

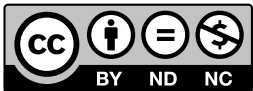
Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal*

Compassion Fatigue and Self-Care in Health Care Professionals. The Field of Caregiving and Personal Responsibility

Por: Luis Javier Tobón Restrepo¹

1. Doctor en Psicología (Pontificia Universidad Católica Argentina); Especialista en Pedagogía de la Virtualidad (Fundación Universitaria Católica Del Norte, Colombia); Psicólogo (Universidad de Antioquia, Colombia); Licenciado en Filosofía y Ciencias Religiosas (Fundación Universitaria Católica Del Norte, Colombia). Docente e Investigador adscrito al grupo Psique y Sociedad de la Fundación Universitaria María Cano Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6334-9133> Scholar: <https://scholar.google.com/citations?user=MV7cBygAAAA&hl> Contacto: luisjaviertobonrestrepo@fumc.edu.co

 OPEN ACCESS



Copyright: © 2021 Revista El Ágora USB.

La Revista El Ágora USB proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia [creativecommons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Atribución–NoComercial–SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Tipo de artículo: reflexión

Recibido: junio de 2020

Revisado: septiembre de 2020

Aceptado: diciembre de 2020

Doi: 10.21500/16578031.4792

Citar así: Tobón Restrepo, L. J. (2021). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. *El Ágora USB*, 21(2), 726-747.

Doi: 10.21500/16578031.4792

Resumen

Trauma vicario, estrés secundario y fatiga por compasión, son conceptos homologados para describir las alteraciones que padecen los cuidadores cuando está en juego la empatía en su trabajo cotidiano. Este fenómeno es una forma específica de *burnout* que emerge de las dinámicas que regulan el campo del cuidado y la relación paciente – cuidador. En todo momento y principalmente en tiempos de crisis sociales y de salud, el profesional debe advertir la importancia de la responsabilidad personal del autocuidado, de modo que pueda intervenir esta relación, identificando la carencia o presencia de recursos psicológicos que favorecen la fatiga por compasión o la satisfacción por compasión respectivamente.

Palabras clave: Cuidado; profesionales de la salud; compasión; pacientes; cuidadores.

Abstract

Vicarious trauma, secondary stress, and compassion fatigue are standardized concepts to describe the alterations suffered by caregivers when empathy is at stake in their daily work. This phenomenon is a specific form of *burnout*, which emerges from the dynamics that regulate the field of care and the patient-caregiver relationship. At all times, and, especially, in times of social and health crises, the professional should be aware of the importance of personal responsibility for self-care so that he can intervene in this relationship, by identifying the lack or presence of psychological resources, which favor compassion fatigue or compassion satisfaction, respectively.

Keyword: Care; Health Professionals; Compassion; Patients; and Caregivers.

Introducción

La salud como condición biológica, psicológica y social que favorece el desarrollo de los individuos en diferentes contextos, y que además permite una percepción de bienestar y calidad de vida, se enfrenta a diferentes dinámicas y fenómenos humanos y naturales que aceleran su deterioro o incrementan su nivel óptimo, como es el caso de las condiciones socioeconómicas, vivienda, saneamiento, nivel educativo, dieta y nutrición, adicciones, patologías, condiciones de higiene y cubrimiento de necesidades básicas (Wyper et al. 2020; IHME, 2017; NHS, 2016; WHO, 2009; Murray, Ezzati, Lopez, Rodgers, y Vander, 2003) la mayoría de las cuales, en general, estarán cubiertas equilibradamente con la capacidad adquisitiva o economía favorable que se deriva del trabajo (Dieker et al. 2019; Rocha, Pérez, Rodríguez, Borrell, y Obiols, 2010).

Con lo anterior, además de otras variables psicosociales (Pulido, 2015) el trabajo como actividad que implica una retribución económica y de significado y satisfacción con la vida, le permite al ser humano suplir los costos que las dinámicas socioeconómicas le imprimen (Cardoza, Hidalgo, Peña, Pulido y Torres, 2019).

Sin embargo, es necesario considerar que, aunque los réditos biopsicosociales de la actividad laboral pueden ser positivos (Read, Grundy y Foverskov, 2016; Sparks, Cooper, Fried y Shirom, 2013) cuando esta actividad conlleva presión laboral, alteraciones del clima laboral, remuneración inadecuada, dificultades en las relaciones con pares, subordinados y superiores; ambigüedad en las funciones, contextos violentos, cargas laborales excesivas, limitación en los recursos, entre otros (Vizcaíno, Y., Vizcaíno, A. y Montero, 2020) la salud del trabajador se deteriora aceleradamente.

La organización de los síntomas médicos y psicológicos que se derivan de las anteriores dificultades se conoce como *burnout*, síndrome en el cual, el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de logro personal, se presentan en un primer plano (Ortiz, Kanter, y Arias, 2020) principalmente, en profesionales que deben entrar en contacto con clientes, y más específicamente en contextos de salud (Dominguez, Fernández y Vega, 2018) donde las tensiones por el cuidado de la vida y las frustraciones por el riesgo de muerte inminente, incrementan la ansiedad y exigen aún más recursos adaptativos de los cuidadores (Kent, Hochard y Hulbert, 2019).

Los profesionales de la salud, además de la calidad operativa, competencias técnicas y conocimientos científicos, deben desarrollar y expresar aptitudes y actitudes vinculares o afectivas que favorezcan el relacionamiento con los pacientes, lo que hace que se impliquen personalmente y trasciendan la mera entrega de un servicio transitorio; este factor de empatía, sumado a factores de riesgo previamente mencionados, ha permitido que emerja el fenómeno conocido como estrés traumático secundario (Beck, 2011) o fatiga por compasión (Sarra y Feuz, 2018) consistente en las alteraciones de salud producto del acto de cuidar (Moreno et al. 2019).

En este contexto, las ideas presentadas a continuación, exponen algunas aproximaciones sobre la fatiga por compasión y proponen el concepto *campo del cuidado* como un fenómeno

que atraviesa el cuidado del otro y el autocuidado como estrategia y expresión de la responsabilidad personal y profesional (Andrews, Tierney y Seers, 2020; Vincett, 2018). También se enuncia la satisfacción por compasión (Jakimowicz, Perry y Lewis, 2018) y se recomienda el apoyo en otras estrategias adaptativas asociadas como el arte (Hyatt, 2020) espiritualidad y meditación (Bonamer y Aquino, 2019) para el afrontamiento de la fatiga por compasión.

El acto de cuidar

Ocuparse de otras personas, como actividad profesional o por altruismo soportado en la empatía, es una cualidad, si bien significativamente humana, no siempre generalizada en el común de la especie, ya que, por los instintos de conservación, el hombre como animal originario, velará en todo caso por su propio cuidado (Flanigan y Russo, 2019) en un segundo momento, por extensión cuidará de su prole; seguridad tras la cual, se abrirá a la organización social y en ese escenario cuidará en segundo plano de sus semejantes (House et al. 2020) incluso, como se ha observado en algunas otras especies (Willet, 2016) cuidará de otras manifestaciones naturales, animales, vegetales y seres inertes en aras de procurarse el mundo como un lugar mejor.

Cada vez más en tiempos modernos, pero no menos en la antigüedad, los eventos y elementos que amenazan la integridad de los seres vivos han sido llamados a la escena investigativa y especulativa para explorar relaciones, causas, organizaciones, morbilidades, comorbilidades, posibilidades y límites; en cuyo caso, desde oráculos y filósofos hasta psicólogos y médicos, el cuidado de la vida ha sido objeto de análisis y promoción. Así, la salud, tema en el cual se han centrado dichas acciones ha estado en la superficie de la ejecución y reflexión humana.

Sin acudir a los bemoles que el concepto de salud implica, se puede identificar una transversalidad y estabilidad en el tiempo de las asociaciones entre las dimensiones físicas, mentales y sociales implicadas en lo salubre (Bolton y Gillett, 2019; Hiriart, 2018) es decir, en el funcionamiento óptimo de los seres vivos que son el objeto principal de los actuales profesionales de la salud, a saber, médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y en general toda la gama de actores que se especializan en los sistemas, procesos y estructuras que, tras su alteración, derivan en enfermedad.

La enfermedad, como alteración del funcionamiento óptimo del ser vivo, conlleva en todas sus particularidades patológicas a una pérdida, en mayor o menor grado, de la autonomía y capacidad de respuesta de las personas a sus circunstancias de vida. Es allí donde el experto en salud tramita en primera instancia los canales e intervenciones para la rehabilitación de las estructuras y procesos orgánicos, que serán la base habilitante de los procesos psicológicos y la apertura a la reactivación, o eventualmente pérdida de las dinámicas sociales.

Sin embargo, un *ground* corporal intervenido no es garantía de optimización inmediata, pues el paciente o padeciente, precisará de acompañamiento adecuado para atravesar su camino hacia la recuperación óptima, y es aquí, donde los garantes del bienestar se enfrentan a los padecimientos secundarios que el paciente desarrolla movido por la ansiedad, lentitud o imposibilidad de su recuperación.

Diferentes revisiones sistemáticas, han evidenciado la emergencia de reacciones negativas y defensivas alrededor de la experiencia de enfermedad (Cázares, Vinaccia, Quiceno y Montoya, 2016; Piqueras, Ramos, Martínez, y Oblitas, 2009) situaciones como la incredulidad frente al tratamiento, desconfianza por el profesional, apatía hacia el cuidador, falta de adherencia al proceso, predisposición negativa a la estrategia de acompañamiento, desconocimiento de sus malestares, resistencia a los protocolos de intervención, frustración por la lenta recuperación, abatimiento emocional por la disfunción, ansiedad ante la lenta remisión de síntomas, agotamiento por extensas jornadas de diagnóstico e impotencia por el deterioro de las funciones personales.

Las anteriores y otras tantas manifestaciones emocionales, se suman a los síntomas directos del padecimiento y se interponen entre la intención de beneficencia del cuidador y los efectos percibidos por el individuo. Del otro lado, se pueden encontrar personas que se disponen apacibles, amenas, optimistas, colaboradores, dispuestas, esperanzadas, constantes y pacientes, haciendo el acto del cuidado, una tarea co-construida, mucho más exitosa que traumática, como fuere en el primer caso.

La respuesta positiva o negativa, cooperadora o inoperante del paciente, se enfrenta a las expectativas y necesidades del profesional de la salud, de quien se espera en todos los casos un resultado exitoso de su actividad promotora, preventiva, correctiva, cuidadora y rehabilitadora de la enfermedad o trastorno, con esto, pacientes, familiares e instituciones, se imponen como vigilantes de la actividad del cuidador y este último, como es debido, se exige en su respuesta; exigencia tal, que semejante al paciente, genera en el profesional de la salud estados de ansiedad, frustración, enojo y agotamiento, o en algunos casos todo lo contrario, según los recursos personales de afrontamiento.

Traumas por ayudar

En este contexto, los profesionales de la salud al igual que todas las profesiones, se enfrentan al agotamiento laboral que adviene tras el desgaste emocional, mental y físico producido por la intensidad en las jornadas laborales y responsabilidades de riesgo. Este fenómeno se ha descrito como *Burnout* (Freudenberger, 1974) e involucra además del cansancio físico, actitudes displicentes y problemáticas hacia los compañeros de trabajo y personal que se atiende, infelicidad, baja autoestima, inseguridad e irritabilidad, con su consecuente impacto en el rendimiento laboral, ausentismo, incapacidades y deterioro general de la salud.

Diferentes estudios analíticos (Bianchin, 1997; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga, 2009; Matía et al. 2012; Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia, 2014; Gómez et al. 2017) han evidenciado que los profesionales de la salud son las personas más vulnerables al síndrome de desgaste laboral, y las cifras aumentan cada año afectando mucho más a las mujeres que a los hombres, sobre todo a aquellas personas que llevan mucho más tiempo de vinculación. En cuanto a la edad no hay distinción, ocurren tanto en jóvenes como en adultos.

Dichos estudios resaltan que la teoría y medición más utilizada ha sido la desarrollada por Maslach y Jackson (1981), para quienes el síndrome de *burnout* se organiza en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización

personal; es justamente el agotamiento emocional, descrito como la percepción de estar emocionalmente cansado y desgastado debido a las demandas laborales, la dimensión más alterada en los cuidadores.

Al respecto Valent (2002) señala que los problemas de los cuidadores por la exposición a las víctimas o pacientes abarcan numerosos síntomas físicos como cansancio, depresión, ansiedad, rabia, dolores e imágenes intrusivas, además de consumo de sustancias psicoactivas y consecuencias en la organización familiar, quienes son en este escenario víctimas secundarias.

Valent concuerda con los planteamientos realizados por Figley (1995), y reconoce que el estrés por ayudar, puede ser llamado *desorden de estrés traumático secundario o STSD*, por sus siglas en inglés, que es la emergencia de síntomas relacionados con los síntomas de las víctimas y que han emergido de la relación de los cuidadores con las víctimas que vivieron las experiencias traumáticas en primer momento, a éstas últimas se asigna la etiqueta de *desorden de estrés postraumático primario o PTSD*.

En el marco del STSD, emerge lo que nombra Joinson (1992) y posteriormente Figley (1995) como *fatiga de compasión* o estrés traumático secundario (STS) que es el resultado de las alteraciones que sufre el cuidador por exponerse a las víctimas, pero que no alcanza las proporciones del STSD. Así, la fatiga por compasión se asocia al *burnout* que resulta de la naturaleza nociva del trabajo estresor debido a las presiones e incomprensión de otras personas (jefes, administrativos, familiares del paciente) o del cuidador a sí mismo. Otra asociación teórica emergente es el concepto de *contratransferencia* (Andaházy, 2019) en la cual se absorbe inconscientemente el estrés y traumas de las víctimas y que se canaliza gracias a la empatía establecida entre los involucrados.

Valent (2002) también resalta dos clasificaciones que pueden asignarse a la fatiga de compasión, por un lado el trabajo de Wilson y Lindy, quienes nombran la fatiga de compasión como *tensión de empatía* (Wilson, Lindy y Raphael, citados en Valent, 2002) y por otro, el trauma llamado *traumatización vicaria* (Pearlman y Saakvitne, citados en Valent, 2002) ambos conceptos convergen en que con la relación cuidador y paciente, la proximidad y empatía puede llevar a la pérdida de límites y generar dependencia patológica, que dispone al profesional a percibir la pérdida de capacidades personales y creencia en sí mismo. Como puede advertirse, la fatiga por compasión es una forma particular de padecer estrés (Sorenson et al, 2017) un ya conocido trastorno de ansiedad que afecta al sujeto a nivel cognitivo, emocional, conductual, somático, espiritual, relacional y laboral.

Tras numerosas investigaciones, Figley (2002) ha identificado algunos síntomas particulares que se manifiestan en esas siete dimensiones y son evidencia de *burnout* por fatiga de compasión. El autor expone que en la dimensión cognitiva el individuo tiene una disminución de la concentración, presenta apatía y con esto falta de atención, desorientación y suele restarle importancia a las cosas, lo que deriva en baja autoestima y posibles conductas autolesivas, sin embargo, puede desarrollar una tendencia al perfeccionismo soportado en la rigidez mental y una preocupación excesiva por el problema que atiende.

En la dimensión emocional el cuidador presenta impotencia y ansiedad por no favorecer eficientemente la recuperación y con ello ira, enojo, miedo y culpa, todo lo que terminará en abatimiento, cansancio, insensibilidad y depresión. La dimensión conductual expresa su alteración mediante los cambios repentinos de humor donde predomina la impaciencia y la irritabilidad; y siendo esta una alteración básica del sistema nervioso, entonces también se muestran personas hipervigilantes, con sobresaltos y disturbios alimenticios y del sueño.

Con base en lo anterior, en el plano somático se presentan los tradicionales signos de ansiedad como taquicardia, transpiración, dificultad para respirar, mareos, malestares orgánicos y en general un incremento de dolores y enfermedades médicas puesto que el sistema inmune está irritado y expuesto por la carga estresora.

Una quinta dimensión alterada es la espiritual, en donde las personas llegan a cuestionar su sentido de vida y propósitos en general, esto les expone a una desesperanza generalizada y por extensión cuestionan sus principios religiosos perdiendo la fe en un poder superior y dejando de buscar la satisfacción personal. Al mismo tiempo en el plano relacional hay una ruptura del vínculo con los demás, se incrementa el conflicto y el aislamiento, desconfianza y disminución del interés por la intimidad y el sexo, y aunque prefieran la soledad, desarrollan una sobreprotección puntual por un pariente cercano, como tramitando y desplazando su percepción de ineficacia en una tarea que puedan considerar más exitosa y cercana.

Por último, en el escenario laboral que es el contexto que engloba todas las anteriores, tal padecimiento deriva en una baja moral productiva, pérdida de motivación, apatía y desapego por el trabajo con constantes evitaciones a nuevas tareas o a las ya adquiridas, sumado a esto una negatividad generalizada por lo que sus responsabilidades les impliquen; la irritabilidad les dispone siempre a conflictos con los compañeros de trabajo y posterior alejamiento.

Las causas de todos estos síntomas son el resultado de la proximidad con el paciente, pero no puede perderse de vista que la fatiga por compasión se enmarca en el síndrome de *burnout*, por lo tanto, el marco psicopatogénico es el *burnout* como trastorno general, con ello, es de advertir que la emergencia de un deterioro en la salud a causa de la relación con el paciente se puede predisponer, mantener, exacerbar y potenciar con la presencia de otros factores de riesgo que hayan tocado previamente o en paralelo las dimensiones descritas, fenómenos que se conocen como factores estresores al estar en relación con la vida laboral.

La anterior conclusión está en sintonía con los hallazgos de [Hofmeyer, Kennedy y Taylor \(2019\)](#) quienes basándose en las investigaciones de la neurociencia social indican que la compasión en sí misma no puede generar fatiga, por lo cual sería más conveniente nombrar todas estas consecuencias en lugar de fatiga por compasión, fatiga de estrés empático; lo que ubica a este tipo de estrés en el escenario del *burnout* por el trabajo en sí mismo y no por la movilización de empatía.

Al respecto los estudios de [Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez \(2013\)](#) y [García y Vélez \(2018\)](#) muestran que la calidad de vida laboral en los profesionales sanitarios se altera principalmente debido a factores organizacionales y sociales, ambos factores materializados en

dinámicas comunicativas y de apoyo; en específico, el estrés aumentará con una elevada asignación de tareas y de pacientes, lo que sobrecarga las responsabilidades y los turnos, sumado a la falta de capacitación, salarios bajos, realimentación pertinente sobre el trabajo y las dificultades para establecer una comunicación adecuada con compañeros y superiores.

En esta misma línea, Carrillo, Gómez y Espinoza (2012) indican que los problemas médicos o malestares biológicos se relacionan positivamente con el *burnout* en la práctica médica, donde además de correlacionarse, también son desencadenantes las alteraciones cardiovasculares, endocrinas e inmunológicas, el agotamiento que eventualmente es negado o no percibido, y la depresión que va acompañada de consumo de sustancias y alcoholes.

Las anteriores dificultades podrían empeorar cuando los cuidadores que se exponen constantemente a la muerte de los pacientes, también están rodeados de eventos traumáticos como desastres naturales, guerras, pandemias y catástrofes, junto con problemas económicos y dificultades personales afectivas, pues todo ello desfavorece el adecuado rendimiento laboral y genera afectaciones mentales, tal como se indica en González, Sánchez y Peña (2018) y reafirma en la actual crisis por COVID-19 Ferrán y Trigo (2020).

Este panorama de consecuencias podría resultar desalentador para el profesional en salud, siempre que se considere que es de obligatorio tránsito el padecimiento de los trastornos de ansiedad como estrés o *burnout*, pero la predisposición a este trauma secundario prevalece en los cuidadores que no presentan adecuadas estrategias de afrontamiento y que para tramitar su ansiedad recurren a formas personales como la autolesión en las dependencias químicas, en lugar de buscar apoyo en sus grupos de contención y otros profesionales u otras estrategias psicosociales, como se presentará más adelante.

Aunque el riesgo de estos malestares es alto, la fatiga por compasión es descrita por Figley (1995) y Boyle (2015) como el alto precio de cuidar de otros en su dolor físico y emocional. La principal herramienta para los cuidadores que deseen pagarlo, ha de ser el desarrollo de la resiliencia (Ginzburg, 2012) como defensa madura que se interpone entre la salud y la psicopatología.

El estrés de ayuda, la doble vía en un campo del cuidado

Ahora bien, profundizando en la relación entre el cuidador y el paciente, para analizar el proceso transaccional que se establece para el advenimiento de la fatiga por compasión, resulta favorable proponer el concepto de *campo del cuidado*, para con él describir una relación diferente a las otras relaciones entre profesionales y clientes, dada la temática sensible que les convoca al encuentro, como es el caso de las vicisitudes entre la vida y la muerte o en menor cuantía, de la salud y la enfermedad.

El concepto *campo* ha sido tradicionalmente tomado de la física, donde se describen los campos de fuerza como espacios en los que convergen todas las variables de un fenómeno y entre ellas se afectan de forma constante e interactiva; el campo es el escenario temporal que permite la ocurrencia de los fenómenos (Berkson, 1981), esta propuesta fue retomada por Lewin (1988) en su *teoría de campo* para explicar las relaciones humanas como un espacio vital de constante interacción e influencia de factores internos y externos. Del mismo modo

y con soporte en las teorías fenomenológicas, [Rogers \(1942\)](#) describió como *campo fenomenico* a toda la historia personal que un individuo ha desarrollado desde su nacimiento y que utiliza para relacionarse con el mundo.

En este marco de referencia entiéndase el *campo del cuidado* como esa situación que ocurre en unas condiciones favorables para que los individuos se dispongan, de un lado a ser acompañados y del otro a acompañar sobre la base de una necesidad que afecta la calidad de vida y dentro del cual los fenómenos individuales se exponen parciales o completos, interactuando y realimentándose, recreando el campo como nuevo, cada vez que algo entra o sale del él.

Esta propuesta remite al profesional de la salud a considerar que el cuidado del otro se funda en un campo relacional; sugerencia ya realizada por la “Escuela de la Interacción” descrita por [Peplau \(1991\)](#) y que según [León \(2007\)](#) entiende el cuidado como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda y en donde se utiliza la propia persona de manera terapéutica y comprometida.

Con base en lo anterior y considerando que, por efectos de la transferencia, el cuidador es reproductor inconsciente y víctima de los síntomas de los pacientes, es necesario evidenciar la doble vía en la que se retribuye o realimenta al paciente. El profesional de la salud se afecta y esta afectación hace parte ahora del nuevo campo de cuidado en el que se ha establecido la relación de ayuda; el campo de cuidado implica todas las situaciones relacionales en las que convergen las subjetividades, experiencias y esperanzas del profesional y del paciente, puesto que, la relación de ayuda es un encuentro entre personas, que si bien, desarrollan roles diferentes, tienen en común una historia personal de la que les es difícil desprenderse.

Puede ocurrir que el profesional de la salud, por ética y protocolo técnico intente regular sus instintos, emociones y juicios, sin embargo, el paciente se expone completo, expresa toda su existencia pues está invadida de malestar, y con esta expresión mina, hasta debilitar, inconscientemente, la postura y distancia profesional. En este sentido la clínica de orientación fenomenológica sugiere la *epoché* o suspensión de los juicios en virtud de una relación desprovista de subjetividades, empero, esa aparente neutralidad es sumamente sensible si se consideran, en la línea de [Iacoboni \(2010\)](#) los recursos emocionales, emotividad, identificación y empatía como procesos biológicos automáticos en el género humano, por lo que su expresión es ineludible en su totalidad.

Así pues, ya que el cuidador además de recibir una problemática de salud que debe atender en su paciente, también ha desarrollado estrés producto de la relación y exposición, el estrés pasa a alimentar el campo del cuidado, y el paciente además de recibir la atención técnica en relación a su motivo de consulta, también recibe parte de la carga estresora del cuidador, a su vez con el estrés evidenciado o bebido del campo, el paciente reorganizará su queja y será redirigida de nuevo al campo, con lo que se obtiene una aparente realimentación continua, constante y creciente.

Este sistema interactivo pone en riesgo la relación terapéutica, pues el paciente antes que fijarse al campo, puede rehuirlo ya que al estrés de la enfermedad se suma ahora el estrés que

le produce la relación y la consecuencia de la relación con el profesional; tras lo cual, el paciente puede percibir a su contraparte, en palabras de Valent (2002) como ingenuo, ignorante, limitado, protector, denigrante, poco simpático, falto de comprensión y compasión; todo lo cual intensificará los síntomas, generará descompensaciones y posible abandono del tratamiento.

Autores como Tosone, Nuttman y Stephens (2012) explican este proceso de doble vía con el nombre de *trauma compartido*, presente principalmente en los cuidadores que han vivido las mismas experiencias primarias del paciente, por ejemplo fueron partícipes de los mismos accidentes o de las mismas consecuencias, con lo cual ya no solo se tienen como convergencia lo primario, sino también lo secundario, es decir, la fatiga por compasión de parte del profesional y una respuesta de incremento de síntomas o de rechazo por parte del paciente.

Figley (2005) apunta que, si bien algunas personas pueden argumentar que es incorrecto que los encargados de la salud física o mental tengan sentimientos profundos de simpatía o tristeza por el sufrimiento de su acompañado, es sabido que la mayoría de los estudios muestran una alta efectividad de los procesos terapéuticos sobre la base de una empática y comprensiva alianza terapéutica, que de no estar presente dificultará el cambio o la recuperación.

De la despersonalización a la satisfacción por compasión.

La consideración de un campo del cuidado y una conciencia e intervención adecuada del mismo por parte del profesional, puede favorecer el tránsito de la relación entre los actores en los roles de acompañante y acompañando. Adicional a esto, dentro del mismo campo e incluso paralelo a él puesto que el profesional sale del campo cuando tramita otros aspectos de su vida, se debe considerar que, en esta conjunción, no todo son restas sino también adiciones, es decir, el campo se configura con elementos negativos, pero también positivos, entre ellos la despersonalización y la satisfacción por compasión respectivamente.

Se ha descrito previamente que el desgaste emocional, es la afectación más común en el *burnout* y con una relación directa con la fatiga por compasión, esta situación describe las alteraciones emocionales y consecuentemente físicas en el cuidador, sin embargo, el campo del cuidado, como situación viva, es decir, como escenario que se nutre de dos subjetividades, se tensa con el estrés y síntomas aportados por los protagonistas, esta tensión es la distancia que fuerza a la empatía hasta resquebrajarla, dejando de un lado, incrédulo y desesperanzado al paciente, y del lado de la despersonalización al profesional de la salud.

La despersonalización como consecuencia del *burnout* explica en segundo nivel la fatiga por compasión. Maslach y Jackson (1981) la describen como una respuesta insensible e impersonal hacia las personas que son cuidadas. Esta actitud implica que los profesionales de la salud traten a sus destinatarios como objetos y se expresen o relacionen de forma cruel y con cierto endurecimiento emocional. En esta conducta, los profesionales dejan de interesarse por las personas a cargo y, donde antes estaban preocupados por el éxito de sus tareas, pasan a restar importancia por lo que suceda con los pacientes, en particular, cuando los cuidadores perciben que su contraparte deposita en ellos la culpa de no recuperarse o de incrementar

sus síntomas, entonces adviene la desesperanza y lectura de ingratitud, se sienten culpados y se alejan emocionalmente.

El concepto de despersonalización ha sido relacionado en otras mediciones y redefinido por el de cinismo, que es una actitud donde se le resta importancia al trabajo, y aunque los estudios factoriales señalan diferencias entre estas dimensiones (Larsen, Ulleberg y Rønnestad, 2016), algunos autores especifican que, teniendo en cuenta que en el área de la salud, el trabajo es el cuidado mismo de las personas, la indiferencia emocional hacia ellas - despersonalización- es el resultado de la indiferencia por el trabajo en general -cinismo- (Viljoena y Claassen, 2017), los mismos autores indican que el cinismo es además un rasgo de personalidad y por tanto este podría ser el responsable, si bien no en todos los casos, de un desarrollo favorable de la despersonalización, aunque no obligatorio, debido a que personas que no presentan este rasgo marcado también tienen altos puntajes en despersonalización.

Como fuere, cabe advertir que, en relación con el *burnout* y la consecuente fatiga por compasión, la despersonalización es todo lo contrario al vínculo terapéutico, razón por la cual, la atención que los profesionales cuidadores hagan de su aparición en la rutina laboral es un acto de responsabilidad con la labor y con las personas mismas, y sobre todo directamente consigo mismos por el ya advertido impacto del *burnout* en la salud general.

Aunque también se considera a la despersonalización una estrategia de afrontamiento (Marsollier, 2103) que genera un aislamiento requerido por el cuidador frente a los elementos nocivos que están en su entorno laboral; no es una forma de adaptación consciente, lo que trae consigo los efectos de todo mecanismo defensivo, en razón de su progresivo dominio inconsciente de la conducta, enmascaramiento de las causas del trastorno, egosintonía y falta de juicio crítico sobre los síntomas que le acompañen, lo que significa que la persona fatigada desdibuje o disipe la responsabilidad por el cuidado del otro y con ello, se resuelva a una mala práctica.

En estas circunstancias el cuidador-persona, está llamado a valorar el impacto de sus rasgos de personalidad en el campo del cuidado, ya que son estas formas particulares que establecen la personalidad, las que pueden resultar saludables o nocivas para la recuperación del paciente, además de ello, le obliga tanto y más que a otros profesionales, volver su mirada sobre su propia persona para cuidarla, es decir, los cuidados ofrecidos por el cuidador inician por el cuidado de sí mismo. Consolidar y confiar en su propia persona y establecer una visión humanizada de persona, permitirá que el afrontamiento por despersonalización no le sea una opción, sino más bien, encuentre en el cuidado por el otro la satisfacción que le mantenga motivado por su labor.

Considérese con esto, la relación directa de la despersonalización con la tercera dimensión del *burnout* en Maslach y Jackson (1981), la falta de realización personal, consistente en la valoración negativa que realiza el profesional de sí mismo, lo que redundará en una percepción de ineficacia frente a los problemas de sus pacientes que supone no puede resolver; lo que significa una auto-despersonalización que habrá de resolver el cuidador de cara a la reintegración personal y su posterior presencia homeostática en el campo del cuidado,

re-personalizando o reestableciendo el vínculo terapéutico y en siguiente grado sobreponiéndose con satisfacción al costo de cuidar al otro.

Justamente esa satisfacción de cuidar al otro, que se ha teorizado como satisfacción por compasión, es la formación adaptativa, o el resultado de un afrontamiento positivo derivado de cuidar al otro, y equilibra aquellos aspectos negativos de trabajar con personas enfermas y traumatizadas. Para [Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel y Reimels \(2010\)](#) la satisfacción por compasión es el mecanismo de protección y respuesta de gratificación que mitiga los efectos de cuidar, y por tanto los profesionales experimentan poca fatiga, se sienten capaces de empatizar y reconocen sus capacidades personales.

[Stamm \(2010\)](#) creador de una escala para medir la satisfacción por compasión y que comúnmente se utiliza para correlacionar los estudios entre satisfacción y *burnout*, indica que la satisfacción por compasión es lo contrario a la fatiga por compasión. Una persona que presenta satisfacción por compasión se encuentra más motivada, resiliente, interesada, con percepción de eficacia, enérgica, empoderada, con actitud positiva hacia el trabajo y en crecimiento personal constante.

Respecto a esta suma de consecuencias positivas, [Sacco, Ciurzynski, Harvey, e Ingersoll \(2015\)](#) indican que la satisfacción por compasión no es una variable unidimensional, sino que es la suma de todos los recursos que tiene la persona y que moviliza o asimila para procurarse satisfacción laboral, de tal modo que, el equilibrio entre la fatiga y la satisfacción es lo que se puede describir como saludable. Estas autoras hacen énfasis en que la satisfacción del cuidador está directamente relacionada con la satisfacción de los pacientes, pues estos últimos realimentan positivamente la tarea del trabajador y con ello su disposición y motivación al trabajo.

En esta línea, los importantes estudios de [Sprang, Clark y Whitt \(2007\)](#) han evidenciado que a medida que la satisfacción por compasión aumenta, se disminuye la fatiga por compasión y el *burnout*, esto ocurre particularmente en personas que tienen entrenamiento y conocimientos suficientes sobre los traumas que acompañan, pues al enfrentarse a las problemáticas de la salud, con los recursos conceptuales y metodológicos suficientes perciben una mayor autoeficacia.

Por su parte, y en aparente contradicción a los modelos teóricos, [Wagaman, Geiger, Shockley y Segal \(2015\)](#) han trazado una importante relación entre la satisfacción de compasión y la empatía. Es de advertir que justamente la fatiga por compasión se ve favorecida por los lazos empáticos que emergen en la relación terapéutica, pero estos autores aclaran que, ya que la empatía es una combinación de reacciones fisiológicas y procesos cognitivos, puede ser una herramienta para ayudar a abordar el agotamiento y el trastorno de estrés secundario. Para ello han basado su investigación en la conceptualización de la neurociencia cognitiva (Gerdes, Lietz, y Segal, citados en [Wagaman et al. 2015](#)), en donde la empatía comprende cuatro componentes subjetivamente experimentados: (1) respuesta afectiva, (2) conciencia de sí mismo-otro, (3) toma de perspectiva, y (4) regulación emocional.

Wagaman et al. (2015) explican que la respuesta afectiva no puede controlarse en tanto es un proceso fisiológico en el plano de las neuronas espejo, empero, los otros tres componentes son procesos cognitivos que se soportan en habilidades personales. En dicha investigación se expuso el papel de la empatía en el *Burnout*, la satisfacción por compasión, y el estrés traumático secundario –STS– en trabajadores sociales, y evidenciaron que los procesos cognitivos ayudan a prevenir el *burnout* y el STS, puesto que cuando el trabajador tiene una mejor conciencia de sí mismo, tiene la capacidad de diferenciarse y separarse de los sentimientos y pensamientos de los otros, pero no insensibilizándose sino estableciendo límites, favoreciéndose igualmente la regulación emocional que es el control cognitivo de las emociones, así pues sus hallazgos sugieren que los componentes cognitivos de la empatía pueden prevenir o reducir el agotamiento y el STS al tiempo que aumenta la satisfacción por compasión.

El autocuidado como estrategia de afrontamiento y responsabilidad personal ante la fatiga por compasión

Se ha presentado hasta aquí que el acto de cuidar es una capacidad potencial en el hombre, en la que se puede ver expuesto a diferentes traumas, y que en aras del control de tal situación es pertinente reconocer el papel activo que tiene el cuidador en lo que se ha llamado campo del cuidado, además se expuso que la despersonalización y la satisfacción son recursos que, no regulados o potenciados conscientemente afectan la empatía que se favorece además con una alta conciencia del sí-mismo, conciencia que a su vez demanda del profesional de la salud la responsabilidad por su propia salud; considérese ahora, de forma especial, la relación del autocuidado, o el cuidado de sí, como una responsabilidad personal del cuidador que impacta positivamente en la fatiga por compasión y el *burnout*.

El autocuidado es un tema que, en su definición, resulta moderadamente invariable en el tiempo y que ha estado dominado por las aproximaciones clásicas de la filosofía, como es el caso de los griegos clásicos con la *epimeleia heautou* o el cuidado de sí, integrando a lo largo de la historia de las ideas, la *poiesis* o creación, con la *phronesis* o sabiduría práctica, conceptos que emergerán nuevamente en una reflexión sobre la ética y la política en las propuestas foucoulitianas del cuidado de sí y de los otros (Garcés y Giraldo, 2013).

A nivel general, cuando la filosofía trascendió la pregunta sobre la constitución del mundo y su causa, centró su reflexión sobre el hombre, su sentido en el mundo y su forma de estar en el mundo, esta última situación se traduce en la ética personal y social, en ese marco las respuestas que se han suscitado frente al deber ser de la forma de estar en el mundo, sugieren la vía de lo personal a lo colectivo o viceversa, con lo que se tiene que el hombre, si desea procurarse, crearse o situarse de una mejor manera de estar en el mundo, debe hacerlo atravesando el desarrollo de las virtudes y la búsqueda de la verdad, algo que encontrará primero en el cuidado, conocimiento, gobierno, conciencia, equilibrio y felicidad de sí mismo; o por otra vía, identificando en el otro, en el semejante la opción humana de reconocimiento, cuidado, conciencia y bienestar desde la alteridad.

Cual sea la vía que se elija, implicará que exista un sujeto, como punto de partida de la acción de cuidado, que esté en condiciones de procurarlo, es decir, ya sea porque el sujeto se cuida a sí mismo resultado de lo cual habrá creado una condición favorable en sí mismo

para migrar a los otros, o sea porque cuida a los otros, resultado de lo cual recibe satisfacciones que continuará recreándolas, se precisa una base vital favorable en sí mismo. En otras palabras, por la vía de la otredad o de la individualidad, quien responda al para qué de la vida, precisa estar vivo, y aunque esto es una tautología, el énfasis en “estar vivo” implica estar saludable, consciente o auto-cuidándose.

Con base en lo anterior, es necesario considerar que el profesional de la salud está expuesto y obligado al principio del autocuidado (Lewis y King, 2019; Abernathy y Martin, 2019; Adimando, 2018) pues la emisión de un servicio, acompañamiento y cuidados a los pacientes, demandan en todo momento el clásico *primum non nocere* que no estará garantizado cuando no se cuenta con los recursos personales óptimos para tal servicio.

Ya sea porque el profesional no cuenta con una estabilidad emocional, física o intelectual adecuada o porque no se dispone intencionalmente a movilizar todas sus actitudes y aptitudes, se estará incurriendo en una falta ética con el otro, pues allí donde puede ofrecerle a su paciente o derivarle a un servicio óptimo, le está exponiendo a recibir algo de menor calidad. Su respuesta sería en este caso iatrogénica por la negativa predisposición profesional, indisposición del campo del cuidado y proposición insuficiente de recursos para con el otro.

A pesar de que la sugerencia del autocuidado en el área de la salud pareciera una verdad de Perogrullo, Dattilio (2015) y Di Benedetto (2015) sugieren cierta hipocresía en los profesionales de la salud mental pues son los más resistentes al autocuidado mediante la búsqueda de apoyo en otros profesionales y presentan iguales o más resistencias que sus pacientes, a pesar de ser un compromiso ético para con ellos.

En igual sentido, Luis, Torres y Álvares (2018) han advertido que las personas que están a cargo de otros difícilmente tienen homologado o suficientemente comprendido el concepto de responsabilidad con la salud personal o también entendido como autorresponsabilidad con la salud. Si bien, al inicio de este artículo se presentó la posibilidad del hombre de cuidar de sí mismo como una respuesta instintiva, llevada ésta al plano profesional, no es suficiente con una respuesta refleja, sin el desarrollo de una sabiduría práctica, de un razonamiento en abstracto de cara al deber ser de la vida.

Ya desde el campo de la enfermería, profesión de cuidadores por excelencia, la teórica Dorothea Orem (1991), presentó su tesis sobre el déficit del autocuidado, que se compone de tres subtemas en particular: teoría de autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Respecto a los dos primeros, y explicando a Orem, indican Naranjo, Concepción y Rodríguez (2018), que el autocuidado necesita aprenderse, por tanto, no es como el instinto de conservación en general, sino que, es más una función que el hombre mismo debe movilizar conscientemente, debe elaborar, identificar su necesidad y reconocer sus limitaciones, por tal motivo, es una actividad aprendida y con un objetivo, tiempos y contextos particulares, dirigida a sí mismo y a los otros; para ello precisa del control de los factores internos y externos que pueden afectar este fenómeno.

Cuidar de la propia salud implica pues una toma de conciencia de sí mismo, que como ya se mencionó con [Wagaman et al. \(2015\)](#) es un factor emergente y favorable en la empatía. Del mismo modo, la conciencia de sí mismo permite el desarrollo de la responsabilidad personal existencial ([Tobón, 2018](#)), en particular de la propia salud, lo que convierte al cuidador en agente de autocuidado ([Naranjo, Concepción y Rodríguez, 2018](#)) y cuyo déficit no permitiría actuar, ayudar, apoyar y promover la salud y desarrollo de la salud de otras personas ([Orem, 1991](#)). En esta línea, [González y Guevara \(2018\)](#) reconocen la conciencia de autocuidado como factor fundamental para la calidad de vida y como responsabilidad moral, ética y política de todas las personas.

Visto más de cerca, [Sansó et al. \(2015\)](#) señalan que el autocuidado abarca las áreas de autocuidado físico en donde se procura la relajación y la actividad física para la salud del cuerpo, el área de cuidado personal interno que involucra el manejo adecuado de las emociones y la salud mental, y en tercera instancia el área de autocuidado social, en donde se establecen relaciones interpersonales satisfactorias.

Con este modelo, los mencionados investigadores han puesto en evidencia que el autocuidado y la conciencia predicen positivamente la satisfacción por compasión, mientras que su ausencia se relaciona con el *burnout* y la fatiga por compasión; esta propuesta está en paralelo con los resultados de [Kraus \(2005\)](#) quien ya había indicado que el autocuidado no influye mucho en la fatiga o el agotamiento de la compasión, pero sí parece influir en la satisfacción por compasión, esta última puede ser importante para disminuir el agotamiento emocional, pero no la fatiga.

Otras investigaciones como las de [Demerouti, Bakker y Leiter \(2014\)](#) y [Blom, Richter, Hallsten y Svedberg \(2015\)](#) han relacionado que para que exista autocuidado el individuo debe presentar altos niveles de autoestima, y altos niveles en autoestima se relacionan con mayor rendimiento en el trabajo y menor estrés.

Enmarcando las anteriores ideas, el sí mismo o el yo, como una instancia psicológica en el individuo, le permite al cuidador autodistanciarse de las dinámicas en las que se desarrolla el campo del cuidado, objetivar las condiciones personales necesarias para aportar al cuidado del otro y vincularse de nuevo con el equilibrio adecuado en la búsqueda del bienestar; así, tal como señalan [Linzitto y Grance \(2017\)](#) la conciencia y la responsabilidad de autoconocimiento habrían de ser características de alto nivel en los profesionales de la salud.

Desde un punto de vista más práctico, el Figley Institute ([Figley, 2013](#)) creado para promover el conocimiento y entrenamiento de los profesionales que se enfrentan a la fatiga por compasión, propone como estrategias de autocuidado los estándares listados por la academia de traumatología de la fundación *Green Cross*, y que tienen como propósitos fundamentales, primero que no se haga daño en el cumplimiento del deber al ayudar a otros, y segundo atender las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales como una forma de asegurar los servicios de alta calidad a quienes buscan recibir apoyo (*Green Cross Academy of Traumatology, 2014*).

Para la academia de traumatología, son principios éticos de autocuidado en la práctica, el respeto por la dignidad, el valor de uno mismo y la responsabilidad del cuidado personal, pues no hay ayuda si no hay autocuidado, y para ello el ayudante debe recibir, entre otros, descanso, nutrición y realimentación positiva por sus acciones de parte de todos sus compañeros. Esta apuesta del Figley Institute y Green Cross, es de importante atención para las instituciones formadoras de los profesionales en salud, pues de sus nichos emergen los futuros cuidadores conscientes del autocuidado y que se expondrán en consecuencia de su profesión al estrés y la fatiga por compasión.

González y Guevara (2018) apuntan que los docentes universitarios deben aceptar la responsabilidad de promover estilos de vida saludables que protejan la salud de los estudiantes y, por ende la calidad de vida de los futuros profesionales integrales, Di Benedetto (2015) fue más allá al señalar que los cursos en autocuidados, deben ser obligatorios para estudiantes, asunto que evidenciaron ya Meadors y Lamson (2008) quienes al proponer capacitaciones a los profesionales en los temas que movilizan el autocuidado y advertir la fatiga por compasión, lograron en un grupo de cuidadores, reducir las consecuencias adversas de tal actividad.

Finalmente, en el marco del autocuidado, como sugerencia global para encargarse de la propia salud, la literatura disponible resalta la importancia y efectividad de las prácticas espirituales, resiliencia y bienestar personal (Wicks, 2006), el Mind-Fullness (Shapiro, Brown y Biegel, 2007), la imaginación guiada (Kiley et al. 2018), programa acelerado de recuperación -ARP - (Figley, 2002) y la incorporación del humor como estrategia de afrontamiento, disminución del estrés y resignificación de las situaciones (Moran, 2002).

Dichas estrategias son a su vez, los mismos recursos utilizados por los profesionales de la salud para acompañar algunos trastornos en sus consultantes, tales como técnicas de relajación, respiración y estiramiento, técnicas cognitivas, meditación, imaginación, expresión creativa, administración del tiempo, resolución de conflictos, estilos de vida saludable en nutrición y ejercicio, recreación, reestructuración cognitiva, hipnosis, entre otras.

Todas las propuestas que se establezcan, y frente a lo cual cada escenario de cuidadores habrá de contextualizar, pues no es lo mismo psicólogos que médicos, fisioterapeutas que enfermeros, pueden ir desde la terapia individual hasta la grupal, con un terapeuta o un grupo de coterapeutas y grupos de tratamiento. En términos generales estas intervenciones implicarían la identificación de los síntomas, diseño de terapias específicas, entrenamientos para el autorreconocimiento de problemáticas, elaboración de historias personales y acompañamientos personalizados.

Desde la estructura laboral, el encargado de tales intervenciones podría considerar, en la línea de Figley (2002), la identificación de los escenarios que pueden ser favorables para la victimización, establecer las diferencias entre los géneros, incentivar en las organizaciones el cuidado de sus trabajadores de cara a un buen soporte ambiental identificando las señales de alerta, limitar las horas de trabajo, estructurar adecuados canales de comunicación entre los trabajadores e incluso, habilitar servicios de atención en salud mental.

Los profesionales de la salud, indistintamente de su especialización, ya por el hecho de trabajar, como por el hecho de trabajar cuidando a otras personas, pueden fatigarse y sentir fundidas sus fuerzas, esto confirma además su humanización, empatía e interés por el otro, más, para no fracasar en el proceso de cuidar, deben asumir la posibilidad de fatiga por compasión, con la responsabilidad personal del autocuidado con pasión.

Referencias bibliográficas

- Abernathy, S., y Martin, R. (2019). Reducing compassion fatigue with self-care and mindfulness. *Nursing Critical Care*, 14(5), 38-44. Recuperado de: https://www.nursingcenter.com/wkhlrp/Handlers/articleContent.pdf?key=pdf_01244666-201909000-00005
- Adimando, A. (2018). Preventing and alleviating compassion fatigue through self-care: an educational workshop for nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 304-317. doi:10.1177/0898010117721581
- Andaházy, A. (2019). Tuning of the self: In-session somatic support for vicarious trauma-related countertransference. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 14(1), 41-57. doi.org/10.1080/17432979.2019.1577758
- Andrews, H., Tierney, S., y Seers, K. (2020). Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 101, 1-10. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103436
- Beck, C. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 25(1), 1-10. doi:10.1016/j.apnu.2010.05.005.
- Berkson, W. (1981). *Las teorías de los campos de fuerza desde Faraday hasta Einstein*. Madrid: Alianza.
- Bianchin, M. (1997). El Síndrome del *Burnout* en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es.
- Blom, V., Richter, A., Hallsten, L., y Svedberg, P. (2015) The associations between job insecurity, depressive symptoms and *burnout*: the role of performance-based self-esteem. *Economic & Industrial Democracy*, 1(1):1-16. doi:10.1177/0143831X15609118
- Bolton, D., y Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Springer.
- Bonamer, J., y Aquino, C. (2019). Self-Care Strategies for Professional Development: Transcendental Meditation Reduces Compassion Fatigue and Improves Resilience for Nurses. *Journal for nurses in professional development*, 35(2), 93-97. doi:10.1097/Nnd.0000000000000522
- Boyle, D. (2015). Compassion fatigue: The cost of caring. (W. K. Health, Ed.) *Nursing* (48), 48-51. doi:10.1097/01.NURSE.0000461857.48809.a1
- Cardoza, M., Hidalgo, L., Peña, J., Pulido, L. y Torres, C. (2019). Satisfacción con la vida y satisfacción laboral. *Revista de Investigación y Cultura - Universidad César Vallejo*. 8 (1). 1-10. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/37328>
- Carrillo, R., Gómez, H., y Espinoza, E. (2012). Síndrome de *burnout* en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>

- Cázares, F., Vinaccia, S., Quiceno, J., y Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(2), 73-85. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n2/1900-2386-psych-10-02-00073.pdf>
- Dattilio, F. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. (T. A. Society, Ed.) *Australian Psychologist*, (50), 393-399. doi:10.1111/ap.12157
- Demerouti, E., Bakker, A., y Leiter, M. (2014) *Burnout* and job performance: The moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(1), 96-107. doi: 10.1037/a0035062
- Di Benedetto, M. (2015). Comment on “The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals” (Dattilio, 2015)—Working With the Mentally Ill Is a Mental Health Hazard: What Can We Do About It? (T. A. Society, Ed.) *Australian Psychologist*, (50), 400-404. doi:10.1111/ap.12144
- Dieker, A., IJzelenberg, W., Proper, K., Burdorf, A., Ket, J., van der Beek, A. y Hulsege, G. (2019). The contribution of work and lifestyle factors to socioeconomic inequalities in self-rated health - a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 45(2), 114-125. doi:10.5271/sjweh.3772
- Dominguez, S., Fernández, M., y Vega, P. (2018). About the *burnout* prevalence in health professionals. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 290-291. doi:10.4067/S0370-41062018000200290
- Ferrán, M., Trigo, S. (2020). Cuidar Al Que Cuida: El Impacto Emocional De La Epidemia De Coronavirus En Las Enfermeras Y Otros Profesionales De La Salud. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In C. R. Figley (Ed.), Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p. 1-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. (Ed.). (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Routledge.
- Figley, C. (2005). *Compassion Fatigue: An Introduction*. Tulane University Traumatology Institute. Recuperado de: <https://www.sites.google.com/site/charlesfigley/Home/traumatologyinstitute/research/cf?tmpl=%2Fsystem%2Fapp%2Ftemplates%2Fprint%2F&showPrintDialog=1>
- Figley, C. (2013) *Basics of Compassion Fatigue*. Figley Institute. Recuperado de: http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf
- Flanigan, M., y Russo, S. (2019) Recent advances in the study of aggression. *Neuropsychopharmacol*, 44, 241-244. doi:10.1038/s41386-018-0226-2
- Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V., y Pérez, M. (2013). Síndrome de *burnout* y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*. 9(16), 7-21. doi.org/10.16925/pe.v9i16.613
- Freudenberger, H. (1974) Staff Burn Out. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

- Garcés, L., y Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 187 - 201. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>
- García, M., y Vélez, H. (2018). Exploración de las características psicométricas del inventario de estrés ocupacional - OSI para el contexto colombiano. *Psicogente*, 21(39), 140-161. doi:10.17081/psico.21.39.2828
- Ginzburg, H. (2012). *Resilience*. In CR Figley (Ed.) *Encyclopedia of Trauma An Interdisciplinary Guide*. Sage Publications. doi.org/10.4135/9781452218595.n185
- Gómez, J., Monsalve, C., Luis, C., Fernández, R., Aguayo, R., y Cañadas, R (2017) Factores de riesgo y niveles de *burnout* en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77-85. doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.004.
- González, C., Sánchez, Y., y Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las ciencias*, 4(1), 483-498. Recuperado de: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/761/pdf>
- González, T., Guevara, B. (2018) Responsabilidad ética del docente de enfermería en el fomento de la calidad de vida de estudiantes universitarios. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 15(1), 87 - 93. doi:10.21676/2389783X.2102
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *burnout* en personal sanitario hispanoamericano y español - 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es&tlng=es.
- Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. doi.org/10.5281/zenodo.1438570.
- Hofmeyer, A., Kennedy, K., y Taylor, R. (2019). Contesting the term 'compassion fatigue': Integrating findings from social neuroscience and self-care research. *Collegian*, 27(2), 232-237. doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.001
- Hooper C., Craig J., Janvrin D., Wetsel M., y Reimels E. (2010) Compassion Satisfaction, *Burnout*, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427. doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027
- House, B., Kanngiesser, P., Barrett, H., Broesch, T., Cebioglu, S., Crittenden, A., Erut, A., Lew, S., Sebastian, C., Smith, A., Yilmaz, S., y Silk, J. (2020). Universal Norm Psychology Leads to Societal Diversity in Prosocial Behaviour and Development. *Nature Human Behaviour*, 4, 36–44 doi:10.1038/s41562-019-0734-z
- Hyatt, L. (2020). From Compassion Fatigue to Vitality: Memoir With Art Response for Self-Care. *Art Therapy*, 37(1), 46-50. doi.org/10.1080/07421656.2019.1677423
- Iacoboni, M. (2010). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Madrid, Katz Editores.
- IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) *Global Burden of Disease Study 2017*. Recuperado de: <http://ghdx.healthdata.org/about-ghdx>
- Jakimowicz, S., Perry, L., y Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31(6), 396-405. doi:10.1016/j.aucc.2017.10.003

- Joinson, C. (1992) Coping with compassion fatigue. *Nursing*. (1)22, 116-21. PMID:1570090
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A., y Placencia, O. (2014). Síndrome de *burnout* en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010&lng=es&tlng=es.
- Kent, W., Hochard, K., y Hulbert, N. (2019). Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility?. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 11-19. doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.004
- Kiley, K., Sehgal, A., Neth, S., Dolata, J., Pike, E., Spilsbury, J., Albert, J. (2018) The Effectiveness of Guided Imagery in Treating Compassion Fatigue and Anxiety of Mental Health Workers. *Social Work Research*, 42(1). 33-43, [doi:10.1093/swr/svx026](https://doi.org/10.1093/swr/svx026)
- Kraus, V. (2005). Relationship Between Self-Care and Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and *Burnout* Among Mental Health Professionals Working with Adolescent Sex Offenders. *Counseling & Clinical Psychology Journal*, 2(2), 81-88. Recuperado de: <https://search-ebscobase.com.dbcientificas.udem.edu.co/login.aspx?direct=true&db=tnh&AN=17094732&lang=es&site=ehost-live>
- Larsen, A., Ulleberg, P., y Rønnestad, M. (2016): Depersonalization reconsidered: An empirical analysis of the relation between depersonalization and cynicism in an extended version of the Maslach *Burnout* Inventory. *Nordic Psychology*, 69(3). 160-176. [doi:10.1080/19012276.2016.1227939](https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1227939).
- León, C. (2007). Cuidarse para no morir cuidando. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1). 1-9. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100006&lng=es&tlng=es.
- Lewin, K. (1988). *La teoría del campo en la ciencia social* / K. Lewin; tr. de Marta Laffite, Julio Junca. Barcelona: Paidós.
- Lewis, M., y King, D. (2019). Teaching self-care: The utilization of self-care in social work practicum to prevent compassion fatigue, *burnout*, and vicarious trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 96-106. [doi:10.1080/10911359.2018.1482482](https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1482482)
- Linzitto, J., y Grance, G. (2017). Health professionals' quality of life in relation to end of life care. *Supportive and Palliative Care*, 11(4), 306-309. [doi:10.1097/SPC.0000000000000307](https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000307)
- Luis, I., Torres, Y., y Alvares, A. (2018). Autorresponsabilidad con la salud. Conocimientos de diferentes actores sociales y propuesta de definición. Policlínico Andrés Ortiz, 2016. *Cuba Salud*, 1-7. Recuperado de: <http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/view/585/1299>
- Marsollier, R. (2013) La despersonalización y su incidencia en los procesos de desgaste laboral. *Psicología.com*, 17(7). 1-10. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/6175>
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced *burnout*. *Journal Occupational Behavior*, 2, 99-113. [doi:10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205)
- Matía, A., Cordero, J., Mediavilla, J., Pereda, M., González, M., y Gonzáles, A., (2012). Evolución del *burnout* y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44(9), 532-539. doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.021.
- Meadors, P., Lamson, A. (2008) Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1). 24-34. [doi:10.1016/j.pedhc.2007.01.006](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.01.006).

- Moran, C. (2002). *Humor as a moderator of Compassion Fatigue*. In C. R. Figley (Ed.), *Psychosocial stress series*, no. 24. Treating compassion fatigue (pp. 139-154). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Moreno, J., Rodríguez, R., Chico, M., Lecuona, Ó., Martínez, M., Moreno, B., y Garrosa, E. (2019). Factores de riesgo y protección del estrés traumático secundario en los cuidados intensivos: un estudio exploratorio en un hospital terciario de Madrid. *Medicina Intensiva*. doi:10.1016/j.medin.2019.06.001
- Murray, C., Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., y Vander, S. (2003). Comparative quantification of health risks: conceptual framework and methodological issues. *Population health metrics*, 1(1), 1. doi.org/10.1186/1478-7954-1-1
- Naranjo, Y., Concepción, J., y Rodríguez, M. (2018). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Recuperado de: <http://revg-mespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
- NHS - National Health Service (2016). *National Burden of Disease, Injuries and Risk Factors study; The Scottish Burden of Disease Study, Overview report*. Recuperado de: <https://www.scotpho.org.uk/media/1733/sbod2016-overview-report-sept18.pdf>
- Orem, D. (1991). *Self-care Deficit Theory*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Ortiz, C., Kanter, J., y Arias, M. (2020). Burnout in Mental Health Professionals: The Roles of Psychological Flexibility, Awareness, Courage, and Love. *Clínica y Salud*, 31(2), 85 - 90. doi.org/10.5093/clysa2020a8
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, G., y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1342/134213131007>
- Pulido, E. (2015). Investigaciones en factores psicosociales en el trabajo en Colombia: una revisión (Investigation about Psychosocial Factors at Work in Colombia: a review). *Inclusión y Desarrollo*, 3(1), 83-95. doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.3.1.2016.83-95
- Read, S., Grundy, E., y Foverskov, E. (2016) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging Ment Health*, 20(5), 529-42. doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766.
- Rocha, B., Pérez, K., Rodríguez, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72714400006>
- Rogers, Carl. (1942) *Counseling And Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sacco, T., Ciurzynski, S., Harvey, M., y Ingersoll, G. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-45. doi:10.4037/ccn2015392
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., y Benito, E. (2015) Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burn out, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2). 200-207. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013.

- Sarra, A., y Feuz, C. (2018). Examining the Prevalence of Compassion Fatigue and *Burnout* in Radiation Therapists Caring for Palliative Cancer Patients. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 49(1), 49-55. doi: 10.1016/j.jmir.2017.10.008
- Shapiro, S., Brown, K., Biegel, G. (2007). Teaching self-care to care-givers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology* 1,(2). 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. y Hamilton, R. (2017), An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49: 557-563. doi:10.1111/jnu.12312
- Sparks K., Cooper C.L., Fried Y., Shirom A. (2013) *The Effects of Working Hours on Health: A Meta-Analytic Review*. In: Cooper C.L. (eds) *From Stress to Wellbeing Volume 1*. Palgrave Macmillan, London. doi.org/10.1057/9781137310651_14
- Sprang, G., Clark, J., y Whitt, A. (2007) Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and *Burnout*: Factors Impacting a Professional's Quality of Life, *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 12:3, 259-280, doi:10.1080/15325020701238093
- Stamm, B. (2010). *The concise ProQOL manual*. (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org. Recuperado de: <https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>
- Tobón, L. (2018). Responsabilidad en psicología: tradición moral y existencial. *Revista Katharsis*, 25(1). doi.org/10.25057/issn.2500-5731
- Tosone, C., Nuttman, O., Stephens, T. (2012). Shared Trauma: when the Professional is Persona. *Clinical Social Work Journal*. doi:10.1007/s10615-012-0395-0
- Valent, P. (2002). *Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses*. In C. R. Figley (Ed.), *Psychosocial stress series*, no. 24. Treating compassion fatigue (pp. 17-37). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Viljoena, M., y Claassen, N. (2017). Cynicism as subscale of *burnout*. *IOS Press*, 56(4), 499-503. doi:10.3233/WOR-172518
- Vincett, J. (2018). Researcher self-care in organizational ethnography: Lessons from overcoming compassion fatigue. *Journal of Organizational Ethnography*, 7 (1). 44-58. doi.org/10.1108/JOE-09-2017-0041
- Vizcaíno, Y., Vizcaíno, A., y Montero, Y. (2020). Factores involucrados en la calidad de vida laboral para el ejercicio de la enfermería. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(2), 364-374. Recuperado de: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/369>
- Wagaman, M., Geiger, J., Shockley, y Segal, E. (2015) The Role of Empathy in *Burnout*, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 60(3). 201-209. doi:org/10.1093/sw/swv014
- WHO - World Health Organization (2009) *Global health risks global health risks who. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Recuperado de: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_Front.pdf
- Wicks, R. (2006). *Overcoming secondary stress in medical and nursing practice: A guide to professional resilience and personal well-being*. New York, N.Y: Oxford University Press.
- Willet, C. (2016). La sintonía afectiva en la relación cuidador-infante y entre especies. Ampliando el alcance ético de eros. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*. 2(2) p. 220-249. Disponible en: <http://revistaleca.org/journal/index.php/RLECA/article/view/51/46>



Wyper, G., Grant, I., Fletcher, E., McCartney, G., Fischbacher, C., y Stockton, D. (2020). How do world and European standard populations impact burden of disease studies? A case study of disability-adjusted life years (DALYs) in Scotland. *Archives Public Health*, 78, 10. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0383-8>

Nota al final

¹El presente artículo es resultado de investigación del proyecto titulado: Operacionalización de la responsabilidad personal y su relación con el capital psicológico positivo. El mismo hace parte del grupo de investigación Psique y Sociedad, del programa de Psicología de la Fundación Universitaria María Cano.