

Fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento ante la finitud

Aline Aparecida Cardoso¹, Daniere Yurie Vieira Tomotani¹, Samantha Mucci¹

1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

La fatiga por compasión es una amenaza para la salud mental de los profesionales de la salud ante la dificultad para gestionar la empatía. Se buscó en la literatura científica la correlación entre la fatiga por compasión y el trabajo de los profesionales en unidades hospitalarias que lidian constantemente con la muerte considerando las estrategias adoptadas para el autocuidado. La revisión integradora de la literatura realizada identificó 11 artículos en las bases de datos MEDLINE y PubMed, publicados entre 2011 y 2021. La fatiga por compasión se presenta más en los profesionales que lidian directa y recurrentemente con la muerte, especialmente durante la adopción de medidas de distanasia. Como principales estrategias de adaptación psicológica destacan la discusión de casos entre equipos, el tiempo libre y apoyo de los compañeros, la espiritualidad y meditación, y el liderazgo constructivo. Son necesarias más investigaciones a fondo dados los escasos estudios, especialmente en Brasil.

Palabras clave: Desgaste por empatía. Muerte. Autocuidado. Adaptación psicológica.

Resumo

Fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento diante da finitude

A fadiga por compaixão é uma ameaça à saúde mental de profissionais de saúde diante da dificuldade em manejar a empatia. Assim, buscou-se verificar na literatura científica a correlação entre a fadiga por compaixão e a atuação de profissionais em unidades hospitalares que lidam constantemente com a morte, considerando estratégias adotadas para autocuidado. Realizou-se revisão integrativa da literatura, que identificou 11 artigos, nas bases de dados MEDLINE e PubMed, publicados entre 2011 e 2021. Constatou-se que a fadiga por compaixão ocorre com maior frequência em profissionais que lidam direta e recorrentemente com a morte, principalmente quando medidas distanásicas são adotadas. As principais estratégias de adaptação psicológica detectadas foram discussão de casos entre equipes, momentos de lazer e apoio de colegas, espiritualidade e meditação, além de uma liderança construtiva. Ressalta-se a necessidade de maior aprofundamento e novas pesquisas diante da escassez de estudos sobre o tema, principalmente no Brasil.

Palavras-chave: Fadiga por compaixão. Morte. Autocuidado. Adaptação psicológica.

Abstract

Compassion fatigue and coping strategies before death

Compassion fatigue threatens healthcare professionals' mental health in face of difficulties in managing empathy. This integrative review sought to verify the correlation between compassion fatigue and health professionals' performance in hospital units that frequently deal with death, considering the self-care strategies adopted. Bibliographic search conducted on the MEDLINE and PubMed databases retrieved 11 articles published between 2011 and 2021. Results show that compassion fatigue occurs frequently in professionals who deal directly and recurrently with death, especially when dysthanasia measures are adopted. Case discussion between teams, leisure time and peer support, spirituality and meditation as well as constructive leadership were the main psychological adaptation strategies identified. Further and in-depth research is needed given the scarcity of study on the topic, especially in Brazil.

Keywords: Compassion fatigue. Death. Self care. Adaptation, psychological.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Hasta finales del siglo XVII, lo que se denominaba hospital tenía la función de albergar a personas pobres en transición de la vida a la muerte, y era un espacio para separar a estos individuos, enfermos y marginados del resto de la población. Con el avance de la tecnología, las guerras y las epidemias, la práctica médica se antepuso al valor humano y ganó una nueva perspectiva frente al capitalismo: las personas se convirtieron en inversión, y la estructura hospitalaria pasó a ser un instrumento terapéutico, destinado al tratamiento y al control de enfermedades¹.

En este campo de actuación, se incluyen profesionales de diferentes áreas de la salud, con el objetivo de ayudar en la recuperación física y mental del paciente ante la enfermedad. Sin embargo, en determinadas situaciones, estos profesionales se enfrentan a situaciones adversas recurrentes, como el empeoramiento del cuadro clínico, la muerte y el sufrimiento de la familia. En este escenario, surgen cuestiones subjetivas y, si faltan habilidades de gestión emocional, el dolor y el sufrimiento del otro podrán desencadenar problemas de salud para quienes intervienen en el cuidado del paciente, como síntomas de ansiedad, depresión y *burnout*, lo que afecta de manera negativa su salud y la práctica asistencial².

La vinculación y la humanización son características de los sujetos que actúan en el ámbito de la salud. Tales prácticas promueven el apoyo a la familia y al paciente hospitalizado, que experimentan incertidumbres y angustias ante la ruptura de su "mundo presunto", que es el conjunto de concepciones idealizadas de la realidad misma³.

En la construcción del vínculo, de la sensibilidad, de la empatía y del conocimiento científico, se promueve una experiencia acogedora y asertiva frente a la enfermedad, proporcionando una mejora en la calidad de la atención y de las relaciones establecidas. De esta forma, es posible aportar beneficios y promover el bienestar del paciente y de otras personas que participan en el proceso⁴.

Antes de definir el concepto de fatiga por compasión, cabe resaltar el significado de empatía, un aspecto importante de las relaciones humanas, que está vinculado a los recursos emocionales del reconocimiento del yo y del otro. Se puede definir como la capacidad de percibir, comprender y considerar el contexto y la vivencia de otra persona. Debido a la complejidad de su significado, aún no

existe consenso entre los autores sobre su manifestación, sin embargo la empatía es multidimensional y abarca varios factores (cognitivos, emocionales, sociales y conductuales), y es esencial para el vínculo terapéutico y la atención en salud⁵⁻⁷.

La compasión, a su vez, se define como la capacidad de ser consciente del sufrimiento de los demás y suscita preocupación, conmoción, deseo de aliviar el sufrimiento y voluntad de ayudar, y puede entenderse más allá de un sentimiento: es el comportamiento que orienta la conducta⁸. Por lo tanto, mientras la empatía se ocupa de la percepción y comprensión de las emociones y sentimientos que alguien experimenta, la compasión es la acción que se toma con base en esta comprensión. Es decir, es la conducta empática, que motiva el trabajo, que busca resoluciones e intervenciones que ayuden a aliviar el sufrimiento y resulta en una actuación cooperativa y altruista dirigida hacia los demás ante el reconocimiento de su dolor⁹.

La vulnerabilidad y el sufrimiento al que están expuestos, combinados con la sobrecarga de trabajo y la dificultad para gestionar sentimientos y emociones, pueden provocar desgaste y agotamiento en los profesionales, imposibilitando su desempeño eficaz y provocando fatiga por compasión². Cabe resaltar que la concepción de fatiga por compasión descrita por Figley¹⁰ es actualmente la más utilizada en la literatura científica, ya que el concepto está ausente en la *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (de inglés *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, más conocido como DSM)¹¹.

El DSM utiliza el trastorno de estrés postraumático (TEPT) para referirse a un trastorno relacionado con situaciones en las que las personas se ven directamente afectadas por eventos estresantes (violencia, enfermedad o accidentes)¹¹. Sin embargo, la fatiga por compasión es un tipo de sufrimiento provocado indirectamente, a diferencia del trastorno antes mencionado¹⁰.

Cabe señalar que, vinculado a los conceptos anteriores, el *burnout* aparece con frecuencia en textos sobre fatiga por compasión y se define como un sentimiento de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la sensación de recompensa por el trabajo y los logros personales¹². Por lo tanto, se trata de un agotamiento emocional y físico acompañado de un sentimiento de descalificación profesional.

Esto significa que, debido al estrés crónico, la actuación que antes podía generar satisfacción y motivación se convierte en un evento agotador, desagradable y, en casos más graves, que enferma al profesional. Esta situación se caracteriza como parte de la fatiga por compasión, en su dimensión física, y afecta el desempeño del profesional en situaciones que requieren empatía¹³.

La exposición constante del profesional de la salud a pérdidas y muertes señala la necesidad de desarrollar estrategias de adaptación psicológica y de afrontamiento. Traducido del inglés *coping*, este concepto se define por cuatro características principales: 1) *una interacción que tiene lugar entre el individuo y el entorno*; 2) *su función es gestionar la situación estresora, en lugar de controlarla o dominarla*; 3) *los procesos de coping presuponen la noción de evaluación, es decir, cómo se percibe, se interpreta y se representa cognitivamente el fenómeno en la mente del individuo*; y 4) *el proceso de coping constituye una movilización de esfuerzo, mediante el cual los individuos emprenderán esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar (reducir, minimizar o tolerar) las demandas internas o externas que surgen de su interacción con el entorno*¹⁴.

Según la literatura analizada, los profesionales de la salud suelen utilizar, como apoyo y autocuidado, el apoyo social, la búsqueda de la solución de problemas, la gestión de sus emociones, la elusión de situaciones consideradas estresantes/innecearias, la reevaluación de la conducta ante el contexto y la aceptación. Con esto, el sujeto asume la responsabilidad de resolver el problema enfrentado, manteniendo los dos objetivos principales del *coping*: cambiar el desencadenante del problema y controlar su respuesta emocional ante el conflicto¹⁵.

La exposición constante del profesional de la salud a la terminalidad hace necesario explorar y comprender tales vivencias ante la finitud de los pacientes. Considerando el contexto de actuación y la cultura, es importante reflexionar sobre posibles estrategias de autocuidado para desarrollar conductas institucionales y facilitar estrategias personales, con el fin de evitar probables enfermedades ocupacionales y la pérdida de la calidad del cuidado ofrecido al paciente.

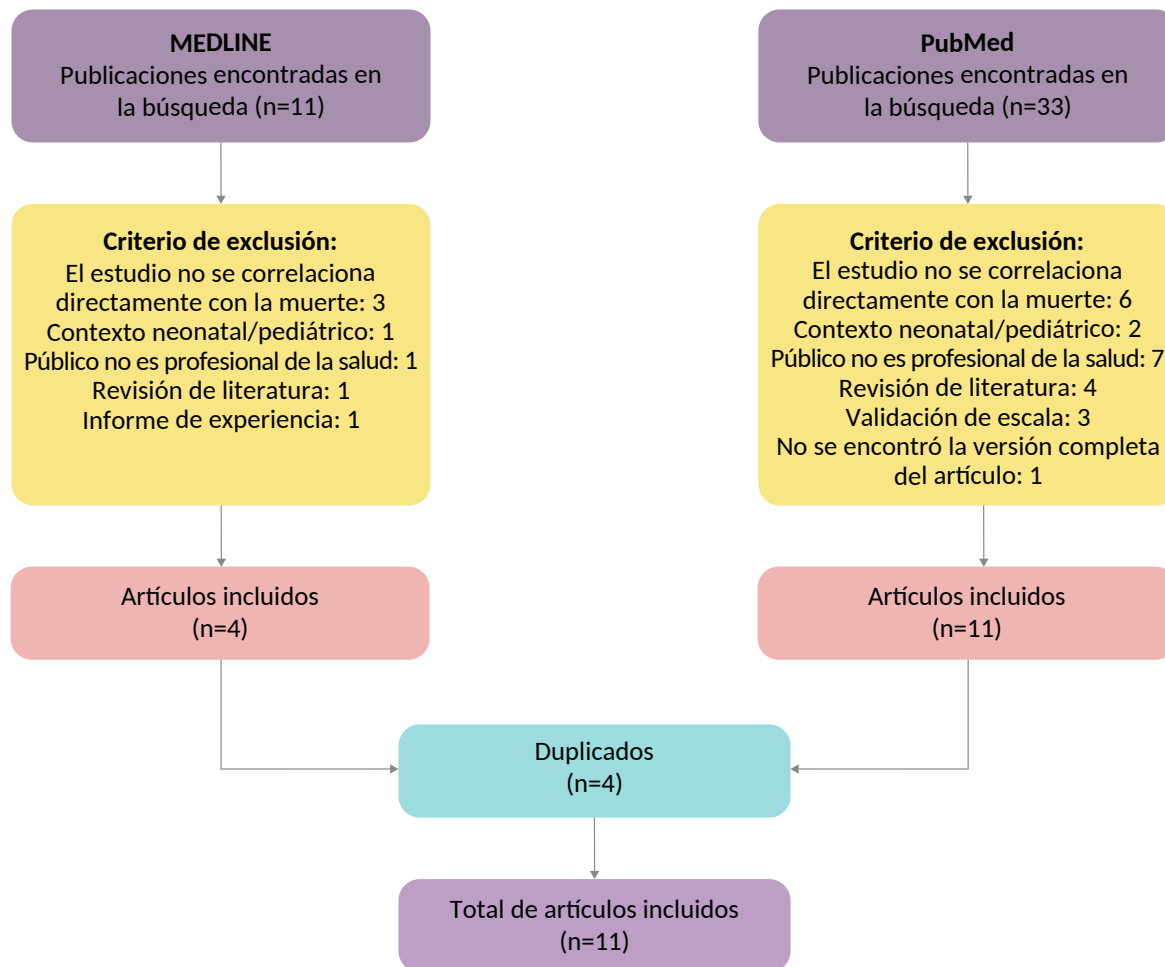
Considerando este contexto, este estudio tuvo como objetivo verificar la incidencia de fatiga por compasión en profesionales que enfrentan constantemente la finitud en unidades de cuidados de adultos, así como posibles estrategias de afrontamiento y adaptación psicológica, mediante el análisis de la literatura científica.

Método

Se realizó una búsqueda en las bases de datos electrónicas MEDLINE y PubMed con los siguientes descriptores: "*compassion fatigue and death and coping or self-care*". Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) ser un estudio de campo cualitativo o cuantitativo con profesionales de la salud; 2) haberse realizado en el contexto de cuidado en salud de adultos; y 3) haberse realizado entre el 2011 y el 2021. Y estos fueron los criterios de exclusión: 1) ser una revisión bibliográfica; 2) haber sido realizado en un contexto neonatal y pediátrico; 3) ser validación de escalas; y 4) ser un informe de experiencia. Solo se seleccionaron artículos completos, sin restricción de idioma, y se cruzaron los datos para evitar duplicaciones (Figura 1).

Después de esta etapa, el *corpus* se clasificó según el tipo de estudio, la muestra, el método, el lugar de investigación y los objetivos (Cuadro 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de los artículos



Cuadro 1. Categorización de los artículos seleccionados

| Autores; año | Tipo de estudio | Muestra/método/ubicación | Objetivos |
|--|---|--|---|
| Oliver y colaboradores; 2021 ¹⁶ | Estudio descriptivo transversal cualicuantitativo | 817 profesionales de cuidados paliativos de España, Argentina y Brasil respondieron a la pregunta abierta: “¿Alguna vez has recibido capacitación específica para afrontar el sufrimiento y la muerte?” Escalas utilizadas: Escala de Autocuidado Profesional (PSCS), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) y Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL). | Proporcionar evidencias sobre la generalización del modelo de consciencia de autocuidado elaborado por Kearney y posibles actitudes compasivas de los profesionales participantes. |
| Laor-Maayany y colaboradores; 2020 ¹⁷ | Estudio transversal correlacional cuantitativo | 64 oncólogos de Israel completaron cuestionarios autoadministrados sobre fatiga por compasión, satisfacción por compasión, tristeza, exposición al sufrimiento y a la muerte, y sentimientos de fracaso. | Explorar las asociaciones de la fatiga por compasión y de la satisfacción de la compasión con el duelo de oncólogos y la sensación de fracaso, además de la exposición relatada al sufrimiento y a la muerte. |

continúa...

Cuadro 1. Continuación

| Autores; año | Tipo de estudio | Muestra/método/ubicación | Objetivos |
|---|--|---|---|
| Pattison, Droney, Gruber; 2020 ¹⁸ | Estudio descriptivo transversal cuantitativo | El inventario de <i>burnout</i> de Maslach se administró a 63 profesionales del equipo de cuidados intensivos y paliativos del Reino Unido, a quienes también se les entrevistó con preguntas abiertas sobre medidas de apoyo. | Explorar la incidencia de sufrimiento moral en áreas de alto riesgo de agotamiento físico y emocional con profesionales de la oncología, además de las posibles medidas para afrontar el sufrimiento moral. |
| Phillips, Volker; 2020 ¹⁹ | Estudio transversal exploratorio cualitativo | Entrevistas semiestructuradas a siete enfermeros de Estados Unidos que actúan en la oncología. | Explorar el desarrollo emocional durante el trabajo del enfermero en la oncología. |
| Chang; 2018 ²⁰ | Estudio transversal exploratorio correlacional cuantitativo | Análisis de 323 cuestionarios respondidos por profesionales de la enfermería de Taiwán, correspondientes a la aplicación de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento de la Muerte y la Escala de Apoyo Social. | Explorar la manera en que el apoyo social influye en la capacidad del equipo de enfermería para afrontar la muerte en el trabajo. |
| Grech, Depares, Scerri; 2018 ²¹ | Estudio transversal exploratorio cualitativo | Se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco enfermeras estadounidenses que trabajan en oncología hematológica. | Explorar las experiencias de enfermeros de la oncología hematológica que actúan directamente con pacientes que reciben cuidados al final de la vida. |
| Ko, Kiser-Larson; 2016 ²² | Estudio transversal descriptivo cualicuantitativo | 40 enfermeros y auxiliares de enfermería de un ambulatorio de oncología de Estados Unidos participaron en una entrevista abierta, cuestionario demográfico y aplicación de una escala (Nursing Stress Scale). | Identificar factores estresores en enfermeros que trabajan en oncología, explorando las conductas de afrontamiento. |
| Pereira y colaboradores; 2016 ²³ | Estudio transversal comparativo cuantitativo | Estudio de ámbito nacional realizado en Portugal utilizando los siguientes instrumentos: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, cuestionario sobre experiencias laborales y decisiones éticas y cuestionario sobre características sociodemográficas y profesionales. Participaron en la investigación 355 profesionales de diez unidades de cuidados intensivos y nueve unidades de cuidados paliativos. | Identificar y comparar los niveles de <i>burnout</i> entre profesionales que actúan en unidades de cuidados intensivos y paliativos y evaluar qué experiencias laborales están asociadas al agotamiento. |
| Sansó y colaboradores; 2015 ²⁴ | Estudio transversal exploratorio cuantitativo | Análisis de una investigación en línea con 387 profesionales españoles de cuidados paliativos, utilizando datos demográficos y las escalas Mindful Attention Awareness Scale, Coping with Death Scale, The Professional Quality of Life Scale. | Mejorar la comprensión de la relación de aspectos psicológicos de los profesionales mediante la evaluación de una adaptación del modelo de consciencia de Kearney. |
| Mason y colaboradores; 2014 ²⁵ | Estudio transversal exploratorio, descriptivo, correlacional, cuantitativo | Participaron de la investigación 26 enfermeros que trabajan en una unidad de cuidados intensivos en Estados Unidos mediante la aplicación total/parcial de cuatro escalas. | Examinar el efecto de la satisfacción por compasión, la fatiga por compasión, la angustia moral y el nivel de educación en enfermería en el compromiso laboral de los enfermeros de cuidados intensivos. |
| Zambrano, Chur-Hansen, Crawford; 2014 ²⁶ | Estudio transversal exploratorio cualitativo | Siete médicos australianos especialistas en medicina paliativa participaron en una entrevista abierta, de forma individual. | Investigar experiencias, recursos de afrontamiento e impacto en el abordaje de las muertes y el proceso de finitud en médicos paliativistas. |

Resultados y discusión

Por medio de los descriptores, se encontraron 44 artículos en las bases de datos mencionadas. La base de datos PubMed presentó el mayor número de resultados, con 33 artículos, seguida de MEDLINE, con 11 artículos. Tras la exclusión de cuatro artículos duplicados, también se descartaron revisiones de la literatura, validación de escalas, investigaciones con público no profesional de la salud y artículos que no abordaban la fatiga por compasión asociada con la finitud. En total, 11 artículos fueron compatibles con el objetivo de este estudio.

De los artículos incluidos, solo tres emplearon un enfoque cualitativo, ocho de los cuales fueron cuantitativos, representando el método más adoptado en el tema analizado. Todos los artículos encontrados estaban en inglés, sin embargo, se resalta la diversidad de los lugares de investigación: cuatro estudios se realizaron en Estados Unidos; un estudio multicéntrico incluyó España, Brasil y Argentina; uno era australiano; uno israelí; uno taiwanés; un español; uno del Reino Unido; y uno de Portugal. De los 11 artículos, seis estaban constituidos predominantemente por mujeres, dos por hombres y los otros tres estudios no consideraron la característica “sexo” en sus muestras (Tabla 1).

Tabla 1. Categorización de las características observadas

| Artículos | Profesión (participantes) | Sector de actuación | Mujeres | Hombres |
|--------------------|--|---|---------|---------|
| 2021 ¹⁶ | Médicos (339) y enfermeros (198) | Cuidados paliativos | 652 | 154 |
| 2020 ¹⁷ | Psicólogos (138) y auxiliares de enfermería (18) | Oncología | N/A | N/A |
| 2020 ¹⁸ | Asistentes sociales (59) y otros (65) | Unidad de terapia intensiva (39) | 14 | 48 |
| 2020 ¹⁹ | Médicos (74) | Cuidados paliativos (24) | 6 | 1 |
| 2018 ²⁰ | Médicos (18), enfermeros (39) y otros (7) | Oncología | 306 | 17 |
| 2018 ²¹ | Enfermeros (7) | Clínica médica (142) y unidad de Cuidados intensivos (52) | 5 | 0 |
| 2016 ²² | Enfermeros (323) | Cirugía general (65) | 40 | 0 |
| 2016 ²³ | Enfermeras (5) | Cuidados paliativos (9) | 271 | 121 |
| 2015 ²⁴ | Enfermeras (40) | Oncología (24) y ginecología (7) | N/A | N/A |
| 2014 ²⁵ | Médicos (100) y enfermeros (292) | Nefrología (24) | N/A | N/A |
| 2014 ²⁶ | Médicos (169) y enfermeros (128) | Hematología oncológica | 2 | 5 |

La mayor parte de los participantes provienen del ámbito de la enfermería (49%), seguido de los profesionales de medicina (33%). Las demás profesiones, como psicología (9%), servicio social (3,6%), auxiliares de enfermería (1,6%) y otros (3,3%), representaron poco más de 1/6 de los entrevistados, considerando todos los estudios. El sector de actuación con mayor recurrencia fue el de cuidados paliativos (62,4%), seguido de las unidades de cuidados intensivos (UCI) (19,5%), oncología (6,7%) y clínica médica (6,6%). Cirugía general, ginecología, nefrología y hematología oncológica presentaron un porcentaje inferior al 3% de los encuestados.

Tras la lectura minuciosa de los artículos, surgieron tres categorías centrales que se correlacionan con el objetivo de este estudio: 1) sentimientos

experimentados ante la muerte de los pacientes; 2) correlación entre fatiga por compasión y finitud, diferencias y comparaciones; y 3) propuestas de autocuidado personales, institucionales y la competencia ante la muerte.

Sentimientos vivenciados ante la muerte de los pacientes

Las manifestaciones conductuales y sentimientos encontrados en profesionales de la salud ante la finitud de los pacientes fueron las siguientes: sentimiento de impotencia^{17,21}, resiliencia²¹, cinismo^{18,23}, insensibilidad¹⁸, dificultad para expresar emociones¹⁸, agotamiento^{18,22,23}, lloro^{21,22,26}, tristeza^{21,22}, ansiedad²², síntomas depresivos^{22,23} y culpa²⁶.

Se nota que existe una gama de sentimientos y comportamientos relatados por los autores, con ligera variación en los estudios, tendiendo a ser más frecuente la tristeza y, en consecuencia, el llanto, además del agotamiento profesional.

Las reacciones emocionales descritas en los resultados están en línea con varios estudios sobre las reacciones emocionales ante la muerte^{27,28}. Se entiende que los sentimientos de fracaso, tristeza y angustia están directamente vinculados a la falta de preparación profesional, debido al desfase en la formación académica y a la dificultad en el manejo ante la vinculación intensa con el paciente en el proceso de finitud. Por otra parte, cabe destacar que, en nuestra cultura, existe una intensidad en nuestros vínculos y una prohibición del sufrimiento.

Las reacciones de llanto no se percibieron como un comportamiento negativo, incluso en presencia de pacientes y familiares, y señalaron que ser consciente de las características y el pronóstico de los pacientes ayudó con las reacciones emocionales²⁶. La edad del paciente fue una característica destacada como detonante del sufrimiento, principalmente debido a las identificaciones personales y la noción de que los pacientes tenían “una vida por delante”²¹. Sin embargo, dicha identificación personal puede considerarse un aspecto negativo o neutral, dependiendo del manejo del profesional ante su cuidado²⁶.

La mirada natural ante el llanto y el permitirse sufrir revela preparación emocional y competencia ante la muerte. También demuestra que los profesionales de la salud capaces de afrontar la muerte están capacitados no solo con la práctica y la comprensión teórica, sino con el propio autoconocimiento de vivencias y sentimientos desencadenados por enfrentarse directamente a la muerte, que refleja su propia finitud y la de sus seres queridos.

Se consideró como un aspecto negativo de la actuación el manejo de relaciones y contextos considerados difíciles, tales como: dificultad para lograr el control total de los síntomas de los pacientes en proceso de muerte en algunos casos, decisiones distanásicas, falta de directivas anticipadas de los pacientes y familiares e invalidación de apuntes relativos a los cuidados del paciente por parte del equipo médico^{21,22,26}. Las decisiones terapéuticas exclusivamente médicas siguen siendo desencadenantes negativos de la fatiga por compasión, lo que es corroborado por estudios que revelan que la centralización de las decisiones en los profesionales

médicos, ignorando las demás profesiones, ocasiona frustración y sentimiento de impotencia²⁹⁻³¹.

Para garantizar la calidad de vida en la terminalidad es necesario considerar intervenciones de un equipo multidisciplinario y sus diversos saberes. Por medio de esta pluralidad de perspectivas, es posible abrazar la totalidad y la complejidad del sufrimiento humano, dejando que la tecnología se centre en la curación y haciendo de la persona la prioridad y el centro del cuidado³².

Por lo tanto, centralizar la decisión en el médico es perpetuar la cultura medicocéntrica, que también causa sufrimiento a esta categoría profesional, debido a las limitaciones propias de su actuación. En este sentido, es necesaria una mirada más integral, una escucha empática y una corresponsabilidad, no solo con otros profesionales, sino también con los pacientes y sus familiares, por medio de discusiones y diálogo³⁰⁻³³.

La alta carga de trabajo, la falta de apoyo y la preparación inadecuada también se identificaron como factores estresantes, pero en menor medida²². La problemática lleva a las personas a abandonar el empleo, lo que genera gastos de formación de nuevos profesionales²¹. Así, la caída de la calidad del trabajo, el ausentismo y la rotación profesional se consideran perjudiciales para las empresas en términos financieros y para el propio sistema gubernamental, con bajas anticipadas y gastos públicos en salud³⁰.

Correlación entre fatiga por compasión y finitud

Son pocos los estudios que han caracterizado de forma significativa la muestra estudiada, sin embargo los que lo han hecho han presentado contraste en sus resultados. Uno de los estudios indicó que la experiencia profesional no demostró una diferencia significativa en “enfrentarse a la muerte”¹, sin embargo, otro identificó que, al inicio de la carrera profesional, es más difícil enfrentarse a la muerte de los pacientes, lo que aumenta el riesgo de desarrollar fatiga por compasión¹⁹. Por lo tanto, no es posible determinar diferencias características, como el sexo o la edad, que se relacionan con la mayor o menor probabilidad de experimentar este tipo de sufrimiento.

Al verificar la hipótesis de que la fatiga por compasión y el agotamiento estarían interconectados — con la satisfacción por compasión permaneciendo independiente, sin interconexión con la fatiga por

compasión—, quedó claro que la generalización de esta relación puede ser conflictiva. Los aspectos culturales interfieren en el proceso de afrontamiento y, en consecuencia, en la satisfacción en el trabajo, y se pueden vivenciar ambas situaciones de forma simultánea, fatiga y satisfacción por compasión¹⁶.

Los estudios^{16,18,23,24} demostraron relaciones que no deben generalizarse, principalmente en lo que respecta a la formación específica para los cuidados relacionados con la muerte y la vivencia simultánea de satisfacción por compasión y *burnout*. Aspectos subjetivos y culturales pueden estar asociados a los resultados, de modo que, si bien los profesionales experimentan sufrimiento, con sentimientos de culpa y fracaso, no necesariamente presentan fatiga por compasión, quizá porque no reconocen tales características como negativas para la práctica profesional, pero como esperadas para el contexto¹⁷.

Relacionado con la hipótesis anterior, también cabe resaltar el supuesto de que pertenecer a un equipo de cuidados paliativos permite una mayor satisfacción por compasión con relación a otras áreas. Por otra parte, aunque los profesionales intensivistas vivencian mayores posibilidades de *burnout*, principalmente en la característica de agotamiento y despersonalización, también presentan mayor satisfacción debido a la compasión en su actuación^{18,23}. Los autores no lograron definir posibles factores, pero consideraron que el entorno laboral y el apoyo social entre los profesionales son indicadores para que los intensivistas se sientan más recompensados en su vida profesional diaria, lo que influye en su capacidad para enfrentarse a la muerte^{16,20}.

Los principales motivos relatados por los participantes con relación al agotamiento profesional fueron el trabajo nocturno, los conflictos con otros profesionales, pacientes y familiares y la experiencia de muerte de los pacientes²³. Por otra parte, los paliativistas resaltaron que la realización profesional depende principalmente de la posibilidad de una mirada integral del paciente, del control de los síntomas y de una muerte pacífica, es decir, sin medidas invasivas innecesarias, permitiendo el apoyo emocional a los pacientes y sus familiares²⁶.

En investigaciones realizadas en Brasil, se percibe que el factor cultural interfiere significativamente en la forma en que el profesional maneja el cuidado frente a la finitud del paciente, considerando que la medicina en América del Sur se

caracteriza por un fuerte componente paternalista, como ocurre en el sur de Europa. Segundo Lago y colaboradores³³, la cultura de esos países, incluido Brasil, predispone a la visión de que la vida debe mantenerse a cualquier precio, lo que desvaloriza la autonomía del paciente y privilegia las decisiones tomadas por el equipo médico.

Por lo tanto, las conductas están basadas en el concepto de beneficencia y motivadas por los valores culturales y morales de cada equipo, frente a *decisiones complejas que implican conflictos culturales, traumas emocionales, cuestionamientos sobre valores personales e, incluso, recelos de orden legal*³⁴.

La práctica de la distansia puede evitarse si el profesional tiene formación y competencia técnica y emocional, además de flexibilidad para discutir la terminalidad y adoptar una actitud más adecuada hacia el paciente que se encuentra en finitud de vida. Para ello, se puede poner en discusión el propio plan terapéutico con el equipo multiprofesional, comprendiendo los puntos de vista de cada profesional, desde una perspectiva de cuidado ampliado³⁵. El diálogo empático y genuino con el paciente, la familia y el equipo es una herramienta importante para evitar prácticas nocivas, no solo para el paciente, sino para todos los que participan en el cuidado.

Propuestas de autocuidado y competencia ante la muerte

Algunos estudios han sugerido intervenciones psicológicas, como grupos terapéuticos, espacios de discusión y *debriefing*^{18,22,26} como forma de aliviar la angustia y mejorar la relación entre profesional y paciente^{17,21}. También se señaló la valoración de la actuación profesional y el liderazgo constructivo^{17,18}, así como el apoyo psicológico de compañeros de trabajo, momentos de relajación con pacientes y personal, mejora del sueño y alimentación, práctica de espiritualidad, meditación y actividades recreativas^{18,20,22,26}.

La construcción de significado sobre el ciclo de vida, el aprendizaje personal y la participación en funerales fueron descritos en un estudio y considerados importantes para la prestación y continuidad del apoyo y cuidado integral. La posibilidad de elaborar el duelo profesional al acompañar a los familiares en el momento del velatorio resultó ser una oportunidad para reflexionar sobre las vivencias

profesionales y personales y un cierre adecuado de la relación profesional-paciente-familia, lo que contribuye para una mejor calidad del autocuidado²⁶.

Una vez más se resaltan los aspectos culturales que implica el cuidado paliativo del paciente y sus características, como la edad. Las percepciones morales que impregnan el sufrimiento ante la muerte, especialmente cuando los pacientes son más jóvenes, plantean cuestionamientos sobre el ideal de la muerte. Esto se relaciona principalmente con las teorías de que el niño es incapaz de elaborar su muerte, debido a su nivel de cognición, y que el adulto tuvo *la oportunidad de disfrutar la vida y alcanzar la plenitud, mientras que la misma condición no fue posible para el niño*³⁶, lo que acarrea una gran movilización emocional.

La formación específica para cuidados paliativos permitió mejorar la comprensión y el manejo de cuidados de los pacientes al final de la vida. La mayoría de los estudios sugiere la continuidad de formación profesional y la implementación de nuevas estrategias de autocuidado profesional, incluida la actualización constante y la práctica de salud basada en evidencias, como forma de brindar una atención de calidad. Así, se ayuda al equipo a desarrollar habilidades de afrontamiento en contextos permeados por el sufrimiento, con el fin de reducir las posibilidades de agotamiento y fatiga^{16,19,20,23,25,26}.

Solo dos estudios mencionaron que la formación específica en cuidados paliativos no demostró una diferencia significativa en el afrontamiento de la finitud de los pacientes, sin embargo, nuevamente hay que considerar la cuestión cultural, ya que los grupos que arrojaron tales resultados fueron los profesionales de la salud españoles^{15,23}. En España, los cuidados paliativos están más extendidos y, según los propios autores, la amplia capacitación a lo largo de la formación para la actuación en salud, asociada a una cultura que aborda con mayor frecuencia temáticas relacionadas con la muerte, hace que los profesionales se sientan capaces de actuar, sin asociar su sufrimiento a la falta de conocimientos teóricos.

Según la investigación de Chan y Tin³⁷, la competencia ante la muerte se clasifica como una habilidad que implica competencia práctica, personal, existencial, emocional y ambiental. Como parte de dicha habilidad, se puede decir que la experiencia profesional, la iniciativa para aprender, la colaboración en equipo, la percepción ampliada, la creatividad, la preocupación, la flexibilidad y la compasión son fundamentales para el desarrollo

de esta *soft skill*, asociándole la comprensión de la inevitabilidad de la muerte y de los límites de la existencia humana.

Los estudios de esta revisión enfatizan que la competencia para enfrentarse a la muerte promovió niveles más altos de satisfacción por compasión, lo que funciona como protección contra la fatiga y el agotamiento¹⁶. Los hallazgos ratifican la idea de que la práctica del autocuidado y la ampliación de la percepción ante el morir son factores importantes, directamente relacionados con la calidad de vida de los profesionales y el cuidado del paciente²⁴. Además, se resalta la necesidad de realizar más estudios sobre esta temática y la funcionalidad de las estrategias adoptadas.

En general, tanto Brasil como los demás países que participaron en las investigaciones analizadas refuerzan la importancia de la formación continua y de los estudios en cuidados paliativos y tanatología. El proceso de finitud de la vida requiere que los profesionales de la salud estén preparados no solo para la competencia práctica, sino también para las demás competencias relacionadas con la muerte, con el objetivo de posibilitar una mirada integradora sobre la finitud y el cuidado de la tríada paciente-familia-equipo³⁸.

En ese sentido, cabe resaltar que la ausencia de enseñanza y de enfoques pedagógicos de los cuidados paliativos durante los estudios de grado en el campo de la salud hace inviables los conocimientos fundamentales³⁸, en el ámbito profesional y personal. Por lo tanto, es sumamente necesario incluir estos temas en el plan de estudios, para propiciar la empatía y las habilidades requeridas.

Consideraciones finales

Se concluye que enfrentarse a la finitud de los pacientes de manera constante puede desencadenar fatiga por compasión en los profesionales de la salud, especialmente cuando medidas distanásicas están asociadas con los cuidados. Las medidas fútiles generan en los profesionales cuestionamientos morales y un sentimiento de invalidación ante decisiones que aún son predominantemente médicas.

Las principales estrategias de *coping* adoptadas fueron el *debriefing* (momento de reflexión y discusión de prácticas y casos) y prácticas integradoras como la meditación, momentos de relajación en equipo y apoyo de compañeros, además de un liderazgo constructivo. La formación profesional

para el cuidado de pacientes en finitud se resalta como un aspecto importante en la prevención de la fatiga por compasión y en el manejo del cuidado, especialmente en países que aún están

desarrollando prácticas efectivas de cuidados paliativos, considerando su contexto cultural. Finalmente, se resalta la necesidad de más estudios sobre el tema, especialmente en Brasil.


Referencias

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
2. Barbosa SC, Souza SM, Souza J. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Rev Psicol Organ Trab* [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2023];14(3):315-23. Disponível: <https://bit.ly/3Q9RcH0>
3. Parkes CM. *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus; 2009.
4. Barcellos RA, Sgarabotto BL. Cuidado centrado em pacientes e familiares em terapia intensiva. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];9(8):e55984400. DOI: 10.33448/Rsd-V9i8.4400
5. Lago KC. *Fadiga por compaixão: quando ajudar dói [dissertação]* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008 [acesso 15 fev 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3rYQDYC>
6. Mufato LF, Gaiva MAM. Empatia em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2019 [acesso 15 fev 2023];9:e2884. DOI: 10.19175/Recom.V9i0.2884
7. Magalhães ARV. *A importância da empatia na comunicação clínica e avaliação do seu impacto terapêutico [dissertação]* [Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2019 [acesso 15 fev 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3SkYFp8>
8. Garcia-Campayo J, Martí CA, Demarzo MMP. *A ciência da compaixão*. São Paulo: Palas Athena; 2010.
9. Lago KC. *Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde [dissertação]* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso 15 fev 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3MkLG35>
10. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR, organizador. *Compassion fatigue*. New York: ScienceDirect; 1995. p. 1-20.
11. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2001 [acesso 15 fev 2023];52:397-422. DOI: 0.1146/annurev.psych.52.1.397
13. Lago K, Codo W. *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Vozes; 2010.
14. Antoniazzi AS, Dell'aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud Psicol (Natal)* [Internet]. 1998 [acesso 15 fev 2023];3(2):273-94. p. 276. DOI: 10.1590/S1413-294X1998000200006
15. Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP, Lima LL, Silva MEP, Freitas JG. Occupational burnout syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 15 fev 2023];51:e03235. DOI: 10.1590/S1980-220X2016023403235
16. Oliver A, Galiana L, Simone G, Tomás JM, Arena F, Linzitto J *et al*. Palliative care professionals' inner lives: cross-cultural application of the awareness model of self-care. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021 [acesso 15 fev 2023];9(1):81. DOI: 10.3390/healthcare9010081
17. Laor-Maayany R, Goldzweig G, Hasson-Ohayon I, Bar-Sela G, Engler-Gross A, Braun M. Compassion fatigue among oncologists: the role of grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];28(4):2025-31. DOI: 10.1007/s00520-019-05009-3
18. Pattison N, Droney J, Gruber P. Burnout: caring for critically ill and end-of-life patients with cancer. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];25(2):93-101. DOI: 10.1111/nicc.12460
19. Phillips CS, Volker DL. Riding the roller coaster: a qualitative study of oncology nurses' emotional experience in caring for patients and their families. *Cancer Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];43(5):E283-90. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000734

20. Chang WP. How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];44:25-32. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.09.005
21. Grech A, Depares J, Scerri J. Being on the frontline: nurses' experiences providing end-of-life care to adults with hematologic malignancies. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];20(3):237-44. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000433
22. Ko W, Kiser-Larson N. Stress levels of nurses in oncology outpatient units. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 15 fev 2023];20(2):158-64. DOI: 10.1188/16.CJON.158-164
23. Pereira SM, Teixeira CM, Carvalho AS, Hernández-Marrero P. Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: results from a nationwide comparative study. *PLoS One* [Internet]. 2016 [acesso 15 fev 2023];11(9):e0162340. DOI: 10.1371/journal.pone.0162340
24. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso 15 fev 2023];50(2):200-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
25. Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, Griffin M. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2023];33(4):215-25. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000056
26. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliat Support Care* [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2023];12(4):309-16. DOI: 10.1017/S1478951513000138
27. Faria SS, Figueiredo JS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol Hosp (São Paulo)* [Internet]. 2017 [acesso 15 fev 2023];15(1):44-66. Disponível: <https://bit.ly/3Sed2eZ>
28. Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003 [acesso 15 fev 2023]. DOI: 10.11606/T.83.2003.tde-26102005-123431
29. Pawlowytsch PWM, Kowalski E. O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de Santa Catarina. *Saúde Meio Ambient* [Internet]. 2017 [acesso 15 fev 2023];6(2):28-38. DOI: 10.24302/sma.v6i2.1107
30. Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JOA. A práxis médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];16(3):1177-99. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00151
31. Monteiro DT, Mendes MRJ, Beck CLC. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. *Rev SBPH* [Internet]. 2019 [acesso 15 fev 2023];22(2):189-210. Disponível: <https://bit.ly/491TFvP>
32. Gonçalves MB, Ciochetti AB, Rocha JA, Silva JJ, Carvalho RT. Dilemas de ordem moral nas decisões médicas em cuidados paliativos. *Rev Iberoam Bioet* [Internet]. 2019 [acesso 15 fev 2023];(11):1-19. DOI: 10.14422/rib.i11.y2019.009
33. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2007 [acesso 15 fev 2023];83(2):S110-6. DOI: 10.1590/S0021-75572007000300013
34. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. Op. cit. p. S113
35. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];42(3):87-96. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134
36. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da "Boa Morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 15 fev 2023];18(9):2653-62. p. 2660. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900020

37. Chan WC, Tin AF. Beyond knowledge and skills: self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Stud* [Internet]. 2012 [acceso 15 fev 2023];36(10):899-913. DOI: 10.1080/07481187.2011.604465
38. Sousa JV, Gonçalves GC, Almeida DRMF, Leite FB, Pinheiro JC, Melo AM. Aspectos atuais na formação e preparação dos profissionais da saúde frente aos cuidados paliativos. *PubSaúde* [Internet]. 2020 [acceso 15 fev 2023];3:A045. DOI: 10.31533/pubsau3.a045


Aline Aparecida Cardoso – Estudante de máster – cardosoaline@live.com

 0000-0003-4100-3526

Daniere Yurie Vieira Tomotani – Magíster – daniere.tomotani@gmail.com

 0000-0002-8394-0270

Samantha Mucci – Doctora – sammucci@gmail.com

 0000-0003-3809-8173

Correspondencia

Aline Aparecida Cardoso – Rua Gelindo Cía, 18, Vila Bela CEP 13474-712. Americana/SP, Brasil.

Participación de las autoras

Aline Aparecida Cardoso realizó la investigación, el desarrollo y el análisis del artículo durante la residencia multiprofesional en Cuidados Intensivos, en la Universidade Federal de São Paulo. Samantha Mucci orientó y revisó la investigación, y Daniere Yurie Vieira Tomotani coorientó; ambas realizaron las correcciones pertinentes al texto y aprobaron el artículo final.

Recibido: 15.4.2022

Revisado: 19.11.2022

Aprobado: 20.11.2022