de sobrerrepresentación de mujeres en las investigaciones, siendo el porcentaje de hombres no representativo del colectivo enfermero en la mayor parte de las ocasiones. Por otro lado, a pesar de los avances sociales, la mayor vulnerabilidad de las mujeres para FC/ETS podría quedar, en parte, explicado por el rol cultural otorgado a la mujer, supeditado, con frecuencia, al cuidado y al acompañamiento.

Sin embargo, esta última explicación es esgrimida casi sin variación por Ruiz-Fernández et al. (2020) para secundar justo lo contrario, es decir, una mayor SC mostrada por las mujeres en su estudio. En dicha investigación, llevada a cabo con una muestra de 1521 enfermeras y enfermeros del Sistema Andaluz de Salud, en España, ser mujer se posicionó como variable ventajosa para la SC, no arrojando diferencias significativas para FC/ETS. Así, para los autores, desde una perspectiva cultural, el hecho de que las mujeres sean protagonistas de los procesos de cuidado tanto en entornos formales como informales, les proporcionaría ventaja a la hora de “desarrollar competencias empáticas

compasivas y cultivar la compasión, que es un factor de protección contra la FC y un elemento clave para conseguir elevados niveles de SC" (p. 1261).

En línea con los resultados del estudio anterior, tanto Sacco et al. (2015) en una muestra de 221 enfermeras y enfermeros de las áreas de Cuidados Intensivos, como Roney y Acri (2018), en una muestra de Enfermería pediátrica, habían hallado mayor SC en las mujeres frente a los hombres. Idénticos resultados reportó Duarte (2017), quien señaló, además, que el sexo no influía en el resto de dimensiones de la calidad de vida profesional.

En cuanto a la variable **edad**, las investigaciones tampoco parecen arrojar datos consensuados. Para Alkema et al. (2008) y Young et al. (2011), por ejemplo, la edad se relacionaría de manera directa con el *burnout*, pero no arrojaría diferencias significativas para SC o FC/ETS. No obstante, tanto Kim y Choi (2012) como Duarte y Pinto-Gouveia (2017) hallaron que las personas más jóvenes presentaban menores niveles de SC. La revisión de la literatura aporta algunas investigaciones que secundan estas conclusiones. Así, Hinderer et al. (2014) hallaron, en una muestra de 262 profesionales de Enfermería, que el 78.9% de los y las profesionales presentaban niveles elevados de SC, y que, entre otras variables, fueron la edad más avanzada y el mayor tiempo de trabajo las que se relacionaron de manera directa con la SC. Por su parte, Sacco et al. (2015) señalaron que las personas por debajo de 30 años y aquellas entre 40-49 años presentaban los mayores niveles de FC/ETS, y retrataron a aquellas de más de 50 años como las más satisfechas con su rol profesional. Hunsaker et al. (2015) reforzaban la conclusión de que el nivel de SC aumenta a medida que lo hace la edad de los y las profesionales de Enfermería, en sintonía con los hallazgos de Kim et al. (2014), en cuya muestra, compuesta por 448 enfermeros y enfermeras clínicas de Corea, las puntuaciones más elevadas en SC y las más bajas en *burnout*, fueron obtenidas por aquellas personas en el rango de edad superior a 40 años. Finalmente, según los resultados de la investigación de Kelly et al. (2015), tener más de 50 años se convertía, entre otras variables, en un predictor significativo de SC.

No obstante, no toda la literatura, como ya se adelantaba, concluye en la misma dirección. De esta manera, Ruiz-Fernández et al. (2020) retratan una disminución de los niveles de SC a medida que aumenta la edad del colectivo enfermero. En la misma dirección apuntan los resultados de Merlo et al. (2020), quienes subrayan la relación significativa y negativa entre la edad y la SC, aumentando a su vez la posibilidad de ocurrencia de FC/ETS y *burnout*.

Por otra parte, en relación con la FC/ETS, algunas investigaciones defienden que cuanto más jóvenes sean las personas que ejercen el cuidado, menores serán sus niveles de FC/ETS (Turgoose & Maddox, 2017). Sin embargo, otras defienden la hipótesis contraria, explicando que la capacidad para gestionar el impacto negativo de las situaciones de cuidado en el ámbito profesional mejora a medida que aumenta la edad de los y las cuidadoras. De esta manera, algunos estudios concluyen que a mayor edad, menor FC/ETS (Demirci et al., 2010; Hunsaker et al., 2015; Mooney et al., 2017). En la misma línea se posicionan Shahar et al. (2019), quienes estudiaron la calidad de vida profesional de 103 profesionales de Enfermería de áreas de larga estancia de Israel. Los resultados de su investigación retrataron mayores niveles de FC/ETS en las personas cuyo rango de edad se situaba por debajo de 48 años frente a aquellas que se situaban por encima de esa edad.

Tomando en consideración la **experiencia profesional** en el ámbito asistencial, Potter et al. (2010) señalaban una mayor vulnerabilidad en el personal de hospitalización con más años de experiencia, coherente con otros hallazgos (Gómez et al., 2015; Kelly et al., 2015; Kolthoff & Hickman, 2017; Slocum-Gori et al., 2011; Yu et al., 2016). De esta manera, avalaban la hipótesis del efecto acumulativo de la exposición prolongada a traumas de otras personas, hipótesis sostenida igualmente por Turgoose y Maddox (2017), quienes concluyeron, a partir de su revisión sistemática, aunque no sin reservas, que a mayor experiencia, mayor FC/ETS en la mayoría de las muestras de profesionales del ámbito de la Salud Mental. De manera similar, en la revisión de Ortega-Campos et al. (2020) se reporta un mayor riesgo de FC/ETS en profesionales con mayor tiempo de trabajo. A pesar de ello, en estas dos últimas revisiones sistemáticas presentadas,

los autores también señalaron la poca consistencia existente entre los distintos estudios contemplados.

De manera contraria, Gillespie et al. (2009) llegaron a la conclusión, a través de un estudio realizado con 735 enfermeros y enfermeras en Australia, que las personas con más edad y más años de experiencia clínica hacían frente mejor a los estresores del medio de trabajo, presentando menor FC/ETS. Estos resultados son consistentes con los estudios de Kim y Choi (2012) y Berger et al. (2015). Además, secundando esta misma postura, Mooney et al. (2017) postularon que el tiempo de trabajo se asociaría de manera positiva con SC, y de manera inversa con las dimensiones negativas de la calidad de vida profesional. Dicha disminución de los niveles de FC/ETS podría, según los autores, quedar explicada por la adquisición de estrategias de afrontamiento y manejo tanto de los estresores externos como de las propias emociones. De manera similar, Espinoza-Venegas et al. (2016) expusieron que la mayor experiencia profesional en el ámbito del acompañamiento y la asistencia a pacientes moribundos ayuda al profesional a desarrollar estrategias de afrontamiento positivo, lo que facilitaría que la dureza de la realidad asistencial interfiriera de manera muy atenuada en la percepción que los equipos de Enfermería tienen sobre de calidad de vida profesional.

Si bien no parece existir consenso en cuanto a la relación entre experiencia profesional y FC/ETS, la literatura parece coincidir a la hora de secundar la idea de que a mayor tiempo trabajado en el ámbito asistencial, mayor es el nivel de satisfacción con relación al cuidado compasivo (Hunsaker et al., 2015). De hecho, Hegney et al. (2014) señalaron que, por debajo de 5 años de experiencia profesional, la SC se sitúa en niveles inferiores que los reportados a partir de los 15 años de desempeño profesional. Un análisis más profundo de los resultados resaltó, además, que a la alta SC se unían niveles más bajos de *burnout*.

Estos resultados son similares a los reportados por O'Mahony et al. (2018) en una muestra multiprofesional de cuidados paliativos de Australia, en la que halló que las personas con mayor tiempo de experiencia profesional obtenían puntuaciones más elevadas en SC y más bajas en *burnout*. La asociación positiva entre el mayor tiempo de trabajo y la SC fue respaldada también por Wu et al.,

(2016), Jakimowicz et al. (2018) y Abendroth y Flannery (2006), quienes señalaron que los años de experiencia favorecen la toma de distancia y el balanceo o equilibrado de muchos estresores. Esta destreza aprendida estaría también relacionada con la capacidad de tomarse un tiempo para uno mismo y poder desconectar de la situación de cuidado para seguir adelante con la vida personal, siendo capaz de funcionar sin la interferencia insalvable de la esfera profesional. En esta línea, algunas investigaciones concluyen que la menor experiencia de los y las profesionales aumenta el riesgo de FC/ETS, al no haber desarrollado mecanismos de afrontamiento de situaciones emocionalmente estresoras (Flinton et al., 2018; Reiser & Gonzalez, 2020; Yoder, 2010) Por el contrario, algunos estudios defienden que si el tiempo de trabajo se controla por la edad, no genera efectos sobre la calidad de vida profesional (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Potter et al., 2010; Stamm, 2010).

Finalmente, la última variable profesional a contemplar como influyente en la percepción de la calidad de vida profesional del personal de Enfermería es la **formación específica en torno a la muerte y/o el duelo**. Contrariamente a lo que ocurriera con las anteriores variables revisadas, las conclusiones en este apartado parecen ser unánimes, al establecer que parte de los problemas relacionados con FC/ETS surgen, entre otros, de la falta de habilidades comunicativas en escenarios de alto contenido emocional (Boyle, 2010; Lombardo & Eyre, 2011) y de las dificultades de manejo emocional derivadas de la atención continuada a personas que sufren (Arimon-Pagès et al., 2019).

Por ello, y a pesar de los resultados reportados por Sansó et al. (2015) con relación a la no existencia de influencia de la formación complementaria sobre la calidad de vida profesional, la literatura defiende que la tenencia de la misma se asociaría a menores niveles de FC/ETS y actuaría como potenciadora de la SC (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Frey et al., 2018; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Smart et al., 2014). Además, tal y como señalaban Kirkpatrick et al. (2017), un adecuado entrenamiento en estrategias de manejo emocional y afrontamiento de situaciones relacionadas con la muerte, junto a la experiencia acumulada, aumentaría la competencia de cuidado (Marchán Espinosa, 2016) y la percepción

de SC (Roney & Acri, 2018; Sprang et al., 2007), mientras que la falta de formación se asociaría a mayor cansancio emocional y menor realización profesional (Martín, 2015). De hecho, la combinación de entrenamiento y conocimiento “daría cierta protección frente a los efectos adversos de la exposición al trauma (...) aumentando la autoeficacia del profesional a través del desarrollo de mejores competencias de valoración y tratamiento” (Sprang et al., 2007, p. 272), lo que redundaría igualmente en un aumento de los niveles de confianza en las propias posibilidades. A pesar de todo ello, la literatura sigue reflejando escaso porcentaje de profesionales formados al respecto (Arimon-Pagès et al., 2019; Arribas-García et al., 2020; Aycocock & Boyle, 2015).

3.3.2. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: resiliencia

El término resiliencia proviene de la física de los materiales, y hace referencia a la propiedad que permite a un material recuperar su posición inicial tras ser sometido a pruebas de estrés, como el estiramiento, el doblado o la compresión. Trasladado a las ciencias sociales, el enfoque adoptado en el estudio de la resiliencia ha ido evolucionando, desde una perspectiva fenomenológica, centrada en conocer los factores de protección ante estresores variados, hasta un enfoque más comprensivo, que divide sus esfuerzos entre entender el proceso que permite a las personas sobreponerse a las situaciones adversas e identificar los factores motivacionales que favorecen que las personas pongan en marcha estrategias de afrontamiento (Richardson, 2002).

Tal y como definía Waller (2001), la resiliencia es, “de manera simple, adaptación positiva en respuesta a la adversidad” (p. 292). No obstante, no parece existir unanimidad en la literatura sobre su conceptualización, siendo descrita bien como rasgo, como proceso o como resultado. Fletcher y Sarkar (2013) señalaban en su revisión que, bajo la perspectiva de *rasgo*, la resiliencia puede ser entendida como una constelación multidimensional conformada por una serie de cualidades personales, relativamente estables, que actúan a modo de factores de protección y que permiten al individuo prosperar frente a la adversidad (Connor

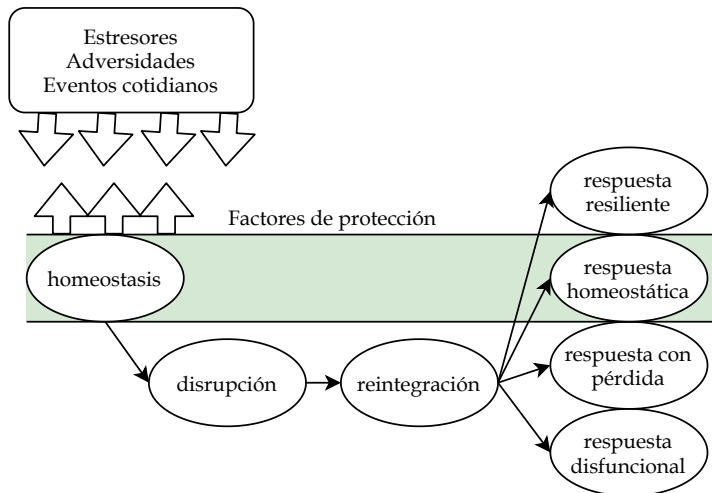
& Davidson, 2003). Entre dichas cualidades, se encontrarían el optimismo, la autoestima, las competencias personales y sociales, habilidades para resolver problemas, un amplio sentido de autoeficacia, así como capacidad de *insight*, creatividad, humor, percepción de control e iniciativa... Por su parte, como *proceso*, la resiliencia es contemplada como un proceso dinámico en el que tanto los factores de protección frente a los estresores como los factores de promoción de bienestar varían en función del contexto (Luthar et al., 2000). Bajo esta perspectiva, ganan visibilidad las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por las personas para hacer frente a las emociones displacenteras que puedan surgir bajo situaciones de discomfort emocional. No obstante, esta perspectiva ha generado confusión en la literatura, al difuminarse los límites entre resiliencia y afrontamiento. Finalmente, desde su conceptualización como *resultado* se contemplan las consecuencias del proceso de ajuste, evidenciables a través de la ausencia de patologías psiquiátricas, la productividad o rendimiento (incluyendo la mejora en la calidad de cuidado de pacientes, centrado en el ámbito asistencial), el bienestar subjetivo, la satisfacción laboral o la permanencia en el puesto de trabajo, entre otros parámetros (Cooper et al., 2020).

En un intento por organizar las diferentes visiones, Richardson (2002) propuso una definición integradora de la resiliencia, entendiendo como tal “el proceso de afrontamiento de estresores, adversidades, cambios u oportunidades, de tal manera que resulta en la identificación, fortalecimiento y enriquecimiento de características resilientes o factores de protección” (p. 308). De una manera gráfica, en la figura 8 se representa su modelo de meta-teoría de la resiliencia. En ella se puede observar cómo los factores de protección, que harían referencia, en parte, a los rasgos antes descritos, facilitan el mantenimiento de la homeostasis o equilibrio ante los factores estresores. Apoyadas en la teoría del estrés de Lazarus y Folkman (1986), la cantidad y cualidad de los factores de protección y promoción mediarían en la percepción y significación de los factores estresores, condicionando igualmente el tipo de afrontamiento a llevar a cabo. Por lo tanto, si la persona percibe que la protección desaparece, se verá sacudida en su zona de confort, siendo necesario que inicie un proceso de reintegración. De este ejercicio

de afrontamiento o ajuste, la persona podrá: (1) salir fortalecida, superando así los niveles previos de homeostasis, lo que implicaría crecimiento postraumático gracias a la adquisición de nuevas herramientas y recursos (reintegración resiliente); (2) recuperar el equilibrio inicial, manteniéndose lo más estática posible hasta que la situación de discomfort se resuelva (no hay crecimiento, pero tampoco pérdida; es un proceso de reintegración homeostática); (3) sobrevivir emocionalmente, aunque con alguna pérdida, lo que implicaría que el resultado del ajuste le posicionaría por debajo del estado de confort previo (reintegración con pérdida); (4) o, finalmente, asumirá comportamientos disfuncionales o destructivos, en un intento por sobrevivir (reintegración disfuncional), resintiéndose notablemente su bienestar.

Figura 8.

Modelo de meta-teoría de la Resiliencia (Richardson, 2002, p. 311)



“La resiliencia no es ausencia de vulnerabilidad” (Waller, 2001, p. 292). De la misma manera que el componente de adversidad queda asociado inevitablemente como antecedente al de resiliencia, el proceso de adaptación, como refleja el modelo anterior, no va exento de riesgos. Las personas afrontan sus situaciones de la mejor manera que pueden en función de los recursos que tienen disponibles en un contexto determinado. Por lo tanto, desde una

perspectiva positivista, la resiliencia es entendida como capacidad, e incluye la habilidad de sobreponerse, recuperarse, reajustarse e incluso crecer después de una desgracia, cambio o adversidad, tal y como respaldan también los resultados de la investigación de Martínez (2014).

En un intento de conceptualizar más explícitamente la resiliencia en el contexto de la Enfermería, Cooper et al. (2020) revisaron la literatura existente hasta 2019, e identificaron 6 atributos principales, que incluyen tanto factores internos como externos. Dichos atributos son: (1) el apoyo social como promotor de resiliencia, dado que se relaciona con el sentimiento de ser valorado y la percepción de pertenencia; (2) la autoeficacia, dado que la confianza en las propias posibilidades guiará el compromiso con las actividades; (3) el equilibrio entre trabajo y vida personal, desde la perspectiva del autocuidado; (4) el humor, entendido como la capacidad de relativizar la adversidad; (5) el optimismo, dado que la generación de expectativas positivas con relación al futuro facilita la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más eficaces; (6) el sentido de realidad, puesto que es necesario que los y las profesionales de Enfermería tengan en todo momento presente, de manera ajustada, lo que puede y no lograrse. De hecho, un optimismo no realista podría acarrear consecuencias negativas tanto a nivel personal como profesional.

De su revisión también se deriva una definición inclusiva de resiliencia en Enfermería, que explica este factor como “un proceso complejo y dinámico que, de estar presente, permite a los y las enfermeras adaptarse positivamente a los estresores del lugar de trabajo, evitar el daño psicológico y continuar dando un cuidado de alta calidad a los pacientes” (Cooper et al., 2020, p. 15). En esta definición se adivinan rasgos, procesos y resultados, imprimiendo, además, una flexibilidad que permite entender que una misma persona pueda actuar resilientemente en unas circunstancias y de manera más rígida, en otras.

Precisamente desde la perspectiva profesional/laboral, Rees et al. (2015) propusieron un modelo en el que la resiliencia se erigía como principal fuerza en el proceso de ajuste psicológico a las demandas emocionales del entorno de trabajo. La premisa central de su modelo sustenta la idea de que la resiliencia

puede explicar las relaciones entre variables, como el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste psicológico. Defienden, por tanto, que aquellas personas que puntúan alto en resiliencia también lo hacen en bienestar psicológico, y presentan, además, más y mejores recursos de afrontamiento e *insight*. En coherencia, algunas investigaciones concluyen que los y las profesionales asistenciales más resilientes presentan menos síntomas psicológicos negativos (Cooper et al., 2020; Garrosa et al., 2011; Mealer et al., 2012) mayor compromiso, mayor percepción de control y mayor apertura a los cambios (Acinas, 2012), así como mayor satisfacción laboral y bienestar general (Foster et al., 2019; Gao et al., 2017; Hudgins, 2016). En un estudio realizado con 508 enfermeras de hospitales de España (Garrosa et al., 2011), los autores concluyeron que la resiliencia se convierte en un recurso personal lo suficientemente poderoso como para actuar de protector frente al *burnout*, al reforzar la dimensión de compromiso con la profesión, disminuyendo, así, el abandono y facilitando, por tanto, la permanencia en la profesión (Ang et al., 2018; Hudgins, 2016; Manzano & Ayala, 2012).

Por su parte, Hegney et al. (2015) estudiaron la variable en cuestión en una muestra de más de 1700 enfermeras australianas de hospitales públicos y privados, junto con la ansiedad, la depresión, el estrés y la calidad de vida profesional. El instrumento utilizado para la valoración de la resiliencia fue la *Connor-Davidson Resilience Scale*, en su versión de 25 ítems (CDRS 25) (Connor & Davidson, 2003), mientras que para la valoración de la calidad de vida profesional se utilizó la versión IV del ProQOL. Se hallaron correlaciones significativas e inversas entre la resiliencia y FC/ETS y *burnout*, mostrando la resiliencia capacidad predictora para la SC y fuerza mediadora entre el neuroticismo y la SC, en coherencia con los hallazgos de Rees et al. (2015). Estos resultados son, también, coherentes con los reportados por Frey et al. (2018) en un estudio con una muestra de 256 enfermeras neozelandesas que tenía por objeto identificar factores protectores de FC/ETS y *burnout*. Utilizaron, entre otros, el ProQOL 5 y la *Dispositional Resilience Scale* (DRS-15) (Hystad et al., 2010), una escala que mide el nivel de compromiso y la percepción de control y de reto. La resiliencia correlacionó de manera inversa con *burnout* y de manera significativamente

directa con SC. Además, entre otras, la resiliencia (en sus componentes de compromiso y percepción de control) predecía de manera significativa menor nivel de *burnout*, mientras que la educación previa en cuidados paliativos destacaba como la variable con mayor peso predictivo de una FC/ETS menor. La formación previa junto a los componentes de compromiso y percepción de reto dentro de la resiliencia se convertían en predictores de alta SC.

En este sentido, en un estudio con 321 profesionales de Enfermería de unidades de cuidados intensivos en hospitales de Arabia Saudí (Alharbi et al., 2020), sus autores reportaron que la resiliencia explicaba el 66% de la varianza de SC y el 15.4% de la varianza de FC/ETS, reforzando así la capacidad predictora de esta variable.

A partir de un interesante estudio cualitativo realizado a través de entrevistas en profundidad con 18 profesionales de Cuidados Paliativos (de los cuales 10 pertenecían al equipo de Enfermería) con más de 10 años de experiencia asistencial (Koh et al., 2020), emergieron 4 puntos destacados por sus protagonistas, que se hilan de manera secuencial hasta culminar en la resiliencia. Por un lado, la necesidad de luchar en el día a día y el nivel de agotamiento que ello a veces provoca, sobre todo cuando existe disparidad de opiniones dentro del equipo asistencial, cuando es necesario ejercer múltiples roles y/o cuando no está equilibrada la balanza entre vida personal y profesional. Para combatirlo, señalaban, como segundo punto, la importancia de cambiar el estilo de pensamiento, de encontrar significado a la labor de cuidar (Powell et al., 2020), la necesidad de subrayar fortalezas frente a dificultades, de disponer de espacio personal y de aprender a desconectar. Si esto se lleva a cabo, la adaptación vendrá de manera más natural, fomentando el autocuidado y la solicitud de ayuda en caso de necesidad, tercer componente de su propuesta. Este sería, según señalaban tanto los autores del estudio como las personas entrevistadas, el camino hacia la resiliencia, una característica que permitirá percibir de manera diferente las amenazas, convirtiéndolas en retos, y volver a “levantarse cuando se ha caído”. Algo más sencillo de hacer cuando se trabaja en el seno de equipos resilientes.

Finalmente, en coherencia con lo descrito, Zanatta et al. (2020) proponen un modelo en el que defienden el rol de la resiliencia como proceso modulador y facilitador en profesionales de Cuidados Paliativos (ver figura 9). Así, en la línea de lo expuesto por Manning-Jones et al. (2017) y Ogińska-Bulik (2018), postulan que altos niveles de resiliencia no solo favorecen bajos niveles de FC/ETS, sino que pueden potenciar en los y las profesionales un crecimiento post-traumático vicario, generando cambios en su funcionamiento psicológico, con una mejora en la autopercepción, en la calidad de las relaciones interpersonales y en la propia filosofía de vida. Cambios que pueden ser considerados como signos de prosperar a partir de la adversidad. Por último, aunque el modelo propuesto por Zanatta et al. (2020) está adscrito al contexto de los cuidados paliativos, podría ser aplicado a cualquier escenario en el que los y las profesionales ofrezcan sus cuidados profesionales a personas que sufren.

Figura 9.

Modelo de Resiliencia como proceso modulador (modificado de Zanatta et al., 2020, p. 976)



3.3.3. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: empatía

La empatía, por su parte, ha sido señalada como uno de los grandes factores con papel protagonista en la percepción de la calidad de vida profesional (Turgoose & Maddox, 2017). No obstante, existe una enorme variabilidad tanto en la perspectiva teórica desde la que se ha contemplado como en los instrumentos de medida empleados en los diferentes estudios.

En palabras de López-Pérez et al. (2008), la empatía es “una importante habilidad que nos permite saber cómo se sienten las otras personas o qué es lo que están pensando, comprender las intenciones de los otros, predecir sus comportamientos y entender sus emociones” (p. 6). Como se aprecia, se trata de una definición integradora, que aúna tanto componentes cognitivos como afectivos.

No obstante, la conceptualización de la empatía ha ido variando a lo largo de la historia, siendo contempladas distintas hipótesis y perspectivas. En el apartado 1 del capítulo 1 se presentaba una primera aproximación al concepto de empatía con el objetivo de diferenciarlo de la simpatía. En el apartado 3 del capítulo 2, se volvía a hacer alusión a la empatía desde el punto de vista clínico, enumerando sus componentes y objetivos. En el presente apartado se ahondará en la construcción de la visión integradora.

Tal y como recogen López et al. (2014), inicialmente, algunos autores defendieron la capacidad automática de percibir la emoción en el otro de manera directa, a través de la observación de su comunicación no verbal y la imitación de sus conductas (Lipps, 1903). En este sentido, Preston y de Waal (2002), en su modelo de Percepción-Acción, subrayaban la influencia del vínculo emocional y la importancia de las propias representaciones mentales sobre conductas y situaciones en la aparición de respuestas automáticas de empatía. De esta manera, resaltaban el carácter de proceso emocional, más que de resultado, apelando a la ausencia de procesamiento consciente de las señales recibidas a la hora de emitir una respuesta de imitación.

Por otra parte, partiendo de la base de que cada persona es única y, por tanto, tiene una manera única de percibir, pensar y sentir, otros autores refirieron la existencia de mecanismos de proyección e imaginación, como la adopción de perspectivas, funcionando en el plano de la metarrepresentación (Hogan, 1969). En este sentido, se alude a la Teoría de la Mente (Gallagher & Frith, 2003) para subrayar la condición de inferencia, es decir, la necesidad de imaginarse o atribuir estados mentales a los demás, y la posibilidad de anticipar sus comportamientos como consecuencia conativa directa de dichos estados mentales. De esta manera, podría decirse que “la teoría de la mente es la inferencia de estados mentales en otros y en nosotros mismos, la mentalización es el proceso por medio del cual se realizan esas inferencias y la toma de perspectiva es un componente de ese proceso, fundamental para que sea exitoso” (López et al., 2014, p. 41).

Los avances en neuroimagen han arrojado, por su parte, resultados interesantes en el estudio del sustrato neurológico de la empatía, con el descubrimiento de las neuronas espejo en respaldo a la primera explicación, mientras que los estudios sobre el mapeo de la activación neurofisiológica del cerebro apoyarían la explicación centrada en la representación y adopción de perspectivas (Iacobini, 2008; Moya-Albiol et al., 2010). La congruencia de los hallazgos permite pensar que ambos enfoques, el emocional y el cognitivo, no son ni contradictorios ni excluyentes, pudiéndose ser entendidos, de hecho, como complementarios.

A partir de los años 60, fue creciendo el interés por generar nuevas explicaciones de la empatía, dando como resultado un enriquecimiento del concepto. Davis (1996) combinó las teorías anteriores en un modelo trifásico, en el que diferenciaba antecedentes, procesos y resultados. Dentro de los *antecedentes*, situó las capacidades biológicas de las personas, en referencia al correcto funcionamiento del circuito neurológico y a la propia historia de socialización primaria. De esta forma, parte de la perspectiva emocional de la empatía quedaría reflejada en esta fase. En la fase intermedia, la de los *procesos*, situó las reacciones circulares primarias y las conductas de imitación como elementos más básicos, hasta llegar a los procesamientos cognitivos más complejos, como la toma de

perspectivas, aludiendo a la perspectiva cognitiva. Finalmente, en la última fase de la empatía, se emitirían las *respuestas* empáticas, diferenciando entre respuestas interpersonales, es decir, lo que se hace con relación a la otra persona, e intrapersonales, es decir, lo que le sucede al propio observador. En este sentido, dentro de las respuestas intrapersonales se podrían identificar componentes afectivos, reflejados en lo que el observador siente al ser testigo o conocedor de una emoción en otra persona, y componentes cognitivos, que le llevan a comprender qué y porqué siente así la persona observada.

Siguiendo este modelo, Larson y Yao (2005) expusieron la posibilidad de emitir respuestas empáticas interpersonales ajustadas a las expectativas de las personas asistidas, incluso en situaciones en las que los y las profesionales no experimenten el deseo de acercarse desde una perspectiva de ayuda. Se trataría de respuestas deseables, aprendidas en un contexto de entrenamiento, disponibles a pesar de no haberse experimentado el proceso de empatía. No obstante, no cabe duda de que, cuando el proceso tiene lugar de manera natural, los comportamientos resultantes ganan en coherencia en relación con las expectativas de las personas en necesidad, superando la barrera de la superficialidad, para convertirse, así, en genuinos nexos de relación.

Por su parte, Decety y Jackson (2004) establecieron la necesaria interacción de tres componentes funcionales para provocar experiencias de empatía: (1) compartir un vínculo afectivo con la persona observada, que favorezca la construcción de representaciones similares de la realidad; (2) tener conciencia de uno mismo y del otro, de manera que no haya una confusión del *self*, a pesar de existir cierta identificación temporal; y (3) contar con flexibilidad mental para adoptar la perspectiva del otro y para poder poner en marcha mecanismos de autorregulación. De no existir esta diferenciación del *self* y la capacidad de regulación, la respuesta de empatía sería, en términos de Rameson y Lieberman (2009), más experiencial (es decir, una respuesta automática y afectiva, con una sobreidentificación de la persona observadora con relación a la observada, pudiendo llegar a producirse el contagio emocional), y no tanto proposicional (es

decir, un proceso cognitivo controlado que permite cambiar el foco de procesamiento y construir respuestas empáticas).

Otra propuesta que rompe con la hegemonía impuesta por los componentes cognitivo y afectivo de la empatía, es el modelo tridimensional de Gerdes y Segal (2009), propuesta que incorpora la dimensión conductual a la empatía. De esta manera, los componentes de la empatía quedarían de la manera que sigue: (1) respuesta afectiva a las emociones o acciones de otra persona (componente afectivo); (2) procesamiento cognitivo de la perspectiva ajena y de la respuesta afectiva emitida (componente cognitivo); (3) toma de decisión consciente para realizar una acción empática desde la perspectiva del altruismo o la compasión (componente conductual), es decir, desde la necesidad de aliviar el sufrimiento o malestar de la persona observada.

Como se puede observar, aunque con diferente terminología, prácticamente la totalidad de la literatura coincide a la hora de afirmar que el contacto con las emociones de los demás despierta reacciones en la persona que observa y provoca, por una u otra vía, respuestas en uno mismo y en relación con los demás. Por ello, la presencia de empatía ha sido frecuentemente identificada como elemento favorecedor de la convivencia. Y no cabe duda de que, en el ámbito sanitario, la relación establecida entre la persona que requiere asistencia y la persona que facilita dicha asistencia, aunque de carácter inicialmente contractual, genera un intercambio de emociones, atribuciones, reacciones y respuestas dentro del contexto de la "convivencia", que han de ser tenidas en cuenta. Además, Canale et al. (2012) concluyeron que niveles altos de empatía estarían asociados a mejoras tangibles en los resultados clínicos de los y las pacientes, disminuyendo el número de complicaciones asociadas a sus cuadros basales. Consecuencias directas de la empatía, como la calidez en el contacto y el respeto, provocan, asimismo, un aumento en la satisfacción de la persona asistida, así como en su percepción de ser ayudada.

Dentro del ámbito específico de la asistencia a personas con necesidades sociosanitarias, tener empatía implica sensibilidad ante el sufrimiento de los demás y ésto conlleva, inevitablemente, el establecimiento de un vínculo

emocional. No obstante, si las distancias emocionales no son bien manejadas, tal y como se adelantaba, el *self* podría quedar difuminado, pudiendo producirse una sobreimplicación y posterior contagio emocional; ésto provocaría distrés personal que, de ser mantenido, favorecería la percepción de agotamiento emocional (Jachens et al., 2018; Nielsen & Tulinius, 2009; O'Mahony et al., 2018; Radney & Figley, 2007). Este agotamiento emocional podría derivar en un debilitamiento de la percepción de calidad de vida profesional, en concordancia con el Modelo de Estrés y Fatiga por Compasión de Figley (1995), quien defendía el papel primordial de la empatía en la aparición de FC/ETS.

En la línea de lo expuesto, el hecho de orientar la atención invariablemente hacia los sentimientos negativos y el malestar personal en las relaciones interpersonales, resentirá la capacidad de los y las profesionales para mostrar empatía hacia las personas en necesidad, limitando, asimismo, la posibilidad de disfrutar de las labores de cuidado. A esta conclusión llegaron Laverdière et al. (2019), tras estudiar a 240 psicoterapeutas. En su estudio, además del ProQOL para valorar la Calidad de Vida Profesional, utilizaron el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (Davis, 1980) para obtener una medida de la empatía. Este test incorpora dos dimensiones: la cognitiva y la emocional. Dentro de la dimensión cognitiva, se pueden encontrar dos subescalas, adopción de perspectivas y fantasía, que hacen referencia a la capacidad para entender el punto de vista de otra persona y para imaginarse en situaciones ficticias, respectivamente. Por su parte, la preocupación empática y el distrés personal conforman las dos subescalas de la dimensión afectiva, en referencia a los sentimientos de compasión hacia el malestar de los demás, la primera, y al propio malestar sentido, la segunda (Escrivá et al., 2004). Del análisis de los resultados del estudio de Laverdière et al. (2019) se deduce que la capacidad para ver las situaciones desde el punto de vista de los demás se asocia positivamente a la SC; la ausencia de preocupación empática o, en el sentido contrario, puntuaciones demasiado altas en este factor, junto con una gran carga de trabajo, se asociarían con *burnout*, mientras que limitada empatía hacia las emociones de los demás (baja preocupación empática), junto con una atención centrada en el propio distrés emocional, conduciría a

niveles más altos de FC/ETS, correlacionando de manera negativa con la SC (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b). Estos resultados son similares a los reportados por Hunt et al. (2019) en una muestra de 117 profesionales de Oncología, mostrando, además, que la preocupación empática correlacionaría también de manera directa con FC/ETS.

En su revisión sistemática, Turgoose y Maddox (2017) señalaban que a mayor empatía, mayor riesgo de FC/ETS, siempre que se cumpliera una premisa: el historial de traumas personales del o de la profesional. De esta forma, la propia historia traumática se erigía como el mayor factor de riesgo y vulnerabilidad para el desarrollo de FC/ETS, reforzada por su asociación con la dimensión distrés personal dentro de la empatía. Por su parte, Moreno Jiménez et al. (2008) estudiaron el papel de la empatía como moderadora entre las demandas laborales del puesto de trabajo y la aparición de FC/ETS en una muestra multiprofesional del servicio de Emergencias de Madrid, España. En su estudio hallaron que, en situaciones en las que la carga laboral y temporal del cuidado es alta, aumenta el riesgo de FC/ETS, mientras que, si la carga laboral es menor y el tiempo invertido en los cuidados es también menor, la relación varía, mostrando que, a mayor empatía, menor FC/ETS.

Dando un nuevo aire a las investigaciones, Tei et al. (2014) introdujeron las técnicas de neuroimagen en un estudio con 24 enfermeras, con el objetivo de explorar la relación entre *burnout*, empatía y actividad cerebral. Hallaron una menor activación cerebral asociada a la empatía en aquellas personas con puntuaciones más elevadas del síndrome del quemado, a pesar de presentar mayor disposición empática. Explicaban esta aparente disonancia argumentando que serían las dificultades en la regulación emocional y en el reconocimiento de las emociones propias y ajenas las responsables de niveles mayores de malestar emocional. Así, en su estudio, las enfermeras inexpertas tenderían a esconder más sus propias emociones, lo que precipitaría la mayor presencia de síntomas de *burnout*. La conclusión a la que llegan es que la actividad cerebral no necesariamente va en paralelo a las capacidades empáticas. A veces, el registro disminuye para capacitar al o a la profesional a dar respuestas a las necesidades

del paciente sin verse sobreimplicada emocionalmente. En su estudio, de hecho, planteaban dos hipótesis que explicarían el *burnout*: en primer lugar, la que sitúa la FC/ETS y *burnout* como precursores del fenómeno en estudio, relacionados, por tanto, con un exceso de empatía; y, en segundo lugar, la hipótesis que postula que serían la disonancia emocional y la disminución en la capacidad de regulación emocional las piedras angulares de esta vivencia negativa. Esta disonancia emocional surgiría ante la dificultad para aunar las emociones sentidas con las que se considera correcto expresar en determinados contextos sociales, provocando la ocultación de las primeras. Las correlaciones positivas establecidas entre el *burnout* y la disposición empática, la disonancia emocional y las dificultades para reconocer las propias emociones parecen inclinarse a favor de la hipótesis de la deficitaria regulación emocional, estableciendo, además, relaciones directas entre la dimensión de adopción de perspectivas, el agotamiento emocional y la necesidad de ocultar emociones negativas en contextos profesionales. No obstante, tal y como señalan Turgoose y Maddox (2017), sería necesario llevar a cabo investigaciones longitudinales para esclarecer si es la empatía la que conduce a FC/ETS, o si es la presencia de FC/ETS la que condiciona la capacidad para empatizar.

Es importante señalar que el instrumento utilizado en las distintas investigaciones para valorar la empatía es, principalmente, el IRI. Sin embargo, en la presente investigación el instrumento utilizado para obtener dicha medida es el *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva* (TECA) (López-Pérez et al., 2008). No obstante, las similitudes con las subescalas del IRI son tangibles. Así, el test de elección aborda las dimensiones cognitiva y afectiva, como su nombre indica, repartidas en cuatro subescalas: adopción de perspectivas, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática. Los aspectos contemplados en el factor adopción de perspectivas coinciden conceptualmente con el factor homónimo del IRI, mientras que el estrés empático correspondería al distrés emocional del IRI. Por su parte, ni la dimensión comprensión empática del TECA ni la alegría empática encuentran equivalencia perfecta con ninguna de las dimensiones del IRI, aunque de las dos se puede intuir cierta propensión a acercarse compasivamente a la persona en

necesidad, aspecto que comparte con la dimensión preocupación empática del IRI. Por ello, las conclusiones extraídas en los estudios con un instrumento se han considerado, con matices, extrapolables con relación al otro, dada la escasez de investigación con el TECA en el ámbito de la Enfermería.

Hasta el momento, la literatura presentada refleja que niveles elevados de empatía, sobre todo de preocupación empática y distrés emocional, propician una mayor vulnerabilidad a desarrollar FC/ETS. Sin embargo, hay investigaciones que, junto a la dimensión de adopción de perspectiva, infieren capacidad protectora a la preocupación empática frente a la vivencia negativa del rol asistencial, asociándose positivamente a la SC o a una disminución del *burnout* (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Lamothe et al., 2014). Una de las condiciones para que esto se cumpla es que la persona que empatiza tenga capacidad suficiente para describir e identificar las emociones. En esta línea concluyen también Thirioux et al. (2016) y Yu et al., (2016). Los segundos, en un estudio con 650 enfermeras de hospitales terciarios de China, señalaron, además, el poder protector de la empatía cognitiva, con la dimensión de adopción de perspectiva explicando el 23% de la varianza de la SC. Estos hallazgos irían en concordancia con las interacciones descritas por Hoffman (2008), quien señalaba que cuanta mayor habilidad para la adopción de perspectiva muestren los y las profesionales, mayores niveles de preocupación empática y menores niveles de distrés personal experimentarán ante las emociones negativas de los demás.

Probablemente, la explicación a esta aparente contradicción se encuentre en las diferencias conceptuales entre la simpatía y la empatía, que no siempre quedan adecuadamente recogidas en la literatura, generando una notable confusión. La simpatía implicaría una visión egocentrada, orientada a dar cobertura y resolver las propias necesidades personales. Necesidades que surgen en el contexto de una indiferenciación del *self*, de forma que la persona que observa se apropia, de alguna manera, de las emociones de la persona a la que observa, presentando mayores dificultades para encontrar un equilibrio entre la vida profesional y la personal. Si, además, el o la profesional carece de la habilidad para identificar emociones, aumentará el riesgo de experimentar distrés en el seno

de la relación establecida, dado que se debilitará la posibilidad de manejar dichas emociones de una forma eficiente.

Por lo tanto, en concordancia con lo defendido por Thirioux et al. (2016), centrar la atención únicamente en los aspectos emocionales de la empatía se aproximaría más al concepto de simpatía, dado que la empatía implica una visión heterocentrada y capacidad de autorregulación, además de requerir flexibilidad cognitiva y plena conciencia de la diferencia de identidad de la persona que asiste y de la asistida. De aquí se concluye que la empatía, combinadas sus dimensiones afectiva y cognitiva, facilita el establecimiento de relaciones profesionales cercanas con los y las pacientes, permitiendo entender su situación y dar respuesta a sus necesidades, sin experimentar un impacto negativo en la percepción de la calidad de vida profesional.

En esta línea, Duarte y Pinto-Gouveia (2017a), en su estudio con una muestra de 221 enfermeras de Oncología, hallaron que las personas que presentaban mejores puntuaciones en empatía, puntuaban bajo en FC/ETS. Más concretamente, en la dimensión de adopción de perspectivas, con una mayor capacidad para no contagiarse emocionalmente de manera negativa al acompañar el sufrimiento y el dolor de los demás. Añadían, igualmente, que la flexibilidad psicológica permitiría conectar con el sufrimiento de la persona asistida y hacer frente a las experiencias negativas asociadas a ver el distrés y la vulnerabilidad emocional de los y las pacientes.

En la misma línea apuntan Yu et al. (2016) y Laverdière et al. (2019), al defender que la capacidad para situarse desde la perspectiva de los demás estaría directamente relacionada con la SC e inversamente con el *burnout*, dado que un buen ajuste a las situaciones de cuidado provocará menor ansiedad y aumentará la satisfacción profesional. Sin embargo, no se establecieron relaciones con FC/ETS. Yendo un paso más allá, la preocupación empática (motivación para ayudar, compasión) permitiría al personal de Enfermería poner el foco en el distrés de pacientes y familiares, y no en el suyo propio, lo que contribuiría a dotar de significado su labor asistencial, satisfacerse de la ayuda prestada y aumentar, así, el compromiso con el rol asistencial. Todo ello respaldaría el fomento de una

visión positiva de la calidad de vida profesional (Gleichgerrcht & Decety, 2013) y predeciría menores niveles de *burnout*, postura igualmente defendida por Halpern (2014) y Wilkinson et al. (2017).

Finalmente, Hui et al. (2020) llevaron a cabo un estudio con 746 enfermeras de hospitales de China, con el objetivo de estudiar el efecto mediador de la empatía en los valores profesionales y en la calidad de vida profesional. Concluyeron que la presencia de elevados valores profesionales hace que aumente el sentido y la satisfacción con el rol de cuidado, propiciando una mayor disposición a la empatía. Por lo tanto, la empatía jugaría un rol privilegiado como incentivadora de la SC, al mismo tiempo que haría disminuir la percepción de FC/ETS.

3.3.4. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: actitudes ante la muerte

Puesto que el personal de Enfermería trabaja, de manera mayoritaria, asistiendo a personas cuya salud se ha visto condicionada por un proceso de enfermedad, parece incuestionable contemplar la realidad de la muerte como una variable capaz de generar impacto entre las personas involucradas en el proceso. Es por ello que requiere ser incluida como un factor a tener en cuenta dentro del estudio de la calidad de vida profesional.

Tanto la enfermedad como la muerte han de ser vistas no solo como meros procesos biológicos, sino como procesos multidimensionales en los que la percepción de cada persona está condicionada, principalmente, por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y económicos (Ariès, 2005; Ascencio et al., 2014; Braun et al., 2010; Perdigon & Strasser, 2015). No obstante, la primera acepción que aparece al buscar el significado de muerte en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (Real Academia Española, n.d.), es escueta: “cesación o término de la vida”. Se trata de una definición simplista, una definición que difícilmente abarca la complejidad de su realidad. Se presenta la muerte como un acto puntual, cuando se trata más bien de un proceso altamente complejo. En este sentido, Colell et al. (2003) sostienen que:

la muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, quizás sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden. (p.1)

A pesar de todos los aspectos compartidos, con frecuencia, la muerte va acompañada de connotaciones negativas, generando expectativas de dolor, sufrimiento, miedo y añoranza, sobre todo en las culturas occidentales. Mientras que el nacimiento, sobre todo cuando la concepción ha sido deseada, suele vivirse rodeado de ilusiones, de posibilidades, de perspectivas de continuidad y futuro, la muerte parece mirar hacia el pasado, hacia lo vivido, hacia oportunidades perdidas. No obstante, es necesario incidir en la importancia que adquiere para cada persona, puesto que, como señalan García-Avedaño et al. (2018), “presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única, personal y diferente en cada momento” (p. 3). En este sentido, la propia historia experiencial de fallecimientos vividos, así como la manera de afrontar los mismos, parecen ejercer una notable influencia en la percepción de la muerte, sin olvidar, por otra parte, el momento histórico en el que acontece. De hecho, hasta mediados del siglo XX, la muerte era considerada como algo natural, descrita como el final de la vida, asumible y aceptada. Formaba parte de lo cotidiano, se integraba en las dinámicas sociales y personales, sin generar rupturas trágicas. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del pasado siglo, pasó a ser considerada, por parte de la sociedad y por el propio sistema sanitario, como un enemigo, como un fracaso a todos los niveles, sobre todo, a nivel profesional (Agusti et al., 2018; Edo-Gual et al., 2011; Padrón Acosta, 2014), dado que los colectivos asistenciales son formados principalmente para cuidar la vida, no la muerte. Se ha erigido como un enemigo al que hay que combatir con toda la energía que proporciona la actual tecnificación biomédica, incluyendo, con cierta frecuencia, prácticas de encarnizamiento terapéutico, en un intento desesperado de ganar la batalla. Por lo tanto, la muerte, entendida como la realidad que despoja a las personas de la posibilidad de vivir,

es considerada un drama asociado, inevitablemente, a sufrimiento y desequilibrio, por lo que no es infrecuente el intento de evitarla o de silenciarla. Tanto es así que, en su estudio con profesionales de unidades de Cuidados Intensivos, García-Avendaño et al. (2018) hallaron que, a pesar de considerar la muerte como algo inevitable, el 46.7% de las personas que participaron coincidían en su preferencia de no hablar sobre la misma. No obstante, todo lo que no se afronta directamente, lo que no se habla abiertamente, suele generar mayor incertidumbre, y la muerte no es ajena a ello.

Precisamente por todo lo anterior, a partir de los años 60, comienza a crecer el interés por conocer las características del entorno social que compone el escenario de la persona en proceso de muerte. Al mismo tiempo, se pone el foco en analizar las actitudes que muestran las personas encargadas del cuidado de las personas moribundas. De esta forma, la muerte y su proceso comienzan a tener diferentes protagonistas. Más allá de la persona moribunda, es necesario contemplar a sus familiares, sus amistades, su contexto social de una manera más amplia y es necesario contemplar a los y las profesionales que, en uno u otro momento, prestan sus servicios tratando de aliviar las necesidades emergentes. La muerte influye en todas las personas de alrededor y, al mismo tiempo, cómo afrontan esas personas la propia muerte puede condicionar sobremanera el proceso de morir en sí mismo. Así lo contemplaba Feifel (1959), uno de los pioneros en el estudio sobre las actitudes ante el morir y la muerte, quien recogió en su libro, *The Meaning of Death*, el resultado del primer simposio realizado sobre la materia en el campo de la Psicología.

Más de medio siglo después, el interés sigue activo, dado que “conocer las actitudes de los (y las) profesionales ante la muerte reviste gran importancia por la forma en cómo éstas influyen en las relaciones interpersonales y la atención de Enfermería con pacientes y familiares” (Maza et al., 2009, p. 41). Sin embargo, puesto que las actitudes están muy mediatizadas por el contexto cultural y religioso, es posible encontrar resultados contrarios, e incluso contradictorios, en la revisión de la literatura existente, tal y como defendieron Braun et al. (2010). A pesar de ello, parece incuestionable plantear dos realidades. En primer lugar,

acercarse a una persona moribunda y acompañarla en la transición de la vida a la muerte, supera las competencias procedimentales, transformando la asistencia “de mero acto técnico a un acto de alto contenido social” (Perdigon & Strasser, 2015, p. 494). En segundo lugar, la manera en la que los y las profesionales de los equipos de Enfermería entiendan la muerte, condicionará, en gran medida, no solo la forma en la que se aproximen a las personas con procesos clínicos complicados, graves y en riesgo de fallecimiento (Bermejo et al., 2018), sino también su propia satisfacción con el rol desempeñado.

Como se adelantaba, hoy día se sigue intentando comprender cuáles son las principales actitudes que presentan las personas en torno al propio proceso de morir, la muerte y la persona moribunda. De manera amplia, dichas actitudes estarían conformadas por cogniciones, afectos y conductas. Las cogniciones harían referencia a las creencias con relación a la muerte o con relación a las consecuencias del propio comportamiento, mientras que los afectos se traducirían en sentimientos favorables o desfavorables hacia la misma. En relación con el tercer componente, las conductas, además de implicar un juicio valorativo, suponen una predisposición a comportarse en una dirección concreta, es decir, poseen una fuerza motriz indispensable para la acción (Ajzen & Fishbein, 1980; Rosenberg et al., 1960), lo que hace más interesante su contemplación.

En este sentido, algunos estudios ponen de manifiesto la alta reactividad de los y las profesionales de Enfermería a la hora de dar respuesta efectiva a las demandas emocionales de pacientes y familiares. Dichas dificultades percibidas, de no ser bien manejadas, pueden activar reacciones emocionales intensas, como desesperación, impotencia, miedo, rabia, ansiedad o depresión (Marrero & García, 2019; Tomás-Sábado & Gómez, 2003). De hecho, la ansiedad ante la muerte ha sido uno de los temas más investigados en el ámbito de la salud (Bayés et al., 1999). Así, son varios los instrumentos que se han desarrollado a este respecto, entre los que caben destacar: la Escala de Ansiedad ante la Muerte (*Death Anxiety Scale*, DAS) (Templer, 1970) y la Escala de Miedo ante la Muerte de Collett-Lester (Lester, 1990). Otra de las áreas de interés de las investigaciones la conforma el estudio de las actitudes propiamente dichas (Grau et al., 2008). Algunos de los

instrumentos más utilizados con esta intención son la Escala Bugen de Afrontamiento de la Muerte (Bugen, 1981), el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) (Martin & Salovey, 1996) o el Perfil de Actitudes ante la Muerte (PAM) (Gesser et al., 1988). Esta última ha sido la escala de elección para la presente investigación, en su versión revisada y traducida al español (PRAM, Schmidt-Riovalle, 2007), por ser ampliamente considerada como la que mayor espectro actitudinal cubre (Wong et al., 1994).

Una de las actitudes valoradas por las distintas escalas es la aceptación de la muerte. Así, para algunos autores, pensar en la muerte y no evitarla, considerarla como una posibilidad real y como un proceso natural, hará que disminuya la ansiedad del profesional, aumentando, así, la posibilidad de disfrutar el proceso de acompañar y mejorando la calidad de la asistencia prestada (Grau et al., 2008; Mok et al., 2002). De hecho, la habilidad de los y las profesionales para hacer frente a la muerte y al ciclón emocional que la acompaña estaría positivamente relacionado con la SC y de manera negativa con FC/ETS y *burnout*. A tal conclusión llegaron Sansó (2014) y Sansó et al. (2015) en su estudio, realizado en una muestra multiprofesional de 385 personas pertenecientes a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Los autores estudiaron la relación entre el afrontamiento de la muerte (valorado a través de la Escala Bugen), y la calidad de vida profesional (medido a través del ProQOL IV), poniendo a prueba el Modelo de Autocuidado de Kearney y Weininger (2011). De dicho estudio se desprende que las personas con entrenamiento en el manejo de la muerte y el duelo, presentaban mayor competencia de afrontamiento ante dichas realidades, lo que se asociaba directamente con SC e inversamente con FC/ETS y *burnout*. Estos hallazgos serían equiparables a los obtenidos por Espinoza-Venegas et al. (2016) en una muestra de 308 profesionales de Enfermería chilenos, ubicados en el área asistencial de Cuidados Paliativos. En su investigación reflejaron que la formación en gestión de emociones parecía adquirir notable importancia en relación con las actitudes ante la muerte y la vivencia de rol profesional, de manera que aquellas personas que comprenden adecuadamente sus emociones y son capaces de desarrollar estrategias

apropiadas de gestión emocional, presentan mejor ajuste psicológico y una disminución de sus niveles de ansiedad ante la muerte.

No obstante, aunque deseable, no siempre la aceptación neutral es la actitud predominante. En un contexto en el que gran parte de los esfuerzos terapéuticos están orientados a la curación o al mantenimiento de la vida, lidiar con la posibilidad de la muerte no es sencillo. Un estudio llevado a cabo con profesionales de Enfermería de unidades de Oncología y Cuidados Paliativos de cuatro hospitales españoles (Marchán Espinosa, 2016) puso de manifiesto que, junto a la consideración de la muerte como un episodio que forma parte de la vida, la aceptación de escape (vivir la muerte como la opción que permite huir de una vida llena de sufrimiento) y el miedo a la muerte, serían las actitudes más prevalentes, hallazgos que se muestran coherentes con otras investigaciones (Ascencio et al., 2014; Braun et al., 2010).

Así, Edo-Gual et al. (2015), en un estudio con una muestra de estudiantes de Enfermería, hallaron una correlación negativa entre la ansiedad ante la muerte y la resiliencia, y entre la resiliencia y la FC/ETS, de tal forma que si una persona presenta miedo ante el contexto del proceso de morir, verá disminuida su capacidad para adaptarse eficientemente a la labor de cuidado, lo que repercutirá, a su vez, de manera negativa, en la vivencia de su rol profesional. De forma similar, aquellas personas que muestran miedo o evitación de la muerte, presentan menor disfrute de su rol profesional. Esto, unido a la necesidad obligada de mostrar emociones no sentidas (pero asociadas a la expectativa profesional), forzaría la aparición de actitudes menos favorables hacia el cuidado de pacientes moribundos, pudiendo culminar en estados de agotamiento emocional en los y las profesionales asistenciales (Espinoza-Venegas et al., 2016; Larson & Yao, 2005).

El miedo a la muerte y altos niveles de ansiedad ante la misma suelen acompañar, sobre todo, al personal de Enfermería en su debut profesional (Tomás-Sábado, 2002; Zheng et al., 2016) y a profesionales con menos experiencia. Este dato parece ir en la misma línea que las conclusiones alcanzadas por Pascual (2011a) y Maza et al. (2009), quienes refirieron que las personas menores de 35

años así como las que llevan menos de 5 años trabajando y aquellas que no cuentan con formación adecuada en relación a la muerte y/o el duelo presentan actitudes más negativas ante la muerte. Por el contrario, Lange et al. (2008) hallaron, en su estudio con profesionales de un centro de cuidados oncológicos, que las personas con más de 10 años de experiencia profesional acompañando a personas que mueren presentaban una actitud más positiva hacia la muerte. En la misma línea, Padrón Acosta (2014) apuntó que cuanto mayor fuera la exposición a la muerte de pacientes, mayor sería la adquisición de recursos de afrontamiento, por lo que la experiencia haría disminuir el impacto emocional que los fallecimientos provocan sobre el equipo de Enfermería, gracias al aumento de la percepción de competencia de manejo. Esta conclusión encuentra respaldo en el trabajo anteriormente citado de Sansó et al. (2015), aunque algunos estudios apuntan en la dirección contraria (Shorter & Stayt, 2010), defendiendo posturas de distanciamiento como mecanismo de autoprotección (Freitas et al., 2016; Souza e Souza et al., 2013).

Samson y Shvartzman (2018) estudiaron, en una muestra de 241 profesionales de Medicina y Enfermería, la relación existente entre la frecuencia de atención a personas moribundas y la calidad de vida profesional. Proponían como hipótesis que la alta exposición a la muerte puede aumentar el riesgo de deterioro de la calidad de vida profesional, pero también que podría mejorarla si se cumplieran unas características concretas en los y las profesionales. Con este punto de partida, hallaron que aquellas personas que prestaban cuidados paliativos de carácter domiciliario, consideradas de alta exposición a los procesos de morir, presentaban niveles incrementados de SC, así como niveles bajos y medios de *burnout* y FC/ETS, en contraste con los y las profesionales de Atención Primaria. No obstante, si la alta exposición se daba en profesionales que presentaban, a su vez, alta ansiedad ante la muerte, los niveles de FC/ETS se incrementaban, mientras que, si se daba en profesionales con alta expectativa, entendiendo como tal la curación de la persona enferma, se resentían sus niveles de SC. De manera similar, Laor-Maayany et al. (2020), en un estudio con 74 profesionales de Medicina pertenecientes a la Sociedad Israelí de Oncología

Clínica, Radioterapia y/o la Sociedad Israelí de Hematología y Transfusión, describen altos niveles de FC/ETS y duelo. Y concluyen que la exposición al sufrimiento y muerte de los y las pacientes no se asocia a mayor presencia de SC o FC/ETS, pero sí lo hacen las emociones que afloran relacionadas con el duelo y una fuerte sensación de haber fallado en su labor asistencial, siendo predictivas tanto de FC/ETS como de *burnout*. En su estudio, además, la sensación de fracaso fue la variable que más potentemente se asoció de manera inversa a SC.

Tal y como describieron Ascencio et al. (2014), puede entenderse que el contacto continuado con personas en proceso de muerte aumenta la sensación de responsabilidad y atención a la vida, promoviendo, así, el crecimiento personal y profesional. De esta manera, los y las profesionales serían capaces de disfrutar más profundamente del hecho de estar presentes y de mantener conversaciones con alto contenido emocional sin huir (Strang et al., 2014). De hecho, a pesar de que parte de esas conversaciones implicarían respuestas cargadas de cierta ambigüedad, las personas que desarrollan su labor profesional dentro del área de Cuidados Paliativos parecen ofrecer menos respuestas defensivas en su acercamiento profesional a la atención de las personas enfermas (Grau et al., 2008), mientras que se han reportado niveles altos de ansiedad ante la muerte entre los y las profesionales del área de Cuidados Intensivos (Pascual, 2011a). Además, los equipos de Enfermería del área de Paliativos parecen mostrar mayor satisfacción con la labor de asistir a la persona moribunda frente a los equipos de unidades oncológicas (Pierce et al., 2007).

Finalmente, las actitudes ante la muerte también se verían condicionadas por factores como el sexo, el tipo de rol desempeñado dentro del equipo de Enfermería, la edad de las personas fallecidas, o la formación recibida.

En relación con la primera variable, el sexo, la literatura no parece encontrar consenso, salvo a la hora de afirmar que el sexo no parece ser un factor altamente significativo de las actitudes ante la muerte. Mientras algunos estudios señalan a las mujeres como las que creen más en una vida *post mortem* y a los hombres como los que presentan mayor aceptación neutral ante la muerte (Marchán Espinosa, 2016), otros definen a las mujeres como las que muestran

actitudes más favorables hacia esta realidad (Gillan et al., 2014). No obstante, también serían ellas las que presentan mayor reactividad, con niveles más elevados de ansiedad (Tomás-Sábado, 2002), quizá explicado por la mayor facilidad otorgada por la sociedad a las mujeres para admitir preocupaciones.

En cuanto al rol desempeñado, Marchán Espinosa (2016) reportó mayor grado de acercamiento positivo al paciente moribundo entre enfermeros y enfermeras que entre TCAE, aludiendo a mayor formación académica relacionada con el proceso de morir.

Por otra parte, la edad de las personas fallecidas condicionó los niveles de ansiedad entre profesionales de las unidades de Cuidados Intensivos de pediatría en el estudio de Pascual (2011b), explicando dicho hallazgo desde la disminución de la tasa de mortalidad infantil gracias a los avances biomédicos, y la alta sensibilidad que despierta en la sociedad la muerte de los y las niñas. No obstante, en otros estudios no se encuentran diferencias significativas en las actitudes ante la muerte en función de la edad de los y las pacientes (Pierce et al., 2007), aunque sí se describen niveles mayores de sufrimiento en los y las profesionales ante la muerte de personas jóvenes (Guedes & de Oliveira, 2013; Marrero & García, 2019).

Para finalizar, con relación a la última variable, la formación, Schmidt-Riovalle (2007), dentro del proceso de validación de la versión castellana del PRAM, reportó una disminución tanto del miedo como de la actitud de evitación tras un proceso de formación. Además, remarcó que, en el grupo control, de manera espontánea, habían aumentado las actitudes de miedo, por lo que la formación no solo palió este aumento espontáneo, sino que hizo trabajar a la actitud en dirección contraria. Por ello, es importante implementar intervenciones que faciliten una modificación de las actitudes negativas de los y las profesionales de Enfermería ante la muerte de las personas a las que asisten, dado que esto les permitirá acercarse de una manera más serena a estas realidades y mejorar así la calidad de la atención que brindan (Grau et al., 2008). A esta conclusión llegaron también Espinoza-Venegas et al. (2016), defendiendo que la formación posgrado en temáticas relacionadas con el final de la vida y/o los Cuidados Paliativos, influye positivamente en la actitud ante la muerte, y, por ende, en la actitud hacia

los cuidados a prodigar por el personal de Enfermería al final de la vida, haciendo que los y las profesionales doten de mayor sentido y obtengan mayor satisfacción de su rol como cuidadoras.

3.3.5. SC y FC/ETS en función de variables adaptativas: rasgos de personalidad

Contemplar la personalidad implica bucear en aquellos rasgos que definen y diferencian a unas personas de otras. De manera genérica, este planteamiento sencillo resulta acertado. Sin embargo, tratar de definir la personalidad de una manera exhaustiva se convierte en una ardua tarea, tal y como refleja el gran abanico de perspectivas desde la que es contemplada. De hecho, en su planteamiento, Pelechano (1996) indicaba que son tres las acepciones desde las que se ha desarrollado la definición del concepto de personalidad, entendiendo que ésta se puede entender como: (1) conducta observable; (2) características que diferencian a las personas entre sí; y (3) resultado de la influencia de los valores y creencias que agrupan a una persona dentro de un grupo específico.

En la definición de Bermúdez (1985), recogida en Bermúdez et al. (2011), el autor establece que la personalidad es una “organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo (de la persona), que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones” (p. 30). Como se puede observar, en esta definición se adivinan trazas de las acepciones anteriores. Por un lado, se habla de la conducta exhibida por las personas (acepción 1), resultado de características estructurales y funcionales (acepción 2), algunas innatas y otras adquiridas, es decir, aprendidas a lo largo del desarrollo, desarrollo que acontece, en gran medida, bajo la influencia de grupos sociales específicos (acepción 3).

De la definición ofrecida también se pueden extraer dos descriptores esenciales de la personalidad. Por un lado, personalidad como estructura, es decir, como un conjunto de rasgos más o menos estables y consistentes, lo que hace, de

alguna manera, predecible la respuesta que la persona emitirá ante situaciones de características similares. Por otro lado, personalidad como proceso, que incluiría variabilidad y especificidad contextual, dotando de peso a los aspectos dinámicos (motivacionales, cognitivos y/o emocionales) que permiten a las personas matizar sus respuestas y adaptarlas a las demandas del contexto. De esta forma, tal y como defienden Costa y McRae (1992), la conducta quedaría explicada por la interacción entre las tendencias más básicas, innatas, y las influencias externas, adoptando, así, una visión integradora de la personalidad.

Uno de los primeros y más influyentes investigadores en el área de personalidad fue Raymond Cattell (Cattell & Mead, 2008), quien trató de construir una taxonomía de la personalidad y determinar sus elementos estructurales básicos. Sus estudios se enmarcan dentro de los modelos personalistas, con una perspectiva disposicional o de rasgos. De esta manera, estableció una estructura jerárquica de rasgos bajo la premisa de intercorrelación de los mismos, construyendo el instrumento conocido como 16PF, ahora en su quinta versión (*16 Personality Factors*) (Cattell & Mead, 2008), con el objetivo de medirlos. Para el autor, la personalidad estaría conformada por factores de primer orden (características específicas que hacen a cada persona única y que ayudan a explicar y predecir su comportamiento), factores de segundo orden (características globales de la personalidad, que permiten generar un marco conceptual que explicaría los factores de primer orden), y de tercer orden, que permitirían dibujar una organización de la personalidad a niveles más abstractos.

Tal y como plantea Goldberg (1990), los diversos intentos de reproducir la estructura factorial de Cattell dio como resultado una aproximación al actual planteamiento del modelo conocido como los Cinco Grandes, es decir, cinco factores que se erigirían como los más relevantes, y que aglutinarían dentro de sí diversos rasgos. Dentro de estos modelos, el propuesto por Costa y McRae (1992) es el que ha experimentado mayor proyección mundial. A partir de sus investigaciones, estos autores desarrollaron el inventario denominado NEO-PI, que extrae su nombre de los 3 factores que inicialmente consideraron en su construcción: *Neuroticism*, *Extraversion*, *Openness* (apertura, en castellano)

Personality Inventory. Posteriormente, el NEO-PI fue revisado y ampliada su mirada estructural, incorporando los factores amabilidad (*Agreeableness*) y Responsabilidad (*Conscientiousness*). Quedaría, así, conformado lo que se conoce como modelo OCEAN o de los Cinco Grandes. En la tabla 3 se muestra una equivalencia en función de los principales modelos de cinco factores.

Tabla 3.

Equivalencia nominal entre los principales modelos de cinco factores

<i>16 PF (Cattell)</i>	<i>Big Five (Goldberg)</i>	<i>NEO-PI-R (Costa y McRae)</i>
Extraversión/Introversión	Sociabilidad	Extraversión
Baja ansiedad/alta ansiedad	Estabilidad emocional	Neuroticismo
Tozudez/receptividad	Intelecto o cultura	Apertura
Independencia/acomodación	Amabilidad	Amabilidad
Auto-control/falta de restricción	Responsabilidad o dependencia	Responsabilidad

Extraído de Cattell y Mead (2008), p. 141

A grandes pinceladas, siguiendo el acrónimo OCEAN en inglés, la apertura (*openness*) haría referencia a la disposición de las personas a nuevos aprendizajes, a nuevas experiencias, flexibilizando las rigideces y rutinas cotidianas y maximizando la creatividad. La responsabilidad (traducido así del término *conscientiousness*) se refiere al compromiso con la tarea y la profesión, el gusto por el trabajo bien hecho y la ideación de planes de acción dirigidos a metas concretas. La extraversión (*extraversion*) describe la habilidad y el gusto por las relaciones interpersonales, mientras que la amabilidad (*agreeableness*) incidiría en la disposición altruista y de ayuda hacia las personas en necesidad. Finalmente, el neuroticismo (*neuroticism*) reflejaría dificultades para el manejo de las emociones, con tendencia a la reactividad y dificultades de afrontamiento de las situaciones con alta demanda emocional. En castellano, los Cinco Grandes son referidos también con el acrónimo NEOAR, que surge de la reorganización de los factores (Neuroticismo, Extraversión, Apertura *-openness-*, Amabilidad y Responsabilidad).

Independientemente de los nombres asignados, parece demostrado que la estructura de cinco factores se ha mantenido más allá de las culturas o de los instrumentos utilizados para medir la personalidad. De hecho, hasta ahora, su hegemonía no se ha visto cuestionada en exceso, a pesar de comenzar a dibujarse un modelo de 6 factores, denominado HEXACO, que solventaría algunas dificultades encontradas en países de habla no inglesa, como Italia, Hungría o Grecia (Ashton & Lee, 2007). Su nombre deriva de las iniciales de los 6 factores contemplados, a saber, honestidad-humildad (H), emocionalidad (E), extraversión (X), afabilidad (A), responsabilidad, que, como en el modelo OCEAN, adopta la - C - de *conscientiousness*, y apertura, que aporta la - O - del inglés *openness to experience*.

La vinculación que la personalidad tiene con el estilo de respuesta predominantemente emitido por las personas ante diferentes situaciones, la sitúa como variable interesante a contemplar con relación a la percepción de calidad de vida profesional. Así, para Moreno Jiménez et al. (2008), la personalidad actuaría como moderadora entre las demandas laborales y la FC/ETS, mientras que Joinson (1992) asoció ciertas dimensiones de la personalidad a una mayor vulnerabilidad ante la FC/ETS, aseverando que “la personalidad de los y las cuidadoras es la que les conduce a la FC” (p. 116). En la misma línea, tal y como recogen Yu et al. (2016) “ciertos rasgos de personalidad, como la responsabilidad, el perfeccionismo y el altruismo, se asocian a fatiga por compasión, y el neuroticismo y la extraversión se asocian a *burnout*” (p. 30).

Los términos de la aseveración anterior no parecen encontrar respaldo absoluto en la literatura, aunque, en líneas generales, sí parece existir amplio consenso en cuanto al papel del neuroticismo. De esta forma, este rasgo de personalidad es considerado como el principal factor de riesgo para el desarrollo de síntomas psicológicos de tonalidad negativa. Se ha relacionado consistentemente con estrés, ansiedad y depresión (Craigie et al., 2016), con síntomas conductuales, como la inhibición social (Zhang et al., 2018) o cognitivos, como la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento pasivo centradas en la emoción (Díaz, 2014), asociándose, también, de manera negativa a la resiliencia

(Drury et al., 2014; Rees et al., 2015). De hecho, las personas con elevados niveles de neuroticismo describen mayores dificultades para regular las emociones, por lo que experimentarán una mayor reactividad ante situaciones estresantes negativas, condicionando su capacidad de adaptación, lo que les dispondrá en mayor riesgo de FC/ETS y de *burnout*, tal y como recogen también Pérez-Fuentes et al. (2019).

En el estudio realizado por Chen et al. (2018) con 173 profesionales de Enfermería pediátrica, fue precisamente el neuroticismo, en cuanto a baja estabilidad emocional, junto con la soltería, la variable que se erigió como factor de riesgo de FC, explicando por sí solo el 23.1% del total de la varianza. De manera similar, en su estudio, Yu et al. (2016) hallaron que este mismo rasgo de personalidad explicaba el 24.2% del total de la varianza de FC/ETS y el 19.8% de la varianza de *burnout*, en una muestra compuesta por 650 profesionales de Enfermería del área de Oncología de hospitales de China.

Resultados acordes a los reportados se pueden encontrar en sendos estudios llevados a cabo con población enfermera en España. Así, en el estudio realizado con 1236 profesionales de Enfermería en Almería, España, Pérez-Fuentes et al. (2019) describieron que aquellas personas con puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en el resto de factores de personalidad (extraversión, amabilidad, apertura a la experiencia y responsabilidad), presentaban puntuaciones más elevadas en *burnout*. Además, en su estudio, el neuroticismo se asoció de manera inversa con el nivel de compromiso con la tarea profesional, lo que, presumiblemente, repercutirá de manera negativa en la calidad de los cuidados facilitados a las personas en necesidad. Estos resultados respaldan los reportados por Fuente-Solana et al. (2017) en una muestra con 101 enfermeras y enfermeros de Oncología del Servicio Andaluz de Salud (España), en el que señalaban que las personas con presencia de emociones negativas, como ansiedad y depresión, junto a alto neuroticismo, presentaban una tendencia mayor a desarrollar *burnout*.

En la misma línea, O'Mahony et al. (2018), en una investigación con 66 profesionales del área de cuidados paliativos, hallaron que el neuroticismo se

asociaba negativamente a SC y positivamente a FC/ETS y *burnout*, hallazgos, estos últimos ampliamente corroborados (Arribas-García et al., 2020; Craigie et al., 2016; Flinton et al., 2018; Yu et al., 2016). En su investigación describen, además, que las personas con puntuaciones más elevadas en neuroticismo realizaban interpretaciones más negativas de su realidad, y presentaban mayor número de rumiaciones y de preocupaciones. Este hallazgo parece secundado por las reflexiones de Injeyan et al. (2011), quienes habían asociado un mayor riesgo de FC/ETS a altos niveles de pesimismo y elevada presencia de un estilo atribucional caracterizado por un *locus* de control externo. Así, los y las profesionales con esta combinación en su repertorio psicológico percibirían menor manejo efectivo de su emocionalidad, lo que culminaría en procesos de malestar psicológico, con menor resiliencia, un estilo de afrontamiento pasivo y mayor reactividad, características, como se ha visto, descriptoras del neuroticismo.

Tal y como ha quedado reflejado, existe un amplio consenso en cuanto a la relación directa entre el neuroticismo y una empobrecida calidad de vida profesional. Sin embargo, no parecen existir conclusiones tan unánimes para el resto de los rasgos de personalidad contemplados por el modelo de cinco factores. Diferentes investigaciones coinciden al apuntar que tanto la amabilidad, como la extraversión y la responsabilidad se han asociado con frecuencia a niveles más elevados de SC (Chen et al., 2018; Diaz, 2014; Moreno Jiménez et al., 2008; Yu et al., 2016), existiendo menor consenso en cuanto al papel de la apertura. Así, en el estudio de Chen et al. (2018), la amabilidad, la extraversión y la responsabilidad, junto con la práctica de actividades al aire libre, explicaban el 43.6% del total de la varianza de la SC en una muestra compuesta por 173 profesionales de Enfermería pediátrica. Con relación a la amabilidad, O'Mahony et al. (2018) argumentaban que " los y las cuidadoras que empatizan con los pacientes y desarrollan un buen vínculo dotarán de mayor significado y valor a su trabajo, protegiéndose así del agotamiento y el cinismo que frecuentemente caracterizan al *burnout*" (p. 3). De hecho, para esos autores, la fuerte asociación positiva con SC y negativa con *burnout*, convierten a la amabilidad en importante recurso de resiliencia, aunque no parece establecer relación con FC/ETS.

Con relación a la extraversión, Hunsaker et al. (2015) defendieron que uno de los factores que se asociarían con mayor fuerza a la SC sería la percepción de apoyo social, sobre todo facilitado por parte de personas con puestos de gestión, por lo que las y los profesionales con puntuaciones altas en este rasgo obtendrían puntuaciones más altas en SC. En la misma línea apuntaban las conclusiones de Morán (2004), al describir que las personas extravertidas buscarían enriquecer el puesto de trabajo con actividades que no se restringen a la mera realización mecánica de la tarea profesional, obteniendo, así, una mayor satisfacción laboral. Lo planteado hasta ahora en relación con la amabilidad y la extraversión es, sin duda, una realidad en el ámbito de estudio de la presente investigación, la Enfermería, donde las relaciones interpersonales y las actitudes personales se encumbran como el mayor valor profesional. Más allá de la eficacia en la realización de procedimientos, el desarrollo de un buen soporte social se relacionaría con un aumento en la calidad del cuidado ofrecido y la seguridad personal, elementos facilitadores tanto de la resiliencia como de una buena calidad de vida profesional, tal y como se desprende el estudio de Drury et al. (2014).

Por otra parte, las personas que son eficientes, organizadas, más seguras y autoconfidentes (características asociadas a la responsabilidad) parecen mostrar mayor compromiso con su propio proceso de autocuidado y con su rol asistencial, así como una satisfacción mayor con la labor que realizan. De hecho, diversos estudios reportan asociaciones positivas entre este rasgo y SC, señalando además su capacidad de protección frente al *burnout* (Flinton et al., 2018; Yu et al., 2016). Por su parte, tal y como describen Pérez-Fuentes et al. (2019), la responsabilidad, en cuanto a compromiso, es una característica frecuente entre el personal asistencial, junto al perfeccionismo. Ambas dimensiones combinadas alentarían la consecución de resultados, muchas veces con un nivel de autoexigencia tan elevado que podría conducir a la frustración y la insatisfacción. No obstante, tal y como señalan los mismos autores, esto únicamente ocurriría cuando las estrategias de afrontamiento están centradas en la emoción, como ocurre en el caso del perfeccionismo unido al neuroticismo, mientras que, si el “perfeccionamiento es saludable, lo que hace referencia a esforzarse por conseguir una meta a través

de la iniciativa y la motivación, la persona mostrará mayor capacidad de innovación, lo que conducirá a menor *burnout*" (p. 3).

Finalmente, en relación con la dimensión apertura, referida a la actitud de una persona con relación a nuevas experiencias, los resultados son diversos. Para Flinton et al. (2018), puntuaciones altas en apertura junto con puntuaciones altas en neuroticismo situarían a la persona en mayor riesgo de FC, algo también observado en el estudio piloto de la presente investigación (Arribas-García et al., 2020). Por su parte, McCrae y Costa (2007) señalaron que puntuaciones de moderadas a bajas en esta dimensión, posicionan a los y las profesionales de manera más óptima para conseguir un mayor equilibrio entre el interés por el mundo exterior, por las novedades, por las nuevas explicaciones y opciones, y el deseo de considerar lo nuevo con cierto convencionalismo y familiaridad. Es decir, se alcanzaría un equilibrio entre las fuerzas que empujan hacia el cambio, y el *feedback* negativo que proporciona la necesidad de estabilidad. Este equilibrio pondría a la persona en situación de una mejor realización personal, lo que podría ayudar a los y las profesionales a afrontar las situaciones estresantes y de alto contenido emocional de manera más constructiva. En este sentido, la apertura ha sido asociada con una mayor resistencia al trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004), mientras que la combinación de creatividad y conciencia de trabajo bien hecho, es decir, de apertura y responsabilidad, se relacionaría con niveles más elevados de SC (Yu et al., 2016).

PARTE II

ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 4.

Objetivos e hipótesis

La importancia de los objetivos y las hipótesis en una investigación radica en su capacidad para conectar la teoría con la realidad empírica. Poseen, además, una notable fuerza motriz, puesto que orientan y direccionan el sentido de la investigación. Por otra parte, según defiende Kerlinger (1996), las hipótesis son herramientas que permiten acercarse a la realidad desde fuera, por lo que se convierten en indispensables dentro del proceso de producción de conocimientos.

Por ello, a continuación, se presentan los objetivos e hipótesis que guían la presente investigación. Las variables sociodemográficas propuestas, así como las variables profesionales y las variables adaptativas, serán consideradas como explicativas de la percepción de Calidad de Vida Profesional de las personas que componen los equipos de Enfermería de los servicios de Oncología, Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza. Dichas variables se contemplarán en su globalidad para examinar los objetivos planteados en el presente estudio y para someter a prueba las diferentes hipótesis perfiladas.

4.1. Objetivos e hipótesis

Objetivo 1. Conocer la percepción de la Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería de las áreas de Cuidados Intensivos, Oncologías y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

- Hipótesis 1: los y las profesionales que desarrollan su labor asistencial en los Servicios Oncológicos y de Cuidados Paliativos presentarán mayor SC que los y las profesionales ubicadas en Cuidados Intensivos, mientras que los niveles de FC/ETS serán similares en las tres áreas asistenciales.

Objetivo 2. Analizar la relación de SC y FC/ETS con diferentes variables sociodemográficas y profesionales.

- Hipótesis 2: se esperan niveles similares de SC y de FC/ETS entre enfermeros y enfermeras, y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Hipótesis 3: se esperan mayores niveles tanto de SC como de FC/ETS en mujeres frente a hombres.
- Hipótesis 4: los y las profesionales de mayor edad presentarán mayores niveles de SC y de FC/ETS.
- Hipótesis 5: los y las profesionales con más tiempo de trabajo en el ámbito asistencial presentarán mayor FC/ETS.
- Hipótesis 6: los y las profesionales con formación previa en torno a la muerte y/o el duelo presentarán mayor SC.

Objetivo 3. Explorar la relación entre la SC y la FC/ETS y distintas variables adaptativas de los y las profesionales de Enfermería.

- Hipótesis 7: las personas con mayores niveles de resiliencia presentarán mayores niveles de SC.
- Hipótesis 8: los y las profesionales que obtengan puntuaciones más altas en las dimensiones de comprensión emocional, adopción de perspectivas y/o alegría empática dentro de la medida de empatía se perfilarán con mayor SC, mientras que aquellas que puntúen más alto en estrés empático presentarán mayor FC/ETS.
- Hipótesis 9: los y las profesionales que acepten la muerte de manera neutral presentarán mayores niveles de SC, mientras que las personas que presenten actitudes diferentes a la aceptación neutral presentarán mayor FC/ETS.
- Hipótesis 10: las personas que puntúen alto en extraversión, amabilidad, apertura y responsabilidad mostrarán mayor SC, mientras que aquellas con un perfil caracterizado por el neuroticismo tenderán a presentar mayor FC/ETS.

Objetivo 4. Identificar variables explicativas de la Satisfacción por Compasión y de la Fatiga por Compasión/Estrés Secundario al Trauma.

— Hipótesis 11: se espera que las variables estudiadas expliquen la SC y la FC/ETS.

Capítulo 5.

Descripción de la muestra

No habría investigación sin la presencia necesaria de un escenario en el que probar las hipótesis de trabajo planteadas. En este caso, el escenario lo conforman personas, cuya selección se realizó a través de un muestreo no probabilístico y no aleatorio, tomando los casos disponibles en las áreas de Intensivos, Oncologías y Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza entre junio de 2018 y abril de 2019.

En este capítulo, se describen las características de la muestra en función de variables sociodemográficas, como son el sexo y la edad, y variables profesionales, entre las que se estudian la categoría profesional, la experiencia laboral en el ámbito asistencial (medida en años de trabajo), la provincia y centro en el que desarrollan su labor, el área de cuidados en el que se circunscribe la labor asistencial prestada y, por último, la formación específica en torno al tema de la muerte y/o el duelo. Igualmente, se presentan las características generales que describen a la muestra en términos de resiliencia, empatía, actitudes ante la muerte y rasgos de personalidad, agrupadas bajo la categoría de “características adaptativas”.

Para facilitar la manejabilidad de los datos, se ha estructurado el capítulo en 6 apartados, presentando en cada uno de ellos los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo. En los 5 primeros puntos se describe la muestra en función de variables sociodemográficas y profesionales, mientras que la descripción en términos de características adaptativas ocupa el sexto punto, tal y como se muestra a continuación:

- 5.1. → Descripción de la muestra en función de la categoría profesional, el sexo y la edad
- 5.2. → Descripción de la muestra en función de la experiencia profesional
- 5.3. → Descripción de la muestra en función de la provincia y OSI/hospital
- 5.4. → Descripción de la muestra en función del área de cuidados

5.5. → Descripción de la muestra en función de la formación específica en torno a la muerte y/o el duelo

5.6. → Descripción de la muestra en función de características adaptativas

Para el reclutamiento de la muestra, se solicitó al personal de Enfermería de las áreas de cuidados seleccionadas su voluntaria participación en el estudio, a través de la cumplimentación de un dossier de pruebas de evaluación como estrategia de recogida de datos.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron, (1) desarrollar la labor profesional en una de las citadas áreas asistenciales de hospitales del svvs/Osakidetza; (2) pertenecer a un equipo de Enfermería de dichas áreas, desempeñando un rol asistencial de enfermero, enfermera o TCAE, dentro del intervalo temporal señalado; (3) estar en activo en el momento de pasación de los cuestionarios; y (4) consentir participar, después de recibir información suficiente. Se consideraron criterios de exclusión (1) estar en período de ejecución de rotaciones de Grado, Postgrado, Reciclaje o Estancias Formativas en cualquiera de sus modalidades; (2) no superar 15 días consecutivos de desempeño laboral en la misma unidad; y (3) desarrollar la labor profesional en dispositivos de Atención Primaria.

Bajo estos criterios, fueron recopilados un total de 759 dossiers de los 1469 entregados. 16 de ellos se desestimaron por no cumplir los requisitos de cumplimentación especificados.

La muestra final, elegida, por tanto, por conveniencia, está formada por 742 profesionales del ámbito de la Enfermería, lo que supone un 50.51% del total de la plantilla estructural de las unidades seleccionadas en el período temporal acotado. En la tabla 4 se pueden observar las características generales de dicha muestra.

Tabla 4.*Características sociodemográficas y profesionales de la muestra*

Variable	Categorización	Frecuencia	% válido
Categoría profesional	Enfermero/Enfermera	521	70.2
	TCAE	221	29.8
Sexo	Hombre	71	9.6
	Mujer	671	90.4
Edad	≤45 años	422	56.9
	>45 años	320	43.1
Tiempo de trabajo en rol asistencial	≤5 años	192	25.9
	>5 años	550	74.1
Provincia	Bizkaia	352	47.4
	Araba	166	22.4
	Gipuzkoa	224	30.2
OSI/Centro	OSI EEC	217	29.2
	OSI BB	78	10.5
	Hospital Santa Marina	33	4.4
	Hospital Gorliz	24	3.2
	OSI Araba	166	22.4
	OSI Donostialdea	224	30.2
Área asistencial	Cuidados Intensivos	380	51.2
	Oncologías	237	31.9
	Cuidados Paliativos	125	16.8
Estudios previos muerte y/o duelo	Sí	283	38.1
	No	459	61.9
Total		742	100

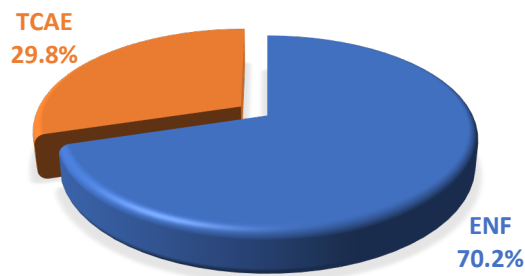
Nota: TCAE=Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, OSI=Organización Sanitaria Integrada, OSI EEC=OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, OSI BB=OSI Bilbao-Basurto

5.1. Descripción de la muestra en función de categoría profesional, sexo y edad

El equipo de Enfermería está compuesto tanto por enfermeros y enfermeras (en adelante, ENF) como por técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, denominados TCAE. Tomando como referencia, en primer lugar, la categoría profesional, el 70.2% ($n = 521$) de las 742 personas que participaron ejerce como ENF, mientras que el 29.8% ($n = 221$) desarrolla su labor asistencial como TCAE.

Figura 10.

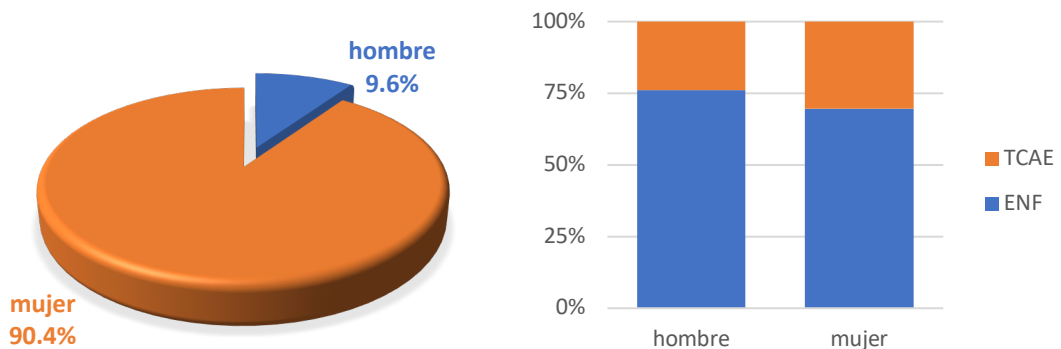
Distribución de la muestra en función de la categoría profesional



Si se toma como referencia la variable sexo, en términos generales, tal y como era de esperar, dada la realidad del ámbito asistencial, el 90.4% ($n = 671$) de las personas participantes son mujeres y el 9.6% ($n = 71$), hombres. De manera más exhaustiva, se observa que el 76.1% ($n = 54$) de los hombres que componen la muestra trabaja como ENF y el 23.9% ($n = 17$) lo hace como TCAE. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la distribución de ENF y TCAE por sexo [$\chi^2(1) = 1.28$, $p = .258$, $V_{\text{Cramer}} = .04$].

Figura 11.

Distribución de la muestra en función del sexo. Relación entre sexo y categoría profesional



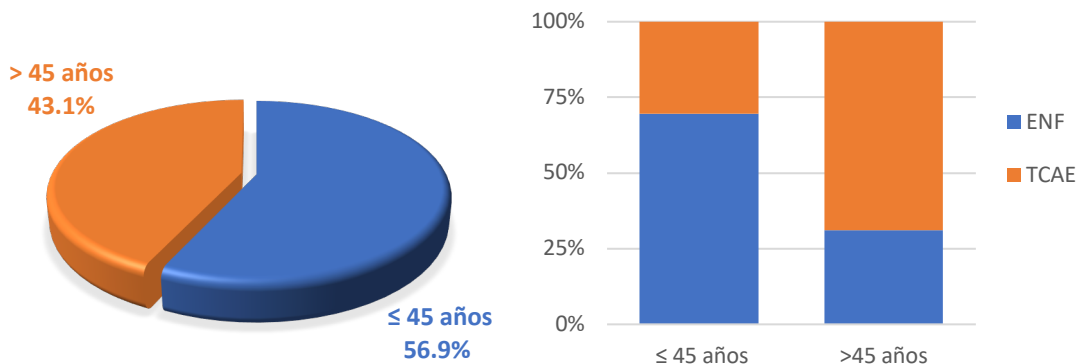
Por edades, el 56.9% ($n = 422$) del total de la muestra es menor de 45 años y el 43.1% ($n = 320$) supera los 45 años. Teniendo, además, en cuenta el sexo de los y las participantes, el 64.8% ($n = 46$) de los hombres está por debajo de los 45 años,

así como el 56 % ($n = 376$) de las mujeres, no hallándose diferencias significativas en la distribución de hombres y mujeres por edades [$\chi^2(1) = 2.01, p = .157, V_{Cramer} = .05$].

Al comparar conjuntamente las variables categoría profesional y edad, el 68.3% ($n = 356$) de ENF pertenece al grupo de 45 o menores de 45 años, mientras que el 70.1% ($n = 155$) del total de TCAE supera los 45 años, tal y como queda reflejado en la figura 12. Además, las pruebas estadísticas arrojan diferencias significativas en este sentido [$\chi^2(1) = 93.61, p < .001$], siendo el tamaño del efecto moderado ($V_{Cramer} = .36$). Se observa una mayor tendencia a trabajar como ENF en las personas de 45 o menores de 45 años (84.4%, $n = 356$) frente a las que se decantaron por ejercer labores de TCAE (51.6%, $n = 165$) en este mismo rango de edad. La estimación de riesgos refleja que la probabilidad de tener ≤ 45 años es 5.07 veces mayor entre ENF que entre TCAE [$OR = 5.07 (3.60, 7.13)$, IC 95%].

Figura 12.

Distribución de la muestra en función de la edad. Relación entre edad y categoría profesional



Bajo la perspectiva de las tres variables hasta ahora contempladas, se puede obtener una descripción más precisa de la muestra objeto de estudio. Dichas características quedan retratadas en la tabla 5, que se muestra a continuación.

Tabla 5.

Características de la muestra en función de la categoría profesional, la edad y el sexo

Categoría profesional	Sexo	Edad		Total <i>n</i> (%)
		≤ 45 años <i>n</i> (%)	>45 años <i>n</i> (%)	
ENFERMERO/A	Hombre	41 (75.9)	13 (24.1)	54 (76.1)
	Mujer	315 (67.5)	152 (32.5)	467 (69.6)
	Total	356 (68.3)	165 (31.7)	521 (70.2)
TCAE	Hombre	5 (29.4)	12 (70.6)	17 (23.9)
	Mujer	61 (29.9)	143 (70.1)	204 (30.4)
	Total	66 (29.9)	155 (70.1)	221 (29.8)
Total		422 (59.6)	320 (43.1)	742 (100)

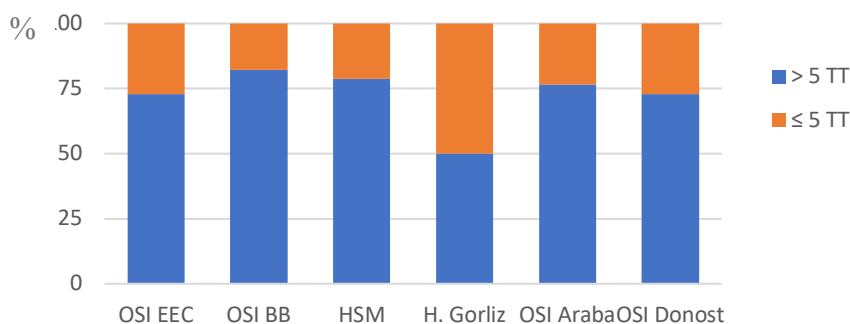
Nota: TCAE= Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

5.2. Descripción de la muestra en función de la experiencia profesional

La experiencia profesional ha sido cuantificada en años de trabajo en el ámbito asistencial. En la muestra de estudio, el 74.1% ($n = 550$) cuenta con más de 5 años de experiencia profesional. Únicamente destaca el equipo de Enfermería del hospital de Gorliz, en Bizkaia, por presentar un porcentaje menor, con el 50% ($n = 12$) de los y las participantes por debajo de 5 años de tiempo trabajado en el ámbito asistencial, tal y como se puede apreciar en la figura 13.

Figura 13.

Distribución de la muestra en función de la experiencia profesional y OSI/hospitales



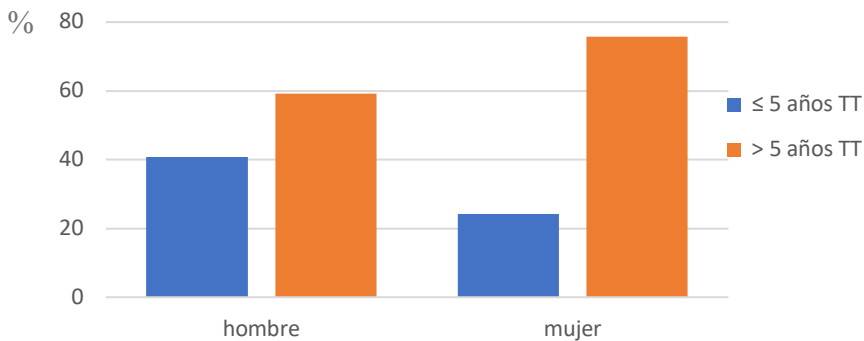
Nota: TT=tiempo de trabajo en el ámbito asistencial; OSI=Organización Sanitaria Integrada; OSI EEC=OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces; OSI BB=OSI Bilbao-Basurto; HSM=Hospital de Santa Marina; H. Gorliz=Hospital de Gorliz; OSI Donost=OSI Donostialdea

Por categorías profesionales, el 25% ($n = 130$) de ENF lleva 5 o menos de 5 años en el ámbito de la asistencia sociosanitaria y el 75% ($n = 391$) supera la barrera de los 5 años. De manera similar, el 28.1% ($n = 62$) de los y las TCAE lleva 5 o menos años trabajando en el ámbito asistencial y el 71.9% ($n = 159$) supera 5 años de experiencia profesional. No se aprecian diferencias significativas [$\chi^2(1) = .78$, $p = .378$, $V_{Cramer} = .03$] entre ambas variables.

Con relación a la variable sexo, los hombres presentan significativamente menor experiencia que las mujeres [$\chi^2(1) = 9.17$, $p = .002$], siendo pequeño el tamaño del efecto ($V_{Cramer} = .11$). El 59.2% de los varones ($n = 42$) lleva más de 5 años de trabajo en el ámbito asistencial, frente al 75.7% ($n = 508$) de las mujeres. En cuanto a la estimación de riesgos, la probabilidad de acumular 5 o menos de 5 años de experiencia asistencial es 1.68 veces mayor para los hombres que para las mujeres [$OR = 1.68$ (1.23, 2.29), IC 95%].

Figura 14.

Distribución de la muestra en función de la experiencia profesional y el sexo



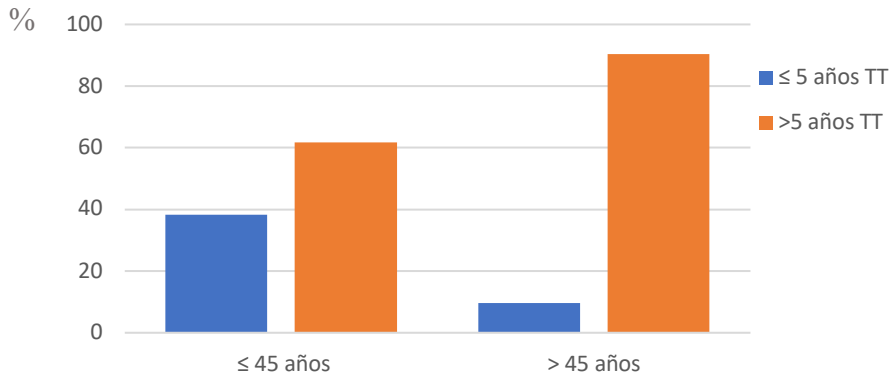
Nota: TT= tiempo de trabajo

Al introducir la variable edad, las pruebas de chi cuadrado [$\chi^2(1) = 76.88$, $p < .001$] arrojan diferencias estadísticamente significativas para los distintos grupos de edad, con un tamaño moderado del efecto ($V_{Cramer} = .32$). Así, el 38.2% ($n = 161$) de las personas de 45 años o menores no supera los 5 años de experiencia, mientras que el 90.3% ($n = 289$) de las personas con más de 45 años lleva más de 5 años trabajando en el ámbito asistencial. Por lo tanto, de manera coherente, la

probabilidad de contar con 5 o menos de 5 años de experiencia asistencial es 3.94 veces mayor entre las personas con una edad a 45 años o menor [OR = 3.94 (2.76, 5.62), IC 95%].

Figura 15.

Distribución de la muestra en función de la edad y el tiempo de trabajo



Nota: TT= tiempo de trabajo

Finalmente, en la tabla 6 se ofrecen datos más exhaustivos en relación con la categoría profesional, la edad de los y las profesionales y la experiencia profesional.

Tabla 6.

Distribución de la muestra en función de la categoría profesional, la edad y la experiencia profesional

Categoría profesional	Edad	Experiencia profesional		Total n (%)
		≤ 5 años n (%)	> 5 años n (%)	
ENF	≤ 45	127 (35.7)	229 (64.3)	356 (68.3)
	>45	3 (1.8)	162 (98.2)	165 (31.7)
	Total	130 (25)	391 (75)	521 (70.2)
TCAE	≤ 45	34 (51.5)	32 (48.5)	66 (29.9)
	>45	28 (18.1)	127 (81.9)	155 (70.1)
	Total	62 (28.1)	159 (71.9)	221 (29.8)
Total		192 (25.9)	550 (74.1)	742 (100)

Nota: TCAE= Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

5.3. Descripción de la muestra en función de provincias y OSI y hospitales

El Servicio Vasco de Salud – Osakidetza (svs/Osakidetza) está dividido en tres demarcaciones geográficas denominadas áreas de salud, a saber: Bizkaia, Araba y Gipuzkoa. A su vez, cada una de esas áreas de salud comprende diferentes Organizaciones Sanitarias Integradas (en adelante, OSIs), que agrupan Hospitales de Agudos, Centros de Salud y Consultorios, tal y como se puede apreciar en la figura 16. Bizkaia cuenta, además, con Hospitales de Media y Larga estancia (Hospital de Santa Marina y Hospital de Gorliz), y en Araba, el Hospital de Leza cumple las mismas características.

Figura 16.

Distribución geográfica del Servicio Vasco de Salud – Osakidetza



Fuente:

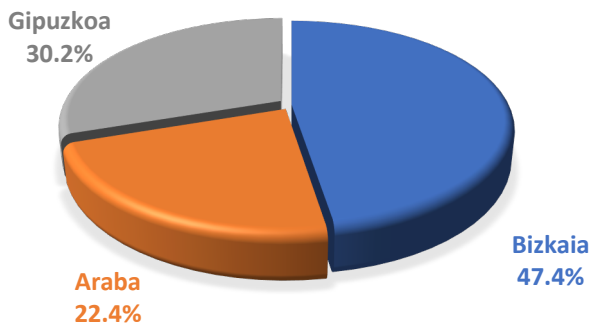
https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skprin03/es/contenidos/informacion/recursos_sistema_sanitario/es_sanidad/recursos_sistema_sanitario.html

Las OSIs que han formado parte en el estudio fueron elegidas en función del Hospital de Agudos que las encabeza, por considerar que cubrían la mayor parte de los servicios y unidades diana para la investigación, a saber, Cuidados Intensivos, cuidados en áreas oncológicas y Cuidados Paliativos. De esta manera, de Bizkaia se seleccionaron la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces (OSI EEC) y la OSI Bilbao-Basurto (OSI BB), así como los dos Hospitales de Media y Larga Estancia (Santa Marina y Gorliz); en Araba la OSI Araba y, de las 6 OSIs de la demarcación de salud de Gipuzkoa, fue la OSI Donostialdea la elegida para la presente investigación.

La participación fue desigual en las tres provincias. Tomando como referencia la población total de partida, en Bizkaia participó un 43.35% ($n = 352$, $N = 812$), en Araba lo hizo un 79.04% ($n = 166$, $N = 210$) y en Gipuzkoa, un 50.11% ($n = 224$, $N = 447$). De esta forma, tal y como se aprecia en la figura 17, la muestra final de estudio queda repartida por provincias de la siguiente manera:

Figura 17.

Distribución de la muestra por provincias



Teniendo en cuenta la distribución por OSIs, de manera más concreta la muestra se distribuye tal y como aparece en la tabla que se muestra a continuación:

Tabla 7.*Características de la muestra en función de provincia y OSI/hospital*

OSI/hospital	Provincia			Total <i>n</i> (%)
	Bizkaia <i>n</i> (%)	Araba <i>n</i> (%)	Gipuzkoa <i>n</i> (%)	
OSI EEC	217 (61.6)			217 (29.2)
OSI BB	78 (22.2)			78 (10.5)
HSM	33 (9.4)			33 (4.4)
H. Gorliz	24 (6.8)			24 (3.2)
OSI ARABA		166 (22.4)		166 (22.4)
OSI DONOST.			224 (30.2)	224 (30.2)
Total	352 (47.4)	166 (22.4)	224 (30.2)	742 (100)

Nota: OSI=Organización Sanitaria Integrada; OSI EEC=OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces; OSI BB=OSI Bilbao-Basurto; HSM=Hospital Santa Marina; OSI DONOST=OSI Donostialdea

Si se atiende a la distribución de profesionales por provincias en función del tipo de labor asistencial que realizan, no se hallan diferencias significativas entre ENF y TCAE [$\chi^2(2) = 1.15$, $p = .564$, $V_{Cramer} = .04$]. Los datos reflejan una distribución muy homogénea en las tres provincias: el porcentaje de ENF se sitúa en el 69.6% ($n = 345$), 73.5% ($n = 122$) y 68.8% ($n = 154$), para las provincias de Bizkaia, Araba y Gipuzkoa, respectivamente.

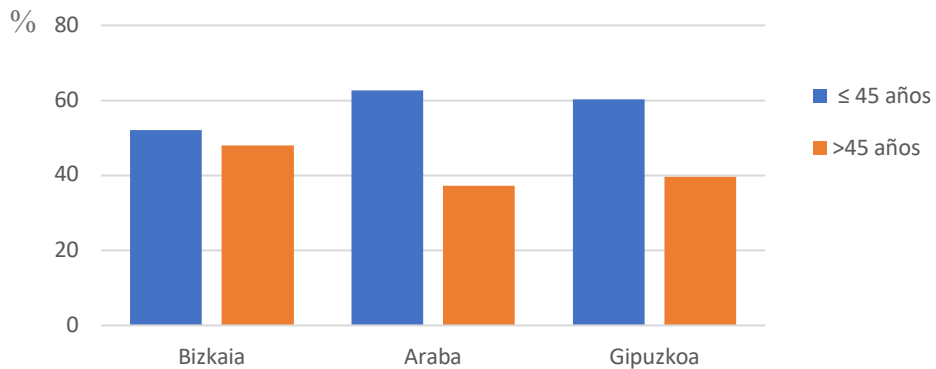
En relación con el sexo, tampoco las diferencias halladas tienen significación estadística [$\chi^2(2) = 2.60$, $p = .273$, $V_{Cramer} = .06$], concentrando Bizkaia el 54.9% ($n = 39$) del total de varones de la muestra.

Tomando en consideración la distribución por provincias y edad, Araba es la que cuenta con profesionales más jóvenes, con el 62.7% ($n = 104$) con 45 años o menos, seguida de Gipuzkoa, demarcación sociosanitaria en la que el 60.3% ($n = 135$) no supera 45 años. Bizkaia se posiciona como la provincia con profesionales de mayor edad, con el 48% ($n = 169$) de las personas con edades superiores a 45 años. Las diferencias, además, presentaron significación estadística [$\chi^2(2) = 6.74$, $p = .034$], con un tamaño del efecto pequeño, en función del valor del estadístico $V_{Cramer} = .10$. Por otra parte, es interesante señalar que las personas que trabajan en los hospitales de Bizkaia de media y larga estancia (Gorliz y Santa Marina) son las

que presentan un perfil de más edad, con un 54.2% ($n = 13$) y un 54.4% ($n = 18$) por encima de 45 años, respectivamente.

Figura 18.

Distribución de la muestra en función de provincias y edad



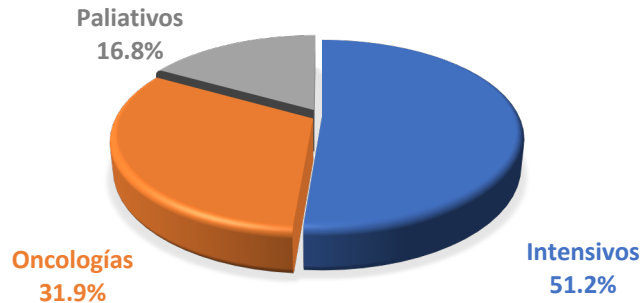
Finalmente, si se toma en consideración la variable experiencia profesional, todas las provincias cuentan con equipos de Enfermería expertos. De esta manera, superan 5 años de experiencia profesional en el ámbito asistencial el 73.9% ($n = 260$) en Bizkaia, el 76.5% ($n = 127$) en Araba y el 72.8% ($n = 163$) en Gipuzkoa, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ellas [$\chi^2(2) = .72, p = .698, V_{Cramer} = .03$].

5.4. Descripción de la muestra en función de las áreas de cuidados

El personal de Enfermería que trabaja en las áreas de Cuidados Intensivos representa el 51.2% ($n = 380$) del total de la muestra, seguida por Oncologías, con el 31.9% ($n = 237$) y Cuidados Paliativos, que aglutina al 16.8% ($n = 125$) de la muestra. Esta distribución puede apreciarse en la figura 19.

Figura 19.

Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados

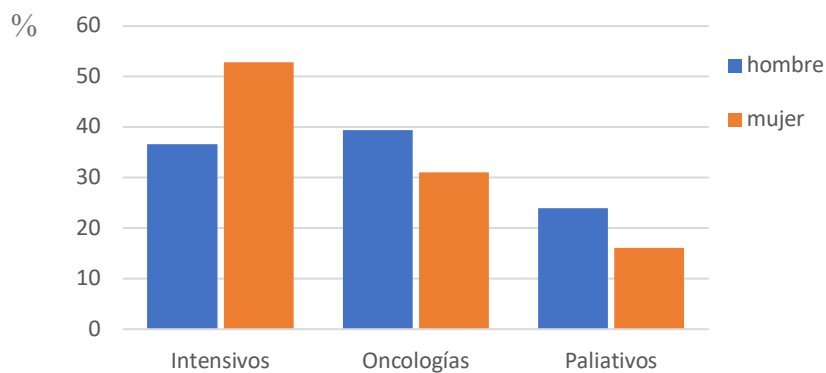


Con relación a la distribución por áreas de cuidados y categoría profesional, no se hallan diferencias significativas [$\chi^2(2) = 2.85, p = .240, V_{Cramer} = .06$]. No obstante, la presencia de ENF en los servicios intensivistas es del 72.9% ($n = 277$), frente al 68.8% ($n = 86$) en Cuidados Paliativos y el 66.7% ($n = 158$) en Oncologías.

Si se tiene en cuenta el sexo, se han hallado diferencias significativas [$\chi^2(2) = 6.994, p = .030$] en la preferencia de áreas de cuidados entre hombres y mujeres, pero con un tamaño del efecto muy pequeño ($V_{Cramer} = .01$). El 52.8% ($n = 354$) de las mujeres se decanta por desarrollar su labor asistencial en las unidades de Intensivos, mientras que, entre los varones, se observa una distribución más homogénea entre Oncologías (39.4%, $n = 28$) e Intensivos (36.6%, $n = 26$), frente al 23.9% ($n = 17$) presente en los servicios de Cuidados Paliativos.

Figura 20.

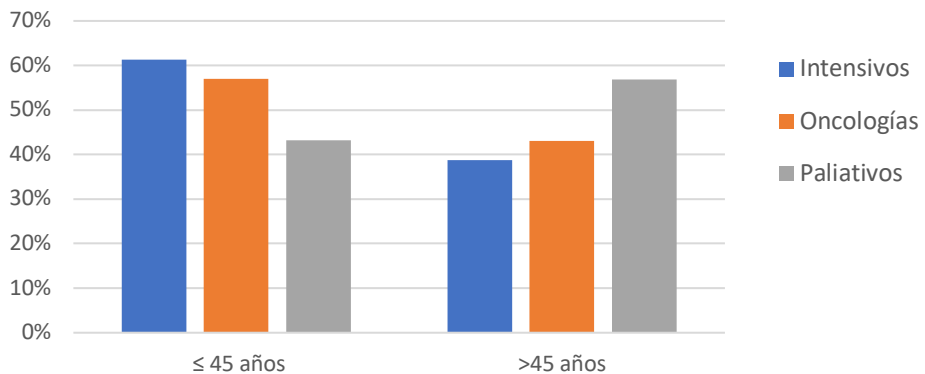
Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidado y el sexo



Incorporada la variable edad de las personas participantes, se puede observar que Intensivos cuenta con una población más joven, con el 61.3% ($n = 233$) de sus profesionales con una edad de 45 años o menos, seguida de cerca por las Oncologías, con un 57% ($n = 135$). Paliativos se retrata como aquella con mayor número de profesionales por encima de 45 años, representando el 56.8% ($n = 71$) del total. Esta distribución por edades y áreas de cuidado resulta, además, estadísticamente significativa [$\chi^2(2) = 12.59, p = .002$]. No obstante, el tamaño del efecto es pequeño, con un valor del estadístico V de Cramer $V_{Cramer} = .13$.

Figura 21.

Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados y la edad

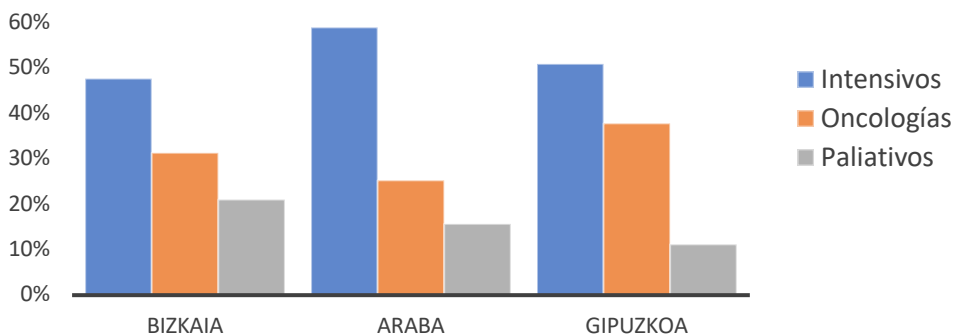


De la misma manera, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de trabajo de los y las profesionales de Enfermería en función de las áreas de cuidados [$\chi^2(2) = 7.96, p = .019$], con un tamaño del efecto pequeño ($V_{Cramer} = .10$). Intensivos (77.4%, $n = 294$) y Paliativos (76.8%, $n = 96$) son las áreas que congregan mayor número de profesionales expertos, es decir, con más de 5 años de trabajo asistencial, frente al 67.5% ($n = 160$) de Oncologías.

Finalmente, en todas las provincias la participación más numerosa se registra en las áreas de Intensivos, hallándose, además, diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2(4) = 15.78, p = .003, V_{Cramer} = .10$]. Araba despunta por una mayor participación de los y las profesionales de Intensivos, con un 59% ($n = 98$). Por su parte, Gipuzkoa destaca por la mayor participación en las unidades agrupadas bajo el epígrafe Oncologías (37.9%, $n = 85$), mientras que la participación más abundante en las áreas de Paliativos se produce en Bizkaia, con un 21 % ($n = 74$), tal y como puede observarse en la figura 22.

Figura 22.

Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados y la provincia

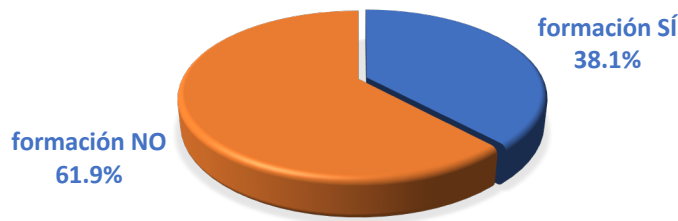


5.5. Descripción de la muestra en función de la formación previa en torno a la muerte y/o el duelo

El 38.1% ($n = 283$) de los y las profesionales que han formado parte del estudio cuenta con formación previa específica en torno a la muerte y/o el duelo. Esto implica que un 61.9% ($n = 459$) carece de dicha formación, tal y como se refleja en la figura que sigue.

Figura 23.

Distribución de la muestra en función de la formación previa en muerte y/o duelo



Teniendo en cuenta la distribución por categorías profesionales, el porcentaje de TCAE que sí poseen dicha formación (43%, $n = 95$) se sitúa por encima del porcentaje de ENF (36.1%, $n = 188$), aunque sin diferencias significativas [$\chi^2(1) = 3.13$, $p = .077$, $V_{Cramer} = .07$].

Al contemplar la variable sexo, el 32.4% ($n = 23$) de los hombres y el 38.7% ($n = 260$) de las mujeres han recibido formación previa relacionada con la muerte y/o el duelo, lo que refleja que un 67.6% ($n = 48$) de hombres y un 61.3% ($n = 411$) de mujeres no cuentan con dicha formación específica. Las diferencias, no obstante, no cuentan con significación estadística [$\chi^2(1) = 1.10$, $p = .295$, $V_{Cramer} = .04$].

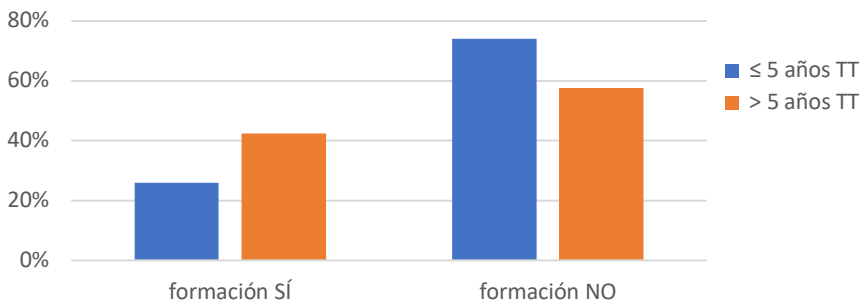
En relación con la edad, el 29.9% ($n = 126$) de los y las profesionales de 45 años o menos cuenta con formación específica en torno a la muerte y/o el duelo, frente al 49.1% ($n = 157$) de los y las mayores de 45 años que sí están instruidas, contando, además, esta diferencia, con significación estadística [$\chi^2(1) = 28.45$, $p <$

.001], y un tamaño del efecto moderado ($V_{Cramer} = .20$). La estimación de riesgos refleja que, por cada profesional mayor de 45 años que no posee la formación especificada, se espera encontrar 1.38 profesionales por debajo del corte de 45 años que no están instruidos [$OR = 1.38 (1.22, 1.56)$, IC 95%].

Tomando en consideración el tiempo de trabajo, existen diferencias significativas [$\chi^2(1) = 16.07, p < .001$] en el nivel de formación y la experiencia profesional, aunque los valores de V de Cramer reflejan una fuerza débil de asociación ($V_{Cramer} = .15$). El 42.4% ($n = 233$) de los y las profesionales con más de 5 años de trabajo asistencial ha recibido formación en torno a la muerte y/o el duelo, frente al 26% ($n = 50$) de las personas con menor experiencia profesional. Así, entre las personas que acumulan más de 5 años de labor asistencial existe 1.19 veces más de probabilidad de contar con formación en esta temática [$OR = 1.19 (1.10, 1.29)$, IC 95%].

Figura 24.

Distribución de la muestra en función de la formación previa en muerte y/o duelo y la experiencia profesional



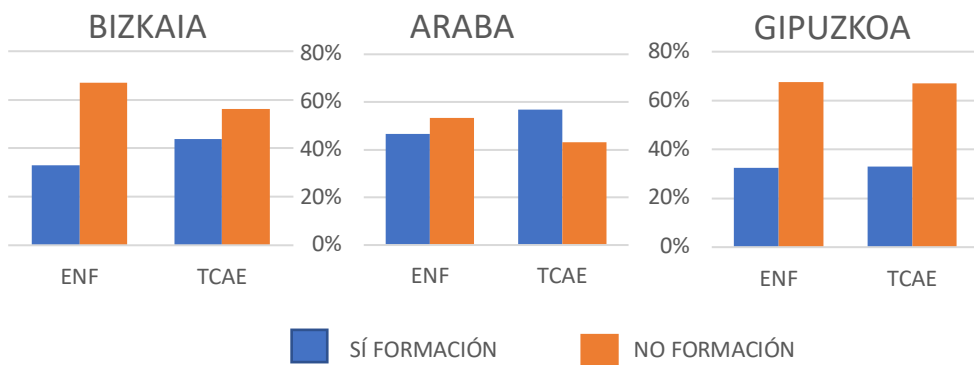
Nota: TT=tiempo de trabajo

Por provincias, Araba se desmarca significativamente [$\chi^2(2) = 12.31, p = .002, V_{Cramer} = .13$] como la provincia con mayor número de profesionales formados al respecto (49.4%, $n = 82$), mientras que Gipuzkoa contabiliza el mayor porcentaje de profesionales sin formación específica (67.4%, $n = 151$). En Bizkaia, el 36.4% ($n = 128$) de sus profesionales está instruido en la materia, mientras que el 63.6% ($n = 224$) no ha recibido formación específica sobre la muerte y/o el duelo.

Si se atiende conjuntamente a la formación, la categoría profesional y las provincias del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, se observa que, en Gipuzkoa, los porcentajes de profesionales formados están equilibrados (el 32.5% de ENF, $n = 50$, y el 32.9% de TCAE, $n = 23$). Sin embargo, tanto en Araba como en Bizkaia, las y los TCAE son el colectivo con mayor formación previa: el 56.8% ($n = 25$) en Araba y el 43.9% ($n = 47$) de TCAE en Bizkaia, frente al 46.7% ($n = 57$) de ENF en Araba y el 33.1% ($n = 81$) en Bizkaia. De hecho, se establecen diferencias significativas tanto para la categoría ENF [$\chi^2(2) = 7.83$, $p = .02$, $V_{Cramer} = .12$] como para TCAE [$\chi^2(2) = 6.40$, $p = .041$, $V_{Cramer} = .17$]

Figura 25.

Distribución de la muestra en función de la provincia, la categoría profesional y la formación previa



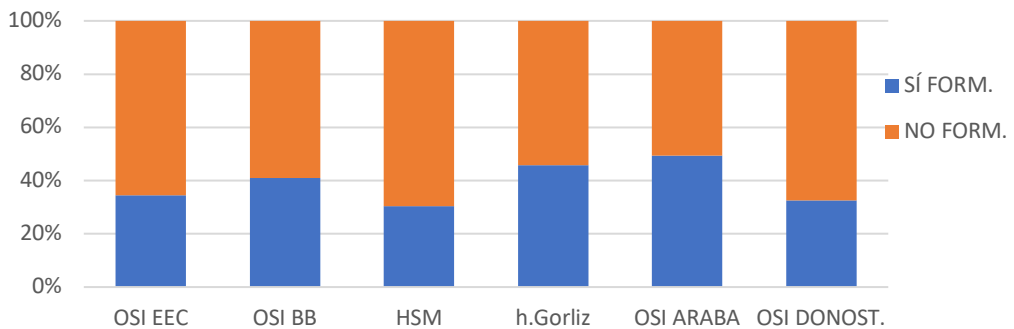
Nota: ENF=Enfermero/a; TCAE=Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

Por centros, se observan diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2(5) = 14.76$, $p = .011$] en los porcentajes de profesionales formados, siendo pequeña, no obstante, la magnitud del efecto [$V_{Cramer} = .14$]. Dentro de la unidad territorial de Bizkaia, son el Hospital Santa Marina y la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces las que presentan mayor brecha entre las personas con y sin formación específica, siendo que el 69.7% ($n = 23$) del primero y el 65.4% ($n = 142$) de la segunda carecen de ella. En la misma línea se sitúa la OSI Donostialdea, en Gipuzkoa, con un 32.6% ($n = 73$) formado al respecto y un 67.4% ($n = 151$) de sus profesionales sin la

descrita formación. Por el contrario, tanto la OSI Araba, en Araba, como el Hospital de Gorniz, en Bizkaia, se perfilan como las organizaciones con mayor porcentaje de profesionales con formación en torno a la temática, con un 49.40% ($n = 82$) la primera y un 45.8% ($n = 11$) el segundo.

Figura 26.

Distribución de la muestra en función OSI/hospital y formación previa en torno a la muerte y/o el duelo



Nota: FORM=Formación previa en torno a la muerte y/o el duelo; OSI=Organización Sanitaria Integrada; OSI EEC=OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces; OSI BB=OSI Bilbao-Basurto; HSM=Hospital Santa Marina; OSI DONOST.=OSI Donostialdea

Tomada en cuenta la dimensión áreas de cuidados, el 32.6% ($n = 124$) de los y las profesiones de Enfermería de Intensivos ha sido instruido en temáticas relacionadas con el final de la vida, porcentaje inferior al 44.7% ($n = 106$) de Oncologías y al 42.4% ($n = 53$) de Paliativos, siendo además, estas diferencias, estadísticamente significativas, aunque con un tamaño del efecto pequeño [$\chi^2(2) = 10.21, p = .006, V_{Cramer} = .12$]. Cabe destacar, además, que son las áreas de Intensivos en las tres provincias aquellas en las que existe mayor diferencia entre los porcentajes de personas con y sin formación previa específica, mientras que las áreas de Oncologías de las tres provincias y, Paliativos en Araba, contaron con un porcentaje mayor de personas con formación previa relativa a la muerte y/o el duelo, tal y como queda reflejado en la tabla 8.

Tabla 8.

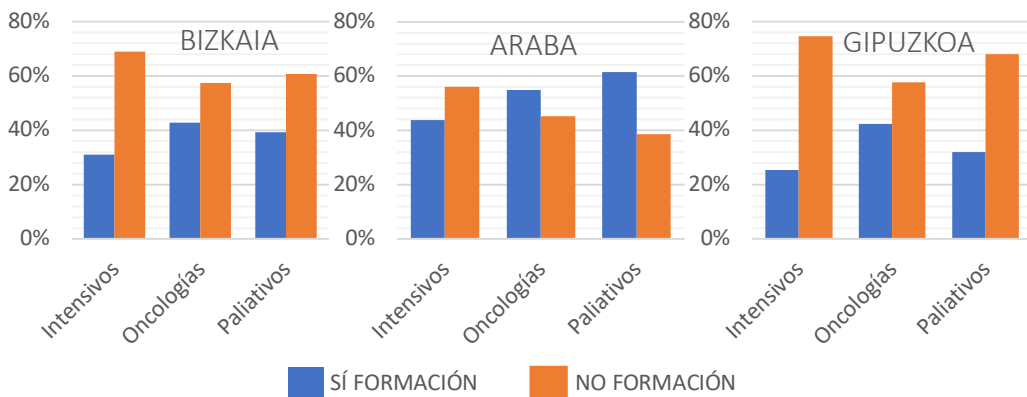
Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados y la formación previa

Provincia	Área de cuidados	Formación previa		Total n (%)
		SÍ n (%)	NO n (%)	
Bizkaia	Intensivos	52 (31)	116 (69)	168 (22.6)
	Oncologías	47 (42.7)	63 (57.3)	110 (14.8)
	Paliativos	29 (39.2)	45 (60.8)	74 (10)
	Total	128 (36.4)	224 (63.6)	352 (47.4)
Araba	Intensivos	43 (43.9)	55 (56.1)	98 (13.2)
	Oncologías	23 (54.8)	19 (45.2)	42 (5.7)
	Paliativos	16 (61.5)	10 (38.5)	26 (3.5)
	Total	82 (49.4)	84 (50.6)	166 (22.4)
Gipuzkoa	Intensivos	29 (25.4)	85 (74.6)	114 (15.4)
	Oncologías	36 (42.4)	49 (57.6)	85 (11.5)
	Paliativos	8 (32)	17 (68)	25 (3.4)
	Total	73 (32.6)	151 (67.4)	224 (30.2)
Total		283 (38.1)	459 (61.9)	742 (100)

En la figura 27 se pueden observar los mismos resultados de manera más visual.

Figura 27.

Distribución de la muestra en función de la provincia, las áreas de cuidados y la formación previa



Si se incorpora la variable edad a la distribución de profesionales en función de la formación específica y las áreas de cuidados, el porcentaje de personas con menor edad que sí poseen formación específica previa es siempre menor que el porcentaje de profesionales mayores de 45 años que dispone de dicha formación, alcanzando además niveles reseñables de significación, tal y como se refleja en la tabla 9.

Tabla 9.

Distribución de la muestra en función de formación previa, áreas de cuidados y edad

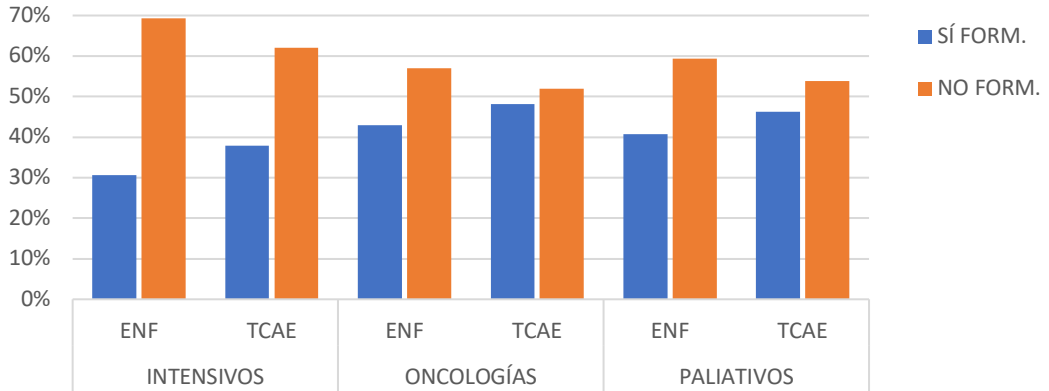
Área de cuidados	Edad	Formación previa			Prueba chi-cuadrado			V_{Cramer}
		SÍ <i>n</i> (%)	NO <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)	valor	gl	<i>p</i>	
Intensivos	≤ 45 años	62 (26.6)	171 (73.4)	233 (61.3)	9.94	1	.002	.16
	> 45 años	62 (42.2)	85 (57.8)	147 (39.7)				
	Total	124 (32.6)	256 (67.4)	380 (51.2)				
Oncologías	≤ 45 años	48 (35.6)	87 (64.4)	135 (57)	10.67	1	.001	.21
	> 45 años	58 (56.9)	44 (43.1)	102 (43)				
	Total	106 (44.7)	131 (55.3)	237 (31.9)				
Paliativos	≤ 45 años	16 (29.6)	38 (70.4)	54 (43.2)	6.35	1	.012	.23
	> 45 años	37 (52.1)	34 (47.9)	71 (56.8)				
	Total	53 (42.4)	72 (57.6)	125 (16.8)				
Total		283 (38.1)	459 (61.9)	742 (100)				

Por último, si se contempla la categoría profesional como parte de la ecuación, se observa que únicamente el 30.7% ($n = 85$) de los y las ENF y el 37.9% ($n = 39$) de TCAE de las unidades de Intensivos cuentan con formación específica al tema referido. En Oncologías, son el 43% ($n = 68$) de ENF y el 48.1% ($n = 38$) de TCAE los que cuentan con dicho entrenamiento, mientras que, en Paliativos, el 40.7% ($n = 35$) de ENF y el 46.2% ($n = 18$) de TCAE han recibido formación específica en torno a la muerte y el duelo. Estos datos se pueden contemplar en la figura que sigue a continuación. Las diferencias son estadísticamente significativas para la categoría ENF [$\chi^2(2) = 7.61, p = .022$], no así para la categoría

TCAE [$\chi^2(2) = 2.11, p = .349$]. En ambos casos, la magnitud del resultado es pequeña ($V_{Cramer} = .12$ y $V_{Cramer} = .10$ respectivamente para ENF y TCAE).

Figura 28.

Distribución de la muestra en función de las áreas de cuidados, la categoría profesional y la formación previa



Nota: FORM=formación previa en torno a la muerte y/o el duelo; ENF=Enfermero/a; TCAE=Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

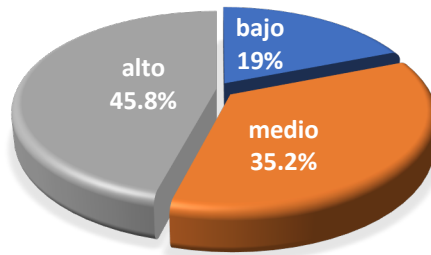
5.6. Descripción de la muestra en función de características adaptativas

Bajo el epígrafe “características adaptativas” quedan incluidas la resiliencia, la empatía, los rasgos de personalidad y las actitudes ante la muerte, cuyos resultados se presentan a continuación.

En cuanto a la **resiliencia**, los resultados ponen de manifiesto que el 35.2% ($n = 261$) de los y las profesionales de Enfermería participantes en el estudio muestra niveles medios de resiliencia y el 45.8% ($n = 340$) se percibe como muy resilientes.

Figura 29.

Distribución de la muestra en función de los niveles de Resiliencia



En relación con la **empatía**, son la dimensión cognitiva Comprensión emocional y la dimensión emocional Alegría empática, aquellas en las que se han obtenido puntuaciones más altas, tal y como muestran los resultados reflejados en la tabla 10 y en la figura 30.

Tabla 10.

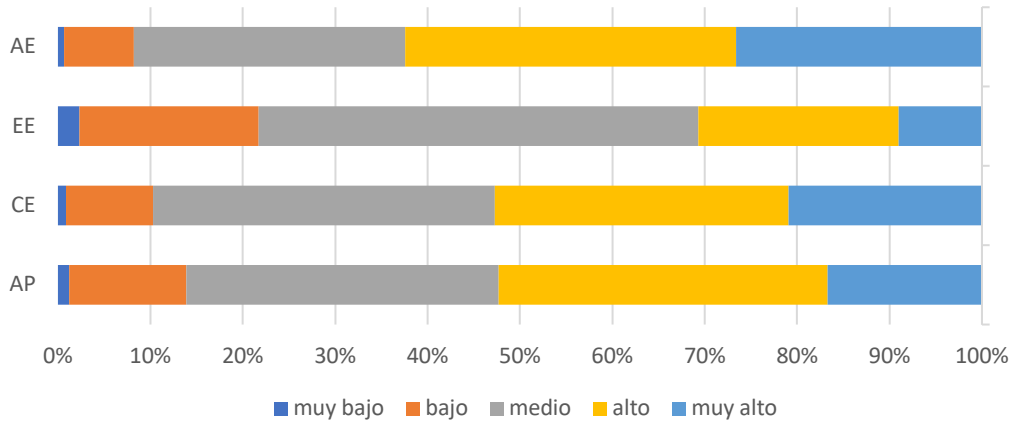
Medias, desviaciones típicas y niveles categorizados de la Empatía

Dimensiones empatía	M	DT	Niveles categorizados de empatía				
			Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)
AP	30.69	3.94	9 (1.2)	94 (12.7)	251 (33.8)	264 (35.6)	124 (16.7)
CE	32.90	4.51	7 (0.9)	70 (9.4)	274 (36.9)	236 (31.8)	154 (20.8)
EE	25.22	5.19	17 (2.3)	144 (19.4)	353 (47.6)	161 (21.7)	67 (9.0)
AE	34.66	3.63	5 (0.7)	56 (7.5)	218 (29.4)	266 (35.8)	197 (26.5)

Nota: AP=Adopción de perspectivas, CE=Comprensión emocional, EE=Estrés empático, AE=Alegría empática

Figura 30.

Niveles categorizados de las dimensiones de la Empatía



Nota: AE=Alegría empática; EE=Estrés empático; CE=Comprensión emocional; AP=Adopción de perspectivas

Tomando como referencia las **actitudes ante la muerte**, es la Aceptación neutral de la misma la que parece predominar entre el personal de Enfermería, seguida de Evitación, tal y como muestran los resultados que se presentan en la tabla 11.

Tabla 11.

Descriptivos de las Actitudes ante la muerte

	Actitudes ante la muerte				
	Miedo	Evitación	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento	Aceptación de escape
<i>n</i>	742	742	742	742	742
<i>M</i>	3.48	3.78	5.68	2.83	3.28
Error estándar	.05	.05	.03	.05	.06
<i>DT</i>	1.47	1.49	.90	1.41	1.51
Varianza	2.17	2.23	.80	1.97	2.27
Mínimo	1	1	1.6	1	1
Máximo	7	7	7	7	7

Con el objetivo de fijar los rangos de las distintas actitudes ante la muerte, se sigue el método de sumar y restar una desviación típica a la media para obtener, así, los rangos bajo y alto, respectivamente. De esta manera, se puede categorizar la disposición actitudinal de los y las profesionales de Enfermería de las áreas de Cuidados Intensivos, Oncologías y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, resultando como sigue:

Tabla 12.

Rangos obtenidos para las Actitudes ante la muerte en la propia muestra

Rango	Límites	Actitudes ante la muerte				
		Miedo	Evitación	Aceptación neutral	Aceptación de acercamiento	Aceptación de escape
Bajo	Inferior	1	1	1.60	1	1
	Superior	2.00	2.28	4.77	1.41	1.76
Medio	Inferior	2.01	2.29	4.78	1.42	1.77
	Superior	4.95	5.27	6.58	4.24	4.79
Alto	Inferior	4.96	5.28	6.59	4.25	4.80
	Superior	7	7	7	7	7

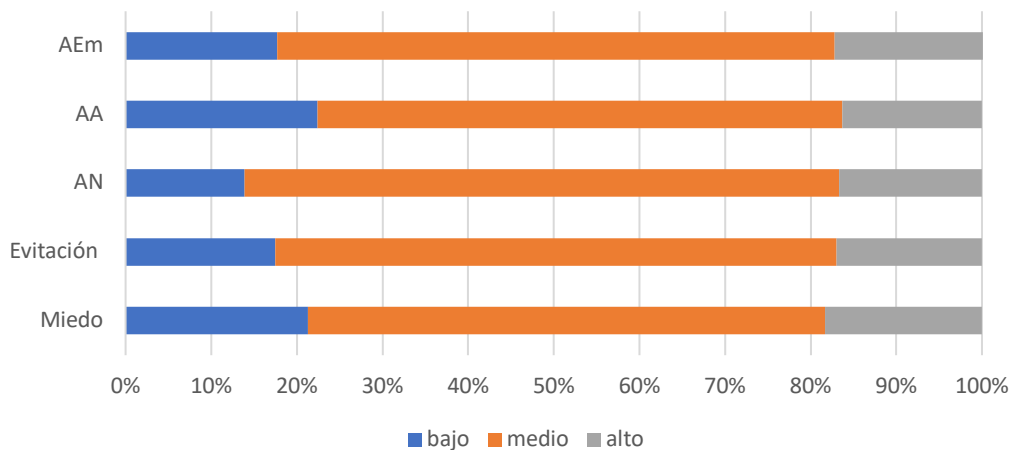
Tabla 13.

Distribución de la muestra en función de las Actitudes ante la muerte

Actitudes ante la muerte	Rangos		
	Bajo <i>n</i> (%)	Medio <i>n</i> (%)	Alto <i>n</i> (%)
Miedo	158 (21.3%)	448 (60.4%)	136 (18.3%)
Evitación	130 (17.5%)	486 (65.5%)	126 (17%)
Aceptación neutral	103 (13.9%)	515 (69.4%)	124 (16.7%)
Aceptación acercamiento	166 (22.4%)	455 (61.3%)	121 (16.3%)
Aceptación escape	131 (17.7%)	483 (65.1%)	128 (17.3%)

Figura 31.

Distribución de la muestra en función de las Actitudes ante la muerte



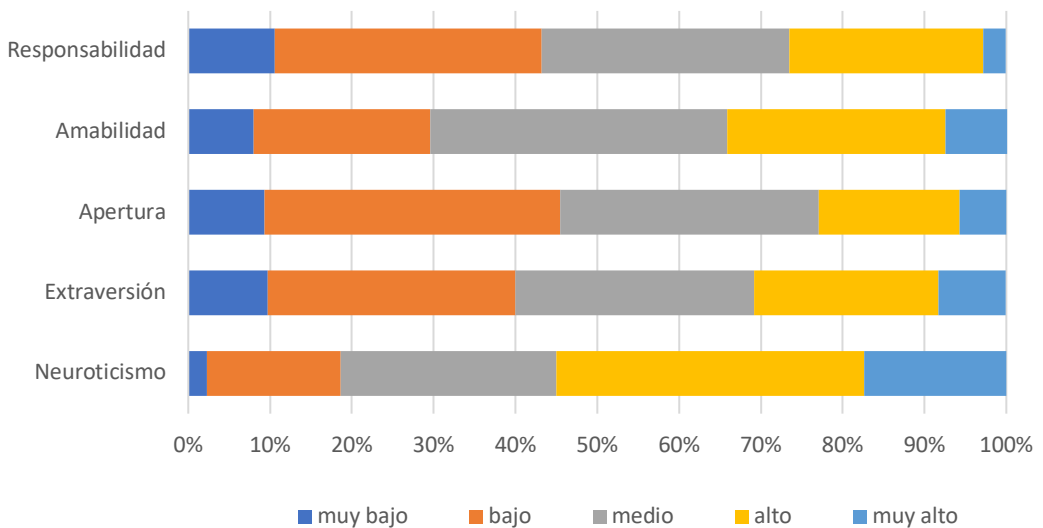
Nota: AEm=Aceptación de escape ante la muerte; AA=Aceptación de acercamiento a la muerte; AN=Aceptación neutral de la muerte

Finalmente, en función de los **rasgos de personalidad**, los resultados obtenidos arrojan datos en relación con los cinco factores de personalidad explorados, a saber, Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad.

Tal y como se muestra en la tabla 14 y en la figura 32, el 55% ($n = 408$) de la muestra puntúa alto o muy alto en Neuroticismo, el 30.7% ($n = 228$) obtiene puntuaciones altas o muy altas en Extraversión, el 22.9% ($n = 169$) hace lo propio en la dimensión Apertura, el 34.2% ($n = 254$) describe sus niveles de Amabilidad como altos o muy altos y lo mismo hace el 26.4% ($n = 196$) en el factor de Responsabilidad.

Tabla 14.*Medias, desviaciones típicas y niveles categorizados de los Rasgos de personalidad*

Dimensiones de personalidad	M	DT	Niveles categorizados				
			Muy bajo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)
Neuroticismo	18.87	7.79	17 (2.3)	121 (16.3)	196 (26.4)	279 (37.6)	129 (17.4)
Extraversión	31.46	7.04	72 (9.7)	225 (30.3)	217 (29.2)	167 (22.5)	61 (8.2)
Apertura	27.31	6.98	69 (9.3)	268 (36.2)	234 (31.6)	127 (17.2)	42 (5.7)
Amabilidad	33.24	5.88	59 (8)	160 (21.6)	269 (36.3)	198 (26.7)	56 (7.5)
Responsabilidad	34.45	5.89	79 (10.6)	242 (32.6)	225 (30.3)	176 (23.7)	20 (2.7)

Figura 32.*Distribución de la muestra en función de los Rasgos de personalidad*

Capítulo 6.

Diseño y procedimiento

En este capítulo se describe el marco metodológico seguido en el estudio, marco que permite estructurar sistemáticamente la recogida de datos, ordenarlos y analizar la información obtenida, de manera que permita interpretar los resultados en función del problema que se investiga. Está estructurado en 3 apartados diferentes, cada uno con su temática propia.

En el primer apartado, se presenta la cualidad de la investigación, diseñada acorde a los estudios descriptivos y correlacionales, de tipo transversal, bajo un enfoque cuantitativo.

Posteriormente, en el apartado segundo, se procede a explicar el procedimiento llevado a cabo durante el desarrollo de la investigación. Comenzando por la obtención del informe favorable por parte del Comité de Ética para las Investigaciones Clínicas, las reuniones informativas, hasta el consentimiento de participación por parte de las personas voluntarias y la pasación efectiva de las pruebas de valoración y posterior custodia.

Finalmente, en el último apartado, se explican detalladamente cuáles han sido los análisis estadísticos aplicados en cada caso con el objetivo de explotar profundamente los datos recogidos. Se especifican las estrategias contempladas para analizar descriptivamente la muestra, así como los análisis realizados con el objetivo de describir las interacciones entre las variables incluidas en el estudio. Finalmente, se describen las estrategias seguidas hasta la identificación de factores que pueden resultar explicativas de la Satisfacción por Compasión y de la Fatiga por Compasión, en su dimensión de Estrés Traumático Secundario.

6.1. Diseño del estudio

Dado que el objetivo del estudio es analizar la percepción que de su Calidad de Vida Profesional tienen los y las profesionales de Enfermería de algunos servicios y unidades seleccionadas del Servicio Vasco de

Salud/Osakidetza, y la relación de la misma con diferentes variables, se recurre a un diseño no experimental de tipo transversal. Esto implica que los fenómenos han sido estudiados en un contexto natural, sin manipulación de las variables, y en un solo momento, con el propósito de describirlas y analizar su incidencia e interrelación en un tiempo único.

El enfoque dado al estudio es de tipo cuantitativo, utilizando la recolección y análisis de datos para contestar las preguntas de investigación y probar las hipótesis establecidas previamente. Considerando que el tema de investigación tiene un sustento teórico suficiente, se ha procedido a realizar una investigación de tipo descriptivo *ex post facto*, para conocer de manera detallada la forma en la que distintas variables afectan y/o condicionan la percepción de Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería de las unidades y servicios de Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos y Oncologías del Sistema Vasco de Salud/Osakidetza.

En cuanto a la recogida de datos, el presente estudio se nutre del método de encuesta, a través de la pasación de instrumentos de valoración pertinentemente validados (cuestionarios), con opciones de respuesta cerrada tipo *Likert*. Esta metodología de recogida permite obtener información cuantitativa de manera sistemática, sin que quepa la posibilidad de manipular los datos.

6.2. Procedimiento

La investigación cuenta con el apoyo de las Direcciones de Enfermería de las OSIs y hospitales participantes dentro del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, así como con una red de investigadores e investigadoras colaboradoras que han ejercido de nexo de unión entre cada una de las unidades y servicios seleccionados para el estudio y la investigadora principal. Éste era, además, requisito indispensable para obtener el informe favorable del Comité de Ética para las Investigaciones Clínicas, bajo el amparo del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Euskadi, organismo que acredita la

viabilidad ética del proyecto el 14 de junio de 2018 (CEIm-E, PI2018066) (ver anexo 1).

En el cumplimiento de los requisitos para la obtención del informe favorable por parte del CEIm-E se invirtieron seis meses. A partir de ese momento se comienza con la pasación de pruebas de manera gradual en las tres provincias, ejercicio que supuso el mantenimiento de diversas reuniones informativas y de coordinación en cada centro, con la intención de compartir el objetivo de la investigación con la máxima cantidad de potenciales participantes. La obtención de la muestra abarcó nueve meses, dándose por finalizada en abril de 2019.

Uno de los objetivos del presente estudio de investigación es analizar la percepción de la Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería que trabaja en unidades de alto impacto emocional, es decir, unidades en las que la movilización de energía emocional es igual o más importante que el trabajo meramente técnico y físico. Se han considerado, a tal efecto:

- a) unidades en las que se profesan cuidados a personas con situaciones vitales comprometidas, que requieren una atención muy intensiva o vigilada. Estas unidades se aglutinan bajo el nombre “Intensivos”, y reúne las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI general) y Coronaria, Unidades de Reanimación (general o cardíaca), Unidad de Grandes Quemados (únicamente existente en Bizkaia, en la OSI EEC), Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatría (CIP) y Críticos Neonatal;
- b) unidades en las que las personas comparten un diagnóstico común: el cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones y con independencia de la edad o de la necesidad o no de hospitalización continuada. Quedan incluidas en este segmento, denominado “Oncologías”, las unidades de Oncología de adultos y pediátrica y las unidades de Hematología, cada una con sus respectivos Hospitales de Día;
- c) finalmente, unidades en las que se facilitan cuidados al final de la vida, entre ellas las Unidades y Hospitales de Cuidados Paliativos (en Bizkaia externalizadas y concentradas en los Hospitales Santa Marina y Gorliz), y los servicios de Hospitalización a Domicilio, tanto de adultos como

pediátrica. Aun no siendo monotemáticos de cuidados paliativos, se decidió incluir en este grupo la Hospitalización a Domicilio dado que, según refieren las y los enfermeros implicados, la demanda de atención en este servicio responde a la necesidad de cuidados crónicos paliativos en un alto porcentaje de los casos. Estas unidades serán referidas como “Paliativos”.

El consentimiento de los y las participantes se entendió como otorgado a través de su participación voluntaria, después de recibir la información adecuada sobre finalidad, procedimiento y posible difusión de resultados, tanto de manera oral como a través de una hoja informativa por escrito. Dicha participación consistió en la cumplimentación de un dossier de pruebas de valoración que recogía las variables de estudio, así como información básica sobre datos sociodemográficos y profesionales.

La obtención de la muestra de estudio resultó ardua por el propio procedimiento de la investigación, diseñado para garantizar, de manera excelente, tanto el entendimiento del proceso como la intimidad y confidencialidad de los datos facilitados por las personas participantes. De esta manera, tras contactar con los y las investigadoras colaboradoras identificadas en cada centro, se propuso una reunión con las personas supervisoras de cada unidad, con quienes se acordaron nuevas fechas de contacto con el personal de Enfermería, atendiendo a sus características de turnicidad y disponibilidad. Esto supuso una media de tres contactos con cada una de las unidades seleccionadas en cada uno de los centros adheridos al estudio, repartidos por toda la geografía vasca.

Una vez explicada la finalidad del estudio, se depositaron en las unidades, en los lugares acordados para ello, los dosieres de pruebas autoaplicables con las instrucciones pertinentes para su cumplimentación, sobres sin logos identificativos donde insertar los dosieres una vez contestados, y una urna con los logos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza y de la Universidad del País Vasco, para introducir los sobres cerrados. Las urnas consistieron en depósitos cerrados y opacos, de tal manera que no era posible ni ver ni acceder al contenido. Cada

dossier incorporaba, a su vez, una carta de presentación del proyecto de investigación (ver anexo 2), en la que se facilitaban diferentes medios de contacto con la investigadora principal.

Aunque la recogida de material evaluativo se realizaba semanalmente, y la retirada de las urnas se contemplaba inicialmente a las tres semanas, en algunas unidades fue necesario prolongar el tiempo y reiterar los contactos informativos, dadas las dificultades de participación. Dichas dificultades quedan resumidas, principalmente, por las características de algunas unidades y servicios (sobre todo las reunidas bajo el epígrafe de Intensivos, que son, en general, unidades semicerradas de visitas restringidas), la alta rotación del personal de Enfermería y las reticencias propias a la hora de participar en un estudio de investigación en el ámbito sanitario.

La recogida de dosieres se dio por finalizada en abril de 2019. Desde esa fecha, el material recogido ha sido custodiado por la investigadora principal de manera apropiada, no utilizándose para otro fin diferente al establecido.

Uno de los compromisos adquiridos con las Direcciones de Enfermería de cada OSI/hospital fue la difusión de resultados en el contexto de los servicios participantes. Por ello, de manera paulatina se organizaron jornadas informativas, tal y como se indica en la tabla que sigue a continuación. Algunas fueron presenciales y otras se realizaron de manera telemática, dadas las dificultades de convocatoria para algunos servicios. No obstante, en ninguno de los ejercicios de difusión se reveló información que facilitara la identificación de ninguna persona participante.

Tabla 15.*Cronograma de jornadas informativas destinadas a dar feedback por OSI/hospital*

OSI/Hospital	Día	Modalidad
Hospital Santa Marina	6 de marzo de 2019	Presencial
Hospital de Gorniz	29 de marzo de 2019	Presencial
OSI Araba	15 de abril de 2019	Presencial
OSI Bilbao-Basurto	Mayo de 2019	Telemático
OSI Donostialdea	Junio de 2019	Telemático
OSI EEC	Junio de 2019	Telemático

Nota: OSI=Organización Sanitaria Integrada, OSI EEC=OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

De manera extraordinaria, y a petición de las personas responsables de los servicios de Docencia de Enfermería, el 26 de noviembre de 2019 se presentaron, de manera presencial, los resultados correspondientes a la OSI EEC, durante la celebración de sus Jornadas Científicas.

6.3. Análisis de los datos

El análisis estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0. Los pasos seguidos se detallan a continuación.

En primer lugar, es necesario depurar los datos y comprobar que todas las respuestas dadas cumplen los requisitos establecidos. Eliminados los 19 dossieres en los que no se cumplimentaron todos los apartados y/o en los que se han identificado patrones de respuesta claramente perfilados, se considera que el resto de respuestas puede ser analizado sin realizar ningún tipo de corrección. Los valores perdidos hallados han sido mantenidos inalterados, dada su mínima incidencia.

Antes de comenzar con el análisis de los datos, se procede a obtener el alfa de Cronbach de cada una de las pruebas utilizadas, con el fin de establecer su consistencia interna y tomar posibles decisiones en cuanto a la idoneidad de su inclusión. Para ello, han sido tomados en consideración los criterios de interpretación de Kline (2000), que se presentan en la tabla 16.

Tabla 16.*Criterios de interpretación de los valores de α de Cronbach (Kline, 2000)*

α de Cronbach	Interpretación
$\alpha < 0.5$	Inaceptable
$0.5 \leq \alpha < 0.6$	Pobre
$0.6 \leq \alpha < 0.7$	Aceptable
$0.7 \leq \alpha < 0.9$	Buena
$\alpha \geq 0.9$	Excelente

Una vez depurados los datos y sometida a prueba la consistencia interna de los instrumentos, se comprueban los supuestos de normalidad y homocedasticidad de la muestra, con el objetivo de decidir el tipo de pruebas a realizar, paramétricas (*t* de *Student* y ANOVA) o no paramétricas (*U* de Mann-Whitney y *H* de Kruskal-Wallis).

En la presente investigación, el estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors arroja una significación $p < .001$ para todas las variables, salvo para la dimensión Apertura dentro de los rasgos de personalidad, con $p = .013$, también por debajo del nivel crítico $p < .05$, lo que indicaría que la muestra no sigue una distribución normal. Lo mismo se puede observar al inspeccionar visualmente los datos a través de los gráficos Q-Q Plots, que permitirían sugerir normalidad para alguna de las variables, pero no para otras. En cuanto a la homocedasticidad u homogeneidad de varianzas, el valor $p < .05$ del estadístico de Levene indica la presencia de grupos heterogéneos en la muestra de estudio.

Para complementar el estudio, se han tomado en consideración los histogramas, que en la mayor parte de los casos se asemejan a la campana de Gauss, así como los índices de asimetría y curtosis, que indican que todas las variables están por debajo del valor $|1|$ para la asimetría y por debajo del valor $|2|$ para la curtosis. Bajo esta lectura, se podría asumir normalidad en la distribución de los datos, a pesar de lo anterior.

Ante la falta de unanimidad entre los análisis descriptivos e inferenciales, se recurre a la revisión de la literatura científica antes de tomar una decisión sobre el tipo de pruebas a utilizar. Así, existen referencias que apoyan la robustez de pruebas paramétricas incluso cuando no se cumplen los criterios de normalidad

y homocedasticidad. Tal es el caso de Montilla y Kromrey (2010) para la comparación de medias, Chok (2010) para la correlación de Pearson o Schminder et al. (2010) para el estadístico ANOVA. Además, algunos estudios (Norman, 2010) defienden que, ante la ordinalidad propia de las escalas Likert, se pueden considerar las pruebas paramétricas igual de robustas, aunque existe discusión al respecto. Finalmente, el Teorema Central del Límite contempla la asunción de normalidad cuando la muestra es de gran tamaño, condición que se considera cumplida si $n > 30$.

Por todo ello, y dado que los datos cumplen criterios que no contradicen de manera brusca el modelo lineal general, unido al tamaño muestral del presente estudio, se opta por el uso de pruebas paramétricas para el análisis estadístico de los datos en la presente investigación.

Una vez establecidos los requerimientos básicos, es importante tener en cuenta que el análisis de los datos ha de ser realizado en base a tres condiciones: (1) potencia estadística, (2) tamaño del efecto, y (3) relevancia clínica (Cárdenas Castro, 2014). La potencia estadística viene dada, por una parte, por el tamaño de la muestra, de tal manera que, a mayor tamaño, mayor capacidad representativa. Por otro lado, las pruebas de significación permiten afirmar la existencia de diferencias significativas entre las variables de estudio. No obstante, la existencia de diferencias no implica necesariamente una gran amplitud en dichas diferencias, por lo que se calcula el tamaño del efecto, es decir, la magnitud de las diferencias halladas. Finalmente, mediante el cálculo de riesgos se establece la relevancia clínica del estudio, puesto que el hecho de existir significación estadística no refleja necesariamente que exista significación clínica.

En este sentido, los análisis estadísticos realizados han incluido pruebas de comparación de medias, correlaciones bivariadas y regresiones. En primer lugar, se han calculado los estadísticos descriptivos de cada una de las variables dependientes e independientes que forman parte de la investigación. Con ello, se responde al objetivo 1 planteado, conocer la percepción que tienen de su Calidad de Vida Profesional las personas que conforman la muestra. Para las variables criterio se reportan las puntuaciones directas y las correspondientes tipificadas,

con el objetivo de poder describirlas en base a rangos. Por otro lado, en aquellas variables continuas que no cuentan con rangos, se han calculado los mismos siguiendo el método de sumar y restar una desviación típica a la media de la variable, de tal manera que se obtienen los límites superior e inferior, respectivamente, del rango medio, y, a partir de este rango, el inferior y el superior.

En segundo lugar, se ha realizado una descripción profunda de la muestra en función de las variables sociodemográficas y profesionales. Para ello, se han utilizado tablas de contingencia con el cálculo del estadístico *chi* cuadrado, cuyo objetivo es verificar la existencia de asociaciones o diferencias entre las variables categóricas. De igual manera, se ha calculado el tamaño del efecto de la interacción de los factores a través de la *V* de Cramer, y la estimación de riesgos mediante el cálculo de la *odds ratio* para las tablas 2x2, es decir, para las tablas de contingencia con dos variables comparadas dicotómicas. Atendiendo al criterio de interpretación de *V* de Cramer, valores cercanos a $|1|$ reflejan una mayor asociación entre las variables, mientras que dicha asociación será menor cuanto más cerca se sitúe de $|0|$. Así, según los criterios de Cohen (1988), se consideran los valores de 0.1 como tamaños del efecto pequeños, 0.3 como medianos y 0.5 como grandes. No obstante, de manera generalizada se entiende que $V_{Cramer} \geq 0.3$ ya es un valor reseñable, partiendo de la clasificación establecida por Rea y Parker (1992). Dicha clasificación, que sirve de base para la estimación de la magnitud del tamaño del efecto en la presente investigación, se presenta en la tabla que sigue:

Tabla 17.

Criterios de interpretación de los valores de V de Cramer (Rea & Parker, 1992)

V_{Cramer}	Estimación de la magnitud de la asociación
0 - .10	Inexistente
.10 - .20	Débil
.20 - .40	Moderada
.40 - .60	Relativamente fuerte
.60 - .80	Fuerte
.80 - 1	Muy fuerte

Por su parte, partiendo de las pautas para la interpretación de la *odds ratio* de Chen et al. (2010), valores por debajo de 1.68 reflejarán una magnitud del efecto insignificante, de 1.68 a 3.47 mostrarán una magnitud pequeña, de 3.47 a 6.71, moderada, y por encima de 6.71, la magnitud del efecto será considerada grande.

En tercer lugar, se han efectuado los análisis de correlación bivariada de Pearson para explorar la relación entre las dimensiones SC y FC/ETS y las variables adaptativas (resiliencia, empatía, actitudes ante la muerte y rasgos de personalidad). Estos análisis permiten no solo comprobar el supuesto de linealidad de los datos, sino analizar también si la asociación entre las variables es estadísticamente significativa, su fortaleza y la dirección de la misma. La r de Pearson puede adoptar valores desde -1 hasta +1; cuanto más se acerque el valor absoluto a $|1|$, más alta será la correlación entre las variables, mientras que cuanto más se acerque a $|0|$, más baja será la relación establecida. Por su parte, los signos + o - indican la dirección de la relación, de forma que un valor positivo refleja que cuando se incrementa una medida, la variable correlacionada oscila también aumentando, mientras que cuando el valor de r es negativo, a medida que aumenta una medida, la otra variable disminuye. La interpretación de la intensidad de la relación se realiza siguiendo los baremos de Bisquerra (1987, 2004), tal y como se muestran en la tabla 18. Además, la correlación de Pearson es una estimación del tamaño del efecto en sí misma, que, elevada al cuadrado (r^2), define la cantidad de varianza de una variable explicable por la varianza de la otra variable en comparación.

Tabla 18.

Criterios de interpretación de los valores de r de Pearson (Bisquerra, 1987, p.189)

<i>r de Pearson</i>	Estimación de la magnitud de la asociación
$r \leq .20 $	Muy baja
$.21 \leq r \leq .40 $	Baja
$.41 \leq r \leq .60 $	Moderada
$.61 \leq r \leq .80 $	Alta
$.81 \leq r \leq .99 $	Muy alta
$r = 1 $	Perfecta

A continuación, se procede a analizar la existencia de diferencias significativas en las dimensiones SC y FC/ETS del constructo Calidad de Vida Profesional en función de las variables sociodemográficas, profesionales y adaptativas, respondiendo así a los objetivos 2 y 3. Para ello, los estadísticos de elección han sido *t* de Student y ANOVA. Ante la violación del supuesto de homocedasticidad de algunos datos (valorado en función del estadístico de Levene), se ha calculado para los mismos la *F* de Welch como alternativa robusta al ANOVA de Fisher. Las pruebas *post-hoc* realizadas para conocer dónde se hallan las diferencias significativas han sido Bonferroni, en el caso de cumplirse el criterio de homogeneidad de varianzas, y los contrastes de Games - Howell, ante el caso contrario. Para complementar la significación estadística, se ha calculado la estimación del tamaño del efecto a través de la *g* de Hedges en las pruebas *t* de Student, puesto que permite ajustar el estadístico *d* de Cohen cuando los tamaños muestrales son diferentes y no se asume igualdad de varianzas entre los grupos. La fórmula utilizada para realizar el cálculo incorpora la medida de las desviaciones típicas combinadas de las dos variables. De esta forma, la fórmula quedaría $g = \frac{|M1-M2|}{DT_{comb}}$, donde $DT_{comb} = \sqrt{\frac{(n1-1)DT1^2 + (n2-1)DT2^2}{(n1+n2)-2}}$. La interpretación de la magnitud del efecto se ha realizado siguiendo las directrices de Cohen (1988), en base a las cuales se considera un efecto pequeño $.20 \leq g < .50$; mediano $.50 \leq g < .80$, y grande $g \geq .80$. Aunque esta medida presenta cierto sesgo positivo, se considera insignificante ante tamaños muestrales grandes (Hedges & Olkin, 1988), por lo que no se han aplicado fórmulas de corrección en el presente estudio.

Asimismo, en las pruebas ANOVA, la eta parcial al cuadrado (η^2) indica el tamaño de la interacción entre los factores, y de éstos por separado sobre la variable dependiente para la totalidad de la muestra. Tamaños $\eta^2 = .01$ se consideran pequeños, $\eta^2 = .06$, medianos, mientras que $\eta^2 \geq .14$ se consideran tamaños grandes de efecto (Miles & Shevlin, 2001). En los casos en los que alguna comparación de pares tras la aplicación de los contrastes *post hoc* haya resultado significativa, se reporta también el tamaño del efecto para el par de variables en comparación con significación estadística.

Finalmente, con relación al objetivo 4, se han realizado regresiones lineales múltiples como estrategia para analizar en qué medida las variables independientes pueden estar explicando las variables dependientes. En otras palabras, se ha tratado de construir un modelo explicativo para SC y otro para FC/ETS, ajustado para el personal de Enfermería de hospitales de titularidad pública del País Vasco.

Dado que la base teórica que sustenta la elección de variables es consistente, el método elegido para introducir las variables y calcular la consiguiente recta de regresión ha sido el de *Intro*, que fuerza la entrada de todas las posibles variables explicativas en el modelo de manera simultánea, siempre que su significación en las regresiones univariantes así lo justifique (Maldonado & Greenland, 1993). Esta elección viene también respaldada por las limitaciones recogidas por Field (2018) con relación a los métodos *por pasos*, de los que señala mayores dificultades para la generalización de los modelos resultantes a poblaciones diferentes a la muestra de estudio. De hecho, en los métodos *por pasos*, la retención o no de posibles variables explicativas puede estar condicionada, en parte, por otras variables ya introducidas en el modelo, así como por el tamaño de la muestra, de forma que en muestras de gran tamaño tienden a retenerse variables que, en realidad, pueden contribuir poco a la explicación de la variabilidad de la variable criterio.

Para completar el estudio de regresión, se han calculado el coeficiente de determinación, los coeficientes de regresión y los de colinealidad. Así, el coeficiente de determinación (R^2) ofrece una medida de la bondad del modelo

obtenido. Este coeficiente se obtiene de elevar al cuadrado el coeficiente de correlación múltiple R . Sin embargo, dado que el R^2 no penaliza la posible inclusión de variables explicativas no significativas, en modelos con una cantidad alta de variables se opta por ajustar este coeficiente y salvar, así, la limitación expuesta. Por lo tanto, en el presente estudio se reportarán los valores del R^2 ajustado (R^2_{aj}) como medida representativa de la bondad de ajuste del modelo. Además, si a este estadístico se le multiplica $\times 100$, se obtiene el cálculo del porcentaje de la variabilidad explicada por la ecuación resultante. Para su interpretación, se toman en consideración los valores .01, .10 y .25 para describir la capacidad explicativa del modelo como pequeña, mediana y grande, respectivamente (Cohen, 1992).

Por su parte, los coeficientes de regresión incluyen los valores Beta, que permiten conocer la capacidad predictiva de cada variable incluida en el modelo final. Así, estos valores representan el cambio previsto en la variable dependiente por el cambio de una unidad en cada variable explicativa, manteniendo el resto de variables explicativas constantes. Si se utilizan de manera no estandarizada, los valores Beta (B) ofrecen un cálculo que toma como base la escala específica que se ha utilizado para medir cada variable explicativa de manera particular, mientras que, si se toman sus valores estandarizados (β), se posibilita la comparación del poder explicativo de cada variable incluida en la ecuación. Asimismo, se han calculado las correlaciones semiparciales, con el objetivo de completar la estimación de la contribución específica de cada variable explicativa a la varianza total de la variable criterio.

Finalmente, se han calculado los coeficientes de multicolinealidad, que permiten estimar la posible dependencia lineal entre las variables de la ecuación. Para ello, se toman en consideración tanto la Tolerancia como su recíproco, el Factor de Inflación de la Varianza (VIF). Se estima que la Tolerancia ha de estar por encima de .20 (Menard, 2002) y es conveniente que presente valores superiores a los resultantes de la fórmula $1 - R^2_{aj}$. Por su parte, el índice VIF ha de mantenerse bajo, de tal manera que valores por encima de 10 enteros indican la existencia de multicolinealidad (Bowerman & O'Connell, 1991).

Una vez establecido el modelo, se comprueba que no se han violado ninguna de las asunciones básicas para las regresiones lineales. Así, tras asegurar que todas las variables independientes son cuantitativas o categóricas (con un máximo de 2 categorías), que todas correlacionan de manera significativa con la variable criterio, que no existe multicolinealidad entre ellas, y que la aditividad explica mejor los resultados que cada variable individual, se calculan los residuos del modelo, entendidos como el error de cálculo entre el resultado pronosticado y el real. Dichos residuos deben ser independientes (el resultado del test Durbin-Watson ha de situarse preferiblemente entre los valores 1.5 y 2.5), seguir una distribución normal (en este caso, valorado gráficamente a través de un histograma, del gráfico Q-Q plots y de un gráfico de dispersión) y cumplir el requisito de homocedasticidad, es decir, que la varianza de los residuos sea aproximadamente constante.

Es interesante, además, analizar la presencia de casos atípicos e influyentes, puesto que su presencia podría desestabilizar el modelo o sesgarlo de manera notable. Para ello, se ha tomado como referencia la distancia de Cook, que describe como problemática toda distancia >1 , así como el Valor de influencia centrado (o Leverage), que no debe ser mayor que el resultado de $\frac{k+1}{n}$, donde k es el número de variables explicativas y n , el número de casos de la muestra. No obstante, en muestras ordinarias, con un intervalo de confianza al 95%, se asume que el 5% pueda presentar residuos estandarizados > 2 o < -2 , recomendándose estudiar de manera más pormenorizada aquellos casos cuyos residuos estandarizados superen $|3|$.

Una vez depurado el modelo y extraídas todas las variables explicativas con significación ≤ 0.05 para la variable criterio correspondiente, se procede a calcular la recta de regresión según la fórmula $VD = \text{Beta} \times (\text{constante}) + \text{Beta} \times (VI_1) + \text{Beta} \times (VI_2) + \text{Beta} \times (VI_3) + \dots$ hasta agotar las variables extraídas. En este caso, el valor reportado es el de Beta no estandarizado.

Por último, y antes de cerrar el presente apartado, es importante señalar que todos los valores han sido ajustados a dos decimales por el método de redondeo, salvo el p valor, que conserva tres decimales. Recordar, igualmente, que, salvo al ofrecer media y desviación típica, los valores reportados para las variables dependientes son valores tipificados, de manera que es posible, si fuera oportuno, realizar comparaciones con versiones previas del instrumento previa estandarización de sus puntuaciones.

Capítulo 7.

Variables e instrumentos de evaluación

En este capítulo se describen los instrumentos de evaluación usados en la investigación. Para la recogida de información, cada una de las personas participantes en la investigación rellenó un dossier único de carácter anónimo (ver anexo 3). Cada dossier está compuesto por un cuestionario elaborado *ad hoc*, en el que se recoge información sobre diversas variables sociodemográficas y profesionales, y por 5 instrumentos de evaluación, cada uno de ellos seleccionado en relación directa con las variables objeto de estudio. En el dossier se incluyen, además, una breve presentación sobre el objeto de estudio e indicaciones oportunas para la correcta cumplimentación de las pruebas. El tiempo total de pasación por persona ha oscilado entre los 20 y los 30 minutos.

El capítulo está articulado en base a 6 apartados, uno por cada instrumento utilizado. Dentro de cada apartado, se ofrece información sobre la descripción de la prueba, las normas de aplicación, corrección e interpretación, y algunos de los estudios psicométricos con los que cuenta el instrumento. De manera inicial, no obstante, se presenta una tabla-resumen que recoge el nombre, autor/es, fecha y variables que contempla cada prueba. El articulado del capítulo queda, por tanto, de la siguiente manera:

- 7.1. → Cuestionario *ad hoc*, para datos sociodemográficos y profesionales
- 7.2. → ProQOL 5, para valorar la Calidad de Vida Profesional
- 7.3. → CD - RISC 10, para valorar la Resiliencia
- 7.4. → TECA, para valorar la Empatía
- 7.5. → PRAM, para valorar las Actitudes ante la muerte
- 7.6. → NEO - FFI - 3, para valorar los Rasgos de personalidad

Tal y como se anticipaba, antes de proceder a la presentación en profundidad de cada instrumento utilizado, en la Tabla 19 se presenta la denominación y autores de cada una de las pruebas junto con la lista de las variables analizadas en las mismas.

Tabla 19.*Instrumentos de evaluación y variables analizadas*

Instrumentos de evaluación	Variables analizadas
Cuestionario <i>ad hoc</i>	Variables Sociodemográficas Sexo Edad
	Variables Profesionales Categoría Profesional Tiempo Trabajo en Ámbito Asistencial Provincia, OSI/centro de trabajo y área de cuidados donde desarrolla la labor asistencia Estudios previos relacionados con la muerte y/o los cuidados paliativos
ProQOL 5. Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue. Versión 5. (Stamm, 2010)	Satisfacción por Compasión Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario <i>Burnout</i>
CD-RISC 10. Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, versión simplificada (Campbell-Sills & Stein, 2007)	Resiliencia
TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (López-Pérez et al., 2008)	Dimensión Cognitiva de la Empatía Adopción de Perspectivas Comprensión Emocional Dimensión Afectiva de la Empatía Estrés Empático Alegría Empática
PRAM. Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (Gesser et al., 1988)	Miedo a la Muerte Evitación de la Muerte Aceptación Neutral de la Muerte Aceptación de Acercamiento a la Muerte Aceptación de Escape ante la Muerte
NEO-FFI-3. NEO Five Factor Inventory, 3. Versión reducida del NEO-PI-3, 3 Neo Personality Inventory (McCrae & Costa, 2007)	Neuroticismo Extraversión Apertura a la Experiencia Amabilidad Responsabilidad

7.1. Cuestionario *ad hoc*

Se trata de un breve cuestionario general de elaboración propia, diseñado con el objetivo de recoger información básica sobre variables sociodemográficas y profesionales de las personas participantes, incluyendo datos relacionados con el sexo, la edad, la categoría profesional, la unidad y el centro de trabajo, así como la tenencia o no de formación previa en torno a la muerte y/o el duelo, y el tiempo de trabajo en el ámbito asistencial.

7.2. ProQOL 5. Professional Quality of Life Scale. Versión 5 (Stamm, 2010)

Traducción al español de Campos Méndez (2015)

Descripción de la prueba

Este instrumento, comúnmente conocido como ProQOL, fue desarrollado inicialmente a partir de la revisión del *Compassion Fatigue Self - Test* (Figley, 1995a). Hoy día se encuentra traducido a más de 20 idiomas y cuenta, desde 2009, con su quinta versión. Ha sido extensamente utilizado para valorar el efecto que tiene sobre los y las profesionales asistenciales el hecho de cuidar a personas en situación de vulnerabilidad. La traducción utilizada en el presente estudio fue realizada por Campos Méndez (2015), a partir de la traducción que Morante et al. (2005) realizaron del ProQOL IV.

Se trata de un sistema de valoración multidimensional autoaplicado. Consta de 30 ítems que son respondidos a través de una escala tipo Likert teniendo en cuenta los últimos 30 días de referencia. La persona evaluada ha de establecer el grado de acuerdo con los distintos ítems, de manera que 1= nunca, 2= rara vez, 3= a veces, 4= frecuentemente y 5= muy frecuentemente. En el ProQOL 5 se contemplan 3 escalas, correspondientes a sus tres dimensiones, para las que se obtienen puntuaciones totales: Satisfacción por Compasión (SC, 10

ítems), *burnout* (10 ítems) y Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario (FC/ETS, 10 ítems). Cada una de las escalas hace referencia a:

- a) *Satisfacción por Compasión*: se refiere a la satisfacción que una persona obtiene de su labor como cuidadora. Contempla la percepción positiva sobre la propia capacidad de hacer bien el trabajo y para manejar nueva tecnología y protocolos. Las personas con puntuaciones altas se perciben como implicadas y felices con su labor, e identificadas con la misma.
- b) *Burnout*: desde la perspectiva del ProQOL, es uno de los aspectos de la Fatiga por Compasión. Se asocia con sentimientos de desesperanza e infelicidad, percepción de sobrecarga de tarea y bajo soporte ambiental, así como dificultades a la hora de realizar el trabajo de manera efectiva. La persona que lo experimenta puede sentirse exhausta, sobreexpuesta y sobrepasada por la experiencia, así como decepcionada consigo misma.
- c) *Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario*: segundo elemento de la Fatiga por Compasión, se refiere a los efectos negativos que tiene sobre las personas la exposición a experiencias traumáticas de los demás. Incluye dificultades para desconectar emocional y cognitivamente y sentimientos de impregnación y sobreimplicación. Podrían aparecer, igualmente, dificultades para dormir, presencia de imágenes o pensamientos intrusivos o evitación del recuerdo de las experiencias traumáticas de las demás personas asistidas.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

Se trata de una prueba autoaplicable, administrable de manera individual o colectiva, siempre que se asegure un ambiente de baja interferencia. Los ítems se reparten de la manera mostrada en la tabla que sigue a continuación.

Tabla 20.*Composición de las escalas del ProQOL 5*

Dimensión	Ítems
Satisfacción por Compasión (SC)	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
Fatiga por Compasión / Estrés Traumático Secundario (FC/ETS)	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
<i>Burnout</i>	1*, 4*, 8, 10, 15*, 17*, 19, 21, 26, 29*

(*) Ítems inversos (puntuación 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

El proQOL 5 permite obtener puntuaciones directas y convertirlas en puntuaciones tipificadas, así como categorizarlas en niveles alto, bajo y medio. Las puntuaciones directas para las escalas SC y FC/ETS se obtienen a través de la suma de las puntuaciones otorgadas por los y las participantes a cada uno de los ítems señalados. En la escala relativa al *burnout* es importante contemplar la inversión de la puntuación de algunos de sus ítems, de tal manera que todas las afirmaciones apunten en sentido negativo. La posibilidad de obtener puntuaciones tipificadas (asumidas una media de 50 y una desviación típica de 10) es una de las novedades de la versión 5 del ProQOL, lo que permite la comparación estandarizada de las puntuaciones, y el cruce de datos obtenidos con anteriores versiones del instrumento.

Además, el instrumento permite la interpretación de datos en función de criterios grupales y en función de criterios de pasación individual. En la tabla 21 se muestran los criterios de conversión e interpretación de las puntuaciones teniendo en cuenta el criterio grupal, que estandariza las puntuaciones directas a partir de la media de la muestra y la desviación típica y señala los percentiles 25 y 75 como referencias a la hora de proceder con la interpretación (Stamm, 2010, p. 18).

Tabla 21.

Interpretación del ProQOL 5, teniendo en cuenta criterios grupales

	Puntuaciones directas	Puntuaciones estandarizadas (T-score)	Percentil
SC	≤ 32	≤ 44	25
	33-41	45-56	50
	≥ 42	≥ 57	75
FC/ETS	≤ 7	≤ 42	25
	8-16	43-55	50
	≥ 17	≥ 56	75
<i>Burnout</i>	≤ 15	≤ 43	25
	16-24	44-55	50
	≥ 25	≥ 56	75

Nota: SC=Satisfacción por Compasión; FC/ETS=Fatiga por Compasión/ Estrés Traumático Secundario

Por otra parte, tomando en consideración los criterios de pasación individual, los puntos de corte para las tres dimensiones quedarían situados de manera global en ≤ 22 , entre 23 y 41, y ≥ 42 para perfilar los niveles bajo, medio y alto, respectivamente. El manual de la prueba facilita, además, una tabla de conversión para transformar las puntuaciones directas en puntuaciones tipificadas (Stamm, 2010, pp. 31-34). No obstante, al trasladar los puntos de corte a dicha tabla, surge una dificultad complicada de manejar. Como se puede apreciar en la tabla 22, puntuaciones que el manual señala como medias para las dimensiones FC/ETS y *burnout*, se situarían en percentiles máximos aplicando la tabla de conversión para calcular puntuaciones estandarizadas y percentiles. De esta manera, resulta difícil explicar cómo una puntuación que ubica a una persona en un percentil 10 de SC, la describiría al mismo tiempo con niveles medios de SC, mientras que una persona situada en el percentil 99 para FC/ETS o *burnout*, sería catalogada dentro de niveles medios. Esta discordancia es recogida de manera taxativa por Hagan (2019), quien asegura que:

los percentiles 99 para las puntuaciones directas de *burnout* y FC/ETS reportadas por Stamm (2010, p.34) son 37 y 31, respectivamente, ambas muy por debajo de los puntos de corte de 42 establecidos para las puntuaciones directas y utilizado como límite para los niveles “alto” tanto

de *burnout* como de FC/ETS, cuando se evalúan los resultados del ProQOL en la administración individual (Stamm, 2010, p. 29-30), por lo que parece haber un error en los puntos de corte prescritos para la puntuación individual. (p. 67)

Tabla 22.

Interpretación del ProQOL 5, según criterios individuales. Obtención de puntuaciones tipificadas en base a la tabla de conversión y correspondientes percentiles

	Puntuaciones directas ^a	Nivel ^a	Puntuaciones estandarizadas (T-score) ^b	Percentil ^b
SC	≤ 22	Bajo	≤ 31	4
	23-41	Medio	32-56	5-72
	≥ 42	Alto	≥ 57	73
FC/ETS	≤ 22	Bajo	≤ 64	91
	23-41	Medio	65-99	92-99
	≥ 42	Alto	¿?	
<i>Burnout</i>	≤ 22	Bajo	≤ 52	63
	23-41	Medio	53-73	64-99
	≥ 42	Alto	¿?	

(^a) Criterios de pasación individual (Stamm, 2010); (^b) Aplicación percentiles según tabla de conversión (Stamm, 2010, pp. 31-34)

Nota: SC= Satisfacción por Compasión; FC/ETS= Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario

Por todo lo anterior, en la presente investigación se ha optado por aplicar los criterios grupales, extrayendo la media y desviación estándar del grupo muestral, que resultan muy similares a los de la prueba original.

Finalmente, la Escala de Calidad de Vida Profesional ofrece, además, directrices orientativas para valorar la comparativa de las escalas, aunándolas en 5 posibles perfiles diferentes:

- 1) *Alta SC con moderado a bajo burnout y FC/ETS*: es el resultado más favorable, retrata a una persona que recibe refuerzo de su labor, se siente comprometida y no se cuestiona la continuidad dentro de la profesión.

- 2) *Alto burnout con moderado a bajo SC y FC/ETS*: este perfil retrata a personas en riesgo, impregnadas por sentimientos de ineficacia en un contexto profesional generalmente caracterizado por la sobrecarga y un funcionamiento empobrecido. Abrumadas por la percepción de no poder hacer nada, tenderían a alejarse de las personas a las que asisten como medida de protección personal.
- 3) *Alto FC/ETS con bajo burnout y SC*: característico de personas que desarrollan temor hacia la labor desempeñada con personas que sufren, focalizarían su atención en los aspectos emocionalmente más negativos de la asistencia, lo que aumentaría la sensación de desazón.
- 4) *Alto FC/ETS y SC con bajo burnout*: este perfil es característico de profesionales que trabajan en situación de riesgo excepcional. Retrata a personas altamente efectivas en sus trabajos, responsables y comprometidas, pero al mismo tiempo, temerosas de la gran vinculación emocional que experimentan en relación con las personas a las que asisten.
- 5) *Alto FC/ETS y burnout con baja SC*: esta combinación se posiciona como la más estresante, dado que combina la impregnación de sentimientos con pensamientos de inutilidad derivados tanto de las características estructurales y funcionales del servicio como de la vinculación emocional con las personas en necesidad.

Estudios psicométricos

A pesar de quedar recogidos vagamente en distintas investigaciones, los estudios de validez del ProQOL original no se encuentran publicados. Siguiendo los datos del manual original (Stamm, 2002), la prueba ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas para cada una de sus escalas, siendo el alfa de Cronbach de $\alpha = .88$ para la SC, $\alpha = .81$ para la escala FC/ETS y $\alpha = .75$ para el *burnout*. No obstante, y sin renunciar por ello a la independencia de dichas escalas, la propia autora señala dificultades para separar las medidas de las dos dimensiones de la Fatiga por Compasión, explicando la varianza compartida

(21%) en base al distrés presente tanto en el Estrés Traumático Secundario como en el *burnout*.

Algunos de los estudios más recientes en relación con la validación del ProQOL se han realizado sobre versiones traducidas del mismo. La fiabilidad de cada una de las escalas se mantiene fiel a la original en casi todas las investigaciones (Circenis et al., 2013; Duarte, 2017; Fukumori et al., 2016; Palestini et al., 2009; Samson et al., 2016; Wu et al., 2014). No ocurre lo mismo con la validez de constructo de las tres dimensiones. Así, tanto en la versión hebrea (Samson et al., 2016) como en la versión portuguesa (Duarte, 2017) se encontraron dificultades con las propiedades psicométricas de varios de sus ítems bajo el prisma de la estructura trifactorial propuesta por Stamm (2005). Por su parte, en la versión española y en la versión portuguesa aplicada a una muestra brasileña (Galiana et al., 2017), parece confirmarse la existencia de tres factores, aunque con diferencias en su fiabilidad: $\alpha = .77$; $\alpha = .78$; $\alpha = .54$, respectivamente, para la SC, el FC/ETS y el *burnout*, similares a los datos reportados por Hagan (2019) en una muestra de 496 enfermeros y enfermeras. Por su parte, dada la falta de contraste desde la perspectiva exploratoria, Heritage et al. (2018) trataron de establecer la validez de constructo y la fiabilidad del ProQOL en una muestra de 1615 profesionales de Enfermería de hospitales en Australia, a través de la aplicación del análisis Rasch. Los resultados obtenidos en relación con la consistencia interna de las escalas replicaron los originales, con un alfa de Cronbach $\alpha = .90$ para SC, $\alpha = .84$ para FC/ETS y $\alpha = .80$ para *burnout*. El análisis de componentes principales confirmó un único factor para la SC; sin embargo, no se confirmaron las dos dimensiones de la Fatiga por Compasión, que saturaban mejor como un factor unidimensional. Por ello, Heritage et al. (2018) proponen una versión revisada de 21 ítems para el ProQOL, que mantendría los 10 ítems en la escala positiva mientras que el nuevo factor aglutinante, denominado Fatiga por Compasión, constaría de 11 ítems extraídos de la combinación de las escalas FC/ETS y *burnout* originales. En la misma línea, otros autores (Duarte, 2017; Fukumori et al., 2016; Palestini et al., 2009) proponen versiones más ligeras, con eliminación y/o recolocación de ítems, que permitirían aumentar la validez de constructo y evitar así la superposición de

elementos, pudiendo mantener inalterada la estructura factorial original. En la validación del instrumento en población mexicana (García-Rivera et al., 2014) se sugiere la eliminación de la escala completa de *burnout* a partir de los resultados obtenidos en el Análisis Factorial Confirmatorio. A pesar de todo ello, el panorama investigador sigue mostrando fidelidad a la versión original de 30 ítems, a la espera de que se vaya acumulando un cuerpo empírico en torno a las nuevas propuestas.

En el presente estudio, los datos de fiabilidad fueron los siguientes: para la SC, $\alpha = .85$, para la FC/ETS, $\alpha = .82$, y para el *burnout*, $\alpha = .61$. De manera global, se obtuvo un $\alpha = .69$. Como se puede apreciar, tanto la dimensión SC como FC/ETS muestran una buena fiabilidad, mientras que, de manera coherente al resto de estudios, la fiabilidad de la dimensión *burnout* es la más baja, situándose en niveles aceptables, un poco por encima de los resultados obtenidos en la validación de la versión IV en castellano de Galiana et al. (2017) ($\alpha = .54$ para la dimensión en cuestión).

A pesar de las dificultades expuestas, se defiende la utilización del ProQOL en el presente estudio en base, por un lado, al histórico investigador que existe utilizando el ProQOL como escala de medición y, por otro, a los resultados de la validación del instrumento en su versión española (Galiana et al., 2017).

7.3. CD-RISC 10. Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, versión simplificada (Campbell-Sills & Stein, 2007)

Versión española de Notario-Pacheco et al. (2011)

Descripción de la prueba

El CD-RISC 10 es la versión reducida de 10 ítems de la *Escala de Resiliencia de Connor y Davidson*, (CD-RISC), desarrollada originariamente por Connor y Davidson (2003), con el objetivo de elaborar una medida válida de la resiliencia aplicable a diferentes poblaciones. La versión extendida consta de 25 ítems que

valoran las características personales que promueven la adaptación a las distintas situaciones, desde la perspectiva de resiliencia como capacidad o habilidad de las personas a la hora de afrontar el estrés. En ella se incluyen 5 factores, a saber (1) competencia personal, (2) aceptación del cambio, (3) relaciones interpersonales estables, (4) percepción de control, y (5) influencias espirituales.

Tanto el CD-RISC como su versión abreviada CD-RISC 10 (Campbell-Sills & Stein, 2007) son ampliamente reconocidas, aceptadas y utilizadas en el panorama internacional (Soler Sánchez et al., 2016). La escala utilizada en el presente estudio fue adaptada al castellano y validada por Notario-Pacheco et al. (2011). Se trata de una escala de 10 ítems (los numerados como 1, 4, 6, 7, 8, 11, 14, 16, 17, 19 de la escala original), redactados en tono de afirmación positiva. Incorpora una escala tipo Likert de respuesta en la que 0= en total desacuerdo, 1= algo en desacuerdo, 2= ni sí ni no, 3= algo de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

Esta escala fue diseñada para ser utilizada en población adulta, de manera autoaplicada o heteroaplicada. En el presente estudio formaba parte de un dossier de pruebas con carácter autoaplicado. Aporta una medida global de resiliencia, que se obtiene de la suma directa de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems. No se establece punto de corte, de manera que la interpretación es lineal: en un rango de 0-40, a mayor puntuación, mayor resiliencia.

Estudios psicométricos

La validación de la versión española del CD-RISC 10 se realizó tomando como referencia población universitaria. La escala muestra una buena consistencia interna, con índice alfa de Cronbach de $\alpha = .85$. Por su parte, la fiabilidad test-retest permite conocer en qué grado una persona emitirá respuestas similares cuando la misma prueba sea pasada en dos ocasiones. En la validación española se optó por un intervalo de 2 semanas para una muestra de 95 individuos. Los

valores obtenidos se situaron en torno a $\alpha = .71$. El coeficiente de correlación de Spearman fue $r = .73$.

La validez de constructo fue analizada utilizando el análisis de componentes principales, que arrojó un único factor para el conjunto de los ítems y que explicaba el 44.1% de la varianza. El test de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) fue de .90. Un posterior análisis factorial confirmatorio respaldó la estructura unifactorial de la escala. Se considera que el CD-RISC 10 posee una adecuada validez convergente, tomando como referencia el contraste de medias con la dimensión de Salud Mental del *Cuestionario de Salud SF-12* (Alonso et al., 1998) y con el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) (Buysse et al., 1989), un breve cuestionario autoaplicado que valora la calidad de sueño. Este último fue utilizado en su versión española (Royuela & Macías, 1997). En la versión inglesa, la validez de constructo fue confirmada tomando como referencia el *Brief Symptom Inventory* 18 (BSI 18) (Derogatis, 2001) y el *Childhood Trauma Questionnaire Short Form* (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003). Los resultados indicaban, en la línea de lo esperado, que la resiliencia modera el impacto del maltrato durante la infancia, suavizando la presencia de síntomas psiquiátricos concurrentes.

Dado que la muestra con la que ha contado la presente investigación incluye en su totalidad población trabajadora en el ámbito de la asistencia sanitaria, parece pertinente hacerse eco del estudio de validación del CD-RISC 10 realizada con una muestra multiocupacional, liderado por Soler Sánchez et al. (2016). En dicho estudio, el instrumento contó con un $\alpha = .87$ y el análisis factorial exploratorio arrojó igualmente una estructura unifactorial que explicaba el 55.8% de la varianza, corroborado por el análisis factorial confirmatorio. La validez divergente fue analizada mediante la correlación de constructos distintos. Se emplearon, en este caso, las variables de *burnout*, satisfacción laboral y salud psicológica, tres variables de gran repercusión en el ámbito laboral. El *burnout* fue evaluado mediante la escala *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (Schaufeli et al., 1996), en su versión española (Salanova et al., 2000); la satisfacción laboral fue a su vez evaluada a través de la *Escala General de Satisfacción Laboral* (Warr et al., 1979), adaptada por Pérez y Fidalgo (1995), y se empleó el *Cuestionario General*

de la Salud GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988) para valorar la salud psicológica. En todos los casos, las correlaciones obtenidas fueron estadísticamente significativas.

En el presente estudio, el alfa de Cronbach $\alpha = .87$ corrobora la buena consistencia interna del CD-RISC 10, en coherencia con el resto de estudios reportados.

7.4. TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (López-Pérez et al., 2008)

Descripción de la prueba

El TECA, o *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*, es un instrumento diseñado por López-Pérez et al. (2008) con el objetivo de valorar la capacidad de empatizar de las personas desde una perspectiva integradora, es decir, contemplando las dimensiones cognitiva y afectiva de la empatía.

La prueba consta de 33 ítems que presentan afirmaciones sobre actuaciones, cogniciones y emociones en distintas situaciones sociales. Ante estas afirmaciones, la persona evaluada ha de señalar el grado de acuerdo y desacuerdo que muestra a través de una escala Likert en la que 1= En total desacuerdo, 2= Algo en desacuerdo, 3= Ni sí ni no, 4= Algo de acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo.

A pesar de que la empatía se ha considerado como un único rasgo, esta prueba contempla cuatro aspectos diferentes como constitutivos de la misma. De esta manera, es posible obtener 4 escalas, dos de carácter cognitivo (*Adopción de Perspectivas -AP-* y *Comprensión Emocional -CE-*) y dos de carácter afectivo (*Estrés Empático -EE-* y la *Alegría Empática -AE-*). La descripción de cada una de ellas se muestra a continuación:

- 1) *Adopción de Perspectivas (AP)*: se refiere a la capacidad imaginativa de ponerse uno mismo en el lugar de otra persona, subrayando la dimensión

imaginativa. Evalúa, por tanto, la capacidad de tolerancia dentro de las relaciones interpersonales.

- 2) *Comprensión Emocional (CE)*: alude a la capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, las intenciones y las impresiones de las otras personas. Se incluye dentro de la dimensión cognitiva puesto que la comprensión es una capacidad cognitiva y no emocional.
- 3) *Estrés Empático (EE)*: es la capacidad de sintonizar emocionalmente con otra persona, con tendencia a experimentar emociones negativas, como la preocupación ante el sufrimiento del otro. Se refiere, por tanto, más a la reacción emocional negativa que a una respuesta vicaria.
- 4) *Alegría Empática (AE)*: se refiere a la capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona, reflejando una tendencia a experimentar sentimientos de ternura y acercamiento hacia los demás.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

Se trata de una prueba autoaplicada, que puede ser utilizada en formato individual o colectivo. El único requisito es que las personas evaluadas sean capaces de entender los ítems, lo que se consigue con una formación escolar básica, a criterio de los autores, y emitir respuestas con la mayor sinceridad posible, limitando así el efecto de deseabilidad social. Consta de 33 ítems, que estructuran sus puntuaciones tal y como muestra la tabla 23:

Tabla 23.

Estructura dimensional y composición de las escalas del TECA

Dimensión	Escala	Ítems
Cognitiva	Adopción de perspectivas	6, 11, 15, 17*, 20, 26*, 29, 32*
	Comprensión emocional	1, 7*, 10*, 13, 14*, 24, 27, 31, 33
Afectiva	Estrés empático	3*, 5, 8*, 12*, 18, 23, 28*, 30*
	Alegría empática	2, 4, 9, 16, 19, 21*, 22, 25*

(*) Ítems inversos (puntuación 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

El TECA permite obtener dos tipos de puntuaciones: por escala (AP, CE, EE, AE), y una puntuación global de la Empatía. Los perfiles se extraen sumando las puntuaciones directas otorgadas por la persona evaluada (teniendo en cuenta los ítems inversos) y convirtiéndolas en puntuaciones T ($M = 50$, $DT = 10$), de tal manera que se puedan contrastar orientativamente con los centiles facilitados. La significación de las puntuaciones se presenta en la tabla 24.

Tabla 24.

Significación de las puntuaciones del TECA

Percentil	Significación	Puntuación T
1 a 6	Extremadamente baja	34 o inferior
7 a 30	Baja	35 a 44
31 a 69	Media	45 a 55
70 a 93	Alta	56 a 65
94 a 99	Extremadamente alta	66 o superior

Estudios psicométricos

El TECA muestra una buena consistencia interna, con un índice alfa de Cronbach global de $\alpha = .86$. Por separado, la fiabilidad de cada uno de los factores es aceptable, oscilando desde $\alpha = .70$ hasta $\alpha = .78$ (AP $\alpha = .70$, CE $\alpha = .74$, EE $\alpha = .78$ y AE $\alpha = .75$). En la presente investigación los datos son ligeramente inferiores, con un $\alpha = .82$ para la totalidad de la prueba, mientras que, por dimensiones, los resultados fueron: AP $\alpha = .67$, CE $\alpha = .70$, EE $\alpha = .72$ y AE $\alpha = .77$.

Respecto a la validez, el análisis factorial exploratorio de la prueba se realizó utilizando el método de extracción de componentes principales y una rotación oblicua (oblimín). Los cuatro factores extraídos explican un 37.4% del total de la varianza y fueron elegidos por presentar validez de contenido. La validez de criterio fue analizada mediante la correlación del TECA con otras pruebas con garantías psicométricas: el *Questionnaire Measure of Emotional Empathy* (QMEE) (Mehrabian & Epstein, 1972), que mide empatía emocional ($a = .80$), y el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (Davis, 1983) ($a = .78$), para medir la empatía

desde un punto de vista cognitivo y afectivo, en su adaptación al castellano (Pérez-Albéniz et al., 2003). Para ambos casos las correlaciones fueron significativas: con QMEE, $r = .63$, mientras que con el IRI fueron más altas ($r = .73$).

Finalmente, para comprobar la validez predictiva del TECA se realizó un estudio con 44 mujeres universitarias a las que se les pedía que cumplimentasen el *Índice Español de Empatía (IEE)* (Oceja & Jiménez, 2007), conformado por dos escalas: Empatía o Ternura y Estrés Empático. Las correlaciones funcionaron en el sentido esperado, de tal manera que la escala IEE Estrés empático sólo correlacionó de forma significativa con la escala TECA EE ($r = .39$), mientras que la escala IEE Ternura lo hizo con las escalas TECA EE ($r = .37$) y TECA AE ($r = .40$).

7.5. PRAM. Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (Wong et al., 1994) Versión española de Schmidt-Riovalle (2007)

Descripción de la prueba

Se trata de una escala autoaplicada, diseñada con el objetivo de valorar las actitudes que las personas muestran ante el constructo muerte, desde una perspectiva existencialista. De manera generalista, aluden a actitudes de miedo y de aceptación como propuestas para explicar el proceso de significación que cada persona realiza al tratar de dotar de sentido a la existencia y al morir. En el presente estudio se ha utilizado la versión española validada por Schmidt-Riovalle (2007).

La PRAM consta de 32 ítems que presentan distintas afirmaciones en relación con la muerte. La persona evaluada ha de situar su respuesta en una escala Likert con siete opciones, que van de 1 = en total desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo. Aunque en la versión original de la PAM (*Perfil de Actitudes ante la Muerte, PAM*) (Gesser et al., 1988) se diferenciaban únicamente cuatro dimensiones, en su versión revisada son cinco las defendidas, entendiendo que el miedo a la muerte y la evitación de la misma (dimensiones que aparecían

unificadas en la PAM), a pesar de compartir una actitud negativa, aportan matices distintos. A continuación, se muestra una descripción de cada una de las actitudes ante la muerte contempladas por la escala:

- 1) *Miedo a la muerte y/o al proceso de morir*: se refiere a los pensamientos y las emociones negativas que una persona experimenta cuando toma conciencia de la muerte o del proceso de morir y presenta dificultades a la hora de dotar de sentido a los mismos. Por lo tanto, parece necesario que, para experimentar miedo y ansiedad ante una realidad, la persona presente cierta aceptación de la misma.
- 2) *Evitación de la muerte*: implica actitud de rechazo, evitar pensar o hablar acerca de la realidad de la muerte y de las circunstancias que la rodean, con el fin de reducir la ansiedad. Se erige como un mecanismo de defensa que permite mantener la realidad de la muerte fuera de la consciencia.
- 3) *Aceptación neutral de la muerte*: uno de los tres componentes de las actitudes consideradas positivas o de aceptación. Describe la muerte como parte inherente de la vida, retratando actitudes de baja reactividad emocional. Las personas con esta actitud ni temen ni agradecen la muerte, simplemente la aceptan, lo que les permite sacar el máximo rendimiento a la vida.
- 4) *Aceptación de acercamiento ante la muerte*: segundo de los componentes de la aceptación, se relaciona con la creencia de una vida mejor después de la muerte. Está íntimamente relacionada con las creencias religiosas. Lo esperable es que individuos con una fuerte convicción de vida plena tras la muerte o aquellos plenamente convencidos de la inexistencia de la misma presenten menos miedo y menor ansiedad ante la muerte.
- 5) *Aceptación de escape*: la actitud de aceptación de este componente está basado no en la “bondad” de la muerte, sino en el “sufrimiento” de la vida. Puntuaciones altas en esta dimensión perfilan a personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrentar el dolor o las

dificultades de la existencia y ven en la muerte la única alternativa a una existencia dolorosa.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

La PRAM es una escala autoaplicada diseñada para ser utilizada en población adulta. Consta de 32 ítems, que se agrupan en cinco dimensiones, tal y como se observa en la tabla 25.

Tabla 25.

Estructura dimensional y composición de las escalas de la PRAM (Wong et al., 1994)

Dimensión	Ítems
Miedo a la muerte/morir	1, 2*, 7*, 18, 20*, 21*, 32
Evitación de la muerte	1, 3*, 10, 12*, 19, 26
Aceptación neutral	6*, 14*, 17*, 24*, 30*
Aceptación de acercamiento	4, 8, 13*, 15, 16*, 22, 25*, 27, 28, 31*
Aceptación de escape	5, 9*, 11, 23*, 29

(*) Ítems inversos (puntuación 1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1)

Es interesante señalar que, en la versión original, el ítem 1 saturaba en la dimensión miedo a la muerte. Sin embargo, en la validación de la versión española (Schmidt-Riovalle, 2007), quedaba mejor ubicado en la dimensión evitación de la muerte, por lo que la estructura inicial cambia ligeramente para estos dos factores, sin alterar la fiabilidad de la prueba. Por otra parte, las puntuaciones de algunos ítems dejan de invertirse dada la reorganización de los criterios de corrección, con la escala Likert funcionando en la misma dirección para la totalidad de la prueba. La nueva distribución puede observarse en la tabla 26.

Tabla 26.

Estructura dimensional y composición de las escalas de la PRAM. Versión española (Schmidt-Riovalle, 2007)

Dimensión	Ítems
Miedo a la muerte/morir	2, 7, 18, 20, 21, 32
Evitación de la muerte	1, 3, 10, 12, 19, 26
Aceptación neutral	6, 14, 17, 24, 30
Aceptación de acercamiento	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Aceptación de escape	5, 9, 11, 23, 29

La PRAM permite extraer medidas globales diferenciadas para cada una de las cinco actitudes, mediante la suma directa de las puntuaciones otorgadas, de tal manera que, a mayor puntuación, mayor presencia de esa actitud.

Estudios psicométricos

La consistencia interna de la versión original de la PRAM es considerada, en general, buena, con un alfa de Cronbach que oscila entre $\alpha = .65$ y $\alpha = .97$ y un promedio de $\alpha = .84$. Similares resultados se pueden observar en la prueba validada en castellano de Schmidt-Riovalle (2007), con una oscilación del coeficiente α que va de $\alpha = .69$ a $\alpha = .93$, con un promedio de $\alpha = .88$. Los datos pormenorizados se ofrecen en la tabla 27.

Tabla 27.

Fiabilidad de las escalas de la PRAM. Comparación versión original y española

Dimensión	<i>(Wong et al., 1994)</i>		<i>(Schmidt-Riovalle, 2007)</i>	
	α	Test-retest (n=90)	α	Test-retest (n=74)
Miedo a la muerte	.86	.71	.83	.95
Evitación	.88	.61	.90	.91
Aceptación neutral	.65	.64	.69	.71
AA	.97	.95	.93	.83
AEm	.84	.83	.81	.87

Nota: AA=Aceptación de acercamiento; AEm=Aceptación de escape

En el presente estudio, el alfa de Cronbach reflejó una buena fiabilidad global ($\alpha = .86$), al igual que la mayor parte de sus dimensiones. Así, la actitud miedo arrojó un $\alpha = .85$, evitación $\alpha = .87$, aceptación de acercamiento $\alpha = .92$ y aceptación de escape $\alpha = .81$. La única dimensión que se situó en niveles aceptables fue aceptación neutral, con un $\alpha = .61$. Como se puede observar, tanto en el estudio original como en la validación española, esta dimensión es la que presenta menor consistencia interna, aunque en ninguno de los casos tan baja como en el presente estudio.

En cuanto a la validez, se realizó un análisis factorial utilizando el método de extracción de componentes principales y una rotación varimax. Se extrajeron cinco factores suficientemente independientes que explican en su conjunto el 61.01% de la varianza, algo inferior al 66.2% del estudio original.

Para establecer la validez de criterio, los autores originales contrastaron la PRAM con las siguientes pruebas: *Death Anxiety Scale* (DAS) (Templer, 1970), *Death Perspective Scale* (DPS) (Hooper & Spilka, 1970), *Perceived Well-Being Scale* (PWD) (Reker & Wong, 1984), *Zung Depression Scale* (ZDS) (Zung, 1965) y una prueba de Diferenciales Semánticos (DS), diseñada ad hoc, que consistía en dos escalas de 12 adjetivos bipolares cada una, una para la vida ($\alpha = .93$) y otra para la muerte ($\alpha = .95$). Los resultados pusieron de relieve que la dimensión miedo a la muerte estaba positivamente relacionado con el DAS y ZDS (este último sólo en el grupo de adultos mayores de 60 años) y negativamente con las puntuaciones para vida y muerte del DS. Evitación de la muerte correlacionó positivamente con DAS para el grupo de 30 a 90 años y con ZDS para el grupo 60-90 años, y negativamente con DS para muerte, no siendo significativa la correlación con DS para vida. Por su parte, la aceptación neutral estableció correlaciones positivas con la subescala indiferencia hacia la muerte del DPS, así como con las subescalas de Bienestar psicológico y físico del PWD, no correlacionó con DS para muerte y lo hizo de manera negativa con ZDS, lo que sugiere que se trata de la actitud más adaptativa ante la muerte. La aceptación de acercamiento se relacionó positivamente con la subescala muerte y vida plena posterior a la muerte del DPS

y con las dimensiones vida y muerte del DS. Finalmente, la aceptación de escape se asoció con reducido bienestar físico en el PWD y correlacionó positivamente con la medida para muerte del DS, lo que sugiere que una pobre salud física sería la principal razón para considerar la muerte como alternativa válida a una vida de sufrimiento (Wong et al., 1994).

7.6. NEO-FFI-3. NEO Five-Factor Inventory Revised 3 (McCrae & Costa, 2007)

Versión española de Cordero et al. (2008)

Descripción de la prueba

El NEO-FFI-3 es la versión reducida del NEO PI-3 (*3 Neuroticism-Extraversion-Openness Personality Inventory*), diseñado por McCrae et al. (2005), y publicado en español bajo el nombre de *Inventario de Personalidad NEO Revisado* (Cordero et al., 2008). Su objetivo es valorar los principales rasgos de personalidad bajo el prisma del modelo de los Cinco Grandes factores, que defiende que la personalidad está configurada por cinco factores o dimensiones amplias que implican tendencias estables y consistentes de respuesta (Digman, 1990). En su versión original, el inventario se refería únicamente a 3 factores, neuroticismo, extraversión y apertura, y, posteriormente se completó con la incorporación de otros 2 factores, amabilidad y responsabilidad, estableciendo, de esta manera, la estructura definitiva. En su versión extendida, el NEO-PI-3 consta de 240 cuestiones, de las cuales los 60 primeros ítems conforman la versión abreviada utilizada en el presente estudio de investigación.

El NEO-FFI es reconocido de manera extensa como la versión abreviada de un prototípico sistema de valoración multidimensional de la personalidad, utilizado de manera constante en el panorama investigador (Zambrano-Cruz, 2011). Consta de 60 ítems, 12 por cada uno de los 5 factores, que son respondidos a través de una escala Likert en la que 0= En total desacuerdo y 4= Totalmente de

acuerdo. Las puntuaciones obtenidas se reparten entre los siguientes rasgos de personalidad:

- 1) *Neuroticismo* (N_p): corresponde a la inestabilidad emocional, la alta reactividad, la experiencia de estados emocionales negativos y la tendencia a emitir respuestas de afrontamiento no adaptativas. Una puntuación alta en esta dimensión caracteriza a individuos emotivos y propensos a las preocupaciones y a la ansiedad, con alto grado de sufrimiento y autocentrados. Por el contrario, puntuaciones bajas dibujan a personas estables y con alta capacidad de recuperación emocional, seguras y controladas.
- 2) *Extraversión* (E): evalúa la capacidad de interacción entre personas, la necesidad de estímulos y el dinamismo. Las personas con altas puntuaciones se caracterizan por su alta sociabilidad, su carácter impulsivo y su gusto por la variación y el cambio. Son personas despreocupadas y tienden a ser agresivas ante lo inesperado, mientras que las puntuaciones bajas reflejan introversión y retraimiento, así como alta capacidad de reflexión y planificación a largo plazo.
- 3) *Apertura a la experiencia* (O): se refiere a la búsqueda activa de experiencias. Se relaciona con aspectos intelectuales como el pensamiento divergente, que contribuye a la creatividad y al mantenimiento de valores e ideas no convencionales, así como con la exploración de lo desconocido y la sensibilidad estética. Puntuaciones altas son obtenidas por personas creativas, curiosas, abiertas a nuevas experiencias, imaginativas y con amplitud de intereses, personas que experimentan toda la gama de emociones de manera más vívida. Por el contrario, puntuaciones bajas son características de personas conservadoras en sus gustos, convencionales en sus creencias y rutinas, dogmáticas y rígidas, comprometidas con los métodos ya existentes.
- 4) *Amabilidad* (A): evalúa la capacidad de las personas de ser altruistas, compasivas, confiadas, honestas y sensibles con los demás, desde un

continuo que va de la compasión a la rivalidad de pensamientos, sentimientos y acciones. Puntuaciones bajas serían retrato de personas egocentradas, escépticas, suspicaces con relación a las intenciones de los demás y competitivas, con actitud opositora más que cooperadora. La puntuación alta, por el contrario, caracterizará a individuos compasivos, afables, serviciales, bondadosos, sensibles a las necesidades ajenas y dispuestos a cooperar y evitar el conflicto.

- 5) *Responsabilidad (R)*: incluye el sentido del deber, la tendencia a la organización, al orden, la autodisciplina y la eficiencia. Puntuaciones altas retratan a personas con alto grado de control de impulsos, exigentes, responsables, fiables, organizadas, con principios sólidos y alta motivación, siempre que la conducta esté dirigida a un objetivo. Los individuos con puntuaciones bajas en ocasiones pueden mostrar poco cuidado con su trabajo, no se organizan bien y prefieren no hacer planes.

Normas de aplicación, corrección e interpretación

Se trata de una prueba diseñada para adolescentes y población adulta, autoaplicable o aplicada por terceros, de manera individual o colectiva (en su forma autoaplicada), siempre asegurando que los y las participantes comprendan que las respuestas han de ser personales y sinceras. En el presente estudio se ha utilizado la versión autoaplicada.

Tal y como se observa en la tabla 28, los ítems se reparten de manera equilibrada en sus 5 factores:

Tabla 28.*Composición de las escalas del NEO-FFI-3*

Factor	Ítems
Neuroticismo	1, 6*, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41*, 46*, 51, 56*
Extraversión	2, 7, 12, 17*, 22, 27*, 32, 37*, 42*, 47, 52, 57*
Apertura	3, 8*, 13, 18, 23*, 28, 33, 38*, 43*, 48, 53, 58*
Amabilidad	4, 9*, 14*, 19*, 24, 29, 34*, 39, 44, 49, 54*, 59*
Responsabilidad	5*, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50*, 55*, 60*

(*) Ítems inversos (puntuación 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0)

El NEO-FFI-3 permite obtener puntuaciones directas de cada uno de los factores y transformarlas en puntuaciones tipificadas. Las puntuaciones directas se obtienen a partir de la suma de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems señalados, teniendo en cuenta que algunos ítems han de ser incorporados con puntuación inversa, tal y como se señalaba en la tabla 28. En la tabla que se presenta a continuación, se muestran los criterios de interpretación de las puntuaciones con criterio centil.

Tabla 29.*Interpretación de los factores del NEO-FFI-3*

	N	E	O	A	R	Centil
	≥ 37	≥ 46	≥ 45	≥ 47	48	75
Puntuaciones directas	15	33	30	33	36	50
	0	≤ 16	≤ 12	≤ 16	≤ 19	25

Nota: N_p=Neuroticismo, E=Extraversión, O=Apertura, A=Amabilidad, R=Responsabilidad

Estudios psicométricos

Según los datos aportados por McCrae y Costa (2007), los estudios realizados con el NEO-FFI-3 en población adulta ponen de manifiesto una adecuada consistencia interna de la escala, con índices alfa de Cronbach entre $\alpha = .78$ y $\alpha = .86$ para todas sus escalas (N_p, $\alpha = .86$; E, $\alpha = .79$; O, $\alpha = .78$; A, $\alpha = .79$ y R, $\alpha = .82$). En el presente estudio, la prueba muestra una adecuada fiabilidad de manera conjunta ($\alpha = .74$), mientras que, por dimensiones, aunque con

puntuaciones ligeramente más bajas, funciona de manera igualmente aceptable, en consonancia con el estudio original ($N_p, \alpha = .81$; $E, \alpha = .81$; $O, \alpha = .75$; $A, \alpha = .70$ y $R, \alpha = .77$).

Respecto a la validez, el análisis factorial exploratorio de la prueba se realizó utilizando el método de extracción de componentes principales y una rotación varimax. Cada ítem del instrumento obtuvo un peso superior a .30 para su factor, situándose dicho peso por encima de .40 en el 83.3% de los casos. Los cinco factores extraídos explican un 90% del total de la varianza. La replicabilidad de esta estructura factorial queda respaldada por la excelente correspondencia mostrada con relación al NEO-PI-3 ($N_p, r = .96$; $E, r = .95$; $O, r = .97$; $A, r = .95$ y $R, r = .94$), asegurando, así, su consistencia.

Capítulo 8.

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados en relación con las diferentes variables de estudio, articulados en tres apartados.

En primer lugar, se presentan los resultados descriptivos de las tres dimensiones de la Calidad de Vida Profesional tomando como referencia los percentiles 25 y 75 de la propia muestra. Se reportan los valores tipificados de dichas variables.

En segundo lugar, se reflejan los resultados de las pruebas de correlación llevadas a cabo con el objetivo de dilucidar las posibles relaciones entre SC y FC/ETS y otras variables de estudio, exponiéndose, a continuación, los resultados de las pruebas de comparación de medias. Todo ello, con el objetivo de analizar la variabilidad de las dimensiones de SC y FC/ETS en función de variables sociodemográficas, profesionales y adaptativas.

Finalmente, en el tercer apartado del presente capítulo, se ofrece un modelo explicativo de SC y de FC/ETS en el ámbito de la Enfermería.

Es importante señalar que la dimensión *burnout* de la Calidad de Vida Profesional únicamente será tomada en cuenta con carácter descriptivo del nivel de desgaste profesional de las personas que han formado parte del estudio, pero no se analizará su variabilidad ni se extraerá un modelo explicativo para dicha dimensión, por no ser objeto de la presente investigación.

8.1. Percepción de la Calidad de Vida Profesional: prevalencias de SC, FC/ETS y *burnout*

Se han calculado, como estadísticos descriptivos básicos, la media y desviación típica obtenida por el conjunto de la muestra para las tres dimensiones de la Calidad de Vida Profesional. Las puntuaciones directas se pueden observar en la tabla 30.

Tabla 30.

Media y desviación típica de las dimensiones de la Calidad de Vida Profesional.

	<i>M</i>	<i>DT</i>
SC	40.69	4.70
FC/ETS	22.74	5.14
<i>Burnout</i>	24.77	4.25

Nota: SC=Satisfacción por compasión; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

No obstante, para poder interpretar la magnitud de los resultados en niveles bajo, medio y alto, se han tomado como puntos de referencia los percentiles 25 y 75 extraídos de la propia muestra de estudio. Los valores de referencia (asumida una $M = 50$ y $DT = 10$) se presentan a continuación, junto a los percentiles de la prueba original. Como se puede observar, los valores son muy similares, lo que permite la comparación con otros estudios.

Tabla 31.

Cálculo de percentiles de la muestra de estudio y comparación con la prueba original

	Percentiles propia muestra		Percentiles prueba original	
	25	75	25	75
SC	44.3	57.1	44	57
FC/ETS	42.7	56.3	42	56
<i>Burnout</i>	43.5	55.2	43	56

Nota: SC=Satisfacción por compasión; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

En base a ello, el 29% ($n = 215$) del personal de Enfermería de las áreas de Cuidados Oncológicos, Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, se percibe como altamente satisfecho con relación a su labor asistencial. El 21.8% ($n = 162$) mostraría, igualmente, una puntuación alta para la dimensión FC/ETS, mientras que el 31.8% ($n = 236$) mostraría niveles altos de *burnout*.

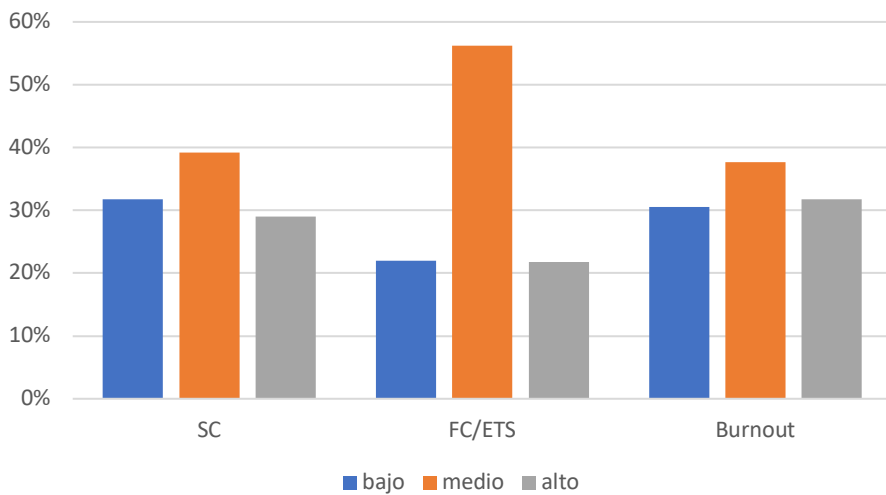
Tabla 32.

Percepción de la Calidad de Vida Profesional. Distribución de la muestra en función de percentiles propios

Dimensión	Niveles categorizados		
	Bajo (PC 25) <i>n</i> (%)	Medio (PC 50) <i>n</i> (%)	Alto (PC 75) <i>n</i> (%)
SC	236 (31.8)	291 (39.2)	215 (29)
FC/ETS	163 (22)	417 (56.2)	162 (21.8)
<i>Burnout</i>	226 (30.5)	280 (37.7)	236 (31.8)

Nota: SC=Satisfacción por compasión; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

Figura 33. *Niveles de Satisfacción por Compasión, Fatiga por Compasión/Estrés Traumático Secundario y Burnout*



Nota: SC=Satisfacción por compasión; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

8.2. Relación entre SC y FC/ETS y variables explicativas

En este apartado se analiza la posible relación entre las variables dependientes del estudio, a saber, SC y FC/ETS, y las variables independientes o explicativas. En primer lugar, se presenta la matriz de correlaciones y, posteriormente, se analiza la variabilidad de SC y FC/ETS en función de las variables explicativas.

La SC correlaciona de manera moderada con resiliencia ($r = .41$) y extraversión ($r = .41$). De igual manera, son de resaltar las correlaciones positivas halladas con diferentes dimensiones de la empatía, como alegría empática ($r = .38$), adopción de perspectivas ($r = .29$) y comprensión emocional ($r = .27$), al igual que con los rasgos de personalidad amabilidad ($r = .31$) y responsabilidad ($r = .29$). Por su parte, la SC correlaciona de manera negativa con neuroticismo ($r = -.41$).

Con relación a la FC/ETS, la correlación positiva más fuerte se establece con neuroticismo ($r = .48$). No obstante, es interesante también señalar las correlaciones halladas entre esta dimensión y estrés empático ($r = .32$), miedo ante la muerte ($r = .33$) o actitud de evitación ante la misma ($r = .23$). Asimismo, se hallan correlaciones inversas con resiliencia ($r = -.36$), extraversión ($r = -.23$) y responsabilidad como rasgo de personalidad ($r = -.19$).

Tabla 33.*Correlaciones entre SC y FC/ETS y variables adaptativas*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.SC	-																
2.FC/ETS	-.15**	-															
3.Resilienci	.41**	-.36**	-														
4.AP	.29**	.06	.24**	-													
5.CE	.27**	-.09*	.30**	.44**	-												
6.EE	.11**	.32**	-.07	.19**	.17**	-											
7.AE	.38**	-.09*	.29**	.45**	.30**	.25**	-										
8.Miedo	-.09*	.33**	-.22**	.10**	-.04	.22**	-.07	-									
9.Evitación	-.05	.23**	-.14**	-.16**	-.11**	.13**	-.02	.59**	-								
10.AN	.14**	-.14**	.16**	.15**	.13**	-.12**	.15**	-.37**	-.35**	-							
11.AA	.07*	.12**	.05	.05	.02	.16**	.06	.26**	.08*	-.04	-						
12.AE _m	-.05	.14**	-.03	-.03	-.08*	.02	-.05	.06	.03	.12**	.42**	-					
13.N _p	-.28**	.48**	-.56**	-.23**	-.18**	.20**	-.18	.31**	.19**	-.13**	.06	.18**	-				
14.E	.41**	-.23**	.48**	.21**	.27**	.08*	.35**	-.08*	-.01	.01	-.03	-.17**	-.36**	-			
15.O	.21*	.03	.25**	.31**	.26**	.16**	.26**	-.05	-.23**	.20**	.09*	.10**	-.03	.31**	-		
16.A	.31**	-.10**	.22**	.39**	.17**	.23**	.41**	-.05	-.03	.07*	.12**	-.09*	-.27**	.27**	.22**	-	
17.R	.29**	-.19**	.43**	.36**	.27**	.01	.27**	-.16**	-.10**	.11**	.04	-.03	-.39**	.26**	.12**	.19**	-

** $p < .001$; * $p < .005$

Notas: SC=Satisfacción por compasión; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario; AP=Adopción de perspectivas; CE=Comprensión emocional; EE=Estrés empático; AE=Alegría empática; AN=Aceptación neutral; AA=Aceptación de acercamiento; AE_m=Aceptación de escape; N_p=Neuroticismo; E=Extroversión; O=Apertura; A=Amabilidad; R=Responsabilidad

8.2.1. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de variables sociodemográficas y profesionales

A continuación, se presentan los datos correspondientes a la comparación de medias entre la SC y las variables sociodemográficas y profesionales, por un lado, y, por otro, entre la FC/ETS y las mismas variables independientes. Las puntuaciones reportadas para la SC y FC/ETS corresponden a las puntuaciones tipificadas.

Los resultados de la prueba *t* Student no reflejan diferencias significativas en la **percepción de SC** en función de la categoría profesional [$t(740) = -.81, p = .420, g = .06$], del sexo [$t(740) = -1.09, p = .275, g = .14$], la edad [$t(740) = .49, p = .622, g = .04$], o el tiempo de trabajo en el ámbito de la asistencia sanitaria [$t(740) = 1.58, p = .115, g = .13$].

No obstante, las pruebas de comparación de medias sí muestran diferencias significativas para la SC dependiendo de si los y las profesionales de Enfermería han recibido o no formación específica sobre la muerte y/o el duelo [$t(740) = 3.69, p < .001, g = .28$]. Aquellas personas que sí se han formado se perciben como más satisfechas con su trabajo como cuidadoras ($M = 51.71, DT = 9.99$, frente a $M = 48.95, DT = 9.87$).

Finalmente, los resultados del ANOVA ponen de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en los niveles de SC en función de las áreas de cuidado en las que los y las profesionales de Enfermería desarrollan su labor asistencial [$F(2,739) = 6.30, p = .002, \eta^2 = .02$]. Los análisis *post-hoc* de comparación por pares con corrección de Bonferroni indican que los equipos de Oncologías ($M = 51.85, DT = 10.63$) presentan un nivel significativamente superior de SC que los equipos de Intensivos ($M = 49.33, DT = 9.54$) [$t(615) = -3.05, p = .002, g = .25$] y que los de Paliativos ($M = 48.55, DT = 9.72$) [$t(360) = 2.89, p = .004, g = .33$], no hallándose diferencias significativas entre ningún otro par de áreas de cuidados.

En la tabla 34 se presentan resumidos los datos anteriores.

Tabla 34.

Comparación de medias. SC y variables sociodemográficas y profesionales

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Prueba <i>t</i> para igualdad de medias			
					<i>t</i>	gl	<i>sig.</i>	<i>g</i>
Categoría profesional	ENF	521	49.81	9.88	-.81	740	.420	.06
	TCAE	221	50.46	10.28				
Sexo	Hombre	71	48.77	9.94	-1.09	740	.275	.14
	Mujer	671	50.13	10.01				
Edad	≤45 años	422	50.16	10.01	.49	740	.622	.04
	> 45 años	320	49.79	10.00				
Tiempo trabajado	≤ 5 años	192	50.98	10.48	1.58	740	.115	.13
	> 5 años	550	49.66	9.81				
Formación previa	Sí	283	51.71	9.99	3.69	740	.000	.28
	No	459	48.95	9.87				
					ANOVA			
					gl (inter, intra)			
Área asistencial					<i>F</i>		<i>sig.</i>	η^2
	Intensivos	380	49.33	9.56	6.30	2,739	.002	.02
	Oncologías	237	51.85	10.63				
	Paliativos	125	48.55	9.72				

Nota: SC=Satisfacción por compasión; ENF= enfermero/a; TCAE= Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

Por su parte, los resultados de la prueba *t* de Student señalan que existen diferencias con significación estadística en los niveles medios de **FC/ETS** en función de la edad de los y las profesionales [$t(740) = -2.45, p = .014, g = .18$], de manera que las personas mayores de 45 años obtienen puntuaciones mayores en FC/ETS ($M = 51.02, DT = 10.03$) que las menores de dicha edad ($M = 49.21, DT = 9.92$). Sin embargo, no se hallan diferencias significativas para ninguna otra variable, tal y como se observa en la tabla 35.

Tabla 35.*Comparación de medias. FC/ETS y variables sociodemográficas y profesionales*

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	Prueba <i>t</i> para igualdad de medias			
					<i>t</i>	gl	<i>sig.</i>	<i>g</i>
Categoría profesional	ENF	521	50.16	10.04	.713	740	.476	.06
	TCAE	221	49.59	59.91				
Sexo	Hombre	71	48.42	11.12	-1.39	740	.165	.17
	Mujer	671	50.16	9.87				
Edad	≤45 años	422	49.21	9.92	-2.45	740	.014	.18
	> 45 años	320	51.02	10.03				
Tiempo trabajado	≤ 5 años	192	49.15	9.70	-1.36	740	.174	.11
	> 5 años	550	50.29	10.09				
Formación previa	Sí	283	50.22	9.95	.496	740	.620	.04
	No	459	49.85	10.04				
					ANOVA			
					gl (inter, intra)			
					<i>F</i>		<i>sig.</i>	η^2
Área asistencial	Intensivos	380	50.36	9.49	2.34	2,739	.098	.01
	Oncologías	237	50.33	11.04				
	Paliativos	125	48.23	9.29				

Nota: FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario; ENF= enfermero/a; TCAE= Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

8.2.2. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de la Resiliencia

Los resultados reportados en el presente apartado corresponden a la comparación de medias entre las variables dependientes en estudio y la variable resiliencia, categorizada en rangos bajo, medio y alto. Los valores de las medias se ofrecen en la tabla 36.

Tabla 36.*Medias y desviaciones típicas de SC y FC/ETS en función de la Resiliencia*

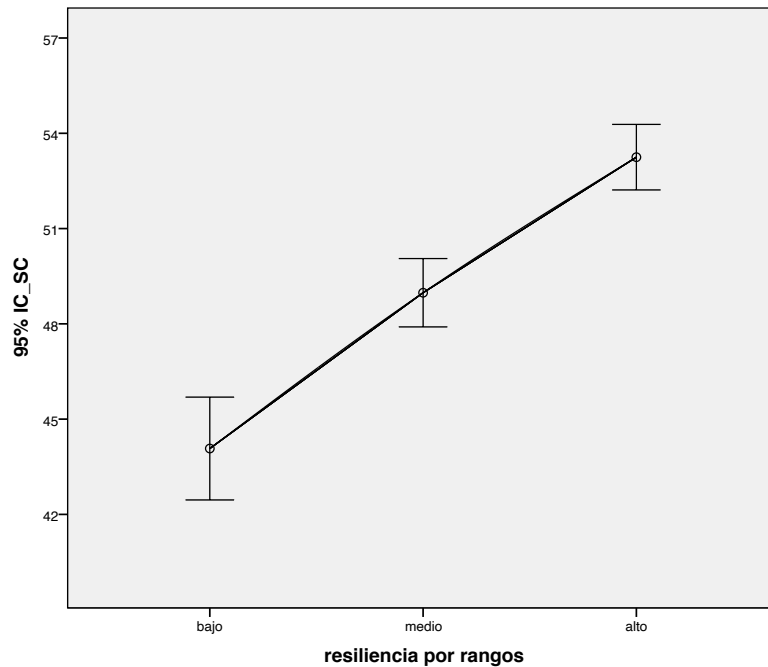
Categorías de Resiliencia	n (%)	SC		FC/ETS	
		M	DT	M	DT
Bajo	141 (19)	44.07	9.73	54.84	11.18
Medio	261 (35.2)	48.98	8.83	51.27	8.72
Alto	340 (45.8)	53.25	9.68	47.00	9.42

Nota: SC=Satisfacción por compasión; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

Al comparar dichas medias, los resultados de la prueba ANOVA reflejan diferencias significativas en los niveles de SC en función de las puntuaciones obtenidas en resiliencia [$F(2,739) = 49.86, p \leq .001, \eta^2 = .12$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni señalan que las personas que se sitúan en el rango alto presentan mayor SC ($M = 53.25, DT = 9.68$) que aquellas situadas en el rango medio [$t(599) = 5.57, p \leq .001, g = .43$] o en el rango inferior [$t(479) = 9.45, p \leq .001, g = .92$]. De igual manera, las diferencias son significativas para los grupos que puntúan en la franja media de resiliencia, frente a los situados en el rango inferior [$t(400) = -5.13, p \leq .001, g = .49$]. Todo ello se puede observar en la figura siguiente, en la que se aprecia cómo a medida que aumenta la resiliencia, aumenta también la percepción de SC por parte de los y las profesionales.

Figura 34.

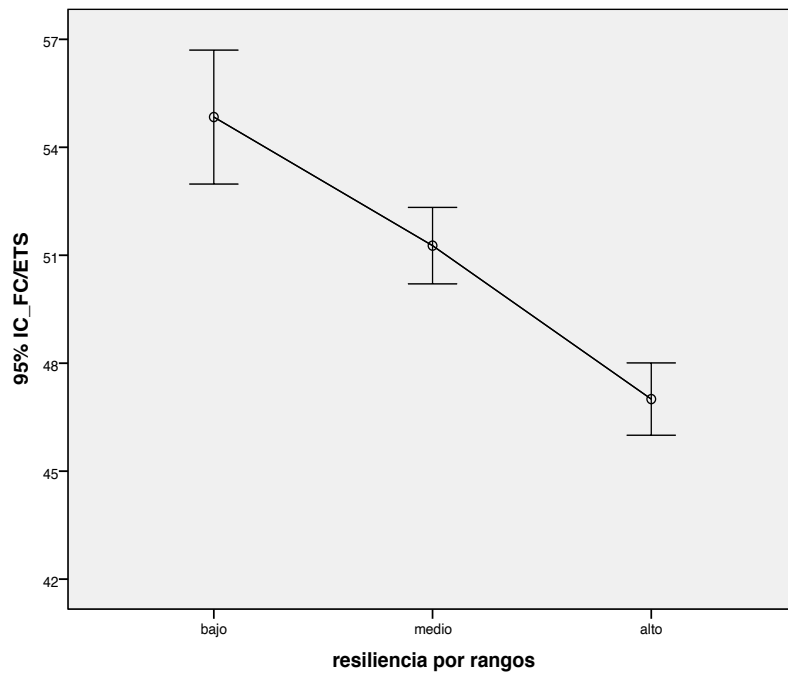
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y resiliencia



Por otra, parte, ante la heterocedasticidad de los datos en la **FC/ETS**, se ha calculado la F de Welch como alternativa robusta a ANOVA, reflejándose diferencias significativas en los niveles de **FC/ETS** en función de la resiliencia [$F(2, 352.44) = 32.97, p < .001, \eta^2 = .09$]. Las pruebas de Games-Howell reflejan una mayor **FC/ETS** en los y las profesionales situadas en el rango inferior de resiliencia en relación al rango medio [$t(233.63) = 3.29, p = .001, g = .36$] y al rango superior [$t(226.42) = 7.32, p < .001, g = .78$]. La comparación de medias para los niveles de **FC/ETS** entre los rangos medio y superior de resiliencia presentan, también, significación estadística [$t(599) = 5.68, p < .001, g = .43$].

Figura 35.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS secundario y resiliencia



8.2.3. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de la Empatía

La variable independiente empatía es considerada en función de sus cuatro dimensiones. En la tabla presentada a continuación, se muestran las medias y desviaciones típicas de la SC para cada categoría de las dimensiones de empatía.

Tabla 37.*Medias y desviaciones típicas de SC en función de las dimensiones de Empatía*

Dimensiones de empatía	Categorización	n (%)	SC	
			M	DT
Adopción de perspectivas	Extremadamente bajo	9 (1.2%)	42.85	6.39
	Bajo	94 (12.7%)	46.60	10.11
	Medio	251 (33.8%)	47.73	9.70
	Alto	264 (35.6%)	51.48	9.48
	Extremadamente alto	124 (16.7%)	54.56	9.51
Comprensión emocional	Extremadamente bajo	7 (0.9%)	44.27	10.43
	Bajo	70 (9.4%)	43.91	9.24
	Medio	274 (37%)	48.89	9.61
	Alto	236 (31.8%)	50.97	9.46
	Extremadamente alto	154 (20.8%)	53.65	10.11
Estrés empático	Extremadamente bajo	17 (2.3%)	49.41	11.37
	Bajo	144 (19.4%)	48.77	11.29
	Medio	353 (47.6%)	49.47	9.92
	Alto	161 (21.7%)	51.55	8.99
	Extremadamente alto	67 (9%)	51.90	8.98
Alegría empática	Extremadamente bajo	5 (0.7%)	40.44	8.44
	Bajo	56 (7.5%)	42.71	8.68
	Medio	218 (29.4%)	46.73	9.04
	Alto	266 (35.8%)	50.69	9.61
	Extremadamente alto	197 (26.5%)	55.01	9.21

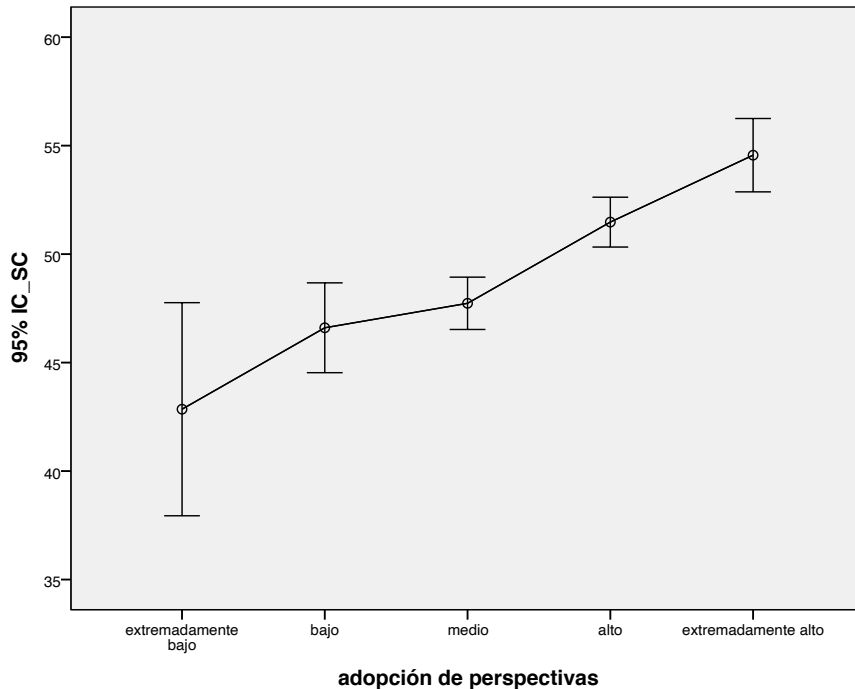
Nota: SC=Satisfacción por compasión

En relación a la dimensión **adopción de perspectivas (AP)**, los resultados del ANOVA reflejan diferencias significativas en las medias de SC en función de los niveles de AP [$F(4,737) = 16.20, p < .001, \eta^2 = .08$]. Los análisis *post hoc* de comparación por pares de Bonferroni indican que las personas con puntuaciones extremadamente altas en esta dimensión tienen un nivel significativamente superior de SC que aquellas que puntúan alto [$t(386) = 2.99, p = .003, g = .31$], medio [$t(373) = 6.45, p < .001, g = .68$], bajo [$t(216) = 5.95, p < .001, g = .80$] o extremadamente bajo [$t(131) = 3.63, p < .001, g = 1.17$]. De la misma manera, también se encuentra significación estadística entre los niveles de SC de las personas que se han situado en niveles altos de AP frente a niveles medios [$t(513) = 4.43, p < .001, g = .37$] y bajos [$t(356) = 4.21, p < .001, g = .49$]. No se hallan

diferencias significativas entre ningún otro par. De manera más visual, estos resultados pueden contemplarse en la figura que se muestra a continuación. En ella se puede apreciar cómo a medida que aumenta la AP, aumenta también la SC.

Figura 36.

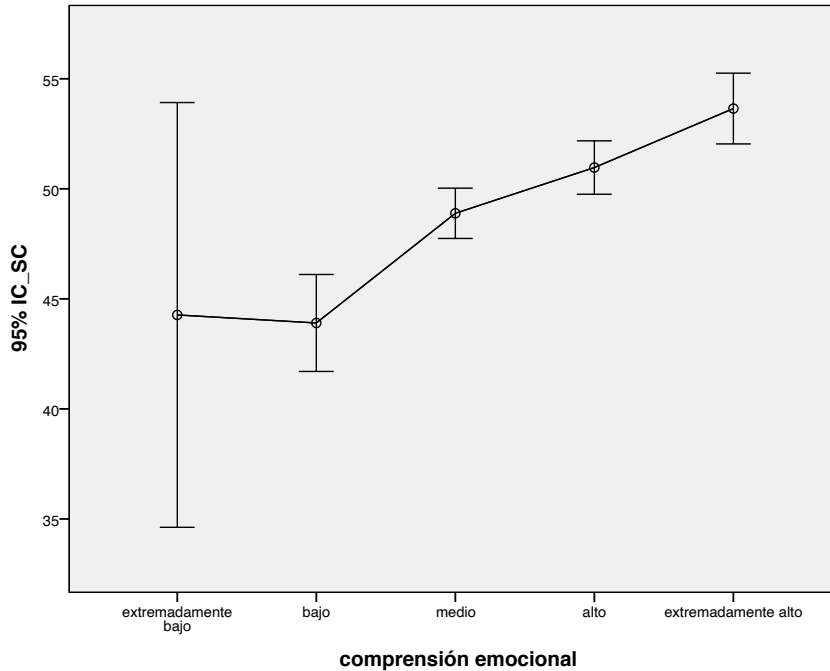
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y adopción de perspectivas



En cuanto a la relación entre **comprensión emocional (CE)** y las medias de SC, las pruebas de comparación de medias reflejan la existencia de significación estadística [$F(4,736) = 14.63, p < .001, \eta^2 = .07$]. Por pares, las personas situadas en niveles extremadamente altos de CE puntúan más alto en SC que las situadas en niveles medios [$t(426) = 4.83, p < .001, g = .48$] o bajos [$t(222) = 6.87, p < .001, g = .97$]. Lo mismo se observa en relación a las personas que puntúan alto en CE frente a las que puntúan bajo [$t(304) = 5.52, p < .001, g = .71$], y entre las situadas en niveles medios de CE frente a las que se ubican en niveles bajos [$t(342) = 3.90, p < .001, g = .50$]. No se observan diferencias estadísticamente significativas para ningún otro par.

Figura 37.

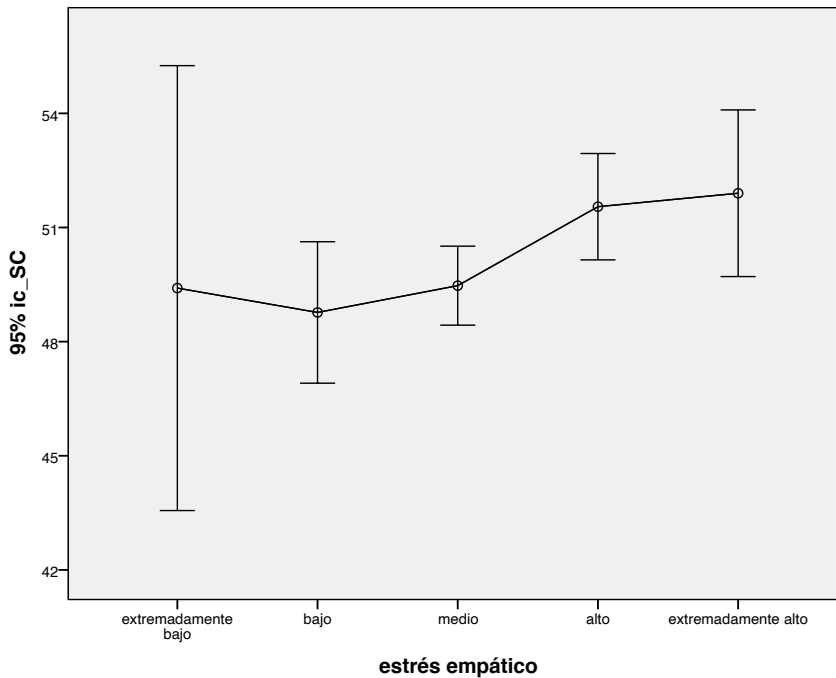
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y comprensión emocional



Para la tercera dimensión, **estrés empático (EE)**, los resultados del ANOVA reflejan diferencias significativas entre las medias de esta variable y las puntuaciones de SC [$F(4,737) = 2.39, p = .049, \eta^2 = .01$]. No obstante, al disminuir el tamaño muestral de cada grupo en las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni, no se aprecia significación estadística en la diferencia de medias para ningún par, tal y como se corrobora visualmente en la figura que sigue.

Figura 38.

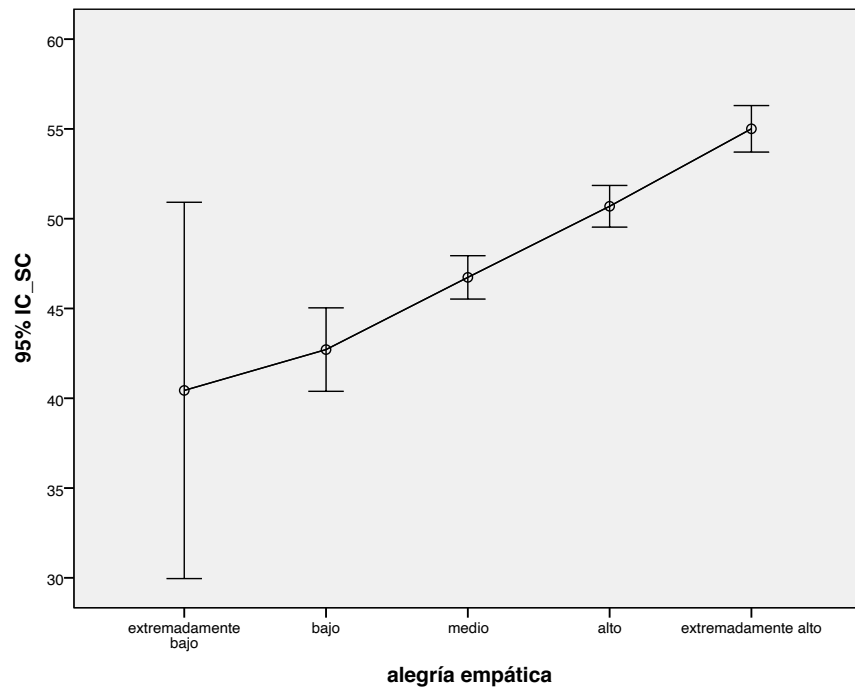
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y estrés empático



En cuanto a la cuarta dimensión de la empatía, la **alegría empática (AE)**, los análisis ANOVA ponen de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en relación con los niveles de SC y AE [$F(4,737) = 31.53, p < .001, \eta^2 = .15$], de manera que la SC aumenta a medida que lo hace la AE. La prueba de corrección de Bonferroni señala dichas diferencias entre las puntuaciones extremadamente altas en esta dimensión frente a las altas [$t(461) = 4.86, p < .001, g = .43$], medias [$t(413) = 3.50, p = .001, g = 1.46$], bajas [$t(251) = 8.92, p \leq .001, g = 1.23$] y extremadamente bajas [$t(200) = 4.83, p < .001, g = .48$]. De igual manera, las personas que puntúan alto en AE obtienen mayor SC que aquellas que se sitúan en niveles medios [$t(482) = 4.63, p < .001, g = .40$] o bajos [$t(320) = 5.74, p < .001, g = .80$]. Lo mismo ocurre en aquellas personas con puntuaciones medias en AE, de tal forma que su nivel de SC es mayor que aquellas con puntuaciones bajas en AE [$t(272) = 2.99, p = .003, g = .40$].

Figura 39.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y alegría empática



Por otra parte, tomando en consideración la *FC/ETS*, en la tabla 38 se muestran las medias y desviaciones típicas de *FC/ETS* para cada dimensión de la empatía.

Tabla 38.*Medias y desviaciones típicas de FC/ETS en función de las dimensiones de Empatía*

Dimensiones de empatía	Categorización	n (%)	FC/ETS	
			M	DT
Adopción de perspectivas	Extremadamente bajo	9 (1.2%)	55.26	11.96
	Bajo	94 (12.7%)	51.21	10.09
	Medio	251 (33.8%)	50.60	10.13
	Alto	264 (35.6%)	48.78	9.31
	Extremadamente alto	124 (16.7%)	50.04	10.73
Comprensión emocional	Extremadamente bajo	7 (0.9%)	50.23	10.75
	Bajo	70 (9.4%)	51.09	11.25
	Medio	274 (37%)	50.78	9.76
	Alto	236 (31.8%)	49.81	9.87
	Extremadamente alto	154 (20.8%)	48.36	9.94
Estrés empático	Extremadamente bajo	17 (2.3%)	44.67	11.98
	Bajo	144 (19.4%)	45.18	8.37
	Medio	353 (47.6%)	49.98	9.16
	Alto	161 (21.7%)	51.78	9.94
	Extremadamente alto	67 (9%)	57.48	11.25
Alegría empática	Extremadamente bajo	5 (0.7%)	53.62	18.70
	Bajo	56 (7.5%)	52.45	9.97
	Medio	218 (29.4%)	50.67	9.35
	Alto	266 (35.8%)	49.21	10.02
	Extremadamente alto	197 (26.5%)	49.51	10.34

Nota: FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

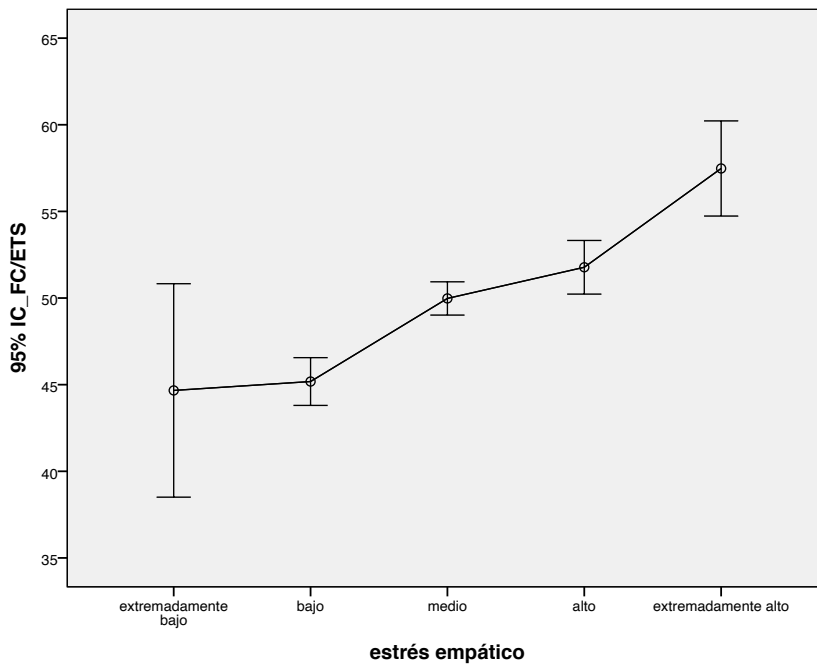
Los resultados del ANOVA no reflejan diferencias significativas en los niveles de FC/ETS para las dimensiones **adopción de perspectivas (AP)** [$F(4,737) = 2.19, p = .069, \eta^2 = .01$] o **comprensión emocional (CE)** [$F(4,736) = 1.69, p = .151, \eta^2 = .01$]. Lo mismo ocurre al calcular la F de Welch para la dimensión **alegría empática (AE)** [$F(4,29.50) = 1.59, p = .204, \eta^2 = .01$].

Por su parte, la comparación de medias arroja significación estadística para FC/ETS y la dimensión de la empatía **estrés empático (EE)** [$F(4,737) = 22.56, p \leq .001, \eta^2 = .11$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni señalan al grupo situado en el rango extremadamente alto de EE como el que mayor FC/ETS presenta, frente a los situados en el rango alto [$t(226) = 3.79, p < .001, g = .57$], medio [$t(418) = 5.91, p < .001, g = .75$], bajo [$t(101.25) = 7.98, p < .001, g = 1.23$], o

extremadamente bajo [$t(82) = 4.14, p < .001, g = 1.28$]. De la misma manera, los y las profesionales de Enfermería con niveles altos de EE presentan a su vez mayor FC/ETS que los de niveles bajo [$t(303) = 6.23, p < .001, g = .66$] y extremadamente bajo [$t(176) = 2.75, p = .007, g = .71$]. Finalmente, aquellas personas situadas en el rango medio de EE presentan mayor FC/ETS que las situadas en el rango bajo [$t(495) = 5.43, p < .001, g = .48$]. Para el resto de pares no se hallan diferencias significativas. En la figura que sigue se puede contemplar esta relación, de manera que, a medida que aumenta el EE, lo hace también la FC/ETS.

Figura 40.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y estrés empático



8.2.4. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de las Actitudes ante la muerte

La variable independiente actitudes ante la muerte es considerada en función de sus cinco dimensiones. En la tabla que sigue a continuación, se presentan las medias de la SC para cada una de las categorías de sus dimensiones.

Tabla 39.

Medias y desviaciones típicas de SC en función de las Actitudes ante la muerte

Dimensiones	Categorías	n (%)	SC	
			M	DT
Miedo	Bajo	158 (21.3%)	51.08	9.61
	Medio	448 (60.4%)	50.07	10.35
	Alto	136 (18.3%)	48.53	9.13
Evitación	Bajo	130 (17.5%)	51.71	9.67
	Medio	486 (65.5%)	49.48	9.83
	Alto	126 (17%)	50.25	10.84
Aceptación neutral	Bajo	103 (13.9%)	46.75	10.26
	Medio	515 (69.4%)	50.38	9.82
	Alto	124 (16.7%)	51.12	10.07
Aceptación de acercamiento	Bajo	166 (22.4%)	49.66	10.27
	Medio	455 (61.3%)	49.79	9.95
	Alto	121 (16.3%)	51.28	9.78
Aceptación de escape	Bajo	131 (17.7%)	51.39	10.56
	Medio	483 (65.1%)	49.79	9.75
	Alto	128 (17.3%)	49.40	10.28

Nota: SC=Satisfacción por compasión

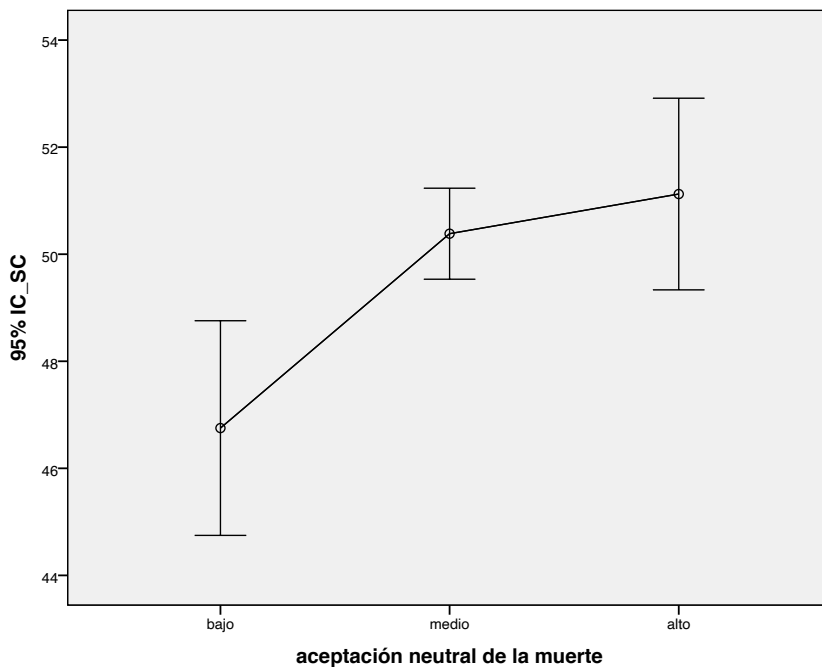
Los análisis ANOVA no arrojan diferencias significativas en los niveles de SC en función de las dimensiones **miedo ante la muerte**, [$F(2,739) = 2.41, p = .091, \eta^2 = .01$], **evitación de la muerte** [$F(2,739) = 2.61, p = .075, \eta^2 = .01$], **aceptación de acercamiento (AA)** [$F(2,739) = 1.18, p = .307, \eta^2 = .00$] o **aceptación de escape (AE_m)** [$F(2,739) = 1.62, p = .200, \eta^2 = .00$].

Con relación a la dimensión **aceptación neutral (AN)**, el ANOVA refleja significación estadística en las medias de SC [$F(2,739) = 6.70, p = .001, \eta^2 = .02$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni señalan que el grupo de

profesionales situado en el rango alto es el que puntúa a su vez más alto en SC, frente a los situados en el rango bajo [$t(225) = 3.23, p = .001, g = .44$]. De la misma manera, aquellas personas con puntuaciones medias en AN presentan mayor SC que las situadas en el rango inferior de AN [$t(616) = 3.40, p = .001, g = .36$]. No se hallan diferencias estadísticamente significativas para ningún otro par.

Figura 41.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y aceptación neutral de la muerte



Por su parte, en la tabla 40 se muestran las medias y desviaciones típicas de FC/ETS para cada rango de cada una de las 5 dimensiones.

Tabla 40.*Medias y desviaciones típicas de FC/ETS en función de las Actitudes ante la muerte*

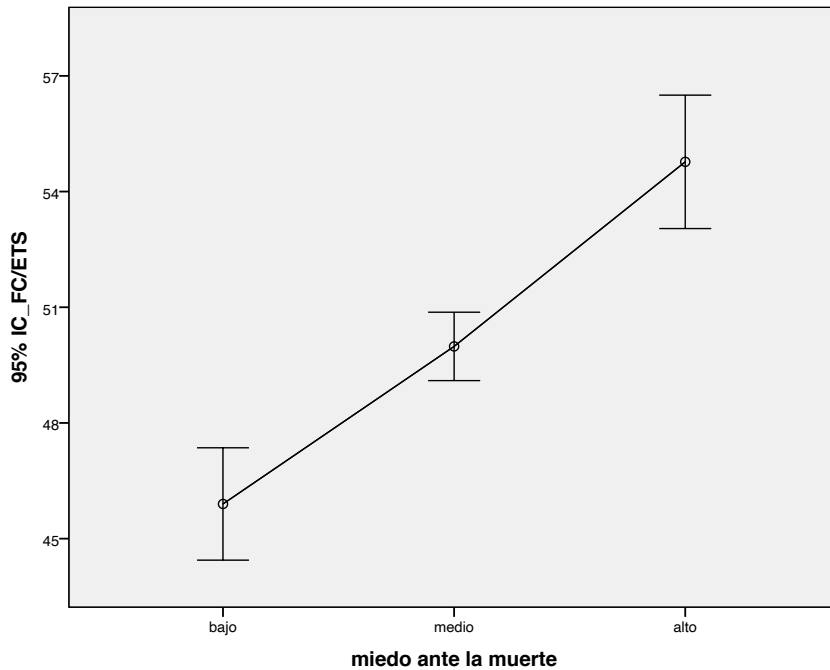
Dimensiones	Categorías	n (%)	FC/ETS	
			M	DT
Miedo	Bajo	158 (21.3%)	45.90	9.27
	Medio	448 (60.4%)	49.98	9.55
	Alto	136 (18.3%)	54.77	10.20
Evitación	Bajo	130 (17.5%)	46.43	9.43
	Medio	486 (65.5%)	50.17	9.78
	Alto	126 (17%)	52.99	10.39
Aceptación neutral	Bajo	103 (13.9%)	51.22	10.45
	Medio	515 (69.4%)	50.29	9.84
	Alto	124 (16.7%)	47.71	10.01
Aceptación de acercamiento	Bajo	166 (22.4%)	47.62	9.53
	Medio	455 (61.3%)	50.70	9.98
	Alto	121 (16.3%)	50.57	10.30
Aceptación de escape	Bajo	131 (17.7%)	47.09	10.26
	Medio	483 (65.1%)	50.36	9.72
	Alto	128 (17.3%)	51.59	10.27

Nota: FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

Para la actitud de **miedo ante la muerte**, los resultados del ANOVA arrojan diferencias significativas en relación con los niveles de FC/ETS [$F(2,739) = 31.11, p < .001, \eta^2 = .08$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni reflejan que las personas situadas en el rango alto de miedo presentan a su vez mayor FC/ETS que aquellas situadas en los rangos medio [$t(582) = 5.04, p < .001, g = .48$] y bajo [$t(292) = 7.81, p < .001, g = .89$]. De la misma manera, los y las profesionales con niveles medios de miedo ante la muerte presentan mayor FC/ETS que aquellas situadas en rangos inferiores [$t(604) = 4.66, p < .001, g = .41$]. En la figura 42 se puede observar cómo a medida que aumenta el miedo ante la muerte, aumenta también la FC/ETS.

Figura 42.

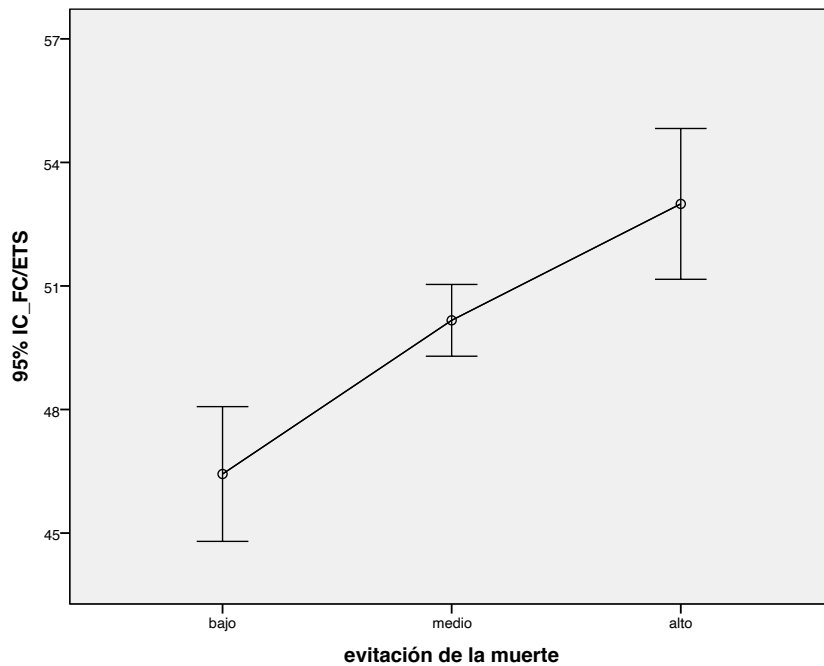
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y miedo ante la muerte



En cuanto a la dimensión **evitación de la muerte**, los resultados del ANOVA reflejan igualmente diferencias significativas en las medias de FC/ETS [$F(2,739) = 14.49, p < .001, \eta^2 = .04$]. Las pruebas *post hoc* ponen de manifiesto una mayor FC/ETS en aquellas personas situadas en rangos altos de evitación, frente a las situadas en rangos medios [$t(610) = 2.86, p = .004, g = .28$] o bajos [$t(254) = 5.29, p < .001, g = .66$], así como entre las situadas en rangos medios frente a bajos [$t(614) = 3.90, p < .001, g = .37$].

Figura 43.

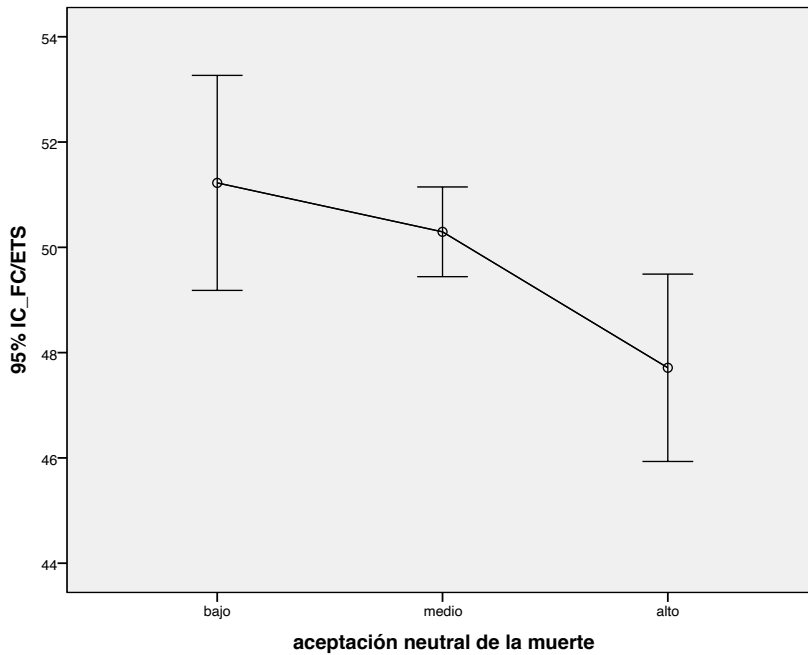
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y evitación de la muerte



Con relación a la diferencia de medias entre los niveles FC/ETS y los rangos de la **aceptación neutral de la muerte (AN)**, los resultados del ANOVA reflejan la existencia de diferencias significativas [$F(2,739) = 4.28, p = .014, \eta^2 = .01$]. En la comparación por pares, según la corrección de Bonferroni, las personas en rangos bajos de AN presentan mayor FC/ETS, frente a las de rangos altos [$t(225) = 2.58, p = .011, g = .35$], así como aquellas situadas en rangos medios frente a las ubicadas en rangos altos [$t(637) = 2.61, p = .009, g = .26$]. No se hallan diferencias estadísticamente significativas para ningún otro par.

Figura 44.

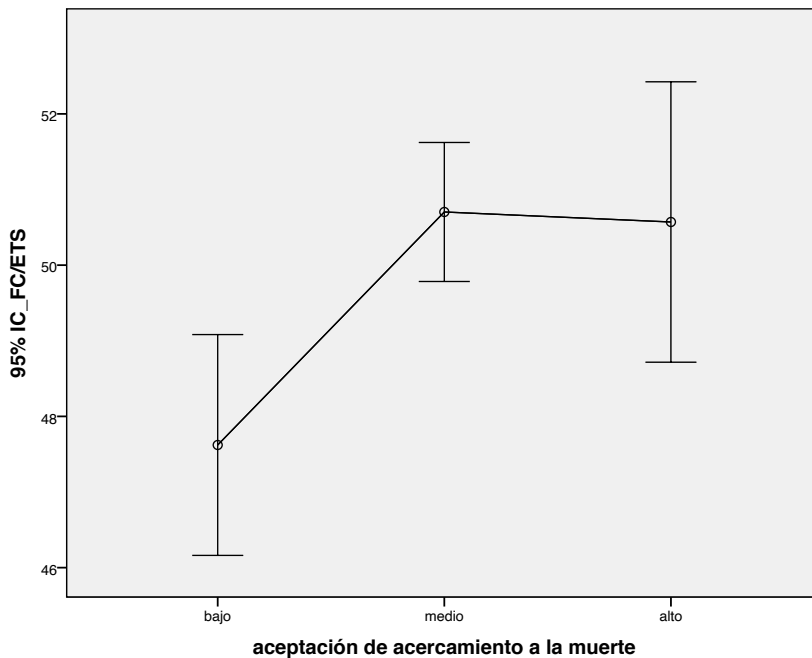
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y aceptación neutral de la muerte



Los resultados del ANOVA reflejan también diferencias con significación estadística para los niveles de FC/ETS y la dimensión **aceptación de acercamiento a la muerte (AA)** [$F(2,739) = 6.10, p = .002, \eta^2 = .02$]. Por pares, se aprecia mayor FC/ETS en las personas en rangos medios de AA frente a rangos bajos [$t(619) = 3.45, p = .001, g = .31$], y entre las situadas en rangos altos frente a las de rangos bajos [$t(285) = 2.50, p = .013, g = .29$]. Ningún otro par arroja diferencias significativas.

Figura 45.

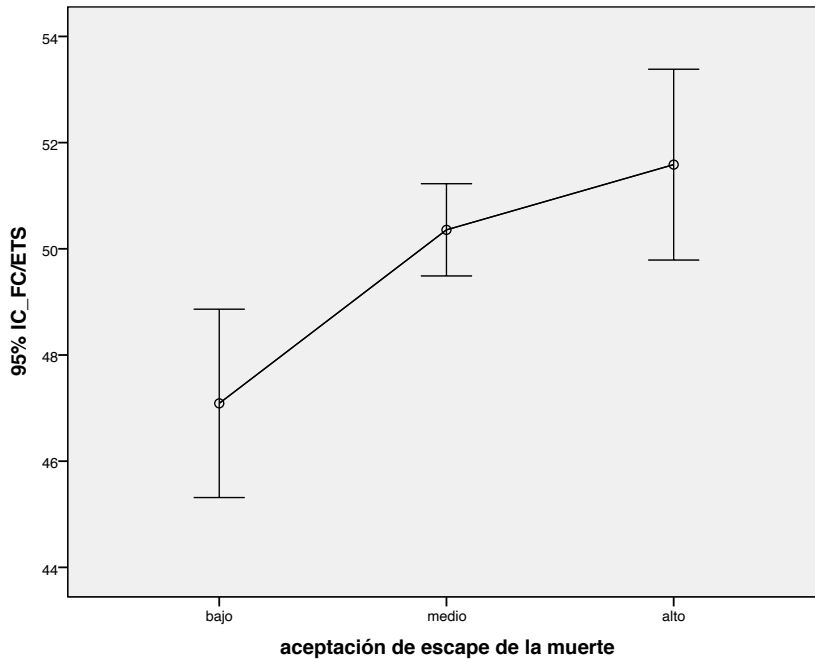
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y aceptación de acercamiento a la muerte



Finalmente, en cuanto a la dimensión **aceptación de escape de la muerte (AEm)**, el ANOVA refleja diferencias significativas en los niveles de FC/ETS [$F(2,739) = 7.60, p = .001, \eta^2 = .02$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni señalan al grupo situado en el rango superior como el que mayor FC/ETS presenta, frente al grupo situado en rangos inferiores [$t(257) = 3.52, p = .001, g = .45$], y a los y las profesionales de rango medio de AEm frente a los de rango bajo [$t(612) = 3.37, p = .001, g = .33$]. No se aprecian significación estadística para ningún otro par de rangos.

Figura 46.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y aceptación de escape de la muerte



8.2.5. Variabilidad de SC y FC/ETS en función de los Rasgos de personalidad

El constructo personalidad es contemplado desde sus 5 rasgos. En la tabla presentada a continuación, se muestran las medias y desviaciones típicas de SC para las categorías de cada rasgo de personalidad.

Tabla 41.*Medias y desviaciones típicas de SC en función de los Rasgos de personalidad*

Rasgos de personalidad	Categorización	n (%)	SC	
			M	DT
Neuroticismo	Muy bajo	17 (2.3%)	57.30	11.14
	Bajo	121 (16.3%)	53.67	8.99
	Medio	196 (26.4%)	50.87	9.43
	Alto	279 (37.6%)	49.29	9.80
	Muy alto	129 (17.4%)	45.82	10.19
Extraversión	Muy bajo	72 (9.7%)	43.77	11.25
	Bajo	225 (30.3%)	46.65	9.12
	Medio	217 (29.2%)	50.56	9.20
	Alto	167 (22.5%)	53.81	8.53
	Muy alto	61 (8.2%)	57.33	9.18
Apertura	Muy bajo	69 (9.3%)	47.54	10.54
	Bajo	268 (36.2%)	48.01	9.31
	Medio	234 (31.6%)	50.81	10.67
	Alto	127 (17.2%)	52.40	8.93
	Muy alto	42 (5.7%)	55.02	9.07
Amabilidad	Muy bajo	59 (8%)	45.17	10.88
	Bajo	160 (21.6%)	46.81	9.39
	Medio	269 (36.3%)	49.56	9.55
	Alto	198 (26.7%)	53.11	9.40
	Muy alto	56 (7.5%)	55.34	9.31
Responsabilidad	Muy bajo	79 (10.6%)	45.73	10.89
	Bajo	242 (32.6%)	47.67	9.69
	Medio	225 (30.3%)	50.35	9.36
	Alto	176 (23.7%)	53.93	9.10
	Muy alto	20 (2.7%)	56.73	9.43

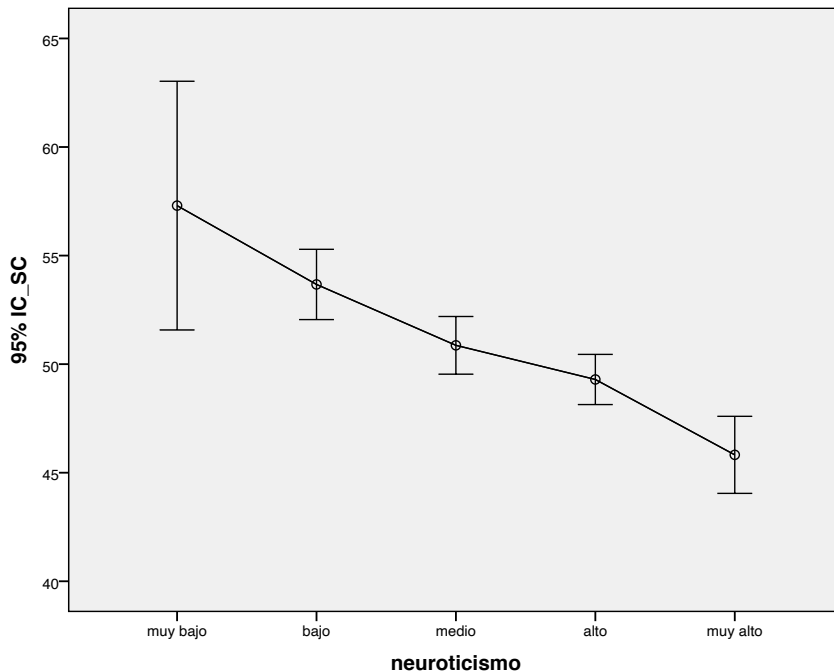
Nota: SC=Satisfacción por compasión

Los análisis ANOVA arrojan diferencias significativas para los niveles de SC en función del **neuroticismo (N_p)** [$F(4,737) = 13.55, p < .001, \eta^2 = .07$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni describen a las personas en rango muy bajo de N_p como aquellas que obtienen mayores puntuaciones en SC, frente a las que se sitúan en rangos altos [$t(294) = 3.24, p = .001, g = .80$], o muy altos [$t(144) = 4.32, p < .001, g = 1.15$]. Lo mismo ocurre entre las personas situadas en rangos bajos frente a altos [$t(398) = 4.20, p < .001, g = .44$] o muy altos [$t(248) =$

6.44, $p < .001$, $g = .78$]. La comparación de los niveles de SC entre los y las profesionales situadas en rangos medios frente a muy altos de N_p , también arroja significación estadística [$t(323) = 4.57$, $p < .001$, $g = .50$], así como entre los y las profesionales situadas en rangos altos frente a muy altos [$t(406) = 3.29$, $p = .001$, $g = .35$]. No se hallan diferencias significativas para ningún otro par. En la figura 47 se puede apreciar cómo a medida que aumenta el valor de neuroticismo, disminuye la percepción de SC.

Figura 47.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y neuroticismo

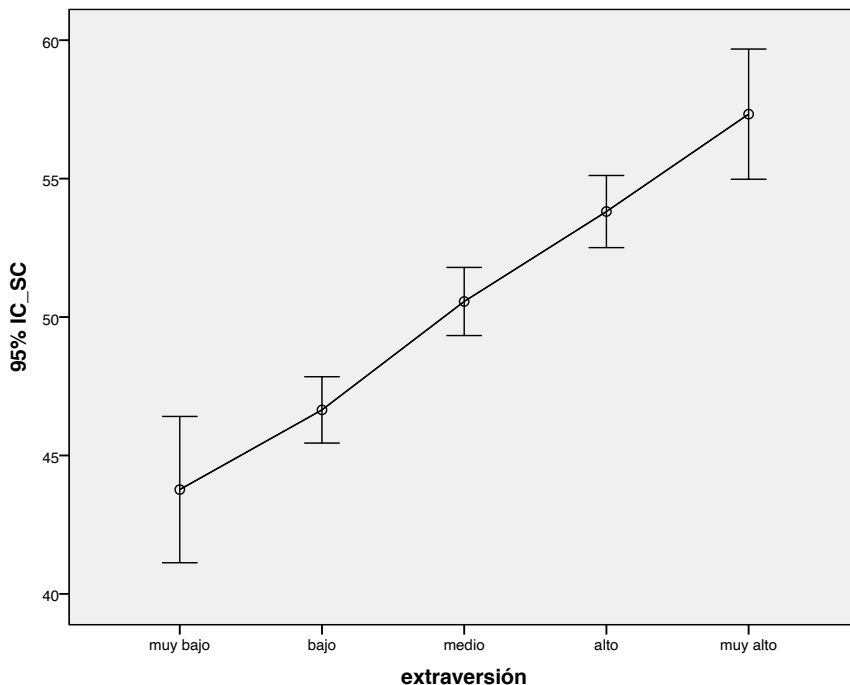


Con relación al rasgo **extraversión (E)**, los resultados del ANOVA indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las medias de SC [$F(4,737) = 32.46$, $p < .001$, $\eta^2 = .15$]. La comparación por pares con Bonferroni indica que son las personas situadas en los rangos más elevados de E las que obtienen a su vez mayor puntuación de SC, frente a las situadas en los rangos medio [$t(276) = 5.08$, $p < .001$, $g = .68$], bajo [$t(284) = 8.11$, $p < .001$, $g = 1.07$], o muy

bajo [$t(131) = 7.53, p < .001, g = 1.36$]. Por su parte, también se encuentra significación estadística en la SC al comparar al grupo con niveles altos de E frente a los que puntúan en el rango medio [$t(382) = 3.54, p < .001, g = .32$], bajo [$t(390) = 7.91, p < .001, g = .72$], o muy bajo [$t(237) = 7.56, p < .001, g = 1.00$]. Lo mismo ocurre entre las personas situadas en el rango medio frente a las situadas en el rango bajo de E [$t(440) = 4.50, p < .001, g = .39$], o muy bajo [$t(287) = 5.13, p < .001, g = .68$].

Figura 48.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y extraversión

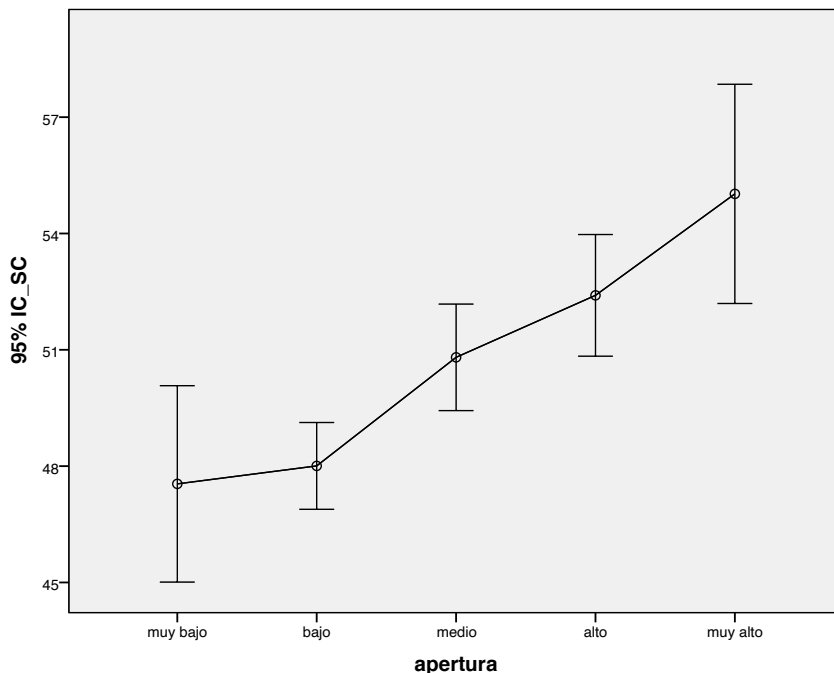


Para el rasgo **apertura (O)**, los resultados del ANOVA señalan la existencia de diferencias significativas en los niveles de SC en función de los rangos de O [$F(4,735) = 8.92, p < .001, \eta^2 = .05$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni reflejan mayor SC para las personas con puntuaciones muy altas en O frente a las personas con puntuaciones bajas [$t(308) = 4.56, p < .001, g = .70$], o muy bajas [$t(109) = 3.82, p < .001, g = .75$]. La misma relación se aprecia entre los

y las profesionales situados en niveles altos de O frente a los situados en niveles bajos [$t(393) = 4.44, p < .001, g = .44$], o muy bajo [$t(194) = 3.41, p = .001, g = .49$]. La comparación por pares refleja, igualmente, la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las personas con nivel medio de O frente a las situadas en niveles bajos [$t(465.91) = 3.11, p = .002, g = .28$], con mayor SC entre los que obtuvieron un nivel medio de O. No se aprecian diferencias significativas para ningún otro par.

Figura 49.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y apertura

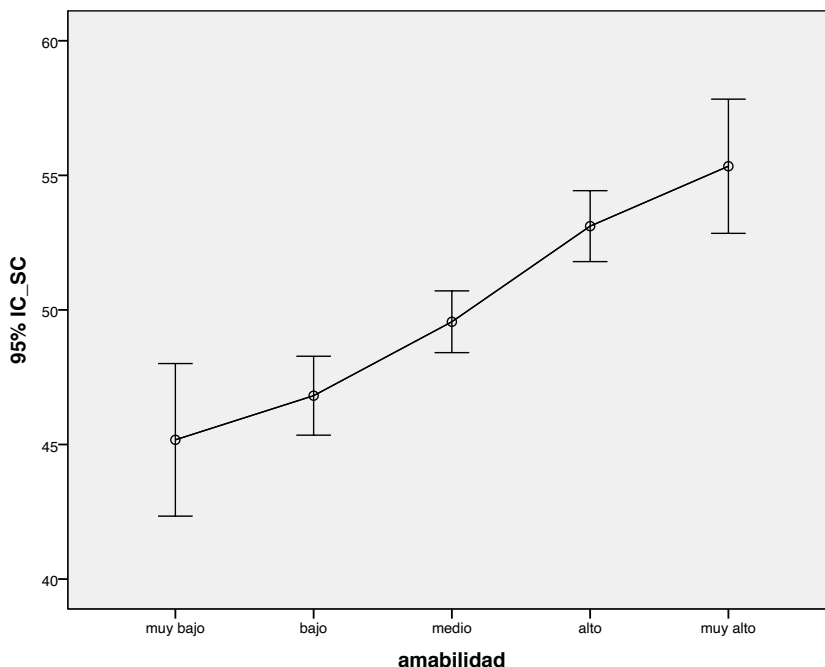


Tomando en consideración el rasgo **amabilidad (A)**, los análisis ANOVA reflejan significación estadística en la comparación de niveles de SC y los rangos de A [$F(4,737) = 17.92, p < .001, \eta^2 = .09$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni señalan con mayor SC a las personas situadas en rangos muy altos de A frente a las situadas en los rangos medio [$t(323) = 4.14, p < .001, g = .58$], bajo [$t(214) = 5.86, p < .001, g = .85$], o muy bajo [$t(113) = 5.37, p < .001, g = 1.02$]. En

este mismo sentido, se establecen diferencias entre el grupo de profesionales situado en niveles altos frente a los situados en niveles medios [$t(465) = 4.00, p < .001, g = .36$], bajo [$t(356) = 6.31, p < .001, g = .63$], o muy bajo [$t(255) = 5.49, p < .001, g = .79$]. Finalmente, las personas con puntuaciones medias en A presentan mayor SC que aquellas con puntuaciones bajas [$t(427) = 2.90, p = .004, g = .27$], o muy bajas [$t(326) = 3.11, p = .002, g = .14$]. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas para ningún otro par.

Figura 50.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y amabilidad

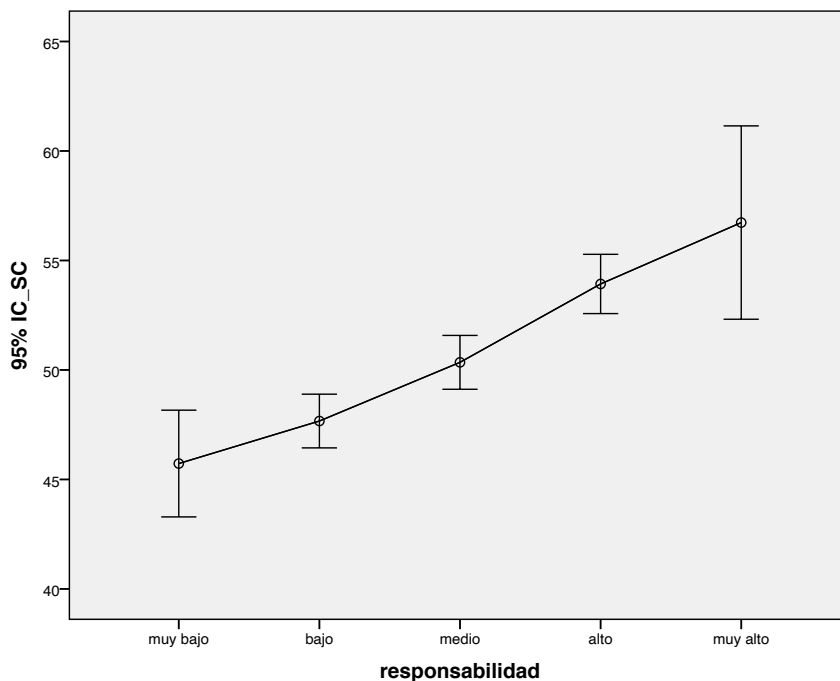


En cuanto a la **responsabilidad (R)**, último de los rasgos de personalidad, los análisis ANOVA arrojan diferencias significativas en los niveles de SC [$F(4,737) = 17.44, p < .001, \eta^2 = .09$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni reflejan que las personas situadas en rangos muy altos de R presentan mayor SC que las personas situadas en los rangos medio [$t(243) = 2.92, p = .004, g = .64$], bajo [$t(260) = 4.03, p < .001, g = .91$], o muy bajo [$t(97) = 4.14, p < .001, g =$

1.10]. De igual manera, se establecen diferencias entre el grupo de profesionales situado en niveles altos frente a los situados en niveles medios [$t(399) = 3.85, p < .001, g = .36$], bajo [$t(416) = 6.69, p < .001, g = .63$], o muy bajo [$t(253) = 6.25, p < .001, g = .82$]. Por su parte, las personas con puntuaciones medias en R presentan mayor SC que aquellas con puntuaciones bajas [$t(465) = 3.04, p = .003, g = .27$], o muy bajas [$t(302) = 3.62, p < .001, g = .46$]. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas para ningún otro par.

Figura 51.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, SC y responsabilidad



Tomando como referencia la **FC/ETS**, en la tabla presentada a continuación, se muestran las medias y desviaciones típicas de FC/ETS en cada categoría de los rasgos de personalidad.

Tabla 42.*Medias y desviaciones típicas de FC/ETS en función de los Rasgos de personalidad*

Rasgos de personalidad	Categorización	n (%)	FC/ETS	
			M	DT
Neuroticismo	Muy bajo	17 (2.3%)	39.63	6.23
	Bajo	121 (16.3%)	43.94	7.59
	Medio	196 (26.4%)	47.40	7.92
	Alto	279 (37.6%)	51.34	8.98
	Muy alto	129 (17.4%)	58.06	10.99
Extraversión	Muy bajo	72 (9.7%)	53.40	11.54
	Bajo	225 (30.3%)	51.47	9.60
	Medio	217 (29.2%)	50.20	10.00
	Alto	167 (22.5%)	47.67	9.11
	Muy alto	61 (8.2%)	46.13	9.54
Apertura	Muy bajo	69 (9.3%)	47.83	10.71
	Bajo	268 (36.2%)	50.01	9.98
	Medio	234 (31.6%)	50.56	9.57
	Alto	127 (17.2%)	50.66	10.32
	Muy alto	42 (5.7%)	48.19	10.29
Amabilidad	Muy bajo	59 (8%)	50.28	11.23
	Bajo	160 (21.6%)	52.26	11.34
	Medio	269 (36.3%)	49.78	9.00
	Alto	198 (26.7%)	48.95	9.73
	Muy alto	56 (7.5%)	47.90	9.24
Responsabilidad	Muy bajo	79 (10.6%)	53.12	10.70
	Bajo	242 (32.6%)	50.97	10.12
	Medio	225 (30.3%)	49.80	10.01
	Alto	176 (23.7%)	47.98	8.95
	Muy alto	20 (2.7%)	45.64	10.05

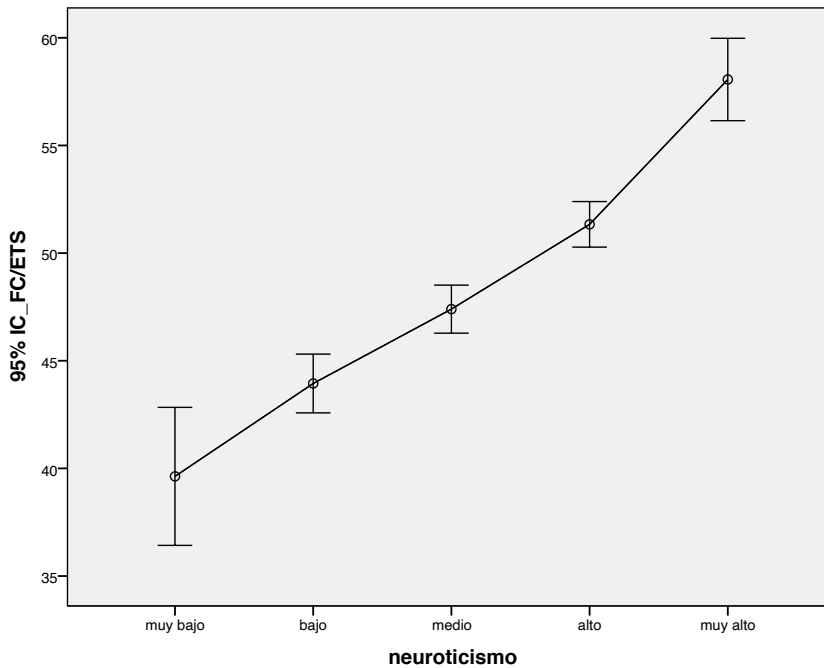
Nota: FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario

Dada la heterocedasticidad hallada, para los niveles de FC/ETS en función del rasgo de personalidad **neuroticismo** (N_p) se reporta la F de Welch, reflejando diferencias estadísticas [$F(4,109.89) = 50.71, p < .001, \eta^2 = .22$]. Las pruebas *post hoc* con corrección de Games-Howell señalan diferencias para los niveles FC/ETS entre las personas situadas en rangos muy altos de N_p frente a las situadas en rangos altos [$t(406) = 6.55, p < .001, g = 67$], medios [$t(214.12) = 9.52, p < .001, g = 1.07$], bajos [$t(228.34) = 11.89, p < .001, g = 1.41$], o muy bajos [$t(144) = 6.76, p <$

.001, $g = 1.84$], de manera que los niveles de FC/ETS aumentan a medida que lo hace el N_p . La misma relación se observa entre los grupos que puntúan alto en N_p frente a los que puntúan en el rango medio [$t(473) = 4.94, p < .001, g = .39$], bajo [$t(398) = 7.92, p < .001, g = .74$], o muy bajo [$t(294) = 5.30, p < .001, g = 1.17$]. Asimismo, se confirman diferencias estadísticamente significativas en el rango medio frente al bajo [$t(315) = 3.83, p < .001, g = .35$], y frente al muy bajo [$t(211) = 3.94, p < .001, g = .78$]. Una representación visual de estos resultados se puede observar en la figura que se presenta a continuación, en la que se aprecia un aumento de la percepción de FC/ETS a medida que aumentan los valores de N_p .

Figura 52.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y neuroticismo

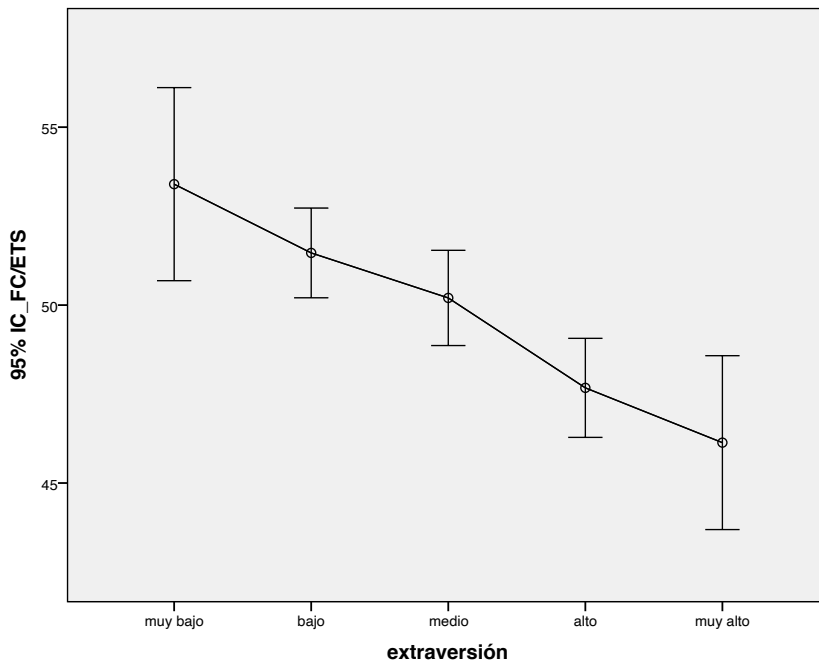


Para la dimensión **extraversión (E)**, los resultados del ANOVA reflejan diferenciación estadística en los niveles de FC/ETS [$F(4,737) = 8.15, p < .001, \eta^2 = .04$]. Las pruebas *post hoc* de comparación por pares con corrección de Bonferroni indican que los y las profesionales situados en niveles muy bajos de E presentan

una FC/ETS significativamente superior que aquellos situados en los rangos alto [$t(237) = 4.10, p < .001, g = .57$], y muy alto [$t(131) = 3.91, p < .001, g = .73$]. Lo mismo ocurre con las personas que obtienen puntuaciones bajas en este rasgo frente a las que puntúan alto [$t(390) = 3.95, p < .001, g = .38$], o muy alto [$t(284) = 3.85, p < .001, g = .53$], así como entre las que se sitúan en rangos medios frente a muy altos [$t(276) = 2.83, p = .005, g = .41$].

Figura 53.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y extraversión

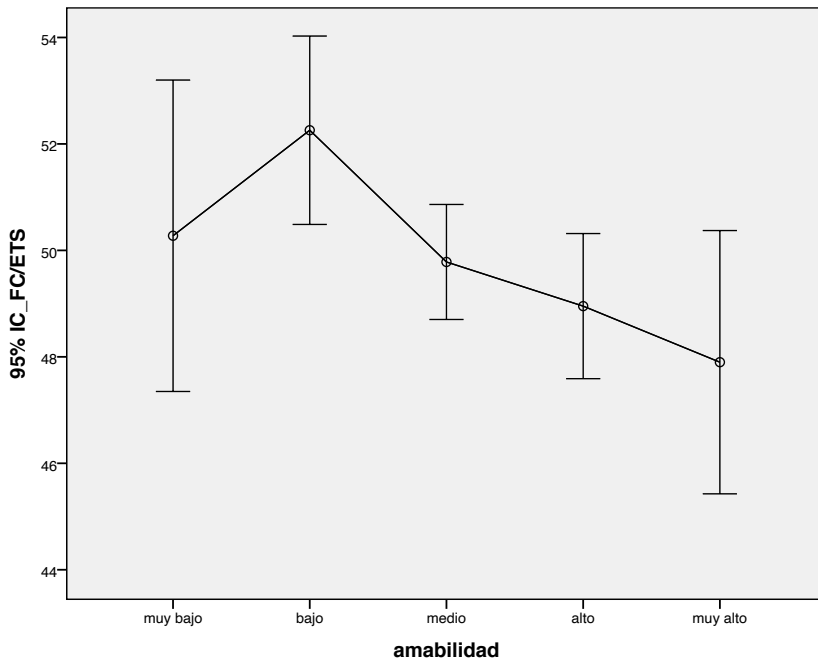


Los niveles de FC/ETS no son significativamente diferentes en función del rasgo **apertura (O)** [$F(4,735) = 1.48, p = .207, \eta^2 = .01$], según resultados del ANOVA. Sí lo son, en cambio, en función de la **amabilidad (A)** [$F(4,737) = 3.28, p = .011, \eta^2 = .02$]. Las pruebas de comparación por pares con corrección de Bonferroni reflejan que las personas situadas en el rango bajo de amabilidad presentan un nivel significativamente mayor de FC/ETS que aquellas situadas en

los rangos alto [$t(356) = 2.97, p = .003, g = .33$], y muy alto [$t(214) = 2.59, p = .010, g = .44$], no hallándose diferencias para ningún otro par.

Figura 54.

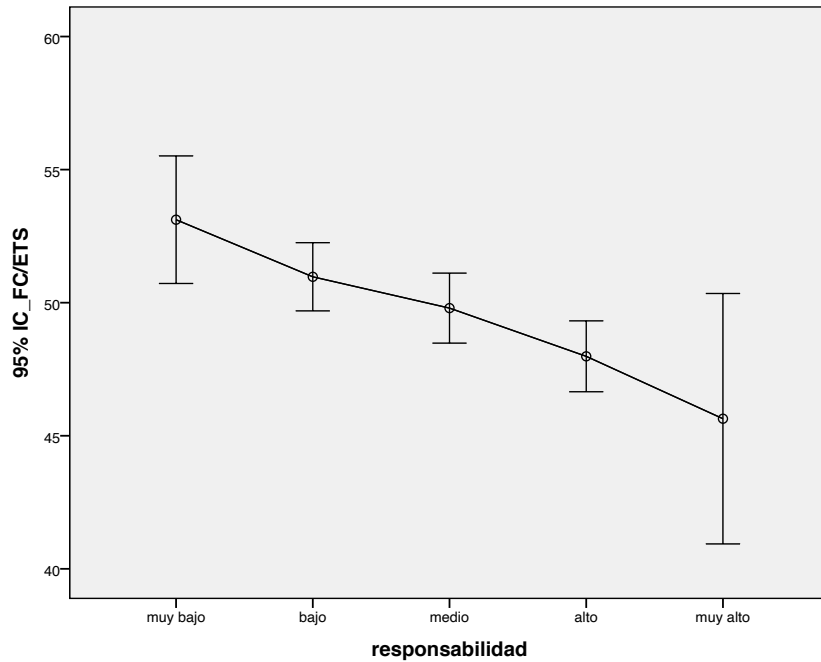
Gráfico de barras de error. Comparación de medias, FC/ETS y amabilidad



En relación con la **responsabilidad (R)**, los resultados del análisis ANOVA reflejan la existencia de diferencias estadísticamente significativas para los niveles de FC/ETS [$F(4,737) = 5.38, p < .001, \eta^2 = .03$]. Por pares, las pruebas *post hoc* con corrección de Bonferroni señalan niveles FC/ETS significativamente más altos entre las personas con puntuaciones muy bajas en R frente a las que obtienen puntuaciones altas [$t(253) = 3.98, p < .001, g = .51$], o muy altas [$t(97) = 2.83, p = .006, g = .75$]. Lo mismo se observa entre las que se sitúan en niveles bajos de R frente a las personas situadas en el rango alto [$t(416) = 3.13, p = .002, g = .30$], no apreciándose diferencias significativas para ningún otro par.

Figura 55.

Gráfico de barras de error. Comparación de medias. FC/ETS y responsabilidad



A continuación, a modo de resumen del punto 8.2., se presenta una tabla compilando los datos generales sobre los resultados de ANOVA para SC y FC/ETS en función de las variables adaptativas contempladas.

Tabla 43.*Resumen de datos para SC y FC/ETS en función de variables adaptativas*

		ANOVA			
		F	gl	sig.	η^2
SC	Resiliencia	49.86	2,739	.000	.12
	AP	16.20	4,737	.000	.08
	CE	14.63	4,736	.000	.07
	EE	2.39	4,737	.049	.01
	AE	31.53	4,737	.000	.15
	Miedo	2.41	2,739	.091	.01
	Evitación	2.61	2,739	.075	.01
	AN	6.70	2,739	.001	.02
	AA	1.18	2,739	.307	.00
	AE _m	1.62	2,739	.200	.00
	N	13.55	4,737	.000	.07
	E	32.46	4,737	.000	.15
	O	8.92	4,735	.000	.05
	A	17.92	4,737	.000	.09
R	17.44	4,737	.000	.09	
FC/ETS	Resiliencia	32.97 ^a	2,352.44	.000	.09
	AP	2.19	4,737	.069	.01
	CE	1.69	4,736	.151	.01
	EE	22.56	4,737	.000	.11
	AE	1.59 ^a	4,29.50	.204	.01
	Miedo	31.11	2,739	.000	.08
	Evitación	14.49	2,739	.000	.04
	AN	4.28	2,739	.014	.01
	AA	6.10	2,739	.002	.02
	AE _m	7.60	2,739	.001	.02
	N	50.71 ^a	4,109.89	.000	.22
	E	8.15	4,737	.000	.04
	O	1.48	4,735	.207	.01
	A	3.28	4,737	.011	.02
R	5.38	4,737	.000	.03	

^a) F de Welch

Nota: SC=satisfacción por compasión, FC/ETS=fatiga por compasión/Estrés traumático secundario, AP=adopción de perspectivas, CE=comprensión emocional, EE=estrés empático, AE=alegría empática, AN=aceptación neutral, AA=aceptación de acercamiento, AE_m=aceptación de escape, N=neuroticismo, E=extraversión, O=apertura, A=amabilidad, R=responsabilidad

8.3. Modelos explicativos

Con el fin de analizar qué variables independientes pueden estar explicando la variabilidad de cada una de las variables dependientes, se ha procedido a la realización de regresiones lineales múltiples. Sus resultados finales se presentan a continuación, en apartados diferenciados, para facilitar la lectura.

8.3.1. Modelo explicativo para Satisfacción por Compasión

El modelo final para la Satisfacción por Compasión está compuesto por 8 variables independientes, que explican el 44.3% de la varianza. Tal y como se presenta en la tabla 44, evidenciar *burnout* y FC/ETS, sentir alegría empática, mostrar extraversión, presentar resiliencia, trabajar en unidades oncológicas, aceptar de manera neutral la muerte y el tiempo de trabajo se convertirían en las variables con mayor capacidad explicativa de la SC ($F(8,733) = 74.73; p < .001; R^2_{aj} = .443$).

Tabla 44.

Modelo explicativo para Satisfacción por Compasión

Modelo	Coeficientes no estandarizados				β	t	sig.	r	r_p	r_{sp}
	Beta	EE	LI	LS						
(Constante)	35.34	2.07	31.28	39.41		17.07	.000			
<i>Burnout</i>	-.56	.04	-.63	-.48	-.50	-14.20	.000	-.56	-.47	-.39
FC/ETS	.20	.03	.14	.26	.22	6.72	.000	-.15	.24	.18
AE	.21	.04	.14	.29	.16	5.43	.000	.38	.20	.15
Extraversión	.10	.02	.05	.14	.14	4.34	.000	.41	.16	.12
Resiliencia	.10	.03	.05	.16	.13	3.91	.000	.41	.14	.11
Oncologías	1.07	.28	.54	1.61	.11	3.85	.000	.13	.14	.11
AN muerte	.35	.15	.06	.64	.07	2.39	.017	.14	.09	.07
TT	-.66	.30	-1.24	-.08	-.06	-2.22	.027	-.06	-.08	-.06

$R = .670, R^2 = .449, R^2_{aj} = .443$

Nota: EE=Error Estandarizado; IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior; LS=Límite superior; β = valor Beta estandarizado; r =correlaciones de orden cero; r_p =correlaciones parciales; r_{sp} =correlaciones semiparciales; FC/ETS=Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario; AE=Alegría empática; AN Muerte=Aceptación neutral de la muerte; TT=Tiempo trabajado en el ámbito asistencial

La recta de regresión quedaría de la manera que sigue:

$$SC = 35.341 - 0.557*BO + 0.203*FC/ETS + 0.212*AE + 0.096*E + 0.104*Res. + 1.069*Onc. + 0.353*AN - 0.658*TT$$

(SC= Satisfacción por compasión; FC/ETS= Fatiga por compasión/Estrés traumático secundario; AE= Alegría empática, E= Extraversión; Res.= Resiliencia; Onc.= Oncologías; AN= Aceptación neutral de la muerte; TT= Tiempo trabajado; BO= Burnout)

Tal y como muestran las correlaciones de orden cero, las relaciones más fuertes se establecen entre el *burnout* y la SC, seguidas de extraversión, resiliencia y AE. No obstante, controlado el efecto del resto de variables, la contribución al cambio de la SC es mayor para las variables independientes *burnout*, FC/ETS y AE, tal y como reflejan los valores estandarizados beta y los coeficientes de correlación parcial y semiparcial. Por otra parte, los signos negativos de *burnout* y del tiempo de trabajo indican que, ante la evidencia de síntomas de quemazón y la mayor experiencia profesional, los niveles de SC de los y las profesionales disminuirán, mientras que, cuanto menores sean estos niveles, mayor será la satisfacción con el rol de cuidado. Por el contrario, en el caso del resto de variables, aumentando éstas aumenta también la SC.

Se completa el estudio de la recta de regresión para la SC con el análisis de residuos, que refleja independencia de los errores (Durbin-Watson = 1.98) y una distribución normal de los mismos. Con relación a la multicolinealidad de las variables, tanto los índices de Tolerancia como los VIF se sitúan en valores adecuados, estando por encima de .50 los primeros, y entre 1 y 2, los segundos, descartando, así, la existencia de multicolinealidad importante. Finalmente, los estadísticos utilizados para la valoración de casos atípicos e influyentes arrojan buenos datos, tanto en la distancia de Cook [$M = .001$, $DT = .003$, (.000,.052)] como en el índice de Leverage [$M = .011$, $DT = .006$, (.002,.051)].

8.3.2. Modelo explicativo para FC/ETS

Siguiendo la misma metodología, son 8 las variables que emergen como explicativas de los niveles de la FC/ETS en el personal de Enfermería, explicando el 46.6% de su varianza total. El *burnout* se sitúa como la variable más potente. A ella la acompañan sentir estrés empático, experimentar SC, exhibir neuroticismo, tener miedo a la muerte y aceptarla como entrada a una existencia mejor, mostrar escasa resiliencia y la edad de los y las profesionales.

Tabla 45.

Modelo explicativo para FC/ETS

Modelo	Coeficientes no estandarizados				β	t	sig.	r	r_p	r_{sp}
	Beta	EE	LI	LS						
(Constante)	-9.99	2.36	-14.63	-5.36		-4.23	.000			
<i>Burnout</i>	.63	.04	.54	.72	.52	14.34	.000	.53	.47	.39
Estrés empático	.20	.03	.14	.25	.20	7.04	.000	.32	.25	.19
SC	.22	.04	.14	.29	.20	5.85	.000	-.15	.21	.16
Neuroticismo	.10	.02	.06	.15	.15	4.31	.000	.48	.16	.12
Miedo muerte	.40	.10	.20	.60	.12	3.85	.000	.33	.14	.10
AA muerte	.40	.11	.19	.61	.11	3.78	.000	.12	.14	.10
Resiliencia	-.07	.03	-.13	-.02	-.09	-2.49	.013	-.36	-.09	-.07
Edad	.73	.28	.17	1.28	.07	2.56	.011	.09	.09	.07

$R = .687$, $R^2 = .472$, $R^2_{aj} = .466$

Nota: EE=Error Estandarizado; IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior; LS=Límite superior; β =valor Beta estandarizado; r =correlaciones de orden cero; r_p =correlaciones parciales; r_{sp} =correlaciones semiparciales; SC=Satisfacción por compasión; AA muerte=Aceptación de aproximación a la muerte

La recta de regresión quedaría de la manera que sigue:

$$FC/ETS = -9.99 + 0.629*BO + 0.199*EE + 0.215*SC + 0.101*N + 400*MIEDO + 0.400*AA - 0.074*Res. + 0.726*EDAD$$

(FC/ETS=Fatiga por compasión; BO=Burnout; EE=Estrés empático; SC=Satisfacción por compasión; NE=Neuroticismo; MIEDO=Miedo a la muerte; AA=Aceptación de acercamiento a la muerte; Res.=Resiliencia)

Tal y como indican las correlaciones de orden cero, las relaciones más fuertes se establecen entre el *burnout* y la FC/ETS, seguidas de neuroticismo y

resiliencia. No obstante, los valores estandarizados de beta indican que son el *burnout*, el EE y la SC las variables independientes que más contribuyen a la variabilidad de la FC/ETS. Lo mismo secundan las correlaciones parciales y semiparciales, de manera que, una vez suprimidos los efectos del resto de variables, la capacidad explicativa del neuroticismo y de la resiliencia es mucho menor a la asociación que inicialmente establecían. Por su parte, el signo negativo de la resiliencia indica que niveles bajos de esta variable explican la presencia de FC/ETS, mientras que el signo positivo del resto de variables explicativas refleja que su presencia está relacionada con la FC/ETS.

El estudio de residuos de la recta obtenida muestra independencia de los errores (Durbin-Watson = 1.835), y una distribución normal de los mismos. Con relación a la multicolinealidad de las variables, tanto los índices de Tolerancia como los VIF se sitúan en valores adecuados, estando por encima de .50 los primeros, y entre 1 y 2, los segundos, descartando la existencia de multicolinealidad importante. Finalmente, los estadísticos utilizados para la valoración de casos atípicos e influyentes arrojan buenos datos, tanto en la distancia de Cook [$M = .002$, $DT = .003$, $(.000,.032)$] como en el índice de Leverage [$M = .011$, $DT = .006$, $(.002,.042)$].

Capítulo 9.

Conclusiones y discusión

El objeto de este capítulo es dotar de significado a los resultados obtenidos en la presente investigación, discutiéndolos a la luz de la literatura existente. De esta manera, se intentarán extraer conclusiones que enriquezcan el *corpus* actual de conocimiento sobre la Calidad de Vida Profesional en Enfermería.

El capítulo está organizado en cuatro apartados. En el primero, se contrastan los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas de inicio y los hallazgos de otras investigaciones. Para hacer más ordenada la discusión, se presentarán, de manera escalonada, cada uno de los objetivos con sus hipótesis, procediendo a la discusión punto por punto.

En el segundo apartado del capítulo, se presentan las principales aportaciones de la investigación, mientras que, en el tercer apartado, se enumeran las limitaciones con las que cuenta el estudio y se plantean posibles futuras líneas de investigación que complementen y evolucionen lo aquí expuesto.

Finalmente, en el cuarto y último apartado, se ofrecen 10 ideas que sirven como reflexión final.

9.1. Discusión y conclusiones

A continuación, se presenta la discusión de cada una de las hipótesis incluidas en los objetivos del estudio, discusión que permitirá contrastar los hallazgos de la investigación con aquellos ofrecidos por la literatura. De dicho ejercicio se extraerán las principales conclusiones derivadas de los hallazgos.

Objetivo 1: Conocer la percepción de la Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería de las áreas de Cuidados Intensivos, Oncologías y Cuidados Paliativos del Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza.

Hipótesis 1: los y las profesionales que desarrollan su labor asistencial en los Servicios Oncológicos y de Cuidados Paliativos presentarán mayor SC que los y las profesionales ubicadas en Cuidados Intensivos, mientras que los niveles de FC/ETS serán similares en las tres áreas asistenciales.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran, de manera general, que todos los equipos de Enfermería bajo estudio presentan niveles medios-altos de SC y de FC/ETS. Sin embargo, son los y las profesionales de las unidades de Oncología las que presentan niveles más elevados de SC, mientras que los equipos de Paliativos se perfilan como los de menor SC. Por su parte, no se han hallado diferencias significativas en los niveles de FC/ETS entre las áreas asistenciales en estudio.

Como se adelantaba, el 68.2% de la muestra general presenta niveles medios y altos de SC, y el 78% se sitúa igualmente en niveles medios y altos de FC/ETS. Por lo tanto, se puede hablar de la coexistencia de niveles notables tanto de SC como de FC/ETS en población enfermera de áreas de alto impacto emocional, en línea con lo retratado en otras investigaciones (Arimon-Pagès et al., 2019; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Galiana et al., 2017; Hunsaker et al., 2015; Ortega-Campos et al., 2020; Reiser & Gonzalez, 2020; Sansó et al., 2015; Wentzel & Brysiewicz, 2018; Wu et al., 2016). Se evidencia, así, el incuestionable protagonismo que adquiere el compromiso emocional en el cuidado de personas que sufren, así como también la satisfacción que se desprende del propio hecho de poder ofrecer cuidados y acompañamiento. De hecho, si se toman en consideración las líneas orientativas señaladas por Stamm (2010) para delimitar el perfil de los y las profesionales, se podría decir que, aunque con ciertos matices, las puntuaciones obtenidas retratan a personas que trabajan en situación de riesgo excepcional, altamente efectivas, responsables y comprometidas, pero al mismo

tiempo, bajo la sombra de una gran unión emocional con las personas a las que asisten.

Al analizar más exhaustivamente los resultados de la investigación, el colectivo enfermero de las áreas de Oncología se presenta como aquel con niveles significativamente mayores de SC, frente a los equipos de Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos, lo que confirmaría la primera parte de la hipótesis planteada.

La alta presencia de SC en Oncologías también es recogida en otras investigaciones (Potter et al., 2013; Wentzel & Brysiewicz, 2018; Wu et al., 2016), así como subrayada en algunos estudios que contrastan la asistencia oncológica y la intensivista (Elkonin & Van der Vyver, 2011; Hooper et al., 2010; Hunsaker et al., 2015; Meadors et al., 2010). Coherentemente con lo anterior, en su estudio comparativo entre Enfermería de Cuidados Intensivos y Oncologías, Mooney et al. (2017) hallaron diferencias significativas en los niveles de SC a favor de los y las profesionales de Oncologías, mientras que los niveles de FC/ETS apenas divergían, tal y como queda reflejado también en la presente investigación. Similares resultados habían sido hallados por Hooper et al. (2010), en cuya investigación el porcentaje de profesionales de Enfermería de unidades oncológicas situado en niveles elevados de SC duplicó al porcentaje de profesionales de áreas intensivistas. Aunque en otros estudios se han reportado niveles más elevados de FC/ETS que de SC entre los y las profesionales de Enfermería de unidades oncológicas (Arimon-Pagès et al., 2019; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b), y también mayor FC/ETS que el reportado por profesionales de Cuidados Intensivos (Elkonin & Van der Vyver, 2011; Gómez et al., 2015; Hooper et al., 2010; Sacco et al., 2015), no se aprecian repercusiones negativas en los niveles de SC, confirmándose, así, que ambas dimensiones pueden confluir de manera paralela.

Por otro lado, la hipótesis en discusión planteaba, igualmente, mayor SC de los equipos de Enfermería de Cuidados Paliativos frente a los de Intensivos. Sin embargo, los resultados obtenidos no corroboran dicha expectativa, reflejando que los equipos de Cuidados Paliativos muestran niveles de SC similares a los

reportados por los equipos de Intensivos, en consonancia con otros estudios (Beck, 2011).

Para poder entender este hallazgo, es interesante hacer alusión a los niveles de FC/ETS hallados en la presente investigación, similares entre los y las profesionales de las diferentes áreas asistenciales exploradas. Este hecho puede deberse al perfil de paciente atendido en los diferentes servicios: una persona con una situación de salud complicada, alto sufrimiento, y pronóstico incierto, en el que la muerte no siempre es descartable. Como se ha planteado en el marco teórico, la propia exposición al sufrimiento de los demás movilizaría en los y las profesionales una gran cantidad de emociones. Y posibilitaría, siguiendo el modelo de referencia de Figley (2001), la emisión tanto de respuestas empáticas como compasivas. No obstante, cuando el pronóstico de la persona atendida es inequívoco y rotundo, como lo es la certeza de la muerte, protagonista en Cuidados Paliativos, los esfuerzos por “salvar” pueden quedar relegados a un segundo plano. Si esto ocurriera, toda la energía podría ser dirigida a acompañar y aliviar. De hecho, la ausencia de grandes contrastes o alternancias entre mejoría y empeoramiento clínico de la persona atendida favorecería la contención del estrés empático derivado de la necesidad de salvar. Esta aparente predictibilidad podría ayudar a los y las profesionales de Cuidados Paliativos a hacer una gestión más efectiva de sus emociones, lo que devendría en una posible mayor moderación del impacto a nivel emocional. A este respecto, cabe señalar los resultados del estudio de Sansó et al. (2015), en el que reportaron niveles especialmente bajos de FC/ETS en una muestra multidisciplinar de Cuidados Paliativos adheridos en su totalidad a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Concretamente en dicho estudio, puede que estos niveles bajos de FC/ETS queden, precisamente, explicados por la afiliación compartida a una sociedad profesional, puesto que facilitaría la unificación de sensibilidades, conocimientos y estilos de acercamiento a las personas en proceso de muerte, redundando así en una mayor sensación de sentido profesional, de unión profesional y de seguridad.

Volviendo a la hipótesis de estudio, el mismo razonamiento que explica la posible moderación del impacto emocional, y con ello, de la FC/ETS en la Enfermería de unidades de Paliativos, puede servir también para argumentar los menores niveles de SC hallados en dichas unidades, en contra de lo esperado. De hecho, es importante, en este punto, traer a primer plano el contexto cultural en el que se desarrolla la presente investigación, España. Se trata de una sociedad occidental, hedonista, en la que el valor otorgado a la vida lo impregna prácticamente todo, siendo esta vida altamente venerada, no solo en su dimensión de calidad sino también de cantidad, mientras que un halo de miedo e inseguridad sigue rodeando la muerte y su contexto. Los dispositivos asistenciales no son ajenos a estos valores. Así, en las unidades de Cuidados Intensivos, la lucha contra la muerte sigue impregnando una filosofía altamente intervencionista. Se trata de servicios, los de Intensivos, además, en su mayoría, con horarios de visita muy restringidos, lo que limitaría la calidez que imprime la convivencia continuada, haciendo aumentar, por el contrario, la presión del entorno. En contraposición, en unidades como Cuidados Paliativos y, en menor medida, Oncologías, el cuidado a la vida gana protagonismo. Se trata, además, de servicios más abiertos, en los que el centro de atención no es únicamente la persona asistida (con cáncer o en proceso de muerte), sino también la familia y/o acompañantes. En dichos servicios, los tiempos para compartir son más amplios, propiciando, en muchos casos, la instauración de complicidad y la formación de lazos emocionales.

Si a lo anterior se suma la posibilidad de supervivencia y recuperación entre las personas atendidas, como ocurre entre pacientes con cáncer de unidades oncológicas, junto a la satisfacción de los y las profesionales con el propio rol desempeñado, podría aparecer un interesante sentido de logro, reforzando así su bienestar y la vivencia subjetiva de “ser útiles” en el proceso, lo que contribuiría a dotar de sentido pleno su labor asistencial, alimentando, así, la SC.

De esta forma, la mayor tasa de supervivencia, y las emociones que la acompañan, pueden explicar en gran medida los niveles significativamente más elevados de SC en Oncologías, y también la superioridad de la percepción de SC en las unidades de Intensivos frente a Paliativos. De hecho, de manera

consecuente, cuando “la alegría por la recuperación y/o supervivencia” es anecdótica, como ocurre en las unidades de Cuidados Paliativos, las ocasiones para recargar energía revitalizante son más escasas o de menor intensidad, haciendo que la probable satisfacción sentida por el cuidado facilitado durante el proceso final de la vida no se vea reforzada por la sensación de logro ante el desenlace final. En línea con lo planteado en párrafos anteriores, no se puede ignorar que “no morir” sigue siendo, en muchos casos, la principal meta, por lo que se hace más difícil extraer lecturas resilientes de un contexto impregnado de dolor, característica identificada como básica para la construcción de SC en Enfermería (Sacco & Copel, 2018).

Finalmente, es interesante recordar que la Enfermería de Paliativos es la más envejecida de la muestra de estudio, por lo que, junto a las experiencias profesionales de acompañamiento al final de la vida, muchas de las personas tendrán en su haber experiencias personales de pérdidas o separaciones, lo que facilitará, en ocasiones, procesos de identificación, distrés empático y simpatía (Sinclair et al., 2017). Por ello, a pesar de la vocación y el compromiso, los y las profesionales de Enfermería de Paliativos podrían experimentar una fusión entre sus vivencias profesionales y personales. Así, las dificultades para compartimentar de manera adecuada cada experiencia, podría hacer tambalear su identidad profesional, provocando, así, puntuaciones menores en la SC.

Conclusión de la hipótesis 1: se cumple parcialmente la hipótesis planteada, con niveles significativamente superiores de SC entre los y las profesionales de Enfermería de unidades de Oncología frente a Intensivos, en línea con la literatura existente. Sin embargo, no se halla mayor SC entre la Enfermería de Cuidados Paliativos frente a unidades intensivista, mostrando, por el contrario, niveles similares para esta dimensión. Por su parte, tal y como se planteaba, no se han hallado diferencias significativas para FC/ETS en función de las áreas asistenciales.

Objetivo 2. Analizar la relación de SC y FC/ETS con diferentes variables sociodemográficas y profesionales.

Hipótesis 2: se esperan niveles similares de SC y de FC/ETS entre enfermeros y enfermeras, y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Contempladas las categorías profesionales dentro de Enfermería, no se aprecian diferencias significativas en los niveles de las variables criterio entre enfermeros o enfermeras y TCAE, en la línea de otras investigaciones (Arribas-García et al., 2020; Campos Méndez, 2015). En el presente estudio tanto la SC como la FC/ETS se sitúan en niveles medios para ambos colectivos.

No obstante, es importante señalar que la literatura no muestra apenas datos para discutir en profundidad el planteamiento expuesto, dado que, en general, en los estudios revisados no se diferencian los y las profesionales con título universitario de Enfermería de aquellas personas que ejercen su labor de asistencia como TCAE. Por ello, la hipótesis formulada se asienta sobre la premisa de complementariedad de la labor asistencial de ambos colectivos, ya que el contacto con las personas en estado de vulnerabilidad, aunque desde diferentes posicionamientos, será similar en intensidad, por lo que se espera que genere repercusiones emocionales parecidas entre los y las profesionales, tanto desde la vertiente positiva como negativa.

Algunos estudios apuntaban hacia una mayor SC (Alharbi et al., 2020; Sacco et al., 2015; Shahar et al., 2019) y menor FC/ETS (Sprang et al., 2007) en aquellos profesionales de Enfermería con mayor graduación universitaria, haciendo, principalmente, referencia a formación máster, de especialidad o doctoral. Además, la posesión de un título superior de educación establecía asociaciones inversas significativas con el porcentaje de prevalencia de FC/ETS y *burnout* (Smart et al., 2014; Zhang et al., 2018), y se relacionaba positivamente con elevada SC (Jakimowicz et al., 2018). A priori, todo lo anterior parecería describir más oportunamente a enfermeras y enfermeros que a TCAE. De esta forma, un mayor conocimiento teórico de los procesos de salud-enfermedad, la propia

naturaleza de las tareas realizadas por la Enfermería titulada y una relación jerárquicamente más cercana con los y las profesionales de Medicina, ayudaría a este colectivo en la comprensión de unos objetivos terapéuticos de cuidado no siempre compartidos, lo que se relacionaría, a su vez, con mayor SC.

Para equipar esta aparente situación ventajosa, es importante tener en cuenta que, en el día a día asistencial, son los y las TCAE el colectivo que mayor cantidad de tiempo comparte con las personas enfermas y sus acompañantes, lo que facilitaría el establecimiento de lazos emocionales intensos, pudiendo redundar, así, en un reforzamiento de su compromiso profesional. Además, la cualidad de las tareas de cuidado realizadas, muchas de ellas menos orientadas a curar y más centradas en ofrecer bienestar, permitiría a los y las TCAE entrar en contacto con aspectos muy íntimos de las personas asistidas, lo que podría alentar la vivencia de satisfacción en relación con su rol de cuidado. De esta forma, quedaría favorecida la presencia de niveles similares de SC entre todos y todas las profesionales del equipo de Enfermería, independientemente del rol asistencial desempeñado.

Por su parte, con relación a la presencia de FC/ETS, las mismas hipótesis explicativas planteadas hasta ahora permitirían argumentar niveles similares de FC/ETS en ambos perfiles profesionales. Por un lado, la mayor formación académica de los y las enfermeras, y, por otro, la mayor oportunidad de convivencia y afrontamiento de los y las TCAE, servirían de base para la adquisición de mecanismos de manejo de los estresores emocionales, lo que avalaría niveles análogos de FC/ETS entre las personas que componen los equipos de Enfermería.

Conclusión de la hipótesis 2: se cumple de manera total la hipótesis planteada, de forma que, tanto enfermeros y enfermeras como TCAE, presentan niveles similares de SC y FC/ETS.

Hipótesis 3: se esperan mayores niveles tanto de SC como de FC/ETS en mujeres frente a hombres.

Los resultados de la presente investigación no arrojan diferencias significativas en la percepción de SC o FC/ETS entre el personal de Enfermería en función del sexo de sus profesionales, situándose en ambos casos en niveles moderados para las dimensiones contempladas, con puntuaciones, además, muy similares entre sí.

La literatura en torno a la influencia del sexo sobre la percepción de calidad de vida profesional no muestra consistencia en sus conclusiones. Algunos estudios defienden una mayor SC en las mujeres, tal y como se mostrará a continuación, mientras que otros sitúan a los hombres como más propensos a experimentar emociones positivas en relación a su rol de cuidado (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Mooney et al., 2017). Al mismo tiempo, parece existir cierto consenso a la hora de señalar a las mujeres como protagonistas de procesos de mayor FC/ETS (Mooney et al., 2017; Ortega-Campos et al., 2020; Purvanova & Muros, 2010). Sin embargo, otros estudios informan de ausencia de diferencias en SC y/o FC/ETS basadas en el sexo (Arimon-Pagès et al., 2019; Buceta et al., 2019; Hunsaker et al., 2015).

La hipótesis sometida a estudio refería mayor SC y FC/ETS en mujeres. La primera parte del planteamiento se asentaba sobre diferentes investigaciones, como la llevada a cabo para validar la versión portuguesa del ProQOL 5 (Duarte, 2017), la realizada con una muestra de 318 enfermeras pediátricas (Roney & Acri, 2018), la desarrollada con 221 enfermeras intensivistas estadounidenses (Sacco et al., 2015), o la investigación llevada a cabo con 1521 profesionales de Enfermería en España (Ruiz-Fernández et al., 2020). En todas ellas, la experiencia de cuidado resultó significativamente más satisfactoria para las mujeres.

Sin embargo, en la presente investigación no se aprecian dichas diferencias. Una posible explicación puede estar en el porcentaje de hombres que participaron en la presente investigación, por debajo del 10% de la muestra total. Aunque prácticamente la mayoría de los estudios anteriores subrayaron

problemas de representatividad de la muestra masculina, en todos los casos el porcentaje de hombres fue superior al recogido en este estudio. Además, dada la voluntariedad de la participación, los profesionales varones que se sumaron al estudio pudieron ser aquellos con mayor nivel de motivación, volcando en las respuestas un deseo de subrayar dicha satisfacción.

Ahondando más en las divergencias, es interesante señalar que la muestra de referencia del estudio de Roney y Acri (2018) estaba compuesta básicamente por mujeres (96.2%) trabajando en unidades pediátricas (muchas de ellas generalistas), afiliadas a una Sociedad de Enfermería Pediátrica. Es remarcable, además, que un porcentaje superior a tres cuartas partes de las profesionales que completaron el citado estudio había cursado carreras diferentes a Enfermería antes de ejercer como enfermeras pediátricas. Además, a pesar de no estar muy claro si se trata de un instinto o de un constructo social, no se puede obviar que las mujeres suelen establecer, en un lapso menor de tiempo que los hombres, conductas de mayor protección y acercamiento hacia los y las infantes. Consecuentemente, precisamente por tratarse de población pediátrica en atención hospitalaria y/o ambulatoria, podría vislumbrarse un efecto de desequilibrio en los resultados, inclinándose hacia una mayor satisfacción en ellas frente a ellos. Por lo tanto, la confluencia de tres hechos: haber redirigido su profesión, junto al hecho de estar afiliadas a una sociedad profesional, y el perfil de paciente (infantes en estado de vulnerabilidad), pondría de manifiesto una elevada vocación, lo que podría redundar en una visión más positiva de su labor asistencial por parte de las mujeres. Lo mismo ocurriría en el estudio de Sacco et al. (2015): a pesar de centrarse en unidades y servicios intensivistas, casi la mitad de las personas evaluadas (mujeres casi en su totalidad) desarrollaban sus labores en entornos pediátricos y neonatales. En el presente estudio, por el contrario, la gran mayoría de las personas atendidas son adultas, por lo que quedaría matizado el llamado “instinto maternal”, ayudando a igualar las percepciones sobre SC entre hombres y mujeres halladas en la presente investigación.

En la segunda parte de la hipótesis, se planteaba mayor FC/ETS en mujeres que en hombres. Sin embargo, de nuevo, los resultados no corroboran el

planteamiento, a pesar de que parte de la literatura parecía apuntar en la dirección propuesta. Tal era la conclusión derivada de la revisión sistemática realizada por Ortega-Campos et al. (2020) con población enfermera de unidades oncológicas, o del meta-análisis llevado a cabo por Purvanova y Muros (2010), en el que describían mayores niveles de agotamiento emocional en las mujeres. De manera similar, algunos estudios referían mayor vulnerabilidad de las mujeres al distrés emocional derivado del cuidado en situaciones complicadas (Mooney et al., 2017), así como mayor tendencia a mostrar preocupación empática por las personas a las que atienden (Gleichgerrcht & Decety, 2013), lo que podría facilitar el contagio emocional, y así, la presencia de mayor FC/ETS. En este último estudio, además, las mujeres referían sentirse menos valoradas por pacientes, familiares y colegas. Probablemente esta percepción tenga sentido contemplado el grupo poblacional en dicho estudio, a saber, profesionales de Medicina. Un ámbito que, hasta hace pocos años, estaba muy masculinizado, en el que las mujeres han tenido que demostrar, para hacerse un hueco, una competencia que era, y aún sigue siendo en ocasiones, asumida y no cuestionada para los facultativos varones. El hecho de que la muestra de la presente investigación esté compuesta en su totalidad por profesionales de Enfermería, probablemente suavice esta competitividad retratada y condicione positivamente la vivencia de valía profesional, no alimentando artificialmente la percepción de FC/ETS.

Por su parte, al igual que pasara con la SC, Sprang et al. (2007) alertaban de que la mayor presencia de FC/ETS en mujeres podía tener que ver con la sobrerrepresentación de un sexo sobre el otro, lo que podría estar sesgando las conclusiones alcanzadas, dado el escaso número de representantes masculinos recogido sistemáticamente en las investigaciones. Otra de las posibles explicaciones que permitirían entender el reporte de mayor FC/ETS en las mujeres, tiene que ver con los “permisos culturales”. Así, no sólo se ha penalizado en menor medida a las mujeres al exhibir abiertamente emociones de tinte negativo, sino que, incluso, han sido animadas a hacerlo, mientras que a los hombres se les habría alentado a inhibir la expresión de las mismas, lo que

contribuiría a invisibilizar la vivencia negativa de su rol asistencial, al no ser reconocida ni compartida socialmente.

Finalmente, tal y como se anticipaba al comienzo de la discusión de la hipótesis en revisión, la no influencia del sexo en la percepción de la Calidad de Vida Profesional ya se había propuesto a partir del banco de datos del propio instrumento (disponible en www.proqol.org). De hecho, las puntuaciones medias obtenidas en el presente estudio por ambos grupos, mujeres y hombres, son muy similares a las reflejadas en el manual original, respaldando así la consistencia de la medida en función del sexo. Igualmente, otros estudios han replicado esta ausencia de diferencias significativas (Arimon-Pagès et al., 2019; Buceta et al., 2019; Hunsaker et al., 2015), sobre todo cuando esta variable es controlada por otras, como la edad y el tiempo de trabajo.

Para cerrar la discusión de la hipótesis 3 y poder entender la percepción similar de SC y FC/ETS en hombres y mujeres, es interesante hacerse eco del avance de la sociedad desde la dimensión ideológica. A pesar de la gran presencia y, casi, hegemonía femenina entre el colectivo de Enfermería, se puede evidenciar un interesante avance social que inunda, de manera paralela, la expectativa generada sobre las personas en función de su sexo. En este sentido, aunque la brecha de género sigue presente, en pocos años, la mujer occidental ha ido adquiriendo un rol más autónomo e independiente, lo que le ofrece, de manera paralela, la oportunidad de experimentar y gestionar sus propias emociones, así como de tomar sus propias decisiones, sin estar supeditadas a la aprobación social. Si se tiene en cuenta que la satisfacción profesional está muy relacionada con la satisfacción personal, más en el ámbito de la asistencia, se erigirían como baluartes de realización personal el hecho de poder elegir profesión, el sentir que se hace algo con sentido, que se aporta desde las capacidades propias y que se obtiene reconocimiento por parte de los demás, no solo agradecimiento. De manera simultánea al avance de la autonomía de las mujeres, aunque más tímidamente, los hombres van poco a poco desligándose del estereotipo social que define el “cuidado de las personas como labor de mujeres”. Este paso les permitiría ir adoptando una visión más personal y propia, autorizándoles para sentirse

satisfechos por poder ayudar, y no menospreciados por hacerlo. Así, podría repetirse, casi de manera literal, lo descrito con relación a las mujeres: poder elegir profesión, sentir que se hace algo con sentido, que se aporta desde las capacidades propias, que se obtiene reconocimiento por parte de los demás, y no solo agradecimiento, se convierten en razones de peso para que la vivencia de SC y FC/ETS no se vea condicionada por el sexo.

Conclusión de la hipótesis 3: se rechaza de manera total la hipótesis planteada, no existiendo diferencias significativas en los niveles de SC y FC/ETS entre hombres y mujeres.

Hipótesis 4: los y las profesionales de mayor edad presentarán mayores niveles de SC y de FC/ETS.

Los resultados del presente estudio no arrojan diferencias significativas en la percepción de SC en función de la edad, pero sí las avalan con relación a la percepción de FC/ETS, confirmándose niveles más elevados en los y las profesiones de Enfermería de más de 45 años.

La literatura en torno a la SC no se muestra concluyente. Algunos estudios apuntan en la dirección de la hipótesis planteada, registrando un aumento en la SC de los y las profesionales a medida que aumenta su edad (Berger et al., 2015; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Hunsaker et al., 2015; Kim & Choi, 2012; Sprang et al., 2007); otros, añaden, de manera más precisa, que superar la edad de 40 años (Kim et al., 2014) o de 50 años (Sacco et al., 2015) se convertiría en importante predictor de SC, principalmente si va asociada a una experiencia profesional dilatada (Hinderer et al., 2014). En la misma dirección apuntan los resultados de la investigación de Kelly et al. (2015), quienes hallaron que aquellas personas cuya edad se situaba por encima de 50 años presentaban mayor SC. No obstante, de manera contraria, algunos estudios retratan relaciones inversas entre la edad y la percepción de SC asociada a la labor de cuidado. Tal es el caso de las investigaciones de Ruiz-Fernández et al. (2020) y de Merlo et al. (2020).

Los hallazgos del presente estudio, sin embargo, no secundan ninguna de las dos posiciones retratadas, reflejando puntuaciones sin diferencias significativas en función del rango de edad para la dimensión de SC. Comparando dichos hallazgos con aquellos estudios que hallaron una relación inversa entre la edad y la SC, es interesante apuntar que, tanto en el estudio de Ruiz-Fernández et al. (2020) como en el de Merlo et al. (2020), la muestra utilizada era muy heterogénea, en contraposición a la mayor homogeneidad de la presente investigación. Así, en el primero de los casos (Ruiz-Fernández et al., 2020), la muestra estaba compuesta por profesionales de muy diversos dispositivos asistenciales, lo que implica que la naturaleza de los cuidados prodigados carecería de la especificidad asumida en la presente investigación (centrada en tres servicios muy concretos), lo que puede estar condicionando la percepción de calidad de vida profesional. Con relación a la segunda (Merlo et al., 2020), pasaría algo similar, esta vez en cuanto a la cualificación de la muestra, que incluía cuidadores tanto profesionales como informales, lo que diferiría sustancialmente del planteamiento de esta investigación (únicamente profesionales de Enfermería).

Por su parte, entender la diferencia con relación a los estudios que defendían mayor SC en profesionales de mayor edad, parece, a priori, más complicado. Descartados los argumentos en relación con la naturaleza de la muestra, los dispositivos de referencia, y la cualidad de los servicios asistenciales seleccionados, una de las posibles explicaciones puede edificarse sobre la distribución de los rangos de edad. No existe consistencia en la literatura a la hora de establecer criterios sobre cómo considerar la edad. Mientras algunos estudios optan por contemplarla como una variable continua (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b; Hinderer et al., 2014; Hunsaker et al., 2015; Ruiz-Fernández et al., 2020; Sprang et al., 2007), otros optan por categorizarla, pero sin coincidir en los cortes, generándose, así, diferentes rangos en cada caso (Berger et al., 2015; Kelly et al., 2015; Kim & Choi, 2012; Kim et al., 2014; Sacco et al., 2015; Yu et al., 2016). Esta falta de consenso puede condicionar notablemente la lectura de los resultados, lo que podría explicar, en muchos casos, las diferencias existentes en cuanto a SC.

La segunda parte de la hipótesis se refería a la percepción de FC/ETS. Los grupos de mayor edad arrojaron niveles superiores en esta dimensión, en concordancia con otros estudios (Merlo et al., 2020; Turgoose & Maddox, 2017; Wu et al., 2016). En sintonía, Sacco et al. (2015) señalaron que las personas entre 40-49 años presentaban los mayores niveles de FC/ETS en comparación con el resto de grupos, aunque en su investigación, señalaron también al grupo de menores de 30 años como más vulnerables.

Por su parte, existe otra línea de pensamiento que defiende un descenso de la FC/ETS a medida que aumenta la edad, argumentando una mejor capacidad para gestionar los impactos negativos de las situaciones de cuidado (Demirci et al., 2010; Hunsaker et al., 2015; Mooney et al., 2017; Shahar et al., 2019). No obstante, esta explicación parece tener más que ver con el tiempo de trabajo que con la edad, asumiendo, desde una postura lógica, que las personas con más edad acumularán mayor experiencia profesional, por lo que su nivel de entrenamiento a la hora de afrontar situaciones complicadas será, también, mayor.

Sin embargo, independientemente del tiempo que una persona lleve en activo en el ámbito asistencial, la edad en sí misma es un factor que expone a diversas experiencias personales.

De esta manera, cuantos más años tiene una persona, no solo va adquiriendo, por norma general, más responsabilidades y compromisos, sino que mayor es la conciencia sobre las posibles consecuencias de su propia conducta. Al mismo tiempo, el aplomo para defender los criterios personales frente a aquellos considerados, quizás, menos apropiados o menos justos, también puede ser mayor, dejando más expuesta a la persona al alejarse de posturas conformistas. Crece el *insight* y los procesos de autoevaluación se hacen más frecuentes, con revisión de aspectos como el balance de vida personal y profesional, o la eficacia en el desempeño de roles con relación a la familia y al resto de la sociedad. En la esfera profesional, estos roles están, indiscutiblemente, ligados al cuidado, lo que requiere de una importante vocación. Y a nivel familiar, los roles probablemente también estén ligados a ayudar, dado que el 43% de la muestra recogida presenta una edad superior a 45 años, lo que hace presuponer la existencia de

descendientes, pero también de progenitores de mayor edad que requerirán atención extraordinaria. De esta forma, la existencia de preocupaciones en la esfera personal, tiende a secuestrar la atención de las personas, disminuyendo, así, su capacidad para relativizar o posponer las preocupaciones derivadas del rol profesional. En otras palabras, desciende la tolerancia a la frustración, pudiendo magnificar aspectos menos confortables de la experiencia de cuidado.

De esta manera, la conjugación de experiencia de vida y de vivencias acumuladas en el ámbito profesional de unidades de alto impacto emocional, de no ser bien afrontada y compensada mediante estrategias de autocuidado y otros recursos de soporte social, podría conducir a estados de agotamiento emocional y a FC/ETS (Coetzee & Klopper, 2010; Radey & Figley, 2007).

Conclusión de la hipótesis 4: se acepta parcialmente la hipótesis planteada, confirmándose que los y las profesionales mayores de 45 años presentan mayor nivel de FC/ETS, pero rechazándose la diferencia en cuanto a percepción de SC.

Hipótesis 5: los y las profesionales con más tiempo de trabajo en el ámbito asistencial presentarán mayor FC/ETS.

Los resultados obtenidos en la presente investigación retratan niveles similares de FC/ETS en el colectivo de Enfermería de las áreas asistenciales de Intensivos, Oncologías y Cuidados Paliativos, con independencia de la experiencia asistencial.

Según el marco teórico tomado como referencia, la posible instauración de FC/ETS dependería de dos factores principales: por un lado, de la cantidad de exposición al trauma que se experimente desde lo profesional; por otro, de la capacidad para empatizar que tenga la persona (Figley, 1995b). La literatura resalta, igualmente, su carácter de proceso acumulativo y progresivo (Coetzee & Klopper, 2010; Sabery et al., 2017), alimentado, entre otras fuentes, por el desconocimiento de su naturaleza y sintomatología (Perry et al., 2011; Peters, 2018).

El planteamiento anterior respaldaría los hallazgos de algunas investigaciones (Kelly et al., 2015; Potter et al., 2010; Turgoose & Maddox, 2017; Yu et al., 2016). Sin embargo, partiendo de la misma perspectiva, aunque numerosos, no parecen muy coherentes aquellos resultados que retratan una relación inversa entre experiencia profesional y nivel de FC/ETS (Espinoza-Venegas et al., 2016; Flinton et al., 2018; Gillespie et al., 2009; Kolthoff & Hickman, 2017; Mooney et al., 2017; Reiser & Gonzalez, 2020; Sinclair et al., 2017; Wu et al., 2016; Yoder, 2010). El argumento esgrimido por este último conjunto de autores defiende que una mayor experiencia en el ámbito asistencial permitiría a los y las profesionales adquirir recursos para manejar de manera más oportuna la presencia de estresores, disminuyendo así la prevalencia de FC/ETS. No obstante, en la muestra en estudio, y dada la disparidad de resultados, parece que dicha experiencia, por sí sola, no aseguraría el empoderamiento del colectivo de Enfermería. Para ello, será necesaria no solo la posibilidad de disponer de recursos personales y organizacionales suficientes, sino también la capacidad y la oportunidad para poder hacer uso efectivo de ellos. Sería interesante, por lo tanto, conocer, de manera más exhaustiva, la cultura organizacional de los dispositivos de los que se extrajo la muestra de los diferentes estudios consultados para poder extraer conclusiones con mayor certeza.

Con relación a los estudios que apoyaban mayor FC/ETS en personas con mayor experiencia profesional, es interesante señalar algunas divergencias que pueden estar respaldando los diferentes hallazgos obtenidos. Por un lado, en algunos estudios, la muestra está extraída del ámbito de Salud Mental (Turgoose & Maddox, 2017), contexto que se aleja de manera notable del ámbito de aplicación de la presente investigación. En otros casos, la diferencia radica en el rango de años establecido para valorar la experiencia profesional. Así, en el estudio de Kelly et al. (2015) la variable experiencia se considera de manera continua, mientras que en el estudio de Yu et al. (2016) se diferencia el tiempo trabajado en el ámbito asistencial, del relacionado explícitamente con el trabajado en la especialidad, estableciendo, además, períodos diferentes. Así propuesto, únicamente se hallaron diferencias para la experiencia en el ámbito de la

especialidad, Oncología, y en personas con más de 10 años de experiencia. En el presente estudio, sin embargo, se ha contemplado de manera exclusiva la experiencia global en el ámbito asistencial, siendo 5 años el punto de corte establecido, inferior al de muchas investigaciones, lo que puede estar generando variabilidad en las respuestas obtenidas y en la interpretación de las mismas.

Finalmente, los niveles similares de FC/ETS hallados en el colectivo de Enfermería, independientemente de la experiencia en el ámbito asistencial, están presentes también en otros estudios (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017b; Gleichgerrcht & Decety, 2013) y retratados en la base de datos del instrumento utilizado para la valoración de la calidad de vida profesional (Stamm, 2010). Por su parte, Shahar et al. (2019) proponen una explicación con argumentos diferenciados para defender los niveles similares de FC/ETS entre los y las profesionales con menor y mayor experiencia. Así, mientras que el colectivo con menor experiencia “no ha tenido tiempo de desarrollar habilidades profesionales de resiliencia, el más experimentado sería más vulnerables a FC debido a factores como la falta de formación y un manejo inapropiado de la fuerza de trabajo por parte de las organizaciones” (p. 295).

Conclusión de la hipótesis 5: se rechaza la hipótesis planteada, no hallándose diferencias en FC/ETS en función de la experiencia profesional en el ámbito asistencial.

Hipótesis 6: los y las profesionales con formación previa en torno a la muerte y/o el duelo presentarán mayor SC.

En concordancia con el casi unánime respaldo que ofrece la literatura a la influencia positiva de la formación sobre la percepción de calidad de vida profesional (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Frey et al., 2018; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Kirkpatrick et al., 2017; Roney & Acri, 2018; Smart et al., 2014; Yu et al., 2016), en la presente investigación los y las profesionales más formadas en temáticas relacionadas con la muerte y/o el duelo evidenciaron mayor SC.

No obstante, no todos los estudios se centran en su influencia sobre la SC. Así, investigaciones como la llevada a cabo por Arimon-Pagès et al. (2019) con una muestra de Enfermería oncológica, revelaron que la formación en estrategias de manejo emocional no protegía a los y las profesionales de experimentar FC/ETS. Este hallazgo secundaba los resultados de Sansó (2014) en una muestra de Cuidados Paliativos, quien apuntó como posible limitación, una inadecuada precisión a la hora de medir la variable formación. De hecho, una de las diferencias importantes es, precisamente, la concreción de la pregunta formulada, de manera que, en la presente investigación, se resaltó específicamente la formación en torno a la muerte y/o el duelo, y no solo la formación más genérica en cuanto a manejo de emociones. El hecho de centrar el contexto en uno tan concreto como el dibujado, podría estar en la base de las divergencias en los resultados de estudios previos.

Por otra parte, los estudios anteriores se asientan sobre el planteamiento de autores que establecían una relación entre la formación en estrategias de manejo emocional y la dimensión negativa de la calidad de vida profesional (Aycock & Boyle, 2015; Sprang et al., 2007). No obstante, quizás el propio planteamiento esté errado, o resulte incompleto, siendo más correcto hablar de que la formación en dichos recursos incidiría positivamente sobre la SC, más que proteger frente a FC/ETS. En este sentido, tal y como se desprende de los hallazgos de Merlo et al. (2020), una mayor formación en recursos emocionales propiciaría un mejor conocimiento de las propias emociones sentidas y una mayor confianza en la posibilidad de manejarlas. El mero hecho de sentir la necesidad de ocultar el dolor, o de mostrar emociones positivas que, en realidad, no se sienten, podría generar una presión extraordinaria en el colectivo enfermero, disminuyendo, así, la posibilidad de disfrutar de la oportunidad de acompañar.

No obstante, presenciar el sufrimiento y la angustia que muchas personas experimentan ante la situación crítica de alguien querido es una experiencia que difícilmente se puede olvidar. Y es la realidad con la que el colectivo de Enfermería convive a diario, en una cultura donde vivir es más urgente que morir. Sin embargo, dada la naturaleza del medio profesional en el que desempeñan su

labor asistencial, la muerte en sí misma puede llegar a considerarse como algo natural, incluso entenderse como el final del sufrimiento. No así el proceso de morir, lo que podría despertar posturas defensivas como medida de protección de “eso” para lo que no se sienten preparados ni preparadas (Espinoza-Venegas et al., 2016; Marchán Espinosa, 2016). Tal es la movilización emocional, que se puede afirmar que “la muerte trasciende los límites de las funciones profesionales para convertirse en una obligación humana” (Betancur, 2015, p. 303).

Por ello, la formación en temáticas relacionadas con el proceso de morir puede ser considerada como uno de los recursos que permitirían transformar la energía derivada del estrés asociado al cuidado compasivo, en energía dirigida a experimentar satisfacción por el acompañamiento (Radney & Figley, 2007). Este viraje permitiría a los y las profesionales valorar la trascendencia de poder estar (no solo curar), favoreciendo tanto la percepción de deber cumplido (Simon et al., 2005), como el desarrollo de afecto positivo hacia sí mismas, redundando en un fortalecimiento de su SC (Zhang et al., 2018).

A pesar de ello, en general, el porcentaje de personas formadas en temáticas de acompañamiento en el entorno de la muerte suele ser muy inferior al porcentaje de aquellas que no han recibido formación (Arimon-Pagès et al., 2019; Aycock & Boyle, 2015), por lo que resulta altamente recomendable revisar las políticas formativas de los y las profesionales asistenciales.

Conclusión de la hipótesis 6: se cumple la hipótesis planteada, estableciéndose diferencias en los niveles de SC en función de la formación en temáticas relacionadas con la muerte y/o el duelo, de tal manera que las personas con formación presentan mayor SC.

Objetivo 3. Explorar la relación entre la SC y la FC/ETS y distintas variables adaptativas de los y las profesionales de Enfermería.

Hipótesis 7: las personas con mayores niveles de resiliencia presentarán mayores niveles de SC.

Los resultados del estudio sitúan al 45.8% de la muestra en niveles altos de resiliencia, reflejando su alta capacidad de afrontamiento y restitución. Han quedado demostradas, además, diferencias significativas en los niveles de SC en función de la resiliencia, de manera que al aumentar ésta aumenta la SC. Igualmente, las diferencias arrojan significación estadística para la FC/ETS, reflejando que un aumento de la resiliencia provoca una disminución de la FC/ETS, en coherencia con la literatura existente (Foster et al., 2019; Gao et al., 2017; Hegney et al., 2014; Hudgins, 2016; Rees et al., 2015). De hecho, algunos estudios plantean que más de la mitad de la variabilidad de la SC quedaría explicada por la resiliencia (Alharbi et al., 2020).

La hipótesis, confirmada en su totalidad, planteaba mayor SC en aquellas personas con mayor resiliencia. Tal y como se deriva del planteamiento de Cooper et al. (2020), los y las profesionales más resilientes desarrollarán mayor confianza en sus capacidades y posibilidades, lo que aumentará la probabilidad de que pongan en marcha estrategias de afrontamiento activo en situaciones de discomfort emocional. Si a esta confianza se le añaden un despliegue importante de expectativas positivas sobre la resolución de la situación, así como la capacidad de relativizar la lectura sobre las adversidades, la posibilidad de ser eficientes y eficaces aumentará de manera notable, retroalimentando, a su vez, la confianza en la propia capacidad. Por ello, la conceptualización de resiliencia como rasgo parece irrefutable, puesto que el afianzamiento de la autoconfianza requiere, además de capacidad de *insight*, cierto positivismo u optimismo. O lo que es lo mismo, aquellas personas capaces de extraer versiones amables incluso en situaciones altamente complicadas (el *ratio positivo*, en palabras de Fredrickson & Losada, 2005), tendrán mayores opciones de desarrollar SC.

Por otro lado, la resiliencia está relacionada con la capacidad de encontrar un equilibrio entre las demandas derivadas de los distintos roles asumidos por las personas. Para alcanzar dicho equilibrio, es importante ser capaz de realizar valoraciones realistas y ponderadas no sólo sobre posibilidades y dificultades de la propia persona, sino también sobre oportunidades y trabas del contexto en el que se desarrolla la relación. Este reparto de responsabilidades permitirá a los y las profesionales comprometerse de manera más saludable con su rol asistencial, huyendo de proyecciones fantaseadas sobre su papel en la posible salvación de pacientes y familiares. No obstante, dada la naturaleza incuestionablemente vocacional de gran parte del colectivo enfermero, serán la experiencia y la formación las que permitan reajustar la visión idealizada de la relación terapéutica, en sintonía con los resultados de la investigación de Ang et al. (2018), Peters (2018), Alharbi et al. (2020) o Frey et al. (2018). Este hecho convertiría la resiliencia también en un proceso dinámico, superando la visión de conjunto de rasgos relativamente estables, al resaltar la posibilidad de aprendizaje y la adecuación de comportamientos en función de las características situacionales. Un proceso, además, circular, puesto que una mayor SC potenciará, asimismo, un mayor compromiso vocacional (Buceta et al., 2019; Sacco & Copel, 2018).

De manera paralela a los resultados reportados sobre resiliencia y SC, es interesante subrayar la existencia de diferencias significativas en relación a FC/ETS, de manera que puntuaciones elevadas en la dimensión de resiliencia se corresponden, en la presente investigación, con niveles menores de FC/ETS, también reportado en otros estudios (Berger et al., 2015; Hegney et al., 2015). Derivado de lo apuntado por Cooper et al. (2020), la mayor capacidad de *insight* de los y las profesionales más resilientes les permitiría identificar, de manera prematura, emociones negativas derivadas del cuidado compasivo de las personas en estado de vulnerabilidad. Este pronto reconocimiento posibilitaría poner en marcha estrategias compensatorias, consiguiendo así frenar el avance del disconfort hacia estados de mayor impregnación emocional, de manera coherente con el modelo propuesto por Radey y Figley (2007).

No obstante, para poder reconocer es importante conocer, de manera previa, cuáles son las posibles consecuencias y manifestaciones del estrés compasivo y de la FC/ETS. Este aprendizaje, y la inmersión continuada en escenarios de alto impacto emocional, ofrecerían al colectivo enfermero la posibilidad de desarrollar, por un lado, una atención más plena sobre su estado emocional y, por otro, adquirir e implementar, en su caso, recursos que les permitieran reorientar su actuación, de forma que pudieran no solo frenar la aparición de FC/ETS, sino avanzar hacia la SC, creciendo, así, ante situaciones emocionalmente complicadas (Zanatta et al., 2020).

Todo lo anterior permite confirmar la gran influencia de la variable resiliencia en la percepción de la Calidad de Vida Profesional.

Conclusión de la hipótesis 7: se confirma la hipótesis planteada, de manera que los y las profesionales más resilientes muestran mayor SC.

Hipótesis 8: los y las profesionales que obtengan puntuaciones más altas en las dimensiones de comprensión emocional, adopción de perspectivas y/o alegría empática dentro de la medida de empatía se perfilarán con mayor SC, mientras que aquellas que puntúen más alto en estrés empático presentarán mayor FC/ETS.

Los resultados de la presente investigación reflejan niveles más elevados de SC en aquellos y aquellas profesionales capaces de adoptar la perspectiva de los demás, comprender empáticamente las emociones y vivencias de las personas atendidas y compartir de manera intensa las emociones positivas de los y las pacientes y sus familias. De hecho, son estas dimensiones de la empatía las que aglutinan a un porcentaje mayor de profesionales en sus rangos alto y muy alto, sobresaliendo la alegría empática, con un 62.3% del total de participantes. Por su parte, niveles elevados de estrés empático han resultado ser significativos de niveles más altos de FC/ETS. En la presente investigación, el 30.7% de los y las profesionales puntúan en los rangos más elevados de esta dimensión.

No se puede cuestionar el papel protagonista de la empatía en el ámbito asistencial, un ámbito en el que la relación con personas que sufren es continua.

Una empatía que se activa ante la percepción de dolor emocional en las personas atendidas, necesaria para conectar, escuchar, entender y acompañar. Pero también una empatía que, de no ser bien manejada, puede conllevar un notable riesgo de identificación y sobreimplicación de los y las profesionales de Enfermería. Por ello, en la hipótesis planteada se habla de la posible relación de cada dimensión de la empatía con SC y FC/ETS, en vez de plantear el constructo como una totalidad.

De esta manera, los aspectos considerados más cognitivos, a saber, la adopción de perspectivas (AP) y la comprensión emocional (CE), permitirán procesar conscientemente la reacción emocional más inmediata. La primera dimensión, AP, se edifica sobre la importancia del desarrollo de conciencia de diferenciación entre la propia persona y los demás. Por su parte, la CE, muy relacionada con la flexibilidad cognitiva, favorecerá el poder entender perspectivas diferentes a las esperadas. La combinación de estas dos dimensiones permitirá a los y las profesionales poner el foco de atención sobre la persona atendida y no sobre sí mismas de manera exclusiva, permitiendo, consecuentemente, el establecimiento de una distancia terapéutica óptima. De esta forma, tal y como apunta la hipótesis propuesta, esta mayor distancia facilitará que los y las profesionales de Enfermería doten de significado al ejercicio compasivo de cuidado, reforzando, así, la instauración de procesos de SC, en consonancia con las disertaciones de Decety y Jackson (2004) y Gerdes y Segal (2009), y con los resultados de investigaciones realizadas con profesionales asistenciales en China (Hui et al., 2018; Yu et al., 2016), Portugal (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017a) o Canadá (Laverdière et al., 2019).

Por otra parte, es esperable que las personas con capacidad para ver desde la perspectiva de los demás sean capaces de observarse a sí mismas desde fuera, lo que posibilitará una mejor conexión consigo mismas, aumentando así los niveles de autoconciencia. De hecho, la falta de esta última dificultaría la puesta en marcha de mecanismos de autorregulación, propiciando un mayor malestar personal y profesional (Tei et al., 2014). De esta manera, se puede apreciar la notable confluencia entre la resiliencia y la flexibilidad psicológica asociada a los

parámetros más cognitivos de la empatía, algo que ya se apreciaba en la significativa correlación positiva establecida entre las variables. Dando continuidad a la explicación anterior, y de manera coherente con otros autores (Gallagher & Frith, 2003; Hogan, 1969; López-Pérez et al., 2008), ser capaz de percibir las situaciones desde el punto de vista de la persona atendida, captar sus emociones y entender sus vivencias permitirán al colectivo enfermero anticipar posibles comportamientos asociados a la dimensión experiencial. Esta anticipación, a su vez, favorecerá la elección de estrategias de acercamiento, redundando en una percepción de mayor control y reforzando, de nuevo, la resiliencia. Por todo ello, se puede concluir que las dimensiones AP y CE juegan un importante papel como facilitadoras de SC, con independencia del contexto cultural o la especialidad profesional donde se valore, y del instrumento que se utilice para su medición.

En la hipótesis se planteaba también que la alegría empática (AE), componente de carácter más emocional que los dos anteriores, establecería una relación positiva con la SC. Así lo avalan los resultados obtenidos, de manera que niveles altos en esta dimensión se asocian a niveles más elevados de SC. Este hallazgo parece obvio si se toma en consideración la cualidad de la emoción de contagio, la alegría, que es vivida de manera positiva y con fuerza suficiente como para compensar momentos de mayor compromiso emocional. Pero cobra mucho más sentido aún si, además, se tiene en cuenta la naturaleza del tipo de cuidados prestados por los y las profesionales del estudio. Y esto es así porque la alegría en las unidades de elección probablemente esté asociada al hecho de ganar la batalla a estados clínicos muy complicados, como los presentados por las personas atendidas en Intensivos y Oncologías. Esta reflexión guarda gran coherencia, además, con la menor SC hallada en las unidades de Cuidados Paliativos, donde resulta más excepcional experimentar este cambio de rumbo en la evolución y pronóstico del estado clínico de los y las pacientes.

Igual que ocurre con la alegría, emociones más negativas como el sufrimiento, el dolor, la angustia o la incertidumbre, sentidas por pacientes y/o familiares, llegan a veces con tanta fuerza al colectivo enfermero que se produce

un verdadero contagio emocional. Si no se cuenta con recursos suficientes para lidiar con este contagio, puede intensificarse hasta provocar procesos de impregnación emocional, que son vividos de manera menos placentera que la alegría. De hecho, si la exposición a estas emociones es reiterada, esta impregnación puede despertar procesos que conducirán a la FC/ETS. En esa dirección apuntan los resultados obtenidos, dado que niveles altos de estrés empático (EE) se asociaron significativamente con niveles más elevados de FC/ETS, avalando la hipótesis planteada. Estos resultados son, además, coherentes con los reflejados por otras investigaciones (Hunt et al., 2019; Retuerto, 2004; Tei et al., 2014). De manera complementaria, Moreno Jiménez et al. (2008) añadieron que altas cargas de trabajo, junto a la necesidad de invertir mucho tiempo en los procedimientos asistenciales, incrementarían la probabilidad de desarrollo de FC/ETS en aquellas personas con alta disposición empática. Este apunte permitiría entender más claramente los niveles de FC/ETS hallados en la muestra de estudio, enfermeros, enfermeras y TCAE que desarrollan su labor profesional en un ámbito de gran presión asistencial. Además, es importante tener en cuenta los hallazgos, puesto que las personas que experimentan alto EE podrían decidir alejarse del foco de emoción, es decir, de la persona enferma y de su entorno, como elemento de autoprotección. De hecho, cuando el EE es alto, también lo es el distrés de la persona, lo que puede provocar notables niveles de malestar. Dicho malestar dificultará, también, la conexión con los demás, empobreciendo, así, la relación terapéutica esperada. Por ello, alejarse del origen del distrés redundará en beneficio para los y las profesionales, aunque nada aportará a la relación terapéutica. No obstante, cuando no existe la posibilidad de huir de la situación de cuidado, los y las profesionales tendrán dos opciones para intentar lidiar con la disonancia emocional: bien sucumbir al distrés y tener que abandonar temporalmente el rol asistencial para restituir su energía, bien limitar el número de contactos o la emoción vertida en dichos contactos para evitar seguir contagiándose. Es decir, iniciar estrategias de evitación y huida. En cualquiera de los dos casos, la calidad asistencial quedaría, irremediablemente, resentida.

Conclusión de la hipótesis 8: se confirma de manera total la hipótesis planteada. Por un lado, puntuaciones más elevadas en AP, CE, o AE, se asocian a mayor SC. Por otro lado, puntuaciones más elevadas en EE se asocian a mayor FC/ETS.

Hipótesis 9: los y las profesionales que acepten la muerte de manera neutral presentarán mayores niveles de SC, mientras que las personas que presenten actitudes diferentes a la aceptación neutral presentarán mayor de FC/ETS.

La aceptación neutral de la muerte (AN) ha resultado la actitud más prevalente en la presente investigación, aglutinando algo más del 86% de la muestra en sus rangos medio y alto. Le siguen en presencia las actitudes de evitación de la muerte y el miedo, reflejando la variabilidad de posturas que esta realidad suscita entre el personal de Enfermería de las unidades y servicios en estudio. Estos hallazgos resultan, en esencia, similares a los reportados por Marchán Espinosa (2016) en una muestra de Enfermería de servicios de Oncologías y Paliativos, y a los de Ascencio et al. (2014). En este último estudio, realizado con una muestra multiprofesional de Cuidados Paliativos, sus autoras señalaron que la mayoría de profesionales, a pesar de defender la muerte como algo de lo que no se debe huir, describieron “haber vivido la muerte de sus pacientes como un fracaso profesional, dado que el más alto sentido de su trabajo es “salvar” (...), no deseando, además, asistir al paciente en el episodio final de su vida” (p. 110). La presencia de este tipo de actitudes menos facilitadoras pondría de manifiesto la disonancia existente entre la dimensión más racional y la más emocional, subrayando las dificultades que entraña para el colectivo enfermero acercarse desde la tranquilidad a escenarios donde el dolor, la despedida y el duelo están presentes.

No obstante, la alta prevalencia de aceptación neutral de la muerte, junto a la evitación, puede hacer pensar que dichas dificultades no estén tanto en el hecho de aceptar o no la muerte como parte natural e inherente del proceso vital, sino, quizás, en el hecho de hablar sobre ello, de exponer los propios pensamientos

y emociones, en la línea de lo apuntado por García-Avendaño et al. (2018). No hablar no implicaría, por tanto, no aceptar, sino no exponerse abiertamente, dado que existe aún la creencia que postula que cuanto menos “ruido” hagan los pensamientos, más fácil es obviarlos y menos interferencia generarán. Nada más lejos de la realidad.

La hipótesis en estudio planteaba que aquellos y aquellas profesionales que aceptaran la muerte como parte de la vida presentarían mayor SC. Los resultados así lo corroboran, mostrando cómo a medida que aumenta la AN, aumenta también la SC, en sintonía con otras investigaciones (Grau et al., 2008; Mok et al., 2002; Sansó, 2014; Sansó et al., 2015). Esta aceptación parece ser más frecuente en aquellas personas con mayor exposición a la muerte, dado que, según los datos arrojados por algunas investigaciones, la experiencia facilitaría la adquisición de recursos de afrontamiento y reforzaría la competencia de cuidado (Ascencio et al., 2014; Lange et al., 2008; Strang et al., 2014; Zheng et al., 2016). Este podría ser el caso del colectivo de referencia en la presente investigación, teniendo en cuenta la naturaleza de las unidades donde desarrolla su labor asistencial. Otras investigaciones, por el contrario, ponen de manifiesto que la experiencia por sí sola no aseguraría la adquisición de recursos, salvo que se complemente con otras acciones (Freitas et al., 2016; Samson & Shvartzman, 2018; Shorter & Stayt, 2010; Souza e Souza et al., 2013). Así, la formación en temas relacionados con la muerte y el morir parece acercar a los y las profesionales a esta actitud más neutral, disminuyendo las respuestas de ansiedad y miedo, y posibilitando, en consecuencia, un disfrute mayor de la labor de cuidado (Espinoza-Venegas et al., 2016; Frey et al., 2018; Grau et al., 2008; Samson & Shvartzman, 2018; Schmidt-Riovalle, 2007). De nuevo, como se ha visto en ocasiones anteriores, la formación parece jugar un papel relevante en el desarrollo de SC, reforzando, en este caso, la posibilidad de adquirir actitudes de aceptación serena de la muerte.

La segunda parte de la hipótesis asumía la relación positiva entre el miedo a la muerte, la evitación de la misma, las actitudes de aceptación de aproximación y de escape, y los niveles de FC/ETS. La presencia de cada una de las actitudes anteriores ha resultado significativa de mayores niveles de FC/ETS, siendo el

miedo a la muerte y la evitación de la misma las que han obtenido la puntuación más elevada de esta dimensión en sus rangos superiores. Por su parte, la AN ha establecido también una relación significativa pero inversa con FC/ETS, lo que refuerza su gran influencia en la percepción de calidad de vida profesional del colectivo de Enfermería en unidades donde la presencia de los procesos de morir son una constante.

En su estudio, Laor-Maayany et al. (2020) concluyeron que serían las emociones que surgen en torno al duelo, y las dificultades para manejarlas eficientemente, junto con las sensaciones de impotencia y de fracaso, las que liderarían la aparición de FC/ETS, algo que también recogen en sus reflexiones Marrero y García (2019) y en su revisión Freitas et al. (2016). De manera coherente, se apunta a la ansiedad ante la muerte como una de las emociones asociadas a la aparición de FC/ETS (Edo-Gual et al., 2015; Samson & Shvartzman, 2018). Aunque no valorada de manera directa en la presente investigación, puede deducirse que aquellas personas que temen la muerte y/o que evitan pensar en torno a la misma, sentirán cierto nivel de ansiedad al exponerse a situaciones en las que el proceso de muerte sea protagonista en el escenario asistencial. De hecho, el análisis correlacional que aporta la propia prueba de valoración refleja la correlación positiva existente entre ambas actitudes. Así, dado el compromiso profesional adquirido, la no posibilidad de huida potenciará la reactividad emocional de los y las profesionales, provocando un mayor distrés y necesidad de autoprotección. De no contar con recursos suficientes, personales y organizacionales, la posibilidad de percibir malestar profesional será mayor, favoreciendo, consecuentemente, una visión negativa de su rol profesional.

En cuanto a las actitudes de aceptación de acercamiento (AA) y aceptación de escape de la muerte (AE_m), es interesante señalar la baja puntuación media obtenida en la primera por la muestra de estudio. Este dato retrataría a un colectivo con poca confianza en una vida después de la muerte o en la muerte como la puerta de entrada a un lugar más placentero que la vida en sí misma, lo que, sin duda, está muy condicionado por las creencias religiosas y las experiencias personales. En este estudio no se han valorado dichas creencias, pero

parece oportuno llamar la atención sobre los resultados, de manera que a medida que aumenta la AA, aumenta también la FC/ETS, lo que podría inducir a pensar que las creencias en una vida posterior, lejos de distraer de la propia realidad, la subrayarían, haciendo más intensa la experiencia emocional negativa. Finalmente, la actitud AE_m , altamente correlacionada con la AA, se encontraría igualmente presente entre el colectivo estudiado. Este dato adquiere pleno sentido si se tiene en cuenta que la obstinación terapéutica es una realidad que puede darse en algunas unidades de agudos, donde la lucha contra la muerte prevalece frente a la defensa de la calidad de vida. Ser testigos directos del sufrimiento, de la agonía, de la desesperación por parte de pacientes y familiares podría llegar a reforzar la concepción de la muerte como medio que pone fin a dicho proceso. Sin embargo, la disonancia generada por la coexistencia de alivio y dolor puede conducir, tal y como retratan los resultados, a un deterioro en la calidad de vida profesional.

Conclusión de la hipótesis 9: se confirma de manera total la hipótesis planteada. Por un lado, puntuaciones elevadas en aceptación neutral de la muerte se han relacionado con puntuaciones más elevadas en SC, mientras que el resto de las actitudes (miedo y evitación de la muerte, aceptación de acercamiento o de escape) se han asociado significativamente con mayor FC/ETS.

Hipótesis 10: las personas que puntúen alto en extraversión, amabilidad, apertura y responsabilidad mostrarán mayor SC, mientras que aquellas con un perfil caracterizado por el neuroticismo tenderán a presentar mayor FC/ETS.

Los resultados del estudio indican que todos los rasgos de personalidad se relacionan de manera significativa con la percepción de la calidad de vida profesional. Así, niveles más elevados de extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad se asocian a niveles más elevados de SC, mientras que un aumento en las puntuaciones en neuroticismo se asocia con un descenso de la SC. En relación con la FC/ETS, las asociaciones se encuentran invertidas, es decir, el neuroticismo se asocia de manera directa a la FC/ETS, mientras que extroversión,

amabilidad y responsabilidad, lo hacen de manera inversa. El rasgo apertura no establece diferencias significativas para FC/ETS.

Además de lo anterior, es interesante señalar que el rasgo más prevalente en la muestra en estudio es el neuroticismo, con un 55.5% de profesionales en niveles altos y muy altos. Teniendo en cuenta dichos rangos, le siguen en presencia la amabilidad (34.2%) y la extraversión (30.7%), rasgos que alentarían al colectivo enfermero a establecer y disfrutar de las relaciones interpersonales con las personas atendidas. Por último, el 26.4% puntuaría alto o muy alto en responsabilidad, y un 22.9% lo haría en apertura.

En relación con la primera parte de la hipótesis, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la significativa asociación de extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad con la SC, así como la relación inversa del neuroticismo con ésta. Por un lado, puede señalarse la extraversión como un pilar fundamental de la labor asistencial del personal de Enfermería, que dedica mucho tiempo a hablar y compartir emociones con las personas en estado de vulnerabilidad. Por otro lado, parece imperativo que profesionales que dedican su labor a cuidar, sientan esa disposición de manera vocacional, y disfruten, además, del acercamiento, muy relacionado con la amabilidad. La importancia de estos rasgos en la percepción de SC es coherente con otras investigaciones (Arribas-García et al., 2020; Hunsaker et al., 2015; Morán, 2004; O'Mahony et al., 2018; Somoray et al., 2017), aunque algunos autores habían alertado sobre el riesgo de priorizar las necesidades de los demás frente a las propias en personas con altas puntuaciones en amabilidad (Abendroth & Flannery, 2006). No obstante, desde una postura de equilibrio, se puede anticipar que los y las profesionales con actitud prosocial establecerán una mejor conexión con las personas asistidas, profundizando en pensamientos y emociones. Ello facilitará mejores procesos de empatía, así como un mayor autoconocimiento. Si a esto se le une la respuesta de gratitud de pacientes y familiares al recibir atención desde la amabilidad y la preocupación genuina, la satisfacción sentida por el colectivo enfermero alentarán nuevos acercamientos. Todo ello reforzará, en consecuencia, la vivencia de

satisfacción, adquiriendo, así, pleno sentido los resultados de la investigación con relación al resto de variables adaptativas, muy interrelacionadas entre sí.

Por su parte, la responsabilidad había sido señalada por la literatura como otro de los rasgos de personalidad, en combinación con los anteriores, asociados a SC (Chen et al., 2018; Díaz, 2014; Flinton et al., 2018; Moreno Jiménez et al., 2008; Somoray et al., 2017; Yu et al., 2016). En la presente investigación esta asociación también está presente, subrayando que el compromiso con la profesión y las metas bien definidas pueden ayudar a dotar de sentido la labor asistencial, haciendo sentir más pleno al equipo asistencial. No obstante, Pérez-Fuentes et al. (2019) señalaban que niveles elevados de responsabilidad, junto con un alto sentido de perfeccionismo y la necesidad de obtener resultados, suelen caracterizar a personas en exceso autocríticas y autoexigentes, cualidades que les conducirían a sentir frustración y malestar con su rol asistencial. Esto no ocurre, sin embargo, en la presente investigación, a pesar de la alta puntuación obtenida en este rasgo. Puede intuirse, por tanto, que, si la responsabilidad coexiste con altos niveles de resiliencia, aflorará, junto al compromiso con la profesión, el compromiso con uno y una misma, fomentando procesos de autocuidado que compensarán la tendencia a la insatisfacción.

Para cerrar la discusión sobre la primera parte de la hipótesis, es necesario hablar del rasgo de apertura, dado que se ha confirmado su relación directa con la SC, algo no siempre consistente a través de la literatura. Algunos estudios centrados en el estudio del *burnout* en Enfermería reportan su capacidad de protección frente a este síndrome (Fuente-Solana et al., 2017; Pérez-Fuentes et al., 2019), mientras que otros subrayan directamente su relación positiva con la SC (Yu et al., 2016) o con una mayor resistencia al trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004). Tal y como recogen Somoray et al. (2017) y secundan Flinton et al. (2018), niveles elevados en apertura, junto a niveles elevados en neuroticismo, pondrían a la persona en mayor riesgo de FC/ETS, mientras que si los niveles son moderados, podría alcanzarse un equilibrio entre el gusto por lo novedoso y la necesidad de seguridad desde las rutinas (Costa & McRae, 1992). En el presente estudio, los niveles de apertura se sitúan en rangos medios, lo que podría reflejar que el interés

por las experiencias nuevas despierta en los y las profesionales un mayor esfuerzo por dotarlas de significado, facilitando, así, un reajuste tanto interpersonal como intrapersonal (Carver & Connor-Smith, 2010). Aunque la enfermedad no es algo novedoso para el colectivo enfermero, y menos en unidades como las seleccionadas, sí lo es cómo cada paciente y cada familiar afronta la situación, dado que, como suele defenderse, “no existen enfermedades sino enfermos”. Esta flexibilización, unida a la extraversión, la amabilidad y la responsabilidad, podrían contrarrestar la fuerza del neuroticismo, lo que alentaría vivencias positivas respecto al propio rol de cuidado.

Por su parte, los resultados obtenidos respaldan, igualmente, la segunda parte de la hipótesis, que planteaba mayor FC/ETS en aquellas personas con perfiles caracterizados por el neuroticismo. No parece existir brecha al respecto en la literatura. Distintos estudios secundan la relación de este rasgo de personalidad con la vivencia negativa de la calidad de vida profesional (Chen et al., 2018; Fuente-Solana et al., 2017; O’Mahony et al., 2018; Pérez-Fuentes et al., 2019; Yu et al., 2016), subrayando, a su vez, su asociación con estrés, ansiedad o depresión (Craigie et al., 2016; Injeyan et al., 2011), y falta de autoconfianza, inhibición social y estrategias pasivas de afrontamiento (Díaz, 2014; Drury et al., 2014; Rees et al., 2015; Zhang et al., 2018). Este rasgo, característico de personas con dificultades en la gestión de emociones, ha sido también asociado a mayor rumiación y un *locus* de control externo (Injeyan et al., 2011; O’Mahony et al., 2018). Así, la menor capacidad para centrar la atención en los propios pensamientos y emociones, junto a las dificultades para detener procesos tóxicos de pensamiento, hará más complicada la puesta en marcha de recursos de manejo efectivos, propiciando una mayor impregnación emocional por parte de los y las profesionales. Quedaría, de esta manera, alimentado el proceso de estrés, lo que podría, finalmente, derivar en FC/ETS.

Para terminar, la relación inversa establecida con la FC/ETS por parte de la extraversión, la amabilidad y la responsabilidad tiene plena coherencia. En un ámbito por excelencia relacional, aquellos y aquellas profesionales que presenten escasas habilidades de relación interpersonal tenderán a experimentar mayor

disonancia y mayor distrés, provocando un menor disfrute del rol de acompañamiento. Lo mismo ocurriría si la disposición a la ayuda es baja, teniendo en cuenta que el centro neurálgico del ámbito asistencial es la persona en estado de vulnerabilidad, quien requiere de la presencia y esfuerzo del equipo de profesionales para su supervivencia. Finalmente, un escaso compromiso y sentido de responsabilidad enfrentaría a los y las profesionales con los propios valores de la profesión enfermera, una profesión que, más allá de la gratificación económica, se nutre de la gratificación moral y emocional.

Conclusión de la hipótesis 10: se confirma de manera total la hipótesis planteada. Por un lado, los rasgos de extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad se relacionan de manera directa con la SC, mientras que el neuroticismo hace lo propio con relación al FC/ETS. No obstante, también para la FC/ETS el resto de rasgos de personalidad ha arrojado resultados significativos, tal y como se ha discutido en párrafos anteriores.

Objetivo 4. Identificar variables explicativas de la Satisfacción por Compasión y de la Fatiga por Compasión/Estrés Secundario al Trauma.

Hipótesis 11: se espera que las variables estudiadas expliquen la SC y la FC/ETS.

Los modelos explicativos finales obtenidos incluyen, para ambas dimensiones de la calidad de vida profesional, variables tanto sociodemográficas y/o profesionales, como adaptativas, confirmando así la hipótesis planteada y reflejando la oportuna selección de variables para la investigación. Además, el poder explicativo de ambos modelos finales es elevado, explicando el 44.3% y el 46.6% de las varianzas de SC y FC/ETS, respectivamente, y la distribución de sus residuos avalan la bondad de su ajuste. Todo ello refuerza la firmeza del sustento teórico que ha guiado el presente estudio, lo que aporta mayor fuerza al hilo argumental de la tesis.

Por un lado, las variables profesionales que explican la SC incluyen el tiempo de trabajo y la unidad donde se desarrolla la labor asistencial (Oncologías). Dentro de las variables adaptativas, se incluyen en el modelo final la resiliencia, la alegría empática (dentro de Empatía), la aceptación neutral de la muerte (dentro de Actitudes ante la muerte) y la extraversión (perteneciente a Rasgos de personalidad). Completan dicho modelo la FC/ETS y el *burnout*. Entre todas las variables, las dos únicas de signo negativo serían el tiempo de trabajo y el *burnout*, de tal manera que mayores puntuaciones en estas variables afectarían de manera negativa a los niveles de SC.

Por su parte, la edad, como variable sociodemográfica, contribuye a explicar parte de la varianza de FC/ETS, junto a la resiliencia, el estrés empático (dentro de Empatía), el miedo a la muerte y la aceptación de acercamiento a la misma (dentro de Actitudes ante la muerte) y el neuroticismo (como Rasgo de personalidad). Igual que pasara en el modelo para SC, tanto el *burnout* como la SC completan el conjunto de variables explicativas de FC/ETS. El único signo negativo del modelo final pertenece a resiliencia, de manera que bajos niveles en la misma explican elevados niveles de FC/ETS.

Ahondando en las interacciones, es interesante señalar el protagonismo que adquiere el *burnout* a la hora de explicar tanto la SC como la FC/ETS, asumiendo aproximadamente el 50% de la variabilidad para ambas dimensiones en sus modelos finales. Por su parte, y de manera coherente, que SC explique parte de la varianza de FC/ETS y que esta última haga lo propio con SC describe la importante interacción que existe entre las tres dimensiones del constructo global de Calidad de Vida Profesional, subrayando las limitaciones de tratar de entender una sin el resto. Es remarcable, además, que las correlaciones de orden cero indiquen asociaciones inversas entre SC y FC/ETS, mientras que tanto las correlaciones semiparciales como los valores de beta estandarizada arrojen signos positivos en ambos modelos explicativos. Ello hace pensar en dos aspectos interesantes. Por una parte, en la compleja interacción que se establece entre todas las variables adaptativas y la calidad de vida profesional, y en la lectura holista que hay que hacer de los fenómenos en cuestión. Y, por otra parte, en el acierto

del modelo de Radey y Figley (2007) al señalar que, una vez detectadas las primeras señales de estrés compasivo, es posible utilizar su fuerza motriz para cambiar la direccionalidad del proceso, permitiendo la coexistencia de FC/ETS y SC. De nuevo, la relación entre ambas dimensiones atestigua que sentir emociones es inherente al hecho de cuidar con compasión y que, además, la vivencia de tristeza, preocupación, o, incluso, dolor, siempre que no supere ciertos umbrales, lejos de incapacitar emocionalmente a los y las profesionales de Enfermería, podría ayudarles en su proceso de introspección, reforzando, así, la adquisición de aprendizajes significativos en relación con uno mismo y con la profesión.

En relación con el resto de variables adaptativas, llama la atención el notable descenso de la capacidad explicativa de la extraversión, la resiliencia y la alegría empática para la SC, en comparación con la asociación moderada que describían las correlaciones de orden cero. Algo similar ocurre con el neuroticismo, la resiliencia y el miedo a la muerte a la hora de explicar la FC/ETS. El hecho de que, una vez introducidas todas las variables en el modelo final, modifiquen sustancialmente su valor en comparación a su consideración individual indica la gran interacción que existe entre todas ellas, subrayando la incapacidad de aislar herméticamente rasgos, recursos o dimensiones en las personas. De esta manera, la vivencia de SC o de FC/ETS se erige como resultado de un conjunto multidimensional, no de la interacción con un único factor.

Conclusión de la hipótesis 11: se confirma la hipótesis planteada. No solo las variables en estudio forman parte del modelo final de SC y de FC/ETS, sino que ambos modelos tienen una gran capacidad explicativa y presentan buena bondad de ajuste.

9.2. Aportaciones del estudio

El objetivo de la presente tesis era doble. Por un lado, analizar el impacto que las situaciones de cuidado de personas con estados clínicos graves generan en los y las profesionales de Enfermería. Por otro lado, buscar explicaciones que

permitan conocer qué favorece que algunas personas sientan satisfacción en cuanto a su rol asistencial, mientras que otras se impacten negativamente en contextos similares. Precisamente estos objetivos son las primeras aportaciones importantes a resaltar, dada la escasez de estudios similares a nivel nacional e internacional y su inexistencia a nivel autonómico.

Así, gran parte de los estudios recogidos en la literatura se centran en ofrecer descripciones, más o menos exhaustivas, de la percepción de calidad de vida profesional en profesionales asistenciales y sus consecuencias, resaltando principalmente los aspectos negativos de la vivencia. El hecho de dotar de la misma importancia (o mayor, si cabe) a la SC frente a la FC/ETS constituye una novedad importante frente a lo establecido hasta el momento. De esta manera, la meta no está en evitar situaciones de fatiga o quemazón profesional, sino en potenciar la vivencia positiva derivada del rol de cuidado compasivo, amparados por paradigmas de excelencia emocional, además de profesional.

Además, el estudio aporta una visión explicativa, ofreciendo modelos que permiten conocer las fortalezas y limitaciones de los y las profesionales a la hora de gestionar el impacto emocional derivado de su labor enfermera. Dicho conocimiento ofrece la oportunidad de anticipar y prever situaciones y perfiles de mayor vulnerabilidad. De esta manera, se pueden implementar políticas de prevención que incluyan medidas desde una doble perspectiva. Por un lado, desde el empoderamiento del propio colectivo enfermero, con itinerarios formativos *ad hoc*, ajustados a las necesidades específicas, que ofrezcan a los y las profesionales la oportunidad de adquirir recursos de manejo que refuercen su seguridad personal. Por otro lado, desde una visión más estructural y organizativa, contemplando un apoyo directivo más presente, espacios y tiempos de esparcimiento emocional para Enfermería, una menor cantidad de pacientes por profesional, o incluso cambios en las políticas de acompañamiento de las personas ingresadas.

Por otro lado, la inclusión y combinación de variables adaptativas tan diversas constituye otra de las aportaciones relevantes del presente estudio. Hasta ahora, gran parte de las investigaciones nacionales e internacionales han

estudiado la calidad de vida profesional y su relación, principalmente, con la resiliencia o la empatía. El hecho de conjugar estas dos variables, e incorporar, junto a ellas, los rasgos de personalidad y las actitudes de los y las profesionales de Enfermería ante la muerte, constituye una interesante y necesaria novedad. No puede entenderse una labor profesional centrada en las personas sin contemplar la empatía, ni la asistencia a personas con estados clínicos muy complicados, sin asumir que las actitudes que muestren los y las profesionales ante la muerte condicionarán su acercamiento. De la misma manera, no cabe hablar de satisfacción por compasión en situaciones de alto impacto emocional sin incorporar la resiliencia como pilar imprescindible, ni se puede obviar que cada persona presenta unos rasgos de personalidad que la diferencian de las demás y que modulan su manera de pensar, de sentir y de hacer. De hecho, los hallazgos de la presente investigación ponen de manifiesto la gran interacción de todas estas variables entre sí, reforzando la incapacidad de analizar separada y asépticamente cada recurso personal. O lo que es lo mismo, refuerzan la necesidad de contemplar a la persona desde una perspectiva multidimensional, lo que la convierte en un ser único, especial e irrepetible.

Para concluir, la presente tesis reafirma los modelos teóricos tomados como referencia. Por una parte, respalda la intensa relación entre las tres dimensiones del modelo de Calidad de Vida Profesional (Stamm, 2010), así como la empatía como punto de partida necesario para el establecimiento de FC/ETS (Figley, 1995b). Por otra parte, refuerza el modelo de Radey y Figley (2007) y abre las puertas para seguir investigando sobre cómo favorecer procesos que conduzcan al desarrollo de SC por parte de los y las profesionales de Enfermería, profesionales que ocupan la primera línea en la atención a personas que sufren. De esta manera, y siguiendo los pasos de otros autores (Buceta et al., 2019; Sacco & Copel, 2018), se puede concluir afirmando que este estudio ha contribuido a la ampliación del conocimiento sobre la materia, con interesantes hallazgos que pueden, fácilmente, traducirse en aportaciones prácticas.

9.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Como en todo trabajo de investigación, son varias las limitaciones que han de ser tenidas en cuenta en el presente estudio, y varias también las líneas de investigación que de ellas se derivan. No obstante, antes de comenzar con la enumeración, resulta interesante subrayar que la investigación es una herramienta extraordinaria que permite bucear en la realidad y analizar más allá de lo explícito o evidente. Como tal, una vez diseñada y ejecutada, es fácil echar la vista atrás y replantearse determinados pasos, variables, condiciones.... Pero lo hecho, hecho está. De ello se aprende. Igual que los hallazgos permiten entender mejor el funcionamiento de lo analizado, el propio proceso de la investigación permite entender que sus limitaciones abren, en realidad, nuevas puertas, señalan nuevos caminos.

En este sentido, el presente estudio ha arrojado luz sobre el concepto de calidad de vida profesional en Enfermería. Ha subrayado la importancia de ampliar la visión y contemplar diferentes factores que pueden propiciar el desarrollo de SC o FC/ETS. Ha puesto de relieve el gran protagonismo de las emociones y la importancia de los recursos adaptativos. Pero, sobre todo, ha permitido dibujar perfiles que pueden emplearse para diseñar estrategias de empoderamiento de los y las profesionales de Enfermería en unidades de alto impacto emocional. A partir de aquí, como se verá, se abre un gran abanico de posibles líneas de investigación. Un gran abanico de nuevas oportunidades que nacen de áreas de mejora.

Así, con relación a la literatura existente, es importante señalar el sesgo existente en los estudios previos, orientados, la mayoría de ellos, a analizar qué factores causan y qué consecuencias se derivan de las dimensiones más negativas de la calidad de vida profesional, es decir, de la FC/ETS y del *burnout*. La literatura existente en torno a la SC es menos numerosa, por lo que la revisión bibliográfica, en esta área, ha sido más limitada también. Así, es importante hacerse eco del cambio de paradigma que está teniendo lugar en el ámbito de la salud, y focalizar la atención en el estudio de aquellos aspectos tanto estructurales como personales

que contribuyen a una vivencia más positiva del rol asistencial por parte de los y las propias profesionales. Dicho análisis permitirá diseñar estrategias y políticas de empoderamiento del colectivo enfermero, así como facilitar recursos preventivos e interventivos, en caso de necesidad.

Por otra parte, dentro del propio diseño de la investigación, su carácter transversal y retrospectivo limita la interpretación de causalidad de los fenómenos en estudio, dado que aporta datos en un período de tiempo concreto y con una muestra determinada. Además, su naturaleza no experimental relega los hallazgos a un plano descriptivo. Por ello, una de las propuestas para futuras líneas de investigación implica la realización de investigaciones longitudinales y/o experimentales, que permitan no sólo analizar mejor la asociación entre variables, sino la estabilidad de los modelos explicativos a lo largo del tiempo, así como la idoneidad de determinadas intervenciones.

Es interesante también contemplar el criterio de selección de la muestra, sujeta a unas características determinadas en un contexto asistencial muy concreto. No obstante, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a los y las profesionales, y la escasa participación del colectivo enfermero que la literatura retrata para este tipo de estudios, merece ser reconocida la gran labor de recogida de datos realizada, gracias a la cual se consiguió una tasa de implicación del 50.51%. A pesar de ello, para favorecer la generalización de los hallazgos, sería conveniente replicar el estudio en muestras más amplias y aleatorizadas, intentando, además, obtener una mayor presencia del sexo masculino, a pesar de la evidente feminización del colectivo enfermero. Por su parte, abrir la muestra a servicios considerados, a priori, de menor impacto emocional (por el menor compromiso vital de las personas asistidas), e incluir colectivos asistenciales diferentes al enfermero, permitirá comparar los resultados y ajustar de manera más exacta el perfil contextual y personal de aquellos y aquellas profesionales en situación de experimentar SC y FC/ETS.

Con relación a las pruebas de valoración utilizadas, el hecho de tratarse de pruebas de autoinforme puede condicionar las respuestas facilitadas. Es posible que, en un ámbito como el asistencial, las personas participantes sesguen el perfil

proyectado bajo principios de deseabilidad social, o que respondan a las pruebas escaladas según tendencias de respuesta centrales o extremas. Además, se da por hecho la capacidad de introspección de las personas participantes, cuando no siempre ésta se encuentra desarrollada de manera óptima. Por ello, se antoja conveniente replicar el estudio incorporando pruebas de heteroinforme y entrevistas semiestructuradas que permitan recoger información más variada, y doten al estudio de una perspectiva cualitativa y no solo cuantitativa.

Por otra parte, con relación a la prueba escogida para valorar la Calidad de Vida Profesional, el ProQOL 5, es importante señalar varios aspectos. Por un lado, a pesar de su uso generalizado a nivel internacional, la revisión de la literatura se ha visto condicionada por la diversidad de versiones utilizadas. Por otro lado, es importante también mencionar la variabilidad de criterios existentes para interpretar sus puntuaciones, que condiciona sobremanera la distribución final de las muestras. Por ello, dado que las pruebas de valoración han de ir evolucionando a medida que lo hacen las personas y los contextos, sería interesante seguir utilizando la prueba en investigaciones de naturaleza similar para obtener datos más ajustados y homogeneizar, así, las medidas.

Finalmente, en cuanto a las variables seleccionadas, el uso de rangos de tiempo en variables como la edad o el tiempo de trabajo ha dificultado la extracción de conclusiones y la comparación de los datos. Igualmente, afinar en su definición, diferenciando, por ejemplo, tiempo global de trabajo en el ámbito asistencial y tiempo global de trabajo en el servicio actual, permitiría enriquecer los hallazgos. Por ello, aunque a priori pueda resultar más invasivo para las personas participantes, plantear dichas variables como medidas continuas y aumentar los datos sociodemográficos y profesionales a extraer permitirá reforzar las conclusiones, facilitando, además, la comparación inter estudios y propiciando la ampliación de unos conocimientos que permitirán dibujar itinerarios de acompañamiento más eficientes a los y las profesionales de Enfermería.

9.4. Consideraciones finales

Para cerrar el inevitable proceso de reflexión que ha suscitado la presente investigación, a continuación, se presentan 10 puntos que nacen fruto de la revisión de la literatura y de los resultados obtenidos. 10 puntos que permitirán ofrecer una visión ágil del hilo argumental que ha guiado el estudio y del alcance del mismo.

1. De manera histórica se ha prestado más atención al estudio de la FC/ETS y del *burnout* que al de la SC, puesto que la mirada estaba puesta en tratar de ver qué propiciaba, por un lado, las bajas, absentismos y cambios de puesto de trabajo, y por otro, los errores cometidos en el cuidado de los y las pacientes. El objetivo de dicho análisis era tratar de evitar dichas realidades o, al menos, disminuir su frecuencia. La SC se ha reportado, en la mayor parte de las ocasiones, como dato complementario a FC/ETS y *burnout*.
2. No obstante, parece más adecuado analizar qué hace que los y las profesionales estén satisfechas, se sientan plenas y orgullosas de su rol asistencial. Porque estudiar los factores relacionados con la SC permite fomentar un estado emocional que posibilite excelencias asistenciales y bienestar personales.
3. Las unidades de alto impacto emocional enfrentan al colectivo de profesionales no solo con la enfermedad y la muerte, sino, sobre todo, con un elenco de emociones lideradas por el dolor, la angustia y el sufrimiento de pacientes y familiares. La manera en la que cada profesional vivencie dicho escenario y el significado que otorgue al proceso de morir condicionarán enormemente la percepción positiva o negativa sobre su rol asistencial. De hecho, pueden coexistir niveles elevados de SC y de FC/ETS si al rol de cuidado se le asigna un valor positivo en sí mismo, compensando las posibles

repercusiones emocionales derivadas de acompañar compasivamente el dolor de los demás.

4. Para poder construir ese significado positivo, los y las profesionales han de contar con una disposición personal facilitadora de las interacciones sociales, además de recursos adaptativos suficientes, como la resiliencia, la empatía o una actitud de aceptación de la muerte como algo natural, inherente al propio proceso de la vida.
5. Dichos recursos pueden ser reforzados, además, mediante procesos de autocuidado, procesos de entrenamiento y formación, y otras medidas que puedan ser facilitadas en el ámbito laboral, como apoyo y reconocimiento por parte de compañeros, compañeras y mandos intermedios y superiores. Porque hay cosas, como la enfermedad o la muerte, como el dolor y el sufrimiento, que no se pueden evitar, por lo que es importante que el colectivo enfermero aprenda a integrarlo en su realidad profesional sin resentirse emocionalmente en exceso.
6. De hecho, en el ámbito asistencial, la cultura del cuidado está muy dirigida al cuidado a los demás, pero es necesario también inculcar valores relacionados con el cuidado a uno o una misma, a la persona cuidadora. Por ello, sería interesante incluir en el *currículum* formativo reglado temáticas relacionadas con la empatía, la gestión de emociones, el duelo, el autoconocimiento y el autocuidado.
7. Por otra parte, es importante tener en cuenta que ni la edad por sí sola ni la experiencia profesional en sí misma aseguran la adquisición de recursos personales suficientes de afrontamiento de las situaciones adversas. Por ello, junto a la formación reglada, es importante acompañar longitudinalmente al colectivo enfermero en su crecimiento profesional, hacer paradas de vez en cuando que les permitan reconectar con el sentir interior y con la profesión.

8. No obstante, a veces, la obligación de parar y analizar viene forzada por elementos externos, ante los que poco se puede hacer, como el caso de la pandemia por COVID 19. Dicha situación irrumpió de manera agresiva en nuestras rutinas cotidianas, sometiendo a una prueba de estrés extraordinaria a los sistemas políticos, educativos, sociales y sanitarios a nivel mundial. De hecho, fue tal su poder devastador que obligó a la declaración, sin precedentes, de un estado de alarma sanitaria en gran cantidad de países. Dicha declaración se hizo efectiva en España el 14 de marzo de 2020. Más de un año en el que el colectivo de Enfermería, entre otros, ha tenido que demostrar, no siempre con los recursos suficientes, su gran poder de respuesta y su capacidad de humanización, su capacidad de supervivencia, de resistencia y de superación emocional.

9. Por ello, de manera paralela a la inversión en infraestructuras y materiales, invertir esfuerzos y medios en empoderar al colectivo de Enfermería supondrá un beneficio por partida doble. Como se ha visto, tanto el absentismo y el abandono profesional, como incidentes relacionados con la atención a pacientes, están muy relacionados con la percepción de baja calidad de vida profesional. Por ello, la implementación de políticas y culturas que refuercen la satisfacción profesional derivará no solo en una mayor adherencia profesional, sino también en una mayor satisfacción personal, que redundará, a su vez, en una atención de mayor calidad y calidez.

10. Este es el verdadero aprendizaje: para acompañar compasivamente a las personas en necesidad es imprescindible considerar la introspección como el primer paso. Aprender a mirarse compasivamente, estar en disposición de querer aprender, de querer mejorar, de querer acompañar. Y saber hacerlo. Porque, tal y como decía Aristóteles, la excelencia no es un acto, sino un hábito.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346–356.
- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1–22.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validity study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108.
- Agusti, A. M., Esquerda, M., Amorós, E., Kiskerri, A., Nabal, M., & Viñas, J. (2018). Miedo a la muerte en estudiantes de Medicina. *Medicina Paliativa*, 25(4), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.005>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall, Inc.
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Medical Journal*, 40(11), 1087–1097. <https://doi.org/10.15537/smj.2019.11.24569>
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences*, 22(1), 20–27. <https://doi.org/10.1111/nhs.12650>
- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165–1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 4(2), 101–119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del

- Cuestionario de Salud SF-36. Versión SF-12. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_6643
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders: DSM III*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV*. American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318190eb86>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. (Fifth edit). American Psychiatric Association.
- Ames, M., Salmond, E., Holly, C., & Kamienski, M. (2017). Strategies that reduce compassion fatigue and increase compassion satisfaction in nurses: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1800-1804. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003142>
- Ang, S. Y., Uthaman, T., Ayre, T. C., Ang, E., & Lopez, V. (2018). Association between demographics and resilience: A cross-sectional study among nurses in Singapore. *International Nursing Review*, 65(3), 459-466.
<https://doi.org/10.1111/inr.12441>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Aranda, G., Elcuaz, M. R., Go, C. F., Güeto, V., Pascual, P., Murieta, S. De, & Galdeano, G. De. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atencion Primaria*, 50(3), 141-150. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
- Ariès, P. (2005). *Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. El Acantilado.
- Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P., & Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43(March),

101666. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>
- Arribas-García, S., Jaureguizar, J., & Bernarás, E. (2020). Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: Estudio descriptivo y correlacional. *Enfermería Global*, 19(4), 133-144. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>
- Ascencio, L., Allende, S. R., & Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11(2), 150-166. <https://doi.org/10.1177/1088868306294907>
- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Granja, P. (2008). Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Psicooncología*, 5(2-3), 359-381.
- Austin, W., Goble, E., Leier, B., & Byrne, P. (2009). Compassion Fatigue: The Experience of Nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195-214. <https://doi.org/10.1080/17496530902951988>
- Austin, W. J. (2011). The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: An evolutionary threat to the discipline. *Nursing Philosophy*, 12(3), 158-166.
- Aycock, N., & Boyle, D. (2015). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>
- Back, A. L., Deignan, P. F., & Potter, P. A. (2014). Compassion, Compassion Fatigue, and Burnout: Key Insights for Oncology Professionals. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 34, e454-e459. https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2014.34.e454
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2016). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>

- Barnard, D., Street, A., & Love, A. W. (2006). Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nursing*, 29(4), 338–345. <https://doi.org/10.1097/00002820-200607000-00013>
- Barrett, L., & Yates, P. (2002). Oncology / haematology nurses : a study of job satisfaction , burnout , and intention to leave the speciality. *Australian Health Review*, 25(3), 109–121.
- Batson, C. D. (1991). The altruism question: Toward a social-psychological answer. In *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. https://doi.org/10.1007/978-3-642-38628-2_42
- Batson, C. D., Ahmad, N., & Lishner, D. (2012). Empathy and altruism. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 417–426). Oxford handbooks online. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.32.6.1134>
- Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. M. (1983). Influence of self-reported distress and empathy on egoistic versus altruistic motivation to help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 706–718. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.3.706>
- Bayés, R., Limonero, J. T., Buendía, B., Burón, E., & Enriquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6, 140–143.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., & Owens, H. (2015). Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 11–17.
- Bermejo, J. C., Villaceros, M., & Hassoun, H. (2018). Attitudes towards end-of-life patient care and fear of death in a healthcare student sample. *Medicina Paliativa*, 25(3), 168–174. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.02.004>
- Bermejo, José C. (2012). *Empatía terapéutica*. Desclée de Brouwer.
- Bermúdez, J. (1985). Concepto de personalidad. In J. Bermúdez (Ed.), *Psicología de la personalidad* (pp. 17–38). UNED.
- Bermúdez, J., Pérez, A., Ruiz, J., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2011). *Psicología de la*

- personalidad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/psicologia-de-la-personalidad-bermudez-perez-y-ruiz.pdf>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Betancur, M. A. L. (2015). Nursing care of patients during the dying process: A painful professional and human function. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 33(2), 297-304. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a12>
- Bisquerra, R. (1987). *Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa. Un enfoque informático con los paquetes BMDP y SPSSX*. PPU.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. La Muralla.
- Blanke, O. (2012). Multisensory brain mechanisms of bodily self-consciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(8), 556-571. <https://doi.org/10.1038/nrn3292>
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bowerman, B. L., & O'Connell, R. T. (1991). Linear statistical models: An applied approach. *Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician)*, 40(3), 352-353. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2348300>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (vol. 3): loss, sadness, and depression*. Basic Books.
- Boyle, D. A. (2010). Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1, Manuscript 2), 1-11. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>
- Bramley, L., & Matiti, M. (2014). How does it really feels to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2790-2799. <https://doi.org/10.1111/jocn.12537>
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses'

- attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E43–E49. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E43-E49>
- Bray, L., O'Brien, M. R., Kirton, J., Zubairu, K., & Christiansen, A. (2014). The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. 2014;34(3):480–6. doi:10.1016/j.nedt.2013.06.017. *Nurse Education Today*, 34(3), 480–486. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.017>
- Bride, B. E., Hatcher, S. S., & Humble, M. N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15(2), 96–105.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Brinkman, T. M., Zhu, L., Zeltzer, L. K., Recklitis, C. J., Kimberg, C., Zhang, N., Muriel, A. C., Stovall, M., Srivastava, D. K., Robison, L. L., & Krull, K. R. (2013). Longitudinal patterns of psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *British Journal of Cancer*, 109(5), 1373–1381. <https://doi.org/10.1038/bjc.2013.428>
- Brown, C. (2006). Promoting self-caring and healing in your workplace. *American Nurse Today*, 1(12), 54–55.
- Buceta, M. I., Bermejo, J. C., & Villacieros, M. (2019). Enhancer elements of compassion satisfaction in healthcare professionals. *Anales de Psicología*, 35(2), 323–331.
- Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of death education. *Omega: Journal of Death and Dying*, 11(2), 175–183. <https://doi.org/10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK>
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How effective are mindfulness-based interventions for reducing stress

- among healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Stress Health*, 33(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/smi.2673>
- Bush, N. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 24–27.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028.
- Campos Méndez, 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* [Universidad de Extremadura]. <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/3087>
- Canale, S. Del, Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cancer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71–80. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002550-pdf.pdf>
- Cárdenas Castro, J. M. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210–244. <https://doi.org/10.22199/s07187475.2014.0002.00006>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>

- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality Factor (16PF) Questionnaire. In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment* (pp. 135–159). SAGE Publications. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1185-4_10
- Chen, H., Cohen, P., & Chen, S. (2010). How big is a big odds ratio? Interpreting the magnitudes of odds ratios in epidemiological studies. *Communications in Statistics: Simulation and Computation*, 39(4), 860–864. <https://doi.org/10.1080/03610911003650383>
- Chen, Y. P., Tsai, J. M., Lu, M. H., Lin, L. M., Lu, C. H., & Wang, K. W. K. (2018). The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1180–1188. <https://doi.org/10.1111/jan.13516>
- Chok, N. S. (2010). *Pearson's versus Spearman's and Kendall's correlation coefficients for continuous data*. Universidad de Pittsburgh, Pensilvania. Universidad de Pittsburgh, Pensilvania.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
- Circenis, K., Millere, I., & Deklava, L. (2013). Measuring the professional quality of life among latvian nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1625–1629. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.003>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. L. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12, 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on nurse stress and burnout: A qualitative and quantitative study, part III. *Holistic Nurse Practice*, 19(2), 78–86.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A

- quantitative and qualitative study. *Holistic Nurse Practice*, 18(6), 302-308.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Colell, R., Limonero, J. T., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación En Salud*, 5(2), 1-9.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- Cordero, A., Pamós, A., & Seisdedos, N. (2008). *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R)*. TEA ediciones.
- Corey, G. F. (1991). *Theory and practice of counseling psychotherapy*. Brooks Cole.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI- R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Craigie, M., Osseiran-Moisson, R., Hemsworth, D., Aoun, S., Francis, K., Brown, J., Hedney, D., & Rees, C. (2016). The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in australian nurses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 8(1), 88-97.
- Cross, L. A. (2018). Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing. A concept analysis. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 21-28. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000477>
- D'Agostino, N. M., Edelstein, K., Zhang, N., Recklitis, C. J., Brinkman, T. M., Srivastava, D., Leisenring, W. M., Robison, L. L., Armstrong, G. T., & Krull, K. R. (2016). Comorbid symptoms of emotional distress in adult survivors of childhood cancer. *Cancer*, 122(20), 3215-3224.

- <https://doi.org/10.1002/cncr.30171>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(85), 1-17.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(113-126).
- Davis, M. H. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Brown and Bechmark Publishers.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS ONE*, 13(11), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. [https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499](https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499)
- Demirci, S., Yildirim, Y. K., Ozsaran, Z., Uslu, R., Yalman, D., & Aras, A. B. (2010). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27(3), 968-974. <https://doi.org/10.1007/s12032-009-9318-5>
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administratio, scoring and procedures manual*. NCS Pearson, Inc.
- Dev, V., Fernando, A. T., Lim, A. G., & Consedine, N. S. (2018). Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.003>
- Díaz, M. (2014). Relación entre personalidad, afrontamiento y apoyo social con Burnout, calidad de vida profesional y salud en bomberos de Gran Canaria. In *Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*.

- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002221>
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S., & Hegney, D. G. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 519–531. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12168>
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 4(35), 529–542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017a). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35, 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.006>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
- Durkin, M., Beaumont, E., Hollins Martin, C., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today*, 46, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>

- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: A cross-sectional and correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2429-2438. <https://doi.org/10.1111/jocn.12813>
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.005>
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>
- Elkonin, D., & Van der Vyver, L. (2011). Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. *Health SA Gesondheid*, 16(1), 348-355. <https://doi.org/10.4102/hsag.v16i1.436>
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., & García, P. S. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Espinoza-Venegas, M., Luengo-Machuca, L., & Sanhueza-Alvarado, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*, 16(4), 430-446. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>
- Feifel, H. (1959). *The meaning of death*. McGraw Hill.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298. <https://doi.org/10.6018/42831>
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180. <https://doi.org/>
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing*. Oxford University Press.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications.

- Figley, C. R. (1983). Catastrophe: An overview of family reactions. In Charles R. Figley & H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Coping with catastrophe* (Vol.2) (pp. 3-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. Jossey-Bass.
- Figley, C. R. (1993). Compassion stress and the family therapist. *Family Therapy News*, 3, 1-8.
- Figley, C. R. (1995a). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue: Towards a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-27). Sidran Press.
- Figley, C. R. (1995c). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In Charles R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2001). *Renewing spirits: Lessons from thirty years of trauma work*. Invited keynote address to the William Wendt Center for Loss and Health Conference on *Illness, Grief and Trauma*, Washington, DC, October 6, 2001.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2010). Compassion Fatigue: An Introduction. In *Gift from Within*. <https://doi.org/http://mailer.fsu.edu/~cfigley/CFintro.html>
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of the Compassion Fatigue Selt Test. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Sidran Press.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Flinton, D. M., Cherry, P., Thorne, R., Mannion, L., O'Sullivan, C., & Khine, R. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: An investigation into levels

- being reported by radiotherapy students. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 17(4), 364–367. <https://doi.org/10.1017/S1460396918000274>
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J. A., & Furness, T. (2019). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 71–85. <https://doi.org/10.1111/inm.12548>
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678–686. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678>
- Freitas, T. L. L. de, Banazeski, A. C., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt, J. V. de O. V., & Souza, S. S. de. (2016). La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: Una revisión integradora. *Enfermería Global*, 15(41), 322–334. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Frey, R., Robinson, J., Wong, C., & Gott, M. (2018). Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Applied Nursing Research*, 43, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>
- Fuente-Solana, E. I. De, Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.004>
- Fukumori, T., Goto, T., Sato, H., & Sakamoto, H. (2016). Development, reliability, and validity of a Japanese version of the Professional Quality of Life Scale for Nurses. In *International Congress of Psychology, Yokohama, Japan*. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.89.17202>
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *Journal of Pain and Symptom*

- Management*, 53(3), 598-604.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of theory of mind. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77-83.
- Gao, T., Ding, X., Chai, J., Zhang, Z., Zhang, H., Kong, Y., & Mei, S. (2017). The influence of resilience on mental health: The role of general well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 23(3), e12535.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12535>
- García-Avenidaño, D. J., Ochoa-Estrada, M. C., & Briceño-Rodríguez, I. I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: Estudio cuantitativo. *Duazary*, 15(3), 281-293.
<https://doi.org/10.21676/2389783x.2421>
- García-Rivera, B. R., Mendoza Martínez, I. A., & Serna-Gómez, H. M. (2014). Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano. In M. V. Florez Ortiz, A. Vega López, & E. Chávez Moreno (Eds.), *Productividad, competitividad y capital humano en las organizaciones* (pp. 489-503). Ediciones ILCASA S.A. de C.V.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004>
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). The Accelerated Recovery Program (ARP) for compassion fatigue. In Charles R Figley (Ed.), *Psychosocial stress series, no. 24. Treating compassion fatigue*. (pp. 123-137). Brunner/Routledge.
- Gerdes, K. E., & Segal, E. A. (2009). A social work model of empathy. *Advances in Social Work*, 10(2), 114-127. <https://doi.org/10.18060/235>
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: the development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18(2), 113-128.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos

- interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261–268. <https://doi.org/10.1038/4511035a>
- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2014). End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34(3), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.009>
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 968–976. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.08.006>
- Gleichgerricht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: How individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS ONE*, 8(4), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER Nelson.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216–1229. <https://doi.org/10.1111/12.642204>
- Gómez, S., Gil, B., Castro-Calvo, J., Ruiz, E., & Ballester, R. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Àgora De Salut*, 1, 209–220. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2015.1.16>
- Graber, D. R., & Milcham, M. D. (2004). Compassionate clinicians: Make patient care beyond the ordinary. *Holistic Nurse Practitioner*, 18(2), 87–94.
- Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, C., & Infante, O. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: Revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27–58.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Guedes, E., & de Oliveira, D. (2013). Experience of the care of nurses to the person in the process of death. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 25–29. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100006>
- Gutiérrez, K. M. (2005). Critical care nurse's perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229–241.
- Hagan, J. L. (2019). Psychometric evaluation of the ProQOL version 5 for assessing compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in nurses. *International Journal of Studies in Nursing*, 4(3), 60. <https://doi.org/10.20849/ijsn.v4i3.620>
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>
- Harris, C., & Griffin, M. T. Q. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 32(2), 80–87. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000155>
- Hayes, J., Gelso, C., Van Wagoner, S., & Diener, R. (1991). Managing countertransference: What experts think. *Psychological Reports*, 69, 138–148.
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1988). Statistical methods for meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 13(1), 75. <https://doi.org/10.2307/1164953>
- Hegney, D. G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., & Drury, V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 506–518. <https://doi.org/10.1111/jonm.12160>
- Hegney, D. G., Rees, C. S., Eley, R., Osseiran-Moisson, R., & Francis, K. (2015). The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–

8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01613>
- 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), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193478>
- Hernández García, M. del C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, *14*(1), 53-70. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>
- Hernández, N. E., Moreno, C. M., & Barragán, J. A. (2014). Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: Expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista CUIDARTE*, *5*(2), 748-756.
- Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *Journal of Holistic Nursing*, *34*(4), 343-350. <https://doi.org/10.1177/0898010115615981>
- Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing*, *21*(4), 160-169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, *84*(4), 712-722. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.712>
- Hoffman, M. L. (1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, *40*(1), 121-137. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.1.121>
- Hoffman, M. L. (2008). Empathy and prosocial behavior. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. Feldman (Eds.), *Handbook of emotions (3ª edición)* (pp. 440-455). Guilford Press.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*(3), 307-316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient

- specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Hooper, T., & Spilka, B. (1970). Some meanings and correlates of future time and death among college students. *Omega: Journal of Death and Dying*, 1, 49–56.
<https://doi.org/10.2190/NMVF-6MCC-K3GU-28F5>
- Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458.
- Hudgins, T. A. (2016). Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 62–69.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12289>
- Huggard, P. K., Stamm, B. H., & Pearlman, L. A. (2013). Physician stress: Compassion satisfaction, compassion fatigue and vicarious traumatization. In Ch. R. Figley, P. K. Huggard, & C. Rees (Eds.), *First do no self-harm* (pp. 127–145). Oxford University Press.
- Hui, Z., Dai, X., & Wang, X. (2020). Mediating effects of empathy on the association between nursing professional values and professional quality of life in chinese female nurses: A cross-sectional survey. *Nursing Open*, 7(1), 411–418. <https://doi.org/10.1002/nop2.404>
- Hui, Z., Dai, X., Wang, X., Arsyad, A., Figley, C. R., Álvarez Bermudez, J., Sáchica Carreño, J. P., Villalba Rojas, J. A., Page, T., Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., Figley, C. R., Sacco, T. L., Copel, L. C., Figley, C. R., D, P., Cross, L. A., ... Betancur, M. A. L. (2018). Mediating effects of empathy on the association between nursing professional values and professional quality of life in chinese female nurses: A cross-sectional survey. *Research on Social Work Practice*, 53(1), 297–304.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a12>
- Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergencia department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship os

- empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), e13124. <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>
- Hystad, S. W., Eid, J., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., & Thomas Bartone, P. (2010). Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(3), 237–245. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00759.x>
- Iacobini, M. (2008). *Mirroring people: The new science of how we connect with others*. Farrar, Straus and Giroux.
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G., & Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling*, 20(5), 526–540. <https://doi.org/10.1007/s10897-011-9379-4>
- Jachens, L., Houdmont, J., & Thomas, R. (2018). Work-related stress in a humanitarian context: A qualitative investigation. *Disasters*, 42(4), 619–634. <https://doi.org/10.1111/disa.12278>
- Jacobson, J. M., Rothschild, A., Mirza, F., & Shapiro, M. (2013). Risk for burnout and compassion fatigue and potential for compassion satisfaction among clergy: Implications for social work and religious organizations. *Journal of Social Service Research*, 39(4), 455–468. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.744627>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.
- Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and compassion fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31(6), 396–405.
- Jarrad, R. A., & Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00272-9>
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432.

- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120.
- Kearney, M., & Weininger, R. (2011). Whole person self-care: Self-care from the inside out. In *Whole person care: A new paradigm for the 21st century*. (pp. 109–125). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9440-0>
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522–528. <https://doi.org/10.1111/jnu.12162>
- Kelly, Lesly. (2020). Burnout, compassion fatigue, and secondary trauma in nurses: Recognizing the occupational phenomenon and personal consequences of caregiving. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 73–80. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000293>
- Kerlinger, F. (1996). *Investigación del comportamiento* (McGraw Hill (ed.); 3ª).
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Kim, H. J., & Choi, H. (2012). Emergency nurses' professional quality of life: Compassion Satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress. *Journal of Korean Academy Nursing Administration*, 18(3), 320–328.
- Kim, K., Han, Y., & Kim, J.-S. (2014). Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nursing Ethics*, 22(4), 467–478. <https://doi.org/10.1177/0969733014538892>
- Kim, S. J., & Na, H. (2017). A study of the relationships between compassion fatigue, compassion satisfaction, depression, anxiety and sleep disorders among oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*, 17(2), 116–123. <https://doi.org/10.5388/aon.2017.17.2.116>
- Kim, S. S., Kaplowich, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27(3), 237–251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>

- Kinley, D. J., Lowry, H., Katz, C., Jacobi, F., Jassal, D. S., & Sareen, J. (2015). Depression and anxiety disorders and the link to physician diagnosed cardiac disease and metabolic risk factors. *General Hospital Psychiatry, 37*(4), 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.03.022>
- Kirkpatrick, A. J., Cantrell, M. A., & Smeltzer, S. C. (2017). A concept analysis of palliative care nursing: Advancing nursing theory. *Advances in Nursing Science, 40*(4), 356-369. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000187>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 9*(6), 873-879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing*. (2nd ed.). Routledge.
- Koh, M. Y. H., Hum, A. Y. M., Khoo, H. S., Ho, A. H. Y., Chong, P. H., Ong, W. Y., Ong, J., Neo, P. S. H., & Yong, W. C. (2020). Burnout and resilience after a decade in palliative care: What survivors have to teach us. A qualitative study of palliative care clinicians with more than 10 years of experience. *Journal of Pain and Symptom Management, 59*(1), 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.008>
- Kohlberg, L. (1984). *Psicología del desarrollo moral*. Desclée de Brouwer.
- Kolthoff, K. L., & Hickman, S. E. (2017). Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatric Nursing, 38*, 106-109.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice, 15*(15), 1-7. <https://doi.org/10.1177/1079063211409950>
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum, 35*(6), 955-959. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.955-959>
- Laor-Maayany, R., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Bar-Sela, G., Engler-Gross, A., & Braun, M. (2020). Compassion fatigue among oncologists: The role of

- grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. *Supportive Care in Cancer*, 2025–2031. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00520-019-05009-3>
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100–1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Lartey, S., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: A systemic review. *Journal of Nurse Management*, 22, 1027–1041. <https://doi.org/10.1111/jonm.12105>
- Laverdière, O., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2019). Clinicians' empathy and professional quality of life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(2), 49–52. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000927>
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lee, Y., Medford, A. R., & Halim, A. J. (2015). Burnout in physicians. *Journal of the Royal College of Physicians or Edinburgh*, 45(2), 104–107.
- Lee, Y., & Seomung, G. (2016). Role of compassion competence among clinical nurses in professional quality of life. *International Nursing Review*, 63(3), 381–387. <https://doi.org/10.1111/inr.12295>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of work life: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. Perrew & C. D. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being: Vol. 3, Emotional and physiological processes and positive intervention strategies* (pp. 91–134). JAI Press/Elsevier.
- Leiter, Michael P, & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9(3), 229–243. <https://doi.org/10.1080/10615809608249404>
- Lester, D. (1990). The collett-lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14(5), 451–468. <https://doi.org/10.1080/07481189008252385>
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 37–46.

- Lipps, T. (1903). Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindung. *Archiv Für Die Gesamte Psychologie*, 1, 465–519.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42–55.
- Lluch, M. T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 1, 23–26. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2015.1.23>
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
- López-Pérez, B. (2012). *Caracterización de la experiencia emocional vicaria inducida por la percepción de necesidad: Compasión, ternura y estrés*. Universidad Autónoma de Madrid: Madrid.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Abad-García, F. J. (2008). *TECA. Test de empatía cognitiva y afectiva*. (T. Ediciones (ed.)). TEA Ediciones.
- López, M. B., Filippetti, V. A., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: Desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 32(1), 37–51. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: A Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125–2134. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x>
- Makic, M. B. F. (2015). Taking care of the caregiver: Compassion satisfaction and compassion fatigue. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(6), 546–547. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.09.006>
- Maldonado, G., & Greenland, S. (1993). Simulation study of confounder-selection strategies. *American Journal of Epidemiology*, 138(11), 923–936.
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2017). The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256–270.

- <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284516>
- Manzano, G., & Ayala, J. C. (2012). Emotional exhaustion of nursing staff: Influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*, 59(1), 101–107. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x>
- Marchán Espinosa, S. (2016). Coping of the nursing professional with the death of patients in units of palliative and oncology. *Nure Investigación*, 13(82), 1–12. [https://doi.org/S0163-6383\(08\)00086-6](https://doi.org/S0163-6383(08)00086-6) [pii]\r10.1016/j.infbeh.2008.10.002
- Marrero, C. M., & García, A. M. (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Revista Ene de Enfermería*, 13(2), 1–13.
- Martin, C., & Salovey, P. (1996). Death attitudes and self-reported health-relevant behaviors. *Journal of Health Psychology*, 1(4), 441–453. <https://doi.org/10.1177/135910539600100403>
- Martín, R. A. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41(1), 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.02.001>
- Martínez, A. S. (2014). *Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. universitat de les Illes Balears.
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome* (pp. 30–53). London House.
- Mason, V. M., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: A pilot study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 215–225. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000056>
- Maza, M., Zavala, M., & Escobar, J. M. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 39–48. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–147.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., & Martin, T. A. (2005). The NEO PI-3: A more readable revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84(3),

261–270.

- McCrae, Robert R., & Costa, P. T. (2007). Brief Version of the NEO-PI-3. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 116–128. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.116>
- McDougall, W. (1908). *An Introduction to social psychology*. London: Methuen.
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12–19.
- McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff*, 2(30), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega: Journal of Death and Dying*, 60(2), 103–128. <https://doi.org/10.2190/OM.60.2.a>
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525–543.
- Melvin, C. S. (2012). Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring for the dying? *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 606–611. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.12.606>
- Menard, S. (2002). *Applied logistic regression analysis*. Sage.
- Merlo, E. M., McNabney, S. M., Frisone, F., Sicari, F., Paunica, M., Motofei, C., & Settineri, S. (2020). Compassion and suppression in caregivers: Twin masks of tragedy and joy of caring. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 7(1), 61–68. <https://doi.org/10.22543/7674.71.P6168>
- Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2004). Anxiety and

- depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(1), 65–70. <https://doi.org/10.1080/08039480310000824>
- Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying regression and correlation. A guide for students and researchers*. Sage.
- Miller, K. I., Stiff, J. B., & Ellis, B. H. (1988). Communication and empathy as precursors to burn-out among human service workers. *Communication Research*, 55(9), 336–341.
- Mok, E., Wai, & Kam-yuet, F. (2002). The issue of death and dying: Employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 22(4), 319–329. <https://doi.org/10.1054/nedt.2001.0708>
- Montilla, J. M., & Kromrey, J. (2010). Robustez de las pruebas T en comparación de medias, ante violación de supuestos de normalidad y homocedasticidad. *Ciencia e Ingeniería*, 31(2), 101–108.
- Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A Preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158–163. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000284>
- Morán, C. (2004). Factores de personalidad que influyen en la satisfacción en el trabajo. *Capital Humano*, 84–90.
- Morante, M. E., Moreno-Jiménez, B., & Rodríguez, A. (2005). Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción por Compasión IV (versión español). In *ProQOL.org* (Vol. 1, Issue c).
- Moreno Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Rodríguez Carvajal, R., & Rodríguez Muñoz, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: El efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1), 124–130. [https://doi.org/10.1016/0925-4439\(95\)00003-m](https://doi.org/10.1016/0925-4439(95)00003-m)
- Moya-Albiol, L., Herrero, N., & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revista de Neurología*, 50(2), 89–100.
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de

- salud mental positiva: Revisión sistemática. *Pan American Journal of Public Health*, 39(3), 166–173.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney-Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267–277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practice in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57–68.
- Newell, Jason M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(3), 306–313. <https://doi.org/10.1177/1524838015584365>
- Nielsen, H. G., & Tulinius, C. (2009). Preventing burnout among general practitioners: Is there a possible route? *Education for Primary Care*, 20(5), 353–359. <https://doi.org/10.1080/14739879.2009.11493817>
- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013(1), 37–44.
- Nolte, A., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4364–4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13766>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson

- Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., & Gerhart, J. (2018). Compassion fatigue among palliative care clinicians: Findings on personality factors and years of service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 1-5. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695>
- Oceja, L. V., & Jiménez, I. (2007). Beyond egoism and group identity: Empathy toward the other and awareness of others in a social dilemma. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 369-379.
- Ochoa, C., Castejón, V., & Blanco, E. C. S. I. (2013). Crecimiento post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos . ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31(1), 81-92.
- Ogińska-Bulik, N. (2018). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care. The role of psychological resilience. *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 27(3), 196-210. <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78713>
- Organización Mundial de la Salud, O. (1948). *Constitución de la OMS: principios*. <https://www.who.int/about/mission/es/>
- Organización Mundial de la Salud, O. (2005). *Promoting mental health*. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Sustainability (Switzerland)*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.3390/SU12010072>
- Ortega, C. y, & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160. [https://doi.org/10.1016/S0920-3796\(02\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0920-3796(02)00052-2)
- Osler, W. (1963). *Aequanimitas*. Noton.
- Padrón Acosta, L. (2014). Diferentes maneras de afrontar la muerte. Estudiantes y

- profesionales de enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 37(1), 26–29.
- Palestini, L., Prati, G., Pietrantoni, L., & Cicognani, E. (2009). La qualità della vita professionale nel lavoro di soccorso: Un contributo alla validazione italiana della Professional quality of life scale (ProQOL). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15(2), 205–227.
- Pascual, M. C. (2011a). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Nure Investigación*, 8(50), 1–12.
- Pascual, M. C. (2011b). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.01.004>
- Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapist: Ameliorating vicarious traumatization. In B Hundall Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (pp. 51–64). Sidram Press.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious victimization in psychotherapy with incest survivors*. Norton and Company.
- Pelechano, V. (1996). *Psicología de la personalidad*. Ariel.
- Perdigon, A. G. C., & Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: Un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 485–500. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312015000200009>
- Pérez-Albéniz, A., de Paúl, J., Etxeberría, J., Montes, M. P., & Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267–272.
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Martos, A., & Gázquez, J. J. (2019). Burnout and engagement: Personality profiles in nursing professionals. *Journal of Clinical Medicine*, 8(286), 1–14. <https://doi.org/10.3390/jcm8030286>
- Pérez, J., & Fidalgo, M. (1995). *Job satisfaction: Overall job satisfaction scale*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecni>

cas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf

- Perry, B. (2008). Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 18(2), 87–92. <https://doi.org/10.5737/1181912x1828792>
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(2), 91–97. <https://doi.org/10.5737/1181912x2129197>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466–480. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Phelps, A., Lloyd, D., Creamer, M., & Forbes, D. (2009). Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*, 18(3), 313–330. <https://doi.org/10.1080/10926770902835899>
- Pierce, B., Dougherty, C. E., Panzarella, T., Le, L. W., Rodin, G., & Zimmermann, C. (2007). Staff stress, work satisfaction, and death attitudes on an oncology palliative care unit, and on a medical and radiation oncology inpatient unit. *Journal of Palliative Care*, 23(1), 32–39. <https://doi.org/10.1177/082585970702300105>
- Portoghese, I., Galletta, M., Larkin, P., Sardo, S., Campagna, M., Finco, G., & D'aloja, E. (2020). Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: A daily diary study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0531-5>
- Potter, P., Deshields, T., & Berger, J. A. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 180–187. https://pdfs.semanticscholar.org/c488/96771590bca8b925aa1c4c7afae5b8341c54.pdf?_ga=2.175447010.1334344439.1548869192-1520628712.1548869192
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56–62. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62>

- Powell, M. J., Froggatt, K., & Giga, S. (2020). Resilience in inpatient palliative care nursing: A qualitative systematic review. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 10(1), 79–90. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001693>
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1–20. <https://doi.org/10.1017/S0140525X02000018>
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207–214. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
- Radney, M., & Figley, C. R. (2007). The social of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207–214. <https://doi.org/10.1007/s10618-007-0087-3>
- Rameson, L. T., & Lieberman, M. D. (2009). Empathy: A social cognitive neuroscience approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(1), 94–110. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00154.x>
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255–267. <https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (1992). *Designing and conducting survey research*. Jossey-Bass.
- Real Academia Española. (n.d.). *Diccionario de la lengua española*. Real Academia Española (RAE). <https://dle.rae.es>
- Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L., & Hegney, D. G. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: The international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in Psychology*, 6(73), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00073>
- Reiser, V. L., & Gonzalez, J. F. Z. (2020). Confronting compassion fatigue in oncology nurses. *Nursing*, 50(5), 54–60.

- <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000659332.20270.6c>
- Reker, G. T., & Wong, P. T. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: The Perceived Well-Being Scale (PWB). *Canadian Journal on Aging*, 3(1), 23–32. <https://doi.org/10.1017/S0714980800006437>
- Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 323–339. <https://es.scribd.com/doc/190487158/Empatia-Hoffman>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Roberts, S. B., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Figley, C. R. (2003). Compassion fatigue among chaplains, clergy and other responders after September 11th. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(11), 756–758. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000095129.50042.30>
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science* (Vol. 3, pp. 184–256). McGraw Hill. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Roney, L., & Acri, M. (2018). The cost of caring: An exploration of compassion fatigue, compassion satisfaction, and job satisfaction in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.16>
- Rosenberg, M., Hovland, C., McGuire, W., Abelson, R., & Brehm, J. (1960). *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components*. Yale University Press.
- Rothschild, B., & Rand, M. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. Norton and Company.
- Royuela, A., & Macías, J. A. (1997). Calidad de sueño en pacientes ansiosos y depresivos. Versión española del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. *Psiquiatría Biológica*, 4(6), 225–230.
- Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1253–1265. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041253>
- Sabery, M., Hosseini, M., Zagheri Tafreshi, M., Mohtashami, J., & Ebadi, A. (2017). Concept development of “compassion fatigue” in clinical nurses: Application of Schwartz-Barcott and Kim’s hybrid model. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 2(1), 37–47. <https://doi.org/10.9741/23736658.1057>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), Manuscript 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12(3), 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00562.x>
- Sacco, T. L., Cieurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32–42. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, 53, 76–83. <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiró, J. M., & Grau, R. (2000). Desde el “burnout” al “engagement”: ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 16, 117–134.
- Samson, T., Iecovich, E., & Shvartzman, P. (2016). Psychometric characteristics of the hebrew version of the Professional- Quality-of-Life Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 575–581. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.03.019>
- Samson, T., & Shvartzman, P. (2018). Association between level of exposure to death and dying and professional quality of life among palliative care workers. *Palliative Support Care*, 16(4), 442–451. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000487>
- Sansó, N. (2014). Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Variables moduladoras y consecuentes. [Universidad de las Islas Baleares: Islas Baleares]. In *Tesis Doctoral*.

- <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18406.63044>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Santiago, J., Bernaras, E., & Jaureguizar, J. (2020). Salud Mental Positiva: del concepto al constructo. Evolución histórica y revisión de teorías. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, 7, 115–121.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *Burnout Inventory Manual* (30th ed.). Consulting Psychologists Press.
- Schmidt-Riovalle, J. (2007). *Validación de la versión española de la Escala de Bungen de Afrontamiento de la Muerte y del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención* [Universidad de Granada: Granada]. <https://doi.org/10.1017/S1041610200006906>
- Schminder, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Bühner, M. (2010). Is it really robust? Reinvestigating the robustness of ANOVA against violations of the normal distribution assumption. *European Research Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 6(4), 147–151.
- Secor, C. M. (2015). *Compassion fatigue: A concept analysis*. Sophia, the St. Catherine University, St. Paul, Minnesota.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon & Schuster.
- Seligman, M. E. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16, 126–127.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon & Schuster.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An

- introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shahar, I., Asher, I., & Ben Natan, M. (2019). Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nursing and Health Sciences*, 21(3), 291–296.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.12594>
- Sheppard, K. (2015). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 28(1), 57–59.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.10.007>
- Sheppard, K. (2016). Compassion fatigue: Are you at risk? *Journal of American Nurse Today*, 11(1), 53–55.
- Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2015). What comes first, job burnout or secondary traumatic stress? Findings from two longitudinal studies from the U.S. and Poland. *PLoS ONE*, 10(8), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136730>
- Shorter, M., & Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159–167.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x>
- Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress among oncology social workers: Protecting compassion and fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 1–14. https://doi.org/10.1300/J077v23n04_01
- Sinclair, S., Hack, T. F., Raffin-Bouchal, S., McClement, S., Stajduhar, K., Singh, P., Hagen, N. A., Sinnarajah, A., & Chochinov, H. M. (2018). What are healthcare providers' understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: A grounded theory study of healthcare providers in Canada. *BMJ Open*, 8(3), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019701>
- Sinclair, S., Jaggi, P., Hack, T. F., McClement, S. E., Raffin-Bouchal, S., & Singh, P. (2018). Assessing the credibility and transferability of the patient compassion

- model in non-cancer palliative populations. *BMC Palliative Care*, 17(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0358-5>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15, 6.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Singh, J., Karanika-Murray, M., Baguley, T., & Hudson, J. (2020). A systematic review of job demands and resources associated with compassion fatigue in mental health professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6987). <https://doi.org/10.3390/ijerph17196987>
- Slatten, L. A., Carson, K. D., & Carson, P. P. (2011). Compassion fatigue and burnout: What nurse managers should know. *Health Care Management*, 30, 325-333. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e31823511f7>
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A., & Kazanjian, A. (2011). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing and Health Sciences*, 16(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/nhs.12068>
- Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M., & García Izquierdo, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>

- Somoray, K., Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2017). The impact of personality and workplace belongingness on mental health workers' professional quality of life. *Australian Psychologist*, 52(1), 52-60. <https://doi.org/10.1111/ap.12182>
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456-465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2017). An evolutionary concept analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 557-563. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jnu.12312>
- Souza e Souza, L. P., Mota Ribeiro, J., Barbosa Rosa, R., Ribeiro Gonçalves, R. C., Oliveira e Silva, C. S., & Barbosa, D. A. (2013). La muerte y el proceso de morir: Sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 12(4), 222-229. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.163241>
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C.R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. (pp. 107-119). Brunner/Routledge.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual. The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/secondary trauma scales*. Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2010). *ProQOL Concise Manual, 2nd Edition*. <https://doi.org/ProQOL.org>.
- Stamm, B. H., & Figley, C. R. (1996). *Compassion Satisfaction and Fatigue test*. <http://www.isu.edu/bstamm/tests.htm>
- Stamm, B. H., Varra, E. M., Pearlman, L. A., & Giller, E. (2002). *The helper's*

- power to heal and to be hurt - or helped - by trying .*
- Strang, S., Henoeh, I., Danielson, E., Brovall, M., & Melin-Johanson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death. Nurses' reflections on content, process and mesaning. *Psychooncology*, 23(5), 562-568. <https://doi.org/10.1002/pon.3456>
- Taylor, S. (2002). Moral fatigue - A nursing perspective. *Bioethics Forum*, 18(1-2), 37-43.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F., Sugihara, G., Murai, T., & Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 3(4), e393. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.34>
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Thirioux, B., Mercier, M. R., Blanke, O., & Berthoz, A. (2014). The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: An electrical neuroimaging study on self-other interaction. *Neuroscience*, 267(May), 286-306. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2014.02.024>
- Thirioux, Bérangère, Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neurophenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, 7(MAY), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763>
- Todaro-Franceski, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing*. Springer. [https://books.google.es/books?id=Au1zDwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=FNf3UMMAYb&dq=Compassion fatigue and burnout in nursing&lr&hl=es&pg=PA31#v=onepage&q=Compassion fatigue and burnout in nursing&f=false](https://books.google.es/books?id=Au1zDwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=FNf3UMMAYb&dq=Compassion+fatigue+and+burnout+in+nursing&lr&hl=es&pg=PA31#v=onepage&q=Compassion+fatigue+and+burnout+in+nursing&f=false)
- Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enferm Científ*, 246-247, 42-47.

- Tomás-Sábado, J., & Gómez, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279.
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172-185. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>
- Valencia Lara, S. C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241-257. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v2n2/v2n2a06.pdf>
- Van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18(5), 672-685. <https://doi.org/10.1177/0969733011403556>
- Van Mol, M. M. C., Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J., Nijkamp, M. D., & Seedat, S. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 10(8), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>
- Vivino, B. L., Thompson, B. J., Hill, C. E., & Ladany, N. (2009). Compassion in psychotherapy: The perspective of therapists nominated as compassionate. *Psychotherapy Research*, 19(2), 157-171. <https://doi.org/10.1080/10503300902430681>
- Wakefield, A. (2000). Nurses' responses to death and dying: A need for relentless self-care. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(5), 245-251.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.3.290>
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.
- Wear, D., & Zarconi, J. (2008). Can compassion be taught? Let's ask our students. *Journal of General Internal Medicine*, 23(7), 948-953. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0501-0>. 68.
- Wentzel, D. L., & Brysiewicz, P. (2018). A survey of compassion satisfaction,

- burnout and compassion fatigue in nurses practicing in three oncology departments in Durban, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 8, 82-86.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.03.004>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. In *Burnout Research* (Vol. 6, pp. 18-29).
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook. Research, Instrumentation, and Application* (pp. 121-148). Taylor & Francis.
- Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Paidós.
- World Health Organization, W. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo: 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.
<https://www.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Wu, J. M., Zhang, Y.-Y., Yang, Y., & Xu, Y. (2014). Evaluation of reliability and validity of Chinese version of Professional Quality of Life Scale for nurses. *Journal of Shanghai Jiaotong University*, 34, 1281-1285.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-8115.2014.09.005>
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E161-E169.
<https://doi.org/10.1188/16.ONF.E161-E169>
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>
- Young, J., Derr, D., Cicchillo, V., & Bressler, S. (2011). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(3), 227-234.
<https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31821c67d5>
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion

- fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>
- Zambrano-Cruz, R. (2011). Revisión sistemática del Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI). *Psicología Desde El Caribe. Universidad Del Norte*, 27, 179–198.
- Zanatta, F., Maffoni, M., & Giardini, A. (2020). Resilience in palliative healthcare professionals: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 971–978. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05194-1>
- Zhang, Y.-Y., Han, W.-L., Qin, W., Yin, H.-X., Zhang, C.-F., Kong, C., & Wang, L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810–819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>
- Zhang, Y., Zhang, C., Han, X.-R., Li, W., & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. *Medicine*, 97(26), e11086. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>
- Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013>
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

ANEXOS

ANEXO 1: Visto Bueno del Comité de Ética de Euskadi



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DE EUSKADI (CEIm-E)

Arantza Hernández Gil
Secretaria del CEIm de Euskadi (CEIm-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE ONCOLOGÍA, CUIDADOS PALIATIVOS Y CUIDADOS CRÍTICOS DEL SERVICIO VASCO DE SALUD/OSAKIDETZA**, Código interno: PI2018066

Versión del Protocolo: versión 1 de 25 de abril de 2018

Y que este Comité reunido el día 30/05/2018 (recogido en Acta 05/2018) ha decidido emitir **informe favorable** a que dicho proyecto sea realizado por el siguiente personal investigador:

- Silvia Arribas García *Universidad del País Vasco UPV/EHU* (Coordinadora)
- Elena Uranga Garciaarena *OST Donostialdea*
- Verónica Tiscar *OST Bilbao-Basurto*
- Regina Igartua *Hospital de Gorliz*
- Luis Martínez Martínez *Hospital de Santa Marina*
- Vanesa Regúlez Campo *OST Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces*
- Estibaliz Cristóbal Domínguez *OST Araba*

Lo que firmo en Vitoria, a 14 de junio de 2018

ARANTZAZU
HERNANDEZ GIL

Arantza Hernández Gil
Secretaria del CEIm de Euskadi (CEIm-E)

El presente documento es una copia impresa de un documento electrónico. Para más información consulte el sitio web de Euskadi.eus. Este documento es una copia impresa de un documento electrónico. Para más información consulte el sitio web de Euskadi.eus.

Nota: Una vez comenzado el estudio, se recuerda la obligación de enviar un **informe de seguimiento anual** y el **informe final** que incluya los resultados del estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente). Más información en la página web del CEIm-E:

<http://www.euskadi.eus/comite-etico-investigacion-con-medicamentos/>

ANEXO 2: Carta de Presentación del Proyecto

En el ámbito asistencial el personal de enfermería está en contacto constante con las situaciones traumáticas de las personas a las que atiende, puesto que ayudar a los demás le pone en contacto directo con la vida tanto de la persona enferma como de sus familiares.

Como usted seguramente habrá comprobado, su empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Como profesional de enfermería que es, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus experiencias.

Mi nombre es Silvia Arribas García y estoy realizando la tesis doctoral sobre la temática recogida en el título del presente dossier, bajo la dirección de las doctoras Joana Jauregizar y Elena Bernarás, del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea).

Las respuestas que usted dé formarán parte de la investigación que estoy llevando a cabo. Recuerde que no hay respuestas mejores o peores, todas son correctas, puesto que describen su experiencia y sus recursos de manejo. Por ello, resulta realmente importante que se asegure de contestar a todas las cuestiones que se le plantean a continuación.

Como podrá comprobar, el cuestionario es completamente **anónimo**, asegurando la **confidencialidad**. Entre los datos que se le piden no se incluye ninguno que pueda identificarle. Los relativos a la localización de su trabajo son necesarios para poder realizar posteriormente el análisis diferencial. Asimismo, el procesamiento de respuestas se realizará por profesionales ajenos a Osakidetza. La investigación cuenta, además, con el visto bueno del CEIC de Euskadi.

Cuando complete el dossier, insértelo por favor en el sobre que se le ha facilitado y entrégueselo al supervisor/a de la unidad.

Si tuviera usted cualquier duda, puede ponerse en contacto conmigo a través de los siguientes medios:

Teléfono: XXXXXXXXXX

Dirección de correo electrónico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Muchas gracias de antemano por su interés y su colaboración.

ANEXO 3: Dossier de Pruebas Autoaplicadas

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES

Por favor, rellene los siguientes datos.

Sexo:

hombre

mujer

Edad:

18-25 años

26-45 años

46-65 años

Categoría profesional:

Diplomado o
Graduado en
Enfermería

Técnico en Cuidados
Auxiliares Enfermeros

Unidad en la que trabaja:

Hospital en el que trabaja:

Provincia:

Bizkaia

Araba

Gipuzkoa

Estudios previos relacionados con la muerte o los cuidados paliativos:

Sí

No

Tiempo trabajado en el ámbito asistencial:

< 1 año

1-5 años

> 5 años

EJERCICIO 1.

Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo a su situación actual, reflejando la **experiencia profesional** más frecuente para usted en el **último mes**. Marque la respuesta con una X en la casilla correspondiente.

	nunca	rara vez	a veces	con frecuencia	muy frecuentemente
1. Soy feliz					
2. Estoy preocupado/a por una o más personas a las que ayudo o he ayudado					
3. Me satisface ser capaz de ayudar a la gente					
4. Me siento vinculado/a a otras personas, con ocasión de mi trabajo					
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados					
6. Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que ayudo/he ayudado					
7. Me cuesta separar mi vida personal de mi vida profesional					
8. Mi productividad en el trabajo disminuye debido a que pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado o ayudo					
9. Creo que puedo estar afectado /a por el estrés traumático de las personas a las que he ayudado o ayudo					
10. Me siento "atrapado/a " por mi trabajo					
11. Debido a mi profesión me he sentido "al límite" respecto a diversas cosas					
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente					
13. Me siento deprimido/a a debido a las experiencias traumáticas de las personas a las que ayudo					
14. Me siento como si estuviera viviendo el trauma de alguien a quien he ayudado					
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional					
16. Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia					
17. Soy la persona que siempre he querido ser					
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a					
19. Me siento agotado/a como consecuencia de mi trabajo					

20. Tengo pensamientos y sentimientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado/ayudo y sobre cómo he podido ayudarlas					
21. Me siento abrumado/a porque la carga de los casos de mi trabajo parece no tener fin					
22. Creo que puedo cambiar cosas gracias a mi trabajo					
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de personas a las que he ayudado/ayudo					
24. Me siento orgulloso/a de lo que puedo hacer para ayudar gracias a mi trabajo					
25. Como resultado de mi trabajo, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados					
26. Me siento “estancado/a” por el sistema					
27. Considero que soy un/a buen/a profesional					
28. No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma (experiencias traumáticas)					
29. Soy una persona muy solícita de cara a ayudar a la gente					
30. Estoy feliz por haber elegido esta profesión					

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS
PREGUNTAS ANTES DE CONTINUAR**

A partir de este punto, todas las cuestiones se referirán a usted en una dimensión más amplia que su experiencia profesional, por lo que conteste a ellas, por favor, marcando en cada caso la respuesta que mejor le describa con una X.

EJERCICIO 2.

	En total desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni sí ni no	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Sé adaptarme a los cambios					
2. Puedo manejar cualquier situación					
3. Veo el lado positivo de las cosas					
4. Me puedo manejar bien a pesar de la presión o el estrés					
5. Después de un grave contratempo suelo “volver a la carga”					
6. Consigo alcanzar mis metas a pesar de las dificultades					
7. Puedo mantener la concentración bajo presión					
8. Dificilmente me desanimo por los fracasos					
9. Me defino como una persona fuerte					
10. Puedo manejar los sentimientos desagradables					

EJERCICIO 3.

	En total desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni sí ni no	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo me siento inferior a los demás					
2. Soy una persona alegre y animosa					
3. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación					
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente					
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme					
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso					
7. Disfruto mucho hablando con la gente					
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí					
9. A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero					
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada					
11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores					

	En total desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni sí ni no	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente					
13. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales					
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero					
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas					
16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada					
17. No me considero especialmente alegre					
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza					
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear					
20. Tengo mucha auto-disciplina					
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza					
22. Me gusta tener mucha gente alrededor					
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas					
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar					
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias					
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar					
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas					
28. Tengo mucha fantasía					
29. Mi primera reacción es confiar en la gente					
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez					
31. A menudo me siento tenso/a e inquieto/a					
32. Soy una persona muy activa					
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades					
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío/a y calculador/a					
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago					
36. A veces me he sentido amargado/a y resentido/a					
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros					

	En total desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni sí ni no	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana					
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana					
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo					
41. Soy bastante estable emocionalmente					
42. Huyo de las multitudes					
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas					
44. Trato de ser humilde					
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo					
46. Rara vez estoy triste o deprimido/a					
47. A veces reboso felicidad					
48. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos					
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna					
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso					
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento					
52. Me gusta estar donde está la acción					
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países					
54. Puedo ser una persona sarcástica y mordaz si es necesario					
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna					
56. Es difícil que yo pierda los estribos					
57. No me gusta mucho charlar con la gente					
58. Rara vez experimento emociones fuertes					
59. Los mendigos no me inspiran simpatía					
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer					

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS ANTES DE CONTINUAR. ES IMPORTANTE QUE NO QUEDE NINGUNA CUESTIÓN SIN RESPONDER.

EJERCICIO 4.

	En total desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni sí ni no	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me resulta fácil darme cuenta de las intenciones de las personas que me rodean					
2. Me siento bien si los demás se divierten					
3. No me pongo triste sólo porque un amigo/a lo esté					
4. Si un amigo/a consigue un trabajo muy deseado, me entusiasmo con él/ella					
5. Me afectan demasiado los programas de sucesos					
6. Antes de tomar una decisión intento tener en cuenta todos los puntos de vista					
7. Rara vez reconozco cómo se sienten una persona con sólo mirarla					
8. Me afecta poco escuchar desgracias sobre personas desconocidas					
9. Me hace ilusión ver que un amigo/a nuevo se encuentra a gusto en nuestro grupo					
10. Me es difícil entender cómo se siente una persona ante una situación que no he vivido					
11. Cuando un amigo/a se ha portado mal conmigo intento entender sus motivos					
12. Salvo que se trate de algo muy grave, me cuesta llorar con lo que les sucede a otras personas					
13. Reconozco fácilmente cuándo alguien está de mal humor					
14. No siempre me doy cuenta cuando la persona que tengo al lado se siente mal					
15. Intento ponerme en el lugar de los demás para saber cómo actuarán					
16. Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría					
17. Si tengo una opinión formada no presto mucha atención a los argumentos de los demás					
18. A veces sufro más con las desgracias de los demás que ellos/ellas mismos/as					
19. Me siento feliz sólo con ver felices a otras personas					
20. Cuando alguien tiene un problema intento imaginarme cómo me sentiría si estuviera en su piel					
21. No siento especial alegría si alguien me cuenta que ha tenido un golpe de suerte					

	En total desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni sí ni no	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
22. No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas					
23. Cuando conozco gente nueva me doy cuenta de la impresión que se han llevado de mí					
24. Cuando mis amigos me cuentan que les va bien, no le doy mucha importancia					
25. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otras personas					
26. Entender cómo se siente otra persona es algo muy fácil para mí					
27. No soy de esas personas que se deprimen con los problemas ajenos					
28. Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva					
29. Me considero una persona fría porque no me conmuevo fácilmente					
30. Me doy cuenta cuando las personas cercanas a mí están especialmente contentas sin que me hayan contado el motivo					
31. Me resulta difícil ponerme en el lugar de personas con las que no estoy de acuerdo					
32. Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos					

EJERCICIO 5.

	En total desacuerdo	2	3	Ni sí ni no	5	6	Totalmente de acuerdo
1. La muerte es sin duda una experiencia horrible							
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta en mí ansiedad							
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte							
4. Creo que iré al cielo cuando muera							
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones							
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable							

7. Me trastorna la finalidad de la muerte								
8. La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva								
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible								
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo								
11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento								
12. Siempre intento no pensar en la muerte								
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo								
14. La muerte es un aspecto natural de la vida								
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna								
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa								
17. No temería a la muerte ni le daría la bienvenida								
18. Tengo un miedo intenso a la muerte								
19. Evito totalmente pensar en la muerte								
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho								
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco								
22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir								
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal								
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida								
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito								
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte								
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma								
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma								
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida								
30. La muerte no es ni buena ni mala								
31. Espero una vida después de la muerte								
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte								

HA TERMINADO. POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES. DESPUÉS, INTRODÚZCALO EN EL SOBRE Y DEPOSÍTELO EN LA URNA DISPUESTA A TAL EFECTO EN EL DESPACHO DE SU SUPERVISORA.

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

