


Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios


Compassion fatigue and burnout in healthcare facing of grief and death in hospital

Diana Norella Córdoba-Rojas^a

 <https://orcid.org/0000-0002-6587-9568>


E-mail: cordoba.diana@javeriana.edu.co

Daniela Sanz-Guerrero^b

 <https://orcid.org/0000-0002-5684-892X>


E-mail: sanzdg@javeriana.edu.co

Ana María Medina-Ch^c

 <https://orcid.org/0000-0002-9132-0557>


E-mail: medina.ana@javeriana.edu.co

María Teresa Buitrago-Echeverri^d

 <https://orcid.org/0000-0002-6667-5874>

E-mail: mtbuitragoe@gmail.com

Ángela María Sierra-González^e

 <https://orcid.org/0000-0002-2091-6097>

E-mail: angela.sierra@javeriana.edu.co

^aPontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

^bPontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

^cPontificia Universidad Javeriana. Facultad de Medicina. Instituto de Envejecimiento. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

^dFundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

^ePontificia Universidad Javeriana. Facultad de Teología. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Resumen

Este artículo pretende identificar y analizar en la literatura la producción relacionada con la fatiga por compasión y el agotamiento psicológico presente en el personal sanitario que brinda atención y cuidado a personas durante los procesos de muerte y duelo de pacientes y sus familiares, respectivamente. Esta es una revisión integradora en las bases de datos JSTOR, ProQuest, Medline (vía PubMed), LILACS y Google Scholar en el periodo 2005-2018. La revisión permitió la identificación de tres cuerpos importantes de producción académica: trabajos de corte cualitativo que describen el fenómeno; los que desarrollan escalas y herramientas de medición del problema; y los que describen estrategias desarrolladas frente al mismo. En los contextos hospitalarios al personal de salud que acompaña a persona durante el proceso de muerte se le impide demostrar sentimientos y vivir el duelo por la pérdida de sus pacientes. Los trámites administrativos, la despersonalización sanitaria, el número de pacientes a cargo y la baja conciencia en relación con la muerte regulan de cierta forma lo acontecido, impidiendo que exista por parte del personal de salud descarga de sentimientos, llevándolos a presentar agotamiento psicológico y fatiga por compasión.

Palabras clave: Agotamiento Profesional; Muerte; Duelo; Personal de Salud.

Correspondencia

Ana María Medina Ch

Cra. 7, n. 40-62, Hospital San Ignacio, Piso 8. Bogotá, Colombia.
CP 110231.

Abstract

To identify and analyze in the literature the production related to comparison fatigue and psychological exhaustion present in healthcare personnel who provide care and attention to people during the death and grief processes of patients and their families, respectively. Integrative review in the JSTOR, ProQuest, Medline (vía PubMed), LILACS y Google Scholar databases in the period 2005-2018. The review identified the identification of three important bodies of academic production: on the one hand, qualitative studies that describe the phenomenon, secondly, those that scale and measurement tools of the problem and finally those that analyze strategies developed against the same. In hospital settings, health personnel accompanying a person during the death process are prevented from showing feelings and mourning the loss of their patients. The administrative procedures, the depersonalization of health, the number of patients in charge and the low conscience in relation to death regulated in a certain way, what happened, preventing health personnel from unloading feelings, leading them to present psychological exhaustion and fatigue. out of compassion.

Keywords: Professional Burnout; Death; Grief; Health Personnel.

Introducción

Este artículo de revisión integradora deriva del proyecto de investigación “El acompañamiento y cuidado en los tránsitos de la vida: El duelo y la muerte”, que abordó el fenómeno de la muerte y el duelo en contextos hospitalarios. A partir de ello, analiza las publicaciones desarrolladas sobre el personal de salud, escalas de medición y estrategias que se han empleado para la detección y disminución de la fatiga por compasión y el agotamiento profesional/*burnout* en personal sanitario que han tenido relación con la muerte y duelo de sus pacientes.

La muerte es una experiencia universal asociada a la vida, y por la que todos deberemos transitar. Sin embargo, la manera como los individuos, las culturas y, en particular, las profesiones abordan la muerte es diferenciada y no es universal. Para los trabajadores de salud, quienes por lo general eligen su profesión en función de lograr la cura o la eliminación de la dolencia, la enfermedad y la muerte se presentan como realidades difíciles de manejar. El personal de salud se enfrenta a la muerte de sus pacientes y a los sentimientos que esto puede generar como temor, tristeza, impotencia, y en especial la sensación de la falla del rol (Marín-Tejeda, 2017), asociada al ideal del modelo biomédico dirigido a la eliminación de la enfermedad y la recuperación de la salud. Como seres humanos, los miembros de un equipo de salud deberían poder reconocer que son vulnerables y, con ello, comprender que las situaciones de duelo y muerte, así como la empatía que se fortalece en el proceso de cuidado de las personas, pueden afectar su propia salud (Boyle, 2016; Carmona Berrios; Bracho de López, 2008).

El agotamiento profesional (*burnout*) hace referencia al aumento acumulado y prolongado del estrés a causa del trabajo, con síntomas que incluyen la renuncia a los escenarios emocionales en el trabajo, la ira y la disminución de la empatía (Hildebrandt, 2011). Actualmente, el agotamiento profesional se concibe como la reacción física y emocional ante condiciones laborales que generan estrés de forma crónica, de tal manera que el perfil profesional es más

amplio y no implica necesariamente contacto con personas (Bährer-Kohler, 2013).

La fatiga por compasión fue el término inicialmente acuñado en 1992 por Joinson (Hernández García, 2017) para el agotamiento que surge de estar muy apegado emocionalmente a pacientes o familiares. Se refiere a una respuesta ante el sufrimiento de un individuo, personas vulnerables y/o que han experimentado trauma (Lipsky, 2009), que puede repercutir en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional (Coetzee; Klooper, 2010; Van Mol et al., 2015), además se lo considera un síndrome complejo de desgaste que incluye el agotamiento profesional y el estrés traumático secundario como entidades independientes y convergentes (Cocker; Joss, 2016).

Método

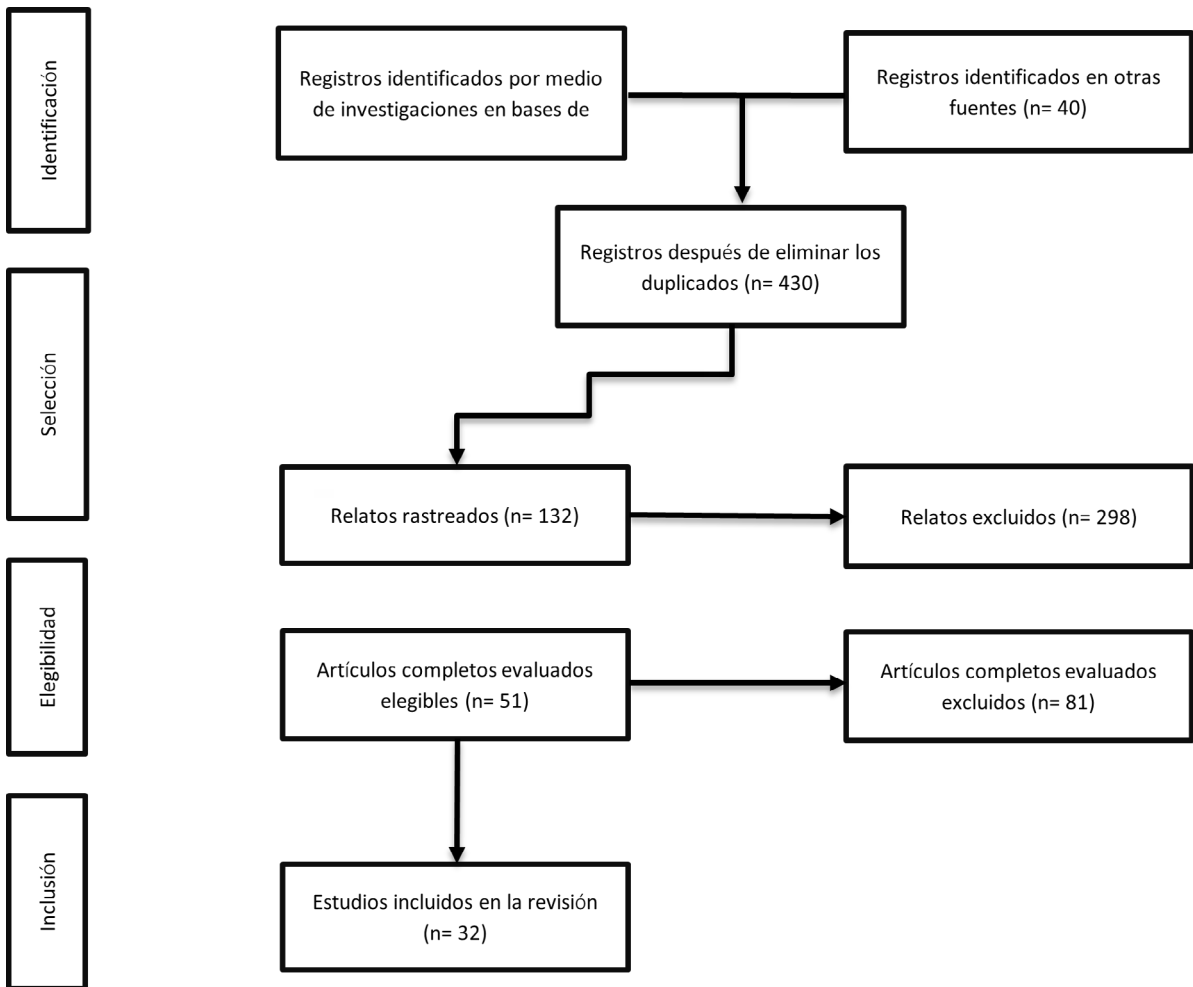
Se realizó una revisión integradora de la literatura, presentando de forma sintetizada la producción de estudios relacionados con la fatiga por compasión y el agotamiento profesional presente en el personal sanitario que brinda atención y cuidado a personas durante los procesos de muerte y duelo de pacientes y sus familiares. Para su construcción se plantearon diferentes etapas: (1) construcción de la pregunta de investigación; (2) definición de criterios de selección y de exclusión; (3) extracción de información definida en base de datos construida por autoras; (4) evaluación de los estudios incluidos en la revisión; (5) interpretación de

los resultados; y (6) presentación de discusión y conclusiones.

La búsqueda fue realizada entre los meses de julio a diciembre de 2018, en las bases de datos JSTOR, ProQuest, Medline (vía PubMed), LILACS y Google Scholar. La pregunta que orientó la búsqueda fue construida teniendo en cuenta la metodología PICO: ¿Cuál es la evidencia disponible en relación con la fatiga por compasión y el agotamiento psicológico presente en el personal sanitario que cuida a personas durante los procesos de muerte? Para responder a la pregunta planteada, se orientó la busca teniendo en cuenta los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y sus equivalentes en el idioma inglés en el Medical Subjects Headings (MESH): agotamiento profesional/síndrome de *Burnout*, duelo/grief, personal de salud/health personnel.

Los criterios de selección fueron: artículos que respondieron a la pregunta de búsqueda, artículos de investigación completos, publicaciones después de 2005, en los idiomas portugués, inglés y español. Los criterios de exclusión adoptados fueron: cartas al editor y editoriales. Para la recolección de los datos, se utilizó una base de datos elaborada por las autoras, en la cual se digitó y organizó la información considerada relevante para la revisión como: título, autor, país, revista, base de datos, año, objetivo, lugar de la investigación, población e intervenciones. La selección de los estudios se llevó a cabo teniendo en cuenta las recomendaciones del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) tal como se muestra en la Figura 1.

Figura 1 – Diagrama de flujo del proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios, elaborado a partir de la recomendación PRISMA



Resultados

La revisión permitió la identificación de tres cuerpos importantes de producción académica: trabajos de corte cualitativo que describen el fenómeno; trabajos que desarrollan escalas y herramientas de medición del problema; y trabajos que describen estrategias desarrolladas frente al mismo.

En el primer grupo sobresalen cuatro estudios de corte cualitativo: Van Mol et al. (2015) realizaron una revisión sistemática del tema y resaltan que la mayoría de los estudios relacionados con la fatiga por compasión han sido realizados en Europa y Norte América, en unidades de cuidado intensivo neonatal, pediátrico y de adultos, servicios de

oncología y salas de cirugía. El trabajo en estas unidades es un desafío cargado de sentimientos. El precio emocional del cuidado en estos servicios puede convertirse en una alta carga para la vida personal de los profesionales que allí laboran, lo que llevaría posiblemente a manifestaciones de fatiga por compasión o agotamiento. Wenzel et al. (2011) en otro estudio cualitativo muestran, a partir de los relatos de las enfermeras de un servicio de oncología, que el rápido deterioro de la condición de salud de un paciente o la muerte súbita fue particularmente difícil de aceptar y manejar para el personal de salud, experimentando sentimientos de impotencia y frustración. En esas situaciones, los estados emocionales negativos del personal de

enfermería se vieron exacerbados por el tiempo limitado para procesar y manejar los sentimientos de pérdida de sus pacientes, ya que existían necesidades apremiantes de otros pacientes y de la unidad que debían ser atendidas, lo que podría ser difícil de equilibrar debido a la sensación de pérdida preexistente y reciente. Mencionaron que, si no se controla estos sentimientos, esas pérdidas emocionales afectan negativamente la capacidad de las enfermeras para permanecer optimistas en situaciones posteriores relacionadas con el paciente, sin embargo, no siempre percibían un apoyo efectivo disponible o accesible para superar estas situaciones.

Carmona Berrios y Bracho de López (2008) en un estudio de corte fenomenológico exploraron los sentimientos de duelo de profesionales de la salud de medicina y enfermería ante el significado sobre el morir y la experiencia ante la muerte de sus pacientes. En este sobresalen la vivencia anticipada de la propia muerte y la impotencia ante la muerte del paciente, asociadas al temor a la muerte, verbalizando sentimientos de impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, entre otros. Estos artículos hacen énfasis en la necesidad de implementar estrategias colectivas en que se compartan experiencias, sentimientos, temores y reacciones vivenciadas en el acompañamiento terapéutico al enfermo y a los familiares durante el morir y la muerte.

McGibbon, Peter y Gallop (2010) refieren que el trabajo en las unidades de cuidados paliativos y oncología implica un cuidado complejo de pacientes y sus familias que puede favorecer la aparición de estrés y carga emocional en los trabajadores de salud. El estrés emocional puede deberse a la exposición repetida al dolor y sufrimiento, al intento fallido de aliviar dicho sufrimiento, al afrontamiento de muertes frecuentes, a las preguntas existenciales de familias y pacientes, a la necesidad de empatía que se genera durante el cuidado, y al conflicto que puede surgir entre la dualidad de curar *versus* cuidar y acompañar. Los autores sugieren que, si este estrés continúa sin resolverse, los enfermeros pueden ser vulnerables a los efectos psicológicos de experimentar fatiga por compasión.

En el segundo grupo, es importante resaltar que el reconocimiento histórico y progresivo del problema

ha generado una serie de herramientas diseñadas para la detección de la fatiga por compasión y el *burnout*. Entre ellas se encuentra Compassion Fatigue Self Test (CFST), Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT), Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte y Maslach Burnout Inventory (MBI), las cuales se describen a continuación.

La primera escala CFST fue un autotest desarrollado por Figley (1995) y consta de 40 ítems con dos subescalas que incluyen fatiga por compasión y *burnout* (Bride; Radey; Figley, 2007). El énfasis en los aspectos negativos del fenómeno es corregido posteriormente por Figley y Stamm, quienes añadieron en el CSFT aspectos positivos aparte de los negativos a la escala, dando lugar a un instrumento de 66 ítems que incluyen ítems sobre satisfacción por compasión, fatiga por compasión y *burnout* (Martínez, 2013). Esta versión mostró una buena evidencia de confiabilidad con consistencia interna en sus subescalas: la primera de 0,87; la segunda 0,87 y la tercera 0,90 (Alkema; Linton; Davies, 2008; Bride; Radey; Figley, 2007). A raíz de continuos desarrollos y revisiones ha surgido una escala muy parecida al CFST: Professional Quality of Life Scale -ProQOL- (Stamm, 2010).

El ProQOL es una revisión del test de Figley, que al contrario de los 66 ítems del CFST (Lago; Codo, 2013) está estructurado con 30 ítems en los que cada persona debe responder en escala de Likert de 0 (nunca) a 5 (muy a menudo) (Potter et al., 2010), e incluye 3 subescalas: satisfacción por compasión, *burnout* y fatiga por compasión/estrés traumático secundario (Bride; Radey; Figley, 2007; Slocum-Gori et al., 2011). Puntajes altos en la primera subescala representan más satisfacción y se relacionan con la habilidad de poder cuidar, mientras que en la segunda subescala indican riesgo de agotamiento (Bride; Radey; Figley, 2007). Por su parte, si la tercera subescala tiene una puntuación alta, representa altos niveles de fatiga por compasión. Stamm (Stamm, 2010, 2016 apud Wu et al., 2016) indica que este instrumento tiene una confiabilidad de alfas de consistencia interna 0,88 para la primera subescala, 0,75 para la segunda y 0,81 para la tercera.

La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte mide la competencia que tiene el personal de salud ante la muerte de un paciente. De acuerdo con Sonia Merchan Espinoza (2016), la competencia ante la muerte es un constructo que comprende las capacidades y habilidades de la humanidad para enfrentarla. Esta escala contiene 30 ítems, tipo Likert valorada del 1 al 7, en que el menor valor indica estar totalmente en desacuerdo y el máximo valor, totalmente de acuerdo (Galiana et al., 2017; Schmidt-Riovalle et al., 2012).

Otra de las escalas de medición más utilizada para la detección específicamente del síndrome de *burnout* es el MBI (Bria et al., 2014; Lee et al., 2017; Maslach et al., 2008; Olivares-Faúndez et al., 2014). Este instrumento mide principalmente el desgaste profesional de forma autoaplicada en el personal de salud (Hernández García et al., 2007; Lee et al., 2017). Según Hernández García et al. (2007), la versión clásica tiene 3 escalas que miden la baja realización personal en el trabajo, el agotamiento emocional cuando no se puede dar más de sí mismo afectiva y emocionalmente; y la despersonalización, entendida como una actitud negativa hacia los pacientes. Una variación de este es el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) que tiene un carácter más genérico, aunque aborda las tres dimensiones antes mencionadas. En general se considera que una persona que trabaja en salud presenta el síndrome cuando las dimensiones de Agotamiento emocional y Despersonalización puntúan alto *versus* una de realización personal baja (Maslach et al., 2008).

Estas solo son algunas de las escalas que se encuentran más con menos fiabilidad, pero, como se puede ver, utilizan afirmaciones muy parecidas.

Finalmente en el tercer grupo de artículos identificados en esta revisión, están las estrategias para la disminución de la fatiga por compasión y el agotamiento. A continuación, se presentan los estudios seleccionados en la revisión sobre el tema.

Keene et al. (2010) realizaron entrevistas sobre la muerte de los niños en el Centro para Niños Johns Hopkins a personal interdisciplinario que solicitó una sesión informativa sobre el duelo, en que un facilitador gestionaba en grupo el dolor y la pérdida y ayudaba a fomentar relaciones terapéuticas

saludables. Si el facilitador lograba la creación de un entorno seguro y confiable, el personal tendría un nivel de comodidad que les permitirá participar de manera plena y honesta en las conversaciones. El personal reconoce la efectividad de estas sesiones grupales, aprendiendo a manejar su dolor, capacidad que, a su vez, le permite continuar en servicio.

Robalo Nunes, José y Capelas (2018) realizaron un estudio explorando la relación entre el humor y el dolor profesional. Los hallazgos confirman que estos no son fenómenos independientes. El uso del humor como mecanismo de afrontamiento es una respuesta al trabajo relacionado con la muerte. Las actitudes positivas hacia el humor parecen aliviar la angustia asociada con el cuidado al final de la vida. En general, las correlaciones emergentes de este estudio apoyan la hipótesis de que el humor y el dolor profesional en las enfermeras pertenecen a un mismo ámbito de afrontamiento. Sin embargo, estas correlaciones surgieron exclusivamente entre la sobrecarga de duelo y dos dimensiones específicas del sentido del humor, la actitud personal hacia el humor y el manejo del humor, al tiempo que se excluye la influencia de la producción y el uso social del humor, la apreciación y la objeción a su uso en el duelo profesional. El humor ya ha sido reconocido como un mecanismo de afrontamiento centrado en las emociones y se ha considerado un recurso importante para que las enfermeras moderen su estrés acumulado debido a su trabajo en la atención al final de la vida, y esto ayuda a enfrentar situaciones difíciles, como estrés y sentimientos negativos asociados con esta línea de trabajo.

Sansó et al. (2018) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los resultados de un programa breve de entrenamiento en *mindfulness* sobre la atención plena, la autocompasión y la calidad de vida profesional en equipos de cuidados paliativos. Para ello, se llevó a cabo un estudio preexperimental prepost con la participación de profesionales de equipos de cuidados paliativos de Madrid (España) para medir *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida profesional. Las mediciones se realizaron al inicio y a las dos semanas de finalizada la intervención, que duró seis semanas. Los resultados de aplicación del programa se evaluaron mediante análisis de varianza multivariados. Tras la intervención se observó una mejoría en los niveles

de mindfulness, de autocompasión y de riesgo de *burnout*, independientemente de la categoría profesional. La aplicación de esta intervención psicosocial breve de mindfulness en un grupo de profesionales de cuidados paliativos se ha asociado con un aumento de los niveles de autoconciencia y autocompasión y con una disminución de la percepción de *burnout*.

Vázquez, Vázquez Ramos y Álvarez (2003) valoraron la influencia que tiene la intervención psicoterapéutica grupal sobre el estrés y el *burnout* en un equipo de enfermería oncológica. La intervención psicológica consistió en la aplicación de un paquete utilizando principalmente técnicas cognitivo-conductuales, llevándose a cabo de forma intensiva, por medio de la convivencia del grupo durante tres días en un alojamiento situado en un entorno natural de montaña. Los resultados mostraron que, transcurrido un mes de la intervención psicoterapéutica grupal, en el grupo de tratamiento se había producido una mejoría significativa de la ansiedad y de la realización personal, igualmente se produjo en este período un gran efecto positivo sobre el cansancio emocional. Al año de la intervención, en el grupo tratado siguió habiendo un efecto positivo importante sobre la realización personal y sobre la despersonalización. De acuerdo con las autoras, el tratamiento cognitivo-conductual grupal intensivo, realizado en un medio natural, ajeno al hospital, puede tener notables ventajas para el tratamiento del desgaste profesional en personal de enfermería oncológica.

Así muchas de las intervenciones que plantean los artículos encontrados se basan en responder a la falta de capacidades individuales para afrontar el sufrimiento del personal de salud que al no comprender otras formas de concebir y experimentar la muerte y el duelo desarrollan sentimientos de fracaso, desesperanza, sentir que nunca se hace lo suficiente, perder la compasión, perder la habilidad de empatía y sentir la impotencia de ayudar a los pacientes (Kirkpatrick, 2017; Kübler-Ross, 2008). Las intervenciones identificadas, en su mayoría, plantean la necesidad de abrir espacios de apoyo individual o colectivo para la expresión y afrontamiento del duelo (Bouchard, 2016; Gross; Kinnison, 2007; Vázquez-Ortiz et al., 2012).

Discusión

Diariamente, el personal de salud que brinda cuidado y atención a los pacientes vivencia situaciones relacionadas con la muerte, duelo y sufrimiento, que implican una alta carga emocional (O'Brien; Haaga, 2015). Estos cuidadores o trabajadores se enfrentan a las dificultades de brindar atención bajo un modelo de salud biomédico cada vez más deshumanizado, permeado por lógicas de producción y venta de servicios, así como precarizado. Lo anterior evidencia que, bajo este marco, es importante no solo ese cuidado y atención que se brinda a las personas o pacientes, sino también es necesario abordar el cuidado del cuidador (Restrepo Serna; Grajales Ospina; Rodríguez Molina, 2012; Rincón Osorio, 2005). ¿Cuál es el alcance de este cuidado? Será la pregunta eje de discusión en este caso.

Siguiendo el modelo propuesto desde los estudios crítico-interpretativos de la salud, la manera cómo se percibe y expresa un fenómeno, en este caso la muerte y el sufrimiento, involucra la experiencia subjetiva del individuo y su trayectoria, así como la construcción intersubjetiva de dichos significados, que a su vez están vinculados con emociones y formas de emocionarse específicas (Ardila-Sierra; Abadía-Barrero, 2020). La perspectiva crítico-interpretativa adicionalmente plantea que estas emociones son formas de incorporación - *embodiment*- de manera específica de condiciones materiales, en este caso de trabajo. Visto desde allí, muchos estudios encontrados en esta revisión abordan la fatiga por compasión y el agotamiento profesional/*burnout* en personal de salud desde una perspectiva de la psicología cognitivo-conductual en la que se asume que las interpretaciones del individuo sobre un determinado fenómeno son aprendidas en el marco de la cultura y los procesos de socialización, y que son la fuente del padecimiento de grupos específicos (Cabodevilla, 2007; Carmona Berrios; Bracho de López, 2008; Wenzel et al., 2011). Sin embargo, la mayoría de estos estudios y escalas ignoran en sí mismos uno de los componentes claves de la definición del agotamiento como resultado de "estrés a causa del trabajo" (Hildebrandt, 2011), es decir, como un resultado negativo de condiciones laborales (Abadía-Barrero; Oviedo-Manrique, 2008).

De hecho, las escalas aplicadas por lo general involucran subescalas que combinan el agotamiento y la fatiga por compasión, no profundizan en la complejidad del fenómeno y cuentan con modelos teórico-conceptuales poco claros que no explican las relaciones entre los distintos componentes. A modo de ejemplo se presenta el *Maslach Burnout Inventory* para el personal de salud siendo un cuestionario autoadministrado, con tres subescalas que evalúan las dimensiones de despersonalización, la ausencia de logros personales y el agotamiento emocional (Marín-Tejeda, 2017), similar a la escala *Professional Quality of Life Inventory*, que indaga sobre tres dimensiones del continuo de la calidad de vida del profesional como la satisfacción ante la compasión, el trauma vicario y *burnout*; finalmente se incluye la CVP-35 en que se valora demandas del puesto de trabajo, el apoyo moral de la dirección, la motivación y la valoración global de la calidad de vida profesional (Rodríguez et al., 2005). Estudios indican la variabilidad en la prevalencia informada en cada uno de estos componentes, y los resultados pueden diferir si las evaluaciones se realizaron en una época diferente del año o en múltiples ocasiones, en diferentes instituciones, servicios médicos, profesiones, años de experiencia y niveles académicos. La poca producción académica en relación con el análisis de la medición de estas escalas no permite diferenciar o mostrar las relaciones entre la fatiga por compasión y el *burnout* (Circenis; Millere, 2011).

Adicionalmente la menor presencia de estudios sobre el fenómeno para América Latina plantea el desafío de comprender estos fenómenos en contextos de sistemas de salud precarizados y con base en las dinámicas de la economía de mercado bastante alejadas de los sistemas de salud europeos o norteamericanos.

En cuanto a los estudios y escalas de medición de la fatiga por compasión y síndrome de *burnout*, vale la pena resaltar que estas deben ser acompañadas de estudios cualitativos, desde una perspectiva crítica, que retomen y signifiquen las prácticas locales en marcos sociopolíticos y económicos específicos, así como las herramientas de transformación de las realidades laborales que vayan más allá de la interpretación individual de un fenómeno.

Consideraciones finales

El personal de salud reconoce la importancia del autocuidado, pero la fatiga por compasión y el agotamiento requieren intervenciones estructurales que vayan más allá de los individuos. Si bien las estrategias cognitivo-conductuales identificadas hasta ahora no requieren de tanta inversión económica ni de mucho recurso humano y son sencillas de implementar, necesitan una intencionalidad política, recursos y transformación de lógicas de producción en los sistemas de salud que les permitan no solo reducir la fatiga, sino resistir las propias inercias de los sistemas y servicios de salud. Incluso las estrategias de corte narrativo o basadas en procesos rituales, creativos y de apoyo grupal pueden ser herramientas para el pensamiento y posicionamiento crítico. Sin embargo, su aplicación requiere una aceptación de esta intencionalidad, asunto rara vez coherente con los intereses de las administradoras en salud. Los modelos comprensivos o explicativos de la fatiga por compasión y el *burnout* requieren un desarrollo teórico que evalúe y consolide los distintos niveles y relaciones que existen entre los componentes hasta ahora identificados. Es necesaria una investigación de corte mixto que mida el fenómeno y, al mismo tiempo, cuestione sus bases conceptuales, así como su interpretación por parte de los diversos actores. Una perspectiva crítica en la salud del personal de salud es aún más necesaria.

Referencias

- ABADÍA-BARRERO, C. E.; OVIEDO-MANRIQUE, D. G. Intersubjetividades estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las ciencias sociales. *Universitas Humanística*, Bogotá, DC, v. 66, n. 66, p. 57-82, 2008.
- ALKEMA, K.; LINTON, J. M.; DAVIES, R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, Abingdon-on-Thames, v. 4, n. 2, p. 101-119, 2008. DOI: 10.1080/15524250802353934

- ARDILA-SIERRA, A.; ABADÍA-BARRERO, C. Medical labour under neoliberalism: an ethnographic study in Colombia. *International Journal of Public Health*, Berlin, v. 65, n. 7, p. 1011-1017, 2020. DOI: 10.1007/s00038-020-01420-4
- BÄHRER-KOHLER, S. *Burnout for experts: prevention in the context of living and working*. New York: Springer, 2013.
- BOUCHARD, L. A. *Exploring compassion fatigue in emergency nurses*. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - University of Arizona, Arizona, 2016.
- BOYLE, D. A. Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Nursing*, Amsterdam, v. 33, n. 2, p. 16-19, 2016. DOI: 10.1016/j.nursi.2016.04.010
- BRIA, M. et al. Maslach burnout inventory: general survey: factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burnout Research*, Amsterdam, v. 1, n. 3, p. 103-111, 2014. DOI: 10.1016/j.burn.2014.09.001
- BRIDE, B. E.; RADEY, M.; FIGLEY, C. R. Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, Berlin, v. 35, n. 3, p. 155-163, 2007. DOI: 10.1007/s10615-007-0091-7
- CABODEVILLA, I. Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Pamplona, v. 30, p. 163-176, 2007. Suplemento 3.
- CARMONA BERRIOS, Z. E.; BRACHO DE LÓPEZ, C. E. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, Córdoba, v. 2, n. 2, p. 14-23, 2008. DOI: 10.31052/1853.1180.v12.n2.7197
- CIRCENIS, K.; MILLERE, I. Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, Amsterdam, v. 30, n. 1, p. 2042-2046, 2011. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.395
- COCKER, F.; JOSS, N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 13, n. 6, art. 618, 2016. DOI: 10.3390/ijerph13060618
- COETZEE, S.; KLOOPER, H. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, Hoboken, v. 12, n. 2, p. 235-243, 2010. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder. In: FIGLEY, C. R. (Ed.). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge, 1995. p. 1-20.
- GALIANA, L. et al. Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, Amsterdam, v. 24, n. 3, p. 126-135, 2017. DOI: 10.1016/j.medipa.2015.04.001
- GROSS, R.; KINNISON, N. *Psychology for nurses and health professionals*. Boca Raton: CRC Press, 2007.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, M. C. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, Madrid, v. 14, n. 1, p. 53-70, 2017. DOI: 10.5209/PSIC.55811.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, T. J. et al. El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y su medición. *Revista Internacional La Nueva Gestión Organizacional*, Tlaxcala de Xicohténcatl, v. 3, n. 5, p. 50-68, 2007.
- HILDEBRANDT, L. Providing grief resolution as an oncology nurse retention strategy: a literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Pittsburgh, v. 16, n. 6, p. 601-606, 2011. DOI: 10.1188/12.CJON.601-606
- KEENE, E. A. et al. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatric Nursing*, Pitman, v. 36, n. 4, p. 185-189, 2010.
- KIRKPATRICK, D. *Grief and loss: living with the presence of absence: a practice based study of personal grief narratives and participatory projects*. 2016. Tese (Doutorado em Filosofia) - University of the West of England, Bristol, 2017.
- KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy*

and their own families. Abingdon-on-Thames: Taylor & Francis, 2008.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 18, n. 2, p. 213-221, 2013. DOI: 10.1590/S1413-294X2013000200006

LEE, H.-F. et al. Determining cutting points of the Maslach Burnout Inventory for nurses to measure their level of burnout online. *History Research*, New York, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2017. DOI: 10.11648/j.history.20170501.11

LIPSKY, L. *Trauma stewardship: an everyday guide to caring for self while caring for others*. San Francisco: Berrett-Koehler, 2009.

MARÍN-TEJEDA, M. Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, Amsterdam, v. 9, n. 2, p. 117-123, 2017. DOI: 10.1016/j.jbhsi.2018.01.008

MARTÍNEZ, A. *Fatiga por compasión: escalas, medidas y mecanismos de prevención*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears, 2013.

MASLACH, C. et al. Measuring burnout. In: COOPER, C. L.; CARTWRIGHT, S. (Ed.). *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press, 2008. p. 86-108.

MCGIBBON, E.; PETER, E.; GALLOP, R. An institutional ethnography of nurses' stress. *Qualitative Health Research*, Thousand Oaks, v. 20, n. 10, p. 1353-1378, 2010. DOI: 10.1177/1049732310375435

MERCHAN ESPINOZA, S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. *Nure Investigación*, Madrid, v. 13, n. 82, 2016.

O'BRIEN, J.; HAAGA, D. Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, Washington, DC, v. 46, n. 6, p. 414-420, 2015. DOI: 10.1037/pr00000037

OLIVARES-FAÚNDEZ, V. E. et al. Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory Human Services*

(MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, Bogotá, DC, v. 13, n. 1, p. 145-159, 2014.

POTTER, P. et al. Compassion fatigue and burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Pittsburgh, v. 14, n. 5, p. E56-E62, 2010. DOI: 10.1188/10.CJON.E56-E62

RESTREPO SERNA, L.; GRAJALES OSPINA, D. C.; RODRÍGUEZ MOLINA, L. M. Posición afectiva que asume el personal de la salud de las unidades de cuidados intensivos pediátricas de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2010. *Medicina U.P.B.*, Medellín, v. 31, n. 2, p. 151-159, 2012.

RINCÓN OSORIO, F. Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados. *Avances en Enfermería*, Bogotá, DC, v. 23, n. 2, p. 45-57, 2005. DOI: 10.15446/av.enferm

ROBALO NUNES, I.; JOSÉ, H.; CAPELAS, M. L. Grieving with humor: a correlational study on sense of humor and professional grief in palliative care nurses. *Holistic Nursing Practice*, Philadelphia, v. 32, n. 2, p. 98-106, 2018. DOI: 10.1097/HNP.000000000000255

RODRÍGUEZ, F. J. et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, Amsterdam, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005. DOI: 10.1157/13081058

SANSÓ, N. et al. Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention*, Madrid, v. 27, n. 2, p. 81-88, 2018. DOI: 10.5093/pi2018a7

SCHMIDT-RIOVALLE, J. et al. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa*, Amsterdam, v. 19, n. 3, p. 113-120, 2012. DOI: 10.1016/j.medipa.2010.11.001

SLOCUM-GORI, S. et al. Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, Thousand Oaks, v. 27, n. 2, p. 172-178, 2011. DOI: 10.1177/0269216311431311

STAMM, B. H. *The concise ProQOL manual*. 2. ed. Pocatello: ProQOL.org, 2010.

VAN MOL, M. M. C. et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One*, San Francisco, v. 8, n. 10, e0136955, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0136955

VÁZQUEZ-ORTIZ, J. et al. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología*, Madrid, v. 9, n. 1, p. 161-182, 2012. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39145

VÁZQUEZ, J.; VÁZQUEZ RAMOS, J.; ÁLVAREZ, M. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva

realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. [s.l.] [Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología], 2003. v. 9

WENZEL, J. et al. Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, Bethesda, v. 38, n. 4, p. e272-e282, 2011. DOI: 10.1188/11.ONF.E272-E282

WU, S. et al. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, Bethesda, v. 43, n. 4, p. 161-169, 2016. DOI: 10.1188/16.ONF.E161-E169

Contribución de las autoras

Córdoba-Rojas, Sanz-Guerrero, Medina-Ch, Buitrago-Echeverri y Sierra-González fueron responsables de la concepción del estudio, recopilación de información, análisis de datos y redacción del artículo

Recibido: 12/01/2021

Aprobado: 02/02/2021