

Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos*

SANDRA GÓMEZ MARTÍNEZ
gomezs@uji.es

BEATRIZ GIL JULIÁ
bgil@uji.es

JESÚS CASTRO CALVO
castroj@uji.es

ESTEFANÍA RUIZ PALOMINO
eruiz@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

La fatiga compasiva comprende un conjunto de emociones y conductas resultantes del contacto con eventos traumáticos experimentados por otros. A pesar de que se han documentado síntomas relacionados con este síndrome, las investigaciones sobre fatiga compasiva son limitadas. Estudios realizados en unidades médicas muestran prevalencias de fatiga compasiva elevadas, lo que resalta la necesidad de que los profesionales médicos se cuiden a sí mismos. Por ello, el objetivo de este estudio ha sido explorar la fatiga compasiva en enfermeras/os de UCI y analizar su relación con diversas variables demográficas/laborales.

Se evaluaron 30 enfermeras/os de UCI (comunitat Valenciana) mediante el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción (ProQOL-VIV) (Stamm, 1997-2005).

Los resultados muestran puntuaciones medias en todas las subescalas aunque un porcentaje considerable presenta puntuaciones altas en alguna de ellas. Así, un 6,7 % puntuó bajo en Satisfacción y un 16,7 % y 26,7 % de participantes puntuaron alto en *burnout* y fatiga por compasión respectivamente.

Respecto a los análisis diferenciales, mujeres y personas creyentes puntuaron más alto en todas las subescalas. Según el género, no se encuentran diferencias significativas. Finalmente, las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas y la edad y experiencia, no son significativas.

Estos datos revelan la importancia de considerar el porcentaje de enfermeras/os cuyas puntuaciones impliquen riesgo de fatiga. Es necesario profundizar en su análisis, para diseñar e implementar programas de prevención y/o intervención que mejoren el esta-

* Este proyecto se ha llevado a cabo gracias a la financiación del Ministerio de Educación y Ciencia (PSI 2008-01642/PSIC) y de la Generalitat Valenciana (BFPI/2008/129).

do emocional de los profesionales de UCI, lo cual revertirá en una mejor calidad de vida y calidad asistencial ofrecida a pacientes-familiares.

Palabras clave: fatiga compasiva, enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, satisfacción.

Abstract

Compassion fatigue is defined as «a set of emotions and behaviors arising from the contact with traumatic events experienced by others.» Despite the fact that different symptoms related to this syndrome have been reported, the research on compassion fatigue is limited. The studies carried out in medical units, show a high prevalence of compassion fatigue, so the need for taking care of the medical professionals themselves is highlighted. Therefore, the aim of this study was to explore the compassion fatigue in ICU nurses and to analyze its relationship with diverse demographic and working variables.

30 nurses were evaluated in an ICU (comunidad Valenciana) by the «Compassion Fatigue Questionnaire and Satisfaction (ProQOL-VIV)» (Stamm, 1997-2005).

Results show mean scores in the midrange in all subscales, although a considerable percentage of nurses present high scores in some of them. 6,7 % of participants scored low in satisfaction and 16,7 % and 26,7 % scored high in burnout and compassion fatigue scales respectively.

Related to the differential analysis, women and faithful people scored higher in all subscales. By gender, significant differences have been found. Finally, correlations between subscale scores and the age and experience, are not significant.

Data reveal the importance of considering the percentage of nurses whose scores involve risk of fatigue. If we pretend to design and implement prevention and/or intervention programs to improve the emotional state of ICU professionals, it is necessary to investigate further. The better emotional state of the nurses, the better quality of life and quality of care they will provide to patients-relatives.

Keywords: Compassive fatigue, nurses, Intensive Care Unit, Satisfaction.

Introducción

El término *–compassion fatigue–* fue utilizado por primera vez en una revista de enfermería por Joinson (1992), para describir situaciones en las que las enfermeras presentaban dificultad para experimentar sus propios sentimientos o sentían impotencia y rabia en respuesta al estrés que padecían, al estar en contacto con pacientes que atendían a diario en el servicio de emergencias hospitalarias (De Lucas y cols., 1998).

La fatiga por compasión o desgaste por empatía (como también ha sido traducido el término *compassion fatigue*) es un concepto en evolución que se asocia con el coste del cuidado (Figley, 1982). A lo largo del tiempo, se ha denominado de distintas maneras: *Victimización Secundaria* (Figley, 1982), *Estrés Traumático Secundario* (Figley, 1983, 1985;

Stamm, 1995, 1997) y *Traumatización Vicaria* (McCann y Pearlman, 1990; Pearlman y Saakvitne, 1995).

Así, el estrés traumático secundario, tal y como definió Figley en 1983, sería el «conjunto de emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro». Algunos autores han agrupado los síntomas en tres grupos coincidiendo con los ejes del Trastorno de Estrés Postraumático: reexperimentación del hecho traumático (pesadillas, *flashbacks*), evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento emocional (sentimientos de desapego, anhedonia, amnesia) e hiperactivación (hipervigilancia, dificultad para dormir). Además, se ha identificado una sintomatología propia del estrés traumático secundario que se manifiesta en reacciones cognitivas, emocionales y comportamentales que algunos autores han clasificado en tres grupos, tal y como se puede observar en el cuadro 1 (Kang, Munson y Click, 2007).

Cuadro 1
Síntomas comunes de la fatiga por compasión (Kang, Munson y Click, 2007)

PSICOLÓGICOS	COGNITIVOS	INTERPERSONALES
<ul style="list-style-type: none"> - Emociones intensas (enfado, tristeza, culpabilidad, inquietud). - Pensamientos extraños, imágenes estresantes o pesadillas. - Sensación de adormecimiento - Evitar al paciente, la familia o la situación. - Dolencias somáticas (trastornos gastrointestinales, cefalea, fatiga). - Ansiedad o agitación. - Comportamiento compulsivo o adictivo (beber, fumar...). - Sentirse aislado o personalmente responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconfiar de otros (familia, paciente, compañeros). - Aumento vulnerabilidad personal o falta de seguridad. - Creer que otros no son competentes para manejar el problema. - Aumento o disminución del sentido del poder. - Aumento del escepticismo. - Aumento del sentido de responsabilidad personal o culpabilidad. - Creer que otros no entienden el trabajo que estás haciendo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abandonar el equipo de tratamiento. - Dejar las relaciones personales (porque la gente «no entiende»). - Desconfianza de otras personas y profesionales. - Excesiva identificación con el sufrimiento de otros llevándole a un desvío al límite de las relaciones. - Separación de las situaciones o experiencias emocionales (incluyen paciente/familia). - Irritarse fácilmente con otros.

A pesar de que estos signos y síntomas se han documentado en diversos estudios (Collins y Long, 2003; Figley, 2002; Kang, Munson y Click, 2007; Maytum, Heiman y Garwick, 2004; Pflifferling y Gilley, 2000), el número de investigaciones sobre la fatiga compasiva, su prevalencia y las consecuencias que puede tener en el ambiente de trabajo, es limitado.

Algunos estudios se han centrado únicamente en el personal de enfermería utilizando el cuestionario de *fatiga compasiva y satisfacción* de Stamm (1997-2005). En el estudio de Yoder (2010) que se realizó con la participación de personal de enfermería de distintas áreas hospitalarias, se obtuvo que el 8,6 % presentaba bajas puntuaciones en la subescala de satisfacción con la compasión, el 7,6 % estaba en riesgo de *burnout* y 15,8 % presentaba riesgo de fatiga por compasión. En otro estudio (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel y Reimels, 2010) que se realizó en EE. UU. y en el que participaron 109 enfermeras de diversos servicios (45 % pertenecían al servicio de urgencias, 30 % al servicio de cuidados intensivos, 14 % a nefrología y 11 % a oncología), del total de participantes, el 20,2 % obtuvieron bajas puntuaciones en la

subescala de satisfacción con la compasión, un 26,6 % estaba en riesgo de *burnout* y el 28,4 % de los participantes estaban en alto riesgo de padecer fatiga por compasión. En la tabla 1 pueden apreciarse los resultados en cada una de las subescalas del cuestionario en función del servicio. Si tenemos en cuenta las diferentes áreas, los resultados del estudio muestran que el servicio que puntúa más bajo en la satisfacción con la compasión es el de urgencias (24,5 %). En cuanto a la subescala de *burnout*, aquellos que puntúan más alto son los profesionales del servicio de Cuidados Intensivos (34,4 %) y por último en la escala de fatiga por compasión puntuarían más alto los profesionales del servicio de oncología.

Tabla 1
Comparación entre las subescalas de PROQOL-VIV (Hooper et al., 2010)

VARIABLE	URGENCIAS	CUIDADOS INTENSIVOS	NEFROLOGÍA	ONCOLOGÍA	MUESTRA TOTAL
<i>Satisfacción con la compasión</i>					
Bajo (<33)	24,5 %	18,8 %	18,8 %	8,3 %	20,2 %
Medio (34-41)	49 %	56,3 %	62,5 %	41,7 %	52,3 %
Alto (>42)	26,5 %	25 %	18,8 %	50 %	27,5 %
<i>Burnout</i>					
Bajo (<18)	18,4 %	21,9 %	12,5 %	16,7 %	18,3 %
Medio (19-26)	59,2 %	43,8 %	62,5 %	58,3 %	55 %
Alto (>27)	22,4 %	34,4 %	25 %	25 %	26,6 %
<i>Fatiga por compasión</i>					
Bajo (<8)	14,3 %	15,6 %	12,5 %	25 %	15,6 %
Medio (9-16)	57,1 %	56,3 %	62,5 %	58,3 %	56 %
Alto (>17)	28,6 %	28,1 %	25 %	33,3 %	28,4 %

En las unidades médicas, especialmente las Unidades de Cuidados Intensivos, por sus características, se observa una alta prevalencia de fatiga compasiva, por lo que se ha resalado la necesidad de que los profesionales médicos se cuiden a ellos mismos tanto personal como profesionalmente. Un estudio llevado a cabo por Meadors y Lamson en 2008 demostró que los seminarios educacionales que incluían el tema de la fatiga por compasión acompañado de algunas estrategias de afrontamiento resultaban efectivos para reducir el estrés clínico y la fatiga por compasión.

Sin embargo, para poder ofrecer una estrategia eficaz de cuidado para los profesionales sanitarios, se hace necesario conocer cuál es la realidad de estos síntomas en las enfermeras y enfermeros de las distintas Unidades en los hospitales españoles, así como saber qué factores hacen que haya mayor grado de fatiga compasiva en los mismos. Es por ello, que el objetivo de este trabajo ha sido explorar la fatiga compasiva en el colectivo de enfermería de UCI y analizar su relación con distintas variables sociodemográficas y laborales, como el género, la edad, las creencias religiosas, el estado civil y el tiempo de experiencia en la Unidad.

Método

En este estudio participaron 30 enfermeras/os de una UCI de la Comunidad Valenciana, con una edad media de 38,8 años (DT = 9,4) y un tiempo medio de trabajo en el SMI de 8,5 años (DT = 7,85). En función del género el 13,8 % eran hombres y el 86,2 % restante mujeres. El 56,7 % de los participantes refirió tener pareja y según las creencias religiosas el 63,3 % eran creyentes mientras que el 36,7 % no lo eran.

La evaluación del personal de enfermería tuvo lugar durante el año 2011. Con el fin de respetar la confidencialidad, se entregó a cada uno de los profesionales que estaban trabajando en ese momento en la unidad, una batería de cuestionarios entre los que se encontraba el PROQOL-VIV (Stamm, 1997-2005) descrito más abajo. Se les pidió que una vez contestado el instrumento de evaluación, cerraran el sobre y lo depositaran en una caja habilitada para tal efecto en la secretaría de la unidad.

Tal y como se comenta en el párrafo anterior, el instrumento de evaluación utilizado fue el cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción (PROQOL-VIV) de Stamm (1997-2002), el cual consta de 30 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta que van desde nunca (0) a siempre (5). El cuestionario se divide en tres subescalas que son las siguientes: la satisfacción por compasión, el *burnout* y el estrés postraumático secundario o fatiga por compasión. Según el propio autor, se encontrarían en riesgo de padecer fatiga aquellas personas que presentarían una puntuación baja en la subescala de satisfacción por la compasión y alta en *burnout* y fatiga por compasión. El cuestionario ha mostrado buenas características psicométricas. En un estudio de Figley y Stamm (1996) todas las subescalas muestran un alfa de Cronbach superior a 0,80.

Finalmente, los análisis se han llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS 18. Se han realizado análisis descriptivos y de frecuencias para la descripción de las características principales de la muestra. Asimismo se han realizado análisis diferenciales de las variables a estudio en función de variables sociodemográficas y laborales mediante la prueba T para muestras independientes. Igualmente, se han llevado a cabo correlaciones de Pearson para conocer la relación entre las puntuaciones del cuestionario y las variables edad y tiempo de experiencia en la Unidad.

Resultados

Analizando los resultados relativos a la fatiga de los profesionales que trabajan en constante contacto con pacientes críticos, como lo son las enfermeras/os de una UCI, podemos observar que la media de la subescala de satisfacción por compasión es la más alta de las tres ($\bar{x} = 39$; DT = 4,49), indicándonos esta puntuación que el personal de enfermería de nuestra UCI se encontraría un poco por encima de la media (puntuación 37), según indica el baremo del cuestionario. En cuanto a la subescala de *burnout* los resultados muestran una puntuación media de 21,57 (DT = 6,55), la cual estaría muy próxima a la media que indica el baremo (puntuación 22). Y finalmente, la puntuación media obtenida en la subescala de fatiga por compasión ($\bar{x} = 13,40$; DT = 7,04) no indicaría riesgo ya que según los autores solo una puntuación por encima de 17 puntos implicaría riesgo de padecer fatiga por compasión (figura 1).

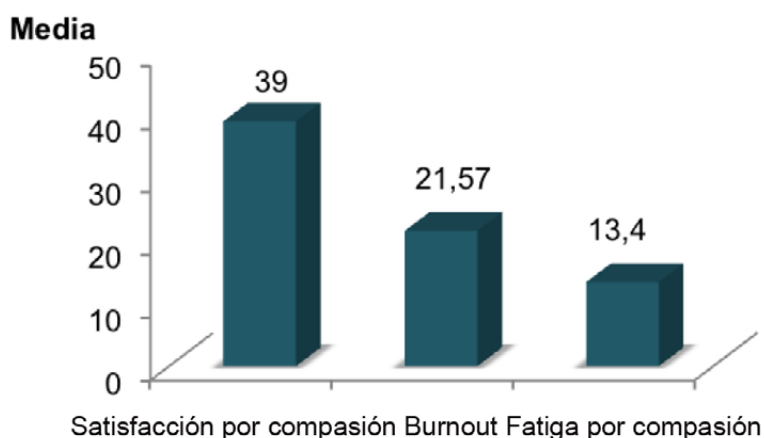


Figura 1. Media de las puntuaciones de fatiga compasiva

Se ha realizado también un análisis en función de la distribución de las puntuaciones de los participantes en cada una de las subescalas. Así, tal como podemos apreciar en la figura 2, el 60 % de las/os enfermeras/os obtuvieron una puntuación media en la subescala de satisfacción por compasión, mientras que un 6,7 % puntuó bajo y un 33,3 % puntuó alto en esta subescala.

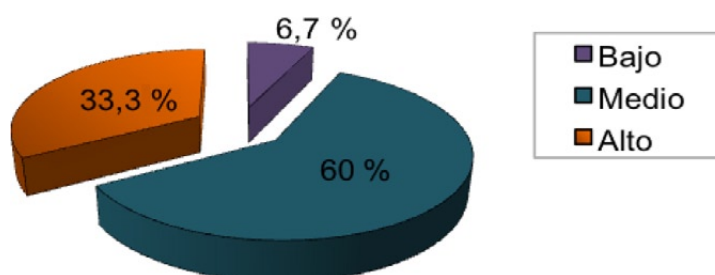


Figura 2. Distribución de los participantes según el baremo en la subescala de satisfacción por compasión (PROQOL-VIV)

Respecto a la subescala de *burnout* (figura 3), los resultados muestran que un 23,3 % de los participantes puntuó bajo, un 60 % obtuvo una puntuación media y un 16,7 % obtuvo una puntuación alta.

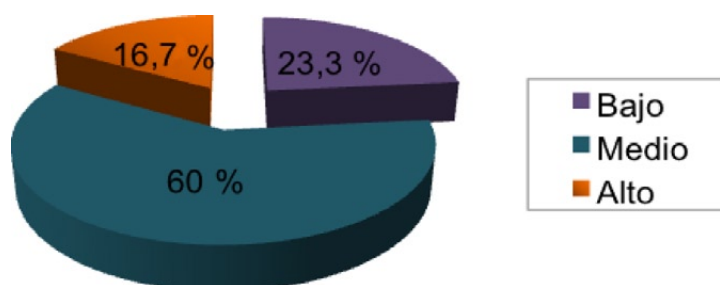


Figura 3. Distribución de los participantes según el baremo en la subescala de burnout (PROQOL-VIV)

Por último, en la subescala de fatiga por compasión observamos que un 20 % del personal de enfermería puntuó bajo, un 53,3 % puntuó en la media y un 26,7 % obtuvo puntuaciones altas (figura 4).

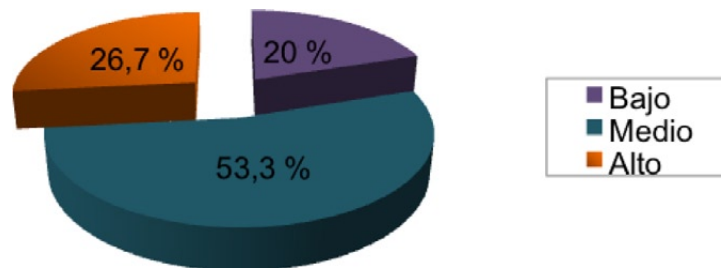


Figura 4. Distribución de los participantes según el baremo en la subescala de fatiga compasiva (PROQOL-VIV)

Asimismo, se han llevado a cabo análisis diferenciales en función del género, tener o no pareja y las creencias religiosas. En este sentido, los resultados según el género muestran que las mujeres puntuaron más alto en todas las subescalas del cuestionario aunque solamente en la subescala de fatiga compasiva las diferencias alcanzan la significación estadística ($t = 2,98$; $p = ,006$) (figura 5).

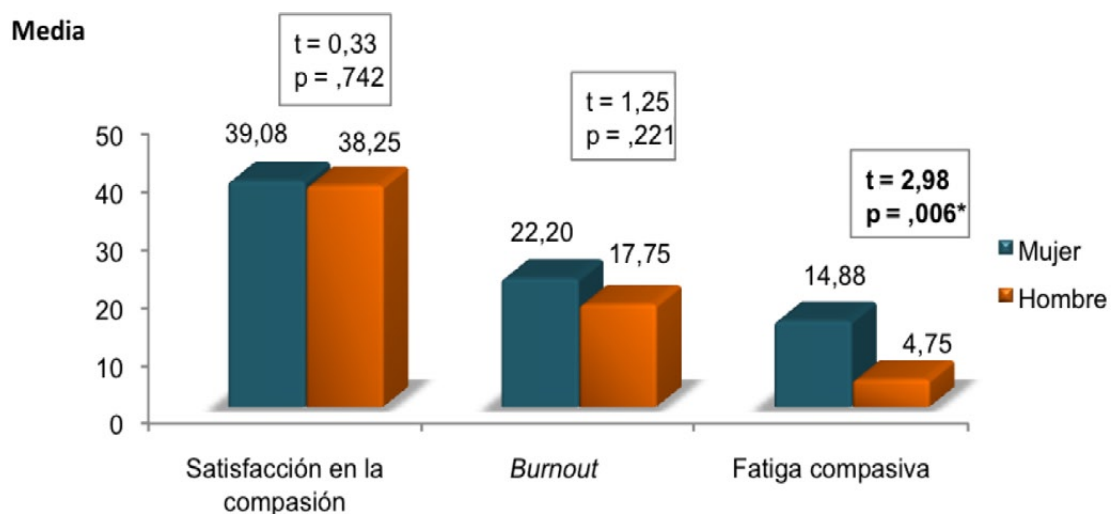


Figura 5. Análisis diferencial en función del género

Según el estado civil, tal como se observa en la figura 6, las puntuaciones medias de los participantes sin pareja son mayores en todas las subescalas que las que presentan los que sí tienen pareja. No obstante, estas diferencias no son significativas a nivel estadístico.

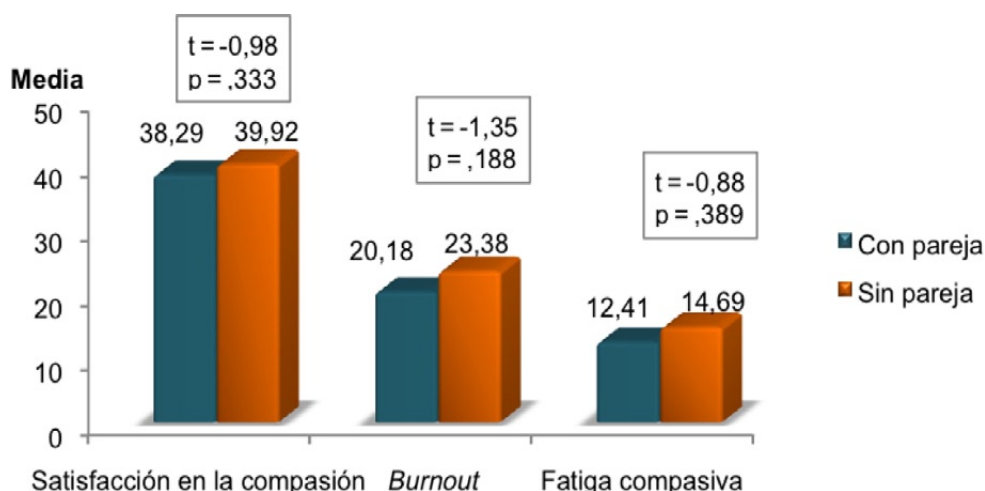


Figura 6. Análisis diferencial en función del estado civil

Según las creencias religiosas, tal como se refleja en la figura 7, las medias en todas las subescalas evaluadas son mayores en aquellos participantes que refieren ser creyentes, si bien las diferencias observadas solo han sido significativas a nivel estadístico en la subescala de fatiga compasiva.

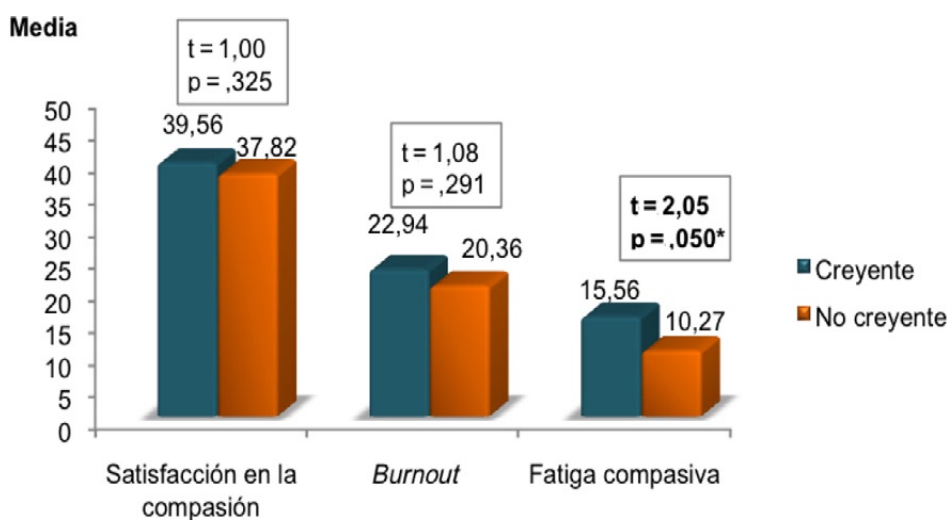


Figura 7. Análisis diferencial en función de las creencias religiosas

Finalmente, al analizar la relación de las tres subescalas del cuestionario de fatiga compasiva con la edad y el tiempo de experiencia de las/os enfermeras/os en el SMI, tal como se observa en la tabla 2, los resultados no han mostrado relaciones significativas a nivel estadístico en ninguna de las escalas.

Tabla 2
Correlaciones de Pearson entre las tres subescalas del cuestionario de Fatiga compasiva y la edad y el tiempo de experiencia en el SMI

SUBESCALAS	EDAD	EXPERIENCIA SMI
Satisfacción por la compasión	-,242 (p = ,197)	-,340 (p = ,089)
<i>Burnout</i>	,101 (p = ,597)	,188 (p = ,358)
Fatiga compasiva	,210 (p = ,264)	,245 (p = ,228)

Discusión y conclusiones

Nuestros resultados indican que las puntuaciones de la mayoría de los participantes no muestran riesgo en ninguna de las tres subescalas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que sí hay un porcentaje considerable de personas que puntúan algo en alguna de las tres subescalas, encontrando un 6,7 % de los participantes que cumplirían todos los criterios del baremo para estar en riesgo de padecer fatiga compasiva. Si comparamos nuestros resultados con trabajos previos (tabla 3), vemos que en el estudio de Hooper *et al.* (2010) –del cual solamente hemos tomado los datos relacionados con UCI– los porcentajes de riesgo son mayores que en nuestro caso. Así, el porcentaje de personas que presentan baja satisfacción con la compasión es de 18,8 % en el caso de Hooper, siendo 6,67 % en nuestro caso. De la misma manera es menor también el porcentaje de aquellos que puntúan alto en la subescala de fatiga compasiva (28,1 % frente a los 26,7 % de nuestro caso). El porcentaje de personas que puntúa alto en la subescala *burnout* es de 16,6 % en nuestro caso frente a 34,4 %. Los porcentajes de personal en puntuación de riesgo para estas subescalas en el trabajo de Yoder (2010) fueron, a su vez, 8,6 % en la escala de satisfacción, 15,8 % en la escala de compasión y 7,6 % en el caso del *burnout*.

Tabla 3
Resultados obtenidos en distintos estudios para las subescalas de fatiga compasiva

	YODER, 2010	HOOPER ET AL., 2010	NUESTRO ESTUDIO
Participantes	Enfermería UCI n = 16	Enfermería UCI n = 32	Enfermería UCI n = 30
Satisfacción	8,6 %	18,8 %	6,67 %
<i>Burnout</i>	7,6 %	34,4 %	16,67 %
Fatiga compasiva	15,8 %	28,1 %	26,6 %

Por tanto, nuestros resultados son más negativos que los de Yoder (2010) y más positivos que en el estudio de Hooper *et al.*, (2010). Quizá en este caso pueda estar influyendo la organización de las distintas UCI (el número de camas, la *ratio* de profesionales por paciente, los turnos, el descanso...), así como la relación entre compañeros dentro del equipo, lo que permitiría en algunos casos la descarga emocional entre ellos de los casos más impactantes.

Sería necesario seguir profundizando en el estudio del fenómeno de la fatiga compasiva, pues hay algunos de los aspectos que podrían ser mejorados, pues dependen o bien de la organización del hospital o bien del propio profesional.

Cuando se analizan los resultados en función de las variables demográficas vemos que son las mujeres las que puntúan más alto en las tres subescalas del cuestionario de fatiga compasiva, encontrándose diferencias significativas solamente en la subescala de fatiga compasiva, en la que los resultados indican que estas estarían en mayor riesgo de experimentar síntomas como dificultades para dormir, tener imágenes del evento estresante o evitar las cosas que le recuerdan al mismo. Una posible explicación es que la mayoría de las mujeres son más sensibles y dedican más tiempo a la emocionalidad del paciente, por ello están más fatigadas y quemadas, quizás también por el poco reconocimiento que se le da a su labor.

El estado civil no ha mostrado diferencias significativas, aunque son las personas sin pareja aquellas que puntúan más alto en las tres subescalas. Quizá se deba a la falta de espacios para compartir las experiencias laborales diarias, aunque esto solo es una posible explicación. Por ello, queda abierta la puerta a estudios futuros en los que se examinen estas con mayor detalle.

En cuanto a las creencias religiosas, son las personas creyentes las que puntúan más alto en las tres subescalas del cuestionario de fatiga compasiva, encontrándose diferencias significativas solamente en la subescala de fatiga compasiva. Algunos estudios relacionan bajos niveles de fatiga compasiva con la práctica de la religión, ya que esta es utilizada como estrategia de afrontamiento (Smith, 2009; Udipi, Veach, Kao y LeRoy, 2008); sin embargo nuestros resultados son contrarios a estos, por lo que sería necesario continuar investigando acerca de este aspecto.

Por lo que respecta a la edad y la experiencia laboral no han mostrado relación con la fatiga compasiva. Aunque los resultados sí muestran que la satisfacción es mayor cuanto menor es la edad y la experiencia, en cambio, el *burnout* y la fatiga más aumentan cuanto mayor es la edad y la experiencia.

En definitiva, a lo largo de este trabajo hemos intentado conocer el grado de fatiga compasiva en los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos, así como qué variables pueden jugar un papel importante en el mayor o menor grado de afectación.

Somos conscientes de las limitaciones de este trabajo, entre las que destacan principalmente dos. La primera de ella es la representatividad de la muestra a nivel nacional. Sabemos que este trabajo habría sido mucho más completo con participantes de unas UCI de distintos lugares de España. La segunda limitación tiene que ver con el número de participantes. Si bien es cierto que consideramos apropiado el número de participantes considerando las dificultades para acceder a este tipo de muestra, es cierto que este hecho ha provocado que algunos de los subgrupos sean pequeños y no se haya podido profundizar más en el estudio de algunos aspectos como en el papel de las creencias religiosas o el estado civil. Otra de las limitaciones que hemos encontrado ha sido la falta de trabajos en los que los participantes fueran profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos, limitando esto la comparación de nuestros resultados.

A pesar de estas limitaciones, pensamos que el presente trabajo abre las puertas a numerosas investigaciones futuras. Puesto que a través del estudio de las variables implicadas en la fatiga compasiva, sería posible diseñar e implementar programas de prevención e intervención que permitieran mejorar la relación y la comunicación dentro del equipo, permitir la descarga emocional en los casos más impactantes y mejorar el afrontamiento a situaciones emocionalmente negativas, reduciendo todo ello la posibilidad de verse afectados por la fatiga compasiva.

Referencias bibliográficas

- Collins, S. & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers-a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.
- De Lucas, N., Sánchez, A., García Ochoa, M. J., Sánchez, C., Jiménez, J. A. & Cuesta, P. (1998). Burn-out (Estrés laboral) en un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*. Número Extraordinario, 1, 165.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. In the *Psychosocial Stress Book Series*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (1982). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health*. Paper presented at the *Keynote Address for Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction*. Lubbock, TX: Texas Tech University.
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. En C. R. Figley & H. I. McCubbin (eds.), *Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe*. New York: Brunner/Mazel, 3-20.
- Figley, C. R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C. R. Figley (ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of the compassion fatigue self test. En B. H. Stamm (ed.), *Measurement of stress, trauma and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal Of Emergency Nursing: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 36, 420-427.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-122.
- Kang, T., Munson, D. & Klick, J. (eds.). *Pediatric Palliative Care*. Pediatric Clinics of North America, 2007, 54 (volumen completo).
- Maytum, J., Heiman, M. & Garwick, A. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171-179.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (2), 131-149.
- Meadors, P. & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self-care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication Of National Association Of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 22, 24-34.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Constructivist self development theory approach to treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. En C. R. Figley (ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pfifferling, J. & Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7, 39-45.
- Smith, B. J. (2009). Compassion fatigue, burnout, objectivism and religious activities/beliefs in practitioners. *Dissertation Abstracts International Section A*, 70.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 230-246). Baltimore: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2), Spring.

- Stamm, B. H. (1997-2005). *Professional quality of life: compassion, satisfaction and fatigue subscales, R-IV (proQOL)*. Recuperado en junio de 2011 en www.isu.edu/~bhstamm.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Recuperado en junio de 2011 en www.isu.edu/~bhstamm.
- Udipi, S., Veach, P., Kao, J. & LeRoy, B. S. (2008). The psychic costs of empathic engagement: Personal and demographic predictors of genetic counselor compassion fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 17, 5, 459-471.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197.