



## ORIGINALES

### Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: estudio descriptivo y correlacional

Compassion satisfaction and compassion fatigue in oncology nursing staff: descriptive and correlational study

Silvia Arribas-García <sup>1</sup>  
Joana Jaureguizar Alboniga-Mayor <sup>1</sup>  
Elena Bernarás Iturrioz <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Educación de Bilbao. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad del País Vasco. Leioa. España. [silvia\\_arribas@ehu.eus](mailto:silvia_arribas@ehu.eus)

<sup>2</sup> Facultad de Educación, Filosofía y Antropología. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad del País Vasco. Donostia. España.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>

Recibido: 4/03/2020

Aceptado: 4/07/2020

#### RESUMEN:

**Objetivos:** (1) Conocer la percepción de Satisfacción y Fatiga por Compasión del personal de Enfermería de oncología; (2) estudiar la correlación entre variables sociodemográficas, profesionales y adaptativas (resiliencia, actitudes ante la muerte y personalidad) y la Satisfacción y Fatiga por Compasión y, (3) identificar variables predictoras para ambas dimensiones.

**Método:** Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. 69 enfermeras (62.7%) y 41 técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (37.3%) de los servicios de Oncología de Bizkaia (Servicio Vasco de Salud) dieron respuesta al ProQOL-V, CD-RISC-10, PRAM y NEO-FFI-3. Los datos se recogieron entre septiembre 2018 y marzo 2019. El estudio estadístico con el SPSS.22 implicó pruebas chi cuadrado, comparación de medias, correlación de Pearson y regresión logística multivariante.

**Resultados:** El 66.4% ( $n=73$ ) presentó alta Satisfacción, y el 41.8% ( $n=46$ ) se situó en niveles moderados de Fatiga por Compasión. Las personas con estudios previos sobre la muerte y/o duelo se percibieron más satisfechas. La Satisfacción estableció correlaciones más fuertes con resiliencia y extroversión, y la Fatiga lo hizo con neuroticismo y resiliencia. Emergieron 4 variables predictoras para

escape ante la muerte, neuroticismo y apertura.

**Conclusiones:** La alta relación hallada entre la formación y la resiliencia con la Satisfacción por Compasión puede servir de guía a las instituciones académicas y asistenciales para orientar estrategias formativas, preventivas e interventivas que permitan dotar a los equipos de enfermería oncológica de recursos que les permitan optimizar la percepción sobre su rol de cuidado.

**Palabras clave:** Satisfacción por compasión, Fatiga por compasión, enfermería oncológica, resiliencia, actitudes ante la muerte, personalidad.

#### ABSTRACT:

**Objectives:** (1) To determine the perception of Compassion Satisfaction and Fatigue of oncology nursing staff; (2) to study the correlation between Compassion Satisfaction and Fatigue and

sociodemographic, professional and adaptive variables (resilience, attitudes toward death, personality); and (3) to identify predictors of the two dimensions.

**Method:** Descriptive, correlational, cross-sectional study. 69 nurses (62.7%) and 41 auxiliary care technicians (37.3%) from the Oncology Services in Biscay (Basque Health Service) completed the ProQOL-V, CD-RISC-10, DAP-R, and NEO-FFI-3. Data were collected between September 2018 and March 2019. The statistical analysis with SPSS.22 included chi-square tests, comparison of means, Pearson's correlation, and multivariate logistic regression.

**Results:** 66.4% (n=73) showed high Compassion Satisfaction, and 41.8% (n=46) were at moderate levels of Compassion Fatigue. People with prior studies related to death and/or grief were more satisfied. Compassion Satisfaction had stronger correlations with resilience and extroversion, and Compassion Fatigue did so with neuroticism and resilience. Four predictor variables emerged for Compassion Satisfaction: age, prior learning, resilience, and agreeableness; and four for Compassion Fatigue: attitudes of avoidance and escape concerning death, neuroticism, and openness.

**Conclusions:** The high relationship found between training and resilience with Compassion Satisfaction can serve as a guide for academic and health care institutions to orient training, preventive and interventional strategies to provide oncology nursing teams with resources that allow them to optimize their care role.

**Keywords:** Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, oncology nursing, resilience, attitudes towards death, personality.

## INTRODUCCIÓN

Cuidar a una persona enferma es una tarea muy compleja. Por un lado, por la tecnificación de muchos de los procedimientos requeridos y, por otro, por la enorme inversión emocional que realizan las personas que asumen el cuidado, máxime cuando el sufrimiento es alto y la mejoría es incierta o escasa. A principios del siglo pasado McDougall definió la emoción de ternura y el dolor compasivo como respuestas que podían aparecer en profesionales asistenciales ante la percepción de una emoción negativa intensa en otra persona<sup>(1)</sup>. A pesar de ello, el impacto emocional que el proceso de cuidado tiene sobre el personal de Enfermería ha sido asumido como natural durante mucho tiempo<sup>(2)</sup>. Esto ha facilitado que se pospusiera el estudio de sus efectos sobre el bienestar personal y profesional del colectivo enfermero, hasta la aparición del término fatiga por compasión<sup>(3)</sup>, posteriormente incluido dentro del constructo Calidad de Vida Profesional<sup>(4)</sup>.

Stamm<sup>(4)</sup> denominó Calidad de Vida Profesional a *la calidad que uno siente en relación a su trabajo como cuidador*, y desarrolló un instrumento denominado Professional Quality of Life Scale (ProQOL, actualmente en su versión V), para medirla. Este constructo abarcaría tanto vivencias positivas resultantes de percibir que el ayudar en sí mismo merece la pena (satisfacción por compasión, en adelante, SC), como vivencias negativas, que incluirían el *burnout* o síndrome de quemarse en el trabajo, y el estrés traumático secundario, con sintomatología comparable al Trastorno de Estrés Postraumático. Estas dos últimas dimensiones quedarían aunadas bajo la expresión fatiga por compasión. No obstante, la literatura opta por hablar de SC, de *burnout* y de fatiga por compasión, entendiendo por esta última el estrés traumático secundario (en adelante FC/ETS). Teniendo en cuenta que la investigación en torno al *burnout* es más abundante, el presente estudio centra su atención en el análisis de SC y FC/ETS, con el objetivo de aumentar el entendimiento sobre ambos procesos.

Precisamente el FC/ETS, junto con la SC, estaría presente únicamente en aquellas profesiones caracterizadas por el establecimiento de una relación de ayuda entre profesional y paciente, y sería consecuencia de entrar en contacto con la experiencia traumática experimentada por las personas enfermas. Circunscrita al ámbito de

Enfermería, ha sido definida como “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”<sup>(5)</sup>. En este sentido, la literatura recoge un perfil de profesional más propenso al desarrollo de la FC/ETS<sup>(6)</sup> y describe un estado de mayor vulnerabilidad física y emocional, así como disminución de la eficacia y eficiencia de los cuidados dados, reducción de la capacidad para empatizar y mayor riesgo de abandono de la profesión o cambio de unidad en aquellos profesionales que están en alto riesgo o que desarrollan FC/ETS<sup>(7,8)</sup>.

Enfermería es uno de los colectivos más estudiados a este respecto, en especial, aquel conjunto de profesionales que ejercen la asistencia en áreas oncológicas<sup>(9-12)</sup>. Aunque a nivel internacional son más abundantes, en España son pocos los estudios llevados a cabo con la escala ProQOL para valorar la percepción sobre la calidad de vida profesional. Sansó<sup>(13)</sup> trató de establecer, entre otras, la relación entre las habilidades de afrontamiento de la muerte y las tres dimensiones de la Calidad de Vida Profesional, en una muestra de 387 profesionales pertenecientes a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Los datos reflejan niveles moderados-altos de SC en el 95.7% de la muestra, mientras que el 79.5% obtuvo puntuaciones moderadas-altas de FC/ETS. El estudio no ofrece datos diferenciados por profesión, pero sí avala la hipótesis de que un correcto afrontamiento de la muerte predice positivamente la SC y negativamente la FC/ETS. Por su parte, Buceta<sup>(14)</sup> estudió la SC y el *burnout* en una muestra multidisciplinar de 480 profesionales sociosanitarios, en la que el personal de Enfermería representaba el 39.6% del total. Los resultados indican una mayor SC entre técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería. La vocación, la satisfacción con el rol de cuidado, la autoamabilidad y el *burnout* se erigieron como principales variables predictoras de SC. Finalmente, Arimon-Pagès et al.<sup>(9)</sup> estudiaron la relación de la SC y FC/ETS con la ansiedad en una muestra de 297 enfermeros y enfermeras de unidades oncológicas de Cataluña. Los datos reflejan que el 81.8% presentaba moderada-alta SC, mientras que el 88.6% obtuvo puntuaciones moderadas y altas para FC/ETS.

Stamm<sup>(4)</sup> establecía que la percepción del colectivo asistencial sobre su calidad de vida profesional se construye en torno a las características del medio de trabajo, las características personales de cada individuo y la exposición a traumas primarios y secundarios en el ámbito profesional. Por ello, parece interesante explorar y analizar la relación de las dimensiones SC y FC/ETS con distintas variables adaptativas y de personalidad. Así, algunos estudios han contemplado, entre otras, la resiliencia como mediadora necesaria en SC y FC/ETS, concluyendo que las personas más resilientes presentarían menos síntomas psicológicos negativos y mayor SC<sup>(15)</sup>. Por otra parte, dada la notable presencia que la posibilidad de la muerte tiene en las áreas oncológicas, parece lógico pensar que las actitudes que presenten los y las profesionales ante esta realidad se relacionarán con el valor emocional con el que doten su rol asistencial. En este sentido, algunos estudios explican la alta prevalencia de la dimensión evitación de la muerte desde la necesidad de los y las profesionales de construir una barrera de protección ante el impacto emocional<sup>(16)</sup>. Finalmente, si se contempla la relación entre los rasgos de personalidad y SC-FC/ETS, se han establecido correlaciones positivas entre la SC y los rasgos de extraversión, responsabilidad y amabilidad, así como entre la FC/ETS y el neuroticismo y la apertura<sup>(17,18)</sup>.

Conocer los factores que conducen a la FC/ETS no solo puede ayudar a desarrollar intervenciones que la prevengan, sino también a promocionar estrategias orientadas a fortalecer la SC. En este sentido, la aportación principal de este trabajo de investigación reside en generar una aproximación a modelos predictores de la FC/ETS y, sobre todo, de la SC. Este interés está sustentado por la convicción de que las personas que obtienen gratificación de su rol de cuidadoras conectan mejor con las personas enfermas y sus familias, y entienden más profunda y respetuosamente su situación. Además, son más capaces de desarrollar procesos óptimos de alianza terapéutica, aumentando así la adherencia de la persona enferma al tratamiento, y adquieren mayores niveles de compromiso con la profesión, reduciendo su deseo de abandono<sup>(14,19)</sup>.

En consonancia con todo lo anterior, los objetivos de esta investigación son: (1) explorar la SC y FC/ETS del personal de Enfermería de áreas oncológicas vizcaínas del Servicio Vasco de Salud y las posibles diferencias en función del sexo, edad y variables profesionales (categoría profesional, formación previa y tiempo trabajado); (2) analizar la relación existente entre la SC y FC/ETS y la resiliencia, las actitudes ante la muerte y la personalidad, y (3) obtener un modelo predictor para ambas dimensiones.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y correlacional, de corte transversal. La muestra, escogida por conveniencia, estuvo formada por 110 profesionales (65.09% de la plantilla) del equipo de Enfermería del área de Oncología de los Hospitales Universitarios de Basurto y Cruces, pertenecientes ambos al Servicio Vasco de Salud, demarcación geográfica de Bizkaia.

El estudio cumple con los valores éticos requeridos en la investigación con seres humanos, respetando los principios fundamentales incluidos en la Declaración de Helsinki: el derecho a información, la protección de los datos personales y las garantías de confidencialidad, no discriminación, gratuidad, voluntariedad y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética para las Investigaciones de Euskadi (CEIm-E PI2018066) y contó con los permisos de las Direcciones de Enfermería de cada uno de los centros. La información sobre el proyecto fue facilitada a través de numerosas reuniones mantenidas con la población diana del objeto del estudio, y fue reforzada mediante escrito anexo al dossier de pruebas de valoración. Los dossiers fueron repartidos en las unidades escogidas, junto con las instrucciones pertinentes para la cumplimentación de las pruebas, de carácter autoaplicado y anónimo. Una vez completados, debían ser introducidos en una urna opaca y cerrada. Desde su recogida, las pruebas han estado bajo correcta custodia y no han sido utilizadas para otro fin distinto al original. La recogida de datos abarcó de septiembre 2018 a marzo 2019. Todas las escalas e instrumentos de evaluación, enumerados a continuación, cuentan con adecuadas propiedades psicométricas. En cada caso, se reporta el  $\alpha$  de Cronbach obtenida en la presente investigación.

- *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales*. V (ProQOL V)<sup>(4)</sup>, en su versión validada en castellano<sup>(20)</sup>. Sistema de valoración multidimensional, consta de 30 ítems que deben ser respondidos en una escala tipo Likert donde 1 significa “nunca” y 5 “muy frecuentemente”. Están distribuidos en tres

escalas: satisfacción por compasión (por ejemplo, “Me gusta trabajar ayudando a la gente”), fatiga por compasión (entre otros, “Me cuesta separar mi vida personal de mi vida profesional”) y burnout (por ejemplo, “Me siento agotado/a como consecuencia de mi trabajo”). La prueba permite categorizar las puntuaciones en niveles alto, medio y bajo, ofreciendo además puntuaciones medias de comparación. Por escalas, el  $\alpha$  de Cronbach obtenido ha sido  $\alpha = .88$  para SC y  $\alpha = .83$  para FC/ETS.

- *Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, versión simplificada (CD-RISC)*<sup>(21)</sup>, en su versión española<sup>(22)</sup>. Esta escala, que aporta una medida global de resiliencia, consta de 10 ítems, que se responden a través de una escala Likert que va desde 0=En total desacuerdo a 4=Totalmente de acuerdo. Algunos ejemplos serían “Sé adaptarme a los cambios”, “Puedo mantener la concentración bajo presión” o “Consigo alcanzar mis metas a pesar de las dificultades”. El  $\alpha$  de Cronbach obtenido para esta prueba unidimensional ha sido de  $\alpha = .89$ .

- *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (PRAM)*<sup>(23)</sup>, en su versión validada al castellano<sup>(24)</sup>. Se trata de una escala multidimensional de actitudes ante la muerte, compuesta por 32 ítems, que son respondidos mediante una escala Likert, con siete opciones de respuesta que van desde 1=En total desacuerdo a 7=Totalmente de acuerdo. Plantea cinco factores: miedo a la muerte (por ejemplo, “Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte”), evitación de la muerte (por ejemplo, “Evito totalmente pensar en la muerte”), aceptación neutral (entre otros, “La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida”), aceptación de acercamiento (“Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito”) y aceptación de escape (como ejemplo, “Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida”). El  $\alpha$  de Cronbach obtenido para el total de la prueba ha sido de  $\alpha = .84$ . Por escalas,  $\alpha = .82$  para “miedo”,  $\alpha = .81$  para “evitación”,  $\alpha = .60$  para “aceptación neutral”,  $\alpha = .94$  para “aceptación de acercamiento” y  $\alpha = .81$  para “aceptación de escape”.

- *NEO Five Factor Inventory (NEO FFI 3)*<sup>(25)</sup>, en su versión validada en castellano<sup>(26)</sup>. Sistema de valoración multidimensional de la personalidad, consta de 60 ítems, respondidos a través de una escala Likert en la que 0=En total desacuerdo y 4=Totalmente de acuerdo. Aborda cinco factores: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Algunos ítems de muestra son “A menudo me siento inferior a los demás”, “Tiendo a pensar lo mejor de la gente” o “Disfruto mucho hablando con la gente”. El  $\alpha$  de Cronbach obtenido para el total de la prueba ha sido de  $\alpha = .73$ . Por escalas,  $\alpha = .83$  para “neuroticismo”,  $\alpha = .85$  para “extroversión”,  $\alpha = .75$  para “apertura”,  $\alpha = .72$  para “amabilidad” y  $\alpha = .76$  para “responsabilidad”.

- *Cuestionario ad-hoc para recoger información sobre el perfil sociodemográfico y profesional* de los y las participantes, incluyendo datos relacionados con el sexo, la edad, la categoría profesional, la formación previa relacionada con la temática de duelo, muerte y/o cuidados paliativos y el tiempo trabajado en el ámbito asistencial.

El procesamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0. En primer lugar, junto a las tablas de contingencia con pruebas chi cuadrado para las variables sociodemográficas y profesionales, se llevaron a cabo análisis de comparación de medias con la prueba *t* de Student para comparar SC y FC/ETS en función de las características sociodemográficas (sexo y edad) y profesionales de la muestra, como categoría profesional (enfermero/a vs técnicos en cuidados auxiliares de enfermería), tiempo

trabajado (más o menos de 5 años) y formación previa (con o sin formación previa). En segundo lugar, se efectuaron análisis de correlación de Pearson para comprobar la relación entre las dimensiones de SC y FC/ETS y otras variables adaptativas y de personalidad. Finalmente, se obtuvo un modelo predictor de SC y FC/ETS a través de análisis de regresión logística multivariante, siguiendo el método *intro*. Las variables SC y FC/ETS fueron contempladas dicotómicamente, desestimando el nivel bajo para SC y alto para FC/ETS en base a su  $n=1$ .

## RESULTADOS

El 62.7% ( $n=69$ ) de la muestra participante ejercía su labor asistencial como enfermero o enfermera (en adelante ENF), mientras que el 37.3% restante ( $n=41$ ) eran Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (en adelante TCAE). En cuanto a sexo, el 88.2% ( $n=97$ ) eran mujeres. En relación a la variable edad, inicialmente se habían establecido 3 franjas (18-25, 26-45, 46-65). Sin embargo, la franja inferior registró un porcentaje muy bajo de participantes, por lo que se decidió convertir la variable en dicotómica, estableciendo el punto de corte en 45 años, a fin de equilibrar la muestra y optimizar los análisis estadísticos. De esta manera, el 51.8% ( $n=57$ ) de los y las profesionales se situaban por debajo de 45 años, mientras que el 48.2% ( $n=53$ ) se ubicaron en la franja superior. Es interesante señalar la mayor juventud de ENF frente a TCAE, con un 66.7% ( $n=46$ ), frente al 26.8% ( $n=11$ ) de TCAE por debajo de 45 años, siendo estas diferencias estadísticamente significativas [ $\chi^2(1)=16.35$ ,  $p < .001$ ]. Así, la probabilidad de ser menor de 45 años es 5.46 veces mayor entre ENF que entre TCAE, con un intervalo de confianza al 95% de (2.32, 12.80).

En relación al tiempo de trabajo el 62.7% ( $n=69$ ) de la muestra llevaba más de 5 años en el ámbito asistencial [ $\chi^2(1)=18.01$ ,  $p < .001$ ], siendo además que a más edad, más años de trabajo [ $OR=6.26$  (2.58, 15.0), IC 95%]. Finalmente, el 42.7% ( $n=47$ ) contaba con formación específica en torno al duelo, la muerte y/o los cuidados paliativos. En la tabla 1 se presentan las características de la muestra de estudio.

**Tabla 1: Características de la muestra**

Variable	$n$	Porcentaje válido
Categoría profesional		
ENF	69	62.7%
TCAE	41	37.3%
Sexo		
Hombre	13	11.8%
Mujer	97	88.2%
Edad		
≤45 años	57	51.8%
>45 años	53	48.2%
Tiempo de trabajo		
≤5 años	41	37.3%
>5 años	69	62.7%
Estudios previos		
Sí	47	42.7%
No	63	57.3%
Total	110	100%

El análisis descriptivo de la SC ( $M= 42.90 \pm 5.45$ ) refleja que prácticamente la totalidad de las personas participantes (99.9%,  $n= 109$ ) vivían de manera positiva su rol asistencial; entre ellas, un 66.4% ( $n= 73$ ) obtuvo puntuaciones altas de SC. Por su parte, para la FC/ETS ( $M= 22.51 \pm 5.59$ ) un 57.3% ( $n= 63$ ) de profesionales mostraron niveles bajos y un 41.8% ( $n= 46$ ), niveles moderados de FC/ETS.

Los resultados de la prueba  $t$  de Student para la comparación de medias de SC y variables sociodemográficas y profesionales no arroja diferencias significativas para la categoría profesional [ $t(108) = -.94, p = .347$ ], el sexo [ $t(108) = -.20, p = .842$ ], la edad [ $t(108) = 1.01, p = .317$ ] o la experiencia profesional en el ámbito asistencial [ $t(108) = -.73, p = .468$ ]. Únicamente la formación específica en temas relacionados con la muerte y/o el duelo arroja diferencias con significación estadística [ $t(108) = 2.76, p = .007$ ], de tal manera que aquellas personas que cuentan con formación al respecto se perciben como más satisfechas que aquellas que carecen de la misma.

En las pruebas de comparación de medias para la dimensión FC/ETS, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas para ningún factor (categoría profesional [ $t(108) = -.43, p = .671$ ]; sexo [ $t(108) = .60, p = .55$ ]; edad [ $t(108) = -.07, p = .945$ ]; experiencia asistencial [ $t(108) = -.45, p = .652$ ]; formación [ $t(108) = -1.14, p = .258$ ]

Por su parte, la correlación de Pearson arroja relaciones significativas positivas para SC y FC/ETS y diversos factores, tal y como se parecía en la tabla 2. Para SC se establecen correlaciones positivas con resiliencia ( $r= .55$ ), aceptación neutral de la muerte ( $r= .24$ ) y las dimensiones de personalidad extroversión ( $r= .55$ ), apertura ( $r= .27$ ), amabilidad ( $r= .37$ ) y responsabilidad ( $r= .33$ ). La SC correlacionó de forma inversa con la FC/ETS ( $r= -.34$ ), evitación de la muerte ( $r= -.21$ ) y neuroticismo ( $r= -.40$ ).

FC/ETS correlacionó positivamente con miedo ante la muerte ( $r= .44$ ), evitación de la muerte ( $r= .32$ ) y neuroticismo ( $r= .60$ ), y negativamente con SC ( $r= -.34$ ), resiliencia ( $r= -.55$ ), aceptación neutral de la muerte ( $r= -.24$ ), y los rasgos de personalidad extroversión ( $r= -.37$ ), amabilidad ( $r= -.33$ ) y responsabilidad ( $r= -.30$ ).

**Tabla 2: Comparación de medias en FC/ETS en función de variables sociodemográficas y profesionales**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.SC	-												
2.FC	-.34**	-											
3.Resil	.55**	-.55**	-										
4.Miedo	-.07	.44**	-.22*	-									
5.Evitac.	-.21*	.32**	-.24*	.52**	-								
6.AN	-.24*	-.24*	.16	-.27**	-.29**	-							
7.AA	.11	-.02	.13	.10	-.15	.01	-						
8.AE	.03	.16	-.11	.07	-.07	.09	.47**	-					
9.N	-.40**	.60**	-.70**	.20*	.13	-.16	-.05	.08	-				
10.E	.55**	-.37**	.65**	-.09	-.12	.06	.03	-.20*	-.55**	-			
11.O	.27**	.02	.26**	.02	-.26*	.04	.02	-.01	-.19*	.35**	-		

12.A	.37**	-.33**	.33**	-.05	-.07	.05	.09	-.14	-.45**	.41**	.25**	-
13.R	.33**	-.30**	.39**	-.28**	-.19*	.26**	.04	.07	-.32**	.39**	.18	.28**

Nota: \*\* significativo en el nivel .01; \* significativo en el nivel .05; Resil.=resiliencia; Miedo=miedo a la muerte; Evitac.=evitación de la muerte; AN=aceptación neutral; AA=aceptación de acercamiento; AE=aceptación de escape; N=neuroticismo; E=extraversión; O=apertura; A=amabilidad;R=responsabilidad

Finalmente, a través de un análisis de regresión logística multivariante se extrajeron los factores independientes predictores de alta SC y moderada FC. Para la SC quedaron incluidos en el modelo final cuatro factores (ver tabla 3), que explicaban el 34.7% de la varianza, según el índice de Nagelkerke. El modelo ajustaba de manera aceptable y su porcentaje de corrección de la clasificación fue del 76.1%, establecido el punto de corte en .60.

**Tabla 3: Modelo predictor de alta SC**

	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<b>IC al 95% para EXP(B)</b>	
				Inferior	Superior
Formación (Sí)	1.208	.023	3.346	1.184	9.460
Edad ( $\leq 45$ años)	1.048	.041	2.852	1.042	7.808
Resiliencia	.121	.004	1.120	1.039	1.226
Amabilidad	.113	.012	1.120	1.025	1.223
<i>Constante</i>	-7.448	.000	.001		

Nota:  $R^2 = .63$  (Hosmer-Lemeshow), .25 (Cox y Snell), .35 (Nagelkerke).  
Modelo  $\chi^2(4) = 31.23, p < .001$ .

Por su parte, cuatro fueron los factores independientes predictores de moderada FC, explicando un 39.9% de la varianza, según el índice de Nagelkerke (ver tabla 4). La bondad de ajuste del modelo fue buena, y el porcentaje de corrección pronosticado del 75.9%, con el punto de corte fijado en .50.

**Tabla 4: Modelo predictor de moderada FC/ETS.**

	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<b>IC al 95% para EXP(B)</b>	
				Inferior	Superior
Evitación de la muerte	.730	.000	2.076	1.378	3.127
Aceptación de escape de la muerte	.351	.029	1.420	1.036	1.948
Neuroticismo	.134	.000	1.144	1.070	1.223
Apertura	.115	.005	1.121	1.034	1.216
<i>Constante</i>	-9.810	.000	.000		

Nota:  $R^2 = .85$  (Hosmer-Lemeshow), .30 (Cox y Snell), .40 (Nagelkerke).  
Modelo  $\chi^2(4) = 38.03, p < .001$ .

## DISCUSIÓN

Para poder cuidar bien es preciso estar bien. Por ello, es importante conocer la percepción de la Calidad de Vida Profesional del personal de Enfermería que asiste a la población enferma. No obstante, este es, hasta la fecha, el primer estudio realizado en el Servicio Vasco de Salud que tiene como objeto medir y aportar evidencia sobre

la importancia de la SC, así como de la FC/ETS en profesionales del equipo de Enfermería en el ámbito de Oncología.

Los niveles de SC y FC/ETS obtenidos en esta muestra son superiores en ambas dimensiones a los reportados en otros estudios<sup>(11)</sup> y muy parecidos a los de Wu et al.<sup>(10)</sup> con población americana y canadiense. En contraste con estudios similares<sup>(9,12,20)</sup>, la muestra estudiada presenta mayores niveles de SC y menores de FC/ETS. Los datos obtenidos ponen de manifiesto la relación existente entre las dos dimensiones estudiadas, tal y como refleja Stamm<sup>(4)</sup> en su modelo conceptual, defendiendo la compatibilidad de las vivencias. De hecho, los altos niveles de SC hallados en la muestra objeto de estudio reflejan una elevada capacidad de los y las profesionales para extraer sentido positivo a su rol de cuidado, disfrutar de la asistencia prestada y del aprecio a pacientes y familiares, a pesar de la carga afectiva implícita en la atención a personas que sufren. No obstante, cuando aumenta la FC/ETS se puede colapsar la capacidad de los y las profesionales de desarrollar SC, derivando en una peor percepción del bienestar personal y en un descenso de la eficacia y eficiencia de cuidado. Unido esto a la relación entre FC/ETS y la intencionalidad de abandonar la profesión o cambiar la unidad de trabajo, parece necesario contemplar con cierta alerta los datos obtenidos, puesto que casi 5 de cada 10 personas en este estudio presentan riesgo de desarrollar FC/ETS.

La mayor parte de la muestra estuvo compuesta por mujeres, lo que no sorprende, dado que históricamente la labor de cuidar ha recaído en ellas más que en ellos. No obstante, ninguna de las variables sociodemográficas y profesionales contempladas fue determinante a la hora de establecer diferencias significativas entre los niveles de SC y FC/ETS, salvo el hecho de poseer formación en torno a la muerte, el duelo y/o los cuidados paliativos. El contar con entrenamiento específico se asoció con mayores niveles de SC, en la línea de otras investigaciones<sup>(15)</sup>, avalando la importancia de dotar al personal asistencial de recursos no solo técnicos sino también actitudinales y emocionales.

Por su parte, la alta correlación encontrada entre resiliencia y SC y FC/ETS hace pensar que los y las profesionales con más recursos personales para dotar de significado a los eventos traumáticos, bien sean propios o ajenos, obtendrán mayor gratificación emocional del hecho de cuidar y desarrollarán menor fatiga. En consonancia, las correlaciones establecidas con neuroticismo respaldan la idea de que las personas con mayor inestabilidad emocional tienden a presentar mayores niveles de FC/ETS, así como menores niveles de SC, conclusión avalada por la literatura<sup>(17,18)</sup>. La actitud de evitación ante la muerte requiere también de cierta reflexión. Aquellas personas que sean capaces de entender la muerte como parte del proceso natural de la vida presentarán mayores niveles de SC. Por el contrario, aquellas que la teman o que eviten pensar en ella o acercarse a personas inmersas en el proceso de morir reflejarán mayores puntuaciones de FC/ETS. Estos datos vuelven a reforzar la importancia de entrenar al colectivo de profesionales de Enfermería en la comprensión del proceso de la muerte como estrategia básica de gestión de impactos emocionales.

Finalmente, una de las grandes metas de este estudio se centraba en perfilar un modelo predictor de SC y FC/ETS para el personal de Enfermería de unidades oncológicas. Los factores independientes que explican una alta SC serían tener menos de 45 años, contar con formación previa relacionada con la muerte y/o el duelo, ser resiliente y destacar la amabilidad como rasgo de personalidad. La

presencia de la resiliencia como factor de predicción, de manera coherente con lo ya reportado, fortalece la necesidad de que los y las profesionales adquieran y desarrollen recursos personales de gestión de las situaciones potencialmente estresantes, compensando así su posible vulnerabilidad ante el impacto emocional del sufrimiento de los demás.

Como consecuencia, que el personal de Enfermería pueda sobreponerse, aprender y salir fortalecido del proceso de acompañar a personas en estado de necesidad, junto a una predisposición a ayudar, les permitirá adecuar sus actuaciones y ofrecer unos cuidados de calidad y con calidez. Los hallazgos son coherentes con lo perfilado por Frey<sup>(15)</sup>, quien halló que niveles altos de resiliencia y formación específica en relación a los cuidados paliativos se convertían en predictores de SC entre las enfermeras. Por su parte, el modelo resultante que explica una moderada FC/ETS incluiría las actitudes de evitación y de acercamiento de escape en relación a la muerte, y el neuroticismo y la apertura dentro de los rasgos de personalidad. Si la persona que ejerce los cuidados presenta dificultades para enfrentarse a pensamientos relacionados con la muerte, parece lógico pensar que mostrará mayor incomodidad en los procesos de acompañamiento de personas con alto grado de sufrimiento, poniendo así en riesgo su percepción de calidad de vida profesional. En concordancia con el estudio de Yu et al.<sup>(11)</sup>, profesionales con cierta inestabilidad emocional, reactivos a las circunstancias externas y con dificultades para autorregularse emocionalmente después de experiencias de impacto importante como puede ser el sufrimiento y la muerte de las personas a las que asisten, serán las más propensas a desarrollar FC/ETS. Una atención centrada en dicho sufrimiento y la preocupación por su propia posible ineficacia en las labores de acompañamiento, junto con las dificultades para dotar de significado intelectual al sufrir y al proceso de morir sin la cobertura del convencionalismo, fomentarán que el equipo de Enfermería de oncología subraye los aspectos emocionalmente más negativos de una profesión centrada en las personas, en concordancia con las conclusiones de Flinton<sup>(27)</sup>.

### **Limitaciones**

Varias son las limitaciones que se contemplan en el presente estudio. Por un lado, el tipo de investigación. Como en todos los estudios de corte transversal, no es posible valorar los cambios a lo largo del tiempo ni establecer la dirección de la causalidad. Por ejemplo, podría ser que personas altamente resilientes se preocupen más de formarse en el ámbito de la muerte y el duelo de cara a ofrecer una mejor calidad asistencial, pero también podría ser que precisamente el hecho de recibir formación en este ámbito favorezca el que los y las profesionales asistenciales presenten actitudes más resilientes. Una segunda limitación tiene que ver con el tamaño muestral y la selección de la misma, de manera que los resultados obtenidos son descriptivos únicamente del personal de Enfermería de las unidades de oncología de Vizcaya, dentro del Servicio Vasco de Salud.

## **CONCLUSIONES**

Conocer cómo interaccionan la SC y FC/ETS con distintas variables sociodemográficas, profesionales y adaptativas tiene interesantes implicaciones prácticas, puesto que permite orientar las estrategias formativas, preventivas e interventivas de instituciones académicas y asistenciales. De esta forma, ya desde la etapa preparatoria, se podría dotar a los y las profesionales de Enfermería de recursos personales que les permitan lidiar de manera óptima con los retos asociados

a la profesión enfermera. Una vez en la asistencia activa, conocer el perfil básico que ayuda a predecir qué características harán que una persona se muestre más proclive a desarrollar SC o FC/ETS, permitirá a las instituciones poner en marcha estrategias preventivas y/o interventivas para optimizar la percepción de calidad de vida profesional, fortaleciendo la Satisfacción por Compasión, y minimizando y contrarrestando la posible aparición de Fatiga por Compasión.

Este es el primer estudio realizado en profesionales de Enfermería en el ámbito de España cuya visión trata de aportar un enfoque positivo y no meramente preventivo. A la luz de los resultados obtenidos en la presente investigación, parece oportuno incidir en la formación respecto a la muerte y/o duelo y la resiliencia. Puesto que el gran valor de todo sistema asistencial reside en las personas que hacen posible los cuidados, parece indicado suponer que invertir en la adquisición de recursos de afrontamiento efectivo fortalecerá la resiliencia y el manejo óptimo de emociones por parte de los y las profesionales. Este aprendizaje favorecerá consecuentemente su grado de disfrute y satisfacción con la labor asistencial, lo que, indudablemente, repercutirá positivamente en la calidad de los cuidados facilitados.

Por ello, de cara a futuros estudios, varias son las posibles líneas de investigación: (1) en primer lugar, sería interesante contrastar los resultados obtenidos en profesionales de distintas áreas asistenciales, ampliar la muestra y dotar al estudio de un carácter multicéntrico, evolucionando así los modelos predictores; (2) elaborar y evaluar la repercusión de programas de formación que incidan en el significado y abordaje del duelo, la muerte, los cuidados paliativos y el acompañamiento, favoreciendo actitudes de aceptación ante estos procesos; (3) finalmente, elaborar y evaluar programas de formación que faciliten el correcto abordaje de situaciones potencialmente estresoras e impactantes a nivel emocional.

### Agradecimientos

Agradecer a las Direcciones de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto y OSI Enkarterri-Ezkerraldea-Cruces (Osakidetza/Servicio Vasco de Salud) el permiso para investigar en sus centros y, sobre todo, a los equipos de Enfermería de las unidades implicadas, por su desinteresada colaboración al completar las pruebas evaluativas pertinentes.

## REFERENCIAS

1. McDougall W. Some general or non-specific innate tendencies. In: McDougall W, editor. An introduction to Social Psychology [Internet]. Boston: John W. Luce and co.; 1926. p. 93–124. Available from: <http://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/psychology/critical-social-psychology?track=5>
2. Secor CM. Compassion fatigue: A concept analysis. Sophia, the St. Catherine University, St. Paul, Minnesota; 2015.
3. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley CR, editor. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel; 1995. p. 1–20.
4. Stamm BH. ProQOL Concise Manual, 2nd Edition [Internet]. 2010. Available from: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
5. Sabery M, Hosseini M, Zagheri Tafreshi M, Mohtashami J, Ebadi A. Concept development of “compassion fatigue” in clinical nurses: Application of Schwartz-

- Barcott and Kim's hybrid model. *Asian/Pacific Isl Nurs J*. 2017;2(1):37–47.
6. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(5):456–65.
  7. Cross LA. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing. A concept analysis. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2018;21(1):21–8. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00129191-900000000-99973>
  8. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. An evolutionary concept analysis of Compassion Fatigue. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(5):557–63.
  9. Arimon-Pagès E, Torres-Puig-Gros J, Fernández-Ortega P, Canela-Soler J. Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2019;43(March):101666. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>
  10. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, Reynolds G, Su Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(4):E161–9.
  11. Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;57:28–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>
  12. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2018 Nov 8];28:114–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388917301229>
  13. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(2):200–7.
  14. Buceta MI, Bermejo JC, Villaceros M. Enhancer elements of compassion satisfaction in healthcare professionals. *An Psicol*. 2019;35(2):323–31.
  15. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018;43:1–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>
  16. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2010;37(1):E43–9. Available from: <http://onf.ons.org/onf/37/1/associations-between-oncology-nurses-attitudes-toward-death-and-caring-dying-patients>
  17. O'Mahony S, Ziadni M, Hoerger M, Levine S, Baron A, Gerhart J. Compassion fatigue among palliative care clinicians: Findings on personality factors and years of service. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(2):343–7.
  18. Chen YP, Tsai JM, Lu MH, Lin LM, Lu CH, Wang KWK. The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1180–8.
  19. Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nurs Forum*. 2018;53:76–83.
  20. Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(3):598–604.
  21. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):1019–28.

22. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011;9(1):63. Available from: <http://www.hqlo.com/content/9/1/63>
23. Wong PT, Reker GT, Gesser G. Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, editor. *Death Anxiety Handbook Research, Instrumentation, and Application*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 121–48.
24. Schmidt-Riovalle J. 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 [Internet]. Universidad de Granada: Granada; 2007. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1041610200006906](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610200006906)
25. McCrae RR, Costa, Jr. PT. Brief Version of the NEO-PI-3. *J Individ Differ* [Internet]. 2007;28(3):116–28. Available from: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1614-0001.28.3.116>
26. Cordero A, Pamós A, Seisedos N. *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R)*. Madrid: TEA ediciones; 2008.
27. Flinton DM, Cherry P, Thorne R, Mannion L, O’Sullivan C, Khine R. Compassion satisfaction and fatigue: An investigation into levels being reported by radiotherapy students. *J Radiother Pract*. 2018;17(4):364–7.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia