

Demanda emocional y fatiga por compasión en trabajadores del área de humanización
de una clínica. Cali. 2020.

Daniel Fernando Gómez Rodríguez

Proyecto de Grado

Especialización Gerencia de la Seguridad y Salud en el trabajo

Universidad de Manizales

Facultad Ciencias Sociales y Humanas

Especialización Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Manizales, Noviembre 2020

Tabla de Contenido

1. Planteamiento del problema.....	p. 3
2. Formulación de la pregunta central.....	p. 7
3. Justificación.....	p. 8
4. Formulación de objetivos.....	p. 10
4.1. Objetivo general.....	p. 10
4.2. Objetivos específicos.....	p. 10
5. Marco de antecedentes.....	p. 10
6. Marco teórico.....	p.13
6.1. Fatiga por compasión.....	p. 13
6.2. Demanda emocional.....	p. 15
7. Marco conceptual.....	p. 17
7.1. Empatía.....	p. 17
7.2. Ecpatía.....	p. 18
7.3. Humanización en salud.....	p. 19
7.4. Autocuidado.....	p. 20
7.5. Fatiga por compasión.....	p. 20
7.6. Demanda emocional.....	p. 20
8. Marco Normativo.....	p. 22
8.1. Ley 1616 de 2013.....	p. 22
8.2. Resolución 2646 de 2008.....	p. 23
8.3. Plan decenal de salud pública.....	p. 24
9. Metodología.....	p. 26
10. Resultados.....	p. 27
10.1. Demandas emocionales.....	p. 28

10.2 Fatiga por compasión.....	p. 29
10.3 Relación demanda emocional y fatiga por compasión.....	p. 38
11. Conclusiones.....	p.42
12. Discusión.....	p.42
13. Recomendaciones.....	p. 44
14. Referencias Bibliográficas.....	p.45

1. Planteamiento del problema

La presente propuesta investigativa, pretende abordar la aparición del fenómeno de fatiga por compasión (desgaste por empatía) vista, con base en las características que la describen y no a un diagnóstico en sí, en trabajadores de un área de humanización, en un primer momento, a través de una revisión teórica y documental de antecedentes recientes que abordan dicho fenómeno, para posteriormente establecer la relación, de ser el caso, que este posee con las demandas emocionales propias de la actividad laboral desarrollada por los Trabajadores de un área de humanización de una clínica de Cali.

En el desarrollo del ejercicio e intervención de trabajadores de la salud, deben abordar cada día múltiples problemáticas inherentes al ser humano, con una complejidad e intensidad variable que pueden abarcar desde situaciones de la vida cotidiana hasta relatos de abandono, violencia, entre otros. La relación que este contacto humano tiene, en la aparición de afectaciones de salud mental en los trabajadores, ha sido una temática que ha ganado interés académico e investigativo en los últimos años, toda vez que este fenómeno ha venido generando complicaciones a nivel laboral para las instituciones en las cuales se abordan estas dificultades humanas tales como el desarrollo de afectaciones en la salud mental de sus trabajadores, falta de motivación laboral, la disminución de la calidad en el servicio y el ausentismo del puesto de trabajo.

A través del estudio realizado en las últimas décadas, se logra la introducción del término *fatiga por compasión* para definir y enmarcar mejor este fenómeno. Coetzee y Kopleer

(2010), definen la fatiga por compasión como “el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés” (p.237). Por su parte, Lynch y Lobo (2012) la definen como “el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada a la fatiga por compasión y todo lo que ello evoca” (p.21-25).

De forma regular, se identifica este fenómeno en el personal de atención en salud como manifiesta Hernández M. (2017) en su investigación “Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos” donde se identifica a través de una revisión documental indicadores de hasta un 80% de riesgo alto y moderado de sufrir fatiga por compasión en enfermeros/as; este antecedente sigue la misma línea de resultados que la investigación de Dávila M (2015) “Comparación de la incidencia de fatiga por compasión y estrés en miembros de los equipos interdisciplinarios de acuerdo a su función en visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos” en la cual se reconoce una alta incidencia del fenómeno en médicos tratantes y las enfermeras, que es asociado generalmente a una alta identificación con los pacientes y su historia personal, de esta forma, la variable de historia personal aparece como medio de identificación y se puede relacionar con la investigación de Moscoso M (2018) “Burnout y fatiga por compasión en profesionales sanitarios: proyecto educativo de manejo del estrés.” en donde asocian este fenómeno a una exposición continuada a la muerte, dolor y sufrimiento de los pacientes.

De acuerdo con la mirada de los autores, puede comprenderse que este fenómeno no obedece necesariamente a la presencia de un único evento traumático, sino que se presenta

mayormente a través de un proceso de acumulación de emociones y sentimientos fruto de la empatía que se experimenta en el desarrollo de la actividad laboral en el aspecto asistencial.

El presente proyecto investigativo, se ubica contextualmente en el desarrollo de las funciones realizadas por los trabajadores de un área de humanización de una clínica de Cali.

Por asuntos prácticos de la presente propuesta investigativa, no se tendrán en cuenta aspectos relacionados con factores laborales propiamente dichos, como el horario laboral, el clima organizacional, los lineamientos técnicos u otras inconformidades de la población objeto de estudio que puedan llegar a ser confundibles con el Síndrome de Burnout, los cuales harían parte de una propuesta investigativa diferente.

Cabe mencionar en este sentido, que en el contexto hospitalario en el cual se va a desarrollar la investigación, en ocasiones los trabajadores que desarrollan esta labor, se encuentren ante situaciones de afectación de la salud, tanto física como mental, situaciones de larga estancia hospitalaria, tratamientos a enfermedades crónicas, cuidado paliativo entre otros. En búsqueda de brindar una atención de calidad centrada en la persona y de cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud se desarrollan estrategias de humanización lideradas por el área, en las cuales se necesita un contacto más directo con el paciente y su alteración en la salud.

Durante el desarrollo de estas actividades, es usual tener contacto con problemáticas que bien sea por su complejidad o sensibilidad pueden llegar a tener incidencia en el estado emocional del trabajador que las atiende ya sea por el nivel de vinculación (empatía) personal con la situación o por la *demanda emocional* propia de la situación. La Batería de Riesgo Psicosocial define las demandas emocionales como “Situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador” (2008)

Por otro lado, en la búsqueda de antecedentes investigativos respecto a demandas emocionales se encuentra en González F (2016) que su investigación “Riesgos psicosociales, profesionales e intralaborales en profesionales del sector público de la salud, asociado a la demanda emocional en el hospital departamental de San Antonio Roldanillo (Valle)” muestra cómo las demandas emocionales son proporcionales a las características específicas de la tarea y la afectación que puede tener en el trabajador, además, afirma la prevalencia de estas afectaciones en la atención en salud. Por último, en la investigación realizada por Acosta J (2015) “Relación entre la demanda emocional de las secretarías y los estilos de liderazgo de los jefes de la universidad de Nariño sede Torobajo” estas demandas emocionales son asociadas a características culturales propias de la región. Ansoleaga E & Toro J (2014) hace especial énfasis en las repercusiones que un nivel alto de demanda emocional puede tener en la salud mental del trabajador y la necesidad del desarrollo de programas para la prevención de estas afectaciones.

Es en este sentido que, teniendo en cuenta los hallazgos investigativos, la presente investigación pretende establecer, de ser el caso, la relación existente entre la aparición de

sintomatología asociada al fenómeno de fatiga por compasión en los trabajadores de un área de humanización de una clínica de Cali y las demandas emocionales propias de la actividad desarrollada.

2. Formulación de pregunta central

¿Cuáles son las características de la fatiga por compasión en relación a las demandas emocionales en los trabajadores del área de humanización en una clínica de Cali 2020?

3. Justificación

El interés de la presente propuesta investigativa radica en la detección del fenómeno de fatiga por compasión en contextos donde usualmente se confunde con términos similares como el burnout, para esto se clarifica según Figley (2002), “la Fatiga por Compasión como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás” (p.14-30); si consideramos esta reducción como una afectación al carácter esencial en las labores de los trabajadores de un área de humanización, surge otro componente del interés basado en la afectación que puede tener esta en variables como la calidad de vida laboral y la calidad del servicio.

En relación a las temáticas abordadas en el plan de estudios, se hace menester vincular el riesgo psicosocial como objeto de estudio de la seguridad y salud en el trabajo, por esto la categoría de demandas emocionales, la cual puede ser asociada a la fatiga por compasión

como antecedente a la aparición de esta; al establecer esta relación podemos vincular los aspectos teóricos de la fatiga por compasión y compararlos frente a la demanda emocional ligada al contenido del ejercicio desarrollado por los trabajadores de un área de humanización

La utilidad del proyecto investigativo surge a partir de la caracterización de los trabajadores de un área de humanización bajo la relación de la fatiga por compasión y las demandas emocionales ligadas a la tarea. Lo encontrado, podría servir de insumo en programas de concientización, detección y prevención del fenómeno de fatiga por compasión en clínicas, hospitales en donde se estén desarrollando programas de humanización

De modo particular, frente a las demandas emocionales, que dentro de la batería de riesgo psicosocial se enuncian en tres condiciones descriptivas de la labor (exponerse a los sentimientos, emociones y trato negativo de otras personas en su trabajo; encontrarse expuesto a condiciones emocionalmente devastadoras; deber esconder sus emociones o sentimientos con el fin de no afectar el desempeño de su labor), de esta forma la investigación podría sentar bases para la identificación de vulnerabilidad psicosocial frente a la labor y al desarrollo de programas de acompañamiento para los trabajadores que se califiquen dentro de este grupo.

A través de toda la revisión de antecedentes se identifica el proyecto de investigación como novedoso debido a varios factores dentro de los cuales se pueden nombrar: las pocas investigaciones realizadas en contextos colombianos mientras que en países europeos como España y Portugal, esta temática ha sido objeto de estudio desde el año 2015 aproximadamente y en Latinoamérica la mayor cantidad de investigaciones relativas a la temática se encuentran en Ecuador y Venezuela ; la sectorización de las investigaciones en

personal de atención en salud; el término de fatiga por compasión de manera ambigua en muchas de las investigaciones mientras que en otras se busca la diferenciación de este; los factores personales como medio protector frente a la sintomatología; el énfasis en programas de prevención y acompañamiento, y no en programas de detección del fenómeno; los acercamientos teóricos que buscan definir herramientas para la disminución de la sintomatología; y la casi nula o irrelevante relación que se da en la mayoría de investigaciones con las demandas emocionales definidas en la batería de riesgo psicosocial para el contexto colombiano.

4. Formulación de Objetivos

4.1 Objetivo General

Comprender las características de la fatiga por compasión en relación a las demandas emocionales en los trabajadores del área de humanización en una clínica de Cali 2020.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de demanda emocional, producto del trabajo
- Conocer las características relacionadas con el fenómeno de la fatiga por compasión
- Analizar la influencia que tienen las demandas emocionales en características relacionadas a la fatiga por compasión.

5. Marco de antecedentes

Frente a la fatiga por compasión se han realizado algunos estudios de investigación que han introducido ciertos acercamientos teóricos contemporáneos como lo son “Calidad de

vida laboral y autocuidado en personal de enfermería asistencial con alta demanda emocional” realizado por Vidal G (2017) en el cual la satisfacción personal y las herramientas de autocuidado pueden servir de manera predictora a la aparición de la sintomatología y en donde se recalca la importancia de desarrollo de proyectos de detección y acompañamiento de esta. En el mismo sentido, Martínez A (2014) introduce el término de *perspicacia empática* como la capacidad del profesional para reconocer y reducir a tiempo la fatiga por compasión y aumentar la satisfacción por compasión mediante el equilibrio e incremento de tres factores: el afecto, el auto-cuidado y los recursos en su investigación “Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención”. Ambas investigaciones clarifican el curso temático que ha llevado el estudio de la fatiga por compasión, de esta forma permite esclarecer el rumbo de la presente investigación enfatizando en la importancia de la detección temprana de estas sintomatologías como medio preventivo de la aparición del fenómeno en sí mismo.

Por otro lado, algunas investigaciones como la de Fuentes E (2019) “Desgaste por empatía: riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático”, establecen factores que inciden en los niveles de la de sintomatología relacionada a la fatiga por compasión.

Depende de múltiples factores, como pueden ser: las características del evento sufrido por el consultante, la personalidad y los mecanismos de defensa y afrontamiento tanto del paciente como del profesional de la salud, así como el contexto laboral y los recursos con que se disponga para la elaboración personal y profesional del impacto del trabajo con este grupo poblacional de pacientes.

Esto se puede contextualizar con la investigación de Dávila M (2015) “Comparación de la incidencia de fatiga por compasión y estrés en miembros de los equipos interdisciplinarios de acuerdo a su función en visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos” antecedente en donde se identifica que los psicólogos clínicos presentan un nivel normal de incidencia de fatiga por compasión asociado al factor individual referente al estudio de su carrera frente a otras profesiones. Conocer esta relación permite vislumbrar posibles hallazgos en el contexto de los trabajadores del área de humanización.

Otro aspecto ineludible dentro de las investigaciones revisadas es que el término “fatiga por compasión” es usualmente cohesionado a otros como lo son el Burnout y el estrés postraumático, compartiendo con este último, según algunas investigaciones (Campos J (2018) Cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía), los signos a través de los cuales se manifiesta “hiperactivación, la evitación y la re-experimentación”; mientras que otras investigaciones como lo es la realizada por Campos J, Cardona J, Bolaños I & Cuartero E (2014) “La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar. Hipótesis para una investigación” se busca aclarar la diferencia con otros términos enfatizando en sus componentes estructurales más específicamente en la incidencia de este fenómeno en toda profesión que involucre una relación de ayuda.

Al revisar otros antecedentes enfocados en la importancia de la detección de este fenómeno, se encuentra la investigación de Moscoso M (2018) “Burnout y fatiga por compasión en profesionales sanitarios: proyecto educativo de manejo del estrés.” donde se recalca la importancia de la prevención de este síndrome en los profesionales sanitarios, a través de la instauración de talleres de autocuidado, intervenciones grupales y soportes psicológicos

externos al equipo; siguiendo los mismos pasos, González C , Sánchez Y & Peña G (2018) definen la comunicación asertiva, los programa de solución de problemas, las técnicas de meditación y la autorregulación cognitiva como un mecanismo efectivo en la reducción de la sintomatología en su investigación “Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia” ; asimismo Marín M (2017) en su investigación “Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal “ demuestra la eficacia de un modelo terapéutico y cita a Leiter y Maslach (2005), dándole importancia especial en contextos laborales de alto riesgo, caracterizados por una alta carga de trabajo, necesidad de realizar tareas múltiples y complejas, disposición de poco reconocimiento social y económico, dificultades para separar la vida personal de la laboral, problemas de comunicación en el interior del grupo de trabajo, etc.

6. Marco Teórico

6.1 Fatiga por compasión

El término de Fatiga por Compasión proviene de la traducción literal de su homónimo inglés *compassion fatigue*. La nomenclatura más utilizada en lengua castellana es la de *desgaste por empatía*. El primer antecedente que se encontró de un cierto interés por parte de los investigadores sobre los posibles efectos perjudiciales de empatizar con personas con una historia traumática de forma continuada se remonta a 1971. En este momento, C. Figley,

(1995) estudia por primera vez estas consecuencias con enfermeras que atendieron veteranos de la guerra de Vietnam, en la década de los 60 y 70. Según este autor, estas profesionales tenían sentimientos de culpa y remordimiento, por no haber podido "salvar" a sus pacientes.

Estos recuerdos se asociaban a numerosos problemas psicológicos, que en 1980, se compilaron en el DSM- III como "síndrome de estrés post-traumático". El diagnóstico no sólo incluía la traumatización consecuencia de ser víctima de un acontecimiento altamente estresante si no también la sufrida por las personas que apoyan a estas, como los familiares, amigos cercanos y profesionales, es decir, las que sufren de forma indirecta el trauma (Figley, 2002).

Joison utilizó el término Fatiga por Compasión para referirse al efecto nocivo de la exposición continuada de las enfermeras a las historias de dolor y sufrimiento de sus pacientes (Jiménez et al., 2004). Podemos definir la Fatiga por Compasión o el Desgaste por Empatía, como "el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo el que ello evoca" (Lynch & Lobo, 2012).

Para Figley (2002), "la Fatiga por Compasión como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás" (p. 1434). Si un profesional de la mediación experimenta dicho fenómeno, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus clientes se ve gravemente disminuido. McHolm (2006) añade el componente espiritual a la definición, indicando que la Fatiga por Compasión "describe el

agotamiento emocional, físico, social y espiritual que se apodera de una persona y provoca un descenso generalizado de su deseo, capacidad y energía de sentir y tener la energía para ayudar a otro” (p.14). Por su parte, Coetzee & Klopper (2010), definen la Fatiga por Compasión como “el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés” (p.237).

A manera de subcategorizar los síntomas relacionados a la fatiga por compasión Patricia Acinas (2012) los clasifica en la siguiente tabla, permitiendo descomponer la categoría y realizar un análisis inductivo de esta.

SÍNTOMAS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN

SÍNTOMAS INTRUSIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del usuario/cliente (aprendizaje vicario). ○ Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
SÍNTOMAS EVITATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitación de la exposición a material traumático del usuario/cliente. ○ Pérdida de energía. ○ Evitación de salidas extra laborales con compañeros. ○ Automedicación secreta/adicciones.
SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento de la ansiedad. ○ Impulsividad, reactividad. ○ Aumento de la percepción de exigencias/amenazas. ○ Aumento de la frustración.

Fuente: Acinas, P. (2012), *Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos*, p.7.

La utilización y precisión de esta categoría es de vital importancia en la presente propuesta investigativa, toda vez que la sintomatología anteriormente descrita es un eje transversal de la misma. En este sentido, pretende encontrarse la prevalencia de este fenómeno en la población

objeto de estudio, en este caso, los trabajadores de un área de humanización y su relación con las demandas emocionales propias de la actividad profesional.

6.2 Demanda Emocional

El concepto de demandas o exigencias emocionales deriva de las concepciones ergonómicas que plantearon originalmente los conceptos de carga física y carga mental, siendo la carga emocional una parte constitutiva de ésta última, expresada en términos de exigencias de autocontrol emocional. Una definición desde esta perspectiva considera como exigencia emocional de trabajo "a la fortaleza emocional, o destreza para manejar distintas emociones, que requiere una tarea profesional" y, en consonancia, se determina que es "carga emocional de trabajo el coste emocional en el que se incurre al tratar de afrontar las demandas emocionales de la tarea, contextos y eventos propios (en los que la tarea se desarrolla)" (Puelles, 2009:178).

Actualmente, se trata a las demandas emocionales como un factor de riesgo psicosocial específico, intrínseco al contenido de la tarea y al de determinados eventos, íntimamente relacionados con la actividad que se realiza, como demuestra su inclusión en los modelos teóricos más difundidos al respecto (Bakker & Demerouti, 2007; Karasek & Theorell, 1990; Moncada, Llorens & Kristensen, 2002). Así por ejemplo, el Método Istas21 -CoPsoQ (Moncada, Llorens & Kristensen, 2002), que dispone de un instrumento ampliamente utilizado para la medición de riesgos psicosociales, define las exigencias psicológicas emocionales como "aquellas que afectan nuestros sentimientos, sobre todo cuando requieren de nuestra capacidad para entender la situación de otras personas que también tienen

emociones y sentimientos que pueden transferirnos, y ante quienes podemos mostrar comprensión y compasión" (p.32).

Así tomando los dos términos "demanda" y "emoción" surge el concepto demanda emocional, como un factor de los riesgos psicosociales que se puede presentar en el ámbito organizacional; Martínez-Iñigo (2001, citado por García, Martínez, Salanova y Nogareda 2007), brinda una definición de este constructo entendiéndolo como:

Los procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden (p.12).

Por tanto, se entiende que el esfuerzo emocional realizado por el empleado en su puesto de trabajo es una demanda emocional, las cuales se ven reguladas por un conjunto de normas organizacionales sobre cómo debe comportarse el colaborador en las interacciones que realiza en su trabajo, lo cual en muchas ocasiones no permite la expresión de emociones por parte del entrevistador. Esta situación puede presentarse con frecuencia en los trabajadores de un área de humanización, toda vez que no se considera "oportuno" o "importante" mostrar una respuesta emocional o personal ante una situación, dado que existe una sujeción estricta a los lineamientos técnicos operativos. De igual forma, algunas de estas demandas emocionales propias de la actividad laboral, ya sea por la sensibilidad de un caso que se atiende en

específico o por la acumulación de emociones durante cierto tiempo, puede llegar a producir una sensación de desborde en las capacidades del trabajador, lo cual acarrea en la mayoría de los casos sensación de malestar e incluso, el desarrollo de afectaciones en la salud mental que pueden implicar el abandono del puesto de trabajo.

7. Marco Conceptual

7.1 Empatía

El concepto de empatía ha sido abordado por autores e introducido en el lenguaje profesional desde mediados del siglo XVIII con el término alemán “Einführung”, que se traduciría como “sentirse dentro de”, en dicha construcción teórica se han abordado principalmente dos perspectivas del concepto de empatía, una desde el enfoque cognitivo y otra desde el aspecto afectivo. En este sentido, cabe precisar que cada profesional abordará el ejercicio de su profesión ajustándose al concepto de empatía que más se ajuste a su preferencia o rasgos de personalidad, entendiéndose que no existe necesariamente una forma correcta de ser empático.

De acuerdo con lo anterior, Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos. Para Hogan, por tanto, la empatía sería una capacidad meta representativa.

Por su parte, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. En la misma línea, Mehra-bian y Epstein

(1972) hablan de la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales.

7.2 Ecpatía

Otro término relacionado con el anterior y que resulta en cierto modo novedoso dada la poca literatura que lo recoge, es el de «ecpatía». Dicho término hace referencia al mecanismo por el cual evitamos la influencia y sobrecarga emocional, lo que implicaría en nuestro caso un problema para poder seguir ayudando a la persona. Tal como explica de Rivera Revuelta (2004).

La función mental que nos permite no estar centrado en uno mismo y ver las cosas desde el punto de vista del otro se llama empatía, literalmente, sumergirse dentro del sentimiento ajeno. Como el sentido musical o la inteligencia, la empatía es un don natural, pero es posible desarrollarlo con el entrenamiento en hacer caso a los demás. Gracias a ella, podemos percibir directamente el sentimiento de otra persona, y así darnos cuenta de su circunstancia y de cómo la está viviendo (...). La ecpatía es la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva, y nos permite no dejarnos arrastrar por las emociones ajenas, un riesgo que corren las personas excesivamente empáticas. (p. 245)

En este sentido, se considera oportuno dar abordaje a este concepto ya que puede resultar importante para la institución objeto de estudio, tener una mirada mucho más amplia acerca

de la importancia de establecer con el usuario una mirada empática de las situaciones que se abordan, no obstante, sin permitir que la implicación emocional en la misma sobrepase las capacidades de los profesionales que las atienden ya sea por el impacto de un caso en particular o por la acumulación de emociones durante un largo periodo de tiempo. La empatía permite establecer esa línea divisoria entre el profesional y ese otro que tiene enfrente sin dejar de lado la mirada humana y sensible de la situación.

7.3 Humanización en salud.

Proveer un trato humanizado, con dignidad y calidez en los servicios de salud, debe imperar en el entorno médico. Debemos brindar una atención con calidad y calidez. Atender bien a la gente, revisar al enfermo, conversar con él, afirmó la representante de la OPS/OMS en Colombia, Gina Tambini, a propósito de la humanización de la salud.

El proceso de humanización en salud al estar tan inmerso en la necesidad de una relación empática entre el trabajador de la salud y su paciente, en un contexto hospitalario en donde la salud se encuentra afectada, se necesita de especial atención por parte de organismos estatales como el ministerio de salud, debido a que a través de esta se previenen afectaciones a nivel de demandas emocionales y fatiga por compasión por parte del trabajador, y en este mismo sentido se mantiene uno de los principios de la humanización como lo son la calidad y la dignidad de los servicios.

El otro componente de la humanización se centra en la individualización de la atención a cada paciente, reconociéndolo como un ser con experiencias y tipos de procesamiento de la

información, bajo este principio se le brinda una atención centrado en lo que lo hace diferente y no solo en su condición de paciente.

7.4 Autocuidado

Ferrater J (2009) cita a Heidegger respecto al cuidado de una forma de ser esencialmente ética. Es algo más que un acto y una actitud entre otras; plantea que el cuidado es existencialmente a priori a toda posición y conducta fáctica del ser ubicado, es decir, que se halla siempre en ella. Significa esto que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes de que este actúe, y todo cuanto haga irá siempre acompañado de cuidado e impregnado de cuidado. Significa reconocer que el cuidado es un modo de ser esencial, es una dimensión frontal, originaria, ontológica, imposible de desvirtuar. En este orden de ideas, el autocuidado ubica el cuidado referenciado a sí mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida.

De esta manera el autor presenta cómo el autocuidado se liga a la condición de ser humano, afirmándose como realidad fijada a este, si lo consideramos relacionado a la dimensión emocional este ha sido relegado respecto a otras dimensiones, es importantes entonces para definir la investigación relacionarla con la definición propuesta por Dorothea y citada por Espino M en el 2013 “El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de

consumo de energía “ en la cual contextualiza como la aplicación de la autocuidado varía según la etapa evolutiva y características propias de la persona.

7.5 Fatiga por compasión:

Coetzee y Kopleer (2010) la definen como el “resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés. Estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo el que ello evoca”.

7.6 Demanda Emocional:

Salanova y Nogareda (2007) “Procesos psicológicos y conductas conscientes y/o automáticas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos organizacionales sobre la expresión emocional asociados con el logro de objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden”.

8. Marco Normativo

8.1 Ley 1616 de 2013 de Salud Mental

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, a través de ella el Gobierno Nacional manifiesta la importancia que tiene la prevención y atención de los riesgos en Salud mental abarcando todas las esferas de la sociedad. Así mismo, define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de la República, 2013).

Por otro lado, en el artículo 9 de esta ley, el Congreso de la República establece que:

Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores. (Congreso de la República, 2013)

Esta ley tiene gran pertinencia en la presente propuesta investigativa en la medida en que nos permite clarificar las bases legales que sustentan el trabajo minucioso que deben realizar las instituciones con un alto nivel de riesgo psicosocial, como es el caso de nuestra población objeto de estudio, por identificar y tomar acciones oportunas ante los riesgos anteriormente mencionados. Así mismo, permite establecer claridad entorno a una mirada preventiva desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mentales y no meramente desde la intervención una vez se ha generado la afectación.

8.2 Resolución 2646 de 2008 Riesgos Psicosociales.

A través de esta resolución se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. Así mismo, es a través de esta resolución que se crea un instrumento organizacional para medir los riesgos psicosociales que ha adquirido gran importancia a nivel Nacional hasta el punto de convertirse su aplicación en un requisito de obligatorio cumplimiento para todas las organizaciones del país.

En este sentido, la batería de riesgo psicosocial es un instrumento de medición de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo que evalúa los aspectos intralaborales, extra laborales y las condiciones individuales. Esta batería de riesgo psicosocial define las responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente que influyen en la salud y desempeño laboral de los trabajadores, según lo describe la resolución 2646 de 2008.

En relación con las ARL, la resolución 2646 de 2008 establece que la Administradora de Riesgos Laborales – ARL debe llevar a cabo asesoría y asistencia técnica en la intervención, encaminada a preservar y promover la salud de los colaboradores. Esto con el fin de evitar el desarrollo de posibles patologías relacionadas al riesgo psicosocial, por consiguiente las ARL no pueden negarse a la intervención de este riesgo psicosocial, después de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial.

8.3 Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU O. d., 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Este Plan decenal de salud pública (2012-2021) tiene pertinencia en la presente propuesta investigativa toda vez que asume la función de posicionarse como guía y base principal en el diseño de estrategias de intervención y prevención de la salud mental en los colaboradores de cada institución, así mismo, en él se establecen algunas de las obligaciones que tienen las ARL frente a los trabajadores de sus empresas afiliadas.

9. Metodología

Tipo de estudio. Para el desarrollo de la presente investigación se plantea una metodología de tipo mixta enmarcada de la siguiente manera:

Una primera etapa de tipo cuantitativo en la cual se utilizará el instrumento de la Batería de riesgo psicosocial en la dimensión específica de demanda emocional en criterio A y B debido que se cuenta tanto con personal profesional como técnico de la tarea percibida por los miembros de la población objeto de estudio. Posteriormente, se tomarán como referencia los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento cuantitativo, para dividir la población en dos grupos, aquellos que perciben un nivel de demanda emocional igual o inferior al punto de corte y aquellos que se encuentran por encima de lo esperado, es decir, que perciben un nivel elevado de demanda emocional de la tarea.

En una segunda etapa, de orden cualitativo, teniendo conformados los dos grupos de estudio, se realizará con toda la muestra poblacional una entrevista semi estructurada a través de la cual pueda identificarse la presencia de características asociadas al fenómeno de fatiga por compasión. De tal forma que, una vez se haya caracterizado la información obtenida en las entrevistas semi estructuradas pueda enmarcarse, de ser el caso, la posible relación existente entre la presencia de un alto nivel de demanda emocional de la tarea y la aparición de características asociadas al fenómeno de fatiga por compasión.

- Diseño. Observación descriptiva transversal, fase cuantitativa.
Fenomenológico, fase cualitativa.
- Población. Trabajadores de un área de humanización de una clínica de Cali.
- Total de trabajadores que cumplan con los criterios de inclusión. (11 personas)

- Criterios de inclusión.
 - Hombres y mujeres que trabajan en el área de humanización.
 - Trabajadores que lleven más de 2 meses en el puesto actual.
 - Con contrato vigente.
 - Trabajadores que comprendan, acepten y firmen el consentimiento informado.
 - Trabajadores que diligencien el instrumento y participen de la entrevista semi estructurada.
- Criterios de exclusión.
 - Trabajadores que lleven menos de 2 meses en el puesto actual.
- Instrumentos. En la presente investigación se hará uso de los siguientes instrumentos, previa diligencia del consentimiento informado.
 - a) Batería de riesgo psicosocial, específicamente los ítems relacionados a la medición de la demanda emocional de la tarea, en el criterio A y B.
 - b) Entrevista semiestructurada.

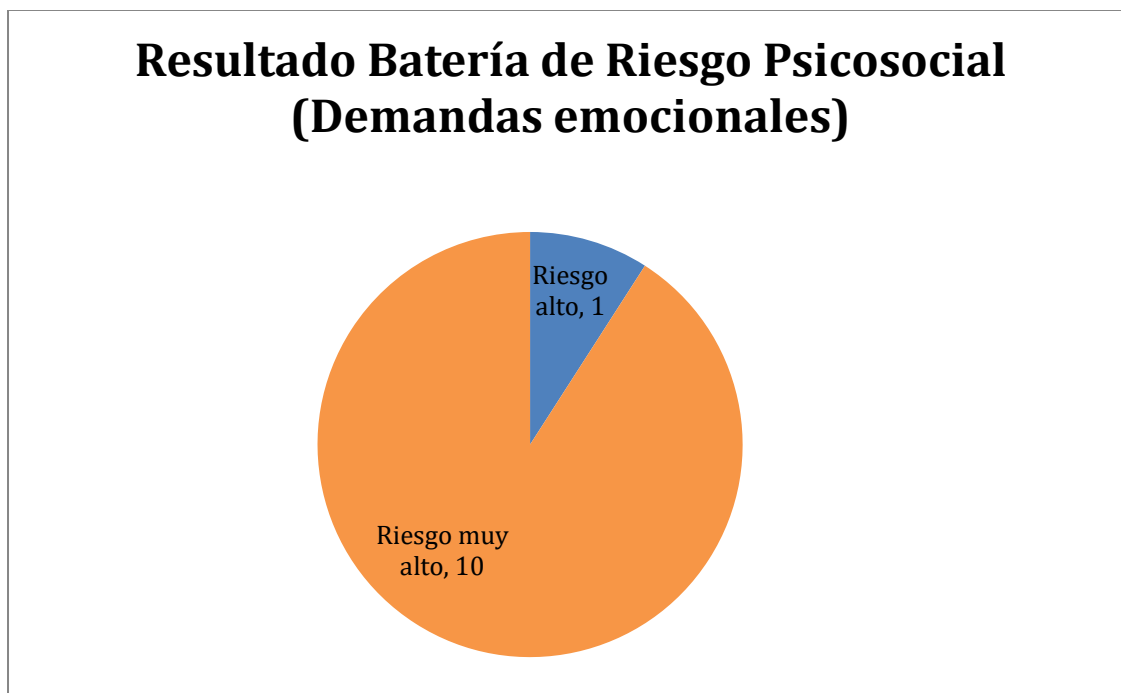
10. Resultados

Frente a las variables sociodemográficas se encuentra que la población casi en su totalidad está compuesta por mujeres (10) en comparación con 1 solo hombre; la edad de los entrevistados oscila entre los 21 años y los 52; sólo tres de los entrevistados están a cargo económicamente de otras personas; 9 cuentan con estudios profesionales mientras sin necesariamente estar ejerciendo un cargo de este tipo; únicamente 3 personas llevan trabajando más de dos años en la institución; el total de los trabajadores ejercen su labor durante jornada completa; por último, 7 personas ejercen cargos de carácter profesional mientras que los otros 4 realizan funciones exclusivamente técnicas.

Debido a la orientación metodológica de la propuesta investigativa la presentación de resultados se hará en tres apartados, empezando por el componente cuantitativo encontrado a través de la batería de riesgo psicosocial en la dimensión de demandas emocionales; el componente cualitativo rastreado a través de la entrevista semiestructurada y la relación que se encuentran entre ambas variables.

10.1 Demandas emocionales

Gráfica 1 Nivel de demanda emocional



En primera instancia se resalta que la totalidad de la población se encuentra en los dos escalones más altos de demandas emocionales según la batería de riesgo psicosocial (alto y

muy alto), de manera consecuente la mayoría de la población se encuentra en el nivel de riesgo muy alto.

10.2 Fatiga por compasión

Al realizar la entrevista semiestructurada se encontraron una serie de temas en común que van a ser presentados a continuación a través de las verbalizaciones realizadas por los entrevistados asociados en un primer momento al tipo de sintomatología asociada a la fatiga por compasión para después ser organizado en las subcategorías encontradas.

Tabla 1 Verbalizaciones de síntomas intrusivos.

Intrusivos	
<p>“ Cuando llegué a casa lo comenté con mi familia y fue una situación que me afectó mucho porque lloré, lloraba durante las noches”</p> <p>“Entonces eso me impacto mucho, cuando salí de aquí me puse a llorar y ya”</p> <p>“Entonces sí era como el llegar a la cama, acostarse, mirar hacia arriba y pensar como que ¡ay! otro muerto, ¿cuántos muertos más vendrán? ¿cuántas otras familias tendré que atender? ¿cuántas otras video llamadas tendré que hacer?”</p>	Afectación fuera del trabajo
<p>“Fueron como 2 semanas, en las que yo no</p>	Afectación en el trabajo

<p>podía ingresar a una habitación en donde el área que atendía el paciente fuese hematología porque me preocupaba mucho. Tuve que ir al baño a llorar porque me sentí incapaz de poderlo ayudar”</p> <p>“Yo lloré, e hice como un stop, me tomé un vaso con agua y seguí porque pues en el momento crucial de ciertas situaciones de la vida que han vivido nuestros pacientes”</p> <p>“Pues porque uno debe por todos los medios tratar de como de compensar pues de nivelar las energías de esa persona demandante, para no llegar a dejarse persuadir o igualarse con el paciente pues porque uno no debe llegar a ese punto pero si fue una persona difícil digamos”</p>	
<p>“Buscando todas las maneras para que no fuera tan fuerte el impacto. el sentir el sufrimiento de esas personas, y el sentir y conectarme tanto con sus llanto, con el reclamo hacia la vida, de porque todo tan junto para cada familia”</p> <p>“Pero yo creo que lo más impactante fue la fecha, fue la fecha porque es una fecha muy familiar, es un tema de diciembre que todo el</p>	<p>Vinculación familiar</p>

<p>mundo está como en unión, como que quiere estar en familia y ver como una familia se desmoronaba en esta fecha es muy difícil”.</p> <p>“Pues porque uno es mamá y uno piensa en que situaciones de la vida que uno no quiera y que le llegué a pasar una cosa de esas y por mucho que tu te quieras no sentir, no involucrarte, te involucras”</p> <p>“ A mí me paso que se me pareció mucho a un tío mío, porque mi tío es de Boyacá y hablaban muy parecido, entonces yo siempre pensaba que mi tío cuando estuviera viejito iba a ser como él”</p> <p>“A través de esas video llamadas que hacemos se presencia mucho dolor, el dolor de sus familiares, queriendo tener a su paciente cerca y no poder hacerlo,”</p>	
<p>“Uno quisiera ayudarle a todo el mundo quisiera poder solucionarle, que atiendan a todo el mundo en la clínica, que no sé, que porque no tienen, a veces no tienen económicamente, no tienen como pagar porque porque pues acá es un poquito costoso entonces la gente no tiene como pagar”</p>	<p>Altruismo</p>

<p>“Incluso mis días libres estaba pensando en que podría hacer para poder ayudar a los pacientes”</p> <p>“Durante el tiempo que esa persona estuvo aquí, vos eras el único apoyo que tenía esa familia y conectarlos entre sí”</p>	
---	--

Tabla 2. Verbalizaciones de síntomas evitativos

Evitativos	
<p>“Entonces también me desconecta, y leer, leer no cosas directamente hacia mi carrera o hacia la psicología, sino cosas que son banales, pero que me desconectan de la realidad un poco”</p> <p>“Me gusta mucho, así sea bailar sola en mi casa y escuchar música, escuchar música me ayuda mucho como a liberarme de muchas emociones fuertes que ocurren en el día a día”</p> <p>“De actividades que realizo para centralizar un poco toda la energía y todos los sentimientos , y las cargas emocionales que</p>	<p>Actividades en solitario</p>

<p>se pueden llevar en una jornada laboral, puede ser pintar, escuchar música”</p> <p>“Practicar violín que eso también me ayuda a descargarme muchísimo, cuando estoy tensa o cuando estoy triste toco violín y ya totalmente transforma todo lo que pueda estar sintiendo o dibujaba y eso era lo que hacía”</p>	
<p>“ Entonces como que siento que me estoy conectando con más personas diferentes a mis pacientes”</p> <p>“Pues es que como que desde que ya se puede salir el nivel emocional, o sea como de la carga ya ha ido como bajando un poquito.”</p>	<p>Actividades en grupo</p>
<p>“Antes salía a caminar, empecé a salir a caminar y después ya dejé de salir a caminar”</p> <p>“Pues me gusta jugar tenis o jugar futbol que es como una forma de, pues de distracción de todo lo que uno realiza pues en la semana”</p> <p>“Salir a correr, dentro de las actividades una de las que más recurro es salir a correr”</p> <p>“De vez en cuando corro aunque yo siento que eso como lo que más me libera, hacer</p>	<p>Actividades físicas</p>

<p>ejercicio aparte de que me distrae me llena como de energía”</p>	
<p>“Estar ahí con ellos, rectificar así todos los días el amor que siento hacia mi familia, el apoyo y todo como para no tener yo de pronto una carga de pronto por no decir las cosas en el momento”</p> <p>“En los que yo paso con mi familia sin tener que pensar en patologías, sin tener que pensar en ayudas”</p> <p>“Entonces siempre trato de estar más bien dedicada a mi familia y como tener otro escenario en la que la cabeza no se quede enganchada estrictamente con lo de la oficina”</p> <p>“Escucho música, veo televisión, salgo a pasear con mi familia o me quedo en silencio una o dos horas tratando de despejar mi mente”</p> <p>“ Lo hablaba para poder que saliera como ese pequeño malestar que sentía en referencia a lo que había vivido en el día, al dolor que había presenciado”</p>	<p>Actividades en familia</p>

Tabla 3. Verbalizaciones de síntomas de activación fisiológica

Activación fisiológica	
<p>“A veces si siento dolores de cabeza, si lo puedo decir, más asociado a la migraña porque pues a veces uno tiene muchas cosas en la cabeza, pero no son frecuentes, son muy esporádicos entonces si siento que es muy esporádica la vez que siento como que:</p> <p>“Ay, estoy cansada, cargada”</p> <p>“Ahí hace tres semanas he tenido como dolor en el cuello, no sé si ha sido... pies por lo del trabajo o ha sido otras situaciones... y ya”</p>	Dolor
<p>“A veces en las piernas por lo que camino tanto, han tenido mucha afectación con esa situación”</p> <p>“Me sentí cansado, pues también me generó como un dolor muscular, pero sobre todo me sentí cansado como en el día”</p> <p>“El llegar exhausta a mi casa no era malo, sino que era una manera de lidiar con el dolor con el que había tenido que lidiar en la mañana y en la tarde durante el día”</p> <p>“Pues después de que la señora se retirará de la oficina quedaba yo como después de haber hecho como una hora de bicicleta más o menos, porque era una paciente demandante</p>	Cansancio generalizado

<p>y desgastante”</p> <p>“Uno ha sentido como que a veces se siente agotado o extenuado. Entonces es presenciar todo eso, en ocasiones se siente como la pesadez en los hombros”</p>	
<p>“Baje unos kilos por el estrés constante. Entonces si me afectó muchísimo a nivel físico”</p> <p>“A veces no como a las horas que son, desayuno muy tarde, almuerzo muy tarde, entonces en tiempos de horarios si, siento como que me he descuidado demasiado y he tratado como de mejorarlo, pero todavía no lo he hecho, solo lo he tratado”</p> <p>“Las mañanas no comía la media mañana, sino que esperaba a tener hambre, muchas veces no me daba hambre, muchas veces lloraba en las noches y sin razón”</p> <p>“En cuanto a la comida sí hubo un tiempo que me desordené mucho, pero no cuando estaba en mi casa sino cuando estaba acá en el trabajo porque salían tantas cosas que habían por hacer que no me quedaba tiempo de comer pero también era porque yo misma</p>	<p>Alteración en la ingesta de alimentos</p>

<p>me ponía como el yugo de que tengo que cumplir con esto, tengo que cumplir con lo otro, tengo que hacer las cosas bien, tengo que rendir aquí y allá”</p>	
<p>“El sueño se me afecto cuando baje los diez kilos”</p> <p>“Por ejemplo me ha afectado el sueño en las noches, digamos que anteriormente podía como descansar normalmente y mínimo dormir siete horas, antes si me acostaba y tenía un horario más o menos a las once para dormir, pero después de que entre al trabajo como que se me ha dificultado más la parte del sueño y no puedo como conciliar el sueño tan fácilmente, algunas veces suelo acostarme a las doce, doce y media”</p> <p>“Siempre tenía sueño, a pesar de que siempre me acostaba a las 7 u 8 de la noche y me levantaba a las 5 de la mañana, muchas veces no cenaba porque el sueño me ganaba”</p> <p>“Si , a veces te levantas sin energía y pues trato como un domingo en la tarde de recuperar esas energías y de descansar esas dos o tres horitas”</p> <p>“Bueno, un hábito de sueño, si se afectó</p>	<p>Alteración en el sueño</p>

<p>bastante en cierto ámbito”</p> <p>“El sueño si algunas veces no lo puedo conciliar, cuando he tenido un día difícil me cuesta conciliar el sueño porque me da vueltas y vueltas las cosas en la cabeza. Porque pues el estrés, el movimiento de la oficina, a veces uno no logra conciliar el sueño”</p> <p>“Desde la pandemia el sueño no es tan reparador pero en cuanto a horas y eso, no ha cambiado sigue igual”</p>	
--	--

Al aplicar la entrevista, de manera más específica en la pregunta 1, se pide por una experiencia que les haya marcado, después de analizar la información se encuentra la categoría de situación de alto impacto en donde se identifica como tema frecuente en el discurso de los entrevistados, la muerte en edad infantil. Se toma como una categoría relevante debido a que puede ser tomada para identificar herramientas que puedan contribuir a una disminución de la percepción de demandas emocionales y de sintomatología relacionada a la fatiga por compasión.

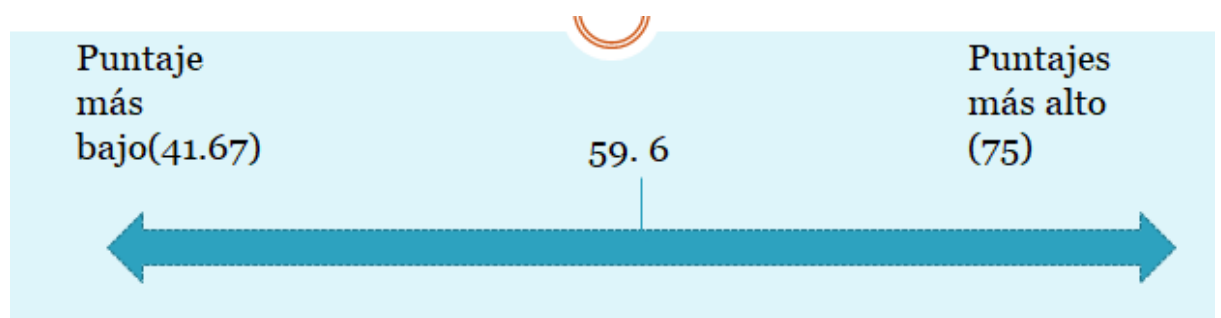
Tabla 4. Situación de impacto.

Situación de alto impacto	
<p>“Le dieron reanimación y todo pero ya no pudieron sacarla, entonces la niña falleció, una niña de 5 años pues marca. Entonces eso siempre me ha quedado en la mente, pues los</p>	<p>Muerte en edad infantil</p>

<p>niños son los que más me afectan, sí, me afectan”</p> <p>“No han gozado nada de la vida, no conocen nada y pues personas inocentes que les pasa esta situación tan difícil”</p> <p>“Uno en ese tipo de situación en la que es una niña que está empezando a vivir, que esta con sus cosas, son cosas que uno dice: Dios mío en qué momento tuvo oportunidades de vida y ver que esta criatura está luchando para poder vivir”</p>	
--	--

10.3 Relación demanda emocional y fatiga por compasión.

Para establecer esta relación fue necesario realizar un promedio entre los puntajes obtenidos a través de la batería de riesgo psicosocial en la dimensión de demandas emocionales, a partir de este se establecieron dos subgrupos poblacionales por encima y por debajo de este puntaje, de la siguiente manera:



A partir de esta división se compararon las categorías encontradas relacionando los síntomas de fatiga por compasión a cada subgrupo encontrando lo siguiente:

Síntomas intrusivos:

- La afectación fuera del trabajo está relacionada a las bajas demandas emocionales, y las altas demandas emocionales relacionadas a afectación emocional en el trabajo.
- Todos los entrevistados viven con su familias actualmente, al relacionar demandas emocionales bajas con la vinculación familiar, se podría interpretar que una vinculación familiar mitiga el impacto de las demandas emocionales en un contexto de posible fatiga por compasión.
- La vinculación emocional es igual en ambos grupos, tanto por presencia como por ausencia, por lo cual no es un determinante en la relación entre las demandas emocionales y la fatiga por compasión.
- Independientemente de la característica del altruismo, este parece relacionarse como minimizador del síntoma intrusivo de la fatiga por compasión en relación a las demandas emocionales.

Síntomas evitativos

- La ayuda terapéutica y el contacto con Dios solo se ubican en las personas con demandas emocionales en puntajes bajos, lo que podría significar que estas categorías impacten como reductor en la percepción de demandas emocionales.
- Las actividades en solitario se presentan en mayor proporción en los puntajes bajos, esto podría significar que un contacto constante consigo mismo ayuda a mitigar los impactos de la demanda emocional en relación con la fatiga por compasión, de igual

forma al ser una categoría presente en ambos grupos se identificaría como una herramienta en común para mitigar los impactos de la fatiga por compasión.

- La presencia de actividad física en mayor proporción en los puntajes altos podría significar que al presentar una mayor demanda emocional opten por actividades que requieran de más energía en búsqueda de aliviar los síntomas producidos por el fenómeno de fatiga por compasión.
- Se encuentra una proporción mayor de las actividades familiares en los puntajes altos de demanda emocional, lo que se podría interpretar como, al estar en el grupo de altas demandas emocionales los individuos optan por actividades que les permitan tener contacto con personas de confianza como lo son su familia en comparación con las actividades en solitario encontradas en mayor cantidad en el grupo de demandas emocionales bajas.

Síntomas de activación fisiológica

- Se identifica mayor presencia de cansancio generalizado en los trabajadores con altas demandas emocionales evidenciando una relación entre la aparición de síntomas fisiológicos de la fatiga por compasión y una alta demanda emocional en la población.
- De igual manera las alteraciones en la ingesta de comida se presentan en mayor proporción en el grupo de altas demandas emocionales sugiriendo el impacto de estas en los síntomas fisiológicos de la fatiga por compasión.
- Las alteraciones en el sueño se presentan en la mayoría de los participantes además de igual forma en ambos grupos lo que evidenciaría un punto en común correspondiente a la sintomatología relacionada a la fatiga por compasión y un punto de intervención necesario para futuros proyectos e investigaciones.

Situaciones de impacto

- Dentro de los temas comunes que se encuentran al preguntar por una situación que los haya marcado, el tema de la muerte relacionada con los niños es la que más se repite, en mayor cantidad en el grupo de demandas emocionales altas, esto podría indicar una relación entre el impacto que tiene la muerte en niños con una percepción de demandas emocionales altas y verse expresado en los síntomas intrusivos de la fatiga por compasión.

11 Conclusiones

- El total de la población presenta demandas emocionales en niveles altos y muy altos.
- Las características intrusivas de la fatiga por compasión se relacionan con: Afectación fuera y dentro del trabajo, vinculación familiar y altruismo.
- Las características evitativas de la fatiga por compasión se relacionan con: Actividades en grupo, en solitario, físicas y en familia.
- Las características de activación fisiológica de la fatiga por compasión se relacionan con: Cansancio generalizado, dolor, alteración en el sueño y en la ingesta de alimentos.
- Respecto a la categoría emergente de «Situaciones de impacto» se encuentra la muerte en niños como tema recurrente.
- La manifestación de síntomas intrusivos se presenta en igual proporción en ambos grupos, mientras que en los evitativos y de activación fisiológica existe mayor manifestación en el grupo de altas demandas emocionales.

12 Discusión

Bajo el contexto de la presente investigación, la atención en salud por parte de un área de humanización, es importante generar discusión frente a las medidas que pueden ser tomadas en programas que busquen actuar directamente sobre la disminución de las demandas emocionales, a través de la revisión del marco de antecedentes en comparación con lo encontrado en la presente, la discusión se orientó en tres puntos en específico:

- En concordancia con lo encontrado en el "Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social" en donde se hace énfasis en las altas demandas emocionales encontradas en trabajadores de la salud, la población estudio se ubica en los dos rangos de más altas demandas emocionales establecidas en la batería de riesgo psicosocial (Alto, muy alto).
- En Vidal G (2017) "Calidad de vida laboral y autocuidado en personal de enfermería asistencial con alta demanda emocional", se encuentra la satisfacción personal y las herramientas de autocuidado como categoría de impacto frente a la aparición de la sintomatología, además se recalca la importancia de desarrollo de proyectos de detección y acompañamiento de esta; comparándola con lo he encontrado en la presente investigación en donde se asocia el componente familiar como categoría de impacto en el discurso de los participantes es importante reforzar el componente familiar a través de proyectos de vinculación de la dimensión familiar.
- En Dávila M (2015) "Comparación de la incidencia de fatiga por compasión y estrés en miembros de los equipos interdisciplinarios de acuerdo a su función en visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos" se identifica

que los psicólogos clínicos presentan un nivel normal de incidencia de fatiga por compasión asociado al factor individual referente al estudio de su carrera frente a otras profesiones, explicándolo como a partir de la formación profesional del psicólogo y la importancia de la terapia en este proceso; en la presente investigación se encuentra la ayuda terapéutica en el grupo de demandas emocionales bajas presentándola como categoría de impacto en la aparición de sintomatología relacionada a la fatiga por compasión.

13 Recomendaciones

- En relación con las altas demandas emocionales encontradas en la población, y como medio de actuación desde la SST es necesario un programa de intervención que permita fortalecer la capacidad de afrontamiento de las mismas a través de apoyos psicosociales, además de esto se esperaría vincular programas de conocimiento y detección sintomatología relacionada a la fatiga por compasión debido a la aparición de estos síntomas en la población mencionada.
- De acuerdo las diferentes subcategorías encontradas en los resultados de la presente investigación se evidencia el componente familiar como un factor recurrente en el discurso de la población, por esto es importante fortalecer las redes familiares como medio que permita fortalecer la capacidad de afrontamiento a las altas demandas presentadas en la población estudio y la aparición de síntomas propios de la fatiga por compasión.

- En búsqueda de actuar sobre la relación demanda emocional y fatiga por compasión, como parte de la intervención de la SST se debe implementar un programa de asistencia al trabajador, temáticas relacionadas a la prevención de sintomatología relacionada a la fatiga por compasión y a la promoción de herramientas de afrontamiento enfocadas en las altas demandas emocionales encontradas.
- A partir de los puntajes encontrados en la batería de riesgo psicosocial específicamente en la dimensión de demandas emocionales y de acuerdo al instructivo planteada por la misma, en puntajes altos y muy altos se debe establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de manera inmediata, además de un sistema de medición interna que permita medir el impacto de las dos anteriores medidas.

14 Referencias Bibliográficas

Paho Org (2019). Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización de la salud

- Acosta, J. M. (2015). Relación entre la demanda emocional de las secretarías y los estilos de liderazgo de los jefes de la Universidad Antonio Nariño. Universidad de Nariño, Colombia.
- Ansoleaga E. Toro J. (2014) Salud mental y naturaleza del trabajo: cuando las demandas emocionales resultan inevitables. Florianópolis, Brasil.
- Campos J, Cardona J, Bolaños I & Cuartero E (2014). La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar. Hipótesis para una investigación. Islas Baleares, España.
- Campos, J. F. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía. Universidad Islas Baleares, España.

- Colegio de psicólogos de España. Perfiles profesionales del psicólogo (1998)
- Dávila, M. D. (2015). Comparación de la incidencia de fatiga por compasión y estrés en miembros de los equipos interdisciplinarios de acuerdo con su función en visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos. Quito, Ecuador.
- Fernández, I. & López, B. (2008). Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Ferrater J (2009). Diccionario de Filosofía. 2a Edición. Barcelona: Ariel;
- Fuentes, M. E. (2019). Desgaste por empatía: Riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático. Ed. Entre textos, España.
- González F. (2016). Riesgos psicosociales, profesionales e intralaborales en profesionales del sector público de la salud, asociado a la demanda emocional en el hospital departamental de San Antonio Roldanillo (Valle). Manizales, Colombia.
- González, C. & Sánchez, Y. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. Ecuador.
- Hernández, M. C. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. Madrid, España.
- Lorenzo, M. (2018). Burnout y fatiga por compasión en profesionales sanitarios: proyecto educativo de manejo del estrés. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.
- Martínez A. (2014). Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención. Islas Baleares, España.
- Marín, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. Querétaro, México.
- Milena J. (2015). Relación entre la demanda emocional de las secretarías y los estilos de liderazgo de los jefes de la universidad de Nariño sede Torobajo. Pasto, Colombia.

- Vidal, G. (2017). Calidad de vida laboral y autocuidado en personal de enfermería asistencial con alta demanda emocional. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, España-