

FATIGA POR COMPASIÓN EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

COMPASSION FATIGUE ON ONCOLOGY NURSES. A LITERATURE REVIEW

Javier MARTÍNEZ JARA¹ y Verónica TAPPI ARENAS²

1. Institut Català d'Oncologia. Servicio de curas Paliativas

2. Institut Català d'Oncologia. Servicio de Oncología Médica

Resumen

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre la fatiga por compasión en las enfermeras oncológicas. Los profesionales de la enfermería oncológica diariamente dedican sus esfuerzos a combatir el sufrimiento ajeno bajo un continuo contacto con el dolor y la muerte. Esta constante exposición al sufrimiento, junto con sentimientos de infructuosidad profesional provocados por la muerte de los pacientes, puede alterar su capacidad de compasión, llevándoles a perder la capacidad que les impulsa a ofrecer cuidados, afectando a la empatía, una de sus principales herramientas de cuidado, y aumentando el riesgo de sufrir fatiga por compasión. La fatiga por compasión puede ser definida como el resultado del uso prolongado de uno mismo como instrumento terapéutico, sumado a una exposición constante al estrés, lo que puede provocar en los profesionales de enfermería serios cambios en su actividad profesional, llegando incluso a imposibilitar proporcionar cuidados compasivos a los pacientes. La mayoría de estudios muestran que la fatiga por compasión tiene mayor prevalencia en enfermeras de unidades de urgencias, cuidados intensivos o pediatría, y en menor medida, en las unidades oncológicas y de procesos de final de vida. Sin embargo, el término fatiga por compasión sigue utilizándose con mayor frecuencia para denominar el desgaste profesional de las enfermeras que cuidan a pacientes con alto grado de sufrimiento, como son los pacientes en situación de final de vida o pacientes en tratamiento oncológico.

Palabras clave: *burnout, enfermera oncológica, estrés traumático secundario, fatiga por, traumatización secundaria.*

Summary

This study is a bibliographic revision from oncology nursing and compassion fatigue. The oncology nursing professionals daily devote their efforts to fight the suffering of others under constant contact with pain and death, where empathy becomes their main tool to provide the necessary care to these patients in a situation of total pain.

This is related to different types of stress that can lead these professionals to suffer a Burnout Syndrome. But what about Compassion? This constant exposure to suffering, along with feelings of professional unfruitfulness caused by the death of patients can alter their capacity for compassion, leading them to lose the capacity that impels them to offer care, distancing empathy from their main tools of care.

Key words: *Burnout, Compassion Fatigue, Nursig oncology, Secondary Traumatic Stress, Secondary Traumatization.*

Justificación

La profesión enfermera desde sus inicios históricos se ha ido construyendo sobre unos firmes pilares basados en el cuidado de otros, un paradigma que a pesar de evolucionar con el tiempo ha mantenido siempre su esencia (Kuerten et al., 2009). El término *cuidar* se define como «el acto de ocuparse de una persona que requiere de algún tipo de atención o asistencia estando pendiente de sus necesidades y proporcionándole lo necesario para que esté bien» (Oxford, 2018), una definición que se ajusta a esa esencia de la profesión enfermera y a sus objetivos en relación a los pacientes de los cuales se responsabilizan los profesionales de enfermería. Por otra parte, desde el propio ámbito enfermero, el cuidar significa establecer una relación interpersonal enfermera-paciente, para desarrollar una relación terapéutica, y en la que las dos partes reciben influencias mutuas hasta satisfacer la necesidad del paciente y llegar a la resolución del problema (Mastrapa y Gibert Lamadrid, 2016).

Por tanto, la práctica asistencial de enfermería, basada en el cuidado de otros, aporta a estos profesionales un fuerte sentimiento de realizar un trabajo de ayuda, llegando en ocasiones a hacerles sentir trascendentales en situaciones y/o episodios de vida de aquellos pacientes sobre los cuales han dirigido sus esfuerzos.

Esta compensación no económica que deriva de la propia actividad laboral de enfermería recibe el nombre de satisfacción por compasión, un término que describe la recompensa que estos profesionales reciben normalmente en forma de agradecimiento por parte de los pacientes y familiares, además del placer personal y profesional de trabajar con personas que requieren de unos cuidados y con los cuales han empatizado para cumplir con sus objetivos como profesionales (Yom y Kim, 2012).

¿Pero qué ocurre con los profesionales de enfermería que han de convivir diariamente con el dolor, el sufrimiento y finalmente la muerte?

Según Boykin y Schoenhoffer (1993), desde su teoría del cuidado, las enfermeras desarrollan «una manera única de vivir, cuidando al mundo», haciendo referencia a la experiencia de vida que se da entre el profesional de enfermería y el paciente, que obliga a fortalecer la condición humana por ambas partes, generando un aprendizaje y un crecimiento mutuo. Dicha situación se evidencia cuando el paciente, consciente de su condición de vulnerabilidad, requiere la presencia del profesional

de enfermería en su transición hacia la muerte, momento en el cual la enfermería, caracterizada por su compromiso y sensibilidad ante la necesidad humana, responde a esta demanda y entendiendo su propia naturaleza como sujeto terapéutico e instrumento de cuidado (Arias, 2014).

En este contexto, es importante destacar a los profesionales de la enfermería oncológica, una disciplina caracterizada por la relación terapéutica que ejerce, una virtud de gran valor en el proceso de cuidado, un cuidado que de manera implícita conlleva mantener relaciones de ayuda cercanas e intensas tanto con los pacientes como con sus familiares, y donde estos profesionales de enfermería deben asumir tanto el papel de profesional referente como el de cómplice de un proceso tan íntimo como único.

Todo ello comporta que los profesionales de la enfermería oncológica hayan de sumar a unas ya existentes e intensas relaciones de ayuda, esfuerzos terapéuticos continuos sobre pacientes que se encuentran en situación de dolor total, con el objetivo general de aliviar su sufrimiento y aportarles bienestar, teniendo siempre presente la visión holística de cada persona (Santos, Camelo, Laus y Leal, 2015).

Estos profesionales son conscientes de antemano de la dificultad y en ocasiones de la imposibilidad que supone aliviar el sufrimiento de aquellos pacientes en situación de dolor total pero, aun así, dirigen sus energías, desde el inicio de sus intervenciones, hacia su cumplimiento, siendo este, por tanto, su objetivo general, un objetivo consustancial a la naturaleza propia de la compasión, donde se percibe y comprende el sufrimiento ajeno como propio, junto con el deseo de aliviar, reducir o eliminar por completo dicho sufrimiento.

Esta actitud inherente de la enfermería oncológica hacia el alivio de un inevitable sufrimiento puede llegar a causar diferentes tipos de impactos emocionales, que se suman a una existente y dura rutina, donde continuamente deben manejar situaciones altamente estresantes de gran demanda emocional, que pueden llevar a estos profesionales de enfermería hacia un fuerte sentimiento de infructuosidad profesional y personal (Acinas, 2012).

Es imprescindible, por tanto, diferenciar cómo las diferentes situaciones a las que están expuestos estos profesionales pueden desembocar en un tipo de impacto sobre ellos y cómo este impacto afecta en la actividad que desarrollan.

Marco teórico

Para una mejor comprensión sobre qué es la fatiga por compasión, creemos necesario previamente definir el Síndrome de Burnout, así como el Estrés Traumático Secundario por su relación con la fatiga por compasión.

Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout (SB), o Síndrome de desgaste profesional, fue inicialmente descrito por Freudenberger (1974), quien identificó en los profesionales sanitarios una pérdida gradual de energía, que en algunos casos llegaba hasta el agotamiento emocional, provocado por una desmotivación, acompañada de ansiedad y depresión. Freudenberger (1974) relaciona este conjunto de emociones y sentimientos negativos con el contexto laboral de la persona, explicando un desequilibrio emocional y una disminución de la producción y de la calidad asistencial de sus cuidados, junto con una pérdida de motivación profesional.

Posteriormente, Maslach y Jackson (1982) definieron el Burnout como un fenómeno multifactorial, que de manera gradual causa una despreocupación laboral, un agotamiento emocional que acaba provocando el distanciamiento de las fuentes de estrés y provocando, por tanto, conductas negativas y defensivas hacia las personas a quien hay que cuidar. Las autoras, además, identifican tres dimensiones en el Síndrome de Burnout. La primera dimensión hace referencia al cansancio o agotamiento emocional, descrito como la pérdida de energía, fatiga física y psíquica con efectos psicósomáticos como la fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras, desórdenes gástricos y tensión muscular. La segunda dimensión es la despersonalización, haciendo referencia a la actitud negativa hacia el resto de personas, mostrando irritabilidad y pérdida de motivación por el trabajo con efectos de conducta como absentismo laboral, adicciones (tabaco, alcohol, drogas) y síntomas emocionales tales como la irritabilidad, la incapacidad de concentración y el distanciamiento afectivo adoptando conductas defensivas.

Y por último, la afectación en la dimensión de autorrealización personal, descrita como la presencia de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, con una autoestima baja que reduce la productividad, un efecto que además aumenta la incapacidad para soportar presión.

Diferentes estudios sobre el Burnout (Grau, Suñer y García, 2005; García Izquierdo y Ríos Rísquez, 2012) desvelan que las profesiones sanitarias, en general, se relacionan con altos niveles de estrés y agotamiento, siendo los servicios de urgencias y de pacientes críticos, así como las unidades de cuidados intensivos, las áreas donde el personal de enfermería muestra unos niveles más altos de SB.

Estos estudios también identifican factores sociodemográficos, como el estado civil, exponiendo que las enfermeras casadas padecen más estrés que las solteras. Otros factores son la experiencia laboral y la edad, destacando que las enfermeras con antigüedad menor a 10 años y una edad menor a 30 años padecen menos estrés que las que superan estos parámetros.

Estrés Postraumático y Estrés Traumático Secundario

El Estrés Traumático Secundario (ETS) es un término que puede llevar a confusión con el término de Estrés Postraumático (EPT), ya que ambos hacen referencia al estrés producido por la vivencia de un suceso traumático, ya sea una catástrofe, una enfermedad grave, un accidente o una pérdida. La diferencia entre ambos términos se encuentra fundamentalmente en la naturaleza propia del sujeto que la padece: en el caso del EPT es el sujeto directo que padece el suceso traumático el que está en riesgo de desarrollar dicho estrés, y en el caso del ETS es un sujeto secundario al suceso traumático el que está en riesgo, siendo, por tanto, el cuidador y/o los profesionales encargados de asistir a la víctima del suceso traumático los posibles afectados por el ETS (Figley, 1985).

Existen numerosos términos que describen este mismo fenómeno, diferentes sinónimos del Estrés Traumático Secundario: Traumatización Secundaria (Follette, Polusny y Milbeck, 1994), Sobreviviente Secundario (Remer y Elliott, 1988) Tensión Secundaria Traumática (Figley y Stamm, 1989), Traumatización Vicaria (McCan y Pearlman, 1990, y Pearlman & Saakvitne, 1995). Todos estos términos, por tanto, hacen referencia a una misma causa, una exposición prolongada a sucesos traumáticos de otros por parte de cuidadores secundarios al trauma y donde la única diferenciación existente es la génesis natural del suceso traumático, diferenciando por tanto el tipo de víctima resultante pero manteniendo una sintomatología común entre todos ellos.

Como puede verse en la tabla 1, se describen las distintas reacciones incontrolables derivadas del ETS diferenciadas en reacciones mentales, sensitivas, impulsoras y físicas. Así, se observa que a nivel cognitivo se manifiestan pensamientos recurrentes sobre el suceso, provocando un cuestionamiento de sus propias creencias espirituales e incapacitando su concentración habitual. Por otra parte, las reacciones emocionales se manifiestan mediante sentimientos de despersonalización en los que pueden manifestarse episodios depresivos junto a estados de anhedonia, provocando un autoaislamiento.

Las reacciones motoras derivadas del ETS muestran estados de alarma e hipervigilancia que pueden conducir a estos individuos hacia conductas de sobreprotección, tanto de ellos mismos como de su entorno, provocando la búsqueda constante de tareas a realizar como el mejor de los refugios posible ante emociones rumiantes derivadas de dicho suceso traumático.

Tabla 1. Sintomatología del Estrés Traumático Secundario. Adaptado de Janoff-Bulman (1992)

| Reacciones cognitivas | Reacciones emocionales | Reacciones motoras | Reacciones somáticas |
|--|--|---|---------------------------------|
| Sueños y pesadillas recurrentes sobre el suceso | Sentimientos de paralización | Sobreprotección en la seguridad propia y de su familia | Insomnio |
| Problemas de concentración | Ausencia o dispersión | Autoaislamiento | Dolor de cabeza |
| Cuestionamiento de creencias espirituales | Miedo y ansiedad ante eventos | Hipervigilancia | Malestar estomacal |
| Pensamientos de amor insistentes hacia quien vivió el suceso | Sentimiento de falta de gozo en actividades cotidianas | Conflictos progresivos con miembros de la familia | Tensión muscular |
| Recuerdos insistentes | Estados de depresión continuados | Mantenerse excesivamente ocupado evitando pensar en el suceso | Aceleración del ritmo cardíaco |
| Frustración | Ira o irritabilidad intensa | Estar sensible o lloroso sin razón aparente | Temperatura corporal fluctuante |

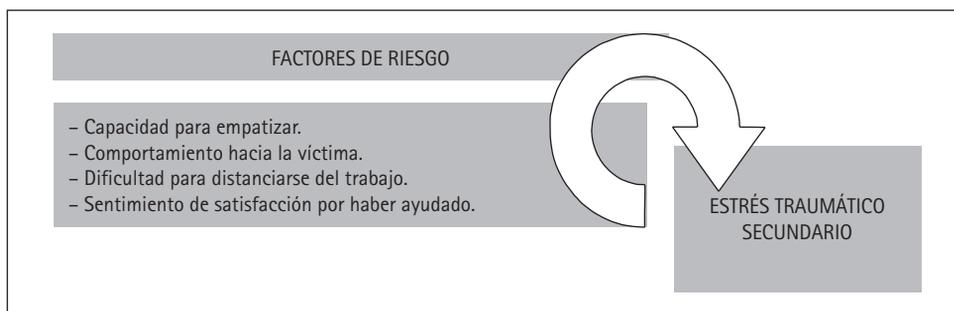
A nivel físico aparecen diferentes reacciones, que en muchas ocasiones se manifiestan mediante alteraciones en el patrón del sueño, favoreciendo otros síntomas como la cefalea, la tensión muscular, la inapetencia y malestares estomacales.

Un elemento importante a destacar es que en el eje central de todas las teorías sobre el Estrés Traumático Secundario y sus diferentes sinónimos se encuentra siempre el concepto de la empatía como recurso principal de aquellos profesionales que trabajan con traumas; por ello, es el mismo recurso básico del profesional el que puede resultar un factor de vulnerabilidad a la hora de padecer Estrés Traumático Secundario, ya que este puede llegar a provocar en dicho cuidador una sintomatología emocional similar a la del paciente o víctima del suceso traumático (Beck, 2011).

El Estrés Traumático Secundario, en el caso del personal de enfermería oncológica, se produce debido a la alta sensibilidad requerida para llevar a cabo cuidados empáticos, unos cuidados que se encuentran rodeados de situaciones de dolor total y donde además estos profesionales requieren de un uso constante de sus habilidades empáticas como herramienta básica para desarrollar su actividad laboral. En este sentido resulta ilustrativo el modelo propuesto por Figley (1995).

Como se observa en la figura 1, y entendiendo los factores de riesgo como aquellos que derivan de la misma profesión y por tanto de la exposición a traumas, Figley (1995) muestra cuatro factores relacionados con el profesional que juegan un papel decisivo en la predisposición de padecer estrés traumático secundario: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciar, la dificultad para distanciarse del trabajo, la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para dis-

Figura 1. Modelo teórico de Charles R. Figley (1995)



tanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción por resultar de ayuda a otros.

Por otra parte, tanto el Burnout como el Estrés Traumático Secundario pueden afectar a la compasión de los profesionales de enfermería oncológica, entendiendo la compasión como aquel sentimiento que se genera automáticamente bajo una relación inherente de respeto con otro ser humano donde se identifica su sufrimiento y se empatiza con este (Real Academia Española de la Lengua, 16).

Por todo lo expuesto, creemos importante estudiar la fatiga por compasión en el entorno de las enfermeras oncológicas, comprendiendo, a su vez, la interrelación con el resto de conceptos hasta ahora expuestos para conocer con exactitud cómo la fatiga por compasión puede comprometer los fundamentales pilares de la profesión enfermera.

Objetivo general

- Conocer factores relacionados con la fatiga por compasión en las enfermeras oncológicas.

Objetivos específicos

- Describir las diferentes definiciones sobre qué es la fatiga por compasión
- Explicar cómo se desarrolla la fatiga por compasión y factores relacionados.
- Analizar la afectación por fatiga por compasión de las enfermeras oncológicas.

Metodología

Este trabajo se ha realizado siguiendo la metodología propia de una revisión bibliográfica. Con el fin de obtener la información necesaria para realizar el estudio se han utilizado las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, American Psychological Association (APA), Scielo, Google Académico.

Las palabras clave que se han utilizado, junto con los operadores booleanos, han sido las siguientes:

- “Fatigue compassion” and “nursing”

- “Burnout Syndrome” and “nursing”
- “Burnout Syndrome” and “oncology nursing”
- “Fatigue compassion” and “oncology nursing”
- “Secondary traumatic stress” and “Secondary traumatization” and “nursing”

Criterios de inclusión

- Estudios que incluyen metodología cualitativa, cuantitativa y mixta para obtener el máximo de información sobre la fatiga por compasión.
- Revisiones sistemáticas.
- Artículos relacionados con la FxC, el Burnout, el Estrés Traumático Secundario y la traumatización secundaria en unidades no oncológicas.
- Acceso gratuito.

Criterios de exclusión

- Artículos de más de 10 años de antigüedad (figura 2).

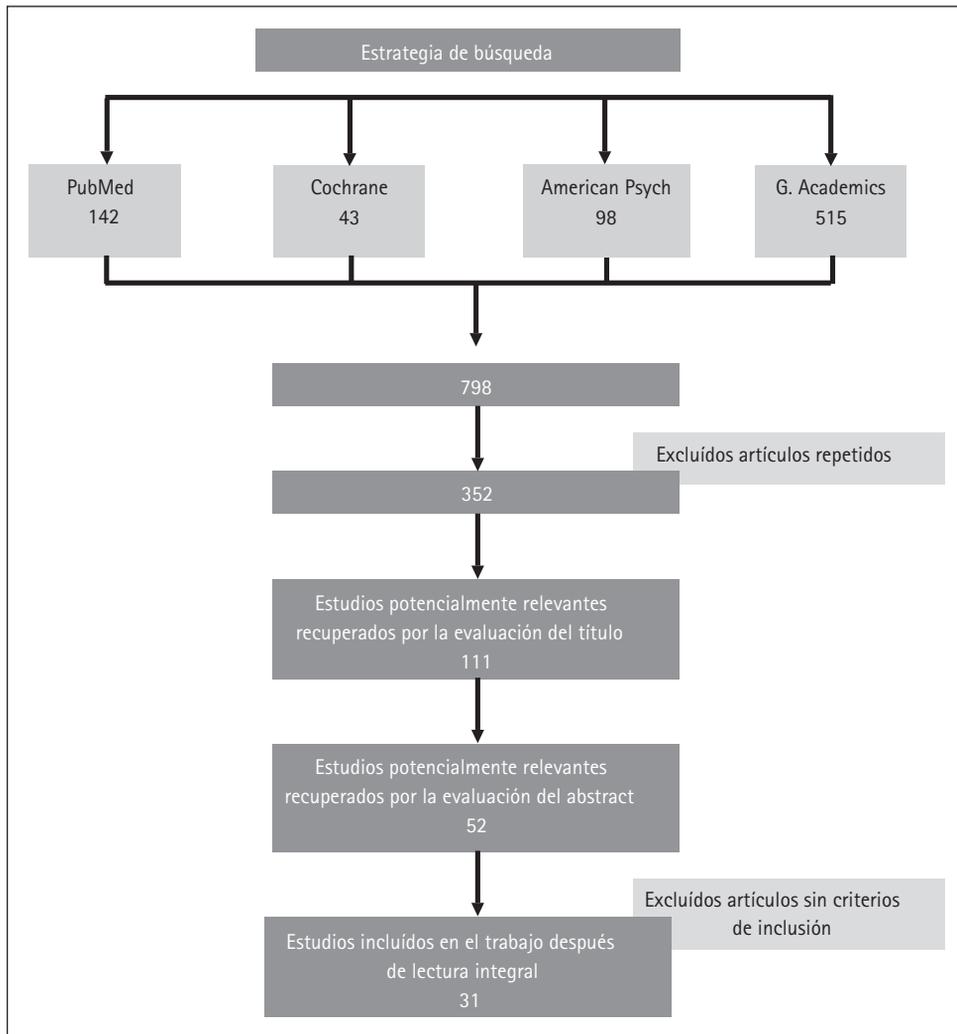
Resultados

Los resultados finales de la revisión bibliográfica proporcionaron 31 artículos, referentes al Burnout, Estrés Traumático Secundario y fatiga por compasión, siendo estos últimos los de menor número.

La fatiga por compasión (FxC) fue utilizada por primera vez por Joinson (1992) en un estudio sobre el Burnout, en el que la autora describía los motivos por los cuales algunos profesionales de enfermería de los servicios de emergencias habían perdido habilidades en el cuidado de sus pacientes. La autora expone que la pérdida de habilidad no se debía en su totalidad a factores relacionados con el entorno laboral, como en el caso del Burnout, sino que los sujetos de estudio expresaban un embotamiento de tipo emocional distinto al del Burnout, al que denominó fatiga por compasión (Joinson, 1992).

En el año 2002, Figley definió la fatiga por compasión como un estado de tensión y preocupación como resultado de traumas individuales o acumulados por el

Figura 2.



trato con el paciente, añadiendo, a las definiciones existentes hasta el momento, que la fatiga por compasión aparece como el resultado de proporcionar altos niveles de energía y compasión a los que sufren durante un período prolongado de tiempo, sin ver resultados de mejora (Figley, 2002). Así, la fatiga por compasión podría considerarse como resultado final de un proceso progresivo causado por un contac-

to constante e intenso con el sufrimiento de los pacientes, a diferencia del Burnout, en el que no necesariamente el sujeto a quien se le prestan cuidados es un sujeto con alto grado de sufrimiento.

Sin embargo, algunos autores como Sabo (2011), Rothschild (2009) y Bush (2009), consideran que la fatiga por compasión es también un sinónimo del Estrés Traumático Secundario, ya que la FxC comparte los mismos factores de riesgo que el Estrés Traumático Secundario.

No obstante, la fatiga por compasión, a diferencia del Estrés Traumático Secundario, se entiende como una energía compasiva del profesional, que se agota y que no se restaura, y como el precio que los profesionales de enfermería pagan por el uso constante e inconsciente de sí mismos como herramienta terapéutica. Bush (2009) describe la fatiga por compasión como «el resultado de un complejo fenómeno que escala gradualmente como producto del estrés acumulativo a lo largo del tiempo, mientras que los cuidadores ignoran los síntomas del estrés y no atienden a sus necesidades emocionales derivadas del continuo uso de la compasión».

Por este motivo, Figley (2014) y Rothschild (2009) proponen una definición de la fatiga por compasión concretando que es el resultado del uso prolongado de uno mismo como instrumento terapéutico, sumado a una exposición constante al estrés, lo que puede provocar en los profesionales de enfermería serios cambios en su actividad profesional, llegando incluso a imposibilitar que proporcionen cuidados compasivos a los pacientes.

Este complejo fenómeno, del que Bush (2009) afirma que escala gradualmente entre los profesionales de la enfermería oncológica, se relaciona directamente con las expectativas de estos profesionales de seguir comportándose con normalidad ante las situaciones de sufrimiento de pacientes y familiares. Ello comporta una negación de sus propias emociones, que puede ser vivida como una pena privativa de derecho que provoca que la rutina sea utilizada como una coraza emocional (Potter et al., 2010). Estos profesionales, además, reconocen e identifican en diferentes estudios aquellas situaciones que les suponen una gran carga emocional, en las que destacan el poco e incluso nulo tiempo del que en ocasiones disponen para asimilar la muerte de un paciente, para poder seguir dedicando sus energías y habilidades empáticas hacia otros pacientes que se encuentran en la misma situación (Coetzee y Klopper, 2010; Abendroth y Flannery, 2006).

Esta situación, por tanto, obliga a bloquear sus emociones y sentimientos, pudiendo crear un conflicto contra la naturaleza propia de la empatía, una herramienta que en contrapartida les resulta esencial para llevar a cabo sus cuidados y mantenerse como la habilidad central en el paradigma de la profesión. La empatía les permite percibir el mundo que perciben sus pacientes, y así adaptar correctamente sus intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente. Así, la supresión de sentimientos y emociones, manifestada anteriormente, puede acabar generando gradualmente en el profesional de enfermería oncológica una pérdida de sus habilidades empáticas y por tanto compasivas (Hernández, 2017; Slocum-Gori et al., 2013).

La FxC, al igual que el síndrome de Burnout, se instaura gradualmente, y en sus etapas iniciales se manifiesta como un estado de malestar emocional en relación al sufrimiento ajeno, y en caso de no detectarse, puede provocar en estos profesionales un sentimiento de estrés continuo, provocando la autoprohibición inconsciente de sus propias emociones, llevándolos a la fatiga por compasión, un estado en el cual la energía compasiva se ha visto ya agotada, punto en el que su restauración se vuelve difícil (Slocum-Gori et al., 2013).

Como ya se ha expuesto, los síntomas de la FxC son muy similares a los del Estrés Traumático Secundario (ver tabla 1), manifestándose cambios físicos, sociales, emocionales y espirituales.

Actualmente la gran mayoría de los estudios sobre la fatiga por compasión realizados a profesionales de enfermería muestran mayor prevalencia en unidades como urgencias, unidades de cuidados intensivos, pediatría y, en menor medida, en las unidades oncológicas y de procesos de final de vida. Sin embargo, el estudio realizado por Abendroth y Flannery (2006) nos ofrece resultados sobre el riesgo de padecer FxC entre profesionales de enfermería oncológica, mostrando que un 26% de los participantes presentaban un alto riesgo de desarrollar fatiga por compasión, un 52% un riesgo moderado y un 21% un riesgo bajo. Es decir, aproximadamente el 80% de la enfermería oncológica presenta un riesgo moderado-alto de desarrollar fatiga por compasión.

En este mismo estudio los autores concluyen que los profesionales de enfermería con tendencia a sacrificar sus necesidades psicológicas para la satisfacción de las necesidades del paciente presentan un mayor riesgo de fatiga por compasión; así, un

47% de este grupo presenta alto riesgo de padecerla, a diferencia de aquellos que no presentan «autosacrificio», que únicamente representan un 10% de los profesionales de enfermería con alto riesgo de padecer FxC.

En relación a las variables sociodemográficas, no se han encontrado diferencias en los niveles de fatiga por compasión en relación a la etnia, el nivel educativo y el estado civil. Con respecto al desempeño laboral, se evidencia que aquellos trabajadores que proporcionan cuidados de confort y alivio físico, emocional y espiritual hacia el paciente presentaban mayor nivel de fatiga por compasión en comparativa con aquellos que no los realizaban (Bride, Radey y Figley, 2007; Stamm, 2005).

Limitaciones

Este trabajo utiliza la metodología de una revisión bibliográfica, y no sistemática, por lo que existe información que probablemente no se ha recogido, al no haber realizado una búsqueda sistematizada.

A modo de conclusión

La enfermería, sin distinciones sobre el ámbito donde aplique sus intervenciones, se enfrenta a situaciones difíciles, unas situaciones que ponen de manifiesto la fragilidad del ser humano. En el caso de la enfermería oncológica, la exposición de estos profesionales al sufrimiento ajeno forma parte de su cometido, de algún modo de su relación contractual, donde además de disponer de los conocimientos necesarios para llevar a cabo su profesión deben tener la capacidad de canalizar en todo momento sus emociones, y a su vez las de los pacientes que cuidan. Esto puede suponer un difícil equilibrio para estos profesionales de enfermería, que continuamente deben empatizar con dolor, sufrimiento, miedos y preguntas para las cuales, frecuentemente, no hay más respuesta que un acto compasivo inherente a su vocación, el amor benevolente.

Bibliografía

- ABENDROTH, M. y FLANNERY, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.
- ACINAS, M. (2012). Burnout y Desgaste por Empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2012; 2(4): 1-22. Disponible en: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- ARIAS, E.M. El valor de la presencia de enfermería. (2014). *Revista Colombiana de Enfermería*, 9(9), 118-123.
- BECK, CT. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 1-10.
- BOYKIN, A. y SCHOENHOFER, S. (1995). Nursing as caring: a model for transforming practice. *NLN Publications*, (15-2549):i-xxxii, 1-108.
- BRIDE, B.E., RADEY, M. y FIGLEY, C.R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163.
- BUSH, N.J. Compassion Fatigue: Are You at Risk? (2009). *Oncology Nursing Forum*, 36(1), 24-28.
- COETZEE, S.K. y KLOPPER, H.C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243.
- DOMÍNGUEZ GÓMEZ, E. y RUTLEDGE, D.N. (2009). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. *Journal of emergency nursing: JEN: official publication of the Emergency Department Nurses Association*, 35(3), 199-204.
- FIGLEY, C.R. (1985). The Family as Victim: Mental Health Implications. En: *Psychiatry*. Boston, MA: Springer US.
- FIGLEY, C.R y STAMM, B.H. (1996). Psychometric review of Compassion Fatigue Self Test. En: B.H. Stamm (ed.). *Measure of stress, trauma and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.

- FIGLEY, C.R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Londres: Routledge.
- FIGLEY, C.R. (2014). A generic model of Compassion Fatigue Resilience (c). Consultado el 10 de enero de 2018. Disponible en: <http://figley.blogspot.com/>
- FIGLEY, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary. Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- FOLLETTE, V., POLUSNY, M.A. y MILBECK, K. (1994). History, Psychological Symptoms, and Impact of Providing Services to Child Sexual Abuse Survivors. *Professional Psychology Research and Practice*, 25(3), 275-282.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-65.
- GARCÍA IZQUIERDO, M. y RÍOS RÍSQUEZ, M.I. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nursing Outlook*, 60(5), 322-329.
- GRAU, A., SUÑER, R. y GARCÍA, M.M. (2005). Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-70.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, M.C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53-70.
- JOINSON, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- KUERTEN, P., DO PRADO, M., DE GASPERI, P., SEBOLD, L., WATERKEMPER R. y BUB, M.B.C. (2009). El cuidado y la enfermería. *Avances en enfermería*. XXVII(1), 102-109.
- MCCANN, I.L. y PEARLMAN, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.

- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis, en: SANDERS, G. y SULS, J. (eds.). *Social psy health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MASTRAPA, Y.E. y GIBERT LAMADRID, M.D. (2016) Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev. Cubana Enferm.* [Internet], 6, 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
- Oxford Dictionaries. cuidar | Definición de *cuidar* de Oxford Dictionaries [Internet] [citado el 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/cuidar>
- PEARLMAN, L.A. y SAAKVITNE, K. (1995). *Vicarious traumatization I: The cost of empathy*. Ukiah, CA: Cavaliade Productions.
- POTTER, P., DESHIELDS, T., DIVANBEIGI, J., BERGER, J., CIPRIANO, D. y NORRIS, L. et al. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. (2010). *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56-62.
- Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la lengua española [consultado el 5 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
- REMER, R. y ELLIOTT, J.E. (1988). Management of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9(4), 389-401.
- ROTHSCHILD, B. (2009). Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- SABO, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1.
- SANTOS, F.C., CAMELO, S.H.E., LAUS, AM. y LEAL, L.A. El enfermero de unidades hospitalarias oncológicas: perfil y capacitación profesional (2015). *Enfermería Global*, 14(2), 301-312.
- SLOCUM-GORI, S., HEMSWORTH, D., CHAN, W.W.Y., CARSON, A. y KAZANJIAN A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and

Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27, 172-178.

STAMM, B.H. The ProQOL Manual. The professional quality of life scale: compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales (Consultado el 3 de diciembre de 2017). Disponible en: <http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>.

YOM, Y.H. y KIM, H.J. (2012). Effects of Compassion Satisfaction and Social Support in the Relationship between Compassion Fatigue and Burnout in Hospital Nurses. *Journal of Korean Academic of Nursing*, 42(6), 870-878.

Recepción: 05.06.2019 / Aceptación: 07.09.2019