



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“FATIGA POR COMPASIÓN Y
AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL
EN PERSONAL MÉDICO Y DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN
JOSÉ DEL CALLAO DURANTE
PANDEMIA POR CORONAVIRUS 2022”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA Y SALUD
GLOBAL

MARGOT OSORIO CHIPANA

LIMA - PERÚ

2023

ASESOR

Mg. Alfonso Edgardo Nino Guerrero

JURADO DE TESIS

DRA. INES VERONICA BUSTAMANTE CHAVEZ

PRESIDENTE

MG. LUZ AURORA DIAZ RIVADENEYRA

VOCAL

DR. WALTER HUMBERTO CASTILLO MARTELL

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mis hijos, por ser fuente inagotable de inspiración y motivación que acompaña,
energiza y da sentido a mi vida.

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo por su valioso apoyo, a mi asesor Dr. Alfonso Nino y a todos los
profesionales de la salud que colaboraron en esta investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

FATIGA POR COMPASIÓN Y AFECTACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO DURANTE PANDEMIA POR CORONAVIRUS 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Nacional de Educación a Distancia Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad de Alcalá Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	11
III.	METODOLOGÍA	26
IV.	RESULTADOS	43
V.	DISCUSIÓN.....	52
VI.	CONCLUSIONES	62
VII.	RECOMENDACIONES	64
VIII.	REFERENCIAS	66
IX.	ANEXOS.....	86

RESUMEN

La conexión empática y de apoyo entre el profesional y el paciente puede ser una fuente de gratificación, pero también puede dar lugar a un costo emocional para el profesional que provee el cuidado. La fatiga por compasión (FC) surge cuando los profesionales de la salud experimentan un agotamiento emocional y una disminución de la satisfacción en el trabajo debido a la exposición constante a situaciones de sufrimiento y dolor en sus pacientes. Esta realidad puede tener repercusiones tanto para la calidad de la atención brindada como en la afectación de la salud mental de los propios profesionales. Desde el año 2020 a raíz de la propagación mundial de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) el personal de salud ha estado involucrado en una crisis sanitaria que puede haber afectado su salud mental. Esta investigación tuvo como propósito identificar la presencia de FC, sus características y su relación con la afectación de la salud mental del personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante la pandemia por COVID-19 en el 2022. Se realizó un estudio descriptivo correlacional transversal, en el que participaron el personal médico, personal de enfermería y técnicos de enfermería. La FC y la afectación de la salud mental se registraron con el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-vIV) y el Cuestionario General de Salud (GHQ-12), respectivamente. Participaron 127 trabajadores de salud, se encontraron promedios de 13.02 ± 6.987 de FC y 2.13 ± 2.914 de salud mental percibida. La mayoría de participantes mostró un nivel medio de FC (46.5%) y ausencia de psicopatología (81.9%). Se halló una relación positiva, moderada y significativa entre la FC y la afectación de la salud mental ($r_s = .502$) del personal sanitario. Se subraya la importancia de salvaguardar la salud

mental del personal sanitario mediante enfoques tanto a nivel individual como organizacional.

PALABRAS CLAVE

FATIGA POR COMPASIÓN; COVID-19; SALUD MENTAL; PERSONAL DE SALUD (DeCS/BIREME)

ABSTRACT

The empathetic and supportive connection between professionals and patients can be a source of gratification, but it can also lead to emotional costs for the caregiving professional. Compassion fatigue (CF) emerges when healthcare practitioners experience emotional exhaustion and reduced job satisfaction due to constant exposure to situations of suffering and pain in their patients. This reality can have implications for both the quality of care provided and the mental health of the professionals themselves.

Since 2020, following the global spread of the 2019 coronavirus disease (COVID-19), healthcare staff have been involved in an unprecedented health crisis that may have impacted their mental health. This research aimed to identify the presence of CF, its characteristics, and its relationship with the impact on the mental health of medical and nursing staff at Hospital San José del Callao during the 2022 COVID-19 pandemic. A cross-sectional correlational descriptive study was conducted, involving medical personnel, nursing staff, and nursing technicians.

CF and mental health impact were assessed using the Compassion Fatigue and Satisfaction Questionnaire (ProQOL-vIV) and the General Health Questionnaire (GHQ-12), respectively. A total of 127 healthcare workers participated, with average CF scores of 13.02 ± 6.987 and perceived mental health scores of 2.13 ± 2.914 . The majority of participants exhibited a moderate level of CF (46.5%) and an absence of psychopathology (81.9%).

A significant, moderate, and positive relationship was found between CF and mental health ($r = .502$) among healthcare workers

The importance of safeguarding the mental health of healthcare personnel is emphasized through approaches at both individual and organizational levels.

KEY WORDS

COMPASSION FATIGUE, COVID-19, MENTAL HEALTH, HEALTHCARE
WORKER (MeSH/NLM)

I. INTRODUCCIÓN

En noviembre del 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó la aparición de una enfermedad causada por un coronavirus (COVID-19) en la ciudad de Wuhan – China. La enfermedad se propagó rápidamente por toda China y en otros países, convirtiéndose en una emergencia sanitaria a nivel mundial (1). Luego de confirmarse el primer caso COVID-19 en el Perú, progresivamente se incrementaron los casos, convirtiéndose en emergencia sanitaria que rebasó la capacidad de atención del sistema sanitario peruano. Los hospitales a nivel nacional han atendido a personas que experimentan síntomas de COVID-19 potencialmente mortales. En muchos casos, la presión sobre el personal sanitario se ha visto agravada por la falta de equipos de protección personal y la escasez de personal, así como la insuficiencia de camas y ventiladores mecánicos.

Una encuesta realizada en China durante los primeros días del brote, con 1563 trabajadores sanitarios encuestados, halló que 1 de cada 2 profesionales (50.7%) presentó síntomas de depresión, 44.7% informaron síntomas ansiosos y 36.1% tuvieron alteraciones en el sueño (2). Largas jornadas laborales, el aislamiento y la discriminación son comunes entre ellos y resultan en agotamiento físico, miedo, trastornos emocionales y trastornos del sueño (2).

Presenciar el sufrimiento prolongado de los pacientes en entornos de hospitalización y de emergencia impacta en la salud mental de médicos y enfermeras. Este impacto está particularmente relacionado con la incapacidad percibida para aliviar el sufrimiento de quienes están bajo su cuidado (1,3). La investigación muestra que el personal de salud puede padecer diversos problemas

psicológicos al laborar en entornos de gran presión y elevado riesgo, como en situaciones de desastre y pandemia (4,5).

Los factores contextuales que rodean la COVID-19; tales como la facilidad de transmisión, la falta de inmunidad, equipos médicos limitados, incertidumbre y altos niveles de ansiedad de la población se combinan para ejercer una presión cada vez mayor sobre los servicios y sistemas de salud y con mayor énfasis sobre el bienestar del personal sanitario.

La fatiga por compasión, o también llamada desgaste por empatía, ha sido definida como un tipo de estrés generado a partir de la relación de apoyo y vinculación entre el paciente y el cuidador; es el costo de cuidar a una persona sufriende (6). Vendría a ser dado por el dolor emocional que el cuidador sobrelleva como resultado de su deseo de aliviar el sufrimiento ajeno. El incremento de contagios, la letalidad del virus, el colapso de los hospitales, presenciar el sufrimiento y la muerte de forma constante constituyen factores que podrían sugerir la presencia de fatiga por compasión en el personal sanitario.

La fatiga por compasión y sus síntomas relacionados pueden ser un problema particular para las enfermeras y médicos de cuidados críticos en contextos de desastres porque el deseo de enfrentar el contexto adverso y hacer frente a las necesidades de atención pueden exceder los recursos personales y la capacidad de brindar apoyo, lo que potencialmente conduce a la angustia emocional en el personal (7,8). Estudios recientes han establecido que el agotamiento y la fatiga por compasión son altos entre el personal sanitario, pero especialmente en médicos y enfermeras que trabajan en entornos en lo que se enfrentan a diario con un gran

número de personas que requieren ingreso en unidades de emergencia o cuidados intensivos (1,7,8,9).

En consecuencia, tanto el personal sanitario de primera línea como los médicos y enfermeras expuestos al COVID-19 presentan una propensión significativa a sufrir deterioro en su salud mental. Esto subraya la necesidad imperativa de implementar estrategias de apoyo e intervenciones específicas, orientadas a equiparlos con habilidades para afrontar situaciones complejas con el fin de preservar su bienestar (12). Por ello, es crucial comprender la situación de los profesionales de la salud en relación con este aspecto. Esto promovería una mayor conciencia tanto entre los propios profesionales como entre los responsables sanitarios acerca del impacto que estos factores tienen en su calidad de vida, y en consecuencia, en la calidad de la atención médica que ofrecen.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

Desde marzo de 2020, Perú ha enfrentado la pandemia más grave del siglo: la COVID-19 ha suscitado una crisis de salud pública y global sin precedentes. Hasta septiembre del 2023 se ha reportado a la OMS un total de 770 437 327 casos confirmados de COVID-19, incluyendo 6 956 900 fallecimientos(13).

En el contexto peruano, se registraron 4 517 034 casos de COVID-19 con 221 364 defunciones atribuidas a la COVID-19 (13). Estos datos reflejan la considerable magnitud del impacto generado por la pandemia, manifestado en una necesidad urgente de hospitalización para miles de individuos debido a síntomas severos.

El impacto en el sistema de salud en América del Sur ha alcanzado dimensiones críticas, evidenciado contundentemente en los titulares mediáticos. Ejemplos como personas fallecidas en las aceras de Ecuador, largas filas para acceder a oxígeno en Perú y el colapso del sistema de salud chileno, a pesar de su posición como uno de los más robustos en la región, ilustran la magnitud de la crisis sanitaria. El aumento exponencial de casos, impulsado por la rápida propagación del virus y agravado por las disparidades en la infraestructura hospitalaria, la insuficiencia de recursos y la urgente necesidad de adaptar los sistemas de salud, representaron desafíos significativos tanto para los servicios de salud pública como privada en Sudamérica.

En el contexto peruano, el impacto de la pandemia ha sido especialmente desafiante debido a las disparidades existentes y a la limitada asignación de recursos al sector salud. Estos factores se han exacerbado por la inestabilidad política vigente en el país. A lo largo de diversas localidades, los servicios y hospitales han afrontado la carga de atender a pacientes con síntomas graves de COVID-19, y en los meses más críticos de la pandemia se evidenciaba un promedio diario de entre 250 y 300 defunciones, según reportes del Ministerio de Salud (MINSA). Esta situación ha puesto de manifiesto la urgencia de abordar tanto las desigualdades estructurales como la necesidad de fortalecer la infraestructura sanitaria para afrontar crisis. La región Callao se destacó como una de las primeras áreas del país con una elevada incidencia de contagios de coronavirus. Desde los inicios de la pandemia, esta región fue clasificada en nivel extremo, lo que implicó la implementación de medidas de cuarentena y una situación de emergencia en los servicios de salud. En total, la región Callao cuenta con 3 hospitales, siendo el

Hospital Daniel Alcides Carrión el primero en ser designado para la atención e internamiento de casos de COVID-19.

Dada la considerable demanda y el colapso de los servicios, el Hospital San José del Callao (HSJ) se vio forzado a habilitar áreas para la hospitalización y atención de pacientes con COVID-19. Esto ocurrió a pesar de que el hospital carecía de la infraestructura adecuada para enfrentar un virus altamente contagioso. La limitada ventilación en los espacios, la incertidumbre inicial acerca de las formas de transmisión y la abrumadora cantidad de pacientes condujeron a un aumento en los niveles de estrés y ansiedad entre el personal sanitario. El Hospital San José del Callao fue fundado en junio de 1970 como un hospital de campaña para brindar apoyo después del terremoto ocurrido un mes antes, y gracias a la colaboración de la fundación inglesa St. Joseph's Hospice Association de Liverpool. Al transcurrir de los años pasó a formar parte del Ministerio de Salud (MINSA) y ser un hospital de apoyo. Actualmente es un hospital general de II nivel, que brinda atención en diversas especialidades, contando además con hospitalización COVID-19, emergencia de 24 horas y un módulo de toma de muestras para la detección de casos COVID-19. Siendo un hospital referente en la región, tuvo que lidiar con la sobredemanda de atención por incremento de casos de coronavirus. Ello rápidamente rebasó la capacidad de atención, siendo las enfermeras y médicos los principales profesionales afectados por la enfermedad y muerte de diversos pacientes afectados por COVID-19.

Se ha encontrado que la fatiga por compasión es un problema que afecta principalmente a los médicos y enfermeras que laboran en unidades críticas en contextos de desastres (1,9) Presenciar y experimentar el sufrimiento del paciente

significa que las enfermeras de cuidados críticos tienen un mayor riesgo de desarrollar fatiga por compasión durante las pandemias (7,8). Además, los médicos y enfermeras que trabajan en áreas COVID-19 (como muchos otros trabajadores de la salud) son vulnerables al riesgo de infección, además de tener la preocupación adicional de contraer potencialmente el virus ellos mismos o exponer sin saber a familiares y amigos a un mayor riesgo de infección. En Italia se realizó un estudio para evaluar la fatiga por compasión (FC) en un centro de rehabilitación. Los datos mostraron un aumento de las puntuaciones generales de fatiga por compasión en todos los trabajadores; sin embargo, el grupo de enfermeras arrojó un alto porcentaje de FC con un porcentaje de 45.83% de las personas que tienen puntuaciones de moderadas a graves en comparación con otras profesiones (14).

La literatura señala que la fatiga por compasión y el síndrome de agotamiento son particularmente altos entre el personal sanitario, pero principalmente en aquellos que trabajan en entornos donde se enfrentan a diario con un gran número de personas para quienes el resultado es terrible; como es el caso de aquellos diagnosticados con COVID-19 y que requieren ingreso en unidades de emergencia o de cuidados intensivos (UCI) (1,7,14,15).

Muchas veces, la fatiga por compasión suele manifestarse de forma similar al agotamiento; sin embargo, el agotamiento se asocia más al entorno laboral o en relación a los factores estresantes del espacio laboral, y no toman en cuenta que la relación empática y el entorno de cuidado hacia la persona sufriende son esenciales en la adecuada provisión de atención. Esta relación de apoyo, se fundamenta en la empatía y en la comprensión del sufrimiento del paciente, pero a su vez, puede

generar un efecto adverso que disminuye la capacidad de respuesta y bienestar emocional que se denomina fatiga por compasión.

La situación pandémica ha generado además una serie de factores estresantes que afectan negativamente la salud mental del personal sanitario de diversos países. Durante los primeros días del brote en China, se llevó a cabo una encuesta entre 1563 profesionales del sector de la salud. Los resultados revelaron que una proporción significativa de estos profesionales experimentaron síntomas de depresión (50.7%), ansiedad (44.7%) y trastornos del sueño (36.1%)(2). Otros estudios señalan, la existencia de un impacto emocional en los médicos y enfermeras que asisten y presencian el sufrimiento prolongado de los pacientes en entornos cuidados intensivos y de emergencia (10,12). Este impacto se asocia con la sensación de incapacidad para mitigar el sufrimiento de aquellos a quienes cuidan. Específicamente, las enfermeras que laboran en unidades de cuidados intensivos pueden experimentar un nivel significativo de angustia emocional que se ha correlacionado con el desarrollo de fatiga por compasión (7,11,15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha urgido a los líderes a dirigir su atención hacia las amenazas persistentes que impactan la salud y el bienestar, tanto del personal sanitario como de los pacientes. Esta llamada resalta la necesidad crítica de abordar los desafíos continuos que enfrenta el sistema de salud en la protección y cuidado de aquellos que brindan atención y de quienes la reciben (16). En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) emitió una guía para el cuidado de la salud mental del personal de salud (17), la cual establece directrices para la identificación de problemas psicológicos, su gestión y recuperación. Al momento de llevar a cabo este estudio, no se han hallado investigaciones que aborden

específicamente la fatiga por compasión y su vinculación con la afectación de la salud mental en el personal sanitario. Asimismo, no se han identificado protocolos o directrices institucionales destinadas a mitigar los efectos derivados de la exposición constante a situaciones emocionalmente exigentes durante la crisis de la pandemia de COVID-19. En el actual escenario, surge la necesidad de investigar la posible asociación entre la fatiga por compasión y la afectación de la salud mental del personal sanitario, quienes se han enfrentado a condiciones laborales sumamente estresantes y emocionalmente exigentes. La fatiga por compasión, un fenómeno que se manifiesta cuando los profesionales de la salud experimentan un agotamiento emocional debido a la continua exposición al sufrimiento de los pacientes, podría estar estrechamente vinculada con el deterioro de la salud mental en un contexto tan desafiante como lo ha sido la pandemia de COVID-19. Este enfoque se vuelve fundamental para salvaguardar tanto el cuidado de la salud como el bienestar del personal sanitario, aspectos que, en última instancia, inciden directamente en la mejora de la atención brindada a los pacientes y usuarios a los que prestan servicio.

A partir de estas consideraciones, formulamos nuestra pregunta de investigación ¿Cuál es la situación de la fatiga por compasión, ¿cuáles son sus características y cuál es su relación con la afectación de la salud mental del personal médico, enfermería y técnicos de enfermería del Hospital San José del Callao durante la pandemia por COVID-19 en el 2022?

Justificación del estudio

Debido a la pandemia por COVID-19 y el impacto que tiene en la salud del personal sanitario, resulta de especial interés conocer la presencia de fatiga por compasión y el estado de salud mental del personal médico y de enfermería, de esta manera podremos proteger a los profesionales de los que depende en muchos casos la vida de los pacientes. Diversos estudios nos hablan de los efectos en la salud mental, que trae consecuencias que pueden verse a corto y a largo plazo (9–11,18,19). Por ello, es de importancia explorar la fatiga por compasión y su relación con la afectación de la salud mental del personal sanitario; conocer ello, será vital para el apoyo y la intervención efectiva de esta población.

Se deben tomar acciones eficientes basadas en evidencia para proteger la salud mental del personal de salud; para poder realizar ello, es necesario conocer cuál es su nivel de fatiga por compasión y la relación con la salud mental dentro del contexto peruano.

La presente investigación busca proporcionar información útil para conocer más sobre el alcance de estos problemas y las formas de prevenirlos. Cabe destacar que este tema no ha sido estudiado a profundidad en el Perú, por lo que la presente investigación abre camino para futuras investigaciones que permitan establecer y desarrollar modalidades de intervención a nivel preventivo que beneficiarían al personal de salud y la población en su conjunto.

Además, este estudio tiene una relevancia práctica significativa, ya que contribuirá al fortalecimiento del campo del cuidado de la salud mental del personal sanitario.

Los resultados obtenidos a partir de esta investigación podrían proporcionar

información valiosa que guíe el diseño de estrategias orientadas a prevenir la aparición de problemas y promover la salud en este grupo de profesionales.

Objetivos

Objetivo general

- Identificar la fatiga por compasión, sus características y su relación con la afectación de la salud mental del personal médico, de enfermería y técnicos de enfermería del Hospital San José del Callao durante la pandemia por COVID-19 en el 2022.

Objetivos específicos

- Analizar las características sociodemográficas del personal médico, de enfermería y técnicos de enfermería incorporados al estudio.
- Describir la fatiga por compasión, satisfacción por compasión, agotamiento y la afectación de la salud mental según características sociodemográficas del personal médico, de enfermería y técnicos de enfermería.
- Identificar los niveles de fatiga por compasión y la afectación de la salud mental del personal médico, de enfermería, técnicos de enfermería durante pandemia de la COVID-19 en el 2022.
- Analizar la relación entre fatiga por compasión, y la afectación de la salud mental del personal médico, de enfermería, técnicos de enfermería durante pandemia de la COVID-19 en el 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

Durante diciembre del 2019, en Wuhan-China, aparecieron los primeros sujetos contagiados de una enfermedad que ataca las vías respiratorias que más adelante se denominó COVID-19. Esta enfermedad se originó por un virus nuevo registrado como coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV-2 o en inglés: SARS-CoV-2). La familia de los coronavirus (CoV) pueden ocasionar problemas leves como el resfriado común hasta el SARS y tienen un origen animal. Las siglas COVID provienen de “CO”: corona, “VI”: virus, y “D”: disease (enfermedad) (20).

Transmisión: el virus es transmitido por el contacto directo con gotitas respiratorias de una persona infectada (generadas por toser o estornudar). Las personas infectadas por el virus pueden contagiar antes de desarrollar síntomas. Su periodo de incubación, es decir, el tiempo desde la exposición al virus y desarrollar sintomatología, es en promedio 6 días (21). Según algunos estudios las personas infectadas tienen mayor potencial de contagio en el tiempo cercano al establecimiento de los síntomas, en comparación con etapas posteriores de la enfermedad (22).

Síntomas: comúnmente se presenta fiebre, cansancio y tos seca. En menor frecuencia también se pueden presentar malestar general, cefalea, faringitis, hipogeusia, anosmia, congestión nasal, conjuntivitis, gastroenteritis, y erupciones en piel o alteraciones de color en dedos de manos/pies. En cuadros clínicos más severos (20% aproximadamente) se puede presentar fiebre alta, disnea o neumonía,

y en menor frecuencia puede ser fatal. Existen además casos que no presentan síntomas y que según algunas informaciones pueden transmitir el virus (23).

Epidemiología: Hasta septiembre de 2023, la Organización Mundial de la Salud ha recibido informes que confirman un total de 770,437,327 casos de COVID-19 en todo el mundo, con 6,956,900 lamentables fallecimientos registrados (13). En el contexto específico de Perú, se han documentado 4,517,034 casos de COVID-19, con 221,364 defunciones atribuidas a esta enfermedad (13).

Diagnóstico: debido a que la presentación clínica es parecida a la influenza y al resfriado común es necesario confirmar la enfermedad con exámenes de laboratorio.

Susceptibilidad: personas de mayor edad, y sujetos con condiciones médicas crónicas, como la diabetes, hipertensión arterial, cáncer y enfermedad cardiaca o pulmonar, tienen mayor riesgo de presentar síntomas severos. Sin embargo, existen casos fatales en pacientes de todas las edades.

Prevención: las medidas de salud pública recomendadas por la OMS(23) ayudan a disminuir el contagio de la COVID-19:

- Distanciamiento social (guardar como mínimo 1 metro de distancia con los demás) y cuarentena (restringir actividades). Evitar ir a lugares concurridos.
- Al toser o estornudar se debe cubrir la boca y nariz con el codo/paño descartable.
- No se toque las zonas por donde puede ingresar el virus (ojos, nariz, boca).
- Lavarse a menudo las manos con agua y jabón. Se puede emplear también un desinfectante a base de alcohol.
- Limpiar frecuentemente las superficies y objetos tocados.

Tratamiento: la recomendación principal para las personas infectadas es aislarse para evitar que la enfermedad se propague, especialmente en los primeros días en los que el potencial de contagio es mayor. Se sugiere cuarentena por 14 días para las personas en contacto con alguien infectado. Mientras los síntomas no sean graves la OMS recomienda controlar los síntomas diariamente, permanecer con energía y positivo conservando la comunicación con su entorno más cercano y haciendo ejercicio en casa (23).

En caso de síntomas severos se sugiere atención médica especializada. No se podido establecer hasta la fecha ningún medicamento que pueda prevenir o curar el COVID-19, aunque existen varios estudios clínicos probando medicamentos occidentales y tradicionales. Usualmente se prescriben antibióticos (Ej.: Azitromicina) para evitar o controlar complicaciones relacionadas a infecciones bacterianas que podrían ocasionar la muerte (24).

La pandemia de la COVID-19 es la crisis sanitaria más importante que el Perú ha enfrentado en el último siglo. Nuestro país fue uno de los países más afectados a nivel mundial, con un número muy elevado de personas infectadas y una proporción alta de muertes por coronavirus. La tasa de mortalidad durante la pandemia ha superado la tasa de mortalidad esperada para el mismo período de tiempo en casi un 60%. La gravedad de las complicaciones de la enfermedad y sus altas tasas de mortalidad producen un gran sufrimiento y hacen que las personas tengan que ser hospitalizadas y recibir atención especializada en los diversos hospitales del país.

Los profesionales sanitarios, por definición, cuidan de los demás, por lo que, en línea con sus funciones, se enfrentan a situaciones de gran carga emocional. La sobredemanda de atención supone además la afectación de la salud del personal

sanitario; quienes, están expuestos a un alto nivel de sufrimiento de los pacientes que atienden en un sistema de salud sobrepasado (25).

Fatiga por Compasión

La fatiga por compasión es un fenómeno que afecta a muchos trabajadores de la salud a nivel mundial (7,8,15,26). Se caracteriza por un conjunto de manifestaciones y vivencias que surgen del agotamiento tanto físico como emocional en el personal sanitario. Este agotamiento se relaciona con la exposición prolongada al dolor y sufrimiento de los pacientes, situación en la que los profesionales se encuentran ante la incapacidad de mitigar completamente dicho sufrimiento. La fatiga por compasión se manifiesta cuando los trabajadores de la salud pierden progresivamente su capacidad de empatizar con los pacientes debido a la constante exposición a su dolor y angustia

La investigación presenta una serie de factores que pueden dar lugar a la fatiga por compasión, algunos de los cuales tienen naturaleza organizacional y otros de índole individual(6,8). Entre los factores organizacional se encuentran: la falta de espacios de *debriefing*, el estrés prolongado, falta de apoyo, carga laboral elevada y las restricciones de tiempo que entorpecen la prestación de atención de alta calidad (27).

Algunos autores señalan que el trabajo constante a través de la empatía y el entendimiento del dolor emocional del paciente aunado a factores laborales como: años de experiencia, largas horas de trabajo, seguridad laboral entre otros, puede propiciar la aparición de FC (14,26,28).

Por otro lado, los factores individuales abarcan antecedentes personales de trauma, la falta de conciencia sobre la FC, la inhabilidad para mantener límites profesionales y ausencia de prácticas de autocuidado (29) .

En el caso del personal sanitario peruano, la fatiga por compasión podría ser un problema particularmente acuciante, debido a la alta tasa de mortalidad y sufrimiento asociado, además de la precariedad de las condiciones laborales y la falta de recursos del sistema de salud.

El modelo etiológico de la FC fue desarrollado por Charles Figley en 1995. La teoría subraya la importancia de ofrecer apoyo a individuos en situación de sufrimiento mediante una respuesta empática y el establecimiento de una alianza terapéutica efectiva entre profesionales médicos y pacientes. No obstante, es crucial reconocer que la empatía y la compasión conllevan un desgaste emocional significativo. En el intento por comprender la vivencia del dolor ajeno, también se experimenta el propio sufrimiento (30).

La empatía implica la capacidad para ponerse en el lugar del paciente, escuchar activamente, mostrar comprensión genuina, considerando sus circunstancias y preocupaciones, para adaptar un enfoque de cuidado que responda a las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente. (31)

La compasión se define como la sensibilidad ante el sufrimiento propio y ajeno y el compromiso de aliviarlo y prevenirlo. La compasión dirige la atención a ayudar al otro, incluso no es necesario ayudar realmente, sino sólo tener el deseo de hacerlo (32). Podemos señalar que la compasión implica la empatía con el sufrimiento del otro aunado al deseo de aliviarlo.

Para el personal sanitario las interacciones con personas sufrientes pueden devenir en dos respuestas: una respuesta empática compasiva que encarna sentimientos de calidez y preocupación por el sufrimiento del otro y la angustia empática que vendría a ser una respuesta aversiva, acompañada de un deseo de retirarse de la situación con el deseo de protegerse y evitar el sufrimiento (33).

La fatiga por compasión reduce el deseo, interés y/o capacidad por acompañar el sufrimiento del otro. La exposición prolongada, desconexión, preocupación empática, recuerdos traumáticos y el estrés por compasión resultan en condiciones para la aparición de la fatiga por compasión (6). El modelo postula también que los clínicos que no gestionan eficazmente su propio malestar y estrés debido a su trabajo en contextos laborales traumáticos, están en mayor riesgo de desarrollar fatiga por compasión (30).

Es fundamental tener en consideración que la fatiga por compasión no se configura como un diagnóstico en sí mismo, sino que más bien se trata de un concepto que contribuye a caracterizar a aquellos profesionales que experimentan efectos emocionales, físicos y laborales adversos debido a la extensa exposición al sufrimiento de las personas a las que brindan atención (30,33).

La fatiga por compasión es pues el resultado de la exposición a escuchar o apoyar a pacientes que han sufrido un suceso o sucesos traumáticos. Algunos autores indican que la fatiga por compasión puede producirse también sin exposición a material traumático; puede ser el resultado de una exposición crónica al sufrimiento de otros (34).

En el ámbito de la psicología, existe una considerable superposición entre diversos constructos, así como es un problema el uso de diferentes términos para describir

estos conceptos similares, ello ha generado dificultades para la comprensión y entendimiento de este fenómeno. La fatiga por compasión, también ha sido llamado en algunos casos como trauma de estrés secundario, y en otros como trauma vicario (35,36).

Algunos autores han diferenciado el trauma vicario del trauma secundario, debido a que éste último tiene sintomatología emocional y social, mientras que el trauma vicario tiene sintomatología cognitiva. Por otro lado, el trauma secundario puede abarcar una mayor variedad de escenarios, más allá del que uno esté en contacto cercano con una persona traumatizada. Mientras que, en relación a la fatiga por compasión, ésta es específica para aquellos que trabajan en profesiones de ayuda como el personal sanitario de enfermería y medicina.

Jenkins y Baird (2002) utilizan los términos trauma secundario y fatiga por compasión de forma intercambiable. Dichos autores encuentran similitudes entre los términos, señalando que el trauma secundario, el trauma vicario y la fatiga por compasión son similares en cuanto resultan de la exposición a situaciones emocionalmente angustiantes (37).

Por otro lado, Newell y MacNeil (2010) indican que “la experiencia de la fatiga por compasión tiende a ser acumulativa a lo largo del tiempo, mientras que el trauma vicario y el trauma secundario tienen una aparición más inmediata” (38).

Trauma Secundario, se refiere a la experiencia de desarrollar síntomas similares a los del trauma en profesionales de la salud debido al contacto directo con pacientes que han experimentado traumas. Las personas que experimentan trauma secundario no han vivido directamente el trauma, sino que experimentan síntomas similares debido a la conexión emocional con las historias traumáticas de otros (39). Los

trabajadores de la salud pueden internalizar las experiencias traumáticas de los pacientes y experimentar síntomas como intrusión de imágenes, evitación de situaciones relacionadas y aumento de la activación emocional (40).

Trauma Vicario, es una respuesta cognitiva y emocional que los profesionales de la salud experimentan al conocer y comprender los traumas de sus pacientes. A medida que se relacionan con las historias de sufrimiento y trauma, el personal sanitario puede experimentar tristeza, impotencia y angustia que afecta sus esquemas cognitivos, expectativas y suposiciones sobre sí mismos y sobre los demás (41).

Características de la fatiga por compasión

La fatiga por compasión presenta diversas características dentro de las más destacadas se encuentran: Agotamiento, capacidad reducida para sentir simpatía y empatía, ira e irritabilidad, mayor consumo de alcohol y drogas, temor a trabajar con ciertos pacientes, disminución de la satisfacción y disfrute de la profesión, mayor ansiedad o miedos irracionales, hipersensibilidad o insensibilidad al material emocional, problemas en las relaciones interpersonales, dificultad para separar la vida laboral de la vida personal, deterioro de la capacidad para tomar decisiones y cuidar a los pacientes (38,42,43).

La fatiga por compasión conllevaría además mayor riesgo de errores médicos, malos resultados para los pacientes y una menor satisfacción de estos. También puede afectar directamente a las relaciones de la persona con sus colegas y causar insatisfacción laboral e incremento del absentismo laboral (43).

La fatiga por compasión puede extenderse más allá del espacio laboral, e influir negativamente en las relaciones con la familia y los amigos, disminuir la satisfacción con la vida, además de provocar problemas de salud mental, como depresión, trastornos del sueño, ansiedad, estrés postraumático o abuso de sustancias (44).

Satisfacción por compasión (SC)

En contraste con la fatiga por compasión, se ha definido el término satisfacción por compasión, la cual ha sido utilizada para describir los aspectos positivos de trabajar en profesiones de ayuda. La satisfacción por compasión se define como el placer y bienestar derivado de la ayuda, el afecto por la profesión y una buena capacidad de ayudar y hacer una contribución positiva al entorno. La satisfacción por compasión, por tanto, ocurre cuando el personal sanitario siente una conexión con sus pacientes y experimenta una sensación de logro en su trabajo (45). Se ha documentado la relación entre las estrategias de autocuidado y la reducción de la fatiga por compasión junto con niveles más altos de satisfacción por compasión (46,47).

Agotamiento (A)

El término "agotamiento profesional" o *burnout* fue acuñado por primera vez en 1974 por el médico psicoanalista Herbert J. Freudenberger. Él lo describió como un conjunto de comportamientos caracterizados por la pérdida de energía, desmotivación, irritabilidad y otros síntomas físicos relacionados con el estrés laboral (27,48,49). Sin embargo, la definición más ampliamente reconocida de este fenómeno es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981, quienes lo describen

como un síndrome que involucra agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal en el trabajo. Inicialmente observado en profesiones de ayuda, el concepto se ha extendido a diversos campos ocupacionales que implican el trato directo con clientes (50). Posteriormente, Maslach, Schaufeli y Leiter definieron el agotamiento profesional como una respuesta psicológica a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, caracterizada por agotamiento abrumador, cinismo y desapego al trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros (51). Estas dimensiones son evaluadas mediante el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI), el cual es ampliamente empleado para medir este síndrome (15,52). Este síndrome se caracteriza por el agotamiento cognitivo, el cansancio psicológico, actitudes negativas hacia los usuarios y la institución, y la percepción de que el trabajo no cumple con las expectativas. El agotamiento se convierte así en un desgaste profesional ante la percepción de insatisfacción laboral y es considerado un problema de salud y calidad de vida laboral (53).

El desgaste por empatía o fatiga por compasión se distingue del agotamiento por su origen: el agotamiento surge del estrés derivado de la interacción entre el individuo y su entorno laboral, mientras que el primero resulta de la estrecha relación entre el médico y el paciente.

El síndrome de agotamiento puede manifestarse en personas de diversas profesiones, a diferencia del desgaste por empatía, que muestra una mayor prevalencia en aquellas ocupaciones centradas en el apoyo y cuidado. La fatiga por compasión (FC) vendría a ser un término más general que describe la experiencia general de estrés emocional y agotamiento profesional que experimentan los

profesionales sanitarios debido al uso crónico de la empatía en la interacción con pacientes que sufren de alguna manera (6).

Los impactos adversos de proveer cuidados se ven exacerbados por la severidad del material traumático al que los cuidadores están expuestos, especialmente cuando involucra contacto directo con las víctimas, particularmente si dicha exposición es de naturaleza gráfica. Este fenómeno afecta significativamente a ciertas profesiones, como el personal sanitario, de servicios de emergencia y comunitarios, aumentando considerablemente el riesgo de desarrollar fatiga por compasión y trastornos de la salud mental más debilitantes, tales como depresión, ansiedad e incluso trastorno de estrés postraumático (43). Estas condiciones se han identificado como factores que contribuyen al incremento del ausentismo laboral debido a enfermedades, así como al aumento de reclamaciones por lesiones psicológicas, y se vinculan directamente con una mayor rotación de personal en el ámbito laboral. Además, estas circunstancias tienen un impacto negativo significativo en la productividad.

Stamm (54) señala que la fatiga por compasión se divide en dos componentes. El primero aborda aspectos como el agotamiento, la frustración y la ira, típicos del agotamiento profesional. El trauma secundario, un sentimiento negativo impulsado por el miedo y el trauma relacionado con el trabajo.

Afectación de la Salud Mental en el contexto de la COVID-19

Definir salud mental resulta complejo, en la literatura se encuentra diversas definiciones, bajo diferentes perspectivas. Consideramos la definición propuesta por la OMS una de las más consistentes; ya que toma en cuenta la interacción entre

la persona y su contexto, yendo más allá de la mera ausencia de enfermedad mental. La salud mental se define pues, como el estado de bienestar en el que la persona tiene la capacidad de afrontar el estrés y problemas cotidianos de la vida, es consciente de sus capacidades, puede trabajar de manera productiva y fructífera y puede hacer una contribución a su familia y comunidad (55).

Un concepto contrapuesto a la salud mental, son los problemas de salud mental, o la afectación de la salud mental, que se refiere a las dificultades o incapacidad de una persona para realizar su potencial, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una presión abrumadora en diversos aspectos de la vida, y una de las poblaciones más afectadas ha sido el personal sanitario. Estos profesionales han estado enfrentando condiciones excepcionales, asumiendo riesgos personales y trabajando largas jornadas para tratar a la población infectada por COVID-19. Más allá de las amenazas físicas, la pandemia también visibilizó una carga muchas veces no tomada en cuenta, pero igualmente debilitante: la afectación de la salud mental en el personal sanitario. La exposición al sufrimiento, la muerte de pacientes y la lucha por hacer frente con la sobre demanda de atención han facilitado un entorno altamente estresante para los profesionales de la salud. La preocupación constante por su propia salud y la de sus seres queridos, así como la responsabilidad de brindar atención en condiciones de alto riesgo, han contribuido a un aumento generalizado en los niveles de ansiedad. La incertidumbre sobre el virus, su transmisión y su evolución también puede haber dado espacio para la presencia de depresión y agotamiento emocional.

Los efectos de la pandemia en la salud mental del personal sanitario han sido estudiados en diversos países. En China, por ejemplo, evaluaron el estado de salud mental y los factores asociados de 1257 trabajadores de salud durante pandemia de COVID-19. Evidenciaron que gran parte del personal tuvo síntomas de depresión (50.4%), ansiedad (44.6%), insomnio (34%) y distrés (71.5%). Estos problemas afectaron especialmente a las mujeres, enfermeras, personal de primera línea y aquellos que trabajaron en Wuhan (12).

En una encuesta realizada 8 semanas después del inicio de la pandemia por COVID-19 se compararon la salud mental y los problemas psicosociales de 927 trabajadores sanitarios (médicos y enfermeras) con 1255 profesionales no médicos. Los hallazgos fueron que el personal médico tuvo mayores problemas de ansiedad, insomnio, somatización, depresión, y síntomas obsesivos-compulsivos. Los trabajadores de salud presentaron factores de riesgo como: tener una enfermedad orgánica, vivir en zona rural, tener riesgo de contagiarse de COVID-19 en hospitales, y ser mujer; para insomnio, ansiedad, depresión, y síntomas obsesivos-compulsivos. Concluyeron que el personal de salud requiere atención y programas de recuperación durante y después de la pandemia (25).

Según una revisión sistemática actual el impacto de la pandemia sobre la salud mental del personal sanitario y del resto de la población ha sido evaluado principalmente midiendo niveles de ansiedad y depresión (56). Otros criterios evaluados fueron distrés, estrés, insomnio y síntomas/desórdenes de estrés postraumático. La ansiedad fue medida por diversas escalas: Inventario de ansiedad de Beck, la escala-21 de depresión, ansiedad y estrés, el desorden de ansiedad generalizado, la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión y ansiedad

hospitalaria, el cuestionario sobre la salud del paciente, y la escala de ansiedad autoevaluada de Zung. Por otro lado, la depresión fue valorada según: inventario de depresión de Beck, la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, la versión corta del inventario de depresión en niños, la escala-21 de depresión, ansiedad y estrés, la escala de depresión postnatal de Edinburgh, la escala de depresión de Hamilton, la escala de depresión, la escala de depresión y ansiedad hospitalaria, el cuestionario sobre la salud del paciente, y la escala de depresión autoevaluada de Zung. Encontraron prevalencia de ansiedad de 26% (18-34%) y de depresión de 25% (17-33%) en el personal de salud. Estos resultados son similares a los de una revisión sistemática previa realizada en el 2020 en estudios ejecutados en Asia (23.2% y 22.8% de ansiedad y depresión, respectivamente), que además evidenció que la mayoría de sujetos padecieron síntomas leves (57). Otros indicadores evaluados fueron distrés (35% de prevalencia), estrés (40%) e insomnio (32%) en estudios en su mayoría realizados en el continente asiático (56).

Con respecto a la prevalencia de alteraciones en la salud mental del personal sanitario comparada con la del público en general, se observaron valores similares en un metaanálisis reciente (56). Además se observaron mayores niveles de distrés psicológico en el personal de enfermería y en mujeres comparados con doctores y hombres, respectivamente (56,57). El distrés psicológico va a ser mayor en personas con comorbilidades y con una edad que pueden presentar complicaciones por COVID-19 (58).

Abordar la afectación de la salud mental del personal sanitario durante la pandemia no puede ser subestimada. Estos profesionales juegan un papel crucial para la respuesta y recuperación frente a los problemas de salud pública; por tanto, su

bienestar es esencial para brindar atención de calidad a la población. Las soluciones deben ir más allá de simplemente reconocer la carga mental; se deben incluir medidas concretas para proporcionar habilidades y estrategias para promover la salud mental.

Algunos autores recomiendan promover la inteligencia emocional, identificación y expresión de emociones, las cuales pueden mejorar la resiliencia y la capacidad para manejar situaciones difíciles (59,60). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la promoción de un entorno de trabajo que apoye la salud mental y la búsqueda de ayuda es crucial (61). Garantizar el apoyo psicológico y acceso a servicios de salud mental son esenciales para el cuidado de la salud mental del personal sanitario.

III. METODOLOGÍA

- **Diseño del estudio:**

Estudio descriptivo transversal. Se tomó en cuenta la lista de verificación para realizar estudios observacionales transversales del enunciado STROBE (STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology) (62).

- **Población y Muestra**

La población estuvo conformada por 468 trabajadores que forman parte del personal médico, enfermería y técnicos de enfermería del Hospital San José del Callao.

La muestra fue de 127 trabajadores de salud del HSJ, para el tamaño de muestra se consideró una desviación estándar de 7.95 (63) y una precisión de 1.3 de fatiga por compasión según ProQOL IV (Ver anexo) dando como resultado 110 personas. Se agregó un 10% al tamaño de muestra calculado inicialmente, para compensar las posibles pérdidas dando un resultado de muestra ajustado de 122 participantes. Para contextualizar este resultado, es importante destacar que se extendió una invitación a la totalidad de la población objetivo, compuesta por 468 personas. La tasa de respuesta obtenida en hombres fue de 19.53% y en mujeres de 30.29%, resultando una tasa general de 27.35%.

Es esencial considerar que, en el contexto de la pandemia, todos los participantes habían experimentado rotaciones en diversos servicios del HSJ.

- **Muestreo**

La selección de la muestra en esta investigación se basó en un enfoque de muestreo por conveniencia, resultando en una participación final de 127 participantes.

- **Criterios de inclusión:**
 - Médicos, personal de enfermería y técnicos de enfermería que laboraban en el hospital desde diciembre del 2019 como mínimo.
- **Criterios de exclusión:**
 - Profesional de salud con labores solamente administrativas.
 - Personal que sólo realiza actividades virtuales.
 - Personal que no firmó el consentimiento informado.
- **Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Edad	Tiempo que una persona ha vivido	Número de años	-
Sexo	Características biológicas del individuo que lo diferencian como hombre o mujer	Sexo de la persona	Femenino = 1 Masculino = 2
Religión	Tendencia individual o colectiva de adoptar, practicar y sostener creencias, rituales, valores y prácticas asociadas a una religión específica o sistema de creencias espiritual-	Declaración de filiación religiosa a través de la respuesta a la pregunta ¿Cuál es tu preferencia religiosa?	Católica = 1 Cristiana = 2 Otra = 3 Sin preferencia = 4

Profesión	Actividad u oficio del individuo, en la que se ha preparado y que desempeña en el centro de salud	Nombre de profesión con la que figura en centro hospitalario	Médico = 1 Enfermería = 2 Técnico de enfermería = 3
Condición laboral	Tipo de contrato laboral registrado: Nombrado: Régimen de estabilidad laboral indeterminada. CAS (contratado). Es un régimen de estabilidad laboral temporal.	Declaración del tipo de contrato laboral que ostenta a la fecha de la encuesta.	Nombrado =1 Contratado =2
Salud General	Estado de bienestar en el que un individuo puede llevar a cabo sus funciones diarias sin limitaciones.	Salud general según autoinforme: Respuesta a la pregunta "¿Cómo describe usted su salud en general?".	Mala=1 Regular=2 Buena =3 Excelente=4
Enfermedad crónica	Una enfermedad crónica es una condición de salud de larga data que requiere un tratamiento continuo y de larga duración.	Según autoinforme: Respuesta a la pregunta "Sufre de alguna enfermedad crónica (Ej.:	Sí=1 No=2

		Hipertensión arterial, diabetes, asma, etc.)?	
Infección previa con COVID-19	Condición de haber sido infectado por el virus SARS-CoV-2, que causa la enfermedad COVID-19.	Presencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en la sangre, detectados por prueba serológica.	Sí=1 No=2 No estoy seguro=3
Familiar/persona cercana con COVID-19	Persona que tiene una relación cercana con el sujeto de estudio, y que ha sido diagnosticada con COVID-19.	Miembro de la familia, amigo o un compañero de trabajo que ha sido diagnosticado con COVID-19.	Sí=1 No=2 No estoy seguro=3
Exposición a casos de COVID-19	Experiencia directa en diagnosticar, tratar, o proveer cuidado a pacientes con elevada temperatura o pacientes confirmados con la COVID-19	Sujetos con experiencia previa con pacientes diagnosticados con COVID-19 hospitalizados en unidades de emergencia y hospitalización	No exposición = 1 Exposición a casos con sospecha de COVID-19 = 2 Exposición a casos confirmados de COVID-19 = 3
Trabajo en área COVID-19	Experiencia de haber trabajado en un área del hospital designada para	Según autoinforme: Respuesta a la pregunta ¿Ha trabajado alguna vez	Sí, trabajo actualmente ahí Sí, aunque no actualmente

	atender a pacientes con COVID-19.	en el área COVID-19 del Hospital San José?	Nunca he trabajado en esa área
Tiempo de servicio	Años de trabajo como personal de salud	Tiempo especificado en años laborando en el área de servicio	
Servicio o área de trabajo	Descripción del área médica donde se labora.	Servicio o área donde labora principalmente durante la toma de encuesta	Emergencia = 1 Consultorios externos = 2 Gineco Obstetricia = 3 Pediatría/Neonología = 4 Hospitalización = 5 Área COVID = 6 UCI = 7
Área de servicio frente al COVID-19	Posición de área de servicio frente al COVID-19	Servicio o área donde labora principalmente durante la toma de encuesta, considerando emergencia, hospitalización, área COVID y UCI como primera línea	Primera línea = 1 Segunda línea = 2

Fatiga por compasión	Cúmulo de reacciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y sociales que sufre el personal de salud como consecuencia de su labor.	Resultado del Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción (ProQOL- <i>v</i> IV). Subescala: fatiga por compasión	Puntajes de 0 – 50 Fatiga por compasión: Nivel bajo (≤ 8) = 1 Nivel medio (9-17) = 2 Nivel alto (≥ 18) = 3
Satisfacción por compasión	Sentimiento positivo de bienestar derivado de la ayuda, el afecto por la profesión y una buena capacidad de ayudar y hacer una contribución positiva al entorno.	Resultado del Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción (ProQOL- <i>v</i> IV). Subescala: Satisfacción por compasión	Puntajes de 0 – 50 SC: Nivel bajo (≤ 32) = 1 Nivel medio (33-42) = 2 Nivel alto (≥ 43) = 3
Agotamiento	Conjunto de comportamientos caracterizados por la pérdida de energía, desmotivación, irritabilidad y otros síntomas físicos	Resultado del Cuestionario de fatiga de compasión y satisfacción (ProQOL- <i>v</i> IV). Subescala: Agotamiento	Puntajes de 0 – 50 A: Nivel bajo (≤ 17) = 1 Nivel medio (18-27) = 2 Nivel alto (≥ 28) = 3

	relacionados con el estrés laboral		
Afectación de la Salud mental (55)	Dificultades o incapacidad de una persona para realizar su potencial, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.	Resultado de Cuestionario General de salud (GHQ-12) Mayor puntaje, mayor grado de afectación Subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave	Valores de 0 - 12 ≤ 4 puntos (no psicopatología) = 1 5-6 puntos (sospecha de psicopatología) = 2 7-12 puntos (indicativos de presencia de psicopatología) = 3

- **Instrumentos de recolección de datos**

Instrumento 1: Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV),

La evaluación de la presencia y el nivel de la fatiga por compasión se llevará a cabo a través del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV), traducida al español (64). Esta escala permite identificar tanto la fatiga por compasión y los aspectos saludables que supone el quehacer profesional dirigido al cuidado y atención de personas sufrientes.

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV) es la prueba que más se ha utilizado en estudios relacionados al ambiente

laboral en salud. Ha sido completado en más de 600 investigaciones en todo el mundo. El modelo teórico en que se fundamenta esta prueba, divide a la fatiga por compasión en dos componentes. El primer componente, se refiere a síntomas relacionados con el agotamiento, como el cansancio, frustración, ira y tristeza. El segundo componente es el relacionado al estrés traumático secundario, el cual se describe como la angustia psicológica que puede ocurrir al presenciar o escuchar detalles del trauma de otra persona (6). Asimismo, este cuestionario presenta una subescala que evalúa los aspectos positivos de la prestación de ayuda a otros, llamado satisfacción por compasión, que supone sentimientos positivos y la empatía hacia los pacientes que reciben la atención y cuidados médicos. Se seleccionó este instrumento por su validez, consistencia y uso extendido para la evaluación de fatiga por compasión.

Ficha técnica

Nombre del instrumento: Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV).

Autores: Figley y Stamm (1995); versión traducida al español por Morante et al. (64) obtenida de la página web oficial (65).

Nº de enunciados: 30 ítems

Forma de aplicación: individual presencial o virtual

Tiempo estimado de aplicación: 10 a 15 minutos

Administración: Autoaplicada

Objetivo: Identificar los aspectos positivos como los negativos, que supone la empatía hacia aquellos individuos que se cuida durante práctica asistencial en el ámbito de la salud

Descripción: Consta de 30 ítems y su formato de respuesta consiste en una escala Likert con seis categorías. La prueba se divide en 3 subescalas: 1) Subescala de Fatiga por Compasión (FC); 2) Subescala de Satisfacción por Compasión (SC); y 3) Subescala de Agotamiento.

Puntuaciones: el encuestado responde a cada pregunta usando una escala tipo Likert: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algunas veces, 3 = con alguna frecuencia, 4 = casi siempre, y 5 = siempre. El sujeto debe responder sinceramente con el valor que se ajuste más a su experiencia profesional de los últimos treinta días.

Para calificar la prueba primero se invierten los valores de las preguntas 1, 4, 15, 17 y 29 (0=0, 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Luego, se suman los puntajes obtenidos categorizando las preguntas para hallar la fatiga por compasión, agotamiento, y satisfacción por compasión. Para encontrar la fatiga por compasión se consideran las preguntas 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28.

La interpretación de FC se puede realizar tomando el valor obtenido o categorizándola en FC baja (≤ 8), media (9-17) o alta (≥ 18).

Diferencias y uso de versión V: hace más de 10 años atrás se publicó la versión V de este cuestionario en inglés, sin embargo, su uso aún no se establece como norma en el español. En varios países se ha ido actualizando de versión progresivamente, existiendo múltiples artículos recientes con la versión IV en Turquía, Italia y Japón. Las diferencias en la subescala de fatiga por compasión se dan en 2 de 10 preguntas (ítem 9 y 13), cambiando ligeramente los enunciados mas no el sentido de la pregunta. El cambio más significativo con la versión V es que las respuestas oscilan entre 1 = *Never* a 5 = *Very often*, eliminando el cero como opción, aumentando así el valor mínimo de FC de cero a diez (65).

Proceso de adaptación en contexto nacional: Segura (2017) realizó la adaptación en personal sanitario de la ciudad de Loja en Ecuador, hallando una confiabilidad por subescala de 0.87 subescala Satisfacción por compasión, 0.72 Agotamiento, y 0.80 subescala Fatiga por compasión (66). No existen artículos publicados donde se valide el instrumento en el Perú.

Uso y propósitos típicos Identificar los aspectos saludables como las dificultades, que supone la empatía hacia aquellos individuos que se cuida durante práctica asistencial en el ámbito de la salud.

Instrumento 2: Cuestionario de Salud General-12 ítems

En esta investigación, para medir la afectación de salud mental utilizaremos el Cuestionario General de Salud de 12 ítems (GHQ-12) creado por Goldberg en el año 1972. Esta es una prueba autoadministrada que detecta la presencia de trastornos psiquiátricos no psicóticos. La versión original estuvo compuesta por 60 ítems; sin embargo, con el transcurrir del tiempo se han elaborado versiones más cortas. Se eligió este instrumento porque presenta buenas características psicométricas, siendo su principal utilidad evaluar la afectación de la salud mental en población general. En Perú la adaptó Merino y Casas en el año 2013, empleando 897 estudiantes de nivel secundario de Lima Metropolitana, encontrando un Alpha de Cronbach de 0.757 (66).

Ficha Técnica

Autores: Goldberg (67) adaptado por Merino y Casas.

Nº de enunciados: 12 ítems

Forma de aplicación: individual presencial o virtual

Tiempo estimado de aplicación: 05 a 10 minutos

Administración: Autoaplicada

Objetivo: Identificar o detectar algún desorden mental o perturbación psiquiátrica

Descripción: instrumento desarrollado por la OMS y validado en otros países de Latinoamérica (entre ellos Perú) para el estudio de depresión, ansiedad, psicosis, trastorno convulsivo, alcoholismo y drogadicción. Está conformado por 12 ítems, los cuales miden 4 subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Puntuaciones: tomando en cuenta si el síntoma estuvo presente en el último mes, ante cada enunciado el encuestado responde con: 0 = No, en absoluto, 1 = No más/igual que lo habitual, 2 = Algo más/menos que lo habitual, o 3 = Mucho más/menos/mejor que lo habitual. Se puede considerar el resultado como escala tipo Likert 0-1-2-3, así como también 0-0-1-1 o 0-1-1-1. En este estudio se consideró el modelo de 0-0-1-1, siendo la forma más empleada en la literatura (68).

Uso y propósitos típicos: El cuestionario brinda la posibilidad de determinar la situación de salud del evaluado y estimar la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental.

Proceso de adaptación en contexto nacional: Merino y Casas adaptaron la prueba en estudiantes de secundaria en un colegio de Lima, hallando una confiabilidad de 0.757 a través del alfa de Cronbach (66). Sin embargo, no existe un artículo de validación en personal de salud en el ámbito nacional.

Características de muestra nacional en que fue aplicado: Estudiantes de nivel secundaria en Lima y Chimbote.

Validación y confiabilidad de los instrumentos

La validación de los instrumentos ha sido de vital importancia en el marco de esta investigación. Los cuestionarios ProQOL-vIV y GHQ-12 han sido previamente aplicados en diferentes contextos, específicamente en personal de salud en Ecuador y en estudiantes peruanos de secundaria, respectivamente. Sin embargo, dada la falta de aplicación previa en un grupo similar al de nuestra investigación, se procedió a llevar a cabo una rigurosa evaluación por parte de expertos en el campo. Este enfoque fue adoptado con el propósito de asegurar que los instrumentos midieran los constructos planteados de manera precisa y en consonancia con los objetivos específicos de nuestra investigación.

El proceso involucró la participación de tres expertos, quienes evaluaron cada pregunta de los cuestionarios. Los criterios de evaluación utilizados abarcaron aspectos como la pertinencia, la relevancia, la claridad y la suficiencia de las preguntas. A través de esta evaluación, se logró identificar aquellas interrogantes que requerían ajustes para adaptarse con propiedad al contexto de nuestro estudio. Cabe destacar que las modificaciones efectuadas en las preguntas 7 y 9 del GHQ-12, así como en las preguntas 8, 11 y 25 del ProQOL-vIV, se sustentaron en los valiosos aportes proporcionados por los expertos. Estos aportes se basaron en su experiencia y conocimientos especializados en el campo. Dichas adaptaciones no solo tuvieron como objetivo ajustar el lenguaje a un contexto más cercano y comprensible, sino también asegurar la claridad y relevancia de las preguntas para los participantes.

La validación final se basó en criterios preestablecidos, incluyendo el índice de V de Aiken, que debía alcanzar o superar el umbral de 0.7 para cada enunciado. Estos procesos de ajuste y validación conjuntamente aseguraron que los cuestionarios

fuera capaces de capturar con precisión las experiencias y percepciones del grupo de estudio en el entorno peruano. Así, se minimizó cualquier posible confusión en términos y se maximizó la validez de los resultados obtenidos.

Se aplicaron ambos cuestionarios en una prueba piloto a 46 profesionales de salud (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería) que laboraban presencialmente en un centro hospitalario distinto al HSJ y perteneciente al MINSA, desde febrero hasta abril del 2022.

La confiabilidad de las pruebas es un aspecto crucial en la investigación, ya que garantiza la consistencia y la estabilidad de los resultados obtenidos. Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos utilizados en este estudio, se empleó el coeficiente Omega propuesto por McDonald en 1999. Los valores obtenidos fueron de 0.785 y 0.843 para el ProQOL-vIV y el GHQ-12, respectivamente. Estos resultados confirman la alta confiabilidad de las encuestas, superando el umbral mínimo aceptable de 0.65, tal como se ha establecido en la literatura (69).

- **Procedimiento**

Se incluyeron en el estudio al personal de medicina, enfermería y técnicos de enfermería del HSJ siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Se enviaron las encuestas por internet a toda la población identificada (429 participantes entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería). Para poder registrarse al estudio los participantes brindaron su consentimiento informado vía online (Anexo). Los datos fueron recolectados mediante la plataforma Formularios de Google (<https://docs.google.com/forms>) con una encuesta anónima y autoadministrada, desde mayo del 2022 a febrero del 2023.

Actividades de recolección de datos

Pasos seguidos:

1. Se obtuvo el permiso oficial de la dirección del Hospital San José del Callao involucrado en la investigación, así como de su comité de ética; y además del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Se obtuvo la lista de correos del personal de salud contemplado (Médicos, enfermeras, técnicos de enfermería)
3. Se crearon códigos por cada correo del personal de salud contemplado y se guardó dicha lista en un documento protegido con contraseña que sólo conoció la investigadora, este documento se almacenó en el ordenador personal de la investigadora.
4. Se envió un correo con el código específico y la dirección web de la encuesta online (Anexo) a cada participante de la lista. Luego de esto se borró la base de datos con los correos electrónicos del personal y códigos asignados.
5. Después de haber enviado la invitación inicial, se esperaron 4 semanas y se envió una segunda invitación para todos los participantes (Anexo). Debido a que cada participante tuvo un código asignado no se obtuvieron respuestas duplicadas. Al observar la insuficiente participación del personal sanitario, 2 meses después de iniciado el estudio, se hicieron llegar recordatorios por medio de las jefaturas.
6. El programa Formularios de Google recopiló las encuestas usando únicamente el código brindado a cada participante, no se utilizó información del correo electrónico, esto aseguró el anonimato de la encuesta.

7. Pasados 10 meses de iniciada la recolección de datos y habiendo obtenido el tamaño de muestra planteado se cerró la encuesta online.
8. De un total de 468 profesionales sanitarios que fueron invitados a participar del estudio, se obtuvo un total de respuestas de 127, lo cual nos arroja una tasa de respuesta de 29.13 %
9. Finalmente se procesaron los datos en el programa SPSS® V25 (IBM SPSS Statistics Subscription Trial).

Consideraciones éticas

El Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) – Humanos establecido por la Universidad Peruana Cayetano Heredia fue el encargado de evaluar el estudio. El proyecto de investigación se realizó siguiendo las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) para la protección de participantes humanos en investigación (Documento 45CFR46) (70) y el Manual de procedimientos del Comité Institucional de Ética en Investigación (71) catalogándose como un estudio de riesgo mínimo.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos:

- Todas las personas que participaron en el estudio sabían leer y aceptaron el consentimiento informado.
- A través del consentimiento informado online, se enfatizó el carácter voluntario de la participación, así como el derecho del participante para poner fin a su participación en cualquier momento tan solo presionando el botón cerrar. El no participar o retirarse del estudio no trajo ningún prejuicio ni pérdida de beneficios.

- Los participantes no recibieron ningún pago o compensación económica. Asimismo, participar en el estudio no le ocasionó al participante gasto alguno.
- El manejo de información fue absolutamente confidencial y anónimo, sólo se utilizaron los datos para los fines de la investigación. Para coleccionar la información a través de Formularios de Google se utilizó el servidor de la investigadora, creando un usuario con contraseña que sólo manejó la investigadora. Al usar un servidor interno se garantizó la seguridad y el no acceso público. Adicionalmente, para garantizar que el personal de salud de otras instituciones o personas que no cumplían los criterios de inclusión participen en el estudio, se generó un código específico para cada participante, esto evitó que la encuesta sea llenada más de una vez.
- Todos los datos recogidos de las encuestas fueron anónimos y no identificables ya que esta investigación no recolectó nombres de los participantes. Para tratar la información consignada se generaron códigos específicos de manera que al realizar el análisis de las encuestas se realizará según los códigos brindados.
- La base de datos que contenían los correos electrónicos con su respectivo código fue guardada hasta enviar las invitaciones a participar en el estudio, al finalizar este paso la base de datos fue eliminada. Esta base de datos se almacenó sólo en el ordenador de la investigadora y fue protegida por contraseña que sólo conoció la investigadora.
- La información recabada no implica riesgo de daño social al participante, no dañan la reputación ni pueden traer problemas legales. Alguna pregunta podría generar cierta incomodidad temporal al participante, en ese sentido, se le

proporcionó a cada sujeto los datos de contacto del servicio de psicología del HSJ.

- Al finalizar el llenado de la encuesta fueron dirigidos a un enlace de un video sobre Autocuidado en Salud mental para el personal de salud, centrado especialmente en el contexto de la COVID-19.

Plan de análisis de resultados

La tabulación de los datos, la presentación y el análisis de la información se realizó mediante el software SPSS® V25 (IBM SPSS Statistics Subscription Trial) Al haber aplicado la encuesta de manera virtual todos los participantes que completaron el formulario respondieron todas las preguntas, las cuales fueron marcadas como obligatorias; por lo tanto, no hubo datos perdidos. Se usó el nivel de significancia de $\alpha = .05$ y todas las pruebas fueron bilaterales. Se realizó un análisis descriptivo que incluyó medidas de tendencia central y dispersión. Se analizó la distribución normal de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, en el análisis bivariado se hallaron los coeficientes de correlación de Spearman y pruebas para comparar las pruebas psicológicas entre sí y con los otros datos demográficos, empleando estadística no paramétrica.

IV. RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis estadístico de las características sociodemográficas y las variables de estudio. Completaron la encuesta 128 participantes, se excluyó 1 sujeto porque sólo trabajaba virtualmente. Fueron incluidos al estudio 127 trabajadores de salud de 45.07 ± 8.839 (Rango: 27-68) años.

En la tabla 1 se pueden apreciar las características de los participantes. El personal sanitario femenino representó el porcentaje mayoritario de la muestra (80.3%). En otro aspecto, se observó un gran número de sujetos con 35 años a más (89.8%). Un porcentaje mayoritario de encuestados declara profesar religión católica (78.0%).

Con respecto a la profesión, el personal técnico de enfermería representa el mayor porcentaje de la muestra (40.9%), seguido del personal médico (32.3%). El 66.1% de participantes refirió no poseer enfermedad crónica.

La mayoría de los encuestados eran nombrados en la institución (69.3%), su trabajo era sólo presencial (92.9%), han trabajado o estaban trabajando en área COVID-19 (67.8%) y han atendido casos confirmados/sospechosos de COVID-19 (95.3%). Se observaron las siguientes características laborales: 13.67 ± 8.295 años de servicio en Hospital San José (HSJ), 37.5 ± 8.428 horas de trabajo semanal en HSJ, 17.22 ± 9.692 meses de trabajo en área COVID-19, 29.93 ± 13.660 horas por semana en área COVID-19. La mayor parte de encuestados trabaja prioritariamente en emergencia (23.6%), consultorios externos (22%) y hospitalización (17.3%); se registraron menos sujetos de los servicios de gineco-obstetricia, pediatría/neonatología, área COVID-19 y unidad de cuidados intensivos (7.1-11%).

Tabla 1. Características de los participantes

Característica		N	%
Sexo	Femenino	102	80.3%
	Masculino	25	19.7%
Edad	<35	13	10.2%
	35-45	56	44.1%
	>45	58	45.7%
Religión	Católica	99	78.0%
	Cristiana	9	7.1%
	Otra	7	5.5%
	Sin preferencia	12	9.4%
Profesión	Médico/a	41	32.3%
	Enfermero/a	34	26.8%
	Técnico/a de enfermería	52	40.9%
Condición laboral	Nombrado	88	69.3%
	Contratado	39	30.7%
Salud general	Mala	0	0%
	Regular	29	22.8%
	Buena	82	64.6%
	Excelente	16	12.6%
Enfermedad crónica	Sí	43	33.9%
	No	84	66.1%
Infección previa con COVID-19	Sí	86	67.7%
	No	33	26.0%
	No estoy seguro	8	6.3%
Familiar/persona cercana con COVID-19	Sí	103	81.1%
	No	22	17.3%
	No estoy seguro	2	1.6%
Trabajo en área COVID-19	Trabajando actualmente	19	15%
	He trabajado, pero no actualmente	67	52.8%
	Nunca ha trabajado en área COVID	41	32.3%
Área de servicio frente al COVID-19	Primera línea	75	59.1%
	Segunda línea	52	40.9%

Según la prueba de Kolmogorov-Smirnov (anexos), los datos no presentaron una distribución normal, con valores de p de FC: 0.014, SC: 0.000, A: 0.000 y GHQ: 0.000; por tal motivo todas las pruebas empleadas fueron no paramétricas.

En la tabla 2 se muestran los valores de ProQOL-IV y GHQ de acuerdo a las características de la muestra. Se observaron valores estadísticamente no significativos ($p > .05$) en la muestra al analizarla según sexo, intervalos de edad, religión, condición laboral, enfermedad crónica, trabajo en área COVID-19 y al

comparar profesionales de primera o segunda línea de atención frente al COVID-19. Esto fue diferente al evaluar SC, A y GHQ según profesión; mediante la prueba Post Hoc de Bonferroni se notó que hubo diferencias significativas ($p < .05$) entre las parejas Médico-Técnico de enfermería y Médico-Enfermería para SC y A. De manera similar hubo diferencias en FC, A y GHQ según el estado de salud general percibido, siendo significativas las diferencias entre Bueno-Regular y Excelente-Regular para FC; y Excelente-Regular para A y GHQ.

Se observaron diferencias significativas en FC de acuerdo a antecedentes de COVID-19, obteniendo significancia entre No-Sí. De igual modo, hubo diferencias en A para los trabajadores que tuvieron a alguien cercano infectado por COVID-19, siendo significativa la pareja No-Sí. Finalmente, existieron diferencias estadísticamente significativas en la fatiga por compasión al evaluar según servicio (Kruskal Wallis $p=0.038$).

Tabla 2. Diferencias en medias en ProQOL-IV y GHQ según características sociodemográficas y ocupacionales

Característica		FC	p	SC	p	A	p	GHQ	p
Sexo ^a	Femenino	12.70 (6.34)	.56	42.08 (6.03)	.06	18.41 (6.30)	.27	2.07 (2.73)	.62
	Masculino	14.32 (9.21)		38.64 (8.27)		20.28 (8.01)		2.36 (3.63)	
Edad ^b	<35	10.38 (5.53)	.09	41.85 (7.93)	.34	18.31 (3.73)	.79	1.92 (3.07)	.48
	35-45	12.46 (7.69)		40.54 (6.48)		19.02 (7.26)		2.05 (3.10)	
	>45	14.14 (6.43)		42.14 (6.51)		18.66 (6.69)		2.24 (2.74)	
Religión ^b	Católica	13.24 (7.44)	.51	41.75 (6.51)	.72	18.90 (7.03)	.45	2.17 (2.91)	.63
	Cristiana	13.89 (5.40)		40.67 (6.69)		18.22 (3.99)		2.67 (3.32)	
	Otra	11.86 (5.70)		42.00 (5.86)		16.00 (6.78)		1.71 (1.89)	
	Sin preferencia	11.17 (4.59)		38.75 (8.15)		19.83 (5.29)		1.58 (3.37)	
Profesión ^b	Médico/a	15.66 (8.86)	.11	39.29 (6.65)	.02 *	22.37 (7.71)	.00 *	3.02 (3.47)	.02 *
	Enfermera/ o	12.47 (6.41)		41.74 (8.29)		17.06 (6.30)		2.41 (3.06)	
	Técnico/a de enfermería	11.29 (4.86)		42.85 (4.89)		17.08 (4.76)		1.23 (2.00)	
Condición laboral ^a	Nombrado	13.51 (6.81)	.15	41.74 (6.27)	.53	19.15 (6.81)	.38	2.31 (2.97)	.18
	Contratado	11.90 (7.34)		40.64 (7.44)		17.95 (6.39)		1.72 (2.77)	
Salud general ^b	Mala	-		-		-		-	
	Regular	18.34 (7.77)	.00 *	41.59 (5.48)	.47	21.41 (7.40)	.02 *	3.59 (3.48)	.01 *
	Buena	11.80 (5.89)		41.15 (6.79)		18.51 (6.58)		1.83 (2.68)	
	Excelente	9.56 (5.88)		42.38 (8.00)		15.37 (3.52)		1.00 (2.03)	
Enfermedad crónica ^a	Sí	13.70 (6.98)	.47	42.02 (5.94)	.48	19.74 (7.17)	.20	2.40 (3.29)	.86
	No	12.67 (7.01)		41.08 (6.98)		18.29 (6.41)		1.99 (2.71)	

Infección previa con COVID-19 ^b	Sí	14.03 (7.52)	.03 *	40.81 (6.92)	.35	19.44 (7.13)	.52	2.36 (3.11)	.13
	No	10.21 (5.17)		42.82 (5.95)		17.18 (5.34)		1.52 (2.46)	
	No estoy seguro	13.63 (4.50)		41.88 (5.99)		18.25 (6.14)		2.13 (2.23)	
Familiar/ persona cercana con COVID-19 ^b	Sí	13.43 (7.06)	.45	41.17 (6.54)	.49	19.39 (6.65)	.04 *	2.24 (3.02)	.71
	No	11.36 (6.71)		42.14 (7.37)		15.82 (6.48)		1.68 (2.46)	
	No estoy seguro	10.00 (5.66)		45.00 (1.41)		20.00 (0.00)		1.00 (1.41)	
Trabajo en área COVID-19 ^b	Trabajando actualmente	10.53 (5.21)	.36	40.63 (6.82)	.69	16.63 (5.81)	.34	1.53 (2.01)	.71
	Sí, pero no actualmente	13.48 (7.18)		41.31 (6.70)		18.69 (6.58)		2.19 (2.79)	
	Nunca ha trabajado en área COVID	13.41 (7.29)		41.90 (6.57)		19.93 (7.09)		2.29 (3.45)	
Área de servicio frente al COVID-19 ^a	Primera línea	13.28 (6.76)	.36	40.65 (7.21)	.29	19.15 (6.97)	.58	2.37 (2.93)	.17
	Segunda línea	12.63 (7.35)		42.48 (5.60)		18.25 (6.26)		1.77 (2.88)	

Se muestra promedio (Desviación estándar) de FC: Fatiga por compasión, SC:

Satisfacción por Compasión, A: Agotamiento y GHQ: Afectación de la salud

mental. ^a = Prueba U de Mann Whitney; ^b = Prueba Kruskal Wallis. * Diferencias significativas al 0.05.

Fatiga por compasión

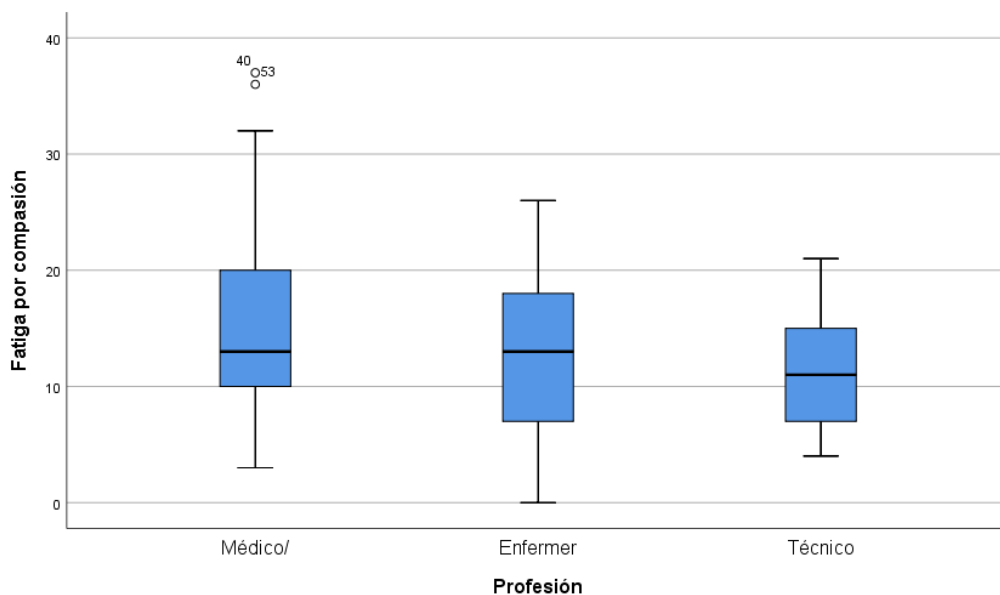
Según el cuestionario de Calidad de Vida de Profesionales (ProQOL-IV) se observaron valores de 13.02 ± 6.987 de fatiga por compasión (FC). De acuerdo a la interpretación de la prueba, 29.9% presentaron un bajo nivel (≤ 8), 46.5% un nivel medio (9-17), y 23.6% un alto nivel (≥ 18) de FC.

En el gráfico 1 se aprecia que hubo mayores niveles de FC en los médicos (15.66 ± 8.862) que en el personal de enfermería (12.47 ± 6.411) y técnicos de enfermería (11.29 ± 4.856). Sin embargo, esta diferencia no fue significativa

(Kruskal Wallis, $p=.105$). Se observó además que la FC fue igual entre hombres (14.32) y mujeres (12.70) con $p>.05$.

Con respecto a las otras dimensiones del ProQOL-IV, en la satisfacción por compasión hubo un 13.4% con nivel bajo, 32.3% con nivel medio y 54.3% con nivel alto. Por su parte en la dimensión agotamiento, se presentaron 44.1% con nivel bajo, 41.7% con nivel medio y 14.2% con nivel alto.

Gráfico 1. Diagrama de la fatiga por compasión según profesión



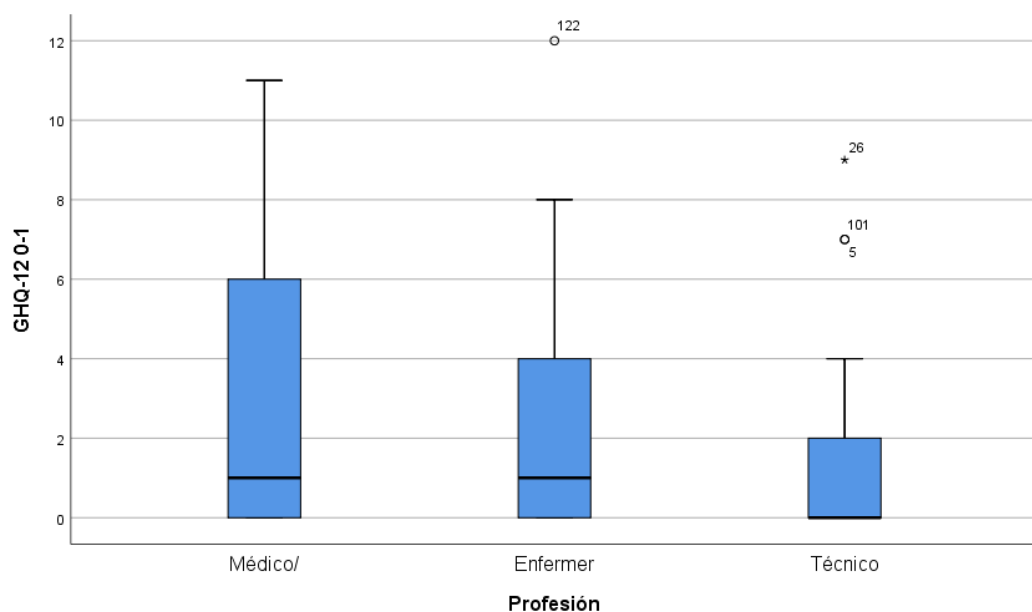
Afectación de la Salud mental

Los profesionales de la salud reportaron un promedio de 2.13 ± 2.914 en el Cuestionario General de Salud (GHQ-12). Según la interpretación del estudio se observaron sujetos sin psicopatología (81.9%), con sospecha de psicopatología (6.3%) y con indicativos de psicopatología (11.8%); según los rangos de 0-4, 5-6 y 7-12, respectivamente.

Al segmentar la muestra según profesión en el gráfico 2 se pudo observar mayores valores en el personal médico (3.02 ± 3.47), seguido por el personal de enfermería

(2.41 ± 3.06), siendo los técnicos de enfermería los de menor promedio (1.23 ± 2.00). Esta diferencia fue significativa según prueba de Kruskal-Wallis ($p=.019$), analizando por parejas los médicos presentaron mayores valores que los técnicos de enfermería (Prueba Post Hoc de Bonferroni de Kruskal-Wallis, $p=.018$). Por otro lado, los valores de GHQ-12 fueron similares entre hombres y mujeres (2.36 vs 2.07).

Gráfico 2. Diagrama sobre la afectación de la salud mental según profesión



Relación entre dimensiones de ProQOL-IV y afectación de la salud mental

Tal como se observa en la tabla 3, según correlación de Spearman, existió una correlación positiva, moderada y altamente significativa entre la fatiga por compasión y las variables de agotamiento ($rs=.614$, $p<.01$) y afectación de la salud mental ($rs=.502$, $p<.01$) de trabajadores de salud del HSJ. Por otro lado, hubo una relación negativa muy débil entre la FC y satisfacción por compasión ($rs=-.149$, $p>.05$).

La satisfacción por compasión tuvo una relación negativa y débil con las variables agotamiento ($rs=-.454$, $p<.01$) y afectación de la salud mental ($rs=-.137$, $p>.05$).

Finalmente se observó una relación débil, significativa y positiva entre el agotamiento y la afectación de la salud mental ($rs=.434$, $p<.01$).

Tabla 3. Relación de dimensiones de ProQOL y afectación de la salud mental

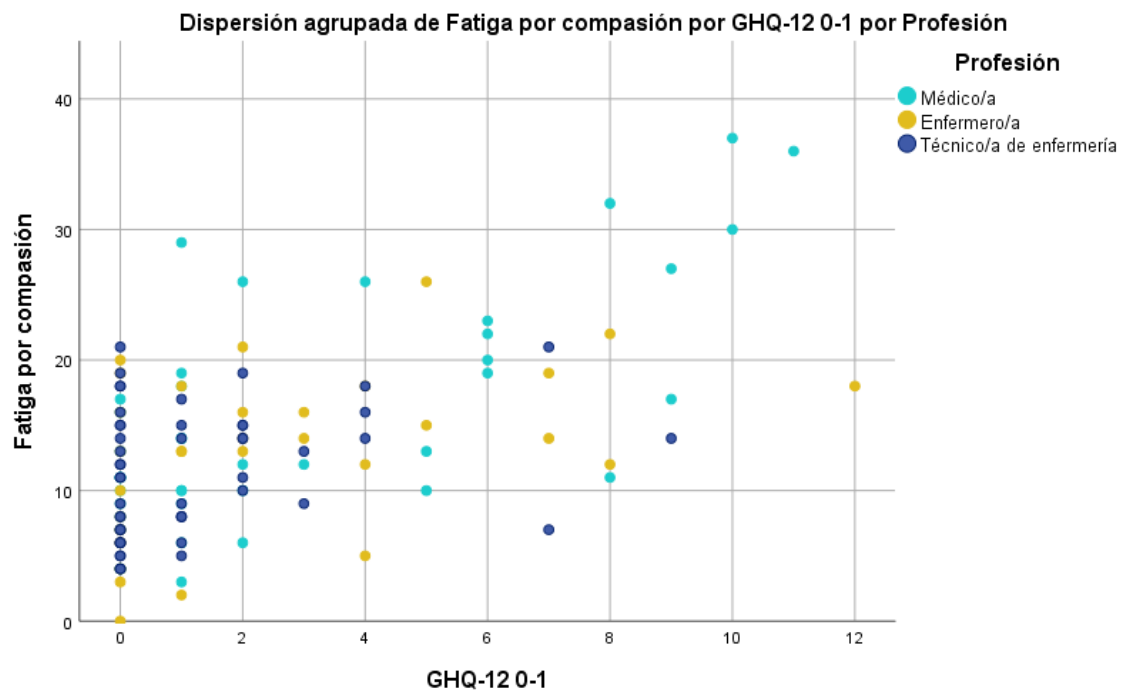
		FC	SC	A	GHQ
FC	Coefficiente de correlación	1,000	-,149	,614*	,502*
	Sig. (bilateral)	.	,094	,000	,000
	N	127	127	127	127
SC	Coefficiente de correlación	-,149	1,000	-,454*	-,137
	Sig. (bilateral)	,094	.	,000	,123
	N	127	127	127	127
A	Coefficiente de correlación	,614*	-,454*	1,000	,434*
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
	N	127	127	127	127
GHQ	Coefficiente de correlación	,502*	-,137	,434*	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,123	,000	.
	N	127	127	127	127

* $p<.01$

Fatiga por compasión y afectación de la salud mental

Se observa en el gráfico 3, una relación lineal altamente significativa, positiva y moderada entre la fatiga por compasión y la afectación de la salud mental del personal sanitario del HSJ ($r_s=.502$, $p<.01$).

Gráfico 3. Relación entre la fatiga por compasión y la afectación de la salud mental según la profesión



V. DISCUSIÓN

Participaron de esta investigación trabajadores de salud del HSJ que en su mayoría tenían estabilidad laboral, y han trabajado más de 10 años en el establecimiento. Se considera que la muestra tiene características demográficas comunes a estudios previos realizados en Perú como un alto porcentaje de mujeres (72) y de religión católica (73). La muestra se caracterizó por tener un alto nivel de exposición a la COVID-19, dos tercios de la muestra ya había contraído el SARS-CoV-2, y el mismo porcentaje trabajó en el área COVID-19 durante algún momento de la pandemia. Además, se debe recalcar que en el Perú se registraron más del doble de fallecidos de los que usualmente se veían en un año, siendo en este rubro el más afectado a nivel mundial (74). Esto quizás es una característica distintiva del personal sanitario peruano en comparación con otras poblaciones, el colapso temprano del sistema de salud, los recursos limitados, y el alto porcentaje de fallecidos, fomentaron el desarrollo de una serie de recursos personales que les permitieron sobreponerse a la adversidad, hacer frente a situaciones difíciles y a valorar su propia salud y bienestar. Es importante señalar además que no se cuentan con estudios publicados a nivel nacional donde se evalúe la FC y el GHQ-12 durante la pandemia por COVID-19.

En el presente estudio se encontró un promedio de fatiga por compasión de 13.02 en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19 empleando el ProQOL versión IV. La FC obtenida es comparable con la hallada en un ensayo controlado aleatorizado elaborado en España ($\bar{X}=16.92$), a pesar de que la muestra fue integrada por personal de enfermería en asilos de ancianos que atendían pacientes con demencia (75). Estos valores son inferiores a los encontrados en

muestras conformadas sólo por enfermeros del área de emergencia de varios hospitales en Andalucía ($\bar{X}=20.79$) (76) o a cargo de pacientes oncológicos ($\bar{X}=24.95$) (77); quizás la característica de la muestra sea la razón principal de la diferencia, ya que en la presente investigación se tuvieron trabajadores de salud de todas las áreas de atención, personal que tal vez no haya sido expuesto a situaciones tan difíciles como las que se pasan en emergencia. Asimismo, en una muestra de enfermeras gerentes la FC se acercó más al promedio de esta investigación ($\bar{X}=17.19$) (78). Otros estudios elaborados en España obtuvieron niveles altos de FC ($\bar{X}=21.16$ y 19.9) en personal sanitario; sin embargo, el periodo de recolección de datos se dio apenas empezaba la pandemia por COVID-19 lo cual puede haber sesgado los valores obtenidos (63,79). Existen otras investigaciones similares pero al utilizar el ProQOL IV modificado con menos cantidad de preguntas (80,81) o diferente calificación (46) los resultados no son comparables.

Se obtuvo en esta investigación un mayor grupo de encuestados con nivel medio de FC (46.5%), esto se contrapone a lo hallado en una investigación (82) en la que la mayoría de enfermeros tuvo FC alta (59.7%) y se observó más FC alta en el personal de primera línea comparado con el resto (70.2% vs 53.6%). En el presente estudio también se halló un mayor porcentaje de FC alta en primera línea (28% vs 17.3%) aunque con una proporción inferior. Cabe resaltar que el estudio mencionado se ejecutó durante la segunda ola de pandemia por COVID-19, lo cual puede haber influenciado en los valores altos de FC. Se considera evidente que el personal sanitario de primera línea está expuesto a mayor contacto con la persona sufriente y es muchas veces el último contacto que tiene un paciente en estado crítico, y por ende presente mayor FC (79).

En el presente estudio se observó un nivel similar de FC según la profesión, diferente a lo encontrado en previos estudios donde el personal de enfermería tiene mayores niveles de fatiga por compasión o mayores porcentajes de FC alta (83). En la literatura también se encuentran estudios con mayor FC en médicos que en enfermeras, esto puede deberse a la mayor responsabilidad que asumen los médicos sobre la vida del paciente; algo que durante la pandemia por COVID-19 se volvió mucho más común (79).

La fatiga por compasión se ha medido adecuadamente utilizando el ProQOL IV. La relación entre la fatiga por compasión y las características demográficas, personales y profesionales aún no está clara, como lo demuestra la variabilidad en los estudios revisados (57,84)

Con respecto a la afectación de la salud mental del personal sanitario se obtuvo un promedio bajo según el GHQ-12 ($\bar{X}=2.13$) comparable con el obtenido en un estudio antes de la pandemia ($\bar{X}=1.74$) (76). Sin embargo, el resultado es inferior a los registrados durante las etapas iniciales de la pandemia por COVID-19 ($\bar{X}=3.89$) (85), así como en etapas prepandémicas en enfermeras gerentes ($\bar{X}=4.10$) (78). Asimismo, en un estudio elaborado antes de la emergencia mundial por COVID-19 se registraron valores de 3.44 de GHQ-12 en cirujanos (86); en este caso el promedio obtenido fue similar al de los médicos en la presente investigación ($\bar{X}=3.02$) que distó mucho al de los técnicos de enfermería ($\bar{X}=1.23$). En este estudio la muestra estuvo conformada en su mayoría por técnicos de enfermería, hecho que puede explicar la diferencia con investigaciones previas. Aunque dicho personal participa activamente en el cuidado de los pacientes no toman decisiones que

puedan influenciar considerablemente en sus vidas y no tienen la tarea de comunicar malas noticias a los familiares.

La prueba de GHQ-12 de Goldberg es una de las más utilizadas para valorar la afectación de la salud mental (87); sin embargo es difícil comparar los resultados obtenidos ya que se puede tabular de diversas maneras, lo cual tiene un gran impacto en los datos obtenidos; asimismo, existen diversas maneras de interpretar cualitativamente la prueba, cambiando el punto de corte por ejemplo (88,89) . Por este motivo, la discusión en este aspecto no es tan amplia como debería. Sobre la validación de la prueba en el Perú, el presente estudio es el primero en validar el GHQ-12 en personal de salud; por otro lado, el instrumento fue validado recientemente en Ica obteniendo valores similares a la presente investigación, aunque utilizaron una manera distinta de calificar y categorizar la prueba (90).

La muestra de esta investigación estuvo conformada en su mayoría por mujeres (80.3%), esta distribución podría no tener un mayor impacto en los resultados ya que la FC fue igual en ambos sexos, lo que coincide con estudios previos en trabajadores sanitarios (28,91). Por otro lado, en este estudio se encontraron valores similares en la afectación de la salud mental percibida según el sexo, relación observada en publicaciones previas (92,93). Aunque esto se contrapone con estudios en población general que han observado que las mujeres tienden a tener una mayor prevalencia de afectación de la salud mental en comparación con los hombres. Esta diferencia de género es un fenómeno bien documentado a nivel internacional, particularmente en lo que respecta a trastornos internalizantes como la ansiedad y la depresión (94–96). La explicación de esta disparidad es multifactorial. En primer lugar, se propone que las diferencias

hormonales desempeñan un papel importante. Los cambios hormonales a lo largo del ciclo de vida de las mujeres, como los asociados con la menstruación, el embarazo y la menopausia, pueden influir en su susceptibilidad a los trastornos del estado de ánimo(97).

Por otro lado, las expectativas sociales y las presiones de género pueden crear un entorno en el que las mujeres enfrenten un mayor estrés psicosocial. Las responsabilidades adicionales, como el cuidado de los hijos y la gestión de múltiples roles familiares y laborales, pueden aumentar la carga de estrés y, por lo tanto, una vulnerabilidad a los trastornos internalizantes (98). Asimismo las disparidades de género en la prevalencia de estos trastornos también pueden estar vinculadas con las diferencias en la búsqueda de ayuda y el acceso a la atención médica. Las mujeres a menudo buscan tratamiento con mayor frecuencia que los hombres, lo que resulta en una mayor detección de estos trastornos en mujeres. Sin embargo, esto no implica necesariamente que las mujeres sean intrínsecamente más propensas a experimentar estos trastornos, sino que pueden estar más dispuestas a buscar ayuda y recibir apoyo.

Al evaluar la relación entre las variables fatiga por compasión y afectación de la salud mental se observó una correlación positiva moderada entre ellas. En dos estudios con metodología similar a la de la presente investigación se verificó la misma relación aunque la correlación fue débil y no se especificó si hubo distribución normal en los datos que respalde la prueba estadística empleada (28,76). Además, en un estudio realizado en Italia un año después del inicio de la pandemia, se observó una relación moderada entre FC y GHQ-12, no obstante cabe resaltar que se empleó el ProQOL versión V (99). Por otro lado, en otra

investigación hubo una correlación positiva moderada entre FC y el GHQ-12 ($r=.4463$) aunque se empleó el ProQOL III (100). La pandemia por el COVID-19 trajo un aumento de problemas de salud mental tanto en trabajadores de salud como en la población en general, existen múltiples estudios que demuestran esto en especial en el primer y segundo año del brote viral (88). En el presente estudio, se observaron en general bajos niveles de FC y afectación de la salud mental percibida, se debe tener en cuenta que los datos se recolectaron en el tercer año de la pandemia, etapa caracterizada por la vacunación de la mayoría de la población y con una disminución en los índices de letalidad (101). Pese a ello, se pudo comprobar la relación entre FC y afectación de la salud mental, es probable que el personal de salud no posea las habilidades adecuadas o el entorno social idóneo que le permita disminuir la FC y que esto influya en el desarrollo de problemas de salud mental; que incluyen trastornos de sueño, depresión, estrés y ansiedad, así como aumentar la probabilidad de accidentes y lesiones en el lugar de trabajo (102).

Se considera que la FC podría ser un factor que afecta la salud mental de los trabajadores de salud (99) aunado a diversos factores señalados previamente. En investigaciones previas se ha observado la correlación entre fatiga por compasión y la afectación de la salud mental mediante el uso de otras pruebas psicométricas (82,103–105) lo cual respalda los resultados obtenidos.

En la literatura podemos observar artículos con metodología similar a la del presente estudio pero que no comprobaron la relación entre FC y GHQ-12, es el caso de un estudio con farmacéuticos japoneses (106); y el de un estudio cuasi experimental en el que se observó una disminución de los valores en FC y GHQ-12 con la intervención, empero, no se evaluó la correlación (78).

En un estudio elaborado en la India se observó que no hubo una correlación significativa entre la salud general y la calidad de vida profesional, aunque se empleó el GHQ-28 y la muestra fue de estudiantes de posgrado con un promedio bajo de edad, 28.05 años (107). Del mismo modo, en un estudio elaborado en Fiyi no se observó relación entre FC y GHQ-12 en cirujanos, no obstante, la muestra fue pequeña (n=36) (86).

El presente estudio tiene algunas limitaciones que vale la pena señalar. La naturaleza transversal del diseño impide la establecer relaciones causales entre las variables examinadas, y la restricción en la recolección de la muestra también constituye una limitante significativa. El empleo de un muestreo por conveniencia, aunque facilitó la obtención de datos, podría restringir la representatividad de la muestra al carecer de aleatoriedad y dificultar la extrapolación de los hallazgos a poblaciones más amplias. La tasa de respuesta del 30% plantea la posibilidad de un sesgo de selección, ya que los participantes que optaron por colaborar podrían diferir de aquellos que decidieron no hacerlo.

Otra limitación abordada en este estudio concierne al uso de cuestionarios autoadministrados. Dado que estos instrumentos requieren que los participantes proporcionen respuestas sin la supervisión directa del investigador, existe la posibilidad de que puedan surgir dificultades en la interpretación de las preguntas, lo que podría influir en la precisión de las respuestas. Asimismo, es relevante señalar que el periodo en el que se aplicaron las encuestas representa otra limitación. Las encuestas se realizaron posteriormente a la fase de máxima intensidad y complejidad del brote viral. Además, las instrucciones de los cuestionarios requerían que los participantes respondieran considerando "los últimos 30 días".

Esta discrepancia temporal entre la realización de las encuestas y la fase más crítica del brote podría haber tenido un impacto en las respuestas proporcionadas por los participantes. Es plausible que las experiencias y percepciones de los participantes hayan sido influenciadas por el contexto actual, que podría haber sido menos desafiante en comparación con el punto álgido de la pandemia. Esta diferencia en el contexto podría haber resultado en una subestimación de ciertos aspectos, como la fatiga por compasión y la afectación de la salud mental, ya que las respuestas se basaron en un período relativamente más tranquilo en comparación con el momento más desafiante de la pandemia.

La probable superposición entre las dos variables de interés, fatiga por compasión y afectación de la salud mental, podría haber introducido confusión en la interpretación de los resultados. Dado que estas variables podrían influirse mutuamente, es esencial considerar la posibilidad de un efecto de *clustering* o agrupamiento que pueda afectar las relaciones identificadas en el estudio.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una base sólida para comprender la relación entre la fatiga por compasión y la afectación de la salud mental del personal sanitario. Sin embargo, se recomienda abordar estas limitaciones en futuras investigaciones para fortalecer aún más la validez y aplicabilidad de los hallazgos.

La fatiga por compasión ha sido un fenómeno especialmente estudiado en entornos sanitarios de cuidados paliativos y oncológicos. En los últimos años, debido a la pandemia de COVID-19 se incrementó el interés de estudio sobre su impacto y formas de prevenirlos y/o mitigarlos en los diversos escenarios sanitarios.

La investigación muestra que las intervenciones comúnmente evaluadas para prevenir la fatiga por compasión incluyen: prácticas de autocuidado, yoga, meditación de atención plena, terapia musical o una combinación de estas (43).

La fatiga por compasión como las dificultades en la salud mental han sido comúnmente abordadas ante la aparición de estas, un abordaje preventivo y de promoción a través de desarrollo de habilidades es necesario a todo nivel, desde lo individual al organizacional (34,47,63,75).

A nivel individual, es importante contar con asistencia profesional de fácil acceso para el personal sanitario, asimismo es crucial educar, enseñar y entrenar al personal sanitario desde sus inicios laborales en habilidades de escucha, empatía, autocuidado, entrenamiento en resiliencia y regulación emocional esto permitirá establecer un vínculo terapéutico sólido. (44). El objetivo no es distanciarse emocionalmente ni disminuir la preocupación por el paciente para evitar la fatiga por compasión, sino que se trata de aprender a gestionar las emociones de manera efectiva. Esto permite mantener niveles elevados de empatía y satisfacción por compasión, lo que se traduce en un vínculo terapéutico sólido y un desempeño profesional significativo y conectado.

En relación al cuidado de la salud mental, Melnyk y sus colegas encontraron que las intervenciones que involucran la atención plena y aquellas que utilizan la terapia cognitivo-conductual fueron efectivas para abordar el estrés, la ansiedad y la depresión en los profesionales de la salud (108).

A nivel organizacional se recomiendan cinco enfoques para el cuidado de la salud mental y la prevención de la fatiga por compasión, estos incluyen estar adecuadamente preparados, sentirse apoyados, ser escuchados, sentirse cuidados y

protegidos. Esto puede lograrse implementando intervenciones grupales en el lugar del trabajo, como prácticas de atención plena, espacios de *debriefing*, manejo de crisis, comunicación de malas noticias y fomento de la confianza y cooperación en los equipos de trabajo. Otro enfoque de intervención es a través de campañas de sensibilización sobre la salud mental y la fatiga por compasión, establecimiento de políticas para el tamizaje, la evaluación rutinaria y asistencia psicológica permanente.

VI. CONCLUSIONES

- La mayor parte de los trabajadores de salud encuestados han tenido experiencia con el COVID-19, ya sea porque se han contagiado, han tenido alguna persona cercana contagiada o han trabajado en el área COVID-19 del HSJ.
- Hubo un nivel medio de fatiga por compasión en el personal sanitario, sin diferencias al evaluar según profesión o sexo.
- La mayoría de trabajadores de salud no presentó indicios de psicopatología, aunque se observaron diferencias según profesión teniendo los médicos puntajes más altos que el personal técnico de enfermería. Ambos sexos tuvieron un nivel similar de estrés percibido.
- La superposición entre las variables de interés, fatiga por compasión y afectación de la salud mental, podría haber influido en la interpretación de los resultados. Es importante tener en cuenta que la situación excepcional en Perú durante la pandemia, con un alto número de fallecidos, puede haber influenciado las respuestas y los recursos personales desarrollados por el personal sanitario para sobrellevar la adversidad.
- Existió una correlación moderada y positiva entre la fatiga por compasión y la salud mental. Se considera importante cuidar de la salud mental de los trabajadores sanitarios que se exponen a condiciones difíciles que pueden afectar la salud mental y un aumento de la fatiga por compasión.
- La fatiga por compasión no solo impacta la salud mental de los profesionales de la salud, sino que también puede influir en la calidad del vínculo y la atención brindada.

- El fortalecimiento del vínculo terapéutico a través de estrategias como: el entrenamiento en habilidades de empatía, autocuidado, gestión efectiva de las emociones es esencial. Un vínculo terapéutico eficaz, es decir una conexión interpersonal sólida y positiva entre un profesional de la salud y un paciente no solo mejora la calidad de atención brindada, sino que también disminuye la fatiga por compasión y promueve mayores niveles de empatía y satisfacción por compasión.

VII. RECOMENDACIONES

- Recolectar la muestra en más centros hospitalarios de la región.
- Comparar los valores obtenidos con evaluaciones post pandemia.
- Realizar estudios comparativos entre servicios ambulatorios y de emergencia/unidad de cuidados intensivos.
- Las diferencias temporales entre la recolección de datos y la fase más crítica del brote de COVID-19 podrían haber influido en las respuestas. Se recomienda considerar el momento adecuado para la recolección de datos en futuras investigaciones.
- Evaluar el impacto de intervenciones que promuevan el cuidado del personal sanitario sobre la salud mental y la fatiga por compasión.
- Llevar a cabo estudios longitudinales para observar el valor y la relación entre las variables estudiadas a lo largo del tiempo.
- Se recomienda un enfoque integral que abarque desde el nivel individual hasta el organizacional para prevenir la fatiga por compasión y promover la salud mental en el personal sanitario. La combinación de estrategias de autocuidado, desarrollo de habilidades y apoyo organizacional puede contribuir significativamente al bienestar y la resiliencia de estos profesionales.
- Diseñar y ejecutar programas educativos continuos dirigidos al personal sanitario, desde el inicio de sus carreras y a lo largo de su trayectoria profesional. Estos programas deben enfocarse en el desarrollo de habilidades de escucha activa, empatía, autocuidado, resiliencia y regulación emocional, con énfasis en la aplicación práctica en entornos

sanitarios. Esto, permitirá cultivar habilidades emocionales y proporcionar apoyo integral para que el personal sanitario pueda gestionar efectivamente sus emociones, manteniendo niveles saludables de empatía y satisfacción por compasión y con ello disminuir la fatiga por compasión, lo que contribuye a una alianza terapéutica más sólida y un desempeño profesional significativo.

VIII. REFERENCIAS

1. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs* [Internet]. 12 de abril de 2020 [citado 25 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228254/>
2. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry* [Internet]. 14 de abril de 2020 [citado 16 de agosto de 2021];11:306. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7171048/>
3. Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. junio de 2020 [citado 25 de abril de 2021];29(3):315-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262128/>
4. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun* [Internet]. agosto de 2020 [citado 14 de mayo de 2021];88:916-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102670/>
5. Kang P, Lv Y, Hao L, Tang B, Liu Z, Liu X, et al. Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry Res*. 15 de diciembre de 2015;230(2):517-23.

6. Figley CR, editor. *Treating Compassion Fatigue*. New York: Routledge; 2002.
7. Petleski TA. *Compassion Fatigue among Emergency Department Nurses* [Internet] [Nursing Theses and Capstone Projects]. [Carolina del Norte]: Gardner-Webb University; 2013. Disponible en: https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/82
8. Mathieu F. Occupational hazards: compassion fatigue, vicarious trauma and burnout. *Can Nurse*. junio de 2014;110(5):12-3. Disponible en: <https://www.canadian-nurse.com/blogs/cn-content/2014/06/01/occupational-hazards-compassion-fatigue-vicarious>
9. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage*. julio de 2020;60(1):e70-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
10. Alharbi J, Jackson D, Usher K. The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 18 de mayo de 2020 [citado 25 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267232/>
11. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci* [Internet]. 15 de marzo de 2020 [citado 3 de mayo de 2020];16(10):1732-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098037/>
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus

- Disease 2019. JAMA Netw Open [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 4 de mayo de 2020];3(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>
13. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://covid19.who.int>
14. Franza F, Basta R, Pellegrino F, Solomita B, Fasano V. The Role of Fatigue of Compassion, Burnout and Hopelessness in Healthcare: Experience in the Time of COVID-19 Outbreak. *Psychiatr Danub*. 1 de septiembre de 2020;32:10-4. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%201/dnb_vol32_noSuppl%201_10.pdf
15. van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS ONE* [Internet]. 31 de agosto de 2015 [citado 25 de mayo de 2019];10(8):e0136955. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554995/>
16. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
17. Zerpa NA, Bocangel VF, Kajatt FA, Huamani NZ, Cutipé YL. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>

18. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* [Internet]. 30 de marzo de 2020 [citado 17 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482>
19. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x)
20. Coronavirus - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
21. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 16-24 February 2020 [Internet]. [citado 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
22. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*. 2020;581(7809):465-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>
23. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): Orientaciones para el público. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 31 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

24. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. [citado 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
25. Zhang W rui, Wang K, Yin L, Zhao W feng, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom* [Internet]. 9 de abril de 2020 [citado 17 de mayo de 2020];1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206349/>
31. Salmond E, Salmond S, Ames M, Kamienski M, Holly C. Experiences of compassion fatigue in direct care nurses: a qualitative systematic review. *JBIS Database Syst Rev Implement Rep*. mayo de 2019;17(5):682-753. Disponible en: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003818>
27. Peterson U. Stress and burnout in healthcare workers [Internet]. [Suecia]: Linnaeus University; 2008 [citado 13 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/252607780_Stress_and_Burnout_in_Healthcare_Workers
30. Adeyemo S, Omoaregba J, Aroyewun B, James B, Blessing U, Ezemokwe C, et al. Experiences of Violence, Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction on the Professional Quality of Life of Mental Health Professionals at a Tertiary Psychiatric Facility in Nigeria. 10 de mayo de 2015;3:69-73. Disponible en: <http://www.openscienceonline.com/journal/archive2?journalId=717&paperId=170>

29. Compassion Fatigue and Self-care for Crisis Counselors | SAMHSA [Internet]. [citado 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/dtac/ccp-toolkit/self-care-for-crisis-counselors>
33. Figley C. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *J Clin Psychol.* 1 de noviembre de 2002;58:1433-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
31. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* mayo de 2020;133(5):561-6.
32. Wong AMF. *The Art and Science of Compassion, a Primer: Reflections of a Physician-Chaplain.* Oxford University Press; 2020. 217 p.
36. Harrison K. Compassion Fatigue: Understanding Empathy. *Vet Clin North Am Small Anim Pract.* septiembre de 2021;51(5):1041-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2021.04.020>
34. Routledge & CRC Press [Internet]. [citado 24 de marzo de 2023]. *The Resilient Practitioner: Burnout and Compassion Fatigue Prevention and Self-Care Strategies for the Helping Professions.* Disponible en: <https://www.routledge.com/The-Resilient-Practitioner-Burnout-and-Compassion-Fatigue-Prevention-and/Skovholt-Trotter-Mathison/p/book/9781138830073>
38. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *Int J Environ Res Public Health.* 12 de noviembre de 2020;17(22):E8358. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>

39. Zhou Q, Lai X, Wan Z, Zhang X, Tan L. Impact of burnout, secondary traumatic stress and compassion satisfaction on hand hygiene of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Nurs Open*. septiembre de 2021;8(5):2551-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/nop2.786>
40. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *J Trauma Stress*. 2002;15:423-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/a:1020193526843>
41. Newell JM, MacNeil GA. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Pract Ment Health Int J*. 2010;6:57-68. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2010-23187-006>
39. Winter R, Leanage N, Roberts N, Norman RI, Howick J. Experiences of empathy training in healthcare: A systematic review of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. octubre de 2022;105(10):3017-37.
40. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Soc Work Pract* [Internet]. 1 de enero de 2004 [citado 20 de agosto de 2023];14(1):27-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
41. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990;3(1):131-49.

42. Mathieu F. Compassion fatigue. [citado 7 de mayo de 2023]. Mathieu: Running on empty: Compassion fatigue in Health Professionals. Disponible en: <https://compassionfatigue.org/pages/RunningOnEmpty.pdf>
43. Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. junio de 2016 [citado 7 de mayo de 2023];13(6):618. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/6/618>
44. Grabbe L, Higgins MK, Baird M, Pfeiffer KM. Impact of a Resiliency Training to Support the Mental Well-being of Front-line Workers: Brief Report of a Quasi-experimental Study of the Community Resiliency Model. *Med Care* [Internet]. julio de 2021 [citado 7 de mayo de 2023];59(7):616. Disponible en: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2021/07000/Impact_of_a_Resiliency_Training_to_Support_the.8.aspx
45. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. marzo de 2015;47(2):186-94.
49. Kaya ŞD, Mehmet N, Şafak K. Professional Commitment, Satisfaction and Quality of Life of Nurses During the COVID-19 Pandemic in Konya, Turkey. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. marzo de 2022 [citado 18 de febrero de 2023];32(2):393-404. Disponible en: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v32i2.20>

47. Alkema K, Linton JM, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *J Soc Work End--Life Palliat Care*. 2008;4(2):101-19.
51. Heinemann LV, Heinemann T. Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *SAGE Open* [Internet]. enero de 2017 [citado 26 de mayo de 2019];7(1):215824401769715. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>
52. Jodas D, Nesello F, Eumann A, Durán A, Lopes F, Maffei S. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies *PLoS One* [Internet]. 2017 [citado 26 de mayo de 2019];12(10):e0185781. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
50. Gil-Monte P, Moreno B. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) Grupos profesionales de riesgo [Internet]. 1.^a ed. España: Ediciones Pirámide; 2007 [citado 26 de mayo de 2019]. 352 p. Disponible en: <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=1402776>
51. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2001;52:397-422. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
52. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 18 de septiembre de 2018;320(11):1131-50.
53. Bosqued M. Quemados: el síndrome del burnout: que es y como superarlo. Barcelona: Paidós Iberica; 208 p.

54. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2nd Edition, Pocatello, ID ProQOL.org. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. 2010 [citado 20 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2148280](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2148280)
55. WHO [Internet]. World Health Organization; [citado 17 de mayo de 2020]. WHO | Mental health: a state of well-being. Disponible en: http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
56. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 26 de junio de 2021];291:113190. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276119/>
57. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. agosto de 2020 [citado 27 de junio de 2021];88:901-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206431/>
58. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 27 de junio de 2021];7(6):547-60. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1)

59. Cleary M, Visentin D, West S, Lopez V, Kornhaber R. Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nurse Educ Today*. septiembre de 2018;68:112-20.
60. McNulty JP, Politis Y. Empathy, emotional intelligence and interprofessional skills in healthcare education. *J Med Imaging Radiat Sci* [Internet]. 1 de junio de 2023 [citado 25 de agosto de 2023];54(2):238-46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939865423000450>
61. World Health Organization [Internet]. [citado 26 de agosto de 2023]. Mental health in the workplace. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/mental-health-in-the-workplace>
62. STROBE Statement: Available checklists [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
63. Pérez-Chacón M, Chacón A, Borda-Mas M, Avargues-Navarro ML. Sensory Processing Sensitivity and Compassion Satisfaction as Risk/Protective Factors from Burnout and Compassion Fatigue in Healthcare and Education Professionals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. enero de 2021 [citado 18 de febrero de 2023];18(2):611. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828252/>
64. Morante ME, Moreno B, Rodríguez A, Stamm BH. Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción - Tercera revisión [Internet]. Disponible en: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/Spanish.pdf>

68. Professional Quality of Life. ProQOL Measure. [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://proqol.org/proqol-measure>
66. Merino C, Casas M. Cuestionario de salud de Goldberg (GHQ-12): una evaluación psicométrica en adolescentes. *Revista Universidad de San Martín de Porres*. 2013;6(1):2-24.
67. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. febrero de 1979;9(1):139-45.
68. Armino N, Gouttebargue V, Mellalieu S, Schlebusch R, van Wyk JP, Hendricks S. Anxiety and depression in athletes assessed using the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) - a systematic scoping review. *South Afr J Sports Med [Internet]*. 2021 [citado 24 de abril de 2023];33(1):1-13. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1015-51632021000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=en
69. Hayes AF, Coutts JJ. Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. *But.... Commun Methods Meas [Internet]*. 2 de enero de 2020 [citado 28 de abril de 2023];14(1):1-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
70. e-CFR: Browse Previous | [Internet]. Electronic Code of Federal Regulations. Sec. Part 46—Protection of Human Subjects. Disponible en: <https://www.ecfr.gov/cgi-bin/retrieveECFR?gp=&SID=83cd09e1c0f5c6937cd9d7513160fc3f&pitd=20180719&n=pt45.1.46&r=PART&ty=HTML>

71. Dirección de Investigación [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020]. Formatos e instrucciones. Disponible en: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/ciei/formatos>
75. Lamas CA. Fatiga por compasión y motivación laboral del personal de cuidados intensivos - Instituto de Salud de Lima [Tesis]. Lima: Repos Inst - UCV; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/78541>
73. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/inei-difunde-base-de-datos-de-los-censos-nacionales-2017-y-el-perfil-sociodemografico-del-peru-10935/>
74. Klasa A, Wisniewska A, Stabe M, Kao JS, Smith A, Blood D, et al. Coronavirus tracker: the latest figures as countries fight the Covid-19 resurgence | Free to read. Financial Times [Internet]. 20 de diciembre de 2021 [citado 2 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>
75. Pérez V, Menéndez-Crispín EJ, Sarabia-Cobo C, de Lorena P, Fernández-Rodríguez A, González-Vaca J. Mindfulness-Based Intervention for the Reduction of Compassion Fatigue and Burnout in Nurse Caregivers of Institutionalized Older Persons with Dementia: A Randomized Controlled Trial. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 11 de septiembre de 2022 [citado 17 de febrero de 2023];19(18):11441. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9517410/>
76. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibañez-Masero O, Sánchez-Ruiz MJ, Fernández-Leyva A, Ortega-Galán ÁM. Perceived health, perceived social

support and professional quality of life in hospital emergency nurses. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 27 de febrero de 2023];59:101079.

Disponible

en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X21001178>

80. Yılmaz G, Üstün B, Günüşen NP. Effect of a nurse-led intervention programme on professional quality of life and post-traumatic growth in oncology nurses. *Int J Nurs Pract*. diciembre de 2018;24(6):e12687. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijn.12687>

81. Günüşen NP, Inan FS, Erikmen E, Urek SM. The Effect of Psychological Empowerment Program on Manager Nurses' on Distress and Professional Quality of Life. *J Educ Res Nurs* [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 27 de febrero de 2023];18(2):156-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5152/jern.2021.55476>

79. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 16 de febrero de 2023];29(21-22):4321-30. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15469>

83. Carmassi C, Malacarne P, Dell'oste V, Bertelloni CA, Cordone A, Foghi C, et al. Post-traumatic stress disorder, burnout and their impact on global functioning in Italian emergency healthcare workers. *Minerva Anestesiol*. mayo de 2021;87(5):556-66. Disponible en: [https://doi.org/10.23736/s0375-9393.20.14853-](https://doi.org/10.23736/s0375-9393.20.14853-3)

3

81. Moreno-Mulet C, Sansó N, Carrero-Planells A, López-Deflory C, Galiana L, García-Pazo P, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on ICU Healthcare Professionals: A Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 18 de febrero de 2023];18(17):9243. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8431632/>
82. Gonzáles-Pando D, Gonzáles-Nuevo C, Gonzáles-Menéndez, A, Alonso-Pérez F, Cuesta M. The role of nurses' professional values during the COVID-19 crisis. *Nurs Ethics* [Internet]. 2022 [citado 17 de febrero de 2023];29(2):293-303. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/09697330211034250>
83. Minò, Maria, Vacca A, Colizzi I, Solomita B, Franza F, Tavormina G. The effect of the pandemic on the care of patients with mental disorders: measure of «compassion fatigue» and «burn-out» in the operator. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2021;33(Suppl 9):114-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559789/>
84. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics*. mayo de 2020;27(3):639-65.
85. Foley JA, Petrochilos P, Paget A, Cipolotti L. Psychological distress and coping strategies in intensive care unit nurses and consultants. *Eur J Anaesthesiol EJA* [Internet]. enero de 2022 [citado 27 de febrero de 2023];39(1):82. Disponible en: https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2022/01000/Psychological_distress_and_coping_strategies_in.13.aspx

86. Patel R, Huggard P, van Toledo A. Occupational Stress and Burnout among Surgeons in Fiji. *Front Public Health* [Internet]. 2017 [citado 27 de febrero de 2023];5. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00041>
87. Cénat JM, Farahi SMMM, Dalexis RD, Darius WP, Bekarkhanechi FM, Poisson H, et al. The global evolution of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord* [Internet]. 15 de octubre de 2022 [citado 10 de abril de 2023];315:70-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272200773X>
88. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 10 de abril de 2023];126:252-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976342100141X>
89. Suraci A, Wood G, Tanzer M. The Psychological Impact of COVID-19 on Arthroplasty Surgeons. *J Arthroplasty* [Internet]. julio de 2022 [citado 15 de mayo de 2023];37(7):S449-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8855243/>
90. Chavez-Espinoza JH, Castillo-Romero PC, Ruiz-Reyes RE, Reyes-Mejía MG, Hernández-López MÁ. Adaptación y validación peruana del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en trabajadores de salud. *Iatreia* [Internet]. 2021 [citado

15 de mayo de 2023]; Disponible en:
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/350754>

91. Carmassi C, Dell'Oste V, Bertelloni CA, Pedrinelli V, Barberi FM, Malacarne P, et al. Gender and occupational role differences in work-related post-traumatic stress symptoms, burnout and global functioning in emergency healthcare workers. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 18 de febrero de 2023];69:103154. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339721001439>

92. Mirzaei Dahka S, Maroufizadeh S, Pouralizadeh M, Zahedsefat T, Ghanbarpoor Ganjari M, Parsasalkisari E, et al. Mental Health and Resilience among Nurses in the COVID-19 Pandemic: A Web-Based Cross-Sectional Study. *Iran J Psychiatry* [Internet]. enero de 2022 [citado 18 de febrero de 2023];17(1):35-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8994834/>

93. Nie A, Su X, Zhang S, Guan W, Li J. Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *J Clin Nurs* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 18 de febrero de 2023];29(21-22):4217-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7436701/>

94. Rojas RT. La salud mental en el Perú, marco normativo nacional y legislación comparada. Congreso de la República [Internet]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)

95. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev*

- Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 18 de marzo de 2014 [citado 19 de diciembre de 2020];31(1). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5>
96. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. octubre de 2006 [citado 19 de diciembre de 2020];23(4):237-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
99. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 7:9-15. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/6513/>
98. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? Salud Ment [Internet]. agosto de 2014 [citado 11 de septiembre de 2023];37(4):275-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
99. Rania N, Coppola I, Brucci M. Mental Health and Quality of Professional Life of Healthcare Workers: One Year after the Outbreak of the COVID-19 Pandemic. Sustainability [Internet]. enero de 2023 [citado 18 de febrero de 2023];15(4):2977. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/15/4/2977>
100. Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabbi L, Donisi V, Grigoletti L, et al. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. Psychiatry Res [Internet]. 30 de

diciembre de 2012 [citado 27 de febrero de 2023];200(2):933-8. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178112003812>

101. Silva-Valencia J, Soto-Becerra P, Escobar-Agreda S, Fernandez-Navarro M, Elorreaga OA, Mayta-Tristán P, et al. Relative vaccine effectiveness of the booster dose of COVID-19 vaccine for preventing death in individuals with a primary regimen based on the BBIBP-CorV, ChAdOx1-S, or BNT162b2 vaccines during the Omicron wave in Peru: A nested case-control study using national population data. *Vaccine* [Internet]. 26 de octubre de 2022 [citado 10 de abril de 2023];40(45):6512-9. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22011896>

102. Melvin CS. Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *Int J Palliat Nurs* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 20 de abril de 2023];18(12):606-11. Disponible en:
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.2012.18.12.606>

103. Su PA, Lo MC, Wang CL, Yang PC, Chang CI, Huang MC, et al. The correlation between professional quality of life and mental health outcomes among hospital personnel during the Covid-19 pandemic in Taiwan. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 21 de diciembre de 2021 [citado 18 de febrero de 2023];14:3485-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8711042/>

104. Lee H, Baek W, Lim A, Lee D, Pang Y, Kim O. Effects of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Stress on Burnout of Nurses: The Korea Nurses' Health Study [Internet]. Rochester, NY; 2020 [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=3566246>

105. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, et al. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 16 de febrero de 2023];17(17):6180. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7504107/>
106. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T, Kitamura Y, Sendo T, Fujimori M, et al. A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC Public Health* [Internet]. 8 de julio de 2016 [citado 1 de abril de 2023];16:534. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939052/>
107. Narukurthi P, Macharapu R, Mallepalli PKR, Babu RS. The relationship between professional quality of life and general health of postgraduates in a Tertiary Care Hospital. *Arch Ment Health* [Internet]. 7 de enero de 2018 [citado 8 de marzo de 2023];19(2):141. Disponible en: <https://www.amhonline.org/article.asp?issn=2589-9171;year=2018;volume=19;issue=2;spage=141;epage=149;aulast=Narukurthi;type=0>
108. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, et al. Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *Am J Health Promot AJHP* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 20 de agosto de 2023];34(8):929-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8982669/>

IX. ANEXOS

Fórmula para determinar tamaño de muestra para estimar una media en población finita

$$N = Z_{\alpha}^2 \frac{s^2}{\delta^2}$$

N: tamaño muestral

Z_{α} : nivel de confianza

s^2 : varianza poblacional

δ : precisión de la estimación

$$N_c = \frac{N}{1 + \frac{N}{PT}}$$

N_c : tamaño muestral corregido

N: tamaño muestral calculado

PT: tamaño de la población

$$N = 1.96^2 \times \frac{63}{1.3^2} = 144$$

$$N_c = \frac{144}{1 + \frac{144}{468}} = 110$$

Tamaño muestra ajustado a pérdidas:

Proporción esperada de perdidas (R) 10%

Muestra ajustada a las pérdidas = 122

Validación de cuestionarios por juicio de expertos

Experto 1:



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Milko Salvador Di Natale Guevara con [REDACTED] Médico Psiquiatra con N° C.M.P 064349, de profesión Médico Psiquiatra con RNE 033693 desempeñándome actualmente como docente universitario y médico psiquiatra del ministerio de salud.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación los instrumentos:

- Cuestionario General de Salud (GHQ-12).
- Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

Cuestionario General de Salud (GHQ-12)	1	2	3	4
Pertinencia				x
Relevancia				x
Claridad				x
Pertinencia				x
Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)	1	2	3	4
Pertinencia				x
Relevancia				x
Claridad				x
Pertinencia				x

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Lima a los 13 días del mes de febrero del 2022

[REDACTED]

Médico Psiquiatra: Milko S. Di Natale Guevara

[REDACTED]

Especialidad: Psiquiatría

[REDACTED]

Experto 2:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Susana Otta Oshiro con [REDACTED] Médico con N° C.M.P 061180, de profesión Médico Psiquiatra con RNE 035876 desempeñándome actualmente Médico Psiquiatra en el departamento de medicina del Hospital San José del Callao.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación los instrumentos:

- Cuestionario General de Salud (GHQ-12).
- Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

Cuestionario General de Salud (GHQ-12)	1	2	3	4
Pertinencia				x
Relevancia				x
Claridad				x
Pertinencia				x
Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)	1	2	3	4
Pertinencia				x
Relevancia				x
Claridad				x
Pertinencia				x

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Lima a los 15 días del mes de febrero del 2022

[REDACTED]

Médico Psiquiatra: Susana Otta Oshiro

[REDACTED]

Especialidad: Psiquiatría

[REDACTED]

Experto 3:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo Juan Carlos Ortiz Duclos con [REDACTED] con N° C. P. Ps.6035 de profesión Psicólogo desempeñándome actualmente como psicólogo asistencial y jefe del servicio de psicología del hospital San José del Callao.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación los instrumentos:

- Cuestionario General de Salud (GHQ-12).
- Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

Cuestionario General de Salud (GHQ-12)	1	2	3	4
Pertinencia				x
Relevancia				x
Claridad				x
Pertinencia				x
Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción - Cuarta Versión (ProQOL-vIV)	1	2	3	4
Pertinencia				x
Relevancia				x
Claridad				x
Pertinencia				x

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Lima a los 10 días del mes de febrero del 2022

[REDACTED]

Psicólogo: Juan Carlos Ortiz Duclós

[REDACTED]

Especialidad: Psicología

[REDACTED]

Validación por 3 expertos: se obtuvo la V de Aiken por pregunta y general de cada cuestionario, cada experto calificó cada pregunta según pertinencia, relevancia, claridad y pertinencia con valores de 1 a 4. Resultados obtenidos:

- Cuestionario de fatiga por compasión y satisfacción – Cuarta versión (ProQOLvIV): V de Aiken = 1.000
- Cuestionario General de Salud (GHQ-12): V de Aiken = 1.000

Resultados Prueba Piloto de Fatiga por Compasión

	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10
1	1	0	5	1	0	0	0	0	0	1
2	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0
3	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1
4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3
5	2	1	2	1	1	1	0	2	2	0
6	5	1	3	0	4	0	0	0	0	1
7	2	0	1	0	1	0	0	1	2	4
8	2	2	1	1	3	2	1	0	2	1
9	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
10	3	1	3	2	3	1	2	2	2	2
11	2	1	1	1	2	0	1	1	1	2
12	2	4	3	0	2	1	2	0	0	1
13	4	2	1	1	0	0	2	1	0	1
14	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0
15	2	1	2	0	2	1	1	0	2	1
16	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	3	4	1	0	3	0	2	1	2	1
18	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1
19	3	1	3	1	1	2	0	0	2	2
20	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	3	1	1	0	1	1	0	0	1	0
23	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
24	3	2	1	0	1	0	0	0	0	0
25	4	4	1	2	0	3	2	0	4	3
26	4	2	0	2	2	0	0	1	0	0

27	1	0	1	1	2	0	1	5	2	0
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1
30	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	4	3	2	2	2	2	1	3	2	0
32	4	2	0	2	0	0	4	0	0	1
33	2	1	0	1	1	1	3	1	0	0
34	3	2	3	1	3	3	1	1	2	1
35	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
36	4	1	1	0	2	0	0	1	0	0
37	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
38	4	1	1	0	4	1	0	0	2	1
39	4	2	1	0	1	0	0	0	0	0
40	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0
41	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
42	4	2	1	0	2	1	0	0	0	0
43	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0
44	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1
45	3	2	2	2	2	2	2	3	1	2
46	3	1	0	1	1	0	1	0	0	1

Resultados Prueba Piloto de Cuestionario General de Salud

	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 11	Pregunta 12
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1
3	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
4	3	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2
5	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
6	1	3	0	0	3	2	2	2	2	0	0	0
7	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
9	1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	0	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
11	2	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1
12	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	0	2
13	2	2	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1
14	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0
15	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1
16	1	1	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0
17	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	1
18	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1
19	0	2	0	0	3	2	2	1	2	1	0	0
20	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	1
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
23	1	1	1	1	2	0	2	1	0	0	0	0
24	2	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1

25	1	2	0	1	3	2	1	1	1	0	0	1
26	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1
27	3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0
28	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
29	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
31	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2
32	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1
33	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	0	1
34	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	0	1
35	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1
36	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0
37	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
38	3	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1
39	0	1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	1
40	2	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1
41	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
42	2	0	0	1	2	1	1	1	1	0	0	1
43	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
44	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
45	2	2	0	0	2	1	2	0	2	1	0	2
46	1	2	0	1	2	1	3	1	1	1	0	1

Prueba de confiabilidad de cuestionarios

Omega de McDonald

Fatiga por compasión:

Run MATRIX procedure:

Item variances (diagonal) and inter-item correlations (lower), and covariances (upper)

	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10
i1	1.277	.489	.203	.181	.461	.148	.204	-.018	.096	.029
i2	.376	1.322	.156	.100	.033	.222	.344	-.078	.122	.011
i3	.157	.118	1.316	.227	.479	.402	.132	.221	.359	.382
i4	.216	.117	.267	.549	.135	.335	.432	.410	.282	.259
i5	.358	.025	.367	.160	1.297	.374	.169	.346	.426	.181
i6	.150	.221	.401	.517	.375	.765	.284	.195	.575	.308
i7	.186	.310	.119	.603	.153	.336	.936	.291	.246	.313
i8	-.016	-.065	.187	.535	.294	.216	.291	1.069	.357	.090
i9	.086	.108	.320	.388	.381	.670	.259	.352	.961	.494
i10	.027	.010	.356	.375	.170	.377	.346	.094	.540	.872

Number of cases:

46

Standardized results:

Reliability: Omega .785

Salud mental autopercebida

Run MATRIX procedure:

Item variances (diagonal) and inter-item correlations (lower), and covariances
(upper)

	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12
i1	.483	.089	.100	.136	.092	.032	.079	.065	.119	.092	0.84	.152
i2	.175	.533	-.022	.044	.333	.356	.289	.111	.289	.133	.044	.089
i3	.248	-.053	.332	.139	.072	-.003	.003	.129	.038	.095	.057	.126
i4	.417	.130	.514	.221	.054	.084	.049	.101	-.015	.054	.058	.135
i5	.161	.555	.153	.140	.676	.329	.249	.134	.352	.165	.058	.091
i6	.060	.633	-.007	.233	.519	.591	.120	.122	.313	.195	.060	.155
i7	.168	.585	.007	.155	.448	.230	.458	.100	.198	.116	.073	.068
i8	.190	.311	.458	.439	.333	.323	.303	.240	.095	.045	.072	.125
i9	.232	.538	.089	-.043	.581	.553	.398	.264	.542	.263	.066	.146
i10	.251	.347	.312	.219	.382	.483	.326	.176	.679	.276	.058	.135
i11	.425	.214	.347	.433	.247	.273	.381	.519	.313	.387	.081	.078
i12	.375	.209	.375	.495	.190	.346	.172	.437	.341	.442	.472	.338

Number of cases:

46

Standardized results:

Reliability: Omega .843

Documentos de autorización por Hospital San José del Callao



GOBIERNO
REGIONAL
CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Callao, 09 de marzo de 2022

OFICIO N° 473 -2022-GRC / DE- UADI-HSJ

Señora
Margot Osorio Chipana
Presente.-

Asunto: Autorización para Trabajo de Investigación

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente autorizar el desarrollo del Trabajo de Investigación titulado "Fatiga por compasión y salud mental en médicos y enfermeras del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2020 -2021". Para ello, deberá realizar las coordinaciones con la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, a fin de que se le brinden las facilidades para los procedimientos de su investigación.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal

Atentamente,



REQO/PAMR/jcrdr

www.hsj.gob.pe
hospjose@hsj.gob.pe
docencia.hsj@gmail.com

Jr. Las Magnolias N° 475 – (Alt. Cdra.. 4 Av. Faucett)
Teléfonos: 3197830 Fax: 3199390
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Aprobación del comité de ética del Hospital San José del Callao



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE



UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Comité Institucional de Ética en Investigación

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 001-2022

Carmen de La Legua-Reynoso, 09 de marzo de 2022

MIEMBROS DEL COMITÉ

Presidente

DR. RENÉ EDWIN CABRERA
ROBLES
Médico

DR. MICHAEL ALEXANDER
AYUDANT RAMOS
Médico

DR. ALAN GUEVARA SILVA
Médico

Q.F. JUANA YOLANDA
RUMICHE PINGO
Químico-Farmacéutica

LIC. EDILICIA MARIA CURI
GAVILÁN
Enfermera

LIC. ALICIA MÓNICA ASCONA
TAPIAZA
Enfermera

LIC. FRIDA ERMELINDA
BASURCO BURGOS
Enfermera

LIC. MILAGROS MENA
CÓRDOVA
Tecnóloga Médica

OBST. NILDA SOLEDAD
PINTADO PASAPERA
Obstetra

Asistente Administrativo

SR. JEAN CARLOS RIEGA DEL
RÍO

Código del protocolo (Número-año): 031-2021

Versión/fecha del protocolo: 25/09/2021

Hoja de información al paciente/sujeto (versión/fecha): No requerido

Título

“Fatiga por compasión y salud mental en médicos y enfermeras del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2020 -2021”

Investigadora:

Osorio Chipana Margot

Estudiante del Programa de Maestría en Gestión Pública y Salud Global

Institución vinculada a la Investigadora:

Universidad Peruana Cayetano Heredia

El Comité de Ética en Investigación del Hospital San José, en su reunión de fecha 02/03/2022, tras la evaluación de la propuesta de la investigadora relativa al tema mencionado, y teniendo en consideración los siguientes aspectos:

1. Respeto de los principios de ética en investigación,
2. Interés científico y relevancia del estudio,
3. Grado de eventual perturbación a los pacientes y al funcionamiento del centro asistencial,
4. Beneficios para el paciente, la Institución y el país,
5. Consideraciones metodológicas del estudio.

El CIEI del Hospital emite un dictamen de **APROBACIÓN SIN MODIFICACIONES**, por lo cual recomienda se brinde a la investigadora las facilidades para el desarrollo de la investigación, a través de la UADI.



Aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Dirección Universitaria de
**INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (DUICT)**

CONSTANCIA 053 - 04 - 21

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** de manera unánime por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : **“Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2020 -2021”.**

Código de inscripción : **206921**

Investigador principal : **Osorio Chipana, Margot**

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión 2.0 recibida en fecha 23 de enero del 2022.
2. **Consentimiento informado (adultos)**, versión 2.0 recibida en fecha 23 de enero del 2022.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **31 de enero del 2023**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 01 de febrero del 2022.


Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/ cbt

Av. Honorio Delgado 430, SMP 15102 
Apartado postal 4314
(511) 319-0000 anexo 201352 
duict@oficinas-upch.pe 
www.cayetano.edu.pe 

Renovación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia



VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA R-120-12-23

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Proyecto : **“Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2020-2021”**

Código de inscripción : **206921**

Investigador(a) principal(es) : **Osorio Chipana, Margot**

Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **6 meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el **28 de marzo del 2023** hasta el **27 de marzo del 2024**.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 14 de marzo del 2023.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 28 de marzo del 2023.



Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/err

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201302
vriuve@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN

(Adultos)

<i>Título del estudio:</i>	Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2022
<i>Investigadora :</i>	Psi. Margot Osorio Chipana
<i>Institución :</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para explorar la fatiga por compasión, salud mental y factores asociados del personal de salud del hospital San José del Callao durante pandemia de la enfermedad infecciosa causada por coronavirus (COVID-19), el número aproximado de participantes es de 100. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, egresada de la Maestría en Salud Pública y Salud Global.

El estudio tiene como objetivo identificar la presencia de la fatiga por compasión, sus características y su relación con la salud mental del personal médico y de enfermería. Esto con el propósito de elaborar recomendaciones que promuevan la salud de las personas.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio tendrá que completar una encuesta de forma anónima, confidencial y por vía virtual, el cual tiene una duración de 20 a 25 minutos. Le pedimos responder honestamente. Usted no tiene la obligación de responder todas las preguntas y puede dejar de responder la encuesta en cualquier momento que desee y por cualquier razón. La encuesta tiene preguntas relacionadas a los siguientes temas:

Preguntas demográficas (edad, sexo, estado civil, profesión, etc.), sobre su trabajo en la institución y el grado de exposición a la COVID-19.

Preguntas relacionadas a su salud mental. Como, por ejemplo:

¿Se siente nervioso, tenso o aburrido? ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

Preguntas sobre la fatiga por compasión, tales como:

¿Se siente satisfecho/a de poder ayudar a la gente? ¿Le sobresaltan los sonidos inesperados?

Riesgos:

Por la naturaleza de las preguntas no se contemplan riesgos en su participación salvo la posibilidad de que alguna de las preguntas pueda generarle alguna incomodidad temporal, usted es libre de contestarlas o no y puede salir de la encuesta en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN

(Adultos)

<i>Título del estudio:</i>	Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2022
<i>Investigadora :</i>	Psi. Margot Osorio Chipana
<i>Institución :</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Beneficios:

Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, pero los resultados de este estudio pueden ayudarnos a comprender mejor cómo el personal de salud está lidiando frente a esta pandemia y ayudarnos a desarrollar recomendaciones para el cuidado de la salud mental planteados por esta pandemia. Al finalizar la encuesta será dirigido a un enlace de un video sobre Autocuidado en Salud mental para el personal de salud, centrado especialmente en el contexto de la COVID-19.

Costos y compensación

Participar en este estudio no le ocasionará gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en la investigación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Los correos electrónicos de todos los participantes de este estudio han sido obtenidos a través de la Oficina de recursos humanos del Hospital San José del Callao; quien ha dado autorización para utilizar los correos electrónicos para distribuir esta encuesta al personal de salud. Toda la información recogida en este estudio será manejada con rigurosa confidencialidad. Los cuestionarios serán anónimos, de manera que en ningún momento será necesario que usted nos brinde su nombre. Se le brindará un código específico de manera que al realizar el análisis de las encuestas lo haremos según los códigos brindados y no por los correos electrónicos. No será posible relacionar lo que usted responda con sus datos personales. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Este proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) – Humanos establecido por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La aprobación de este proyecto sólo implica que los procedimientos protegen adecuadamente el bienestar y los derechos de los participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN

(Adultos)

<i>Título del estudio:</i>	Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2022
<i>Investigadora :</i>	Psi. Margot Osorio Chipana
<i>Institución :</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

La base de datos será eliminada en un plazo de 365 días luego de iniciado el estudio. Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras, como por ejemplo comparar los índices obtenidos con una población con la pandemia controlada o de otras regiones del país. Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Derechos del participante:

La participación en el estudio es voluntaria, puede retirarse de éste en cualquier momento y puede optar por no participar en alguna parte del estudio sin daño alguno; en tal sentido, si decide no participar se le enviará un enlace de un video sobre Autocuidado en salud mental para el personal de salud, centrado especialmente en el contexto de la COVID-19. Si tiene alguna duda adicional, por favor llame a Margot Osorio Chipana, al [REDACTED] o escriba a [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355, al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

ACEPTO PARTICIPAR

<<Haga clic aquí>>

<<LINK DE ENCUESTA>>

NO ACEPTO

<<Haga clic aquí>>

<<LINK DE ENCUESTA>>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN

(Adultos)

<i>Título del estudio:</i>	Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2022
<i>Investigadora</i> :	Psi. Margot Osorio Chipana
<i>Institución</i> :	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Si usted desea hablar con alguien acerca de los sentimientos surgidos como resultado de la aplicación de esta encuesta, aquí hay algunos números a los que puede llamar:

- Línea de apoyo al personal de salud. Ministerio de Salud: 113 Opción 3
- Consejería en Línea Hospital San José del Callao: Central telefónica: (01) 319-7830

Fecha y hora de registro: __/__/202__

Recordatorio para participar en estudio


Estimado(a),

Solicitamos su participación voluntaria en una encuesta sobre fatiga por compasión, y afectación de la salud mental llevada a cabo por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, egresada de la Maestría en Salud Pública y Salud Global. Este estudio tiene como propósito identificar la presencia de la fatiga por compasión, sus características y su relación con la salud mental del personal médico y de enfermería durante la pandemia por COVID-19 con el objetivo de elaborar recomendaciones que promuevan la salud de las personas.

**SI USTED “DESEA” PARTICIPAR SI USTED “NO DESEA”
PARTICIPAR**

**<<Haga click aquí>>
aquí>>**

<<Haga click

Para cualquier duda a través de su participación, por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico 

Apreciaremos mucho su ayuda en este estudio.

Psic. Margot Osorio



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Proyecto de tesis: **Fatiga por compasión y salud mental en personal médico y de enfermería del Hospital San José del Callao durante pandemia por coronavirus 2022**

Sección 1. Datos Generales

Datos sociodemográficos	
Pregunta	
Edad	
Sexo	Femenino Masculino
¿Cuál es tu estado civil?	Soltero/a Conviviente Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a
¿Cuál es tu preferencia religiosa?	Católica Cristiana Judía Mormón Evangélica Testigo de Jehová Adventista No tengo ninguna preferencia Otra
¿Cómo describe su salud en general?	Excelente Buena Regular Mala

¿Sufre de alguna enfermedad crónica (Ej.: Hipertensión arterial, diabetes, asma, etc.)?	Sí No
¿Ha estado infectado por COVID-19?	Sí No No estoy seguro o he tenido síntomas, pero no he sido diagnosticado
¿Ha estado algún miembro de su familia o alguna persona muy cercana a usted infectado/a de COVID-19?	Sí No No estoy seguro o ha tenido síntomas, pero no ha sido diagnosticado
¿Cuál es tu profesión?	Enfermería Técnico de enfermería Médico
¿En qué servicio o área del hospital te desempeñas?	Emergencia Consultorios externos Gineco Obstetricia Pediatria/Neonatología Hospitalización Área COVID UCI
¿Cuántos años de trabajo tienes en el Hospital San José?	_____ años
¿Cuántos años tienes trabajando en la atención de pacientes?	_____ años
Tipo de trabajo en el Hospital San José	Sólo atención presencial Atención semipresencial Atención virtual
¿Cuál es su experiencia en la atención de casos con COVID-19?	No he tenido exposición a ningún caso He atendido a casos con sospecha de COVID-19 He atendido casos confirmados de COVID-19

¿Ha trabajado alguna vez en el área COVID-19 del Hospital San José?	Sí, trabajo actualmente ahí Sí, aunque no actualmente Nunca he trabajado en esa área
En caso afirmativo, ¿cuántos meses de trabajo tuvo/tiene en el área COVID-19?	_____ meses
Número de horas de trabajo por semana en área COVID-19	_____ horas por semana
Número de horas de trabajo presencial por semana en el Hospital San José	_____ horas por semana
Número de horas de trabajo total (presencial + virtual) por semana en el Hospital San José	_____ horas por semana

Sección 2. Cuestionario de Salud

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias y cómo ha estado de salud en las últimas 4 semanas.

Pregunta				
1. ¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?	Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
3. ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos
4. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
5. ¿Te has sentido constantemente agobiado y/o en tensión?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más
6. ¿Has sentido que no puedes superar tus dificultades?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

7. ¿Has sido capaz de disfrutar tus actividades cotidianas de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
8. ¿Has sido capaz de hacer frente a tus problemas?	Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
9. ¿Te has sentido poco feliz y/o deprimido?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
10. ¿Has perdido confianza en tí mismo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
11. ¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
12. ¿Te sientes razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos feliz que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

Sección 3. Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción

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

1. Soy feliz.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre

3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar “al límite” en varias cosas.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre

14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
17. Soy la persona que siempre he querido ser.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre

23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, indeseados.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
27. Considero que soy un buen profesional.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
29. Soy una persona demasiado sensible.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.	0=Nunca	1=Raramente	2=Algunas veces	3=Con alguna frecuencia	4=Casi siempre	5=Siempre

Prueba de normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Fatiga por compasión	Satisfacción por compasión	Agotamiento	GHQ-12 0-1
N		127	127	127	127
Parámetros normales ^{a,b}	Media	13.02	41.40	18.78	2.13
	Desv.	6.987	6.638	6.680	2.914
	Desviación				
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.090	0.138	0.118	.257
	Positivo	.090	0.098	0.118	.257
	Negativo	-.067	-0.138	-0.087	-.233
Estadístico de prueba		.090	0.138	0.118	.257
Sig. asintótica(bilateral)		.014	0.000 ^c	0.000 ^c	.000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Fatiga por compasión según profesión

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

N total	127
Estadístico de contraste	4.517
Grados de libertad	2
Sig. Asintótica (prueba bilateral)	.105

Fatiga por compasión según sexo

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

N total	127
U de Mann-Whitney	1371.000
Estadístico de contraste	1371.000
Error estándar	164.696
Estadístico de contraste estandarizado	.583
Sig. Asintótica (prueba bilateral)	.560

Afectación de la salud mental según profesión

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes

N total	127
Estadístico de contraste	7.928
Grados de libertad	2
Sig. Asintótica (prueba bilateral)	.019

Afectación de la salud mental según profesión. comparaciones por parejas

Muestra 1- Muestra2	Estadístico de contraste	Error	Desv. Estadístico de contraste	Sig.	Sig. Ajust.
Enfermero – Médico	6.779	8.167	.830	.407	1.000
Técnico de enfermería – Enfermero	13.390	7.766	1.724	.085	.254
Técnico de enfermería - Médico	20.169	7.354	2.743	.006	.018

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la Muestra 1 y la Muestra 2 son las mismas.

Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es .05.

Los valores de significación se han ajustado mediante la corrección de Bonferroni para varias pruebas.

Salud mental según sexo

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes

N total	127
U de Mann-Whitney	1197.500
Estadístico de contraste	1197.500
Error estándar	157.779
Estadístico de contraste estandarizado	-.491
Sig. Asintótica (prueba bilateral)	.623