

Fatiga por compasión, burnout y afrontamiento en personal de enfermería en Guatemala

Arige Mubarak, Nathaly Donis, Walter O. Paniagua

Introducción

Hasta hace pocos años, se consideraban profesiones de riesgo únicamente aquellas en las que los trabajadores se encontraran expuestos a la presencia de agentes químicos o biológicos potencialmente dañinos para su salud física. Sin embargo, un psiquiatra de apellido Fredenberguer (1974) notó que, algunas personas que trabajaban en una clínica de toxicómanos evidenciaban una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo que los conducía al agotamiento (Carlin & Garcés, 2010).

Fredenberguer (1974) denominó *Burnout* (estar quemado) a este fenómeno y argumentó que hace referencia a un tipo de estrés que se produce en el ámbito laboral. Una de las particularidades del síndrome de Burnout es que se genera en personas que mantienen constantemente una relación de ayuda directa hacia otras personas. De ahí que, factores como el tipo de trabajo, carga laboral, horario, nivel de participación, contexto laboral, relaciones interpersonales, balance de vida laboral y extralaboral, y cultura institucional puedan explicar la presencia de este síndrome (Butler, Carello, & Maguin, 2016).

Desde que Fredenberguer (1974) desarrolló el concepto de *Burnout*, la psicología evalúa las consecuencias negativas que se producen en el ambiente laboral. Aunque existe un número considerable de publicaciones sobre esta temática, la mayoría enfatiza en la despersonalización, cansancio emocional e inhabilidad para trabajar de manera efectiva (Craigie et al., 2016; Fredenberguer, 1974; Maslach & Jackson, 1981). En el caso del personal de salud, las demandas laborales a las que se enfrentan los profesionales que están al servicio de otras personas, especialmente los que atienden a pacientes que sufren enfermedades terminales, es alta y, en algunas ocasiones, requiere un sobreesfuerzo por la

empatía que se genera en la relación paciente-cuidador (Delbanco & Gerteis, 2017) que puede propiciar desgaste profesional y psicológico.

La asistencia clínica, ya sea a través de la medicina o enfermería, incluye el desarrollo de procesos empáticos que podrían afectar la salud mental del personal, por ello, el *Burnout* podría estar relacionado con el intento de mejorar la calidad de vida de los pacientes y la efectividad de su cuidado (Cieslak et al., 2014). Sin embargo, este constructo se asocia al ambiente laboral y no necesariamente al desgaste que se produce por la empatía.

De ahí que Figley (1995) propusiera el término estrés traumático secundario (STS por sus siglas en inglés) para definir al conjunto de emociones y conductas que resultan al interactuar con personas que experimentaron un evento traumático. En términos generales, el constructo apela a uno de los varios resultados negativos de la exposición indirecta al trauma (Adams, Boscarino, & Figley, 2006; Ludick & Figley, 2016) y, a diferencia del *Burnout*, se asocia con los procesos empáticos.

Recientemente, Stamm (2010), argumentó que el concepto de STS debía ser ampliado incluyendo dos conceptos que servirían como factores de riesgo. Así, propone que el STS lo conformarían tres categorías: 1) *Burnout*, 2) Fatiga por compasión y 3) Satisfacción por compasión. Así, desde la operacionalización de Stamm (2010), el *Burnout* se asocia con sentimientos de desesperanza, dificultades para lidiar con el trabajo y realizarlo con eficacia.

La fatiga por compasión (denominada por Figley en 1995 inicialmente como estrés traumático secundario) es resultado de la exposición indirecta al trauma. Este segundo sector incluye los recuerdos traumáticos y otras demandas de la vida. El contacto con pacientes traumatizados, como el involucramiento empático con estos mismos, conduce a los profesionales a una posible acumulación de sentimientos negativos internalizados. Si los residuos de sentimientos negativos no se trabajan con otro profesional, el individuo corre el riesgo de sufrir fatiga por compasión (CF por sus siglas en inglés). Por lo que, ya sea la respuesta al estrés adaptativa o inadaptativa, esta tiene repercusiones biológica y psicológicamente transformativas. Sin embargo, la CF solamente es uno de varios resultados a la exposición del sufrimiento y el trauma.

Los profesionales también experimentan satisfacción por compasión (CS), la cual se refiere a la realización personal al ayudar a otros a sobrellevar situaciones estresantes (Barr, 2017), además de sentirse exitosos por el trabajo realizado y por el apoyo de colegas al contribuir con el bien social (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Butler, Carello y Maguin (2016) demuestran en sus estudios que, un alto nivel de *burnout* se asocia con un bajo estado de salud y baja satisfacción por compasión. Sin embargo, una alta satisfacción por compasión se asocia a un nivel superior del estado de salud. Dicho de otra manera, la satisfacción por compasión mitiga el *burnout*, fatiga por compasión y estrés traumático secundario (Barr, 2017).

Afrontamiento

Las propuestas de intervención de la fatiga por compasión han incluido trabajar la resiliencia (Ludick & Figley, 2017), sin embargo, desde esta investigación se propone que, previo al desarrollo de resiliencia, debe explorarse las estrategias de afrontamiento.

El constructo de afrontamiento surge a mediados del siglo (Folkman & Lazarus, 1988) y puede ser definido como los esfuerzos de un sujeto ante uno o varios estresores, enfocando sus conductas y procesos cognitivos en cómo enfrentar tal estresor y enfocándose en el problema o en la emoción (Lazarus & Folkman 1984, 1988). A partir de ello, se crean las dos categorías: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo, Carver y Scheier (1994) encuentran que no todas las conductas pueden ser clasificadas en estas dos categorías (como la negación, auto distracción, autoinculpación y evitación). Esto tiene relación con el estilo (hábito) de afrontamiento de cada persona, debido a que en el afrontamiento están involucrados factores ambientales. Éstas pueden alterar la respuesta resultante al estrés porque provoca anticipaciones a los resultados de afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1988).

La importancia de trabajar con los estilos de afrontamiento radica en que podrían constituirse como factores de protección para la fatiga por compasión. De acuerdo con la forma en que las personas tienden a enfrentarse a sus problemas, Reich, Costa-Ball y Remor (2016) afirman que las estrategias de afrontamiento son disposiciones personales para

responder ante situaciones estresantes. Sin embargo, existe cierta dominancia con respecto a los estilos de acuerdo con los recursos con que cuenta la persona. Su medición conlleva una serie de problemáticas, sin embargo, Carver (1997) propone la Brief Cope como una medida breve de afrontamiento que permite entender las estrategias como adaptativas o inadaptativas.

Esta prueba tiene 12 subescalas que pueden subdividirse en tres factores: afrontamiento focalizado en el problema (AFP), afrontamiento focalizado en la emoción (AFEM) y afrontamiento por evitación (AEV). Las estrategias de afrontamiento no son ni buenas ni malas, simplemente permiten comprender cómo las personas se enfrentan a situaciones estresantes. En general, existe algún tipo de estrategia que domina, pero no existe una estrategia que sea universalmente efectiva (Lazarus, 1986)

De ahí que sea importante entender que la fatiga por compasión y el *Burnout* son situaciones específicas producidas por la empatía y las condiciones de trabajo respectivamente. Por ello, se considera importante determinar si existen relación con los estilos de afrontamiento y, así, dar respuesta a los cuestionamientos ¿Cuál es la relación entre afrontamiento, Burnout y fatiga por compasión en profesionales de enfermería en Guatemala? ¿Cuáles son los niveles de fatiga por compasión? ¿Cuáles son los niveles de Burnout? ¿Qué tipo de afrontamiento es dominante en la muestra seleccionada?

Método

El enfoque de investigación fue cuantitativo, no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. La información fue recolectada a través de un cuestionario electrónico que unificó dos pruebas psicométricas: la escala de calidad de vida profesional (ProQOL-v. 5) y la escala Brief-COPE. Además, se recolectó información sociodemográfica.

Participantes.

La encuesta se envió al total de agremiados al Colegio Profesional de Enfermería. La muestra estuvo compuesta por 104 personas que representan el 18% total de la población del Colegio. Del total de participantes, 21 (20.2%) eran hombres y 83 (79.8%) mujeres. Los

criterios de inclusión para rellenar el instrumento fueron: ser colegiado activo, poseer trabajo formal y voluntad de participar en la investigación.

Dado que el instrumento fue enviado de forma electrónica, se considera que la muestra fue no probabilística por disponibilidad ya que contestaron aquellas personas que, luego de leer el consentimiento informado, quisieron y tuvieron tiempo de rellenar completamente el instrumento. Por tanto, los resultados no pueden ser generalizados y son aplicables únicamente para la muestra seleccionada.

Instrumentos.

La escala ProQOL-v. 5. creada por Stamm (2010) es la medida más comúnmente utilizada entre las personas que desean evaluar los efectos negativos y positivos de ayudar a otros que experimentan sufrimiento o traumas. Se compone de tres subescalas que miden *Burnout*, satisfacción por compasión y estrés traumático secundario a través de una escala Likert de cero (nunca) a cuatro (muy seguido).

El inventario Brief Cope, en su versión en español (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000), consta de 24 ítems, ordenados en 12 escalas (Auto-distracción, reinterpretación positiva, negación, uso de sustancias, uso de soporte emocional, desconexión de comportamiento, reestructuración positiva, expresión emocional, planeación, humor, aceptación y religión). Fue desarrollado para evaluar una amplia gama de respuestas de afrontamiento. Los reactivos tienen una base explícita en teoría del afrontamiento cognitivo (Folkman & Lazarus, 1988). El inventario incluye algunas respuestas que se espera que sean disfuncionales, así como algunas que se espera sean funcionales.

Análisis de datos.

La matriz de datos fue analizada en un software de análisis estadístico. La consistencia interna de las pruebas fue calculada a través del alfa de Cronbach para la escala total y las subescalas. Además, se realizaron las pruebas de Keyser Meyer Olkin (KMO) para establecer qué tan propicios son los datos para realizar el análisis de componentes principales de las subescalas, y la prueba de Esfericidad de Bartlett para establecer la significancia de

correlación entre las variables. Se analizó la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-smirnov. Para los datos sociodemográficos se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población. Para las correlaciones se utilizó la Rho de Spearman, con un nivel de confiabilidad del 95%.

Aspectos éticos

Previo a enviar por correo electrónico los formularios, se habló con la Junta Directiva del Colegio Profesional de Enfermería para informar el tipo de datos que se recolectaría y solicitar la autorización para enviar el documento.

Se aplicó un consentimiento informado donde se informaba que la prueba no conllevaba riesgos para la salud física, pero podría provocar ansiedad durante la aplicación. No se solicitaron datos personales de los profesionales (incluida la edad) para garantizar la confidencialidad de los datos.

Resultados

Se obtuvo información de 17 departamentos del país. No se reportaron datos para Sacatepéquez, Sololá, Retalhuleu, Chimaltenango y El Progreso. Los departamentos con mayor participación en la encuesta fueron Guatemala (27%), Quetzaltenango (17.3%), Huehuetenango (10.6%). El resto muestra porcentajes debajo del 10%.

El estadístico para la normalidad mostró valores $p < .05$ para los datos de ProQOL-v. 5 y Brief Cope.

Satisfacción por compasión, Burnout y fatiga por compasión

Los valores para la consistencia interna de la escala ProQOL-v. 5 mostró los siguientes resultados para cada subescala: satisfacción por compasión ($\alpha = .75$), Burnout ($\alpha = .56$), fatiga por compasión ($\alpha = .82$) y escala total ($\alpha = .76$), lo cual es estadísticamente aceptable (Field, 2012). El análisis KMO brindó un resultado de .79 y la prueba de Esfericidad de Bartlett fue ($p < .05$). Para la validez de constructo, se realizó un análisis de componentes

principales y se encontraron 8 factores, lo cual discrepa de lo propuesto por Stamm (2010). Sin embargo, dos de esos factores contienen la mayor cantidad de ítems.

Se encontraron niveles medios de satisfacción por compasión en 34 personas (32.7%) y altos 70 personas (67.3%) de satisfacción por compasión.

También se encontraron niveles bajos y medios de burnout en 63 personas (60.6%) y 41 (39.4%) respectivamente. Finalmente, se encontraron niveles medios de fatiga por compasión en 77 encuestados (74.0%) y bajos en 26 encuestados (25.0%).

Para la consistencia interna de la *Brief Cope*, también se usó la prueba Alfa de Cronbach. La tabla 1 muestra los resultados de las subescalas de afrontamiento.

Estilos de afrontamiento

Los datos con respecto a la consistencia interna y correlaciones entre los ítems que conforman las subescalas se muestran en la tabla 1 (ver anexos). La escala total de la Brief Cope mostró ($\alpha = .89$). Con respecto a la validez de constructo, la prueba, Kaiser Meyer Olkin fue de ($KMO = .80$) y la prueba de Esfericidad de Bartlett brindó un resultado de ($p < .05$). Para la validez de constructo, se realizó un análisis de componentes principales y se encontraron 6 factores, es decir, los ítems se agrupan de forma distinta a lo propuesto por Díaz y colaboradores (2006) para la versión castellana de la prueba.

Características de la población

Las personas que contestaron la totalidad de encuesta fueron 21 (20.2%) hombres y 83 (79.8%) mujeres. En cuanto al estado civil se encontró que 50 (48.1%) son solteros, 38 (36.5%) son casados, 5 (4.8%) divorciados y 11 (10.6%) viven en unión libre.

En cuanto a la religión, se observó que 50 personas (48.1%) profesan la fe católica, 42 (40.4%) evangélica, 4 personas (3.9%) reportaron otras religiones y 8 (7.7%) reportaron no tener ninguna religión. En cuanto a la práctica de la religión, 95 (91.3%) respondieron que sí y 9 (8.7%) respondieron que no.

Con respecto a los hijos, se encontró que 66 (63.5%) sí tiene hijos y 38 (36.5%) no. Con respecto a la pregunta sobre el tipo de institución donde trabajan las personas encuestadas

se encontró que 37 (35.6%) laboran en hospitales, 45 (43.3%) en centros de salud, 12 (11.5%) en escuelas o colegios y el resto (9.6%) marcó la casilla otros. De igual forma se encontró que 80 enfermeras (76.9%) laboran en el sector público y 24 (23.1%) en el sector privado. La tabla 2 muestra las relaciones encontradas.

Del total de personas encuestadas 85 (81.7%) reportaron que trabajan 8 horas por día, 15 (14.4%) trabajan 16 horas y 4 (3.8%) indicaron que trabajan más de 16 horas por día.

Otro elemento que se exploró fue el tiempo que los profesionales invierten en trasladarse a sus trabajos y se encontró que, 89 (85.6%) se toman de cinco a una hora y 15 (14.4%) de una a dos horas por trayecto.

Discusión

Los datos en cuanto a CF evidencian que 25% de la población evaluada podría estar en riesgo de una transición progresiva a sintomatología asociada a este fenómeno, ya que presentan indicadores medios. De igual forma, para el *Burnout*, el 39% de las personas evaluadas presentan indicadores medios. Si bien estos constructos no son considerados como psicopatologías, muestran los efectos de trabajar con el sufrimiento ajeno. En contraposición, se observa un buen ajuste hacia la SC con 67% que son menores a los valores encontrados por Potter y colaboradores (2010).

Los datos, al ser comparados con otros estudios realizados con enfermeras, arrojan medias más altas. Por ejemplo, Circenis y Millere (2011) reportaron medias de 32.42 para SC, 23.50 para *Burnout* y 19.59 para CF. Nuestro estudio arroja 44.66 para SC, 20.11 para *Burnout* y 17.12 para CF. Esto indica mayor satisfacción dentro del ambiente laboral guatemalteco y menor incidencia de CF

Para la psicología y las ciencias humanas, en general, es importante entender cómo el estrés laboral puede devenir en sintomatología que reduce la calidad de vida de las personas. De esta cuenta que, si bien no se presentan indicadores alarmantes, es una señal para tomar en consideración dentro de programas de intervención basada en evidencia dentro de este grupo. Esto es una limitación del estudio puesto que los investigadores desconocen si las personas que no contestaron fueron por temor a ser identificados o, en el peor de los casos,

a ser estigmatizados como una señal de debilidad dentro de su profesión. De ahí que los datos sean relevantes en cuanto a ser interpretados en relación con los estilos de afrontamiento.

Los datos muestran que existen puntajes altos en cuanto a la presencia del estilo de afrontamiento focalizado en el problema (Tabla 1). Esto supone que se presentan comportamientos encaminados a incrementar esfuerzos para eliminar o reducir el estresor enfocándolo desde una perspectiva de oportunidad (reinterpretación positiva), se planifican acciones sobre cómo enfrentar el estresor y los pasos que se deben realizar (planificación) y auto distraerse en otras actividades (Morán, Landero, & González, 2010).

Aunque todos los ítems de la subescala son significativos, únicamente la reinterpretación positiva muestra valores fuertes en las correlaciones entre los ítems. Este dato es consistente con lo encontrado en la investigación de Li y Lambert (2008), quienes encontraron que la reinterpretación positiva es un buen predictor de la satisfacción laboral para enfermeras que trabajan en cuidados intensivos. Sin embargo, al buscar correlaciones entre reinterpretación positiva y satisfacción por compasión, es decir, el gusto por hacer su trabajo, no aparece significativa la relación.

El afrontamiento basado en la emoción presenta características donde las personas buscan apoyo emocional en sus redes, el humor y la aceptación. Al igual que en la estrategia anterior, únicamente el estilo apoyo emocional muestra valores fuertes en cuanto a las correlaciones entre los ítems que componen la subescala.

Finalmente, el afrontamiento basado en evitación presenta menos subescalas que los anteriores estilos, pero sus correlaciones significativas son más fuertes. Para el caso de uso de sustancia, presenta valores por encima de .8 lo cual indica que es, posiblemente, la estrategia más usada, pero también se muestra una tendencia fuerte hacia el uso de la religión como forma de afrontamiento. Estos hallazgos deben ser profundizados, ya que se necesitan estudios con muestras aleatorias en donde se pueda encontrar hallazgos similares. Por ello, deben ser tomados con cautela y no permiten hacer inferencias o generalizaciones sobre el gremio total. No obstante, se podría afirmar que el uso de sustancias, la religiosidad y la reinterpretación positiva son los afrontamientos dominantes.

En cuanto a la relación entre FC, SC, Burnout y afrontamiento se encontró relaciones significativas moderadas entre Burnout y SC, pero inversas ($r = -.48$). Esto sugiere que cuanto más altos son los puntajes de satisfacción laboral disminuye la percepción de estar quemado. También se encontró una relación positiva fuerte entre *Burnout* y FC ($r = .51$), lo que sugiere que el ambiente laboral podría incidir al momento de intentar aprehender el mundo anímico del otro por medio de la empatía.

Por ello, resulta necesario para las ciencias sociales y humanidades entender con mayor profundidad los procesos de empatía y el tipo de efectos que podría causar trabajar con el sufrimiento ajeno. Aunque no se encontraron datos concluyentes en cuanto a la relación con el afrontamiento, los datos sugieren que la religiosidad debe ser explorada en esta población, ya que permite observar regularidades en las respuestas de las personas encuestadas.

Limitaciones

Una de las limitaciones más grandes de la investigación es el tipo de muestreo. Se debe hacer una réplica del estudio con una muestra aleatoria, ya que no se tiene certeza que los datos contenga información que pueda ser generalizada para el gremio de las enfermeras. Además, es más probable encontrar respuestas más certeras al recolectar información de forma personal.

Referencias

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2016). Trauma , Stress , and Self-Care in Clinical training : Predictors of Burnout , Compassion Satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416–424. <https://doi.org/10.1037/tra0000187>
- Carlin, M., & Garcés E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
- Circenis, K., & Millere, I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2042–2046. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.395>
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado Child protection workers. *British Journal of Occupational Therapy*, 30, 1071–1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Delbanco y Gerteis (2017) *A patient-centered view of the clinician-patient relationship*. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Recuperado de <https://ezproxy.ufm.edu:2166>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. [doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x)
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y Proceso Cognitivos*. Roca. Retrieved from

<http://cict.umcc.cu/repositorioinstitucional/Psicolog%7B%7Da/Biblioteca%0Ade%0APsicologia/Analisis%0ADinamico%0Ade%0AComportamiento/Estres%0Ay%0Aprocesos%0Acognitivos%0A2.pdf>

Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology, 23*(1), 112–123. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*(2), 99–113. doi:10.1002/job.4030020205

Morán, C., Landero, R., & González, M. C. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en Español del brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543–552.

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen S. (2010). Compassion fatigue and Burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology nursing, 14*(5), 56-62.

Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology, 23*(2), 172-185. doi:10.1037/trm0000116

Tabla 1

Consistencia interna de la prueba Brief Cope para enfermeras en Guatemala

Escala	Estilo de afrontamiento	Ítems de subescala	Alfa de Cronbach (n = 104)	MD	SD	r (n = 104)	
Brief Cope	Reinterpretación positiva	AFP	11 y 15	.72	5.74	1.80	.583**
	Auto distracción	AFP	1 y 17	.66	4.84	1.94	.498**
	Planificación	AFP	12 y 22	.63	5.71	1.70	.460**
	Afrontamiento activo	AFP	2 y 7	.53	5.96	1.58	.351**
	Uso de apoyo emocional	AFEM	5 y 13	.72	4.61	1.82	.544**
	Humor	AFEM	16 y 24	.67	3.56	1.72	.474**
	Aceptación	AFEM	18 y 21	.60	5.70	1.73	.429**
	Expresión emocional	AFEN	9 y 19	.50	3.98	1.40	.334**
	Uso de sustancias	AEV	4 y 10	.83	2.29	0.91	.858**
	Religión	AEV	20 y 23	.85	6.50	1.76	.681**
	Desvinculación conductual	AEV	6 y 14	.57	2.76	1.27	.459**
Renuncia (Negación)	AEV	3 y 8	.53	3.51	1.48	.316**	

Nota: Afrontamiento focalizado en el problema (AFP), Afrontamiento focalizado en la emoción (AFEM), Afrontamiento por evitación (AEV)

** $p < .01$

Tabla 2

Relación entre satisfacción por compasión, burnout, fatiga por compasión y afrontamiento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Satisfacción por compasión	1.000														
2 Burnout	-.486**	1.000													
3 Fatiga por compasión	-.247*	.511**	1.000												
4 Afrontamiento Activo	.194*	-.064	-.066	1.000											
5 Planificación	.146	-.056	-.167	.625**	1.000										
6 Reinterpretación Positiva	.189	-.029	.040	.607**	.654**	1.000									
7 Aceptación	.085	-.028	-.015	.527**	.603**	.583**	1.000								
8 Humor	-.048	.102	.145	.084	.354**	.299**	.313**	1.000							
9 Religión	.149	-.115	-.018	.466**	.605**	.530**	.604**	.330**	1.000						
10 Uso de apoyo emocional	.035	.014	-.047	.367**	.460**	.383**	.350**	.213*	.343**	1.000					
11 Auto Distracción	-.048	.200*	.258**	.475**	.401**	.534**	.502**	.278**	.369**	.351**	1.000				
12 Negación	-.162	.370**	.299**	.081	.266**	.230*	.297**	.277**	.242*	.308**	.333**	1.000			
13 Expresión emocional	-.103	.343**	.350**	.173	.306**	.226*	.298**	.239*	.263**	.371**	.341**	.319**	1.000		
14 Uso de sustancias	-.240*	.114	.180	-.071	.001	.002	.072	.172	.146	.151	.149	.237*	.076	1.000	
15 Desviación conductual	-.326**	.210*	.288**	-.055	.130	.028	.202*	.210*	.103	.170	.246*	.465**	.321**	.271**	1.000