



## ORIGINAL

# Estudio descriptivo del impacto de la pandemia por COVID-19 sobre las condiciones de trabajo, el cuidado de los pacientes y la calidad de vida profesional de una muestra de profesionales de cuidados paliativos españoles

Cristina Lluch-Sanz<sup>1</sup>, Laura Galiana<sup>\*1</sup>, Gabriel Vidal-Blanco<sup>2</sup>, Juan P. Leiva<sup>3</sup> y Noemí Sansó<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Valencia. Valencia, España.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia. Valencia, España. <sup>3</sup>Equipo de Soporte Hospitalario de Atención Paliativa (ESHAP). Hospital Manacor. Manacor, España. <sup>4</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears. Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IDISBA). España.

Recibido el 24 de enero de 2022

Aceptado el 30 de junio de 2022

### PALABRAS CLAVE

Pandemia, COVID-19, profesionales de cuidados paliativos, calidad de vida profesional.

### Resumen

**Antecedentes y objetivo:** La pandemia por COVID-19 ha supuesto un importante reto para nuestros profesionales de cuidados paliativos. El objetivo del presente estudio es describir cómo ha afectado esta pandemia a las condiciones de trabajo, el cuidado de los pacientes y la calidad de vida profesional de una muestra de profesionales de cuidados paliativos.

**Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se contactó a 338 profesionales de cuidados paliativos. Se preguntó por datos sociodemográficos, condiciones de trabajo, cuidado de los pacientes, calidad de vida profesional y variables relacionadas.

**Resultados:** Doscientos setenta y ocho profesionales contestaron la encuesta *online*. La edad media fue de 45,34 años. El 77,2 % fueron mujeres. Un 32,0 % informó no haber contado con los recursos materiales necesarios. Más de la mitad apuntaron que su carga de trabajo había aumentado considerablemente, siendo excesiva. La mayoría de quienes cuidaron a pacientes COVID-19 que fallecieron señalaron que el paciente no había sido acompañado por un familiar ni de forma adecuada por el propio profesional, no teniendo una muerte digna. Un 46,5 % sufría alto *burnout* y el 77,6 % alta fatiga por compasión, pero también alta satisfacción con la compasión (68,9 %). Muchos de ellos habían recibido formación previa y tenían altos niveles de compasión, autocompasión, autocuidado y competencia en afrontamiento de la muerte.

\*Autor para correspondencia:

Laura Galiana

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universitat de València. Avda Blasco Ibáñez, n.º 21. 46010, Valencia, España  
Correo electrónico: [Laura.Galiana@uv.es](mailto:Laura.Galiana@uv.es)

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1316/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2022 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

*Conclusiones:* La crisis sanitaria derivada de la COVID-19 ha producido un empeoramiento de las condiciones de trabajo de los profesionales de cuidados paliativos en una muestra recogida en España. Además, no han podido acompañar a sus pacientes en el proceso de morir. La pandemia les ha producido un gran desgaste y fatiga, pero no ha mermado los niveles de satisfacción por compasión. En parte, esto puede deberse a la formación con la que contaban los profesionales y sus niveles en compasión, autocompasión, autocuidado o competencia en afrontamiento de la muerte.

## Descriptive study of the impact of the COVID-19 pandemic on the working conditions, patient care, and professional quality of life in a sample of spanish palliative care professionals

### KEYWORDS

Pandemic, COVID-19, palliative care professionals, professional quality of life.

### Abstract

*Background and objective:* The COVID-19 pandemic has been a major challenge for palliative care professionals. The objective of this study was to describe how this pandemic affected the working conditions, patient care, and professional quality of life in a national sample of palliative care professionals.

*Materials and methods:* A cross-sectional study was carried out in which 338 palliative care professionals were contacted. Data on sociodemographics, working conditions, patient care, professional quality of life, and related variables were gathered.

*Results:* Two hundred and seventy-eight professionals answered the online survey. Mean age was 45.34 years; 77.2 % were women; 32.0 % reported not having had the necessary material resources. More than half indicated that their workload had increased considerably, being excessive. Most of those who cared for COVID-19 patients who died indicated that these patients had not been accompanied by a family member or adequately by the professional him/herself, thus not having a dignified death. In all, 46.5 % suffered from high burnout and 77.6 % from high compassion fatigue, but also experienced high satisfaction with compassion (68.9 %). Many of them had received previous training and had high levels of compassion, self-compassion, self-care and competence in coping with death.

*Conclusions:* The health crisis derived from the COVID-19 pandemic has produced a worsening in working conditions for palliative care professionals in Spain. In addition, they have not been able to accompany their patients in the dying process. The pandemic has caused them great burnout and fatigue, but it has not reduced their levels of compassion satisfaction. In part, this may be due to the training that these professionals had and their levels of compassion, self-compassion, self-care or competence in coping with death.

Lluch-Sanz C, Galiana L, Vidal-Blanco G, Leiva JP, Sansó N. Estudio descriptivo del impacto de la pandemia por COVID-19 sobre las condiciones de trabajo, el cuidado de los pacientes y la calidad de vida profesional de una muestra de profesionales de cuidados paliativos españoles. *Med Paliat.* 2022;29:162-170.

## INTRODUCCIÓN

Los sanitarios, como profesionales que han estado en primera línea de pandemia, han sufrido las peores consecuencias de la crisis sanitaria. Como principales factores de riesgo se han señalado: falta de equipos de protección<sup>1</sup>, el agotamiento que supone llevar el equipo de protección individual (EPI), falta de apoyo<sup>2,3</sup>, jornadas prolongadas de trabajo y cambios inesperados en el tipo de trabajo<sup>1</sup>, falta de acceso a información actualizada o las constantemente cambiantes

guías de actuación<sup>1-3</sup>, o la incerteza sobre la contención de la enfermedad<sup>1</sup>, entre otros. Además, la pandemia ha afectado también al trabajo en equipo, la ambigüedad de los roles y la sobrecarga de trabajo<sup>4</sup>. Esta sobrecarga ha ocasionado un aumento de la ansiedad y depresión en los sanitarios<sup>5</sup>, así como agotamiento y desvinculación del trabajo<sup>6</sup>.

Específicamente en cuidados paliativos (CP), los profesionales han afrontado además algunos retos adicionales, ya que la COVID-19 ha conllevado importantes cambios en el proceso de morir. Por primera vez en la historia reciente, se

producía una saturación de los servicios sanitarios, priorizando la salud pública frente a la salud individual y resultando en una situación compleja en la que proteger a la población ha significado vulnerar los derechos de los enfermos<sup>7</sup>. El desconocimiento inicial sobre la propagación del virus fomentó la falta de acompañamiento de los enfermos, ya que el aislamiento resultó una medida de prevención eficaz<sup>8</sup>. Este aislamiento supuso que los enfermos ingresaran solos, con la incertidumbre de padecer una nueva enfermedad desconocida y con el único contacto del personal sanitario, que se acercaba a ellos con EPI que dificultaban el apoyo y la comunicación<sup>9</sup>.

Estas condiciones de trabajo han afectado la calidad de vida profesional (CVP) de los sanitarios. Desde que empezó la pandemia, los profesionales han experimentado un aumento de los niveles de *burnout*<sup>10-12</sup>. Algunos factores que lo han propiciado son el riesgo profesional, las altas demandas emocionales y la incertidumbre<sup>13,14</sup>, así como la dificultad de acceso a los EPI, las medidas de seguridad para evitar la transmisión, la carga de trabajo o la formación sobre el COVID-19<sup>15</sup> y la amenaza percibida a contagiarse<sup>4,14</sup>. También los niveles de fatiga por compasión se han visto aumentados<sup>16,17</sup> debido, de nuevo, a la sobrecarga y las condiciones de acompañamiento al final de la vida<sup>18</sup>.

La calidad de vida de los profesionales de CP se ha relacionado con una serie de variables protectoras. La formación específica en CP, afrontamiento de la muerte, o manejo del estrés, el autocuidado, la autocompasión o la compasión por los demás han sido claves, ya antes de la pandemia, para afrontar los retos del trabajo en paliativos<sup>19-23</sup>. La investigación sugiere que el entrenamiento específico en el proceso de morir mejora el cuidado de los pacientes al final de la vida<sup>19,20</sup>. En esta misma línea, la competencia en afrontamiento de la muerte se ha relacionado con mayores niveles de satisfacción con la compasión y menores niveles de *burnout* y fatiga por compasión<sup>21,23</sup>. La evidencia también apunta que las intervenciones orientadas al manejo del estrés mejoran la CVP<sup>22</sup>. La práctica del autocuidado ayuda al afrontamiento de estresores ocupacionales en los profesionales sanitarios en general<sup>24,25</sup>, y específicamente en CP<sup>21,23</sup>. La autocompasión se ha relacionado con un perfil psicológico más adaptativo, con menores niveles de evitación<sup>26</sup>, mejores habilidades de validación emocional<sup>27</sup>, y mayor inteligencia emocional, satisfacción con la vida y bienestar<sup>28</sup>. Además, los profesionales autocompasivos pueden ser resilientes ante el estrés y el *burnout*<sup>29</sup> y, por tanto, tener mejor CVP<sup>23</sup>.

El objetivo es describir cómo esta multitud de variables implicadas en el CP se han visto afectadas por la crisis sanitaria, incluyendo las condiciones de trabajo, el cuidado de los pacientes y la CVP, en una muestra nacional de profesionales de CP.

## MÉTODOS

### Diseño y procedimiento del estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal mediante encuesta realizada los meses de marzo y abril de 2021, que se envió a los profesionales del Directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Las respuestas se recogieron

en la plataforma SurveyMonkey, plataforma *online*, segura y anónima, que restringe las respuestas múltiples. La participación fue voluntaria, requiriendo consentimiento informado de los participantes.

### Participantes

Un total de 338 profesionales fueron contactados, con 2 recordatorios en lapsos de 3 semanas. En todas las invitaciones, los profesionales fueron animados a compartir y distribuir la encuesta con sus compañeros. Participaron 278 profesionales. Una tasa de respuesta aproximada sería del 82,24 %, sin embargo, esta tasa es solo una aproximación al haber pedido a los profesionales la difusión de la encuesta.

Los criterios de inclusión eran ser profesionales de la salud que, en el momento de contestar la encuesta, atendieran a pacientes al final de la vida, pero no necesariamente en unidades de CP.

### Variables e instrumentos de medida

Se estudiaron las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas.
- Tipo de atención (hospitalaria, domiciliaria u otra).
- Tipo de actividad (asistencial, de gestión o mixta).
- El impacto de la pandemia sobre las condiciones de trabajo, incluyendo: 1) un indicador sobre el equipamiento: “Desde que empezó la pandemia, ¿has contado con los recursos materiales necesarios (mascarillas, guantes, EPIs...)?”, con respuesta sí/no; 2) un indicador sobre cambios en la carga de trabajo: “Desde que empezó la pandemia, ¿cómo ha sido tu carga de trabajo?”, con respuestas desde 1 (ha disminuido considerablemente) a 5 (ha aumentado considerablemente); 3) un indicador sobre cambios en el trabajo en equipo: “Desde que empezó la pandemia, ¿cómo ha sido el trabajo en equipo?”, con respuestas desde 1 (ha empeorado considerablemente) hasta 5 (ha mejorado considerablemente); 4) un indicador general de carga de trabajo: “Tengo excesiva carga de trabajo”, con respuestas desde 1 (nunca) a 4 (casi siempre); y 5) un indicador general de control sobre la carga de trabajo: “Tengo control sobre mi carga de trabajo”, con respuestas desde 1 (nunca) a 4 (casi siempre).
- El cuidado de los pacientes durante la pandemia. Incluyendo: 1) un indicador sobre si los profesionales habían tratado a pacientes de COVID-19: “¿Has atendido a pacientes con COVID-19 en tu unidad o servicio?”, con respuesta sí/no; 2) un indicador sobre si los pacientes de COVID-19 a los que habían tratado habían fallecido: “¿Alguna de estas personas ha fallecido?”, con respuesta sí/no; 3) un indicador sobre si los pacientes fallecidos habían podido ser acompañados por sus familiares: “En general, ¿el proceso de muerte de los pacientes COVID ha sido acompañado por algún familiar?”, con respuesta sí/no; 4) un indicador sobre si los profesionales habían podido acompañar a los pacientes fallecidos: “En general, ¿crees que has podido acompañar adecuadamente a tus pacientes COVID en su proceso de morir?”, con respuesta sí/no; 5) un indicador sobre

si los profesionales creían que los pacientes habían tenido una muerte digna: “*En general, ¿crees que los pacientes COVID han tenido una muerte digna?*”, con respuesta sí/no; y 6) un indicador sobre la calidad del cuidado de la unidad: “*¿Cómo calificarías la calidad del cuidado en tu unidad?*”, con respuesta de 1 (pobre) a 4 (excelente).

- f) La CVP, mediante la versión breve de la Escala de CVP<sup>30</sup>, que evalúa 3 dimensiones: satisfacción con la compasión, fatiga por compasión y *burnout*, con escala de respuesta de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). La satisfacción con la compasión puede considerarse baja con puntuaciones de 10 o menores, media con puntuaciones entre 11 y 13, y alta con puntuaciones de 14 o superiores; el *burnout* puede considerarse bajo con puntuaciones de 6 o menores, medio con puntuaciones entre 7 y 8, y alto con puntuaciones de 9 o superiores; y la fatiga por compasión puede considerarse baja con puntuaciones de 4 o inferiores, media con puntuaciones de 5, y alta con puntuaciones de 6 o superiores<sup>31</sup>. Las estimaciones de fiabilidad fueron de 0,831 para la satisfacción con la compasión, 0,789 para la fatiga por compasión, y 0,848 para el *burnout*.
- g) Los recursos para afrontar el efecto de la pandemia, incluyendo: 1) un indicador de formación en CP: “*¿Has recibido formación en CP?*”, con respuesta sí/no; 2) un indicador de formación en afrontamiento de la muerte: “*¿Has recibido formación en afrontamiento del sufrimiento y la muerte?*”, con respuesta sí/no; 3) un indicador de formación en manejo del estrés y gestión emocional: “*¿Has recibido formación en manejo del estrés y gestión emocional?*”, con respuesta sí/no; 4) competencia en afrontamiento de la muerte, medida con la Escala Breve de Afrontamiento de la Muerte<sup>32</sup>, que evalúa las competencias de los profesionales para el manejo de la muerte y su conocimiento sobre los preparativos con 9 ítems que puntúan en escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), con una estimación de fiabilidad de 0,910; 5) autocuidado, medido con la Escala de Autocuidado del Profesional<sup>33</sup>, que evalúa el autocuidado físico, psicológico y social mediante 3 ítems respectivamente, con escala de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), con fiabilidades de 0,831; 0,908 y 0,746, respectivamente; 6) autocompasión, medida con la Versión Breve de la Escala de Autocompasión<sup>34</sup>, que evalúa las dimensiones positiva y negativa de la autocompasión, con una escala de respuesta desde 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre), con estimaciones de fiabilidad de 0,806 y 0,873, para autocompasión positiva y negativa; y 7) compasión, medida con la Subescala de Compasión de la Escala de Disposición a las Emociones Positivas<sup>35</sup>, que evalúa la compasión por otros a través de 5 ítems, con respuestas de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), con una fiabilidad de 0,764.

## **Análisis estadísticos**

Los análisis incluyeron estadísticos descriptivos. Para las variables cuantitativas, se utilizaron medias, desviaciones

típicas, puntuaciones mínimas y máximas. Para las variables categóricas, se emplearon porcentajes y distribuciones de frecuencias.

## **Consideraciones éticas**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la *Universitat de les Illes Balears* (115CER19).

## **RESULTADOS**

### **Descripción sociodemográfica de los participantes**

Doscientos setenta y ocho profesionales contestaron la encuesta; tras aplicar los criterios de inclusión, se obtuvo una muestra de estudio de 241 profesionales.

La edad media fue de 45,34 años (DT = 10,92). El 77,2 % fueron mujeres y el colectivo más representado fueron las enfermeras (47,7 %). Un 44 % trabajaba en atención hospitalaria, un 26,1 % en atención domiciliaria y un 29,9 % en otro tipo de servicio. Además, un 66,8 % realizaba actividad asistencial (Tabla I).

### **Impacto de la pandemia sobre las condiciones de trabajo de los profesionales de CP**

Tal y como se recoge en la Tabla II, el 32 % de los profesionales informaron no haber contado con los recursos materiales necesarios. Además, un 58,5 % respondió que su carga de trabajo había aumentado considerablemente, mientras que un 42,7 % informó de que el trabajo en equipo había empeorado ligera o considerablemente. En cuanto a la carga de trabajo, más de la mitad (50,6 %) informaron tener excesiva carga de trabajo frecuentemente y casi un 50 % informó no tener casi nunca control sobre la carga de trabajo.

### **Cuidado de los pacientes durante la pandemia de COVID-19**

Tan solo 25 profesionales no habían atendido a pacientes COVID-19. De los 216 que sí lo habían hecho, un 87 % informaron que estos habían fallecido. En cuanto al proceso de morir de sus pacientes, la mayoría informó de que no había sido acompañado por un familiar (56,1 %), el profesional no había podido acompañar adecuadamente a sus pacientes (67,6 %) y no habían tenido una muerte digna (67 %). Aun así, la mayoría de los profesionales consideraron el cuidado en su unidad bueno (53,5 %) o excelente (12,4 %) (Tabla III).

### **Impacto de la pandemia sobre la calidad de vida profesional de los profesionales de CP**

En cuanto a la CVP, la satisfacción con la compasión fue elevada, con el 68,9 % de los encuestados presentando niveles altos. Los niveles de *burnout* fueron altos para casi la mitad de los participantes (46,5 %) y medios para un 28,6 %.

Tabla I. Estadísticos descriptivos de la muestra (n = 241).

Variables	Categorías	N	%
Sexo	Hombres	55	22,8
	Mujeres	186	77,2
Estado civil	Soltero/a	50	20,7
	Casado/a o viviendo en pareja	163	67,6
	Divorciado/a	26	10,8
	Viudo/a	2	0,8
Profesión	Enfermería	115	47,7
	Medicina	92	38,2
	Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería	13	5,4
	Psicología	13	5,4
	Trabajo social	3	1,2
	Otra	5	2,1
Servicio	Atención domiciliaria	63	26,1
	Atención hospitalaria	106	44,0
	Otro	72	29,9
Actividad principal	Asistencial	161	66,8
	Mixta (asistencial y gestión)	80	33,2

Tabla II. Estadísticos descriptivos del impacto de la pandemia sobre las condiciones de trabajo de los profesionales de CP (n = 241).

	No		Sí		Perdidos					
	N	%	N	%	N	%				
Desde que empezó la pandemia, ¿has contado con los recursos materiales necesarios (mascarillas, guantes, EPI...)?	77	32,0	163	67,6	1	0,4				
	1 - Ha disminuido considerablemente		2 - Ha disminuido ligeramente		3 - Se ha mantenido		4 - Ha aumentado ligeramente		5 - Ha aumentado considerablemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desde que empezó la pandemia, ¿cómo ha sido tu carga de trabajo?	3	1,2	6	2,5	35	14,5	56	23,2	141	58,5
	1 - Ha empeorado considerablemente		2 - Ha empeorado ligeramente		3 - Se ha mantenido		4 - Ha mejorado ligeramente		5 - Ha mejorado considerablemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desde que empezó la pandemia, ¿cómo ha sido el trabajo en equipo (la coordinación entre los diferentes miembros del equipo interdisciplinar, la participación en la toma de decisiones, etc.)?	30	12,4	73	30,3	64	26,6	48	19,9	26	10,8
	Nunca		Alguna vez		Frecuentemente		Casi siempre		Perdidos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tengo excesiva carga de trabajo	2	0,8	72	29,9	122	50,6	43	17,8	2	0,8
Tengo control sobre mi carga de trabajo	24	10,0	90	37,3	92	38,2	34	14,1	1	0,4

**Tabla III. Estadísticos descriptivos del cuidado de los pacientes durante la pandemia de COVID-19.**

	No		Sí					
	N	%	N	%				
¿Has atendido a pacientes con COVID-19 en tu unidad o servicio? (n = 241)	25	10,4	216	89,6				
¿Alguna de estas personas ha fallecido? (n = 216)	28	13,0	188	87,0				
En general, ¿el proceso de muerte de los pacientes COVID ha sido acompañado por algún familiar? (n = 188)	105	56,1	82	43,9				
En general, ¿crees que has podido acompañar adecuadamente a tus pacientes COVID en su proceso de morir? (n = 188)	127	67,6	61	32,4				
En general, ¿crees que los pacientes COVID han tenido una muerte digna? (n = 188)	126	67,0	62	33,0				
	Pobre		Suficiente		Bueno		Excelente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Cómo calificarías la calidad del cuidado en tu unidad? (n = 241)	16	6,6	40	16,6	129	53,5	30	12,4

*Aquellos que no han atendido a pacientes COVID-19 en su unidad o servicio no contestaron a la pregunta sobre si estos habían fallecido. De la misma manera, aquellos cuyos pacientes no habían fallecido no contestaron a los indicadores sobre acompañamiento y muerte digna.*

Los niveles de fatiga por compasión fueron elevados para el 77,6 % (Tabla IV).

### Recursos para afrontar el efecto de la pandemia sobre los profesionales de CP

La mayoría de los profesionales contaban con formación en CP (86,7 %), en afrontamiento del sufrimiento y la muerte (75,1 %) y en manejo del estrés y gestión emocional (64,7 %) (Tabla V).

Se encontraron niveles muy altos de compasión (M = 4,41) y autocuidado social (M = 4,07), niveles medio-altos en competencia en afrontamiento de la muerte (M = 3,96), autocuidado físico (M = 3,57) y autocompasión positiva (M = 3,33) y medio-bajos en autocompasión negativa (M = 2,84). Así como una puntuación adecuada en autocuidado interno (M = 2,97).

## DISCUSIÓN

El objetivo ha sido analizar cómo una multitud de variables implicadas en el CP se han visto afectadas por la crisis

sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19, describiendo así el impacto de la pandemia en una muestra nacional de profesionales de CP. A continuación, se discuten los resultados obtenidos.

Las condiciones de trabajo han empeorado durante la pandemia, ya que muchos profesionales no han contado con los recursos necesarios, han visto aumentada su carga de trabajo y han tenido dificultades en la gestión del trabajo en equipo. Estos resultados son similares a otros estudios realizados durante la pandemia. Por ejemplo, en el trabajo llevado a cabo por Blanco-Donoso y cols.<sup>36</sup> en sanitarios de residencias geriátricas también subrayaron la falta de recursos y la carga de trabajo. En el estudio de Barello y cols.<sup>13</sup> se relacionaba la preocupación por incertidumbre de la situación clínica con mayores niveles de *burnout*.

En cuanto al cuidado de los pacientes, la mayoría de los profesionales apuntaron que ni la familia, ni los propios profesionales habían podido acompañar al paciente en el proceso de morir. Estas restricciones han hecho que 2 tercios de los profesionales de CP hayan considerado que los pacientes con COVID-19 no han tenido una muerte digna. Por tanto, la calidad del cuidado se ha valorado en función de los recursos y posibilidades disponibles. El hecho de experimentar el proceso de morir en soledad ya había sido apuntado en estudios previos<sup>8</sup>. En algunos centros hospitalarios, los enfermos se han podido comunicar con sus familiares a través de medios telemáticos, pero esto no siempre ha sido posible, dependiendo de la infraestructura del hospital, entre otros factores<sup>18</sup>. Además, este tipo de comunicación difícilmente alivia la situación de soledad y desamparo<sup>37</sup>. Así que 2 de los pilares de los CP, el acompañamiento y la muerte digna, han sido uno de los efectos colaterales de esta pandemia.

En lo referente al impacto de la pandemia sobre la CVP en CP, y teniendo en cuenta el contexto anteriormente descrito, no es extraño que se hayan observado niveles altos de *burnout* y de fatiga por compasión. De hecho, en una muestra española en profesionales de CP, que fueron encuestados justo antes del inicio de la pandemia, Galiana y cols.<sup>31</sup>

**Tabla IV. Estadísticos descriptivos de calidad de vida profesional (n = 241).**

	Bajos		Medios		Altos	
	N	%	N	%	N	%
Satisfacción con la compasión	9	3,7	66	27,4	166	68,9
<i>Burnout</i>	60	24,9	69	28,6	112	46,5
Fatiga por compasión	25	10,4	29	12,0	187	77,6

Tabla V. Estadísticos descriptivos de los recursos para afrontar el efecto de la pandemia (n = 241).

	No		Sí	
	N	%	N	%
Formación en CP	32	13,3	209	86,7
Formación en afrontamiento del sufrimiento y la muerte	60	24,9	181	75,1
Formación en manejo del estrés y gestión emocional	85	35,3	156	64,7
	M	DE	Mín.	Máx.
Competencia en afrontamiento de la muerte	3,96	0,63	1,78	5,00
Autocuidado físico	3,57	1,05	1,00	5,00
Autocuidado interno	2,97	1,14	1,00	5,00
Autocuidado social	4,07	0,76	1,33	5,00
Autocompasión positiva	3,33	0,71	1,00	5,00
Autocompasión negativa	2,84	0,88	1,00	5,00
Compasión	4,41	0,43	3,20	5,00

encontraron en un 35 % de profesionales altos niveles de *burnout*, aumentando este porcentaje en más de un 10 % en tan solo un año. Además, informaron de un 25 % de profesionales con altos niveles de fatiga por compasión<sup>31</sup>, habiéndose triplicado esta tasa tras un año de pandemia. Los niveles de satisfacción con la compasión, sin embargo, aumentaron tras un año de pandemia, en lugar de disminuir, representando al 48 % de los profesionales antes de la pandemia<sup>31</sup>, y a casi el 70 % tras el primer año. Estos estudios van en la línea de lo apuntado en la literatura, que ha señalado altas tasas de *burnout*<sup>13,14,38</sup> y de fatiga por compasión<sup>17,36</sup>, así como altos niveles de satisfacción con la compasión<sup>39</sup> en los sanitarios durante la pandemia. Cabe destacar que el deterioro tan acusado, durante la crisis sanitaria, de las condiciones de acompañamiento de los pacientes al final de la vida ha impactado especialmente en los profesionales de CP, ya que este modelo de atención, basado en el cuidado y la atención integral de las necesidades del paciente y familia, entraría en contradicción con una atención en la que los pacientes fallecen en soledad o acompañados tan solo de profesionales a los que apenas podían reconocer tras el equipo de protección.

Para hacer frente a este desgaste y mantener la capacidad de cuidado compasivo de los profesionales, variables como la formación específica en CP, afrontamiento de la muerte o manejo del estrés, el autocuidado, la autocompasión o la compasión por los demás han resultado claves. Los resultados apuntaron que gran parte de los profesionales habían recibido formación. Además, se encontraron niveles medio-altos o altos en compasión, autocompasión, competencia en afrontamiento de la muerte y autocuidado. Así, los altos niveles de satisfacción podrían explicarse gracias a estos recursos que los profesionales han podido usar para afrontar la situación. Sería conveniente seguir trabajando en la mejora de estas competencias y habilidades, para mitigar los efectos del desgaste ocasionado por la COVID-19, garantizando así el cuidado compasivo. Algunos programas que ya se han llevado a cabo para reducir los efectos negativos de la pandemia sobre la CVP incluyen, por ejemplo, el trabajo de las emociones libres<sup>40</sup>.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir que la pandemia por COVID-19 ha producido un empeoramiento de las condiciones de trabajo de los profesionales de CP en España. Concretamente, no han contado con los recursos materiales necesarios, la carga de trabajo y su falta de control se ha visto aumentada y el trabajo en equipo ha empeorado. En cuanto al cuidado de los pacientes, estos no han podido ser acompañados en el proceso de morir y muchos de ellos no han tenido una muerte digna, aunque la mayoría consideran que el cuidado ha sido bueno o excelente. Respecto a la CVP, se han informado niveles elevados en las variables *burnout*, satisfacción y fatiga por compasión, produciéndose un gran desgaste y fatiga, pero sin mermar los niveles de satisfacción.

Como limitaciones destacamos la falta de información sobre el número total de muestra contactada, así como la falta de aleatorización en el muestreo, que dificulta la generalización de los resultados. Futuros estudios podrían estudiar otras variables recientemente relacionadas con la CVP, como las emociones, además de ampliar la muestra describiendo la ubicación por servicios dentro del sistema sanitario, así como la distribución de la muestra en la geografía española.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todos los profesionales su participación en el estudio.

## CONFLICTOS DE INTERESES

No existen conflictos de intereses entre los autores.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte del proyecto de I+D+i RTI2018-094089-I00, financiado/a por MCIN/ AEI/10.13039/501100011033/ y “FEDER Una manera de hacer Europa”.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323:2133-4.
2. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e98.
3. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102066.
4. Manzano García G, Ayala Calvo JC. The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *J Adv Nurs*. 2021;77:832-44.
5. Chen J, Liu X, Wang D, Jin Y, He M, Ma Y, et al. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:47-55.
6. Correia I, Almeida AE. Organizational justice, professional identification, empathy, and meaningful work during COVID-19 pandemic: Are they burnout protectors in physicians and nurses? *Front Psychol*. 2020;11:566139.
7. Salamero Teixidó L. Derechos individuales frente a salud pública en la protección ante enfermedades contagiosas: propuestas de mejora del marco regulatorio vigente. *Gac Sanit*. 2016;30:69-73.
8. Firstenberg MS, Libby M, Ochs M, Hanna J, Mangino JE, Forrester J. Isolation protocol for a COVID-2019 patient requiring emergent surgical intervention: Case presentation. *Patient Saf Surg*. 2020;14:15.
9. Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Rev Bio y Der*. 2020;50:81-98.
10. Çelmeçe N, Menekay M. The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. *Front Psychol*. 2020;11:597624.
11. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020;144:109972.
12. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:5514.
13. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;290:113129.
14. Ng KYY, Zhou S, Tan SH, Ishak NDB, Goh ZS, Chua ZY, et al. Understanding the psychological impact of COVID-19 pandemic on patients with cancer, their caregivers, and health care workers in Singapore. *JCO Glob Oncol*. 2020;6:1494-509.
15. De Wit K, Mercuri M, Wallner C, Clayton N, Archambault P, Ritchie K, et al; Network of Canadian Emergency Researchers. Canadian emergency physician psychological distress and burnout during the first 10 weeks of COVID-19: A mixed-methods study. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1:1030-8.
16. Franza F, Pellegrino F, del Buono G, Solomita B, Fasano V. P860 Compassion fatigue, burnout and hopelessness of the health workers in COVID-19 pandemic emergency. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;40:S476-7.
17. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel P. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Interam J Psychol*. 2020;54:e1298.
18. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not dying alone - Modern compassionate care in the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382:e88.
19. Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliat Support Care*. 2005;3:173-81.
20. Terry ML, Bivens AJ, Neimeyer RA. Comfort and empathy of experienced counselors in client situations involving death and loss. *Omega*. 1996;32:269-85.
21. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50:200-7.
22. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Cuesta P, Sánchez C, Benito E. Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de CP. *Interv Psicosoc*. 2018;27:81-8.
23. Galiana L, Sansó N, Muñoz-Martínez I, Vidal-Blanco G, Oliver A, Larkin PJ. Palliative care professionals' inner life: Exploring the mediating role of self-compassion in the prediction of compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout and wellbeing. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63:112-23.
24. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *J Nurs Adm*. 2013;43:348-4.
25. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48:456-65.
26. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013;44:501-13.
27. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol*. 2007;92:887-904.
28. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*. 2007;41:908-16.
29. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J. Health Care Chaplain*. 2014;20:95-108.
30. Galiana L, Oliver A, Arena F, de Simone G, Tomás JM, Vidal-Blanco G, et al. Development and validation of the Short Professional Quality of Life Scale based on versions IV and V of the Professional Quality of Life Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18:364.
31. Galiana L, Vidal-Blanco G, Oliver A, Sansó N. Interpretación de las puntuaciones obtenidas con la Escala Breve de Calidad de Vida Profesional. *Med Paliat*. 2022;29:29-33.
32. Galiana L, Oliver A, de Simone G, Linzitto JP, Benito E, Sansó N. A brief measure for the assessment of competence in coping with death: The coping with death scale short version. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57:209-15.
33. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Benito E. Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *Span J Psychol*. 2015;18:e67.
34. Raes F, Pommier E, Neff KD, van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18:250-5.
35. Shiota MN, Keltner D, John OP. Positive emotion dispositions differentially associated with Big Five personality and attachment style. *J Posit Psychol*. 2006;1:61-71.
36. Blanco-Donoso LM, Moreno-Jiménez J, Amutio A, Gallego-Alberto L, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. Stressors, job resources, fear of contagion, and secondary traumatic stress among nursing home workers in face of the COVID-19: The case of Spain. *J Appl Gerontol*. 2021;40:244-56.
37. Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and health care's digital revolution. *N Engl J Med*. 2020;382:e82.



38. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2020;20:1885.
39. Dosal M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J. Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. *Front Psychol*. 2020;11:606121.
40. Dincer B, Inangil D. The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore (NY)*. 2021;17:109-14.