



1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Título

***“Fatiga por compasión y las estrategias de
afrentamiento en enfermeras y enfermeros del
Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de
Loja. Periodo 2018 - 2019”***

Tesis previa a la obtención del
título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Daniela Alejandra Saraguro Ortiz

DIRECTORA: Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2019

CERTIFICACIÓN**Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.****DIRECTORA DE TESIS****CERTIFICA:**

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación **“FATIGA POR COMPASIÓN Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 - 2019”** de la autoría de la egresada de la carrera de Psicología Clínica, Daniela Alejandra Saraguro Ortiz con número de cédula 1150374559.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación del estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública de la misma para la graduación.

Loja, 06 de diciembre de 2019



Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Daniela Alejandra Saraguro Ortiz, con número de cédula 1150374559 declaro ser la autora del presente trabajo de tesis “*FATIGA POR COMPASIÓN Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 - 2019*”y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Autora: Daniela Alejandra Saraguro Ortiz

Firma:



Cédula: 1150374559

Fecha: 06 de diciembre de 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Daniela Alejandra Saraguro Ortiz, declaro ser el titular de la tesis titulada “FATIGA POR COMPASIÓN Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2018 - 2019” como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; por lo que autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 06 días del mes de diciembre del 2019, firma la autora:

Firma: 

Autor: Daniela Alejandra Saraguro Ortiz

Número de Cédula: 1150374559

Dirección: Pedro de Mendoza y Federico de Guzmán

Correo electrónico: danielasaraguro29@gmail.com

Teléfono: 0959096810 - 072111609

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Psic. Cl. Mayra Daniela Medina Ayala, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

- **Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psic. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a:

A mis familiares:

A mis padres, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más. Y ante sus valores inculcados y motivación constante he logrado alcanzar una meta más en mi vida profesional.

A mis hermanos, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento. Gracias.

A toda mi familia, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

A mi enamorado, quien ha sabido brindarme una mano amiga y un apoyo incondicional a lo largo de mi carrera universitaria.

Daniela Alejandra Saraguro Ortiz

AGRADECIMIENTO

Quiero iniciar expresando gratitud a mis padres, porque sin su apoyo incondicional y su esfuerzo, no hubiese sido posible cumplir este logro de mi vida académica. A mi hermano y hermana, que han sabido acompañarme en este proceso de aprendizaje, con cada palabra o acción que han hecho de mí brindar mi mejor esfuerzo.

De igual manera mis agradecimientos a mis amigos y amigas, compañeros y compañeras, ya que gracias a su ayuda, confianza, apoyo y guía dentro y fuera de las aulas, ha sido posible mi crecimiento no sólo como profesional sino también como persona.

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme abierto las puertas para culminar mis estudios de tercer nivel. A todo el cuerpo docente, en especial a la Psc. Cl. Mayra Medina Ayala Mg. Sc quienes con sus conocimientos científicos, técnicos y humanísticos guiaron la culminación, no sólo de este trabajo investigativo sino de toda mi carrera universitaria.

Daniela Alejandra Saraguro Ortiz

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Figuras	x
Índice de Anexos.....	xi
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1 Fatiga por Compasión	7
4.1.1 Definición de Fatiga por compasión.	7
4.1.2 Síntomas y manifestaciones.	8
4.1.3 Etiología y factores de riesgo.	10
4.1.4 Diagnóstico de Fatiga por compasión.	11
4.1.6 Antecedentes de fatiga por compasión.....	15
4.2 Estrategias de Afrontamiento	18
4.2.1 Definición.	18
4.2.2 Tipos de estrategias de afrontamiento.	18

4.2.3 Estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería.....	21
5. MATERIALES Y MÉTODOS	23
5.1 Tipo de estudio.....	23
5.2 Universo y muestra.....	23
5.3 Técnicas e instrumentos	24
5.3.1 Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	25
5.3.2 Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL -vIV).....	25
5.3.3 Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE).....	26
5.4 Procedimiento.....	28
5.5 Análisis estadístico.....	28
6. RESULTADOS.....	29
7. DISCUSIÓN	60
8. CONCLUSIONES	65
9. RECOMENDACIONES	66
10. BIBLIOGRAFÍA.....	67
11. ANEXOS.....	74

Índice de Tablas

Tabla 1 Clasificación Sintomática de la Fatiga por Compasión	9
Tabla 2 Signos y Síntomas para la valoración de la Fatiga por Compasión	12
Tabla 3 Estrategias de afrontamiento basados en el modelo de Lazarus y Folkman	20
Tabla 4 Servicios y número de la muestra de enfermeras/os del Hospital General Isidro Ayora de Loja	24
Tabla 5 Baremos del Cuestionario ProQOL-vIV	26
Tabla 6 Subescalas e ítems de la Escala multidimensional de evaluación de las estrategias generales de afrontamiento.....	27
Tabla 7 Presencia de los índices de fatiga por compasión (FC).....	29
Tabla 8 Estrategias de afrontamiento empleadas por el personal de enfermería	31
Tabla 9 Relación entre fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento.....	33
Tabla 10 Descripción de variable servicio donde labora actualmente	36
Tabla 11 Descripción de la variable tiempo de laborar en el área de servicio	37
Tabla 12 Descripción de la variable turno de trabajo.....	38

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Teórico de la Fatiga por Compasión. Copyright 2002 de Charles Figley..	16
Figura 2 Presencia de los índices de fatiga por compasión.....	29
Figura 3 Estrategias de afrontamiento empleadas por el personal de enfermería.....	32
Figura 4 Descripción de la variable servicio donde labora actualmente.....	36
Figura 5 Descripción de la variable tiempo de laborar en el área de servicio	37
Figura 6 Descripción de la variable turno de trabajo	39

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado para el personal de enfermería	744
Anexo 2: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral	755
Anexo 3: Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV).....	777
Anexo 4: Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento - COPE.....	800
Anexo 5: Permiso correspondiente por parte de las autoridades del Hospital General Isidro Ayora de Loja para la realización de la investigación	822
Anexo 6: Certificado de traducción	83
Anexo 7: Proyecto de tesis.....	83

1. TÍTULO

“Fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento en enfermeras y enfermeros del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2018 - 2019”

2. RESUMEN

La fatiga por compasión (FC) es aquel conjunto de reacciones somáticas, emocionales, cognitivas, sociales y espirituales que padecen los profesionales cuyo trabajo requiere de una constante exposición al sufrimiento o dolor de los pacientes y sus familias. El presente estudio analiza la relación entre la fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento en enfermeros y enfermeras del Hospital General Isidro Ayora de Loja. A través de un estudio de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal, en el que participaron 125 enfermeros y enfermeras los mismos que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de la información necesaria, se utilizaron instrumentos como: la encuesta estructurada sociodemográfica, el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción – Cuarta Versión (ProQOL-vIV) y la Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE). Los cuales permitieron evidenciar: que más del 81 % de la población investigada presenta índices altos y medios la fatiga por compasión; que entre las estrategias de afrontamiento más usadas por el personal está la religión y el crecimiento personal; que en cuanto a la relación entre las variables tenemos que la mayoría de ellas mantiene una relación positiva media; que entre los factores que presumen un riesgo para la prevalencia de fatiga por compasión están características sociodemográficas y laborales a excepción de la condición laboral y médica actual; y que entre las estrategias más empleadas para la prevención de esta problemática está el autocuidado.

Palabras clave: fatiga por compasión, estrategias, afrontamiento, enfermería, paciente.

ABSTRACT

Compassion Fatigue (CF) is a set of somatic, emotional, cognitive, social and spiritual reactions suffered by professionals whose work requires a constant exposure to the suffering or pain from patients and their family members. The following investigation analyzes the relation between compassion fatigue and coping strategies in male and female nurses from “The General Hospital Isidro Ayora in Loja”. Through a descriptive and correlational cross-sectional study, in which 125 nurses participated some who were selected by intentional non-probabilistic sampling. For the collection of the necessary information instruments such as: the sociodemographic structured survey, the Compassion and Satisfaction Fatigue Questionnaire- Fourth Version (ProQOL-vIV) and the Multidimensional Scale for the Assessment of General Coping Strategies (COPE). The same which managed to evidence that: more than 81% of the investigated population has high and average rates of compassion fatigue; that among the coping strategies most commonly used by staff is religion and personal growth; in terms on the relationship between variables we have that most of them have a positive relationship; factors that presume a risk to the prevalence of compassion fatigue include sociodemographic and work characteristics with the exception of current employment and medical status; and that among the most used strategies for the prevention of this problem is self-care.

Key-words: Compassion Fatigue, strategies, coping, nursing, patient

3. INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería que labora en las distintas áreas hospitalarias se encuentra expuestos constantemente al sufrimiento humano. Esta labor asistencial requiere de la empatía como recurso fundamental para comprender el malestar del paciente o de su familia; sin embargo, este factor puede acarrear consecuencias adversas a la propia salud física y mental del profesional. Actualmente podemos denominar a este fenómeno como Fatiga por compasión, en este sentido esta terminología hace referencia al conjunto de experiencias con agotamiento tanto físico como emocional de los profesionales sanitarios con el uso continuo de empatía, como herramienta para el alivio del sufrimiento de sus pacientes.

Los inicios de esta terminología se presentan a partir del año 1992 por Joinson en la Revista Nursing, haciendo referencia al síndrome observado en los profesionales del área de enfermería que se encontraba a cargo de pacientes que enfrentaban una enfermedad y que como consecuencia manifestaban sufrimiento (Hernández, 2016).

Debido al constante contacto que tiene este personal con historias de sufrimiento y dolor se encuentran expuestos al desarrollo de consecuencias negativas para la salud como por ejemplo: estrés traumático secundario (ETS), burnout (BO), trauma vicario (TV) y la fatiga por compasión (FC) al no solo mantener una relación de ayuda entre enfermero/a – paciente sino también al brindar empatía y desplegar un compromiso emocional por parte de este profesional (García, 2016).

La existencia y uso de varios términos relacionados a la calidad de vida profesional, expone al usuario a una confusión, como lo manifiestan varios autores. Algunos por ejemplo consideran a la Fatiga por compasión sinónimo de estrés traumático secundario; sin embargo, a pesar de compartir un elemento en común como es el factor predisponente es decir el

contacto con los pacientes, la diferencia radica en que el ETS requiere de una exposición prolongada a eventos traumáticos e historias de otros (Campos, 2015; Myezyentseva, 2014).

Otro de los términos que requiere diferenciación con la FC es el burnout, la principal diferencia reside en que este último es el resultado del estrés causado por la interacción de los profesionales con su entorno laboral, mientras que por lo contrario la FC es la consecuencia de la relación directa entre el profesional y el paciente. Por ello es que el BO se puede desarrollar en las personas que se desempeñen en cualquier profesión mientras que la fatiga por compasión es más prevalente en profesiones que brindan ayuda o cuidado (Campos, 2015; Stamm, 2010).

Como se ha expuesto este fenómeno es común y de gran prevalencia en el personal de enfermería en todos los ámbitos hospitalarios. En nuestro medio son escasas las investigaciones realizadas de este fenómeno. González, Padilla, y Peña (2018) abordaron esta temática con una revisión bibliográfica en relación a su definición, factores predisponentes y estrategias para prevenir o disminuir este malestar. Así como, Mosquera y Sánchez (2015) realizaron un manual de intervención para la disminución de la FC en los operadores de llamadas de emergencia del ECU-911.

En la presente investigación se plantean los siguientes objetivos: conocer la presencia de la fatiga por compasión, identificar las estrategias de afrontamiento empleadas, valorar la relación entre la fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento, describir los factores de riesgo que contribuyen a esta problemática y a su vez proponer un modelo preventivo. Todo esto tuvo como población de estudio 125 enfermeros y enfermeras del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en sus 17 servicios o áreas de trabajo.

Para mayor comprensión, el trabajo de investigación está dividido en dos capítulos: 1. Fatiga por compasión donde se abarcan temáticas como el rol del personal de enfermería, definición,

antecedentes, síntomas y manifestaciones, etiología y diagnóstico; 2. Estrategias de afrontamiento con tópicos como definición, tipos y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería.

En la recolección de datos se utilizó tres instrumentos como son: la encuesta estructurada sociodemográfica, el cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción – cuarta versión (ProQOL-vIV) y la escala multidimensional de evaluación de las estrategias generales de afrontamiento (COPE).

Como resultados de la investigación tenemos: que existe una presencia del más del ochenta por ciento de la población con fatiga por compasión tanto índices altos como medios; que entre las estrategias de afrontamiento más usadas por el personal sanitario está la religión y el crecimiento personal; que en cuanto a la relación entre las variables tenemos que la mayoría de ellas mantiene una relación positiva media; que entre los factores que presumen un riesgo para la prevalencia de FC están sexo, edad, estado civil, religión, área de trabajo, nivel de estudio, número de hijos, años de experiencia laboral y turno de trabajo; que entre las estrategias más empleadas para la prevención de esta problemática se ubica el autocuidado.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Fatiga por Compasión

4.1.1 Definición de Fatiga por compasión.

En la actualidad, la Fatiga por Compasión ha sido generalizada para describir al conjunto de experiencias con agotamiento tanto físico como emocional de los profesionales sanitarios con el uso continuo de empatía, como herramienta para ayudar a pacientes con sufrimiento.

Figley (2002) y Martínez (2014) afirman que el uso constante de la empatía unido con factores laborales como: las horas de trabajo, los años de experiencia, la seguridad laboral, etc., genera o precipita el desarrollo de este síndrome. Debido a que es un proceso continuo, tiende a ser a largo tiempo, al contrario del estrés traumático secundario (ETS) que suele manifestarse inmediatamente.

Estos autores, hacen mención que la fatiga por compasión no constituye un diagnóstico como tal, sino más bien, es un término descriptivo para la persona, que sufre de afectaciones emocionales, físicas y en sus esferas personal, familiar y laboral, en contacto directo con experiencias traumáticas de otra persona (Martínez, 2014).

La FC, se desarrolla frente la incapacidad de llevar al plano consciente o conservar una consciencia activa sobre el acercamiento que tiene el profesional ante el paciente, debido a que “entender el sufrimiento ajeno no significa sentirlo” (Rothschild, 2009). Para Gilmore (2012) es:

“el resultado de ayudar a personas que están sufriendo [...]. Se origina cuando se dan niveles elevados de energía y compasión durante un largo período de tiempo a pacientes que están sufriendo, a menudo sin experimentar resultados positivos como la mejoría de sus pacientes”; es decir, es “la consecuencia de ayudar o desear ayudar a otra persona que padece dolor o trauma”.

En el diccionario American Psychiatric Association (APA), menciona que según el DSM-IV-TR (2000):

- **Fatiga:** es el estado de cansancio y disminución del funcionamiento personal. Es considerada una respuesta natural y transitoria del esfuerzo, el estrés, el aburrimiento, pero que también puede desembocar a un trastorno.
- **Compasión:** es “un sentimiento de profunda empatía y pena por otro” y que generalmente va de la mano del profundo anhelo de ayudar, aliviar o resolver los inconvenientes del individuo sufriente.
- **Fatiga por Compasión:** es el agotamiento y presencia de síntomas de estrés en el profesional de cuidado y ayuda, expuesto a personas traumatizadas durante un tiempo prolongado.

4.1.2 Síntomas y manifestaciones.

Como menciona Campos (2015), varios autores permitieron la elaboración del aporte de un apartado sobre la clasificación sintomática de la Fatiga por Compasión, presentada a continuación:

Tabla 1
Clasificación Sintomática de la Fatiga por Compasión

Reacciones somáticas	Reacciones sociales	Reacciones emocionales	Reacciones espirituales	Reacciones cognitivas
Agotamiento y pérdida de fuerza	Insensibilidad	Pérdida del entusiasmo y apatía	Falta de consciencia espiritual	Aburrimiento
Falta de energía	Incapacidad para abordar el sufrimiento	Crisis nerviosa	Desinterés por la introspección	Desinterés
Disminución de la eficacia	Indiferencia	Desensibilización	Juicio empobrecido	Desorganización
Desempeño reducido	Ausencia de placer ante actividades de ocio	Ira o irritabilidad intensa	Disminución de la capacidad de discernir	Disminución de la capacidad de concentración
Pérdida de resiliencia		Deseo de abandonar	Disminución de la capacidad de discernir	Sueños y pesadillas recurrentes
Recuperación física, lenta y costosa		Sobrepasado emocionalmente	Cuestionamiento de creencias espirituales	Problema de la memoria
Aumento de quejas físicas		Sentimientos de falta de gozo en actividades diarias		
Insomnio		Sensación de vacío o desesperanza hacia futuro		
Predisposición a sufrir accidentes		Estado de depresión la mayor parte del tiempo		
Dolor de cabeza		Miedo y ansiedad		
Malestar estomacal		Sonidos u olores que recuerdan		
Tensión muscular		Sentimientos de paralización		
Aceleración del ritmo cardíaco		Falta de motivación		
Temperatura corporal fluctuante		Compulsiones (beber, comer)		
Dolor de espalda				

Fuente: Campos (2015)

Elaboración: Autoría propia

Debido a que este síndrome se ha desarrollado en el ámbito ocupacional, las manifestaciones sintomáticas no sólo se presentan a nivel individual, sino también a nivel organizacional entre los que se destacan (González, Sánchez, y Peña, 2018):

- Conflictos entre el personal, debido a la incapacidad para laborar en equipo y al aumento de comportamientos agresivos.
- Deseos de no respetar las normas de la institución a la que pertenecen. Como horarios, tareas, asignaciones o la jerarquización.
- Falta de flexibilidad entre los trabajadores.
- Escepticismo o resistencia ante un posible cambio de tareas, turnos u obligaciones.

- Desacuerdos o desavenencias con la gestión del centro al que pertenecen.

4.1.3 Etiología y factores de riesgo.

A través de los diversos estudios realizados desde el ámbito médico, se puede concluir que la presencia de la FC, se debe a un conjunto de factores tanto individuales como organizacionales (Figley, 1995; Newell & MacNeil, 2010):

4.1.3.1 Factores de riesgo Individuales.

- Constante contacto con situaciones de sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares, que atraviesan por ejemplo duelos o enfermedades terminales o degenerativas (Figley, 2012).
- Ausencia de habilidades de comunicación.
- Características de la personalidad como: perfeccionismo, idealización, motivación alta y extremo compromiso; presencia de compasión y empatía. Lo que ante resultados no deseados, genera principalmente decepción en el profesional (Campos, 2016).
- Falta de autocontrol y autocuidado.
- Área de trabajo, con pacientes en situaciones terminales, degenerativas, crónicas o de sufrimiento (moribundos).
- Presencia de variables sociodemográficas como: falta de apoyo social, edad superior a los 40 años, sexo femenino, presión asistencial, seguridad laboral, horas y jornadas de trabajo, años dedicados a la profesión sanitaria, nivel de estudios (a menor nivel de estudios, mayor riesgo), etc (Campos, 2016).
- Presencia de trastornos mentales: de humor, ansiedad, depresión, antecedentes de traumas personales, etc (Figley, 2012).
- Uso inadecuado de estrategias de afrontamiento (Newell & MacNeil, 2010).

- Poca experiencia en profesionales, que se llenan de gran número de horas, jornadas o pacientes que asistir.

4.1.3.2 Factores de riesgo Organizacionales.

- Bajo número de personal, dentro de la institución de salud (Campos, Cardona, Bolaños, & Cuartero, 2015).
- Fallas en la organización corporativa, donde labora el personal, que impide que el mismo exprese y redirija sus respuestas emocionales (Campos, Cardona, Bolaños, y Cuartero, 2015).
- Turnos seguidos de 12 o 14 horas, especialmente en el personal de enfermería y auxiliar de enfermería. Lo que dificulta una regulación en sus actividades cotidianas y tiempo de descanso, en el profesional (Campos, 2015; O' Mahony, et al, 2017).
- Limitaciones burocráticas de carácter organizacional.
- Falta de compañerismo u hostigamiento en el lugar de trabajo, ya sea de los demás trabajadores o de los supervisores/ jefes/ directores.
- Carga de pacientes a un profesional, que constituye mayor riesgo de exposición a dichos casos de traumatización (Figley, 2012; O' Mahony, et al, 2017).
- Poca disponibilidad de recursos para los pacientes (Campos, Cardona, Bolaños, y Cuartero, 2015).

4.1.4 Diagnóstico de Fatiga por compasión.

En la práctica diaria, el clínico se puede encontrar con frases como: “no tengo energía para nada más”, “no quiero volver ahí”, “¿Por qué sigo trabajando aquí?”, “me siento exhausto, y ya no disfruto nada”; que le ponen en aviso la presencia de este síndrome en los profesionales sanitarios (Hooper, Craig, Janvring, Wetsel, y Reimels, 2010)

La fatiga por compasión constituye un riesgo laboral para todos aquellos profesionales que se desempeñan un trabajo clínico con clientes traumatizados, por ello, existe la posibilidad que la mayoría de estos profesionales experimenten estos síntomas en menor o mayor grado. Sin embargo, es probable que algunos de los clínicos lleguen a etapas severas e interfiera no solo con su eficiencia laboral, sino también en su salud mental, personal y familiar. Por tal razón, es indispensable la monitorización permanente (Bride, Rady y Figley, 2007).

Las personas profesionales generalmente presentan un compendio de signos y síntomas que ayudan al psicólogo a determinar la presencia de este síndrome. Así, Campos, Cardona, Bolaños y Cuartero (2015), nos proponen una tabla siguiendo la organización de estructuración de la personalidad CASIC (conducta, afecto, soma, interacción y cognición), para lograr identificar estos rasgos:

Tabla 2

Signos y Síntomas para la valoración de la Fatiga por Compasión

Subsistemas	Signos y Síntomas
Subsistema Conductual	Evitación de pacientes, absentismo, consumo de psicofármacos, retraimiento, dificultades para separar la vida personal de la laboral, hipervigilancia, actitud de crítica hacia los pacientes, aislamiento, pérdida del interés en actividades generadoras de placer
Subsistema Afectivo y Somático	Rabia e irritabilidad, desgaste y agotamiento emocional, deterioro significativo de la capacidad empática, experiencia negativa del mundo externo, dificultades para la tolerancia de emociones fuertes, cambios de peso, agotamiento muscular, trastornos del sueño, cefaleas, taquicardia, disminución del sistema inmunológico
Subsistema Interpersonal	Conflictos interpersonales íntimos, incapacidad de desarrollar aspectos de la vida que no estén relacionados con el trabajo, despersonalización, distancia con familiares y amigos
Subsistema Cognoscitivo	Exagerado sentido de la responsabilidad, dificultades para tomar decisiones, tendencia a olvidar, descenso del compromiso con el paciente, deterioro de la auto-imagen, deterioro de la capacidad empática, miedo irracional, ansiedad, pensamientos constantes sobre el paciente y el trabajo

Fuente: Campos, Cardona, Bolaños y Cuartero (2015)

Elaboración: Autoría propia

Existen instrumentos psicométricos que han sido desarrollados de forma específica para FC y que miden sus diferentes aspectos. Bride, Rady y Figley (2007) mencionan algunas escalas que están estrechamente relacionadas:

Para la evaluación de la Fatiga por compasión se usa sobre todo el ProQOL – IV (Professional Quality of Life) Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales. Versión IV. Incluye variables de Satisfacción de Compasión, Burnout y Fatiga por compasión. Además, es necesario tomar en cuenta variable de la personalidad que generalmente se evidencian en los profesionales con FC, por ejemplo: niveles elevados de autoexigencia, altruismo e idealismo; rasgos que hacen que el profesional sanitario se imponga como reto personal la resolución de problemas de los pacientes. También se ve gran influencia de personas con patrón de conducta tipo A y con locus de control externo; es decir, que atribuyen las causas de los problemas a situaciones externas o fuera de ellos mismos (Acinas, 2012).

La escala de Fatiga por Compasión – Revisada (CFS-R): constituye la versión adaptada por Gentry, Baronowsky y Dunnig (2002), compuesta por 30 ítems de los cuales 22 miden fatiga por compasión y 8 burnout. Utiliza una escala de 10 puntos para indicar la frecuencia de cada ítem y un esquema de resultados revisado.

La escala corta de Fatiga por Compasión: creada por Adams y colaboradores en 2006, contiene 13 ítems de medida compuesta por 8 ítems en la subescala de burnout y 5 ítems en la subescala de fatiga por compasión.

4.1.5 Efectos del trabajo en los profesionales del campo de la salud.

Gil-Monte y Moreno-Jiménez (2017) afirman que la calidad de ayuda que logra brindar el personal sanitario a sus pacientes, depende en gran parte del bienestar laboral de los propios profesionales de la salud.

Varios estudios revelan que el índice de estrés relacionado con el trabajo de los profesionales de la salud es más alto que el de otros empleos, así como un mayor riesgo de mala calidad de vida laboral, estrés laboral y burnout, en especial en el personal médico y de enfermería (Simón Rincón, 2015).

La publicación de Showalter, en el *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, incluye datos como que el personal de riesgo de sufrir fatiga por compasión (FC), son: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y voluntarios, ya que su labor implica una gran conexión empática ante los cuidados al final de la vida de los pacientes y sus familiares. En otras publicaciones se resalta al profesional de enfermería como “especialmente vulnerable” ante otros miembros del equipo de salud (Showalter, 2010).

La fatiga por compasión está estrechamente relacionada con los profesionales sanitarios, que se exponen continuamente a contextos de sufrimiento físico o emocional, de otros; y así como a falta de apoyo emocional en su lugar de trabajo. En este marco, Joinson afirma que en el campo laboral de enfermería es donde más tendencia existe de desarrollar este síndrome ya que se ha observado en este grupo actitudes empáticas frente al cuidado de sus pacientes.

4.1.5.1 Rol del personal de enfermería.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a enfermería como la profesión que abarca la “atención autónoma y en colaboración a individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades que manifiesten una enfermedad o no”. Además que entre sus competencias se encuentra: la “promoción de salud, la prevención de enfermedades y la atención libre a enfermos, discapacitados y personas en una situación terminal” (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Enfermería se autodenomina como una profesión humanista, centrada en el ser humano y su interacción con el entorno. Esta carrera combina el conocimiento con la acción; es decir

“el saber y el hacer” como lo menciona González (2017), el profesional graduado en esta disciplina, durante su desarrollo universitario, adquiere conocimientos científicos que pone en práctica en el medio de la salud en diferentes áreas y además crece como ser humano en valores y virtudes que alivia el sufrimiento, o malestar de los pacientes.

El profesional de enfermería promueve la curación y la salud de una manera que establece una relación entre la enfermera o enfermero y el paciente. "El cuidado es un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos, interpersonal, verbal y no verbalmente". Si bien el cuidado de los individuos, familias y poblaciones es el elemento clave de la enfermería, la enfermera(o) promoverá, además, el autocuidado, así como el cuidado del medio ambiente y la sociedad. Los expertos sirven a su vez de conexión entre los demás profesionales de la salud, los pacientes y sus familias; pues crean relaciones mediante el reconocimiento enfermero/a-paciente, dando a su vez a conocer los pensamientos, sentimientos y conductas de ambas partes (American Nursing Association, 2010 y Zabalegui, 2003).

4.1.6 Antecedentes de fatiga por compasión.

Dentro de los antecedentes de la fatiga por compasión, se puede rastrear los inicios de esta terminología a partir del año 1992 por Joinson en la Revista Nursing, asignándolo al malestar o síndrome del personal de enfermería que manifestaban por el continuo contacto con historias traumáticas de sus pacientes. Esta autora logró identificar el comportamiento que caracterizaron a este concepto, como son: fatiga crónica, irritabilidad, miedo de ir a trabajar, agravamiento de dolencias físicas y falta de alegría; dificultad para experimentar sus propios sentimientos o sentimientos de impotencia y rabia (Gómez, Gil, Castro, Ruiz, y Ballester, 2015; Mosquera y Rivera, 2015; Myezyentseva, 2014).

En el año de 1997, Figley nos propone un modelo teórico de la fatiga por compasión (Figura 1) donde nos manifiesta el recorrido de una situación que puede llegar a transformarse en un evento estresante, como en el caso de las enfermeras o enfermeros que inician su desempeño laboral atendiendo o asistiendo a pacientes con traumas y termina asumiendo como propio el dolor y generando estrés por compasión que generalmente es el resultado de las personas con este tipo de exposición en su ámbito laboral (Mosquera y Rivera, 2015).

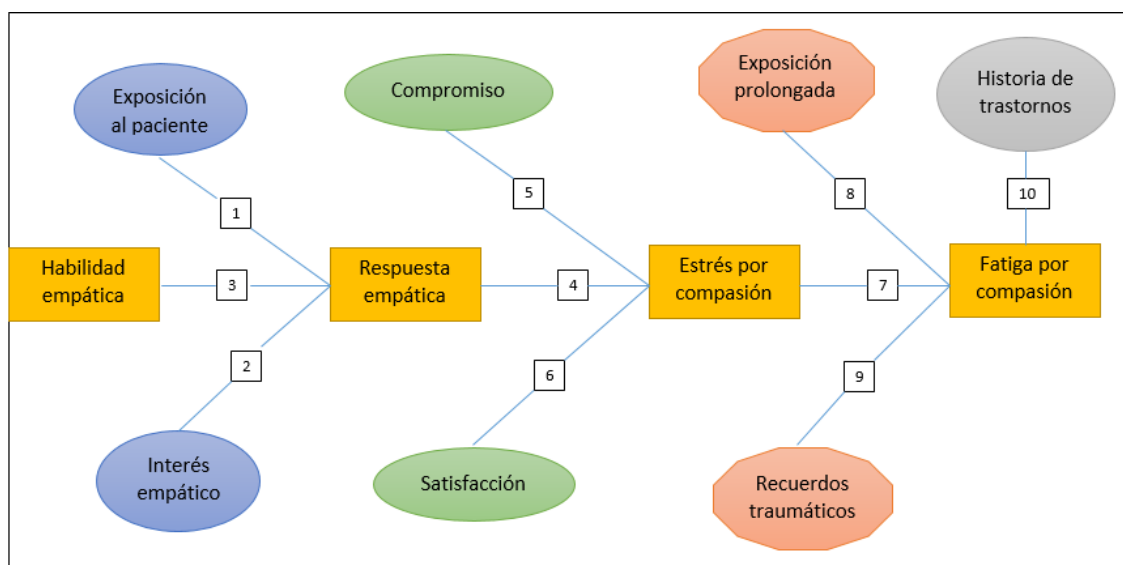


Figura 1. Modelo Teórico de la Fatiga por Compasión. Copyright 2002 de Charles Figley.

Este modelo da a conocer variables que permiten la aparición o el desarrollo de la fatiga por compasión, su primer componente es el estar expuesto al sufrimiento de otra persona, que junto a la preocupación y habilidades empáticas, conllevan a manifestar una respuesta empática. Como se observa una de las variables centrales es la empatía. Figley, define a estas variables como (Campos, 2016):

- Preocupación empática: motivación para ayudar a las personas que lo necesitan.
- Habilidad empática: capacidad de ser consciente del sufrimiento del otro y de experimentarlo de forma vicaria.
- Respuesta empática: aquella que busca aliviar el sufrimiento de la otra persona.

Se evidencia en esta teoría, que la fatiga por compasión sería el residuo de la carga emocional empleada para desarrollar la respuesta empática así como la necesidad de liberar al paciente del sufrimiento. Ante esto, existen dos variables que lograría regular o modelar esta respuesta, estas serían: la satisfacción por compasión, definida como el sentimiento de logro consecuencia del trabajo para ayudar a otra persona; y el *disengagement*, compromiso o autorregulación, siendo la capacidad del sanitario para alejarse de las emociones y pensamientos cuando ya no está frente al paciente; es decir, es la habilidad del profesional de reconocer sus límites y responsabilidades. Dentro de este modelo, se evidencian otras tres variables que contribuyen a la aparición de este síndrome: la exposición prolongada al paciente doliente, haber sufrido experiencias traumáticas, y la aparición de eventos estresantes (Figley, 2002; Hunsaker, Chen, Maughan, y Heaston, 2014).

En la actualidad, las definiciones de la fatiga por compasión, generalmente ya no se enfocan en el contacto directo con personas que han sufrido traumas; estas están más estrechamente vinculadas a el “coste emocional”; es decir, el agotamiento tanto físico, emocional como espiritual que tiene para la persona profesional de la salud que se preocupa o absorbe el sufrimiento de sus pacientes (Figley, 2002).

4.2 Estrategias de Afrontamiento

4.2.1 Definición.

Lazarus y Folkman (1986) definieron al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordante de los recursos del individuo”. De esta forma el afrontamiento constituye el conjunto de pensamientos y conductas que permiten controlar, reducir o aprender a tolerar las situaciones de estrés.

Para Fernández-Abascal y Palmero (1999) las estrategias de afrontamiento hacen referencia a “los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes”, y afirman a su vez que estas son múltiples, y que su uso no siempre es positivo, ante el hecho de que logran eliminar al agente estresor, porque por el contrario pueden generar fatiga, sobregeneralización y efectos secundarios.

Chipana Marino (2017) las presenta como la “información referida por la enfermera acerca de las acciones que tiende a realizar cuando se siente con estrés en su ámbito laboral”. Definición que nos permite sumergirnos más en el área de estudio.

4.2.2 Tipos de estrategias de afrontamiento.

A través del estudio constante del afrontamiento, se ha conceptualizado diversas dimensiones de la personalidad, a las que se las ha denominado:

- 1. Estilos de afrontamiento:** definidos como “aquellas predisposiciones personales para hacer frente a la diversidad de situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas

estrategias, así como su estabilidad temporal y situacional” (Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz, y Martínez, 1997).

Lazarus y Folkman (1986) determinan dos tipos de estilos de afrontamiento:

- a) Estilos centrados en el problema: En esta categoría las personas buscan solución al problema que ha causado disonancia cognitiva. Existe una búsqueda deliberada de la solución, de recomposición del equilibrio como consecuencia de la situación estresante. Entre las estrategias de este grupo, se encuentran: la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones. Además estas son susceptibles de aparecer en el momento en el que las condiciones son evaluadas como aptas de cambio.
- b) Estilos centrados en la emoción: Aquí se enmarcan las personas que buscan la regulación de las consecuencias emocionales, resultado de una situación estresante. Aquí se puede encontrar las siguientes estrategias: el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación. Estas tienen la posibilidad de aparecer cuando habido una evaluación de que no se puede realizar nada para cambiar las condiciones amenazantes del entorno.

2. Estrategias de afrontamiento: son “los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Cassaretto, Chau, Oblitas, y Valdez, 2003).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) basados en el modelo de Lazarus y Folkman (1986) trasladan su importancia a estos procesos de afrontamiento y determinan las siguientes estrategias:

Tabla 3*Estrategias de afrontamiento basados en el modelo de Lazarus y Folkman*

Estrategia	Definición
1. Afrontamiento activo	Inicio de acciones directas, que incrementa los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
2. Planificación	Consiste en pensar de forma organizada acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Supresión de actividades competentes	Indica la eliminación de distractores para el inicio de acciones directas, incrementando los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
4. Postergación del afrontamiento o abandono de los esfuerzos de afrontamiento	Capacidad de esperar o postergar el afronte del estresor hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre la problemática, impidiendo acciones prematuras
5. Soporte o apoyo social instrumental	Se refiere a procurar ayuda, consejo o información a personas que son competentes, con experticia acerca de lo que debe hacer.
6. Soporte social emocional	Búsqueda de apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
7. Reinterpretación o reevaluación positiva	Búsqueda o percepción de los aspectos positivos y favorables del problema o situación estresante. Además el intento de mejorar o crecer a partir de la misma.
8. Aceptación	Reconocimiento de la responsabilidad que haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. Así como, aceptar la realidad de la situación estresante
9. Negación	Radica en el negar la realidad del suceso estresante o problema.
10. Acudir a la religión	Tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentando la participación en actividades religiosas.
11. Expresión de las emociones	Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
12. Uso de alcohol y drogas	Consiste en la utilización de alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien, buscar alivio o para ayudarse a soportar la situación estresante.
13. No compromiso conductual	Reducción de esfuerzos para trabajar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
14. No compromiso cognitivo	Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.

*Fuente: Lazarus y Folkman (1986)**Elaboración: Autoría propia*

4.2.3 Estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería.

Aguir y Muñoz (2002) muestran que los profesionales de la salud tienen la tendencia a desarrollar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y de apoyo emocional en la familia, el consumo de fármacos y tabacos, desahogarse en momentos de estrés puntual y la desconexión mental, como mecanismos frente a situaciones estresantes o altamente demandantes.

El cuidado de parte del personal de enfermería ha sido considerado, a través de los años, como un proceso dinámico y organizado con el fin de brindar confort y bienestar al paciente, y que considera todas las dimensiones del ser humano como son: la biológica, la psicológica, la social y la espiritual.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, estas se pueden diferenciar de acuerdo al estresor presente, por ejemplo: cuando en el ámbito laboral se evidencia la situación estresante, el afrontamiento está más dirigido a la solución del problema; cuando el estresor se relaciona a la salud, el afrontamiento va con dirección hacia la emoción (Hernández-Mendoza, Cerezo-Reséndiz, y López-Sandoval, 2007).

Como menciona Hernández-Mendoza et al (2007) en el área de enfermería, las estrategias de afrontamiento más comunes se encuentran: 1) la adquisición de destrezas como el entrenamiento en relajación, biofeedback, meditación y entrenamiento físico; 2) la modificación de los procesos cognitivos, que incluye técnicas de reestructuración cognitiva, o el entrenamiento en resolución de problemas; 3) adquisición de nuevas habilidades, a través de: el entrenamiento en habilidades sociales, habilidades conductuales, entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal, técnicas de negociación, habilidades para la gestión del tiempo y agenda. Debido a que la profesión de enfermería se desarrolla en una institución o ámbito hospitalario, existe también una variedad de estrategias organizacionales

que contribuyen en el afrontamiento de situaciones altamente estresantes de las enfermeras o enfermeros, como: 1) condiciones ambientales; 2) flexibilidad de horarios; 3) enriquecimiento en el puesto de trabajo; identidad con la tarea, autonomía, habilidades empleadas, etc.; 4) estructura organizacional; 5) planes de carrera e incentivación; 6) estilos de dirección: con participación y objetivos claros; 7) grupos semi-autónomos de trabajo.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo se realizó en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, a las enfermeras y enfermeros distribuidos en 17 departamentos de atención de salud, que brindan atención integral no solo a la comunidad lojana sino a todos aquellos ciudadanos del país, que requieran de sus servicios.

5.1 Tipo de estudio

Corresponde a un enfoque cuantitativo; es decir, se encuentra basado en la recolección y medición de información y datos obtenidos sobre fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento, a través de los reactivos psicológicos y el cuestionario sociodemográfico y laboral aplicados. Según el tipo de diseño, la investigación es prospectiva y transversal; descriptiva-correlacional, ya que la investigación permitió especificar las propiedades, características de las personas de estudio, además de evaluar la relación que existe entre las dos variables (fatiga por compasión - estrategias de afrontamiento).

5.2 Universo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por un total de 185 enfermeros y enfermeras del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja. La muestra para la presente investigación estuvo compuesta por 125 enfermeras/os, distribuidos en 17 servicios o áreas de trabajo como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 4

Servicios y número de la muestra de enfermeras/os del Hospital General Isidro Ayora de Loja

Servicio	Número de profesionales de enfermería
Consulta Externa	8
Hemodiálisis	5
Emergencia	17
Gineco-obstetricia	9
Central de Esterilización	3
Centro Obstétrico	8
Neonatología	19
Cirugía	10
Centro Quirúrgico	11
Cuidados Intensivos	10
Unidad de Quemados	4
Pediatría	6
Medicina Interna	11
Gestión de Enfermería	1
Epidemiología	1
Medicina Ocupacional	1
SOAT	1
TOTAL:	125

Fuente: Gestión de Enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja

Elaborado por: Autoría propia

Los mismos que cumplieron con los **criterios de inclusión**: enfermeros y enfermeras que se encuentren laborando dentro de las áreas mencionadas del Hospital General Isidro Ayora de Loja, con nombramiento o contrato; y dentro del período de aplicación. Y de acuerdo a los **criterios de exclusión**, se descartaron: profesionales de otras áreas de atención sanitaria o que no deseen participar del proyecto; así mismo, como enfermeros/as que durante el periodo de análisis se encuentren de vacación o licencia médica.

5.3 Técnicas e instrumentos

Para la pertinente y adecuada recolección de datos se empleó la técnica del Cuestionario Sociodemográfico y Laboral; así como instrumentos o reactivos psicológicos como son: el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL -vIV) y la Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE).

5.3.1 Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.

Técnica de recolección de datos que permitió registrar información, del profesional de enfermería, tanto de carácter sociodemográfico como laboral, de esta manera abarca las siguientes variables: edad, sexo, religión, estado civil, tiempo y área en que labora, horarios, condición laboral, presencia de alguna enfermedad médica o mental, etc.

Ver: ANEXO 2

5.3.2 Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL -vIV).

Escala traducida a la versión española por Morante Benadero et al. (2015) y originaria de Figley y Stamm (1995); permite identificar tanto los aspectos positivos como los negativos, que supone presentar la empatía hacia aquellos individuos que se cuida durante la práctica asistencial en el ámbito de la salud (Simón Rincón, 2015).

Consta de 30 ítems y su formato de respuesta consiste en una escala Likert con seis categorías, donde: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = unas pocas veces, 3 = con cierta frecuencia, 4 = con frecuencia, y 5 = siempre. Además, está conformado por tres subescalas:

1. Subescala de Fatiga por Compasión (FC): indica la exposición que los profesionales tienen de manera secundaria a situaciones de sufrimiento o extremadamente estresantes en su lugar de trabajo. Los ítems que califican esta subescala son los siguientes: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28. La media de esta puntuación es 13, por lo que una puntuación superior a 17 significa que el encuestado presenta índices altos de FC.

2. Subescala de Satisfacción por Compasión (SC): permite mostrar el placer que el profesional adquiere por su trabajo desempeñado, además de la satisfacción de brindar sus capacidades de ayuda en su empleo. Los ítems que califican esta subescala son: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30. La puntuación media en esta escala es 37, considerando alta satisfacción por compasión aquella puntuación superior a 42, y baja satisfacción por compasión inferior a 33.
3. Subescala de Burnout: permite visualizar el síndrome asociado a sentimientos de desesperación y dificultades para afrontar el trabajo que desempeña. Los ítems que califican esta subescala son: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29. Su puntuación media es 22, y las puntuaciones superiores a 27, indican riesgo alto de padecerlo, en cambio, si la puntuación es menor a 18, el riesgo es bajo.

Tabla 5
Baremos del Cuestionario ProQOL-vIV

Escala	Puntaje	Interpretación
Fatiga por compasión (FC)	Mayor a 17	Alto índice
	Entre 9 – 16	Medio índice
	Menor a 8	Bajo índice
Satisfacción por compasión (SC)	Mayor a 42	Alto índice
	Entre 34 – 41	Medio índice
	Menor a 33	Bajo índice
Burnout (BO)	Mayor 27	Alto riesgo
	Entre 19 – 26	Medio riesgo
	Menor a 18	Bajo riesgo

Fuente: Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción – Cuarta Versión (ProQOL-vIV)

Elaborado por: Daniela Alejandra Saraguro Ortiz

Ver: ANEXO 3

5.3.3 Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE).

Cuestionario desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y cuyo propósito es evaluar los procedimientos, procesos o respuestas de afrontamiento frente a situaciones de estrés. Es basado en el modelo de estrés afrontamiento de Lazarus, que menciona dos formas

de afrontamiento: el enfocado al problema y el enfocado en la emoción. Para la presente investigación se utilizó su versión original, cuestionario autoaplicado que consta de 60 ítems y engloban 15 subescalas, mencionadas a continuación:

Tabla 6

Subescalas e ítems de la Escala multidimensional de evaluación de las estrategias generales de afrontamiento

Subescala	Ítems
1. Búsqueda de apoyo social	4, 11, 14, 23, 30, 34, 45, 52.
2. Religión	7, 18, 48, 60, 23.
3. Humor	8, 20, 36, 50.
4. Consumo de alcohol o drogas	12, 26, 35, 53.
5. Planificación y afrontamiento activo	19, 25, 32, 47, 56, 58.
6. Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	9, 24, 37.
7. Centrarse en las emociones y desahogarse	3, 17, 28, 46.
8. Aceptación	13, 21, 44, 54.
9. Negación	6, 27, 49, 57.
10. Refrenar el afrontamiento	10, 22, 41, 49.
11. Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	5, 33, 42, 55.
12. Crecimiento personal	1, 59.
13. Reinterpretación positiva	29, 38, 39
14. Actividades distractoras de la situación.	1, 15, 43.
15. Evadirse	16, 31, 51

Fuente: Crespo, M. y Cruzado, J. (1997)

Elaborado por: Autoría propia

El procedimiento de puntuación es con una Escala Likert de 4 puntos cuyos valores son: 1 = En absoluto, 2 = Un poco, 3 = Bastante y 4 = Mucho. La escala se mide con un puntaje fluctúa entre 4 y 16 puntos.

Para poder obtener la puntuación del cuestionario es necesario sumar la puntuación de cada ítem de las subescalas, al sumar se tiene que tener en cuenta que el ítem 15 es inverso, esto es que su puntuación se invierte antes de sumarse. Cada subescala consta de un número distinto de ítems, se debe dividir el resultado entre el número de ítems de cada subescala, obteniendo un resultado para cada una que es de 1 como mínimo al 4 como máximo (Fernández y Blasco, 2003).

Ver: ANEXO 4

5.4 Procedimiento

La presente investigación se desarrolló en tres fases o momentos, cada una de ellas dirigidas a cumplir objetivos específicos. En una primera fase: se realizó un acercamiento a las autoridades correspondientes a cargo de la población objeto de estudio, con la finalidad de recibir el oportuno permiso para la recolección de información, y el acercamiento a las enfermeras y enfermeros del Hospital General Isidro Ayora de Loja (HGIAL) (Anexo 5). En la segunda fase se procedió a la respectiva aplicación de cuestionario y reactivos psicológicos a la población investigada; es decir, a las 125 enfermeras y enfermeros del HGIAL. A continuación, se tabuló los datos recolectados, se realizó el análisis cuantitativo de las variables estudiadas. Posteriormente, en base a estos resultados se elaboró la discusión de la problemática abordada, las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación. En la tercera fase, se continuó con la elaboración de una propuesta del modelo preventivo de desarrollo o mejoramiento de estrategias de afrontamiento que ayudaría a la prevención de la presencia de fatiga por compasión, para el personal del área de enfermería del HGIAL.

5.5 Análisis estadístico

Con el fin procesar la información recolectada a través de las diferentes técnicas e instrumentos, brindada por el personal de enfermería del HGIAL; realizar las adecuadas tabulaciones y representaciones gráficas; se requirió la utilización del programa: IBM SPSS Statistics 25.

6. RESULTADOS

Objetivo 1: Evaluar la presencia de la fatiga por compasión a través del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción-ProQOL-vIV.

Tabla 7
Presencia de los índices de fatiga por compasión (FC)

		Frecuencia	Porcentaje
Índice de Fatiga por Compasión	Bajo	23	18.4 %
	Medio	46	36.8 %
	Alto	56	44.8 %
	Total	125	100 %

Fuente: Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL -vIV)

Elaborado por: Autoría propia

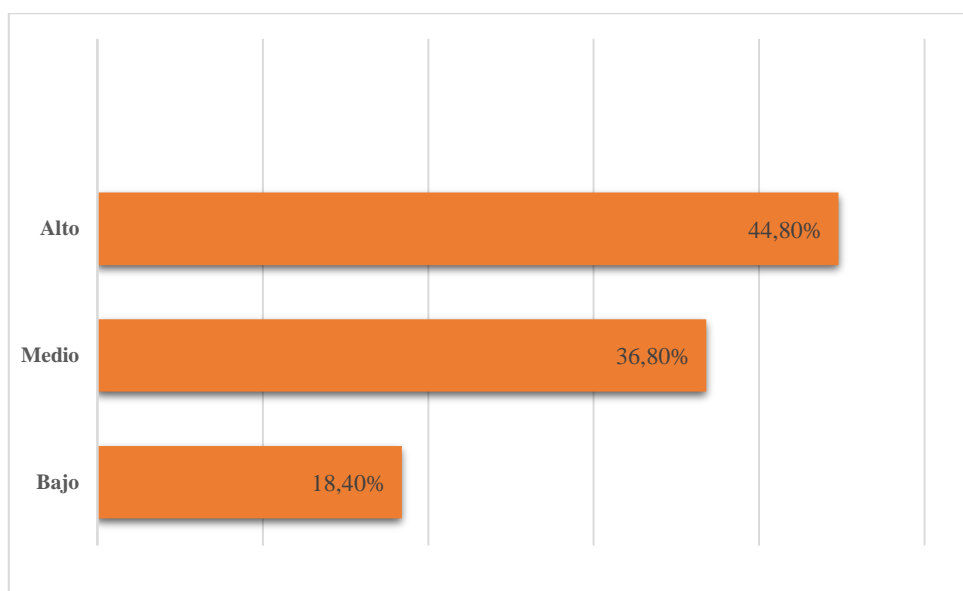


Figura 2 Presencia de los índices de fatiga por compasión

Análisis e interpretación:

Mediante la tabla N° 1 se puede evidenciar que del total de 125 enfermeras/os encuestados de los diferentes servicios de salud del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, el 44.8 % presenta alto índice de Fatiga por compasión; mientras que, el 36.8 % presenta un índice medio; y por último, el 18.4 % presenta un índice bajo.

Estos resultados nos sugieren que se puede evidenciar la presencia de la fatiga por compasión en la mayoría y sobretodo un índice alto en aproximadamente el cincuenta porcierto del personal de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, y sobretodo. Y entre los índie medio y alto, nos da que el 81.6 % de la población tiene un riesgo evidente de la presencia de este síndrome.

Objetivo 2: Identificar las estrategias de afrontamiento que emplea el personal de enfermería, frente a la fatiga por compasión, a través de la Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento - COPE.

Tabla 8

Estrategias de afrontamiento empleadas por el personal de enfermería

Estrategias		Frecuencia	Porcentaje
Religión	En absoluto	7	5,6 %
	Un poco	33	26,4 %
	Bastante	83	66,4 %
	Mucho	2	1,6 %
	Total	125	100 %
Consumo de alcohol o drogas	En absoluto	120	96,0 %
	Un poco	4	3,2 %
	Bastante	1	0,8 %
	Mucho	0	0 %
	Total	125	100 %
Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	En absoluto	77	61,6 %
	Un poco	47	37,6 %
	Bastante	1	0,8 %
	Mucho	0	0 %
	Total	125	100 %
Negación	En absoluto	71	56,8 %
	Un poco	51	40,8 %
	Bastante	3	2,4 %
	Mucho	0	0 %
	Total	125	100 %
Crecimiento personal	En absoluto	5	4,0 %
	Un poco	27	21,6 %
	Bastante	75	60,0 %
	Mucho	18	14,4 %
	Total	125	100 %

Fuente: Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE)

Elaborado por: Autoría propia

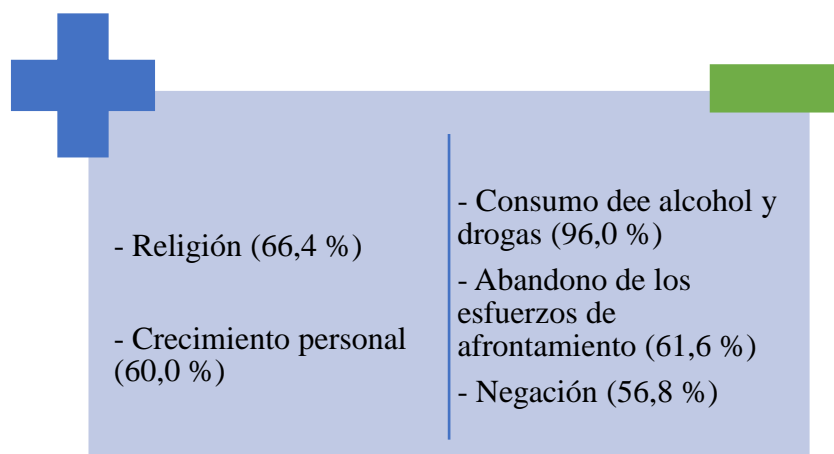


Figura 3 Estrategias de afrontamiento empleadas por el personal de enfermería

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos se encuentra que las estrategias de afrontamiento más usadas por el personal de enfermería son: religión en un 66,4 % y crecimiento personal con un 60,0%; en contraste a estos resultados se evidencia que las menos utilizadas son: el consumo de alcohol y drogas en un 96,0 %, el abandono de los esfuerzos de afrontamiento en un 61,6% y negación con un 56,8 %.

Objetivo 3: Analizar la relación entre la fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería

Tabla 9
Relación entre fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento			Índice de Fatiga por Compasión				Rho	Interpretación
			Bajo	Medio	Alto	Total		
Religión	En absoluto	f	3	2	2	7	0,196 ^e	Correlación positiva media
		%	2,4%	1,6%	1,6%	5,6%		
	Un poco	f	10	11	12	33		
		%	8,0%	8,8%	9,6%	26,4%		
	Bastante	f	9	33	41	83		
		%	7,2%	26,4%	32,8%	66,4%		
	Mucho	f	1	0	1	2		
%		0,8%	0,0%	0,8%	1,6%			
Total	f	23	46	56	125			
	%	18,4%	36,8%	44,8%	100%			
Consumo de alcohol y drogas	En absoluto	f	23	44	53	120	0,087 ^e	Correlación positiva débil
		%	18,4%	35,2%	42,4%	96%		
	Un poco	f	0	2	2	4		
		%	0,0%	1,6%	1,6%	3,2%		
	Bastante	f	0	0	1	1		
		%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%		
	Total	f	23	46	56	125		
%		18,4%	36,8%	44,8%	100%			
Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	En absoluto	f	20	32	25	77	0,331 ^e	Correlación positiva media
		%	16,0%	25,6%	20,0%	61,6%		
	Un poco	f	3	13	31	47		
		%	2,4%	10,4%	24,8%	37,6%		
	Bastante	f	0	1	0	1		
		%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%		
	Total	f	23	46	56	125		
%		18,4%	36,8%	44,8%	100%			
Negación	En absoluto	f	17	30	24	71	0,272 ^e	Correlación positiva media
		%	13,6%	24,0%	19,2%	56,8%		
	Un poco	f	6	16	29	51		
		%	4,8%	12,8%	23,2%	40,8%		
	Bastante	f	0	0	3	3		
		%	0,0%	0,0%	2,4%	2,4%		
	Total	f	23	46	56	125		
%		18,4%	36,8%	44,8%	100%			

	En absoluto	f	0	0	5	5		
		%	0,0%	0,0%	4,0%	4,0%		
	Un poco	f	4	11	12	27		
		%	3,2%	8,8%	9,6%	21,6%		
Crecimiento personal	Bastante	f	13	25	37	75	-0,24	Correlación negativa media
		%	10,4%	20,0%	29,6%	60,0%		
	Mucho	f	6	10	2	18		
		%	4,8%	8,0%	1,6%	14,4%		
	Total	f	23	46	56	125		
		%	18,4%	36,8%	44,8%	100%		

Fuente: Cuestionario COPE y ProQOL-vIV

Elaborado por: Autoría propia

Análisis e interpretación:

Tomando en cuenta un nivel de significancia de 0,05 y el modelo correlacional de Spearman, se obtiene detallar a continuación la relación de cada estrategia de afrontamiento con los índices de fatiga por compasión:

Religión: Con un coeficiente de Spearman ($Rho = 0,196$) de valor positivo e igual a una asociación positiva media. Es decir, frente a mayor práctica de la religión como estrategia de afrontamiento mayor es el índice de fatiga por compasión.

Consumo de alcohol y drogas: Con un coeficiente de Spearman ($Rho = 0,087$) de valor positivo e igual a una asociación positiva débil. Por lo tanto, muestra que ante la aplicación elevada del consumo de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento más elevado es el índice de fatiga por compasión.

Abandono de los esfuerzos de afrontamiento: Con un coeficiente de Spearman ($Rho = 0,331$) de valor positivo e igual a una asociación positiva media. Es decir, indica que ante mayor aplicación del abandono de los esfuerzos de afrontamiento como estrategia de afrontamiento mayor es el índice de fatiga por compasión.

Negación: Con un coeficiente de Spearman ($Rho = 0,272$) de valor positivo e igual a una asociación positiva media. En síntesis, ante mayor utilidad de la negación como estrategia de afrontamiento mayor es el índice de fatiga por compasión.

Crecimiento personal: Con un coeficiente de Spearman ($Rho = -0,24$) de valor negativo e igual a una asociación negativa media. Por lo tanto, ante la aplicación superior del crecimiento personal como estrategia de afrontamiento menor es el índice de fatiga por compasión.

Objetivo 4: Describir factores de riesgos que contribuyen al desarrollo de la fatiga por compasión en las enfermeras del Hospital General Isidro Ayora de Loja, a través una encuesta estructurada.

Tabla 10

Descripción de variable servicio donde labora actualmente

Variable	Índice de fatiga por compasión						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Consulta externa	1	0,8%	3	2,4%	4	3,2%	8	6,4%
Hemodiálisis	0	0,0%	3	2,4%	2	1,6%	5	4,0%
Emergencia	5	4,0%	12	9,6%	0	0,0%	17	13,6%
Gineco-obstetricia	1	0,8%	2	1,6%	6	4,8%	9	7,2%
Central de esterilización	0	0,0%	0	0,0%	3	2,4%	3	2,4%
Centro obstétrico	0	0,0%	1	0,8%	7	5,6%	8	6,4%
Neonatología	4	3,2%	5	4,0%	10	8,0%	19	15,2%
Cirugía	1	0,8%	3	2,4%	6	4,8%	10	8,0%
Centro quirúrgico	2	1,6%	6	4,8%	3	2,4%	11	8,8%
Cuidados intensivos	1	0,8%	3	2,4%	6	4,8%	10	8,0%
Unidad de quemados	2	1,6%	1	0,8%	1	0,8%	4	3,2%
Pediatría	1	0,8%	3	2,4%	3	2,4%	6	4,8%
Medicina Interna	3	2,4%	3	2,4%	5	4,0%	11	8,8%
Servicios Administrativos	2	1,6%	1	0,8%	1	0,8%	4	3,2%

Fuente: Encuesta Estructurada

Elaborado por: Autoría propia

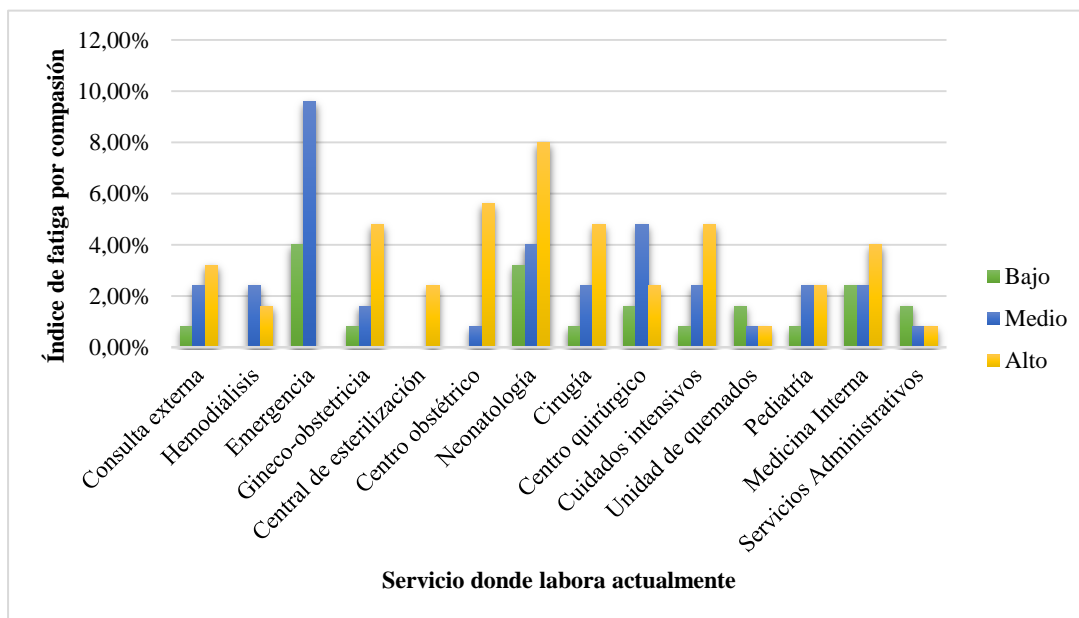


Figura 4 Descripción de la variable servicio donde labora actualmente

Análisis e interpretación:

En la presente tabla se puede evidenciar que del total de enfermeros/as encuestados/as, las áreas con mayor población censada son: el servicio de neonatología (15,2 %) en el que el 8,0% tiene un índice alto de fatiga por compasión (FC); y el servicio de emergencias (13,6%), donde el 9,6 % posee un índice medio de FC; por otra parte, entre las áreas con menor población son: el servicio de central de esterilización (2,4 %) que en su totalidad muestra un índice alto de FC, los servicios administrativos y la unidad de quemados (3,2 %) presentan el 1,6 % correspondientemente de un índice bajo de fatiga por compasión.

Tabla 11

Descripción de la variable tiempo de laborar en el área de servicio

Variable	Índice de fatiga por compasión								
	Bajo		Medio		Alto		Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Tiempo de laborar en el área de servicio	Menos de un año	4	3,2%	10	8,0%	10	8,0%	24	19,2%
	1 año	2	1,6%	11	8,8%	13	10,4%	26	20,8%
	2 a 5 años	16	12,8%	18	14,4%	22	17,6%	56	44,8%
	6 a 10 años	0	0,0%	6	4,8%	7	5,6%	13	10,4%
	11 a 15 años	1	0,8%	0	0,0%	3	2,4%	4	3,2%
	30 años en adelante	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	2	1,6%

Fuente: Encuesta Estructurada

Elaborado por: Autoría propia

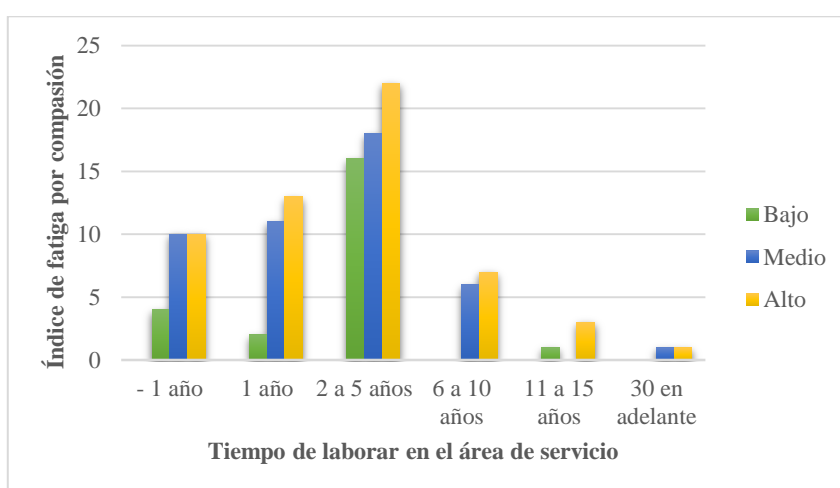


Figura 5 Descripción de la variable tiempo de laborar en el área de servicio

Análisis e interpretación:

En la presente tabla se puede identificar un predominio del 44,8 % de aquella población que actualmente se encuentran laborando de 2 a 5 años en la misma área de servicio y que además, de este grupo un 17,6 % presenta un índice alto de fatiga por compasión; en segundo lugar se encuentra la permanencia de un año en el mismo servicio con el 20,8 % del que el 10,4 % tiene un índice alto de FC; en tercer lugar se puede observar al personal sanitario con menos de un año de experiencia en el área actual de servicio con un porcentaje de 19,2% y del que el 8,0 % presenta tanto un índice medio como un alto de FC; en cuarto lugar se aprecia con un 10,4 % al rango de 6 a 10 años de experiencia, en que además el 5,6 % mantiene un alto índice de FC; en quinto lugar el 3,2% de personas que laborando entre 11 y 15 años en el mismo servicio muestran un 2,4 % de índice alto de FC; y por último el 1,6 % de la población total que ha trabajado de 30 años en adelante en el mismo servicio presenta un índice medio y alto de fatiga por compasión, con un 0,8 % para ambos.

Tabla 12

Descripción de la variable turno de trabajo

Variable	Índice de fatiga por compasión						Total	
	Bajo		Medio		Alto		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Turo de trabajo Rotatorio	20	16,0%	39	31,2%	47	37,6%	106	84,8%
Diurno	3	2,4%	7	5,6%	9	7,2%	19	15,2%

Fuente: Encuesta Estructurada

Elaborado por: Autoría propia

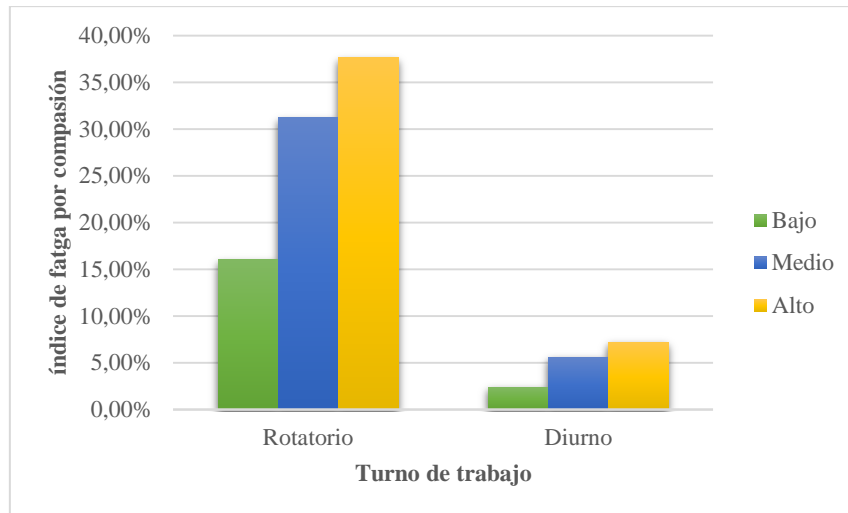


Figura 6 Descripción de la variable turno de trabajo

Análisis e interpretación:

Del total de personas encuestadas se logra identificar que el 84,8 % trabajan actualmente con un turno rotatorio frente a un 15,2 % con un turno diurno; sin embargo, en ambos grupos se puede observar que la mayoría del personal presentan un alto índice de fatiga por compasión, con un 37,6 % y un 7,2 % correspondientemente.

Objetivo 5: Proponer un modelo preventivo enfocado en el desarrollo o mejoramiento de estrategias que prevengan el desarrollo de la fatiga por compasión, para el personal de la salud que ha sido objeto de estudio.

MODELO DE PREVENCIÓN DE LA FATIGA POR COMPASIÓN (FC)
<p>1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionar el mismo</p> <p>La fatiga por compasión es el conjunto de reacciones somáticas, emocionales, cognitivas, sociales y espirituales que padecen los profesionales cuyo trabajo requiere de una constante exposición al sufrimiento o dolor de los pacientes y sus familias.</p> <p>En el año 2007, Bride, Radey y Figley definen que la fatiga por compasión es el resultado de un desequilibrio entre la satisfacción por compasión (SC) y este síndrome. Este primer término se encuentra ligado a una respuesta positiva del laborar de manera correcta, a la existencia de una conexión emocional con el paciente o cliente y además, al bienestar psicoemocional del mismo como profesional. La existencia de una inadecuada forma de manejar este conjunto de apoyo emocional que se brinda al prójimo puede significar el quiebre o desconexión de la salud mental del personal de enfermería, lo que ocasionaría la presencia de la fatiga por compasión.</p> <p>Tomando como primicia lo mencionado anteriormente, estos autores nos manifiestan que la prevención de la fatiga por compasión debe enmarcarse en torno a el llamado <i>empathic discernment</i> o <i>insight empático</i>; es decir, aquella “capacidad del profesional para reconocer y reducir a tiempo la fatiga por compasión y aumentar la satisfacción por compasión mediante el equilibrio e incremento de tres factores: el afecto, el autocuidado y los recursos” (Carbonero, Raya, Caparros y Gimeno, 2016).</p>
<p>2. Explicación del fenómeno: ¿Por qué se provoca la fatiga por compasión?</p> <p>Colocando como punto de partida que la fatiga por compasión está relacionada al “coste</p>

emocional” que tiene el profesional de la salud al preocuparse por el sufrimiento de sus pacientes o sus familias y que además los síntomas como agotamiento físico, emocional y espiritual es el resultado de mantener una actitud u orientación personal empática. Refleja a la empatía como elemento primordial para el desarrollo de la fatiga por compasión; de hecho, el riesgo de padecer este fenómeno en los profesionales de ayuda es muy alto debido al uso constante de la empatía.

Figley (2002) propone un modelo etiológico con once variables necesarias para la aparición de la fatiga por compasión y en el que la empatía desempeña un papel principal. De este modo, los componentes evidencian un ciclo de desarrollo en el que: el primero elemento es el estar expuesto al sufrimiento de otra persona que junto con la unión de la preocupación empática; es decir, la motivación para brindar ayuda a los que la necesitan y la habilidad empática, refiriéndose a la capacidad de tomar conciencia sobre el sufrimiento del paciente y además, experimentarlo de forma vicaria, da como resultado una respuesta empática, buscando aliviar o apaciguar el sufrimiento de la otra persona. Visto de otra manera la fatiga por compasión es la energía emocional restante que se usa para desarrollar una respuesta empática y la necesidad de disminuir o eliminar el sufrimiento de los pacientes. Sin embargo, este modelo brinda elementos que moderan esta respuesta y que al operar juntas previenen la fatiga por compasión: la satisfacción por compasión que expone aquel sentimiento de logro consecuencia de los esfuerzos y el empeño ejecutado para brindar ayuda, y el *disengagement* haciendo referencia a la capacidad del profesional para trazar distanciamiento de las emocionales y pensamientos empáticos en los momentos en los que no esté con la persona doliente, así como para reconocer sus límites y responsabilidades. Existen otros tres componentes que influyen en la aparición o desarrollo de la fatiga por compasión, como son: la exposición prolongada a la persona que está sufriendo, tener experiencias traumáticas

previas y la aparición de eventos estresantes en su vida cotidiana (Hunsaker, Chen, Maughan, y Heaston, 2014 y Figley, 2002).

Existen varios estudios que han planteado la existencia de factores que influyen en la aparición de la fatiga por compasión, estos han sido enmarcados en dos grupos:

Factores personales:

- Falta de autocontrol y autocuidado
- Ausencia de habilidades de comunicación
- Presencia de estrés y contacto con experiencias traumáticas previas (Nelson-Garden y Harris, 2003)
- Profesionales con características como idealistas, altamente motivados y comprometidos debido a que generan altas expectativas en su labor y no establecen límites, lo que puede desencadenar a una decepción al no alcanzar los resultados deseados (Bush, 2019)
- Variables sociodemográficas como la edad (menor edad mayor riesgo), el sexo femenino, menor nivel de estudios, falta de apoyo social, etc. (Thompson, Amatea y Thompson, 2014)
- Uso inadecuado de estrategias de afrontamiento (como represión de emociones o distanciamiento) (Newel y MacNeil, 2010)
- Presencia de enfermedades mentales: de humor, ansiedad, depresión, antecedentes de traumas personales, etc.

Factores organizacionales o contextuales:

- Sobrecarga de pacientes/trabajo, lo que constituye a mayor exposición mayor riesgo de desarrollar fatiga (Craig & Sprang, 2010; y Gough, 2007)
- Escasez de recursos y bajo número de personal dentro de la institución (Campos, 2015)

- Turnos seguidos que interfieren en el desenvolvimiento de actividades cotidianas, sociales o de descanso.
- Fallas en la organización corporativa, en la que no brindan la respectiva importancia o el valor a las respuestas o factores emocionales.
- Tutorización escasa por parte del supervisor del trabajador (Hunsaker et al., 2014)

3. La necesidad de una intervención preventiva

La intervención preventiva para profesionales de enfermería de las distintas áreas de atención sanitaria, hace referencia a la tensión generada en el personal desde su ámbito laboral al mantener un continuo contacto con la muerte y el sufrimiento, con la ansiedad del enfermo o su familia, que puede afectar a la capacidad emocional de los empleados derivando en la fatiga por compasión.

Es importante mencionar que gran parte de interés de esta problemática, radica en los costes o consecuencias físicas, emocionales y sociales que los enfermeros o enfermeras desarrollan. Así como lo menciona Ortega Ruiz (2010) este personal “desempeñan su labor en contextos de ayuda a personas que se enfrentan a situaciones vitales altamente emocionales y estresantes, con gran demanda tanto técnica como emocional”.

Por eso la importancia de brindar un modelo de prevención que parte de la detección de factores de riesgo, de proporcionar estrategias oportuna para la disminución de sintomatología y de proponer un mecanismo de evaluación continuo. Es por eso que a partir de los datos arrojados en la presente investigación, se ha visto necesario el brindar estrategias necesarias para prevenir la presencia de la fatiga por compasión en los/as enfermeros/as del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

4. La delimitación del grupo objetivo

La población a la que se encuentra dirigida este modelo de prevención es a todo aquel

profesional del área de la salud o que mantenga un contacto directo con pacientes sus familiares en sufrimiento, como: médicos, enfermos, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc. Dando relevancia a las 185 enfermeras y enfermeros de las diferentes áreas de atención; es decir, la importancia de brindar la promoción y prevención de la fatiga por compasión no se enmarca solo en aquel personal que fue parte del estudio o que presenta altos índices de FC, sino también en aquellos con niveles más bajos ya que ayudará a la disminución oportuna de los síntomas o manifestaciones características.

5. Objetivos de la intervención

El presente modelo de intervención preventiva, tiene como principales objetivos:

- Proporcionar la explicación sobre la fatiga por compasión y sobre los factores predisponentes para desarrollarla.
- Brindar estrategias específicas para la disminución de la sintomatología característica de la fatiga por compasión y la prevención de la misma.
- Proponer un mecanismo de evaluación continua al personal de enfermería.

6. Métodos y técnicas específicas de intervención

La propuesta de prevención menciona los siguientes elementos:

1. Afecto positivo: Este elemento hace referencia a dos puntos específicos: por un lado, a la respuesta empática y a la alianza de ayuda que soy aquellas características esenciales para entablar una relación profesional-paciente; y por otro lado, a la importancia de satisfacer las necesidades de la persona a nivel laboral como la dicha por el servicio prestado y como el recibir el afecto de los demás.
2. Autocuidado: Este elemento implica el aprender a cuidar de uno mismo; aquí se sugiere: primeramente a lo que Campos y Cardona, 2017 denomina autocuidado inespecífico; es decir, la inclusión de hábitos adecuados o estándares reconocidos que promueven un estilo de vida como el descansar, dormir, actividades de ocio, alimentación adecuada, relaciones

sociales, deporte, etc. En segundo lugar a lo que estos autores denominan autocuidado intencional o específico; que hace referencia a llevar a cabo un plan de exploración profesional, es decir el mantenerse constantemente en preparación laboral: participación en foros, cursos, estudios, supervisión, grupos de autoayuda, etc.

En el año 2014, Filgueira considera que es adecuado el uso del psicodrama y cambio de roles, para llevar a cabo la práctica del autocuidado. Dentro de las temáticas abordar en estas técnicas están: la resolución de problemas, el rol del profesional y las pautas de autocuidado; además menciona que los resultados positivos se evidenciarían y sería igual de importante llevarlo a cabo tanto de manera individual como grupal.

Autores se refieren al uso esta característica, como aquella que brinda estabilidad emocional y conciencia en la persona que la práctica, ya que permite la reducción del estrés, la ansiedad y la rumiación (Oro et al., 2015).

3. Recursos personales y sistémicos: Este elemento refleja aquel apoyo con el que el profesional puede abastecerse. Entre algunos de los que se menciona están: los intelectuales (capacitación), los de salud (supervisión médica, nutrición, deporte) y los sociales (familia, compañeros de trabajo, amigos).

Las propuesta de prevención menciona algunas estrategias:

Carbonero et al. (2016) determinan estrategias para la reducción e incluso para contrarrestar la fatiga por compasión, que son adecuadas y pertinentes para el personal sanitario que ha sido objeto de estudio en esta investigación.

Estrategias para el personal sanitario del Hospital General Isidro Ayora de Loja	
Tema :	Normas de integridad para la práctica de auto-cuidado
Objetivo:	Priorizar la salud emocional del profesional, tomando en cuenta las siguientes pautas: planificar el reposo físico y una nutrición adecuada; aprender de la necesidad de la modulación, que conlleva al autocontrol

	<p>tanto de las actividades físicas como de la alimentación diaria; y obtener valoración y compensación en el lugar de trabajo tanto de los supervisores como de los pacientes.</p>
<p>Procedimiento:</p>	<p>Reposo físico: los empleados que trabajan a diario durante varias horas seguidas no solo reducen su productividad y rendimiento en un momento dado, sino que a largo plazo su salud también se ve afectada. Por tal razón, es recomendable la utilización de pausas durante la jornada laboral ya que ayuda al empleado a recuperarse del agotamiento y asegurar un rendimiento a largo plazo.</p> <p>Se recomienda dentro de la jornada laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar a los descansos como a cualquier otra actividad de la agenda, es importante agregarlo a la lista de pendientes diarios. Teniendo en cuenta que es más probable que se tome los descansos si están programados. - Generar un hábito de tomar un pequeño descanso por hora (no menos a 15 minutos), después de cincuenta minutos de trabajo, la concentración disminuye. - Invitar a un compañero a tomar una pausa, ya que el socializar es una de las mejores herramientas para refrescar el cerebro. - Respetar los tiempos de comida y realizarlos con el mínimo número de distractores (celular, televisión). <p>Dentro del reposo físico es necesario mencionar las horas de sueño o reposo tras una jornada laboral, debido a que el papel del mismo es fundamental para una recuperación física y psíquica. Además, estudios</p>

recientes indican que durmiendo se asimilan todos los aprendizajes del día. Y pues la falta de sueño hace que: se obtenga más problemas de atención y memoria y aumente la irritabilidad del profesional. Para combatir el insomnio, se recomienda:

- Intentar llevar horarios regulares de trabajo, comida y sueño durante por lo menos seis días (tiempo en el que el cuerpo se acostumbra a un ritmo).
- No consumir sustancias estimulantes ni tranquilizantes por lo menos unas 5 horas antes de ir a dormir.
- Intentar relajarse una hora antes de ir a la cama (tomar un baño caliente, escuchar música tranquila).
- Evitar realizar actividades que requieran mucho esfuerzo físico intelectual, tiempo antes de ir a descansar.
- Mantener organización en la habitación: no utilizar la cama para realizar trabajo, sino para conciliar el sueño; intentar mantener una temperatura adecuada, en ausencia de luz o muy tenue y aislarse de posibles ruidos.
- Si no se puede dormir no esforzarse, esto puede dar el resultado contrario y aumentar el nerviosismo: tomar algo caliente, levantarse y practicar técnicas de relajación o realizar una actividad monótona/aburrida hasta que el sueño reaparezca.

Nutrición adecuada: Mientras un trabajador está bajo un sistema de turno u horario, su cerebro envía señales a las que no puede responder ya que sus hábitos son cambiados lo que podría ocasionar algunas consecuencias en la salud como: tendencia a desarrollar enfermedades

como reflujo o esofagitis, úlceras, gastritis y problemas digestivos: esto debido a que, por ejemplo los profesionales de turno nocturno comen tarde (de madrugada) y el cerebro interpreta que los intestinos están en reposo y aquellos que durante la mañana o la tarde descansan, el cerebro solicita comida (desayuno, almuerzo, cena), durante la siesta lo que produce una activación de los jugos gástricos. Además, se estima que los profesionales que duermen cinco horas o menos, podrían tener hasta un 200% más de posibilidades de presentar hipertensión y enfermedades cardíacas.

Si bien no existe un sistema de turno perfecto que no afecte la salud del trabajador, sin embargo se pueden tomar ciertas precauciones que ayuden a compensar sus consecuencias:

- Alimentación saludable: incorporando frutas y verduras a su dieta y evitando comer alimentos pesados (grasas, carbohidratos, alimentos procesados, altos en calorías) que puedan generar somnolencia.
- Consume alimentos livianos (yogurt, atún, proteínas blancas) antes de ir a dormir para evitar despertar por hambre. Hazlo por lo menos una hora antes de tu período de descanso para digerirlo correctamente.
- Escoge bien los horarios de tu alimentación. Lo recomendable es regirse lo más posible a un patrón normal de ingesta de alimentos y evitar comer, o al menos limitar, entre la medianoche y las seis de la mañana.
- Bebe líquido con regularidad, de preferencia agua pura (al menos

	<p>2-3 litros de agua al día, al menos 8 vasos de agua). Se considera que la deshidratación aumenta el cansancio y la fatiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza pausas activas y practica algunos ejercicios de estiramiento para activarte. - Ten en cuenta que la cafeína o bebidas energéticas permanecen en el cuerpo varias horas después de su consumo, lo que puede aumentar el estado de vigilia e interferir en el sueño.
Tema :	Estrategias para dejar de lado el trabajo
Objetivo:	<p>Consiste en el programar un plan en el que se especifique el espacio (horas) libre que contenga actividades de entretenimiento, de diversión, estimulantes, inspiradoras y que generen alegría en el profesional. Se debe incluir plazos o tiempos específicos y determinados; así como de objetivos claros y alcanzables de cada actividad. Además, se recomienda realizarlo con compromiso e incluso supervisión</p>
Procedimiento:	<p>PASO 1: Verificar algunos puntos por los que se gestiona de manera inadecuada el tiempo disponible, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se establece un orden de prioridades entre las actividades según sus objetivos. - No se define los objetivos ni las actividades a realizar para cumplirlos. - No se calcula el tiempo para cada actividad, incluyendo el descanso y ocio. - No cumplir con lo planificado. - Plantearse varias actividades, por las que se salta de una a otra sin

	<p>tomar conciencia del tiempo y la planificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se tiende a asumir excesivas responsabilidades, no siendo realista y no delegando es decir, abarcando demasiado. - Se aceptan interrupciones constantes (celular, preguntas de compañero, etc.) que limita la realización de actividades. <p>Para una buena gestión del tiempo es necesaria una relación eficiente entre el esfuerzo realizado, tiempo invertido y el resultado obtenido. Para el cumplimiento de esta estrategia se propone la siguiente técnica:</p> <p>PASO 2: Puesta en práctica la siguiente técnica, con el fin de corregir errores expuestos anteriormente.</p> <p>Técnica de la agenda: Consiste en la planificación de todas las actividades a realizar en el día siguiente, incluyendo tanto las de trabajo como las de ocio y los descansos. Organizarlas según su prioridad y establecer horarios concretos. Por último, al finalizar el día valorar si se han cumplido y como han sido los resultados, así como el grado de satisfacción.</p> <p>Preparación: se requiere de un lugar tranquilo y una agenda convencional. Paso 1: identificar todas las actividades a realizar durante el día siguiente, imaginando un día normal de trabajo con sus tiempos de descanso, actividades fuera del mismo, etc. Paso 2: Se puede organizar, enumerando las actividades por orden de prioridad o reagrupándolas según la facilidad al realizarlas. Paso 3: al final del día se evalúa el proceso y la satisfacción lograda.</p>
Tema :	Autocuidado personal
Objetivo:	Abarca tres ámbitos necesarios e importantes para el manejo de la

	<p>fatiga por compasión: 1. Área corporal, se propone una consciencia de las partes del cuerpo sobretodo de aquella tensión que se provoca en la actividad laboral, incluyendo técnicas de relajación, métodos que permitan el sueño y nutrición adecuada. 2. Área psicológica, engloba prácticas que brinden equilibrio entre el trabajo y el descanso. Favorece el uso del contacto con la naturaleza, el mejoramiento de la comunicación interpersonal, la reestructuración cognitiva, etc. 3. Área social, precisa la importancia de mantener relaciones sociales sanas tanto dentro del área laboral como fuera de ella.</p>
<p>Procedimiento:</p>	<p>Tomando en cuenta a los tres ámbitos anteriormente mencionados, se ve importante el brindar técnicas acordes a cada uno de ellos:</p> <p>1. Área corporal: como uno de sus objetivos es la toma de conciencia corporal, la técnica a continuación enseña a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación inducida de condiciones fisiológicas como la tensión-distensión de los músculos, e incluso ciertas sensaciones de peso y calor.</p> <p>Técnica de relajación progresiva (Jacobson, 1929): como resultado la persona pondrá tomar conciencia de su propio cuerpo una vez identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo.</p> <p>Preparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscar un lugar tranquilo y sin interrupciones. - Es recomendable el uso de ropa cómoda. - Reclinarse sobre un sillón acolchonado o similar y mantener los brazos y piernas descruzadas.

- Iniciar la relajación con tres respiraciones profundas. se aconseja ir avanzando progresivamente en la relajación, aplicándola cada vez en distintos grupos musculares y practicado unos 15 minutos diarios.

Pasos Generales: Tensionar voluntariamente cada grupo muscular 3 o 4 segundos y relajarlo después varios segundos (20-30 sg) siguiendo el siguiente orden. Prestar atención a las sensaciones de tensión y relajación que se generan.

- Relajación de cara, cuello y hombros:

Frente: Arrugar, ejerciendo tensión sobre el puente de la nariz y alrededor de las cejas.

Ojos: Abrir y cerrar los mismo. Descubrir la tensión en los párpados y en el exterior de los ojos.

Nariz: Arrugar, ejerciendo tensión en el puente y los orificios.

Boca: Sonreír ampliamente (o abrir la boca lo máximo posible).

Apreciar la tensión en los labios superior e inferior y en ambas mejillas. Después fruncir los labios.

Lengua: Presionar la lengua contra el paladar.

Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienas.

Cuello y nuca: Realizar estiramientos del cuello hacia delante atrás y derecha-izquierda (sin brusquedad).

Hombros: Elevar los hombros intentando tocarnos las orejas y después dejar caer.

- Relajación de brazos y manos:

	<p>Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos</p> <ul style="list-style-type: none">- Relajación de piernas: Contraer primero los músculos de nalgas y muslos. Estirar después una pierna y después la otra levantando la punta del pie hacia arriba y notando la tensión.- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar: Espalda: Echar el cuerpo ligeramente hacia delante, doblar los codos y tirar los brazos hacia arriba y atrás (sin apretar los puños), notando la tensión en la espalda. Tórax: Inspirar inflando el pecho y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. Estómago: Contraer el estómago. Después repetir empujando hacia fuera.- Relajación rápida y completa: Consiste en tensar y relajar todos los músculos a la vez. Se puede hacer recostado o de pie. Requiere una cierta experiencia, pero una vez adquirida se puede conseguir un correcto estado de relajación en tan sólo unos minutos. <p>Además, una técnica sencilla de relajación que podemos practicar en el lugar de trabajo con el objetivo de lograr la relajación y eliminar tensión, se denomina visualización: Cierre los ojos e imagine que se encuentra en una habitación tranquila, no hay nadie cerca y el teléfono está desconectado. Céntrese por ejemplo en la siguiente imagen: el agua</p>
--	--

corriendo por un río, el ruido al deslizarse entre las piedras... respire profundamente y disfrute de las imágenes en su mente. Ahora visualice la salida del sol por el horizonte, y cómo transcurre el día hasta la puesta del sol. Puede imaginar cualquier otra escena que le resulte agradable (el mar, niños jugando...). Ahora abra los ojos.

2. Área psicológica: la fatiga por compasión no se resume a reacciones físicas únicamente sino también de carácter emocional que se ve reflejado en sus pensamientos. Generalmente estos son negativos y pesimistas, ya sea respecto a uno mismo, a los demás o a la situación. De esta manera el profesional se encuentra inmerso en pensamientos distorsionados que no le permiten visualizar la realidad con claridad y encaminarse por una mejor solución.

Entre los pensamientos distorsionados más comunes en estas situaciones, tenemos:

- Inferencia arbitraria: Tendencia a interpretar sin fundamento alguno sobre pensamientos, sentimientos o intenciones de los demás. Por ejemplo: “Seguro de todos creen que estoy mal”
- Abstracción selectiva: Se refiere a centrarse en un detalle específico de una situación, ignorando otras características o elementos y sacándolos de contexto. Por ejemplo: “Seguro que si los demás me están mirando, es porque saben que estoy haciéndolo mal”.
- Minimización y maximización: el profesional tiende a minimizar sus logros o cualidades y maximizar sus errores. Por ejemplo: “no

hice lo suficiente para ayudar a mi paciente” “tenía que haberle dicho o actuado de esta manera, fue mi culpa”.

- Sobregeneralización: Extracción de una conclusión general de un incidente o hecho en particular. Por ejemplo: “me pidieron que tenga más cuidado en lo que me dicen sus familiares, seguro que todo lo estoy haciendo mal y no cumplo con mi trabajo”.
- Personalización: Consiste en verse a sí mismo como causa absoluta de sucesos externos. Por ejemplo: “si el paciente no logra recuperarse, es culpa mía”.

Para la reducción o eliminación de estos pensamientos distorcionados, recomendamos la siguiente técnica:

Técnica de inoculación (Meichenbaum, 1974): Permite enfrentarse a situaciones que nos causan estrés o angustia. Y se basa en visualizar estas situaciones y evocar los pensamientos negativos que nos generan potenciando su modificación.

Preparación: Es necesario buscar un lugar tranquilo y requiere de un lápiz y papel.

Pasos generales:

Paso 1: redactar las situaciones causantes de más estrés o angustia valorándolas del 1 al 100.

Paso 2: Visualizar las situaciones que le generan estrés de menos a más de la lista con todo lujo de detalles. Intentar relajarse durante la visión de estas imágenes con alguna de las técnicas de relajación anteriormente explicadas.

Paso 3: Preparar pensamientos que ayuden a contrarrestar las posibles

ideas negativas que vayan a aparecer. Cuando se hayan escrito estos pensamientos proceder a experimentar otra vez la situación angustiante y utilizarlos con cada pensamiento negativo que aparezca.

Paso 4: Realizar este ejercicio a una situación real, en vivo.

3. Área social: Siendo que el ser humano es un ser social y a lo largo de su vida debe aprender a interactuar y relacionarse con los demás y que por otro lado el enfermero o enfermera con fatiga por compasión se ve afectada en esta área, es indispensable mencionar como mejorar las habilidades sociales.

Para hacer frente a desafíos o tensiones al relacionarse con compañeros, superiores, familia, amigos, etc., se requiere de habilidades sociales, con el objetivo de enfocar la dificultad correctamente y encontrar la solución más oportuna. Los elementos más destacados en este entrenamiento son:

- La escucha activa: hace hincapié a prestar atención a lo que menciona la otra persona. Analizando lo que menciona tanto con sus señales no verbales (gestos, posturas, tono de voz) como verbales; pidiendo las aclaraciones necesarias al existir dudas; y verificando que el mensaje se ha entendido de manera correcta.
- La afirmación de uno mismo: permite la aclaración de los derechos, necesidades, pensamientos, sentimiento u opiniones de uno mismo, de forma clara, constructiva y sobretodo con respeto al oyente a través de una conducta asertiva.

A continuación se muestran algunas recomendaciones para potenciar la asertividad:

- Tener un buen concepto de sí mismo.
- Reconocer y tomar en serio las propias necesidades.
- Expresar correctamente los sentimientos a los demás.
- Tener presente el contexto donde se está y comportarse de acuerdo con el mismo.
- Escuchar “activamente” a la gente para comprender no sólo lo que dicen (verbalizan), sino también los sentimientos y necesidades que, de un modo implícito, puedan expresar.
- Aprender a tolerar críticas y a defender una postura sin irritarse.
- Vigilar los tonos de voz y expresiones corporales al hablar.
- Aprender y saber decir “No” cuando sea necesario.
- Planificar los mensajes, aclarar los puntos con antelación. Confeccionar notas de referencia si la situación lo permite, lo que produce confianza y seguridad.
- Tomar en consideración los puntos de vista o la opinión de los demás.
- Guardar las disculpas para cuando sean necesarias. No se deben pedir excusas a menos que sea necesario hacerlo.
- No recurrir a las amenazas. una afirmación tranquila de las cosas es mucho más eficaz.

Para la identificación del estilo de conducta que el profesional muestra ante una situación problemática, se recomienda la siguiente técnica:

Técnica de afrontamiento asertiva

Preparación: se requiere de un lugar tranquilo, de un lápiz y papel.

Pasos Generales:

	<p>Paso 1: Identificar el estilo de conducta (pasivos, agresivo o asertivo) que se utiliza en una situación.</p> <p>Paso 2: Escribir un “guión” para el cambio de conducta. Respondiendo a preguntas como por ejemplo ¿por qué tolero esta situación?, ¿qué es lo que me impide afrontarlo?</p> <p>Paso 3: llevar a la práctica el “guión” establecido con lenguaje oral y corporal adecuados. Para ello es preciso: planificar el mensaje, consiguiendo que todos los puntos a mencionar sean aclarados previamente; y pasar a la acción, llevando a cabo la misma previamente establecida, para lo que es recomendable ensayar tomando en cuenta puntos como: mirar a la persona directamente a los ojos, hablar con voz firme, clara y de tono de voz adecuada (no susurrar), moverse con naturalidad (no forzadamente, arrinconada, o cruzada de piernas o brazos), estar preparado para escuchar alguna réplica de la otra persona sin que esto disminuya o elimine su postura segura y firme, mantener el control siendo respetuoso y no alterándose.</p>
--	---

7. Evaluación

Para el abordaje de un modelo preventivo es necesaria la aplicación adecuada, oportuna y correcta de una evaluación. Bride, Rady y Figley (2007) proponen como primer paso para prevenir o mejorar la fatiga por compasión al reconocimiento de los signos y síntomas de este problema. Mediante la monitorización continua de la presencia de síntomas, los trabajadores sociales pueden prevenir los aspectos más negativos de la fatiga por compasión.

El inicio de este modelo de prevención abarca una evaluación constata de intervalos de aproximadamente tres meses a los profesionales de enfermería que laboran en las diferentes

áreas o servicios de salud y además, como requisito para el personal que se incorpora a este ámbito laboral. Para esta evaluación se proponen los siguientes instrumentos psicológicos:

- Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE): cuestionario autoaplicado que consta de 60 ítems y engloba 15 subescalas.
- Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción – Cuarta Versión (ProQOL-vIV): escala autoaplicada que consta de 30 ítems y conformado por tres subescalas.
- Compassion Fatigue Self Test for Helpers (CSF): cuestionario autoaplicado que consta de 66 ítems e incluye tres subescalas.

Después de la realización de la adecuada evaluación se realizará un *feedback* en el que se valorará la situación individual del profesional de acuerdo a las puntuaciones obtenidas. Debido a que esta evaluación permitirá detectar situaciones de riesgo, es oportuno brindar recomendaciones e incluso iniciar una intervención con aquel personal que requiera de esta atención, dependiendo de la afectación detectada.

7. DISCUSIÓN

La presencia de fatiga por compasión; es decir, aquel conjunto de experiencias con agotamiento tanto físico como emocional de los profesionales sanitarios por el uso continuo de empatía, como herramienta para ayudar a pacientes con sufrimiento; constituye un riesgo para el completo bienestar físico y psicosocial del personal de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja, que desempeñan sus labores asistenciales en todas las áreas médicas.

Es permitente que antes de iniciar a la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, se debe prestar atención a las puntuaciones generales del Cuestionario de Fatiga por compasión y satisfacción – Cuarta Versión (ProQOL-vIV) ya que estos valores son de carácter orientativo; es decir, puntuaciones altas no suponen un valor diagnóstico, pero sin embargo si constituyen un dato importante para el abordaje profesional.

Entre los resultados se permite evidenciar que en un 44,8 % de los encuestados presentan un alto índice de fatiga por compasión, que en riesgo alto y medio de fatiga por compasión se encuentran alrededor del 81,6 % del total de la población. Al igual que el estudio realizado por Komachi, Kamibeppu, Nishi y Matsuoka (2012) en Japón, donde se indica que en toda la plantilla de enfermería el 90,3 % de los participantes presentan niveles elevados de fatiga por compasión.

En relación al sexo de la población de enfermería, el 87,2 % corresponde al sexo femenino y un 12,8 % corresponde al masculino; es decir, los niveles más altos de fatiga por compasión se puede observar en la muestra de sexo femenino en un 39,2 %, lo que coincide con el estudio realizado por Martínez, Juliá, Calvo, Palomino y Arnal (2015) los que también nos brindan algunos factores de explicación a este fenómeno, se basan en la mayor sensibilidad de

las mujeres, en el mayor tiempo dedicado a la emocionalidad con el paciente e incluso al posible poco reconocimiento que reciben.

En cuanto a la edad, el 41,6 % de los/as enfermeros/as se encuentran en las edades comprendidas entre los 31 - 40 años; seguido por el 31,2 % de profesionales entre 20 - 30 años; a continuación se encuentra con el 17,6 % de personal con edades entre los 41 - 50 años y finalmente el 9,6 % representa al experto de edades comprendidas entre 51 - 60 años. En todos los rangos se observa que existen altos niveles de fatiga por compasión, sin embargo es necesario recalcar que estos van disminuyendo su frecuencia en cuanto al aumento de edad; es decir, mientras más aumenta la edad menor es el índice de fatiga por compasión, tal como lo menciona García (2016) que dentro de este factor el grupo con mayor FC son los grupos de menor edad.

En lo referente al estado civil, se puede observar una mayor prevalencia (50,4 %) de personal casado; continuando con el 31,2 % del total, profesionales solteros; y finalmente con el 10,4 % y el 7,2 % enfermeros/as en unión libre y divorciados/as correspondientemente; sin embargo, es prudente mencionar que se observan mayor índice de fatiga por compasión en estos dos primeros grupos. Por ejemplo, Martínez et al. (2015) menciona en su estudio que aquellas personas sin pareja son las que puntúan más alto en esta escala.

En cuanto a las creencias religiosas, los resultados de la investigación arrojan que la mayor parte de la población encuestada (97,6 %) pertenece actualmente a una religión siendo de mayor índice (89,6 %) la religión católica; y a su vez, se puede observar que existen niveles más altos en las personas creyentes (Smith, 2009).

Partiendo de las quince áreas de servicio, donde labora el personal de enfermería: el servicio de Neonatología donde se encuentra el 15,2 % del total presenta niveles altos de fatiga por compasión; seguido por Emergencia con el 13,6 % con un índice medio de FC; a

continuación, áreas como Centro quirúrgico y Medicina interna tienen el 8,8 % de la población cada una; las áreas Cirugía y Cuidados intensivos, con el 8,0 % del personal total; con el 7,2 % el personal de Gineco-obstetricia; los servicios de Consulta externa y Centro obstétrico correspondiente al 6,4 %; Hemodiálisis con un 4,0%; y el área de Central de esterilización que constituye el 2,4 % de todo el personal, evidencian niveles altos de fatiga por compasión. Mientras que el área de Pediatría con el 4,8 % del total de profesionales mantiene un índice medio y alto. Así como, lo muestran estudios en el que destacan que las enfermeras obstétricas y pediátricas presentaron medio o algo nivel de fatiga por compasión, al igual que las enfermeras de los servicios de urgencias y oncología. En ese sentido, reseñan altos niveles en el personal de enfermería del área obstétrica que han proporcionado cuidados a mujeres con abortos espontáneos de seis meses de embarazo (Myezyentseva, 2014). Por el contrario los servicios de Unidad de Quemados y Servicios administrativos que representan el 3,2% cada una, indican índices bajos de fatiga por compasión.

Los años de experiencia laboral ha sido un factor importante dentro de la investigación como factor predisponente al desarrollo de la fatiga por compasión, es así que los resultados arrojan que los profesionales de 2 a 5 años de experiencia tienen mayor índice de fatiga por compasión; sin embargo, se ha observado que en todos los rangos de años experiencia el porcentaje más alto lo tienen las personas con índice elevado de FC. A diferencia del rango comprendido entre 21 y 25 años de experiencia. Datos que concuerdan con Hernández (2017) donde el grupo con experiencia entre 11 y 20 años evidencia mayor porcentaje de riesgo para la fatiga por compasión.

Dentro de esta investigación también se ha podido corroborar que los enfermeros/as que tienen el tiempo de experiencia de 2 a 5 años, en la misma área de trabajo presentan una frecuencia mayor de fatiga por compasión al contrario de aquellos que tienen de 30 años en

adelante. En caso contrario a lo anunciado por varios autores que ante mayor experiencia laboral y mayor desarrollo de empatía, superior es el riesgo de desarrollar fatiga por compasión (Marilaf, San-Martín, Delgado-Bolton y Vivanco, 2016)

Respecto a la condición laboral del personal de enfermería, los resultados nos permiten visualizar que mayor porcentaje de personas trabajan actualmente con nombramiento; sin embargo tanto en esta categoría como en aquellos profesionales con la modalidad de contrato demuestran un nivel alto del 22,4 % de fatiga por compasión. Es decir, el mantener estabilidad laboral no proporciona seguridad y a su vez no disminuye el riesgo de desarrollar la fatiga (Myezyentseva, 2014). Por otro lado, en cuanto al factor turno de trabajo coincide con estudios realizamos donde nos indica que el laboral una jornada parcial, en este caso de 8 horas diarias en el turno diurno, reduce la posibilidad de desarrollar fatiga a diferencia de los profesionales que laboran con una jornada completa; es decir, de 12 horas por turno y que además atienden mayor número de pacientes (Hernández, 2017; O' Mahony, et al, 2017).

Los aspectos de la salud física y psicológica del enfermero o enfermera tienen un papel relevante en el desarrollo de fatiga por compasión: padecer depresión, trastornos de ansiedad, estrés, la pérdida de sueño, dolores frecuentes de cabeza, en sí algún malestar tanto físico como emocional fue relacionado con un mayor riesgo de fatiga por compasión como lo mencionan Hernández y García (2017). En el presente estudio se evidencia que el 22,4 % de la población total presenta actualmente una condición médica o psicológica y que más prevalencia tiene un alto índice de fatiga por compasión.

Finalmente, es importante recalcar que la presente investigación realiza una contribución especial a esta temática tan importante y relativamente reciente dentro de nuestra comunidad, para lo que también se recomienda futuras investigaciones ligadas a este contexto del personal sanitario. Ya que permitirá fomentar medidas de promoción de la salud del profesional así

como la prevención de alteraciones físicas y psicológicas a raíz del contacto con personas que sufren.

Se considera indispensable el disponer de información y educación sobre temáticas de salud laboral en el área de enfermería, y sobre todo de aquellos problemas que pudieran experimentar a consecuencia de la atención y empatía brindada a los pacientes que acuden de forma diaria a sus cuidados. Otra medida necesaria para la prevención y abordaje de esta situación es la implementación de intervenciones tanto individuales como grupales.

8. CONCLUSIONES

La fatiga por compasión está en manifiesto en un alto índice o nivel, en cerca del cincuenta por ciento de las enfermeras y enfermeros encuestados de las distintas áreas de atención del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja

Las principales estrategias de afrontamiento que emplea el personal de enfermería son la religión y el crecimiento personal, por el contrario las menos empleadas son el consumo de alcohol y drogas así como el abandono de los esfuerzos de afrontamiento.

Al analizar la relación entre la fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento se puede evidenciar que de las quince estrategias estudiadas: la religión, el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, la negación, y el consumo de alcohol y drogas se mantienen en una relación positiva; es decir, que ante la mayor práctica de estas estrategias mayor es el índice de fatiga por compasión. Mientras que por el contrario, la práctica de las estrategias como: crecimiento personal permiten mantener una relación negativa; es decir, que su utilización indica que los índices de fatiga por compasión es menor.

La presencia de variables sociodemográficas y laborales como: sexo femenino, edad entre los 30 y 40 años, estado civil casado, religión católica, servicios laborales como neonatología y emergencias, tener hijos, nivel de estudio bajo, menor experiencia laboral y turno de trabajo rotativo constituyen factores de riesgo para el desarrollo de fatiga por compasión

En el modelo preventivo del desarrollo de fatiga por compasión se mencionan estrategias que abordan tres elementos primordiales como: el afecto positivo donde se nombra el elemento principal como es la empatía, el autocuidado que es uno de los elementos más promocionados y los recursos personales y sistémicos que no solo abarca al círculo social y familiar del profesional sino también al laboral con medidas de seguridad.

9. RECOMENDACIONES

Una vez concluido el presente trabajo de investigación, me es permitente mencionar las siguientes recomendaciones, para los profesionales y autoridades competentes:

La realización de una evaluación constante, pertinente y oportuna hacia el personal de enfermería; a través, de la aplicación del reactivo psicológico Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción (ProQOL-vIV) para la detección de la Fatiga por Compasión en los profesionales de esta área que laboran en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

La implementación de recursos para mejorar la utilización o desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan la disminución de los índices de fatiga por compasión; y por el contrario reducir o eliminar aquellas estrategias que permiten índices más elevados de este síndrome.

La instauración de estrategias de autocuidado que promuevan la satisfacción por compasión en los profesionales que desempeñan su labor profesional en constante contacto con personas dolientes o con sufrimiento, promoviendo así la mejora de su desempeño laboral.

Para la institución y autoridades pertinentes, es necesario la toma de medidas de carácter organizacional que brinden mejoramiento en el desarrollo de las funciones laborales de personal de enfermería, como el disminuir las horas de carga laboral, la contratación de mayor número de personal, el fomento de un ambiente de compañerismo y sin hostigamiento, etc.

La creación de programas de promoción de salud mental y calidad de vida profesional; así como, de la prevención de la fatiga por compasión en el personal de enfermería que laboran en las distintas áreas del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-30. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Aguir, V., Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana: un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista Española de Salud Pública*. 76 (5), 509-604. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-19289>
- Alcover de la Hera, C. M., Martínez Iñigo, D., Rodríguez Mazo, F., & Domínguez Bilbao, R. (2004). *Introducción a la Psicología del Trabajo*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Amarís Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Arrogante, Ó. (18 de Octubre de 2016). *Enfermería 21*. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/estrategias-de-afrontamiento-al-estres-laboral-en-enfermeria/>
- Barrón A. (2011). *Manejo del Stress Laboral*. Dirección General de Salud del Perú. Ministerio de Salud. Lima, Perú.
- Benito, E., Arranz, P., & Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(2), 59-65. doi:10.1016/S1134-2072(11)70023-8
- Campos Aguerre, P. (2016). *Estudio sobre la fatiga de compasión, satisfacción por compasión y burnout en profesionales que trabajan con alumnos con trastorno grave*

- de conducta*. (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas
- Campos, J., Cardona, J., Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 119-136. doi: 10.14198/ALTERN2017.24.07
- Campos, J., Cardona, J., Bolaños, I., Cuartero, M. (2015). *La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar: Hipótesis para una investigación*. Obtenido de: <https://www.researchgate.net/publication/279288785>
- Campos Mendez, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura*. (Tesis Doctoral). Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica. Universidad de Extremadura
- Cano Videl, A. (2005). *Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral*. (Tesis Doctoral). SEAS. Universidad Complutense de Madrid. España. Disponible en: https://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/fact_psicosoc
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI(2), 364-392.
- Chipana, M. (2017). *Nivel de estrés laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras de un Hospital del MINSA de Chanchamayo*. (Tesis de Posgrado). Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Felipe Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Obtenido de <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

- Fernández-Abascal, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel Psicología.
- Fernández-Abascal, E., Palmero Cantero, F., Chóliz Montañes, M., & Martínez Sánchez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Bruner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090
- Figley (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resiliencie. *Professor Figley Polemics. Various observations about world events by Charles R. Figley, PhD*. Recuperado el 6/5/2014 de <http://figley.blogspot.com.es/>
- Figuroa, M. I., Contini, N., Betina Lacunza, A., Levín, M., & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Fraguela, G. A., Luengo, M. A., Romero, T. E., Villar, T. P. y Sobral, F. J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (6), 581-597.
- Gil-Monte, P., & Moreno-Jiménez, B. (2017). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Gilmore , C. (2012). Compassion fatigue-what is it and how to avoid it. *Kai Tiaki Nursing New*, 18(5), 32.

- Gómez Martínez, S., Gil Juliá, B., Castro Calvo, J., Ruiz Palomino, E., & Ballester Arnal, R. (Junio de 2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Ágora de Salud*, 209-220. doi:10.6035/AgoraSalut.2015.1.16
- González Procel, C., Sánchez Padilla, Y., & Peña Loiza, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesiones del servicio de emergencia. *Revista Científica: Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498.
- Hanzelíková Pogrányivá, A., García López, M., Pomares Martínez, M., Pardo Fernández, M., & Del Monte Paz, J. (Octubre de 2011). La calidad de vida profesional de las enfermeras de geriatría. *Enfermería Global*, 10(4), 145-157. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834774012>
- Hernández García, M. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53-70
- Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S., & López-Sandoval, M. G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 15(3), 161-166. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/237802035>
- Hooper, C., Craig, J., Janvring, D., Wetsel, M., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency room nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurse*, 36, 420-427.
- Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2014). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194. doi:10.1111/jnu.12122

- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (01 de Abril de 2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(1), 86-101. doi: 10.1177/1473325014528526
- Marín-Tejeda, M. (05 de diciembre de 2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de intervención grupal. *Journal of Behavior Health & Social Issues*, 9(2), 117-123. doi: 10.1016/j.jbhsi.2018.01.008
- Martínez González, A. S. (2014). *Fatiga por Compasión, Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. (Tesis de Grado). Facultad de Trabajo Social. Universitat de Les Illes Balears
- Mendoza Martínez, I. A., García Rivera, B. R., & Serna Gómez, H. M. (07 de Marzo de 2014). *Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano*. Obtenido de: <https://www.researchgate.net/publication/274456605>
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (12 de Agosto de 2014). *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. Obtenido de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion>
- Morán, Consuelo, Landero, René, & González, Mónica Teresa. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Morante Benadero, M., Rodríguez Carvajal, R., & Losada Novoa, M. M. (2004). Estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22, 69-76. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522108>
- Mosquera, V., & Rivera Sánchez, L. (2015). *Efectos de la Fatiga por Compasión encontrados en los Operadores de llamadas de Emergencia*. (Tesis de Grado). Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

- Myezyentseva, O. (2014). *Fatiga por Compasión en los profesionales de enfermería. Revisión Sistemática*. (Tesis de Grado). Facultad de Enfermería. Escuela Universitaria Politécnica de Mataró.
- Newel, & MacNeil. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practice in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Personal Sanitario*. Obtenido de https://www.who.int/topics/health_workforce/es/
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., y Gerhart, J. (2017). *Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians*. *The American Journal Of Hospice y Palliative Care*, 35 (2), 343-347. doi: 10.1177/1049909117701695
- Pérez-Aranibar, C. C., Morales Córdova, H., & Wetzell Espinoza, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performane en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología*, XX(1), 93-131
- Procel, C., Padilla, Y., Loaiza, G. (2017). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las ciencias*. 4, 438-498. Obtenido de <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée de Brower, S.A.
- Sammartino, E. (2012). Are you at risk for compassion fatigue? *Michigan Nurse*. Obtenido de <http://www.minurses.org/news-and-events/p/openItem/5330>

- Showalter, S. (2010). Compassion fatigue: what is it? why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. 27(4), 239-242. doi:10.1177/10499091354096
- Simón Rincón, C. (2015). *El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la Fatiga por Compasión*. (Tesis de Grado). Sant Cugat del Vallés. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat
- Sodeke-Gregson, E. A., Holtlum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatol*, 4, 1-10. doi:10.3402/eipt.v4i0.21869
- Solís Manrique, C., & Vidal Miranda, A. (Enero-Junio de 2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VII(1), 33-39.
- Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual. *Beth Hudnall Stamm*. Obtenido de <http://www.medscape.com/viewarticle/513615>
- Truco Burrows, M. (Octubre de 2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia & Trabajo*, 6(14), 185-188. Obtenido de http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/estres_salud_mental_trabajo.pdf
- Vega Valero, C. Z., Villagrán Velazco, M., Nava Quiroz, C., & Sorio Trujano, R. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. *Alternativas en Psicología*, XVII(28), 92-105.
- Vilariño Santos, O. (2015). *Desgaste emocional y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de urgencias*. (Tesis de Master). Centro Internacional de Postgrado. Universidad de Oviedo

11. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado para el personal de enfermería

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO INVESTIGATIVO

Fecha de aplicación: _____

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **DANIELA ALEJANDRA SARAGURO ORTIZ**, con número de cédula 1150374559 de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es determinar la presencia de fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos sociodemográficos y laborales, además de dos reactivos psicológicos. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____, de número de
cédula: _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del Participante:

Anexo 2: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL			
Instrucciones:			
A continuación se exponen enunciados y preguntas relacionadas a su información sociodemográfica y laboral. Le solicito de la manera más comedida marque con una EQUIS (X) la respuesta que considere correcta. Por favor llene todas las preguntas solicitadas.			
1. Sexo:	1 Femenino () 2 Masculino ()	2. Edad:	_____ Años cumplidos
3. Lugar de procedencia	1 Urbano () 2 Rural () 3 Otro _____	4. Estado civil:	0 Soltera/o () 1 Casada/o () 2 Unión libre () 3 Divorciada/o () 4 Viuda/o () 5 Con pareja () 6 Otro: _____
5. Religión:	0 Ninguna () 1 Católica () 2 Cristiana () 3 Evangelista () 4 Agnóstico () 5 Atea () 6 Otros (especifique) _____	6. Servicio donde labora actualmente:	1 Consulta Externa () 2 Hemodiálisis () 3 Emergencia () 4 Gineco-obstetricia () 5 Central de Esterilización () 6 Centro Obstétrico () 7 Neonatología () 8 Cirugía () 9 Centro Quirúrgico () 10 Cuidados Intensivos () 11 Unidad de Quemados () 12 Pediatría () 13 Medicina Interna () 14 Gestión de Enfermería () 15 Epidemiología () 16 Medicina Ocupacional () 17 SOAT ()
7. Número de hijos/as:	Especifique: _____ 0 Ninguno ()		
8. Nivel de estudio:	1 Licenciatura () 2 Maestría () 3 Doctorado () 4 Diplomado () 5 Otro: _____		
9. Años de experiencia laboral:	1. >1 año () 2. 1 año () 3. 2 a 5 años () 4. 6 a 10 años () 5. 11 a 15 años ()	10. Tiempo de laborar en el área de servicio:	1. >1 año () 2. 1 año () 3. 2 a 5 años () 4. 6 a 10 años () 5. 11 a 15 años ()

	6. 16 a 20 años () 7. 21 a 25 años () 8. 26 a 30 años () 9. 31 a 40 años () 10. 41 en adelante ()		6. 16 a 20 años () 7. 21 a 25 años () 8. 26 a 30 años () 9. 30 en adelante ()
11. Condición laboral:	1 Nombramiento () 2 Contrato () 3 Otro (especifique) _____ _____	12. Turno de trabajo:	1 Turno rotatorio () 2 Turno diurno () 3 Turno vespertino () 4 Turno nocturno ()
13. Horas de trabajo:	Especifique: _____	14. Horario de descanso (horas):	Especifique: _____
15. Condición médica actual:	0 Ninguna () 1 Presencia de enfermedad médica (especifique): _____ 2 Presencia de enfermedad mental (especifique): _____ _____	16. Número aproximado de pacientes atendidos en turno laboral:	Especifique: _____

Anexo 3: Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)

ProQOL -vIV
PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE
Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV
Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción
Cuarta Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la salud. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

Preguntas	<i>0</i> Nunca	<i>1</i> Rara mente	<i>2</i> Algunas veces	<i>3</i> Con alguna frecuencia	<i>4</i> Casi siempre	<i>5</i> Siempre
1. Soy feliz.						
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.						
3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.						
4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.						
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.						
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.						
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.						
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.						
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.						
10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.						

11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.						
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.						
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.						
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.						
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.						
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.						
17. Soy la persona que siempre he querido ser.						
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.						
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.						
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.						
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.						
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.						
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.						
24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.						
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.						
26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.						
27. Considero que soy un buen profesional.						

28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.						
29. Soy una persona demasiado sensible.						
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo						

Anexo4: *Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento - COPE*

Afrontamiento – COPE

A continuación se realizan una serie de preguntas relacionadas a acciones que usted realiza, frente a situaciones de estrés durante el trabajo. Considere cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas. Indique lo que ha hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que debería haber hecho. Señale el número que mejor indica la frecuencia con la que ha hecho cada cosa, siguiendo el siguiente código:

1. En absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

CUESTIONARIO				
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades para apartar cosas de mi mente.	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1	2	3	4
4. Busco consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de mi situación	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo «esto no es real».	1	2	3	4
7. Confío en Dios.	1	2	3	4
8. Me rio de la situación.	1	2	3	4
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.	1	2	3	4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien	1	2	3	4
12. Utilizo alcohol o drogas para sentirme mejor	1	2	3	4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1	2	3	4
14. Hablo con alguien que sabe más de la situación	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de esto	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello.	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello.	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.	1	2	3	4
24. Simplemente, dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido.	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4

29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40. Finjo que no ha sucedido realmente.	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente	1	2	3	4
42. Intento firmemente que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello	1	2	3	4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1	2	3	4
47. Llevo a cabo alguna acción directa en torno al problema.	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en la religión.	1	2	3	4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema	1	2	3	4
52. Hablo con alguien de cómo me siento	1	2	3	4
53. Utilizo el alcohol o drogas para intentar superarlo.	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1	2	3	4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido.	1	2	3	4
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4

Anexo 5: Permiso correspondiente por parte de las autoridades del Hospital General Isidro Ayora de Loja para la realización de la investigación



Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Proceso de Gestión de Docencia e Investigación



Oficio 015 DDI-HIAL-MSP

Loja, 17 de Enero del 2019

Srta. Daniela Alejandra Saraguro Ortiz.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA FSH - UNL.
Ciudad.-

De mis consideraciones

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "FATIGA POR COMPASIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2018-2019", lo encuentro FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo del mismo en ésta Casa de Salud, para lo que se comunicará a Gestión de Enfermería para que le brinden las facilidades del caso.

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL.

HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"

COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN



Anexo 6:



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Joan Lizette Morales Abad.
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma Español al idioma Inglés, del resumen de tesis titulada "Fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento en enfermeras y enfermeros del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo 2018-2019" de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana UNL perteneciente a la Srta. Daniela Alejandra Saraguro Ortiz, con número de cedula 1150374559.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 3 de Diciembre 2019.

Prof. Joan Lizette Morales Abad.
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

Loja: Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte
Catamayo: Av. 24 de Mayo 08 - 21 y Juan Montalvo Telfs. 2678442
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero Telfs. 2608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas Edificio "Coop. Sindicato de Choferes"



Anexo 7: Proyecto de tesis

a. TEMA

“FATIGA POR COMPASIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO 2018-2019”

b. PROBLEMÁTICA

En el ámbito de la salud, el profesional sanitario conformado por: doctores/as, enfermeras/os, psicólogos/as, auxiliares de enfermería, terapeutas, que se encargan de todas las áreas hospitalarias como son: emergencia, cuidados intensivos, clínica, consulta externa, gineco-obstetricia, etc., se encuentra en permanente exposición a situaciones con alta carga emocional, como por ejemplo: el presenciar escenarios de sufrimiento tanto del paciente como de sus familias, como el apoyar o brindar compañía en escenarios donde un paciente es diagnosticado con alguna enfermedad terminal; que se constituyen en fuentes de desarrollo de síntomas de trauma, estrés y de crisis personal para estos profesionales de la salud. Campos Méndez (como se citó en Newell & MacNeil, 2010) menciona que los cuidados que el equipo de salud brinda hace que estos profesionales se posicionen como una segunda víctima al escuchar la historia de la víctima primaria o de quien sufrió directamente un trauma, lo que se convertiría en un factor predisponente para el desarrollo de tensión psicológica y alteración en las emociones de los expertos en la salud (Campos Méndez, 2015).

En la actualidad, este malestar psicológico se evidencia en el área de enfermería donde su personal se ve expuesto a un sinnúmero de estresores laborales que ocasionan una amplia cantidad de consecuencias negativas tanto en su salud física como mental. En el año de 1992 Joinson hace referencia a este malestar psicológico como *fatiga por compasión* señalando a las dificultades para experimentar sus propios sentimientos o manifestaciones de impotencia y enojo como respuesta al estrés originado por el constante contacto con pacientes atendidos en el servicio de emergencia que habían sufrido un trauma de forma directa (Gómez Martínez, Gil Juliá, Castro Calvo, Ruiz Palomino, & Ballester Arnal, 2015).

Estudios indican que el personal de enfermería presenta un alto riesgo de desarrollar esta alteración psicológica, y que además se evidencia el desarrollo de habilidades, para hacer

frente al distrés ocasionado ante situaciones de estrés o trauma, denominados *estrategias de afrontamiento* definidas como el proceso por el que una persona intenta manejar la discrepancia entre las demandas que percibe de la situación y los recursos de los que dispone o cree disponer, y que finalmente permite la valoración de la situación como estresante (Arrogante, 2016). Por ejemplo, en la revisión bibliográfica de Myezyentseva (2014), el personal de enfermería utiliza como estrategias de afrontamiento frente a la fatiga por compasión: 1) realizar ejercicio, 2) meditar, 3) leer, y 4) centrarse en cosas no relacionadas con el trabajo; así mismo el personal aconseja: cambiar de unidad de trabajo, de turno, de horas a cumplir, descansar en días extras, y tomar descanso en el trabajo como formas para reducir el estrés y las consecuencias emocionales.

Aguir y Muñoz (2002) muestran que los profesionales sanitarios tienen la tendencia a desarrollar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y de apoyo emocional en la familia, el consumo de fármacos y tabacos, desahogarse en momentos de estrés puntual y la desconexión mental, como mecanismo frente a situaciones estresantes o altamente demandantes.

Entre los estudios realizados en el continente asiático, específicamente en Japón indican que en toda la plantilla de enfermería el 90.3% de los participantes presentan fatiga por compasión, evidenciándose los más altos niveles en enfermeras de obstetricia, que brindaron atención y cuidados a mujeres que abortaron después de seis meses de gestación. Así mismo en Corea, se indica que enfermeras de ocho hospitales, presentan niveles elevados de fatiga por compasión, específicamente aquellas que laboran en el área de urgencias (Myezyentseva, 2014).

Por otra parte estudios realizados en diferentes países del mundo, encontraron que las enfermeras del área de psiquiatría, tienden a presentar niveles bajos de fatiga por compasión,

relacionado con la presencia de las altas medidas de seguridad en esta unidad de salud (Myezyentseva, 2014). Yoder (2010) evaluó a 178 enfermeras de cinco áreas hospitalarias (atención domiciliaria, urgencias, UCI, oncología y cirugía); y evidenció que las enfermeras de atención domiciliaria y urgencias, son quienes tienen niveles más altos de fatiga por compasión y están más propensas a desarrollar este síndrome (Gómez, Gil, Castro, Ruiz y Ballester, 2015).

A nivel de Latinoamérica, O' Mahony et al. (2017) señala que el desarrollo de la fatiga por compasión está estrechamente ligada a rasgos de personalidad, encontrando que el personal de enfermería responsable de los cuidados paliativos presentan una relación positiva entre la fatiga y la agradabilidad constituida por características como el altruismo, la confianza, la solidaridad; y por el contrario no se encuentra relacionado con el neuroticismo caracterizado por rasgos como la ansiedad, el miedo o la vergüenza (Karanikola, y otros, 2015). Un estudio realizado en Chile, encontró que la presencia de fatiga por compasión está relacionada con el tiempo de experiencia laboral; ya que a más años de trabajo en esta área se evidencia mayor desarrollo de empatía, y con ello, una posibilidad más elevada de desarrollar este síndrome. Como lo indican González, et al. (2018) la exposición constante del profesional de la salud a contextos agobiantes genera, cuadros con síntomas como: pérdida o agotamiento de fuerza, incapacidad para abordar el sufrimiento, pérdida de entusiasmo y empatía, juicio empobrecido o disminución de la capacidad de concentración; y acarrear a consecuencias de debilitamiento emocional del profesional que afecta no sólo a su campo laboral sino también a sus ámbitos personal e interpersonal (familiares o sociales).

Hernández (2017) indica que los profesionales de enfermería de cuidados paliativos presentan mayores síntomas de la fatiga por compasión que aquellos profesionales de puestos administrativos; además que variables como edad, estado civil o etnia no están estrechamente relacionadas con el desarrollo de este síndrome; por otro lado, mantiene una relación modera

con la variable, años de profesión. Karanikola et al. (2015) señalan que las enfermeras que trabajan constantemente durante el horario nocturno tienen mayor predisposición a desarrollar la fatiga por compasión correlacionada con la naturaleza del trabajo, sobrecarga, calidad del contexto laboral, creencias sobre el trabajo adecuado y la responsabilidad de tareas.

En Ecuador no se ha encontrado estudios que evalúen la correlación entre la fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento en los profesionales de la salud, específicamente como son las enfermeras y los enfermeros. La importancia del desarrollo del presente estudio, radica en la exposición permanente en la que se encuentran los profesionales de la salud y su vulnerabilidad de experimentar vicariamente los sentimientos, pensamientos y experiencias de otras personas, así como el descubrir y ofrecer estrategias que les permita enfrentarse a situaciones altamente estresantes. En este contexto, la presente investigación pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Existen niveles de fatiga por compasión en el personal de enfermería del HGIAL?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgos que influyen en la presencia de fatiga por compasión?
3. ¿Qué estrategias de afrontamiento utilizan las/os enfermeras del HGIAL?
4. ¿Existe relación entre la presencia de fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del HGIAL?

c. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar, la presencia de fatiga por compasión e identificar las estrategias de afrontamiento que actualmente le permite al profesional de enfermería manejar el estrés emocional causado por el contacto empático con los pacientes que acuden a los servicios de salud por presentar dificultades que le general malestar, sufrimiento o trauma y conlleva a transmitir esta carga al propio personal e interferir en su desenvolvimiento diario laboral y personal; y además de ello, proponer un modelo de prevención que permita al profesional de la salud mejorar su calidad de vida profesional y por ende personal.

Debido a que la fatiga por compasión es una de las problemáticas más observadas en el ámbito de los profesionales de la salud, sobretodo en enfermeras/os, por su permanente exposición a situaciones que requieren de su energía y compasión, es de gran importancia el reconocer la presencia de este síndrome durante nuestro estudio y las habilidades que estos especialistas desarrollan para el adecuado manejo de su vida profesional; así también como reconocer los factores de riesgos que influyen en el desarrollo o prevención de esta problemática.

Durante el estudio es importante dar a conocer variables relevantes de la población que será objeto de nuestro evaluación, como son: edad, sexo, religión, área en que labora, horas de trabajo, exposición a eventos traumáticos, tipo de contrato laboral, tener conocimientos sobre la fatiga por compasión, nivel de educación, presencia de alteraciones psicológicas, etc. Variables que permitirán identificar la presencia de esta sintomatología y los factores de riesgo laboral presentes en la población que será objeto de estudio.

Con el compendio de información recogida durante el estudio se podrá desarrollar un modelo de prevención en esta población frente al manejo no adecuado de las situaciones

altamente estresantes o traumáticas y de alta carga emocional, que permiten el desarrollo de consecuencias negativas tanto en la salud física como mental, en su campo laboral como vida profesional. Por lo que un modelo de esta naturaleza brindará prevención en el desarrollo de esta alteración en la población de enfermería.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la presencia de fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la presencia de la fatiga por compasión a través del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción-ProQOL-vIV.
2. Describir factores de riesgos que contribuyen al desarrollo de la fatiga por compasión en las enfermeras del Hospital General Isidro Ayora de Loja.
3. Identificar las estrategias de afrontamiento que emplea el personal de enfermería, frente a la fatiga por compasión.
4. Analizar la relación entre la fatiga por compasión y las estrategias de afrontamiento del personal de enfermería.
5. Proponer un modelo preventivo enfocado en el desarrollo o mejoramiento de estrategias que prevengan el desarrollo de la fatiga por compasión, para el personal de la salud que ha sido objeto de estudio.

e. MARCO TEÓRICO**1. FATIGA POR COMPASIÓN**

1.1 Salud Mental en el ámbito laboral

1.2 Efectos del trabajo en los profesionales del campo de la salud

1.3 Antecedentes de fatiga por compasión

1.4 Definición de Fatiga por Compasión

1.5 Síntomas y manifestaciones

1.6 Etiología y factores de riesgo de fatiga por compasión

1.7 Diagnóstico de fatiga por compasión

1.8 Recomendaciones de actuación frente a la fatiga por compasión

2. AFRONTAMIENTO

2.1 Definición de Afrontamiento

2.2 Modelos teóricos

2.3 Diferencias de género y edad del afrontamiento

2.4 Definición de estrategias de afrontamiento

2.5 Tipos de estrategias de afrontamiento

2.6 Estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería.

f. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La presente investigación se realizará con un enfoque mixto; es decir, la información y datos obtenidos serán cuali-cuantitativos pues se manejarán mediciones tanto estandarizadas como no estandarizadas para predecir la presencia y el nivel de fatiga por compasión así como de las estrategias de afrontamiento en la población de estudio. Además, según el tipo de diseño, la investigación será prospectiva y transversal; descriptiva-correlacional, ya que la investigación permitirá especificar las propiedades, características de las personas de estudio, además de evaluar la relación que existe entre las dos variables (fatiga por compasión-estrategias de afrontamiento).

Universo y muestra

La población de estudio está conformada por un total de 185 enfermeros y enfermeras del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja. La muestra para la presente investigación estará compuesta por 120 enfermeras/os, distribuidos en 17 servicios o áreas de trabajo como lo muestra la siguiente tabla:

Servicio	Número de profesionales de enfermería
Consulta Externa	12
Hemodiálisis	9
Emergencia	22
Gineco-obstetricia	14
Central de Esterilización	6
Centro Obstétrico	13
Neonatología	24
Cirugía	15
Centro Quirúrgico	16
Cuidados Intensivos	16
Unidad de Quemados	7
Pediatría	11
Medicina Interna	16
Gestión de Enfermería	1
Epidemiología	1
Medicina Ocupacional	1
SOAT	1
TOTAL:	185

De manera general se elegirán todos los profesionales de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja. En la presente investigación la muestra será el total de la población (universo) seleccionada a través del muestreo No Probabilístico, intencional o de conveniencia.

Criterios de inclusión:

Enfermeras o enfermeros con nombramiento o contrato, que laboren en el Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Enfermeras o enfermeros que se encuentren laborando durante el período de aplicación.

Criterios de exclusión:

Expertos de otras áreas de atención sanitaria.

Profesionales que no deseen participar del estudio.

Enfermeras/os que durante el período de estudio se encuentren en periodo de vacación o licencia médica.

Personal que no concluya la evaluación pertinente.

Criterios de salida:

Profesionales que no deseen continuar con el proyecto investigativo

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala
<p><i>Variable Independiente</i> Fatiga por compasión (causa)</p>	<p>Conjunto de síntomas de agotamiento emocional y físico, en profesionales de ayuda que experimentan ante el uso de la empatía con personas que están atravesando situaciones de sufrimiento.</p>	<p>Psicológica</p>	<p><i>Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión</i> Subescalas: - De Fatiga por Compasión (FC) - De Satisfacción por Compasión (SC) - De Burnout</p>	<p>Ítems: - 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28. - 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30 - 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29.</p>
<p><i>Variable Dependiente</i> Estrategias de afrontamiento (efecto)</p>	<p>Procesos que el individuo desarrolla y ejecuta antes situaciones adversas de su vida.</p>	<p>Psicológica</p>	<p><i>Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento COPE</i> Subescalas: - Búsqueda de apoyo social - Religión - Humor - Consumo de alcohol o drogas - Planificación y afrontamiento activo - Abandono de los</p>	<p>Ítems: - 4, 11, 14, 23, 30, 34, 45, 52. - 7, 18, 48, 60, 23. - 8, 20, 36, 50. - 12, 26, 35, 53. - 19, 25, 32, 47, 56, 58. - 9, 24, 37.</p>

			<p>esfuerzos de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centrarse en las emociones y desahogarse - 3, 17, 28, 46. - Aceptación - 13, 21, 44, 54. - Negación - 6, 27, 49, 57. - Refrenar el afrontamiento - 10, 22, 41, 49. - Concentrar esfuerzos para solucionar la situación - 5, 33, 42, 55. - Crecimiento personal - 1, 59. - Reinterpretación positiva - 29, 38, 39 - Actividades distractoras de la situación. - 1, 15, 43. - Evadirse - 16, 31, 51. 	
--	--	--	--	--

Técnicas e instrumentos

Para la adecuada y pertinente recolección de datos, y con el fin de cumplir cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación, se empleará las siguientes técnicas e instrumentos:

- **Oficio:** Mediante la elaboración del presente documento, se solicitará a las autoridades respectivas del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, el respectivo permiso y autorización tanto para la recolección de información como para la ejecución del presente proyecto de investigación en esta Casa de Salud.
- **Encuesta:** Técnica de recolección de datos, en la cual se registrará los datos del profesional de enfermería, necesarios para el desarrollo de la presente investigación. Este tipo de instrumento permitirá recolectar información sociodemográfica, así como información laboral: tiempo y área en que labora, horarios y trabajo que desempeña el personal de enfermería de los 17 diferentes servicios, con nombramiento o contrato durante el período de estudio, que a su vez constituyen determinantes para observar los factores de riesgo de desarrollo de la problemática objeto de estudio.
- **Reactivos psicológicos:** Los siguientes instrumentos de medición, nos permitirán originar información o datos cuantitativos y cualitativos de suma importancia para la presente investigación:
 - ***Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL - vIV):***

La Escala sobre Calidad de Vida Profesional, es una prueba realizada por Figley y Stamm en 1995, cuya versión es del año 2005. La versión española de esta escala es el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, cuarta versión, traducida por Morante Benadero et al.

En esta escala, identifica tanto los aspectos positivos como los negativos que supone al presentar empatía hacia aquellos que se cuida durante en la práctica asistencial (Simón Rincón, 2015).

La versión original consta de 66 ítems; sin embargo en esta traducción consta de 30 ítems y su formato de respuesta consiste en una escala de Likert con seis categorías, donde: 0=nunca, 1=rara vez, 2=unas pocas veces, 3=con cierta frecuencia, 4=con frecuencia, y 5=siempre. Para su respectiva calificación y valoración existen ítems con puntuación inversa: 1, 4, 15, 17 y 29. La manera adecuada en cuyo caso se realiza de la siguiente forma 0=0, 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

El presente cuestionario está conformado por tres Subescalas:

- **Subescala de Fatiga por Compasión (FC):** indica la exposición que los profesionales tienen de manera secundaria a situaciones de sufrimiento o extremadamente estresantes en su lugar de trabajo. Los ítems que califican esta subescala son los siguientes: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28.

La media de esta puntuación es 13, por lo que una puntuación superior a 17 significa que el encuestado presenta índices altos de FC.

- **Subescala de Satisfacción por Compasión (SC):** permite mostrar el placer que el profesional adquiere por su trabajo desempeñado, además de la satisfacción de brindar sus capacidades de ayuda en su empleo. Los ítems que califican esta subescala son: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30.

La puntuación media en esta escala es 37, considerando alta satisfacción por compasión aquella puntuación superior a 42, y baja satisfacción por compasión inferior a 33.

- **Subescala de Burnout:** son: permite visualizar el síndrome asociado a sentimientos de desesperación y dificultades para afrontar el trabajo que desempeña. Los ítems que califican esta subescala son: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29.

Su puntuación media es 22, y las puntuaciones superiores a 27, indican riesgo alto de padecerlo, en cambio, si la puntuación es menor a 18, el riesgo es bajo.

Validez:

Existe una validez de constructo buena con más de 200 artículos publicados. También hay más de 100.000 artículos en el internet. De los 100 trabajos de investigación publicados sobre la fatiga de compasión, estrés traumático secundario y traumatización vicaria, casi la mitad han utilizado la ProQOL o una de sus versiones anteriores. Las tres escalas miden constructos separados. La escala de fatiga por compasión es distinta. Las correlaciones interescaladas muestran un 2% varianza compartida ($r=-.23$; $co-\sigma = 5\%$; $n=1187$) con estrés traumático secundario y 5% de varianza compartida ($r=-.14$; $co-\sigma = 2\%$; $n=1187$) con burnout. Aunque no existe varianza compartida entre Burnout y fatiga por compasión las dos escalas miden constructos diferentes con la varianza compartida probablemente que refleja la angustia que es comunes a ambas condiciones. La varianza compartida entre estas dos escalas es 34% ($r=.58$; $co-\sigma = 34\%$; $n=1187$). Las escalas miden el efecto negativo pero son claramente diferentes; La escala BO no aborda el miedo. Mientras que la escala FC lo hace (Stamm, 2010).

Confiabilidad:

La confiabilidad alfa para las escalas son las siguientes: Satisfacción por compasión $\alpha = .87$, Burnout $\alpha = .72$ y Fatiga por compasión $\alpha = .80$. Mientras que estos son en valor absoluto algo más bajo que la prueba original, dado que las escalas se reducen a la mitad en longitud, estas puntuaciones son en realidad más confiables que la forma más larga. La medida tiene mejorar considerable en las estadísticas de ítem a escala debido al aumento de

especificidad y reducida colinealidad. Además, los errores estándar de las medidas son bastante pequeñas, por lo que la prueba suele tener menos interferencia de error (Stamm, 2005).

- ***Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento (COPE) :***

El presente cuestionario fue desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) con el propósito de evaluar los procedimientos, procesos o respuestas de afrontamiento frente a situaciones de estrés. Es basado en el modelo de estrés afrontamiento de Lazarus, que menciona dos formas de afrontamiento: el enfocado al problema y el enfocado en la emoción. Para la presente investigación se utilizará su versión original, cuestionario autoaplicado que consta de 60 ítems y engloban 15 subescalas, mencionadas a continuación:

Subescala	Ítems
16. Búsqueda de apoyo social	4, 11,14, 23, 30, 34, 45,52.
17. Religión	7, 18, 48, 60, 23.
18. Humor	8, 20, 36, 50.
19. Consumo de alcohol o drogas	12, 26, 35, 53.
20. Planificación y afrontamiento activo	19, 25, 32, 47, 56, 58.
21. Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	9, 24, 37.
22. Centrarse en las emociones y desahogarse	3, 17, 28, 46.
23. Aceptación	13, 21, 44, 54.
24. Negación	6, 27, 49, 57.
25. Refrenar el afrontamiento	10, 22, 41, 49.
26. Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	5, 33, 42, 55.
27. Crecimiento personal	1, 59.
28. Reinterpretación positiva	29, 38, 39
29. Actividades distractoras de la situación.	1, 15, 43.
30. Evadirse	16, 31, 51

El procedimiento de puntuación es con una Escala Likert de 4 puntos cuyos valores son: 1=En absoluto, 2=Un poco, 3=Bastante y 4=Mucho. La escala se mide con un puntaje fluctúa

entre 4 y 16 puntos. Por lo que las estrategias de afrontamiento utilizadas serían aquellas en las que se obtienen los puntajes más altos.

Confiabilidad y Validez:

Tiene una consistencia interna de las subescalas que fueron evaluadas por Alfa de Cronbach la cual refiere ser mayor de 0,6 para todas excepto para las subescalas: Actividades distractoras y Evadirse que es de 0,32 y 0,37. La fiabilidad test-retest es alta, todas las subescalas tienen un índice r mayor de 0,5 siendo significativos parecidos en la versión original en inglés. Para poder obtener la puntuación del cuestionario es necesario sumar la puntuación de cada ítem de las subescalas, al sumar se tiene que tener en cuenta que el ítem 15 es inverso, esto es que su puntuación se invierte antes de sumarse. Cada subescala consta de un número distinto de ítems, se debe dividir el resultado entre el número de ítems de cada subescala, obteniendo un resultado para cada una que es de 1 como mínimo al 4 como máximo (Fernández y Blasco, 2003).

Procedimiento

La presente investigación se desarrollará en tres fases o momentos, cada una de ellas dirigidas a cumplir objetivos específicos.

Primera fase

Durante el primer momento se realizará un acercamiento a las autoridades correspondientes a cargo de la población objeto de estudio. Cuya finalidad es recibir el oportuno permiso para la recolección de información, y el acercamiento a las enfermeras/os que serán objeto de estudio para la investigación.

Segunda fase

Luego de la apertura en el contexto de estudio, se procederá a la respectiva aplicación de encuestas y reactivos psicológicos a la población investigada. A continuación, se tabulará los datos recolectados, se realizará el análisis estadístico y el establecimiento de resultados. Para

posteriormente, en base a estos resultados elaborar la discusión de la problemática abordada, las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

Tercera fase

Una vez concluida la etapa anterior, se continuará con la elaboración de una propuesta del modelo preventivo de desarrollo o mejoramiento de estrategias de afrontamiento que ayudaría a la prevención de la presencia de fatiga por compasión, para el personal del área de enfermería del HGIAL.

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**Presupuesto:**

Materiales	Valor (\$)
Material de escritorio	50.00
Copias	100.00
Transporte	50.00
Anillados	30.00
Impresiones	150.00
Tinta de impresora	40.00
Imprevistos	100.00
Laptop	800.00
Total	1,320.00

Financiamiento:

El presente proyecto de investigación será financiado en su totalidad por la autora.

i. BIBLIOGRAFÍA

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-30.
doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Aguir, V., Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana: un estudio con entrevistas semi-estructuradas. *Revista Española de Salud Pública*. 76 (5), 509-604.
- Alcover de la Hera, C. M., Martínez Iñigo, D., Rodríguez Mazo, F., & Domínguez Bilbao, R. (2004). *Introducción a la Psicología del Trabajo*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Amarís Macías, M., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Arrogante, Ó. (18 de Octubre de 2016). *Enfermería 21*. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/estrategias-de-afrontamiento-al-estres-laboral-en-enfermeria/>
- Barrón A. (2011). *Manejo del Stress Laboral*. Dirección General de Salud del Perú. Ministerio de Salud. Lima, Perú.
- Benito, E., Arranz, P., & Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(2), 59-65.
- Campos Mendez, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura*. (Tesis Doctoral). Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica. Universidad de Extremadura
- Cano Videl, A. (2005). *Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral*. (Tesis Doctoral). SEAS. Universidad Complutense de Madrid. España. Disponible en : https://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/fact_psicosoc
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI(2), 364-392.

- Chipana, M. (2017). *Nivel de estrés laboral y estrategias de afrontamiento en enfermeras de un Hospital del MINSA de Chanchamayo*. (Tesis de Posgrado). Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Felipe Castaño, E., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Obtenido de <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>
- Fernández-Abascal, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel Psicología.
- Fernández-Abascal, E., Palmero Cantero, F., Chóliz Montañes, M., & Martínez Sánchez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Bruner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090
- Figley (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resiliencie. *Professor Figley Polemics. Various observations about world events by Charles R. Figley, PhD*. Recuperado el 6/5/2014 de <http://figley.blogspot.com.es/>
- Figueroa, M. I., Contini, N., Betina Lacunza, A., Levín, M., & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Fraguela, G. A., Luengo, M. A., Romero, T. E., Villar, T. P. y Sobral, F. J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (6), 581-597.
- Gil-Monte, P., & Moreno-Jiménez, B. (2017). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
- Gilmore, C. (2012). Compassion fatigue-what is it and how to avoid it. *Kai Tiaki Nursing New*, 18(5), 32.
- Gómez Martínez, S., Gil Juliá, B., Castro Calvo, J., Ruiz Palomino, E., & Ballester Arnal, R. (Junio de 2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Ágora de Salud*, 209-220. doi:10.6035/AgoraSalut.2015.1.16

- González Procel, C., Sánchez Padilla, Y., & Peña Loiza, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesiones del servicio de emergencia. *Revista Científica: Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498.
- Hanzeliková Pogrányivá, A., García López, M., Pomares Martínez, M., Pardo Fernández, M., & Del Monte Paz, J. (Octubre de 2011). La calidad de vida profesional de las enfermeras de geriatría. *Enfermería Global*, 10(4), 145-157. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834774012>
- Hernández-Mendoza, E., Cerezo-Reséndiz, S., & López-Sandoval, M. G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 15(3), 161-166. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/237802035>
- Hooper, C., Craig, J., Janvring, D., Wetsel, M., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency room nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurse*, 36, 420-427.
- Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2014). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194. doi:10.1111/jnu.12122
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (01 de Abril de 2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(1), 86-101. doi: 10.1177/1473325014528526
- Marín-Tejeda, M. (05 de diciembre de 2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de intervención grupal. *Journal of Behavior Health & Social Issues*, 9(2), 117-123. doi: 10.1016/j.jbhsi.2018.01.008
- Martínez González, A. S. (2014). *Fatiga por Compasión, Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. (Tesis de Grado). Facultad de Trabajo Social. Universitat de Les Illes Balears
- Mendoza Martínez, I. A., García Rivera, B. R., & Serna Gómez, H. M. (07 de Marzo de 2014). *Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano*. Obtenido de ResearchGate:<https://www.researchgate.net/publication/274456605>

- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (12 de Agosto de 2014). *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*. Obtenido de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion>
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Morante Benadero, M., Rodríguez Carvajal, R., & Losada Novoa, M. M. (2004). Estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22, 69-76. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522108>
- Mosquera, V., & Rivera Sánchez, L. (2015). *Efectos de la Fatiga por Compasión encontrados en los Operadores de llamadas de Emergencia*. (Tesis de Grado). Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Myezyentseva, O. (2014). *Fatiga por Compasión en los profesionales de enfermería. Revisión Sistemática*. (Tesis de Grado). Facultad de Enfermería. Escuela Universitaria Politécnica de Mataró.
- Newel, & MacNeil. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. *Best Practice in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Personal Sanitario*. Obtenido de https://www.who.int/topics/health_workforce/es/
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée de Brower, S.A.
- Sammartino, E. (2012). Are you at risk for compassion fatigue? *Michigan Nurse*. Obtenido de <http://www.minurses.org/news-and-events/p/openItem/5330>
- Showalter, S. (2010). Compassion fatigue: what is it? why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. 27(4), 239-242. doi:10.1177/10499091354096
- Simón Rincón, C. (2015). *El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la Fatiga por Compasión*. (Tesis de Grado). Sant Cugat del Vallés. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

- Sodeke-Gregson, E. A., Holtlum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatol*, 4, 1-10. doi:10.3402/eipt.v4i0.21869
- Solís Manrique, C., & Vidal Miranda, A. (Enero-Junio de 2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VII(1), 33-39.
- Stamm, B. (2010). The Concise ProQOL Manual. *Beth Hudnall Stamm*. Obtenido de <http://www.medscape.com/viewarticle/513615>
- Truco Burrows, M. (Octubre de 2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia & Trabajo*, 6(14), 185-188. Obtenido de http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/estres_salud_mental_trabajo.pdf
- Vega Valero, C. Z., Villagrán Velazco, M., Nava Quiroz, C., & Sorio Trujano, R. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. *Alternativas en Psicología*, XVII(28), 92-105.
- Vilariño Santos, O. (2015). *Desgaste emocional y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de urgencias*. (Tesis de Master). Centro Internacional de Postgrado. Universidad de Oviedo

j. ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO INVESTIGATIVO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Daniela Alejandra Saraguro Ortiz, de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es determinar la presencia de fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos sociodemográficos y laborales, además de dos reactivos psicológicos. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación:

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Anexo 2:

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL			
Instrucciones: A continuación se exponen enunciados y preguntas relacionadas a su información sociodemográfica y laboral. Le solicito de la manera más comedida marque con una EQUIS (X) la respuesta que considere correcta. Por favor llene todas las preguntas solicitadas.			
17. Sexo:	Femenino () Masculino ()	18. Edad:	_____ Años cumplidos
19. Lugar de procedencia	Urbano () Rural ()	20. Estado civil:	Soltera/o () Casada/o () Unión libre () Divorciada/o () Viuda/o () Con pareja ()
21. Número de hijos/as:	_____	22. Servicio donde labora actualmente:	Consulta Externa () Hemodiálisis () Emergencia () Gineco-obstetricia () Central de Esterilización () Centro Obstétrico () Neonatología () Cirugía () Centro Quirúrgico () Cuidados Intensivos () Unidad de Quemados () Pediatría () Medicina Interna () Gestión de Enfermería () Epidemiología () Medicina Ocupacional () SOAT ()
23. Años de experiencia laboral:	>1 año () 1 año () 2 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 15 años () 16 a 20 años () 21 a 25 años () 26 a 30 años () 30 en adelante ()	24. Tiempo de laborar en el área de servicio:	>1 año () 1 año () 2 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 15 años () 16 a 20 años () 21 a 25 años () 26 a 30 años () 30 en adelante ()

25. Condición laboral:	Contrato ()	26. Horario de trabajo:	Turno rotatorio ()
	Nombramiento ()		Turno diurno ()
			Turno vespertino ()
			Turno nocturno ()

Anexo 3

ProQOL -vIV
PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE
Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV
Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción
Cuarta Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la salud. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

Preguntas	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con alguna frecuencia	Casi siempre	Siempre
1. Soy feliz.						
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.						
3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.						
4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.						
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.						
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.						
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.						
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.						
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.						
10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.						

11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.						
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.						
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.						
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.						
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.						
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.						
17. Soy la persona que siempre he querido ser.						
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.						
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.						
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.						
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.						
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.						
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.						
24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.						
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.						

26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.						
27. Considero que soy un buen profesional.						
28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.						
29. Soy una persona demasiado sensible.						
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo						

Anexo 4

Escala Multidimensional de Evaluación de las Estrategias Generales de Afrontamiento – COPE

A continuación se realizan una serie de preguntas relacionadas a acciones que usted realiza, frente a situaciones de estrés durante el trabajo. Considere cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas. Indique lo que ha hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que debería haber hecho. Señale el número que mejor indica la frecuencia con la que has hecho cada cosa, siguiendo el siguiente código:

1. En absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

CUESTIONARIO				
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades para apartar cosas de mi mente.	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1	2	3	4
4. Busco consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de mi situación	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo «esto no es real».	1	2	3	4
7. Confío en Dios.	1	2	3	4
8. Me rio de la situación.	1	2	3	4
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.	1	2	3	4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien	1	2	3	4
12. Utilizo alcohol o drogas para sentirme mejor	1	2	3	4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1	2	3	4
14. Hablo con alguien que sabe más de la situación	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
31. Sueño despierto con cosas diferentes de esto	1	2	3	4
18. Me altero y soy realmente consciente de ello.	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello.	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.	1	2	3	4
24. Simplemente, dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido.	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1	2	3	4

30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40. Finjo que no ha sucedido realmente.	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente	1	2	3	4
42. Intento firmemente que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello	1	2	3	4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1	2	3	4
47. Llevo a cabo alguna acción directa en torno al problema.	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en la religión.	1	2	3	4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema	1	2	3	4
52. Hablo con alguien de cómo me siento	1	2	3	4
53. Utilizo el alcohol o drogas para intentar superarlo.	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1	2	3	4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido.	1	2	3	4
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4