

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

**Maestría en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia**



**FATIGA POR COMPASIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL
EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA RED DE SALUD
AREQUIPA-CAYLLOMA, AREQUIPA, 2020**

Tesis presentada por el Bachiller:
Figueroa Gutierrez, Víctor Hugo

Para optar el Grado Académico de:
**Maestro en Salud Mental del
Niño, del Adolescente y de la
Familia**

Asesora:
**Mgter. Marcondes da Fonseca,
Rose Mary**

Arequipa-Perú

2021

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 23 de Mayo del 2021

Dictamen: 000229-C-EPG-2021

Visto el borrador del expediente 000229, presentado por:

2018007461 - FIGUEROA GUTIERREZ VICTOR HUGO

Titulado:

**FATIGA POR COMPASIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE
LA RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA, AREQUIPA, 2020**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0190 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**5937 - ANCHANTE HERNANDEZ ELVA ELVIRA
DICTAMINADOR**





A mis padres



*Gracias a los profesionales de la salud,
enfermeras, psicólogos(as) y trabajadores(as)
sociales que aceptaron participar en el
presente estudio.*

RESUMEN

Este estudio examina la relación entre la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional en profesionales de la salud. Se evaluó a 103 trabajadores, quienes completaron una escala para medir la Fatiga por Compasión y una escala para medir la Inteligencia Emocional, además de una Ficha sociodemográfica. Los principales hallazgos muestran una relación parcial entre las variables Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional, en específico, la dimensión Estrés Traumático Secundario y la dimensión Atención a los Sentimientos presentan correlación. También existen correlaciones de la dimensión Síndrome de Burnout con las dimensiones Claridad Emocional, Reparación de las Emociones y con la Inteligencia Emocional Global.

Asimismo, los resultados muestran un porcentaje bajo de Fatiga por Compasión, con un 12.6%. La denominada Sexta combinación presenta el mayor porcentaje, con 48.5%. La Inteligencia Emocional Global y sus dimensiones presentan todas ellas un nivel medio.

Se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de las dimensiones Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario, según la Etapa de vida, entre los valores medios de la Claridad Emocional, según Profesión y entre los valores medios de la Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional e Inteligencia Emocional Global, según la Etapa de vida.

Este estudio sirve como base para la identificación temprana de grupos de profesionales en riesgo de Fatiga por Compasión, además de mejorar nuestro conocimiento sobre su Calidad de vida profesional.

Palabras clave: *Fatiga por Compasión, Inteligencia Emocional, profesionales de la salud*

ABSTRACT

This study examines the relationship between Compassion Fatigue and Emotional Intelligence in healthcare professionals. 103 workers were evaluated, who completed a scale to measure Compassion Fatigue and a scale to measure Emotional Intelligence, in addition to a sociodemographic file. The main findings show a partial relationship between the variables Compassion Fatigue and Emotional Intelligence, specifically, the Secondary Traumatic Stress dimension and the Attention to Feelings dimension show correlation. There are also correlations of the Burnout Syndrome dimension with Emotional Clarity dimension, Emotion Repair dimensions and with Global Emotional Intelligence.

Likewise, the results show a low percentage of Compassion Fatigue, with 12.6%. The so-called Sixth combination presents the highest percentage, with 48.5%. Global Emotional Intelligence and its dimensions all present a medium level.

Significant differences have been found between Burnout Syndrome and Secondary Traumatic Stress dimensions mean values, according to the Stage of life, significant differences between Emotional Clarity mean values, according to Profession and significant differences between Attention to Feelings, Emotional Clarity and Global Emotional Intelligence mean values, according to the Stage of life.

This study serves as the basis for the early identification of groups of professionals at risk of Compassion Fatigue, in addition to improving our knowledge about their professional quality of life.

Keywords: *Compassion Fatigue, Emotional Intelligence, health professionals*

Índice general

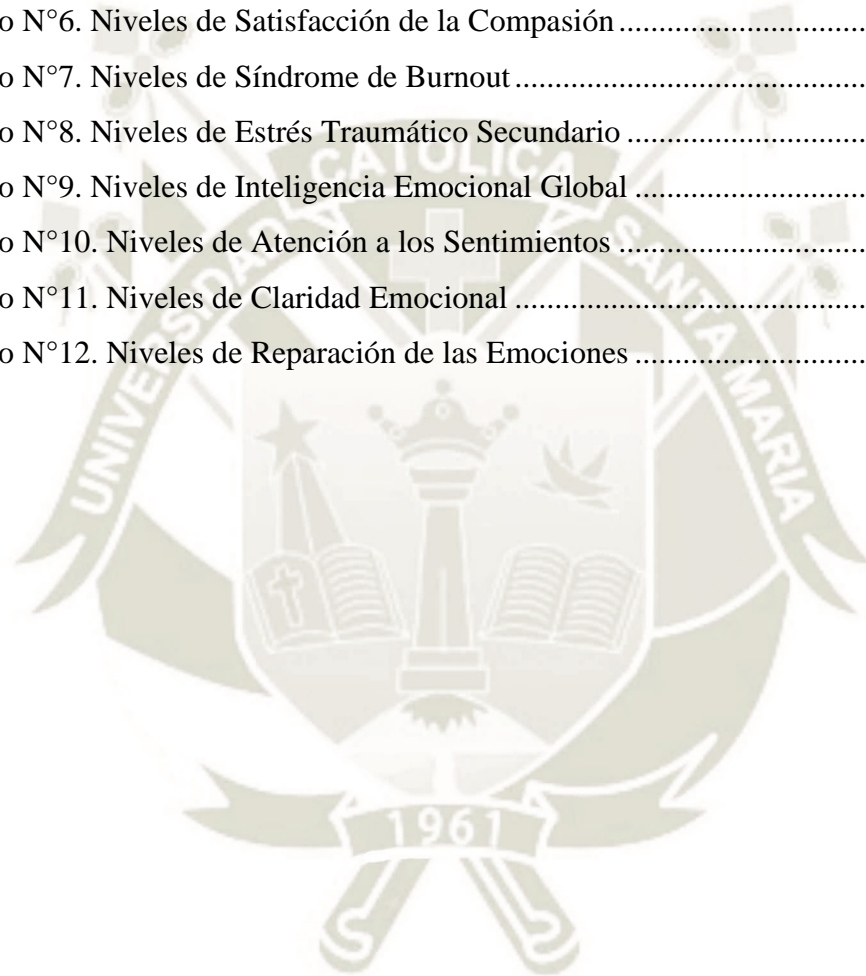
Resumen	
Abstract	
Introducción.....	1
Hipótesis	3
Objetivos.....	3
CAPITULO I Marco Teórico	4
1. Fatiga por Compasión.....	5
2. Inteligencia Emocional	13
3. Relación entre las variables Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional.....	19
CAPITULO II Metodología	21
1. Técnica e instrumentos de verificación	22
2. Campo de verificación.....	31
3. Estrategia de recolección de datos.....	34
4. Recursos	35
CAPITULO III Resultados y Discusión.....	37
Resultados.....	38
Discusión	71
Conclusiones.....	77
Recomendaciones	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS	
Limitaciones del estudio	
Protocolos de los instrumentos utilizados	
Modelo del formulario de Google Drive, para la aplicación virtual	
Consentimiento informado	
Pruebas post-hoc para Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Etapa de vida	
Interpretación completa de las combinaciones del ProQOL versión 5	
Fuerza de los coeficientes de correlación	
Prueba de bondad de ajuste	
Normalización de las dimensiones	
Matriz de datos	

Índice de tablas

Tabla N°1. Profesionales de la salud según Sexo.....	38
Tabla N°2. Participantes según Profesión	40
Tabla N°3. Profesionales de la salud según Etapa de vida.....	42
Tabla N°4. Profesionales según el Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	44
Tabla N°5. Combinaciones de la Fatiga por Compasión	46
Tabla N°6. Niveles de Satisfacción de la Compasión	48
Tabla N°7. Niveles de Síndrome de Burnout	50
Tabla N°8. Niveles de Estrés Traumático Secundario	52
Tabla N°9. Niveles de Inteligencia Emocional Global	54
Tabla N°10. Niveles de Atención a los Sentimientos.....	56
Tabla N°11. Niveles de Claridad Emocional	58
Tabla N°12. Niveles de Reparación de las Emociones	60
Tabla N°13. Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Profesión	62
Tabla N°14. Pruebas Post-hoc para la dimensión Claridad Emocional según Profesión....	64
Tabla N°15. Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Etapa de vida.....	65
Tabla N°16. Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Tiempo que llevan ejerciendo su profesión.....	67
Tabla N°17. Correlación entre Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional	69

Índice de gráficos

Gráfico N°1. Profesionales de la salud según Sexo	39
Gráfico N°2. Participantes según Profesión	41
Gráfico N°3. Profesionales de la salud según Etapa de vida.....	43
Gráfico N°4. Profesionales según el Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	45
Gráfico N°5. Combinaciones de la Fatiga por Compasión	47
Gráfico N°6. Niveles de Satisfacción de la Compasión	49
Gráfico N°7. Niveles de Síndrome de Burnout	51
Gráfico N°8. Niveles de Estrés Traumático Secundario	53
Gráfico N°9. Niveles de Inteligencia Emocional Global	55
Gráfico N°10. Niveles de Atención a los Sentimientos	57
Gráfico N°11. Niveles de Claridad Emocional	59
Gráfico N°12. Niveles de Reparación de las Emociones	61



INTRODUCCIÓN

En su quehacer diario los profesionales de la salud deben hacer frente a diversas situaciones relacionadas al trato directo con los pacientes, ello exige habilidades tales como profesionalismo, empatía, escucha activa, tolerancia y respeto, sin embargo, aunque dichos profesionales se encuentren entrenados para tal labor, muchas veces sus recursos personales pueden verse excedidos generando tensiones que pueden desencadenar en la denominada Fatiga por Compasión, es decir, el sentimiento de intensa empatía y pena hacia aquellas personas que están sufriendo, así como a un fuerte deseo de calmar el dolor o resolver el problema de la persona que sufre, lo que puede acarrear una reexperimentación o evitación/entumecimiento personales de los acontecimientos traumáticos que narran los pacientes.

La Fatiga por Compasión, así como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o interés para soportar el sufrimiento de los demás, por ello, los profesionales de la salud que la experimentan reducen su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus clientes (1). Se sabe, además, que las condiciones de trabajo tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que dichos profesionales ofrecen. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el absentismo laboral, están directamente ligadas a las condiciones de trabajo.

Los profesionales de la salud con un contacto directo y constante con pacientes, como enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros, pueden llegar a presentar consecuencias negativas a nivel físico, mental y emocional producto de su trabajo y en consecuencia se encuentran en riesgo de sufrir Fatiga por Compasión, generándose serios problemas para ellos mismos, para sus familias, para el sistema de salud y para los pacientes que atienden.

Por otro lado, las emociones pueden tener efectos en el comportamiento de las personas, la forma en que éstas se entienden o manejan influye sobre el comportamiento. Una comprensión científica de la Inteligencia Emocional (en adelante Inteligencia Emocional) puede permitirnos vivir satisfactoria y productivamente, disminuyendo el impacto de situaciones altamente estresantes y promoviendo la eficacia laboral y social. Las personas

necesitan sentirse seguras emocionalmente y tener sentimientos de bienestar y estabilidad emocional, además, el factor emocional se considera como un elemento muy importante en la prevención y/o desarrollo de algunas enfermedades.

Es así, que se busca determinar la forma en que la variable Fatiga por Compasión se relaciona con la variable Inteligencia Emocional. Se hipotetiza la existencia de una relación inversa entre ambas variables, relación que es importante dilucidar, ya que un profesional con adecuados niveles de Inteligencia Emocional puede protegerse frente a situaciones estresantes, siendo capaz de tolerar la carga que implica su labor diaria y, por tanto, brindar una atención eficaz.

El presente estudio posee relevancia científica, ya que los estudios relacionales entre ambas variables son escasos, por lo que se está ampliando la información en esa brecha de conocimiento dentro del área de la salud mental. Posee relevancia social y práctica, ya que profesionales de la salud y pacientes se ven directamente beneficiados con la información obtenida, teniendo en cuenta que dicha información puede ser utilizada en el diseño y ejecución de programas preventivos que salvaguarden la salud mental de este grupo de personas.

HIPÓTESIS

Dado que la Fatiga por Compasión surge a partir de experiencias repetidas de exposición a los pacientes y a sus traumas y dado que la Inteligencia Emocional funge como un factor protector frente a distintas situaciones estresantes dentro del ámbito laboral y de la salud:

Es probable, que exista una relación inversa entre la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional, en los profesionales de la salud considerados en el presente estudio.

OBJETIVOS

- Determinar la relación entre la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional en profesionales de la salud de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, Arequipa, 2020.
- Describir los niveles de Fatiga por Compasión en profesionales de la salud mental de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, Arequipa, 2020.
- Describir los niveles de Inteligencia Emocional en profesionales de la salud mental de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, Arequipa, 2020.
- Identificar las diferencias de Fatiga por Compasión según Profesión, Etapa de vida y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión en los profesionales de la salud mental de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, Arequipa, 2020.
- Identificar las diferencias de Inteligencia Emocional según Profesión, Etapa de vida y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión en los profesionales de la salud mental de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, Arequipa, 2020.



MARCO TEÓRICO

1. Fatiga por Compasión

1.1. Conceptos de Fatiga por Compasión según diversos autores

Alecsiuk (2) ha señalado que los profesionales de la salud se enfrentan al estrés a diario y confrontan una serie de retos que la vida cotidiana les presenta, dichas tensiones pueden acarrear diversos problemas de salud y generar síntomas que afecten su actividad en el trabajo y su quehacer habitual.

González Procel et al. (3) han referido que la calidad del servicio que los profesionales de la salud ofrecen a las personas vulnerables que atienden, depende en buena parte del estado emocional del propio profesional, así, la empatía, más allá de permitirles sintonizar con los sentimientos o preocupaciones de sus pacientes, puede llevarlos a disminuir su propio bienestar emocional y su capacidad de respuesta de atención, dicho fenómeno se conoce como Fatiga por Compasión.

Para Bernabé la labor realizada por los profesionales de la salud mental tiene como finalidad mejorar la calidad de vida del paciente, por ello, su capacidad empática constituye un elemento implícito dentro de su accionar, ya que le permitirá identificar, comprender y experimentar las emociones del paciente. Este autor define la Fatiga por Compasión de la siguiente forma:

“...una respuesta emocional natural que los profesionales de la salud mental experimentan al tratar con personas víctimas de una situación traumatizante, por la exposición al servicio terapéutico prolongado o por la reexperimentación de un trauma personal relacionado al motivo de consulta de los pacientes con los que trata”. (4: p.13)

Figley (1) por su parte, ha propuesto el término “desgaste profesional por empatía” (p.5), con el fin de describir un tipo especial de burnout, que perturba emocionalmente a las personas que están en contacto con experiencias traumáticas de otros individuos. De forma similar, Hudnall (5), sostiene que la Fatiga por

Compasión constituye un riesgo psicosocial, ya que afecta especialmente a profesionales que atienden a personas traumatizadas.

Figley (6) ha hecho una distinción entre el burnout y la Fatiga por Compasión, según este autor, el burnout se caracteriza por aparecer progresivamente y como consecuencia de un agotamiento emocional, es decir, se trata de un proceso que surge por una exposición gradual al desgaste laboral, por un deterioro en los ideales de la persona y por la falta de logros, la Fatiga por Compasión, por el contrario, es un estado, es decir, puede aparecer de un momento a otro.

Rothschild (7) ha identificado que el personal asistencial puede llegar a experimentar síntomas de trauma equivalentes a los de sus pacientes y que el impacto emocional de estar expuesto a historias traumáticas podría transmitirse a través de procesos psicológicos profundos.

1.2. Definición de Fatiga por Compasión para el presente estudio

Stamm (8) ha creado la Escala sobre la calidad de vida profesional (ProQOL, versión 5) que presenta dos aspectos, al primero de ellos (aspecto positivo), lo denomina Satisfacción de la Compasión y al segundo lo llama Fatiga por Compasión (aspecto negativo).

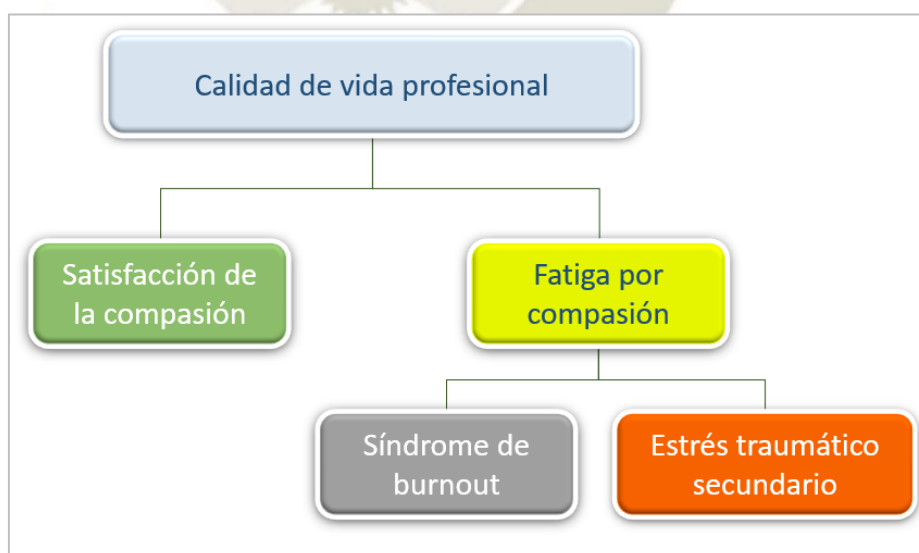
La Fatiga por Compasión, se divide a su vez en dos elementos, Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario, el primero se relaciona con elementos tales como el agotamiento, la frustración, la ira y la depresión típicos del agotamiento, el segundo, es un sentimiento negativo impulsado por el miedo y el trauma relacionado con el trabajo, al tratar con personas víctimas de una situación traumatizante (8).

Stamm (8) no ha recomendado usar únicamente la subescala Estrés Traumático Secundario y sugiere utilizar el instrumento en su conjunto, esto, según refiere, se debe a que todavía no se comprende completamente la relación entre Satisfacción de la compasión, Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario, señala también que la Satisfacción de la compasión es un moderador, sino un mediador del Estrés

Traumático Secundario, que el Síndrome de Burnout rara vez existe al mismo tiempo que la Satisfacción de la compasión y cuando están presentes tanto el Síndrome de Burnout como la Estrés Traumático Secundario, esto parece sugerir el resultado más negativo, es así que considera importante conocer los tres puntajes. Por último, la autora considera que la inclusión de los ítems positivos de la subescala Satisfacción de la compasión reduce el conjunto de respuestas negativas, mejorando las propiedades psicométricas del instrumento.

El siguiente diagrama muestra los componentes de la Escala sobre la Calidad de Vida Profesional (ProQOL, versión 5). El presente estudio utilizará el modelo propuesto por Stamm (8) para medir la Fatiga por Compasión, sin dejar de medir la subescala Satisfacción de la compasión, por lo ya expuesto anteriormente, además, en adelante, cada vez que se nombre a la Fatiga por Compasión, se hará para referirse a las tres subescalas del instrumento, esto, teniendo en cuenta el papel mediador de la Satisfacción de la Compasión para las otras dos subescalas, así como su imposibilidad de desligarse de éstas en la obtención de las combinaciones del instrumento, que incluyen una combinación para la Fatiga por Compasión propiamente dicha.

Diagrama de la Calidad de Vida Profesional



Fuente: Stamm (8: p.8).

1.3. Modelos explicativos de la Fatiga por Compasión

1.3.1. Modelo de la Fatiga por Compasión entendido desde la empatía

Figley (9) ha postulado que la capacidad para la empatía y la compasión conforman el núcleo de nuestra capacidad para el trabajo, pero también el núcleo de nuestra predisposición para ser afectados por éste. Figley (1), considera que si el cuidado a través de la compasión y la empatía no se gestiona de forma apropiada, el resultado puede ser una disminución en la capacidad del profesional para ayudar a apaciguar el sufrimiento del paciente.

Rothschild (7) ha señalado que la empatía es un fenómeno evolutivo multifacético que facilita la relación de los individuos entre sí y que, si la empatía se experimenta de forma inconsciente en el trato con el paciente, el sufrimiento de éste puede ser experimentado posteriormente de forma vicaria por el profesional, teniendo consecuencias emocionales y somáticas.

1.3.2. Cuestionamiento del rol de la empatía en la génesis de la Fatiga por Compasión como modelo unicausal

Sabo (10) ha referido que no hay suficiente evidencia empírica para un modelo unicausal que demuestre que la empatía pueda ser la única etiología de la Fatiga por Compasión. Kearney et al. (11), por su parte, han introducido el término “empatía exquisita” (p.1160), el cual se relaciona con aquella empatía desarrollada de forma consciente por los terapeutas, en la cual se tiene comprensión de los límites propios, lo que generaría compromiso en su trabajo, además, estos investigadores han señalado que si dicha empatía está bien dirigida ayudará a estos profesionales a sentirse fortalecidos más que agotados, por lo que el trabajar con pacientes que atraviesan situaciones muy difíciles no sería sinónimo de agotamiento emocional.

Otros autores amplían los elementos causales en la etiología de la Fatiga por Compasión, como puede ser la experiencia profesional, asociada al fenómeno

de resiliencia en contraposición a la frecuencia de exposición, asociada a la vulnerabilidad, por ejemplo, Beaton et al. (12) han incorporado características de la persona como la experiencia, formación, y el apoyo social como componentes mediadores que podrían potenciar o disminuir las posibilidades de aparición de la Fatiga por Compasión.

1.3.3. Otras líneas de investigación

Actualmente, las investigaciones se orientan al campo de la neurología de la empatía para poder entender los fenómenos interpersonales de imitación, resonancia y simulación, una de estas líneas de investigación se aboca a la teoría de las neuronas espejo, que a través de un sistema de reflejo neuronal explica cómo la acción de un sujeto actor es capaz de elicitar la respuesta de las neuronas espejo en el observador (7).

Se requiere, sin embargo, de una mayor evidencia científica para poder comprender el origen de la Fatiga por Compasión y profundizar en su comprensión a través de estudios longitudinales (10) y de otros tipos, ya que existe escasa literatura al respecto, tanto a nivel metodológico como teórico.

1.4. Factores de riesgo para el desarrollo de Fatiga por Compasión

Ciertos factores de riesgo pueden predisponer a la Fatiga por Compasión si se extienden en el tiempo y si se dan de forma conjunta e intensa, estos factores pueden ser individuales u organizacionales (13):

1.4.1. Factores de riesgo individuales

- Estrés acumulado
- Escaso autocontrol.
- Estar en un contacto continuo con el sufrimiento de los pacientes que soportan enfermedades crónicas degenerativas o de otro tipo, pacientes con

pérdidas funcionales, pacientes que sufren duelos, pacientes moribundos, entre otros.

- Falta de habilidades comunicativas.
- Problemas con el sentido de identidad, por lo que se insiste en el autocuidado como medida preventiva.
- Ser un profesional idealista, con una muy alta motivación y con compromiso con su trabajo, ya que en ocasiones los profesionales pueden llegar a sentirse decepcionados o sentir que su trabajo no siempre tiene los resultados esperados.
- Ser un profesional que combina la compasión y la empatía en el trabajo.
- Variables sociodemográficas dentro de las que se puede incluir el estrés laboral, el escaso apoyo social en el trabajo y situaciones estresantes de la vida cotidiana.
- Falta de un entrenamiento profesional adecuado.
- Antecedentes de trastorno mentales como los de ansiedad o del estado de ánimo o traumas personales producto de vivencias dolorosas experimentadas en el pasado (sobre todo, en relación a haber sufrido abandono o abuso en la niñez).
- Uso inapropiado de estrategias de afrontamiento (como reprimir emociones o distanciarse de los pacientes).
- Poca experiencia, a la vez que se asume una gran cantidad de casos relacionados con trauma (13).

1.4.2. Factores de riesgo organizacionales

- Cultura organizacional, institución, grupo o profesión reacios a reconocer la importancia de los factores emocionales en el trabajador, con lo que se impide la identificación de las respuestas emocionales.
- Pobre tutorización (mentoring) por parte de un supervisor.
- Baja dotación de personal.
- Turnos demasiado exigentes, los cuales pueden interferir en la vida personal de los trabajadores y restringir que puedan llevar a cabo actividades fuera del trabajo.

- Barreras burocráticas de tipo organizacional.
- Escaso apoyo social por parte de compañeros de trabajo y de supervisores o directores (13).

1.5. Algunos estudios sobre la prevalencia de la Fatiga por Compasión

Campos (13) ha encontrado que los profesionales socio-sanitarios que trabajaban en centros de mayores (centros de personas ancianas) de Extremadura, España, mostraron una prevalencia de Fatiga por Compasión de 34,4% y una prevalencia de Síndrome de Burnout del 4,9%. Los enfermeros y auxiliares de enfermería fueron los profesionales que mayor Fatiga por Compasión y Síndrome de Burnout presentaron.

Hegney et al. (14) en un estudio realizado en enfermeras australianas, mostraron que aproximadamente el 20% de las trabajadoras tenía un perfil que implicaba riesgo potencial, debido a niveles elevados de síntomas de Fatiga por Compasión, con un 12,4% en la categoría de riesgo (Síndrome de Burnout alto, Satisfacción de la Compasión baja y Estrés Traumático Secundario bajo) y un 7,6% en el perfil de muy angustiado (Estrés Traumático Secundario alto, Síndrome de Burnout alto y Satisfacción de la Compasión baja), el 79% restante cayó en el perfil normal (Satisfacción de la Compasión alta, Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario de bajo a moderado).

1.6. Fatiga por Compasión y su relación con las variables Profesión, Edad y Tiempo de servicio

Slocum-Gori et al. (15) encontraron que los profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeros presentaron los mayores niveles de Fatiga por Compasión y Síndrome de Burnout en comparación con otros profesionales o administrativos. En relación a aspectos laborales como la duración de la jornada, aquellos profesionales con jornada parcial presentaron mayores niveles de Satisfacción de la Compasión y menores niveles de Fatiga por Compasión y Síndrome de Burnout que los trabajadores a jornada completa.

Potter et al. (16) en su estudio realizado a profesionales que incluían enfermeras registradas, asistentes médicos y técnicos en radiología, no encontraron diferencias significativas en cuanto a los niveles de Fatiga por Compasión en el ámbito hospitalario y no hospitalario, a diferencia de la Satisfacción de la compasión, mayor en el ámbito hospitalario.

Borges et al. (17) en un estudio realizado a profesionales de enfermería, encontraron que los participantes con más edad mostraban medias superiores de Satisfacción de la compasión, encontraron también que las profesionales del sexo femenino, más jóvenes, con menos tiempo de experiencia profesional y que no participaban de actividades de ocio, evidenciaban una media superior de Estrés Traumático Secundario.

Wu et al. (18) en un estudio realizado a profesionales de enfermería del área de oncología, encontraron que las enfermeras más jóvenes (categorizadas como de 40 años o menos) tenían más probabilidades de experimentar niveles moderados a altos de Estrés Traumático Secundario en comparación con las enfermeras mayores, encontraron también que las enfermeras más experimentadas (experiencia de 26 años o más) tenían los niveles más bajos de Estrés Traumático Secundario.

Por su parte, Punihani (19) en un estudio a profesionales de la salud mental, encontró una relación directa entre la Satisfacción de la Compasión y la edad, una relación inversa entre el Síndrome de Burnout y la edad y una relación inversa entre el Estrés Traumático Secundario y la edad, encontró también, que la edad fue un predictor significativo para la Satisfacción de la Compasión. Punihani, refiere que la relación positiva entre Satisfacción de la Compasión y la edad puede deberse a que una mayor edad se relaciona con más experiencia en el campo y más familiaridad con estrategias de afrontamiento de cara a enfrentar el estrés en el trabajo.

2. Inteligencia Emocional

2.1. Conceptos de Inteligencia Emocional según algunos autores

Para Mestre et al. (20) el concepto de Inteligencia Emocional se relaciona con procesos implicados en reconocer, usar, comprender y manejar los propios estados emocionales y los estados emocionales de los demás, con el fin de resolver dificultades y regular la conducta.

Rizzolatti et al. (21) han referido que comprender nuestras emociones tiene que ver con conocerlas, conocer cómo se combinan o progresan y que transiciones existen entre unas y otras, además de ser capaces de entender y apreciar sus diversos significados. Las personas que poseen vocabularios emocionales más ricos tienen una mayor sensibilidad para organizar el lenguaje al expresar dichas emociones y son expertas identificando el significado de las experiencias emocionales de ellas mismas y de los demás.

Para Matthews et al. (22) la Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad para identificar, expresar, comprender y asimilar emociones, así como regular las emociones positivas y negativas en uno mismo y en los demás. Este concepto ha tenido una amplia difusión internacional dentro de círculos académicos como no académicos, además, los investigadores han hecho importantes avances en la comprensión de su naturaleza, componentes, y determinantes de la Inteligencia Emocional, es por ello, un área de investigación del comportamiento en crecimiento constante.

2.2. Definición de Inteligencia Emocional para el presente estudio

En el presente estudio se utilizará el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (en español, Escala rasgo de meta - conocimiento emocional), para medir esta variable. El Trait Meta-Mood Scale evalúa la Inteligencia Emocional percibida. La escala se divide en

tres dimensiones: Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional y Reparación de las Emociones (23).

2.3. Constructos teóricos de la Inteligencia Emocional

Diferentes autores han discutido sobre la Inteligencia Emocional, por lo que se ha propuesto diversos modelos explicativos:

2.3.1. Modelo de habilidad de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey

El modelo de habilidad propuesto por Mayer et al. (24) considera a la Inteligencia Emocional como una forma de habilidad mental y, por tanto, como inteligencia pura. Según estos autores los individuos varían en su capacidad para procesar información de naturaleza emocional y en su capacidad para relacionar el procesamiento emocional con una cognición más amplia.

Esta concepción de Inteligencia Emocional se basa en un modelo de inteligencia, ya que se esfuerza por definir la Inteligencia Emocional dentro de los límites de los criterios estándar para una nueva inteligencia. Estos autores propusieron el modelo de cuatro ramas de la Inteligencia Emocional, donde cada rama representa los complejos procesos de integración de emociones y cognición. La primera rama, Percepción emocional, es la capacidad de reconocer y valorar las emociones de uno mismo y de expresar las necesidades emocionales a los demás con precisión. La segunda rama, la Asimilación emocional, es la capacidad de diferenciar entre las emociones y priorizar aquellas que están influyendo en nuestros procesos de pensamiento. La tercera rama, la Comprensión emocional, es la capacidad de razonar las emociones complejas y la capacidad de reconocer transiciones de una a otra, por último, la cuarta rama, la Gestión de las emociones, es la capacidad de controlar el flujo emocional dependiendo de su utilidad en una situación dada y la capacidad de monitorearlo regularmente (25).

2.3.2. Modelo mixto de Inteligencia Emocional de Bar-On

A diferencia del modelo de capacidad, el modelo mixto de Inteligencia Emocional combina la capacidad mental con características de personalidad tales como el optimismo y el bienestar. Bar-On (26) ha presentado un modelo basado en el contexto de la teoría de la personalidad, enfatizando la codependencia de los aspectos de habilidad de la Inteligencia Emocional con los rasgos de personalidad y su aplicación al bienestar personal. Este modelo se relaciona con el potencial de desempeño y éxito y se considera más orientado a procesos que a resultados. Describe 5 componentes de la Inteligencia Emocional, a saber, Intrapersonal, Interpersonal, Adaptabilidad, Manejo del estrés y Estado de ánimo general, con varios subcomponentes clasificados en cada categoría.

Según Bar-On (26) la Inteligencia Emocional se desarrolla con el tiempo y se puede mejorar mediante el entrenamiento, la programación y la terapia. Además, plantea la hipótesis de que aquellos individuos con un coeficiente intelectual superior al promedio son, en general, más exitosos en satisfacer las demandas y presiones ambientales. También señala que una deficiencia en la Inteligencia Emocional puede significar una falta de éxito y la existencia de problemas emocionales. En general, este autor considera que la Inteligencia Emocional y la inteligencia cognitiva contribuyen igualmente a la inteligencia general de una persona, que luego ofrece una indicación del potencial de uno para tener éxito en la vida.

2.3.3. Modelo de personalidad de Inteligencia Emocional de Goleman

Goleman (27) ha propuesto un modelo mixto en términos de desempeño, integrando las habilidades y la personalidad de un individuo y aplicando sus efectos correspondientes sobre el desempeño en el lugar de trabajo, el autor, ha descrito además cuatro constructos principales para la Inteligencia Emocional (28), que incluyen, la Conciencia de uno mismo, que es la capacidad de leer las propias emociones y reconocer su impacto mientras se utiliza la intuición para

guiar las decisiones, la Autogestión, que implica controlar las propias emociones e impulsos y adaptarse a las circunstancias cambiantes, la Conciencia social, la cual incluye la capacidad de sentir, comprender y reaccionar a las emociones de los demás y la Gestión de relaciones, la cual implica la capacidad de inspirar, influir y desarrollar a otros mientras se gestiona el conflicto.

Goleman (29) además, ha incluido un conjunto de competencias emocionales dentro de cada constructo de Inteligencia Emocional. Las competencias emocionales no son talentos innatos, sino capacidades aprendidas en las que se debe trabajar y desarrollar para lograr un desempeño sobresaliente. Este autor ha postulado que los individuos nacen con una Inteligencia Emocional general que determina su potencial para aprender competencias emocionales. Los constructos y las competencias se clasifican en una de cuatro categorías: el Reconocimiento de las emociones en uno mismo o en los demás y la Regulación de las emociones en uno mismo o en los demás.

2.4. Inteligencia Emocional y estrés

Salovey et al. (30) han señalado que la Inteligencia Emocional cumpliría un papel importante en el afrontamiento de las situaciones estresantes. Iberrota (31), ha referido que la capacidad para identificar y gestionar las emociones de uno mismo, así como la capacidad empática hacen posible razonar o reflexionar de forma más efectiva e inteligente ante determinado problema.

Investigadores del área organizacional como Vera et al. (32) y Anadón Revuelta (33) han subrayado la importancia del desarrollo de la Inteligencia Emocional en los retos diario del trabajo. Jordan et al. (34) ha señalado que las personas con una mayor Inteligencia Emocional, experimentan niveles de estrés menores y una mayor satisfacción laboral, además de gozar de un espectro más amplio de estrategias de afrontamiento y de selección de éstas frente a un determinado problema.

Christopher et al. (35) realizó un estudio en el área clínica y evaluó los niveles de Inteligencia Emocional y alexitimia, observando que las personas con puntajes altos en alexitimia, obtenían bajos niveles de Inteligencia Emocional, se caracterizó a estas personas como personas que percibían sus dificultades como una amenaza y que usaban estrategias de afrontamiento desadaptativas, por lo que el riesgo de padecer estrés para éstas, aumentaba.

2.5. Importancia de la Inteligencia Emocional

Hernández Vargas et al. (36) han mencionado que la Inteligencia Emocional se ha establecido como un tema central para el desarrollo de la persona y un eje importante en nuestra adaptabilidad y en nuestras relaciones sociales.

Varón (37) ha señalado que existen estudios que aseguran que las personas con una tendencia a un buen reconocimiento emocional tienen mayores probabilidades de éxito, un control mayor sobre el estrés, resuelven más asertivamente sus problemas, tienen una mayor capacidad social, son más felices, mejoran su nivel de inteligencia y se enfocan mejor y más objetivamente en las cosas que necesitan para la consecución de su bienestar.

Yabar Bornaz (38) ha referido que, si bien la Inteligencia Emocional tiene una connotación cognitiva en las personas, las reacciones o consecuencias de ésta son ante todo conductuales, por lo que las empresas e instituciones alientan el desarrollo de esta habilidad cada vez en mayor grado, considerando dentro de la competitividad actual el buen trato al otro.

2.6. Algunos estudios sobre la prevalencia de la Inteligencia Emocional

Conde Caro (39) en un estudio en donde se evaluó a personal de salud, encontró que el 41.7% presentaba un nivel promedio de Inteligencia Emocional, el 37.9% un nivel alto y el 20.4% un nivel bajo, además, en cuanto a las dimensiones de la variable, la percepción emocional presentó un 40.8% en el nivel bajo y un 35% en el nivel alto,

la comprensión emocional presentó un 37.9% en el nivel alto y un 15.5% en el nivel bajo, la regulación emocional presentó un 37.9% en el nivel alto y un 21.4% en el nivel bajo.

Huamán Baca et al. (40) en una investigación realizada en enfermeras, encontraron que el 67.5% de las evaluadas presentó un promedio desarrollo de Inteligencia Emocional, el 17,5% un buen desarrollo de Inteligencia Emocional y un 15% un mal desarrollo de Inteligencia Emocional. En cuanto a las dimensiones de la variable: Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional y Reparación de las Emociones, presentaron todas ellas su mayor porcentaje en el nivel promedio desarrollo con 55%, 50% y 67.5%, respectivamente.

Vásquez Narcizo et al. (41) evaluaron a profesionales de la salud y encontraron que la mayoría de los participantes mostraron un nivel adecuado de Inteligencia Emocional, con 72.9%; el 16.9% mostró un nivel bajo de Inteligencia Emocional y el 10.2% restante mostró un nivel alto.

Veliz Burgos et al. (42) evaluaron a enfermeros, encontrando para las dimensiones de Inteligencia Emocional: percepción emocional, comprensión emocional y regulación emocional, que todas ellas presentaron su mayor porcentaje para el nivel medio con 49%, 57.9% y 46,2%, respectivamente.

Mamani Cahuaya (43) evaluó a personal de enfermería y técnicos de enfermería y encontró que un 66.7% presentaba una Inteligencia Emocional regular, un 26.7% una Inteligencia Emocional buena y un 6.7% una Inteligencia Emocional mala.

2.7. Inteligencia Emocional y su relación con las variables Profesión, Edad y Tiempo de servicio

Vásquez et al. (41) en un estudio realizado a profesionales de la salud, encontraron un mayor porcentaje de trabajadores de entre 27 y 36 años con mayores niveles de Inteligencia Emocional a diferencia de otros grupos de edad.

Conde Caro (39) en un estudio realizado en personal de salud, en el cual se consideró dos categorías de tiempo de servicio: Menor a cinco años y Mayor a 5 años, encontró que para la categoría Menor a cinco años, el nivel promedio de Inteligencia Emocional presentó el mayor porcentaje con 51.2%, mientras que la categoría Mayor a cinco años, presentó un mayor porcentaje en los niveles Alto y Bajo de Inteligencia Emocional, con 41.7% y 23.3%, respectivamente.

Moral Jiménez et al. (44) en un estudio donde se evaluó a trabajadores de diferentes ámbitos profesionales, como el ámbito sociosanitario, educativo, de servicios y manipulativo y con diversos niveles de experiencia, encontraron que el ámbito de dedicación profesional es una variable influyente a nivel de Inteligencia Emocional, siendo más evidente esta diferencia entre los ámbitos sociosanitario y educativo (profesionales asistenciales) y los técnicos manipulativos (los menos expuestos al trato en público).

3. Relación entre la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional

Estudios muestran una relación (presente en distintas formas) entre la variable Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional, dichas investigaciones tienen distintos objetivos, utilizan distintas pruebas estadísticas y emplean distintas técnicas e instrumentos, sin embargo, no existen muchas investigaciones de tipo relacional o de otro nivel de investigación en torno a dichas variables.

Punihani (19) por ejemplo, en un estudio realizado a profesionales de la salud mental, encontró, que en un contexto de estrategias de buen autocuidado y soporte social, se podría potencialmente amortiguar el riesgo de Fatiga por Compasión en los profesionales. Los resultados mostraron también que aquellos con niveles más altos de Satisfacción de la Compasión y mayor autocompasión, estuvieron satisfechos con su soporte emocional existente y estuvieron en un menor riesgo de sufrir Fatiga por Compasión.

Pangilinan (45) evaluó a miembros de un equipo de enfermería especializada y encontró que la Fatiga por Compasión del personal no era indicativa de la calidad de la atención,

sin embargo, se descubrió que la Evaluación emocional, una subescala del instrumento denominado WLEIS, predecía la calidad de cuidado.

Turgoose et al. (46) en un metaanálisis realizado, que incluyó psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales de salud mental, enfermeras forenses de salud mental, terapeutas familiares, consejeros voluntarios, entre otros profesionales, encontraron que los traumas pasados en los profesionales, la empatía y la exposición al trauma y el distrés por los clientes (por ejemplo, gran carga de casos a tratar), son factores comúnmente asociados a una mayor Fatiga por Compasión.

Alecsiuk (2) en un estudio realizado en psicólogos y psiquiatras argentinos del área clínica encontró que la Inteligencia Emocional está relacionada con la Fatiga por Compasión, especialmente para las dimensiones de atención y reparación emocional.

Zeidner et al. (47) encontraron que la Inteligencia Emocional y el manejo de emociones basado en la habilidad, están asociados inversamente con la Fatiga por Compasión, dicho hallazgo arrojan luz sobre el papel de los factores emocionales en la Fatiga por Compasión entre los profesionales de la salud. Este estudio, también encontró que existen diferencias de Inteligencia Emocional entre las profesionales de la salud mental y los médicos, en estrategias de afrontamiento y en afecto negativo.



METODOLOGÍA

1. Técnicas e instrumentos de verificación

1.1. Técnica

La técnica a utilizar en la presente investigación será la encuesta y se aplicará de manera colectiva mediante tres instrumentos, una escala para medir la variable Fatiga por Compasión, una escala para medir la variable Inteligencia Emocional y una pequeña Ficha sociodemográfica.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Ficha sociodemográfica

Se solicitarán algunos datos sociodemográficos a los evaluados para posteriormente obtener resultados descriptivos, así como resultados inferenciales de comparaciones realizadas entre dichos datos sociodemográficos y las variables Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional. La ficha sociodemográfica incluye las siguientes variables: 1) Etapa de vida, 2) Sexo, 3) Profesión y 4) Tiempo que llevan ejerciendo su profesión. El siguiente cuadro detalla el tipo de variable y las categorías consideradas para la Ficha sociodemográfica:

Datos sociodemográficos

Etapa de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Adultez emergente (20-29 años de edad) • Adultez temprana (30-39 años de edad) • Adultez media (40-64 años de edad) • Adultez tardía (De 65 años de edad a más)
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Profesión	<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Enfermería • Trabajo social

Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de un año • De 1 a 5 años • De 6 a 10 años • De 11 a 15 años • De 16 años a más
---	---

El modelo de la Ficha sociodemográfica se encuentra en la sección Anexos y está ubicado en la parte superior de la escala de Inteligencia Emocional.

1.2.2. Escala sobre la Calidad de Vida Profesional (ProQOL) Versión 5

El ProQOL versión 5, mide la Fatiga por Compasión, la cual hace referencia al agotamiento físico, psíquico y emocional que se produce como consecuencia del contacto prolongado con el sufrimiento de los pacientes (8) (véase el modelo del instrumento en la sección Anexos). El instrumento se divide en tres subescalas, tales subescalas hacen referencia a los conceptos de Satisfacción de la Compasión y al concepto de Fatiga por Compasión (conformado por dos subescalas, Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario). Por otro lado, no se puede hablar de Fatiga por Compasión sin tomar en cuenta la Satisfacción por compasión, ya que esta última ejerce el papel de mediador o moderador de la primera (8). El instrumento se compone de 30 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1= Nunca, hasta 5=Muy frecuentemente).

1.2.2.1 Subescalas del ProQOL

1.2.2.1.1 Satisfacción de la Compasión

El placer y satisfacción que el profesional obtiene por ser capaz de hacer de una forma adecuada su trabajo. Las puntuaciones altas en esta subescala indican una mayor satisfacción vinculada a nuestra efectividad en el trabajo (8).

1.2.2.1.2 Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es el primer componente de la Fatiga por Compasión y se asocia con sentimientos de desesperación y problemas para afrontar el trabajo o para realizarlo efectivamente. Las puntuaciones altas en esta subescala indican que el profesional se encuentra en riesgo de sentirse quemado (8).

1.2.2.1.3 Estrés Traumático Secundario

El Estrés Traumático Secundario es el segundo componente de la Fatiga por Compasión y se relaciona con la exposición secundaria a sucesos en extremo estresantes, dentro del ámbito laboral. Es poco común desarrollar problemas debido a la exposición del trauma de otros, pero esto suele suceder en profesionales que cuidan de personas que han experimentado sucesos traumáticamente estresantes (8).

1.2.2.2. Validez y confiabilidad del instrumento

Existe una buena validez de constructo con más de 200 artículos publicados. También hay más de 100.000 artículos en Internet. De los 100 artículos de investigación publicados sobre Fatiga por Compasión, Estrés Traumático Secundario y traumatismo indirecto, casi la mitad ha utilizado el ProQOL o una de sus versiones anteriores. Las tres subescalas miden constructos separados. En relación a la confiabilidad, la consistencia interna es adecuada para cada una de las tres subescalas, así, la Satisfacción de la Compasión tiene un alfa de Cronbach de 0.88, el Síndrome de burnout de 0.75 y el Estrés traumático secundario de 0.81 (8).

1.2.2.3. Estadísticos, puntos de corte y obtención de niveles para las subescalas de la Calidad de Vida Profesional

Para las dimensiones de la Escala de Calidad de Vida Profesional, los niveles se obtuvieron siguiendo las recomendaciones dadas por la autora del instrumento (8), en concreto, se adoptaron los siguientes pasos: 1) Se realizó la inversión de los ítems negativos, 2) Se obtuvo la sumatoria de cada subescala, 3) Los puntajes brutos se convirtieron a puntajes Z, 4) Los puntajes Z se convirtieron a puntajes T, 5) A partir de los puntajes T se obtuvieron 3 niveles tomando en cuenta los puntos de corte alrededor de los percentiles 25 y 75.

El siguiente cuadro muestra los estadísticos descriptivos para las subescalas de Escala de la Calidad de Vida Profesional, que incluyen la Media aritmética, Valor mínimo y Valor máximo. Ya que los puntajes brutos iniciales (sumatorias), fueron convertidos a puntajes Z y estos posteriormente a puntajes T, la media aritmética para todas las dimensiones es igual a 50.00.

Estadísticos obtenidos para la Fatiga por Compasión a partir de puntajes T, para la obtención de niveles

Subescalas	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo
Satisfacción de la Compasión	50.00	21.68	68.99
Síndrome de Burnout	50.00	25.75	75.77
Estrés Traumático Secundario	50.00	26.12	73.35

El siguiente cuadro muestra los puntos de corte (etiquetas) para las dimensiones de la variable Fatiga por Compasión a partir de puntajes T. Se ha obtenido tres niveles Bajo, Medio y Alto, para la obtención de dichos niveles se ha tomado en consideración los percentiles 25, 50 y 75.

**Cuadro de los puntos de corte para las dimensiones de la Fatiga por
Compasión a partir de puntajes T, para la obtención de niveles**

	Puntos de Corte - Porcentajes (puntajes T)		
	25	50	75
Subescalas		Etiquetas	
Satisfacción de la Compasión	< 42.97	42.97 – 57.16	> 57.16
Burnout	< 44.47	44.47 – 56.90	> 56.90
Estrés Traumático Secundario	< 43.75	43.75 – 57.09	> 57.09
Niveles obtenidos	Bajo	Medio	Alto

1.2.2.4. Combinaciones para la Fatiga por Compasión y su interpretación

Según la autora del instrumento (8) se ha intentado durante mucho tiempo crear un puntaje compuesto de la Fatiga por Compasión sin éxito y la razón por la que no existe dicha puntuación es que todavía no se ha comprendido completamente la relación entre la Satisfacción de la Compasión, el Síndrome de Burnout y el Estrés traumático secundario.

Uno de los problemas encontrados a lo largo de los años fueron los problemas con la escala original que mostraba claramente una colinealidad entre las escalas (existen varias versiones anteriores del instrumento ProQOL Versión 5), sin embargo, la versión actual de este instrumento ofrece como resultado de su aplicación, cinco combinaciones posibles, provenientes de los niveles obtenidos de las subescalas de la variable (8).

Adicionalmente, el autor del presente estudio está considerando una Sexta combinación (con el fin de incluir a aquellos evaluados cuyos resultados no coincidían con las combinaciones propuestas por el instrumento y que describiría a profesionales con poco riesgo de desarrollar Fatiga por Compasión, pero a su vez, con niveles de moderados a bajos de Satisfacción de la Compasión). La interpretación completa de las combinaciones ofrecidas por el ProQOL versión 5 y la interpretación de la Sexta combinación se muestra en la sección Anexos.

(No obstante, se presenta a continuación, una tabla que detalla de forma resumida la interpretación de dichas combinaciones) (8).

**Cuadro de interpretación de las Combinaciones de la Fatiga por
Compasión (resumen)**

Combinación	Componentes de la combinación
Primera Combinación	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de la compasión ALTA. • Síndrome de burnout MODERADO a BAJO. • Estrés traumático secundario MODERADO a BAJO.
<i>Sexta Combinación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Valores de MODERADOS A BAJOS en las tres dimensiones.</i>
Segunda Combinación	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de burnout ALTO. • Satisfacción de la compasión MODERADO a BAJO. • Estrés traumático secundario MODERADO a BAJO.
Tercera Combinación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés traumático secundario ALTO. • Síndrome de burnout BAJO. • Satisfacción de la compasión BAJA.
Cuarta Combinación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés traumático secundario ALTO. • Satisfacción de la compasión ALTA. • Síndrome de burnout BAJO.
Quinta Combinación	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés traumático secundario ALTO. • Síndrome de burnout ALTO. • Satisfacción de la compasión BAJA.

Fuente: Stamm (8: p.8)

1.2.3. Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)

La escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) (en español: Escala rasgo de meta-conocimiento emocional), sirve para evaluar la Inteligencia Emocional percibida (véase el modelo del instrumento en la sección Anexos). En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas (23). Como su nombre indica, la escala se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con

una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = Nada de acuerdo, hasta 5 = Totalmente de acuerdo), la escala incluye las dimensiones Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional y Reparación de las Emociones.

1.2.3.1 Dimensiones del TMMS-24

1.2.3.1.1 Atención a los Sentimientos

Se refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada. Está compuesta por ocho ítems (por ejemplo: Presto mucha atención a los sentimientos) (23).

1.2.3.1.2. Claridad Emocional

Evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales. Incluye ocho ítems (por ejemplo: Puedo llegar a comprender mis sentimientos) (23).

1.2.3.1.3. Reparación de las Emociones

Mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta. Se compone de ocho ítems (por ejemplo: Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida) (23).

1.2.3.2. Validez y confiabilidad del instrumento

Espinoza et al. (48) en su estudio, comprobaron la validez de constructo del modelo teórico a través del análisis factorial, dicho análisis confirmó las dimensiones de la escala (Atención a Los Sentimientos, Claridad Emocional y Reparación de las Emociones). Por otro lado, la fiabilidad de la escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) y sus dimensiones, se valoraron calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, la consistencia interna global de la escala fue de 0.89, para la Atención a los Sentimientos de 0.81, para la Claridad Emocional de 0.84 y para la Reparación de las Emociones de 0.85, esto indica una adecuada fiabilidad.

1.2.3.3. Estadísticos, puntos de corte y obtención de niveles para la variable Inteligencia Emocional

Para la obtención de los niveles de Inteligencia Emocional y sus dimensiones se procedió de la siguiente manera: 1) Se obtuvo la sumatoria de cada subescala, 2) Los puntajes brutos se convirtieron a puntajes Z, 3) Los puntajes Z se convirtieron a puntajes T, 4) A partir de los puntajes T se obtuvieron 3 niveles tomando en cuenta los puntos de corte alrededor de los percentiles 25 y 75.

El siguiente cuadro muestra los estadísticos descriptivos para la Inteligencia Emocional y sus dimensiones. Se incluye la Media aritmética, Valor mínimo y Valor máximo. Ya que los puntajes brutos iniciales (sumatorias), fueron convertidos a puntajes Z y estos posteriormente a puntajes T, la media aritmética para todas las dimensiones es igual a 50.00.

**Estadísticos obtenidos para el TMMS – 24 a partir de puntajes T,
para la obtención de niveles**

Dimensiones del TMMS - 24	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo
Atención a los Sentimientos	50.00	25.87	73.71
Claridad Emocional	50.00	29.87	74.37
Reparación de las Emociones	50.00	26.26	75.70
Inteligencia Emocional	50.00	33.82	69.02

El siguiente cuadro muestra los puntos de corte (etiquetas) para la variable Inteligencia Emocional y sus dimensiones a partir de puntajes T. Se ha obtenido tres niveles: Bajo, Medio y Alto. Para la obtención de los niveles se ha tomado en consideración los percentiles 25, 50 y 75.

**Puntos de corte del TMMS - 24 para la Inteligencia Emocional a
partir de puntajes T, para la obtención de niveles**

Dimensiones del TMMS - 24	Puntos de Corte - Porcentajes (puntajes T)		
	25	50	75
		Etiquetas	
Nivel de Atención a los Sentimientos	< 43.28	43.28 – 57.24	> 57.24
Nivel de Claridad Emocional	< 42.85	42.85 – 57.68	> 57.68
Nivel de Reparación de las Emociones	< 42.57	42.57 – 57.20	> 57.20
Nivel de Inteligencia Emocional	< 44.61	44.61 – 55.81	> 55.81
Niveles obtenidos	Bajo	Medio	Alto

1.3. Cuadro de coherencia

Matriz de coherencia				
Variable	Indicador	Técnica	Instrumento	Estructura del instrumento
Fatiga por Compasión	Satisfacción de la compasión	Encuesta	Escala sobre la Calidad de Vida	3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30
	Síndrome de burnout		Profesional - (ProQOL) - Satisfacción de la	1*, 4*, 8, 10, 15*, 17*, 19, 21, 26, 29*
	Estrés Traumático Secundario		Compasión y Fatiga por Compasión Versión 5 (2009)	2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28
Inteligencia Emocional	Atención a los Sentimientos	Encuesta	Trait Meta-Mood Scale	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
	Claridad Emocional			9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
	Reparación de las Emociones			17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se realizó en la ciudad de Arequipa, en específico en el ámbito de la Red de Salud Arequipa – Caylloma (Ministerio de Salud - MINSA - Perú), de la región de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

El horizonte temporal del estudio se sitúa entre octubre y diciembre del año 2020, por lo que es un estudio coyuntural y se refiere al presente.

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo

El universo estará compuesto por un total de 450 profesionales de la salud, considerando solamente a profesionales de Enfermería, Psicología y Trabajo social de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, de la región Arequipa, por ser profesionales que se encuentran en contacto directo y constante con pacientes, con quienes tienen que combinar la compasión y la empatía en su trabajo.

La Credencial entregada por la dirección ejecutiva de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, dio la posibilidad de aplicar la encuesta en 20 Microrredes de salud: Buenos Aires de Cayma, Cerro Colorado, Víctor Raúl Hinojosa, Ciudad Blanca, Hunter, Selva Alegre, Francisco Bolognesi, Yanahuara, Generalísimo San Martín, 15 de Agosto, Zamácola, Ciudad de Dios, Mariano Melgar, Ampliación Paucarpata, Chiguata, Socabaya, Characato, Tiabaya, Mariscal Castilla y Edificadores Misti.

2.3.1.1. Criterios de Inclusión

- Aceptar participar voluntariamente en el estudio, a través del consentimiento informado correspondiente.
- Ser Enfermera (o), Psicólogo (a) o Trabajador (a) social.
- Profesionales de la salud de ambos sexos.
- Tener mayoría de edad.

2.3.1.2. Criterios de Exclusión

- No desear participar voluntariamente en el estudio.
- Tener 17 o menos años de edad.
- No estar presente en el momento de la recolección de datos.

- Ser profesional de la salud no perteneciente a las profesiones de Enfermería, Psicología o Trabajo social.

2.3.2. Muestra

La muestra fue no probabilística y por conveniencia, entre los integrantes del universo que cumplieron con los criterios de selección. Finalmente, se consideró a ciento tres (103) profesionales de la salud la Red De Salud Arequipa - Caylloma, de la región Arequipa para el presente estudio.

Se incluyó solamente a las siguientes 9 Microrredes de salud (que incluyeron Centros de Salud, Puestos de Salud y Centros de Salud Mental Comunitarios): Buenos Aires de Cayma, Cerro Colorado, Víctor Raúl Hinojosa, Selva Alegre, Francisco Bolognesi, Yanahuara, 15 de Agosto, Ampliación Paucarpata y Socabaya.

En las Microrredes en las que no se pudo aplicar la encuesta, no fue posible hacerlo por alguno o varios de los siguientes motivos: 1) Los encargados de la Microrred no dieron el permiso correspondiente para la aplicación, 2) No se pudo encontrar o no se pudo conversar con el encargado de la Microrred, después de intentarlo en varias oportunidades, 3) En algunos casos, los locales de determinada Microrred se encontraban bastante alejados de la zona urbana de la ciudad, lo cual suponía un gasto pecuniario excesivo para el investigador en relación a la movilidad y al traslado, teniendo en cuenta la falta de movilidad motivada por la pandemia COVID-19, en los meses en que se realizó la recolección de datos.

El siguiente cuadro muestra las frecuencias y porcentajes de participación de los profesionales por Microrred de Salud. Por ejemplo, para la Microrred Cerro Colorado se contó con una participación del 16.5%, mientras que para la Microrred Francisco Bolognesi se contó con 4.9%. La frecuencia total de participación fue de 103 profesionales de la salud.

Profesionales de la salud por Microrred

Profesionales de la salud por Microrred	Frecuencia	Porcentaje
Profesionales de la Microrred Cerro Colorado	17	16.5%
Profesionales de la Microrred Buenos Aires Cayma	16	15.5%
Profesionales de la Microrred Ampliación Paucarpata	8	7.8%
Profesionales de la Microrred Francisco Bolognesi	5	4.9%
Profesionales de la Microrred Yanahuara	9	8.7%
Profesionales de la Microrred 15 de Agosto	13	12.6%
Profesionales de la Microrred San Martín de Socabaya	10	9.7%
Profesionales de la Microrred Alto Selva Alegre	13	12.6%
Profesionales de la Microrred Víctor Raúl Hinojosa	12	11.7%
Total	103	100 %

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Para efectos de la recolección de datos se realizaron acciones que incluyeron coordinaciones administrativas previas con las autoridades responsables, esto se detalla a continuación:

- Se envió una solicitud a la Dirección de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, para la generación de una Credencial con la cual se pudiese tener acceso a las distintas Microrredes de Salud.
- Se conversó personalmente con los jefes o personas encargadas de cada Microrred para lograr la autorización correspondiente y poder así proceder a la

evaluación en los distintos establecimientos de salud de la jurisdicción de la Microrred.

- Se coordinó con los profesionales de salud para establecer un horario de aplicación de la encuesta, en caso no pudieran resolver la encuesta en ese momento. Cuando los profesionales no disponían de tiempo para resolver la encuesta de modo presencial, se les ofrecía la opción de poner llenar la encuesta de forma virtual, con el compromiso de enviar dicha encuesta virtualmente al evaluador (aproximadamente el 80% de los cuestionarios se resolvieron presencialmente, mientras que un 20% se resolvieron de forma virtual, a través de un formulario de Google con contenido exacto a la encuesta física, el modelo de dicho formulario aparece en la sección Anexos). La aplicación de la encuesta tuvo una duración aproximada de 15 minutos para ambos instrumentos, con la correspondiente exposición previa de las instrucciones.
- La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre del año 2020. Cabe mencionar el carácter anónimo de las encuestas aplicadas y el consentimiento informado entregado a los profesionales de la salud, previa evaluación.

3.2. Estrategia para el manejo de resultados

Tras la recolección de datos, se procedió a su procesamiento para efectuar el análisis, interpretación y discusión correspondientes. Se empleó estadística descriptiva e inferencial a través de programas informáticos como Excel 2019 y SPSS versión 21.

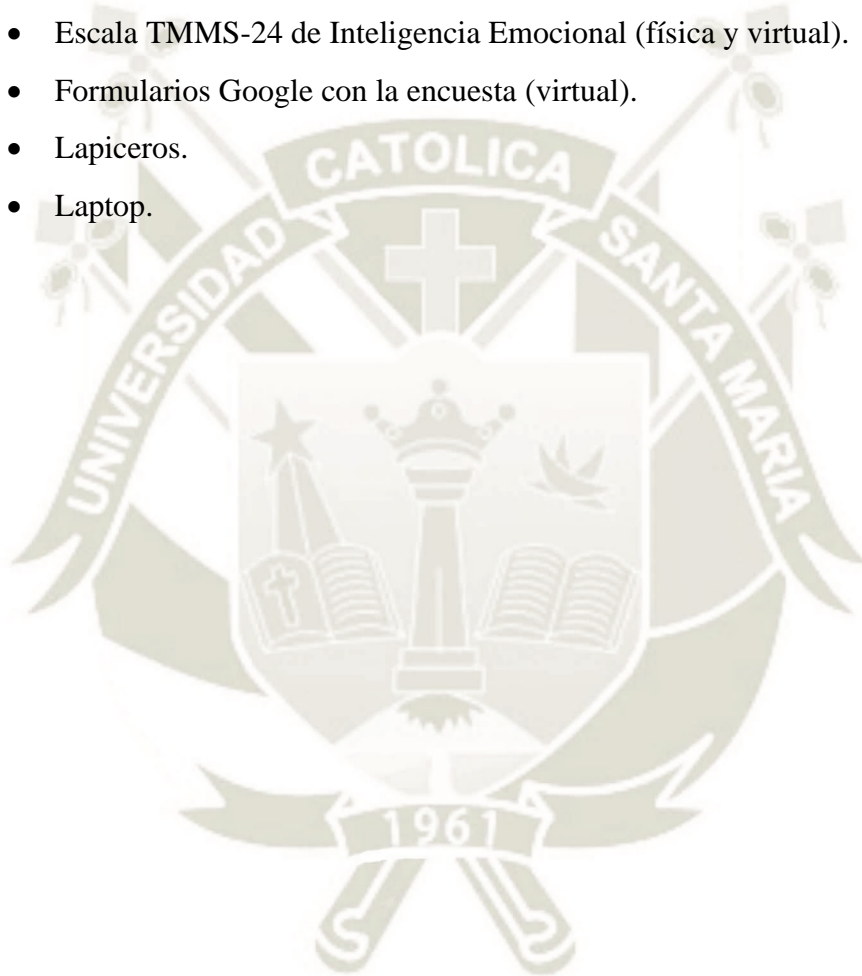
4. Recursos

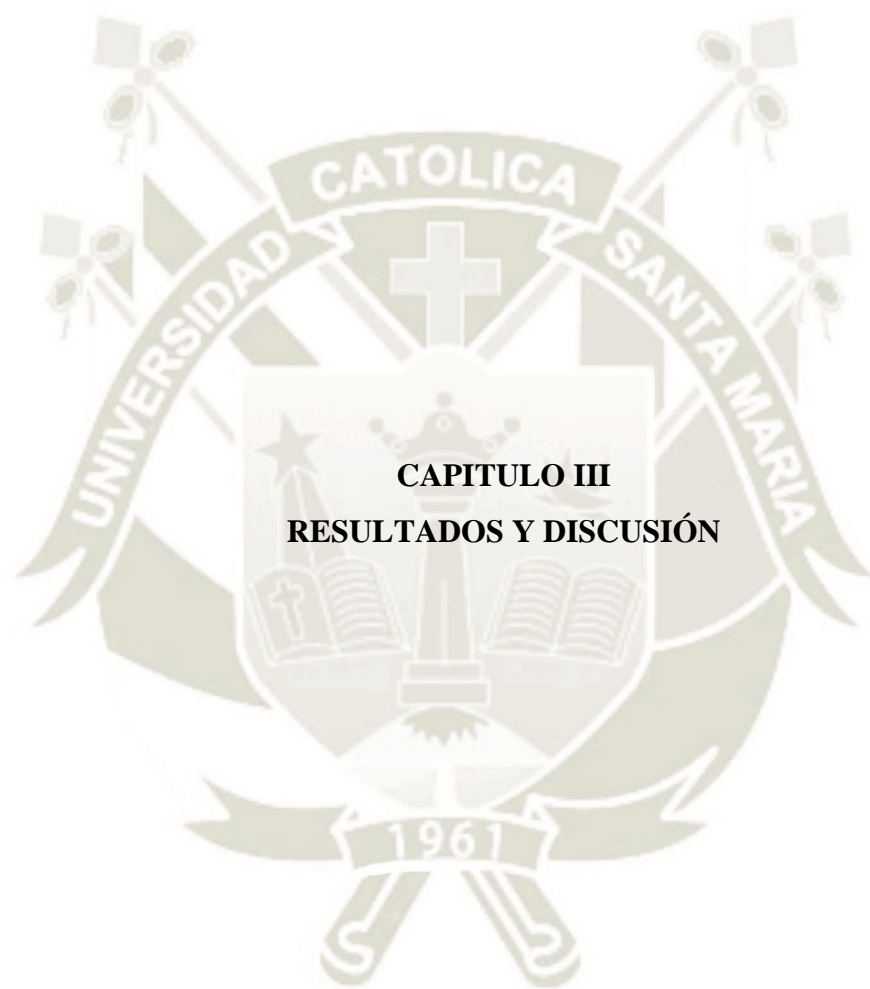
4.1. Recursos humanos

Investigador Psicólogo: Víctor Hugo Figueroa Gutierrez

4.2. Recursos físicos

- Infraestructura de la Red de Salud Arequipa – Caylloma.
- Documento de consentimiento informado (físico y virtual).
- Ficha sociodemográfica (física y virtual, en el caso de la ficha física ésta fue incluida en la parte superior de la escala de Inteligencia Emocional).
- Escala de Calidad de vida profesional ProQOL versión 5 (física y virtual).
- Escala TMMS-24 de Inteligencia Emocional (física y virtual).
- Formularios Google con la encuesta (virtual).
- Lapiceros.
- Laptop.





RESULTADOS

Datos sociodemográficos

A continuación, se presenta estadística de los datos sociodemográficos considerados en el presente estudio. Se ha incluido tablas y gráficos que muestran las frecuencias y porcentajes de profesionales de la salud según los siguientes criterios: Sexo, Profesión, Etapa de vida y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión.

Tabla N°1

Profesionales de la salud según Sexo

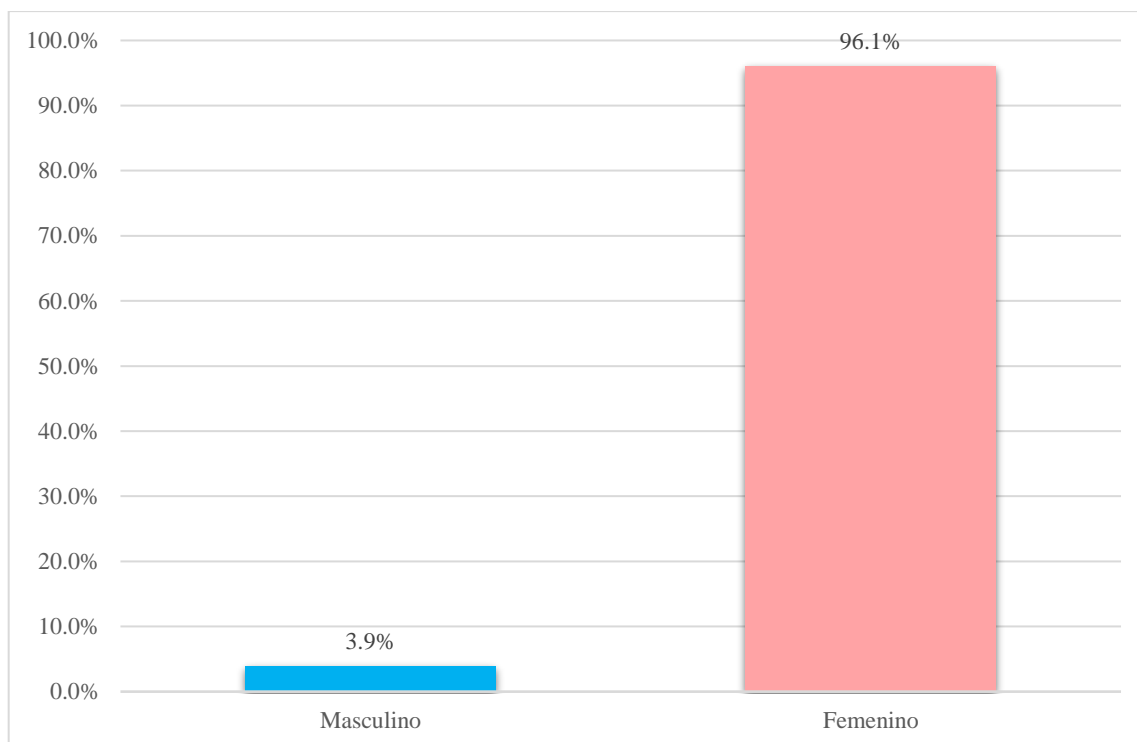
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	4	3.9%
Femenino	99	96.1%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Se observan las frecuencias y los porcentajes de los profesionales de la salud según sexo. Las profesionales mujeres representan el 96.1%, mientras que los profesionales hombres representan el 3.9%.

Gráfico N°1

Profesionales de la salud según Sexo



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.



Tabla N°2

Participantes según Profesión

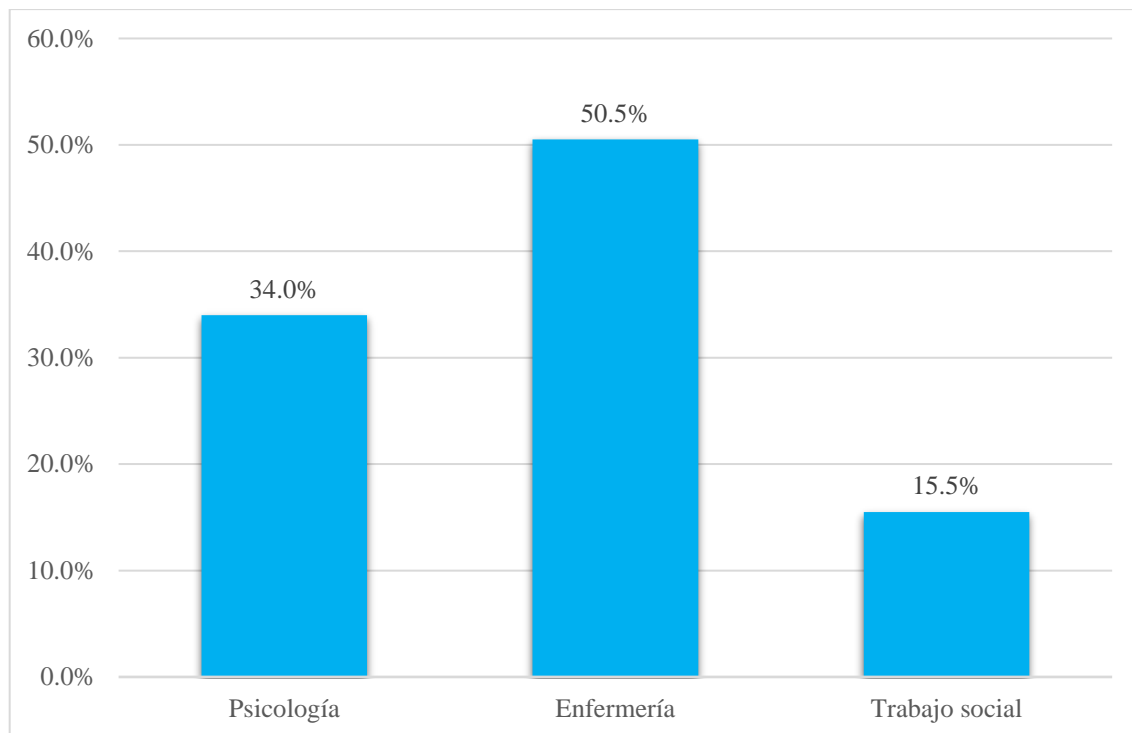
Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Psicología	35	34.0%
Enfermería	52	50.5%
Trabajo social	16	15.5%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Se muestran las frecuencias y porcentajes de participantes según profesión. Las enfermeras representan la mayoría con un 50.5%, del total, los (as) psicólogos (as) representan el 34.0%, mientras que los (as) trabajadores (as) sociales representan el 15.5%.

Gráfico N°2

Participantes según profesión



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Tabla N°3

Profesionales de la salud según Etapa de vida

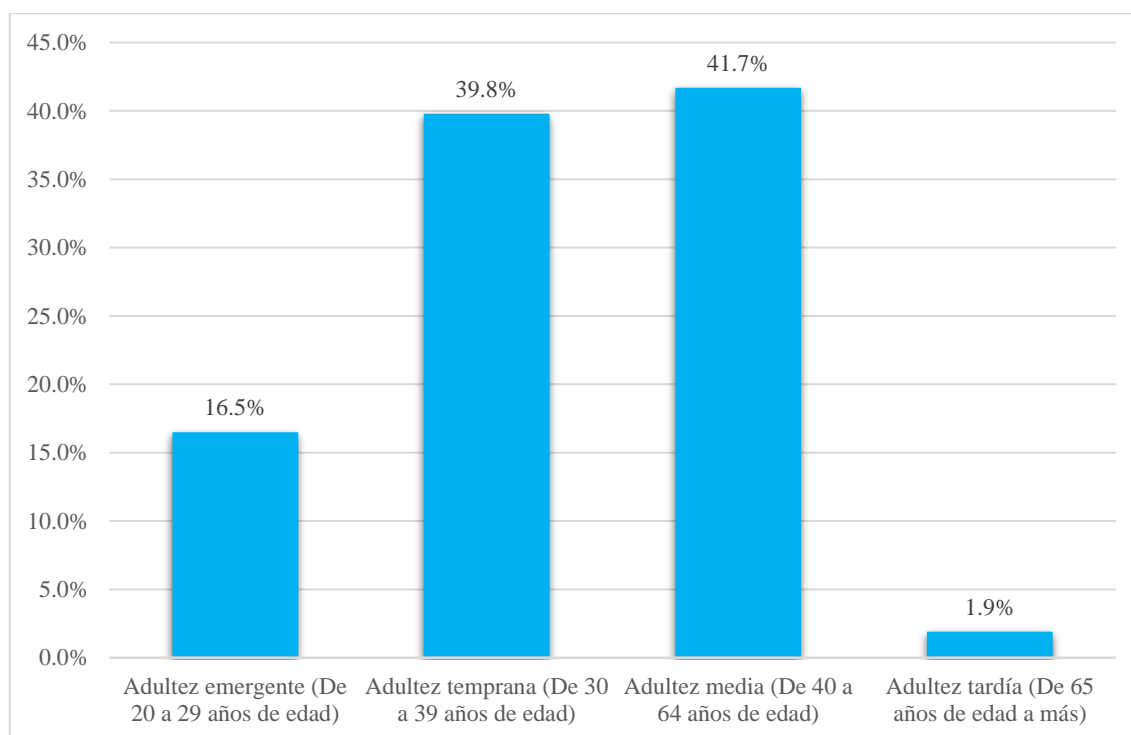
Etapa de vida	Frecuencia	Porcentaje
Adulthood emergente (De 20 a 29 años de edad)	17	16.5%
Adulthood temprana (De 30 a 39 años de edad)	41	39.8%
Adulthood media (De 40 a 64 años de edad)	43	41.7%
Adulthood tardía (De 65 años de edad a más)	2	1.9%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Se describen las frecuencias y porcentajes de profesionales de la salud según Etapa de vida. La etapa de vida Adulthood media presenta el mayor porcentaje con el 41.7%, mientras que la etapa de vida Adulthood tardía tiene el menor porcentaje con 1.9%.

Gráfico N°3

Profesionales de la salud según Etapa de vida



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Tabla N°4

Profesionales de la salud según el Tiempo que llevan ejerciendo su profesión

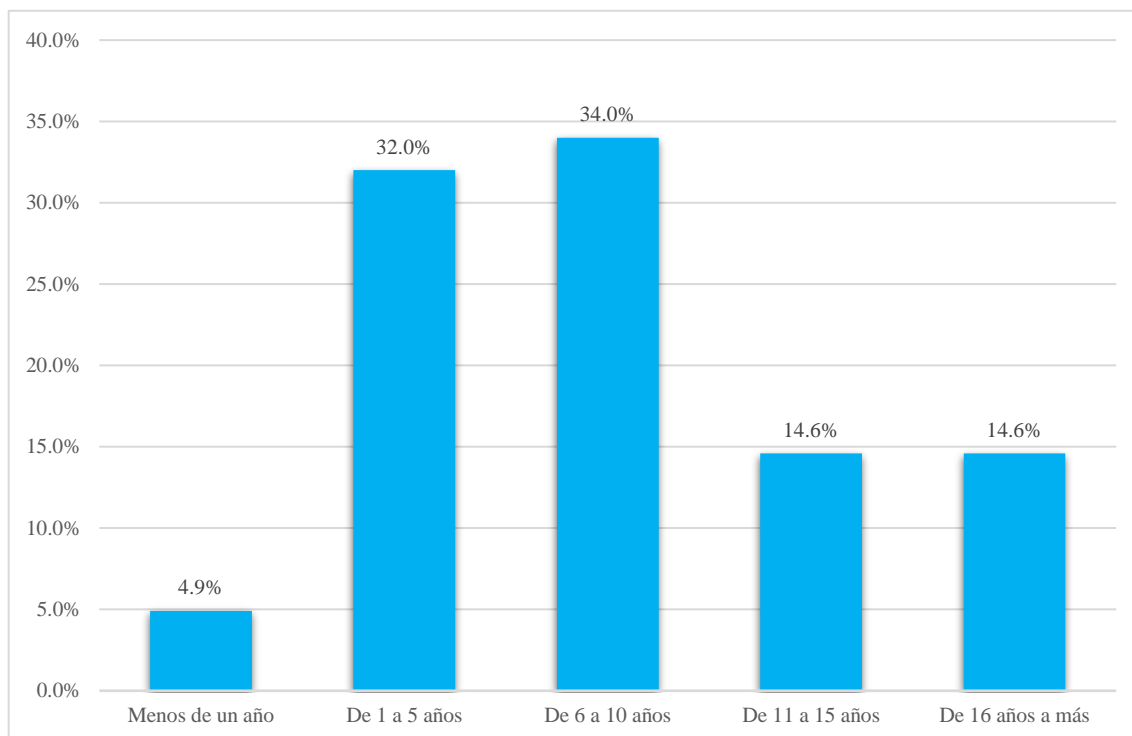
Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	5	4.9%
De 1 a 5 años	33	32.0%
De 6 a 10 años	35	34.0%
De 11 a 15 años	15	14.6%
De 16 años a más	15	14.6%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Se presentan frecuencias y porcentajes de profesionales de la salud según el tiempo que llevan ejerciendo su profesión. La categoría De 6 a 10 años presenta el mayor porcentaje con el 34.0%, mientras que el porcentaje más bajo corresponde a la categoría Menos de un año, con 4.9%.

Gráfico N°4

Profesionales de la salud según el Tiempo que llevan ejerciendo su profesión



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador.

Datos descriptivos para la variable **Fatiga por Compasión**

A continuación, se muestra estadística descriptiva de la variable **Fatiga por Compasión**, se presentan combinaciones de los niveles de las subescalas: **Satisfacción de la Compasión**, **Síndrome de Burnout** y **Estrés Traumático Secundario**, así como estadística descriptiva de cada subescala por separado. Se ha incluido tablas y gráficos que muestran frecuencias y porcentajes.

Tabla N°5

Combinaciones de la Fatiga por Compasión

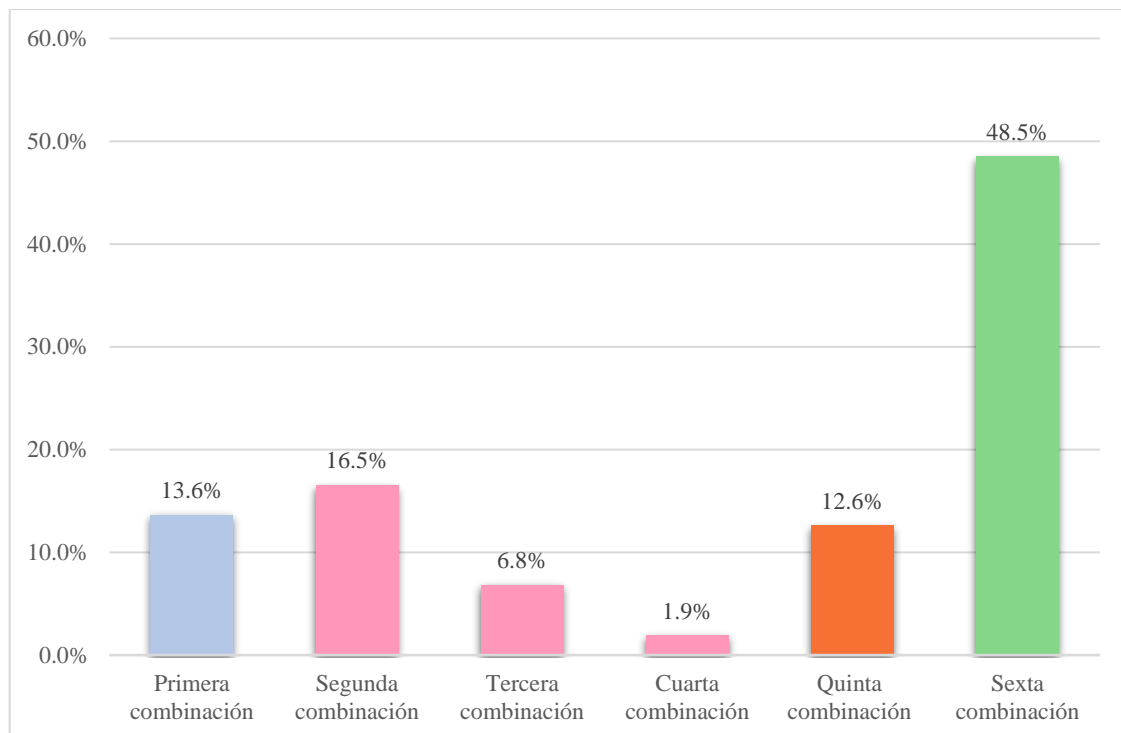
Combinación	Frecuencia	Porcentaje
Primera combinación	14	13.6%
<i>Sexta combinación</i>	50	48.5%
Segunda combinación	17	16.5%
Tercera combinación	7	6.8%
Cuarta combinación	2	1.9%
Quinta combinación	13	12.6%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se observan las frecuencias y porcentajes de las **Combinaciones Fatiga por Compasión**, el mayor porcentaje corresponde a la **Sexta combinación** con un 48.5%, mientras que la **Cuarta combinación** presenta el menor porcentaje con 1.9%

Gráfico N°5

Combinaciones de la Fatiga por Compasión



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se presentan los porcentajes de las Combinaciones de la variable Fatiga por Compasión, diferenciados por colores:

- La Primera combinación no representa riesgo de desarrollar Fatiga por Compasión.
- La Sexta combinación representa poco riesgo de desarrollar Fatiga por Compasión (niveles de moderados a bajos para las tres subescalas).
- La Segunda, Tercera y Cuarta combinaciones incluyen presencia de estrés traumático secundario o presencia de síndrome de burnout de forma significativa.
- El color rojo de la Quinta combinación representa presencia de Fatiga por Compasión propiamente dicha (incluye presencia de Estrés Traumático Secundario y presencia de Síndrome de Burnout al mismo tiempo y de forma significativa).

Tabla N°6

Niveles de Satisfacción de la Compasión

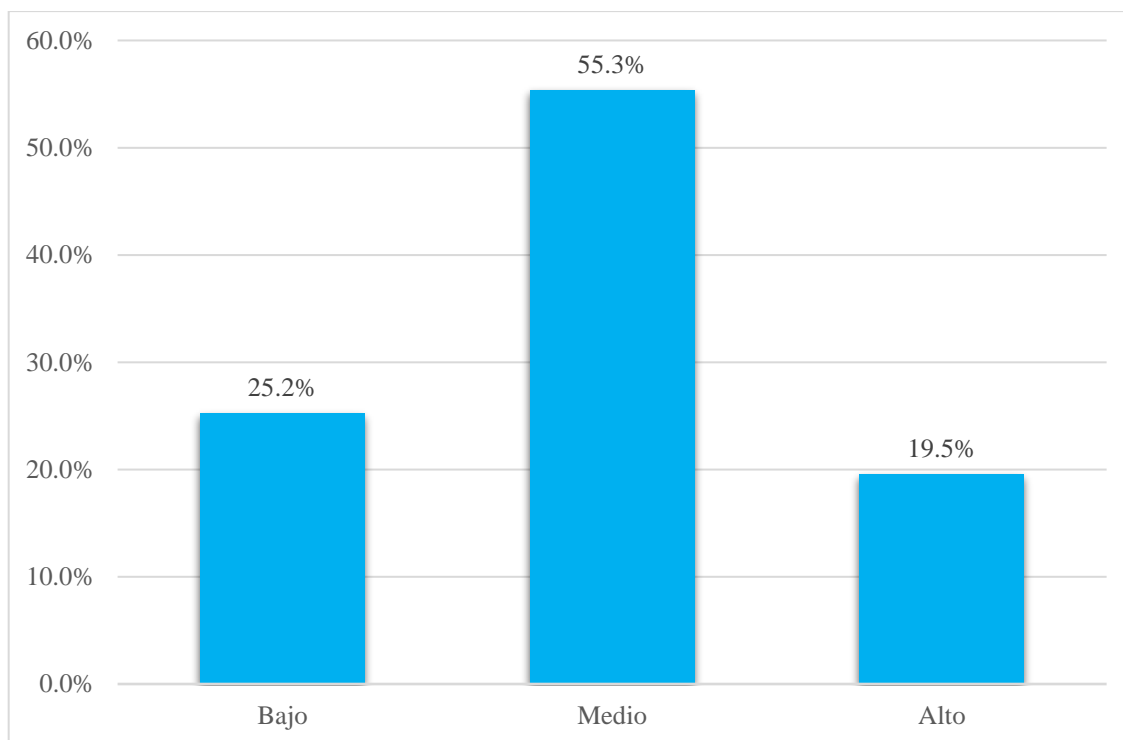
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	26	25.2%
Medio	57	55.3%
Alto	20	19.5%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se muestran frecuencias y porcentajes de los niveles de Satisfacción de la Compasión. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 55.3%, el nivel bajo presenta un 25.2%, mientras que el nivel alto presenta un porcentaje del 19.5%.

Gráfico N°6

Niveles de Satisfacción de la Compasión



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla N°7

Niveles de Síndrome de Burnout

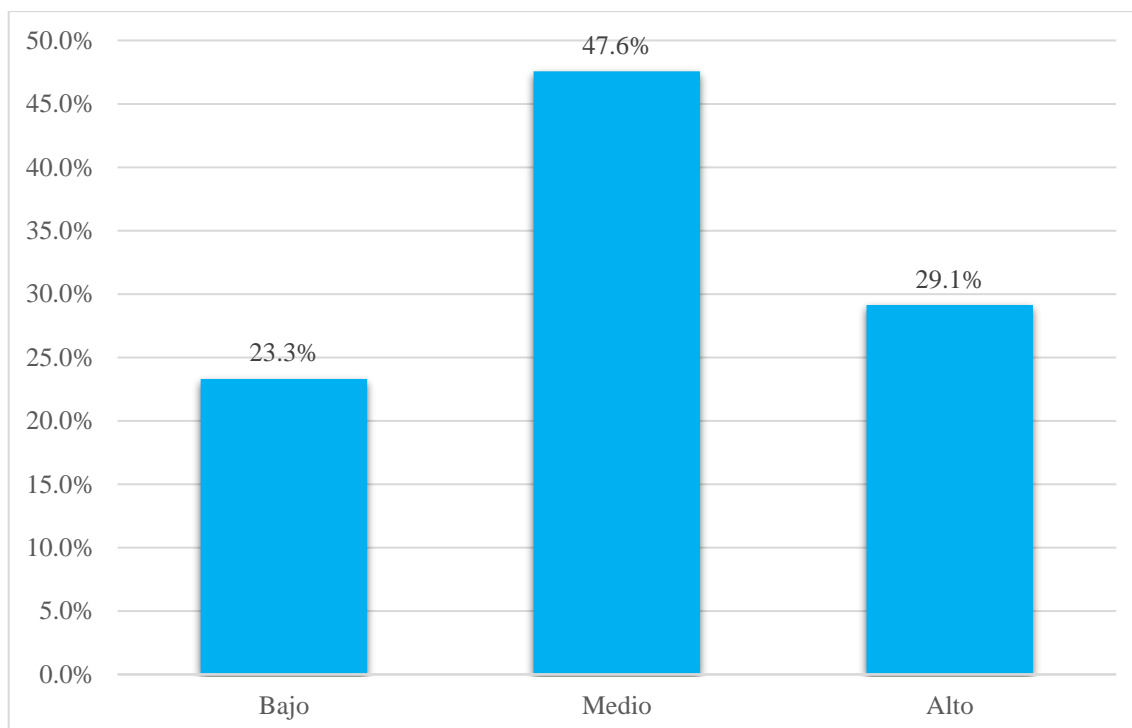
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	24	23.3%
Medio	49	47.6%
Alto	30	29.1%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se presentan las frecuencias y los porcentajes de los niveles de Síndrome de Burnout. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 47.6%, el nivel alto presenta un 29.1%, mientras que el nivel bajo presenta un porcentaje del 23.3%.

Gráfico N°7

Niveles de Síndrome de Burnout



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla N°8

Niveles de Estrés Traumático Secundario

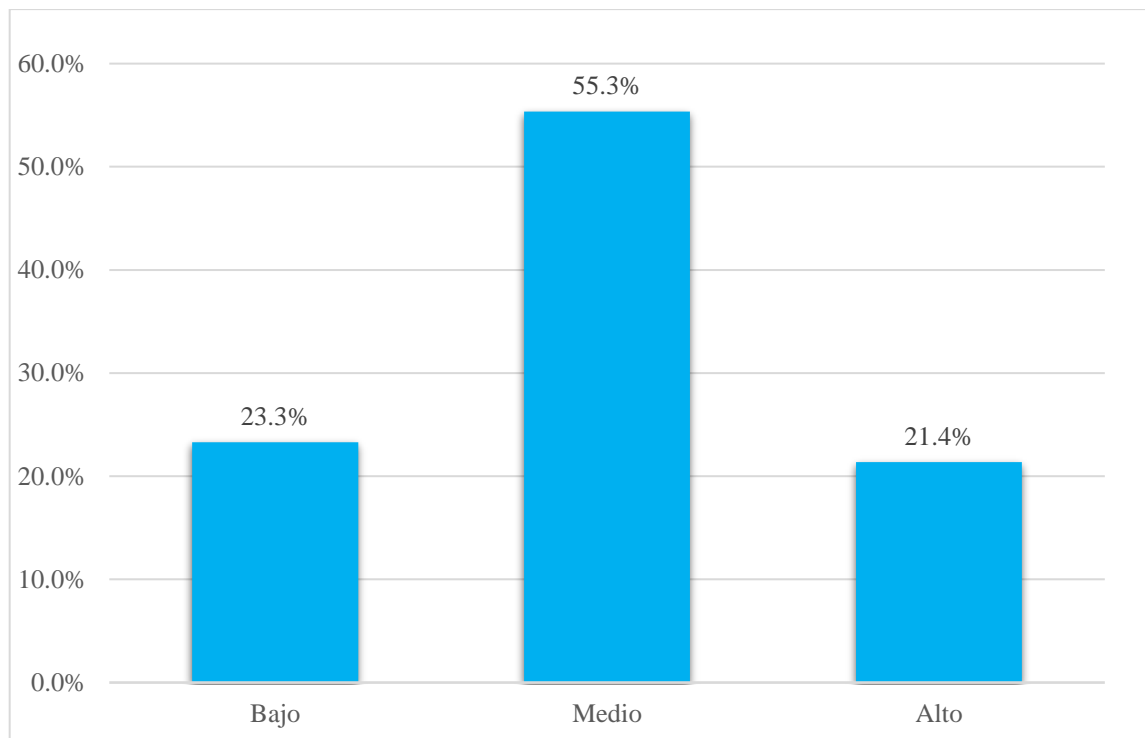
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	24	23.3%
Medio	57	55.3%
Alto	22	21.4%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se observan las frecuencias y los porcentajes de los niveles de Estrés Traumático Secundario. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 55.3%, el nivel bajo presenta un 23.3%, mientras que el nivel alto presenta un porcentaje del 21.4%.

Gráfico N°8

Niveles de estrés traumático secundario



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Datos descriptivos para la variable Inteligencia Emocional

A continuación, se presenta estadística descriptiva de la variable Inteligencia Emocional Global y de sus dimensiones: Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional y Reparación de las Emociones. Se han incluido tablas y gráficos que muestran frecuencias y porcentajes.

Tabla N°9

Niveles de Inteligencia Emocional Global

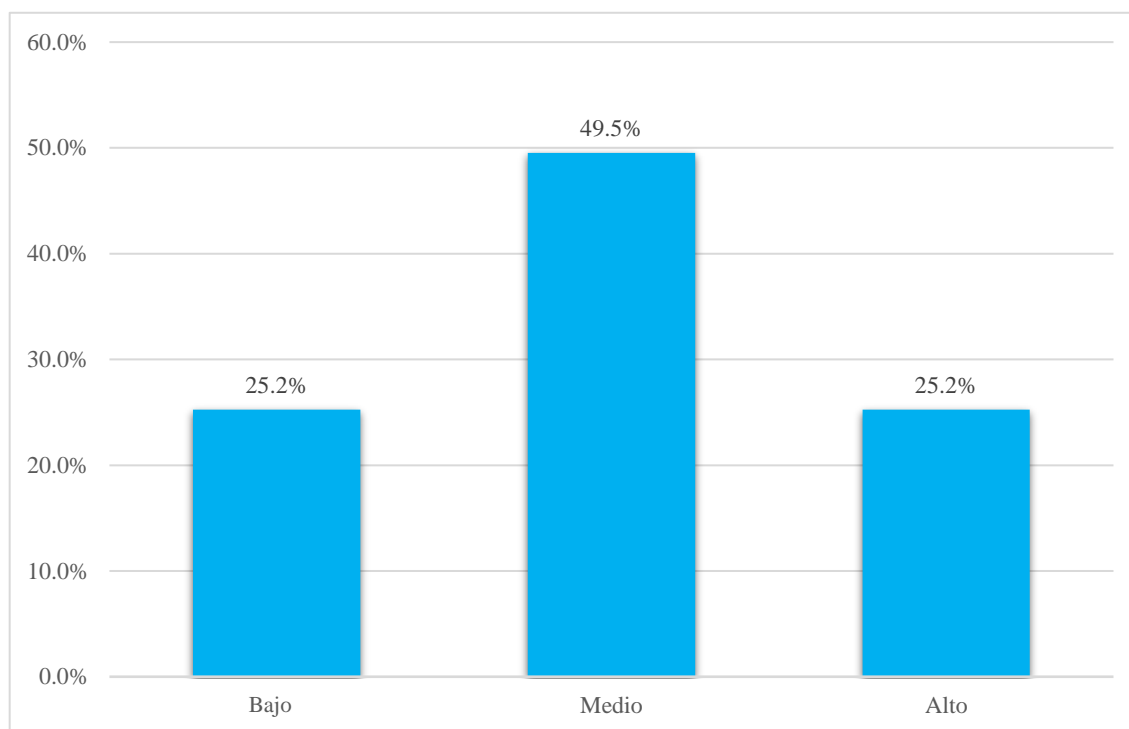
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	26	25.2%
Medio	51	49.5%
Alto	26	25.2%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se muestran las frecuencias y los porcentajes de los niveles de Inteligencia Emocional Global. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 49.5%, el nivel alto y el nivel bajo presentan un porcentaje del 25.2%.

Gráfico N°9

Niveles de Inteligencia Emocional Global



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla N°10

Niveles de Atención a los Sentimientos

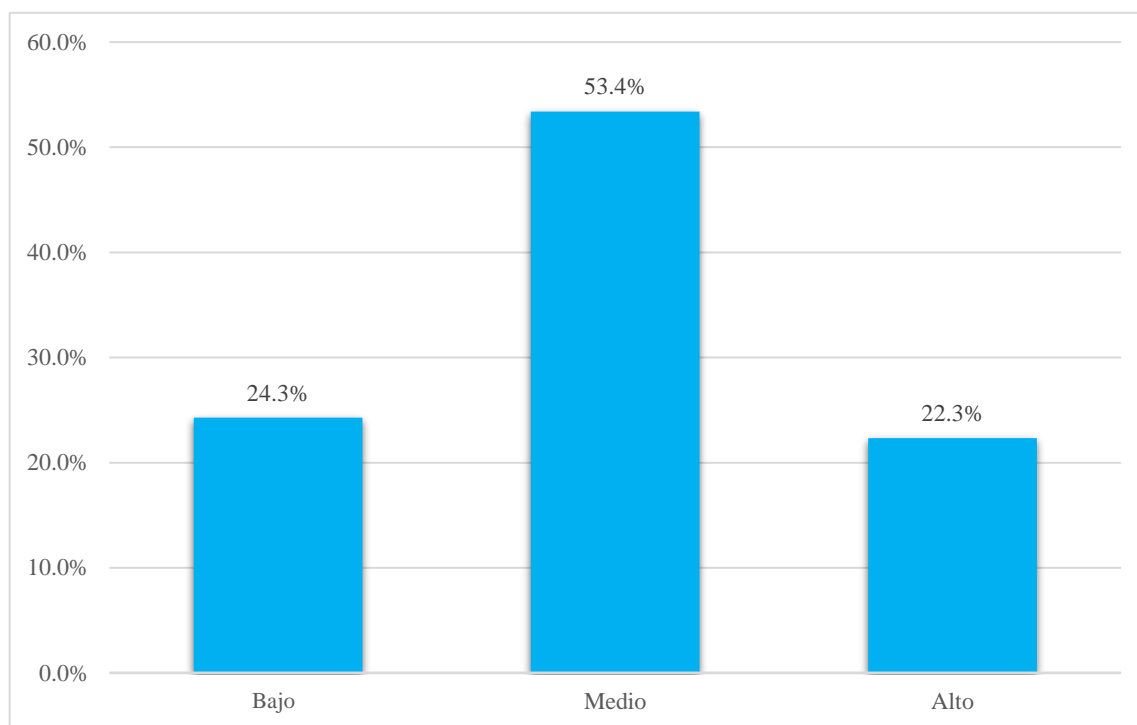
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	24.3%
Medio	55	53.4%
Alto	23	22.3%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se presentan las frecuencias y los porcentajes de los niveles de Atención a los Sentimientos. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 53.4%, el nivel bajo presenta un 24.3%, mientras que el nivel alto presenta un porcentaje del 22.3%.

Gráfico N°10

Niveles de Atención a los Sentimientos



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

Tabla N°11

Niveles de Claridad Emocional

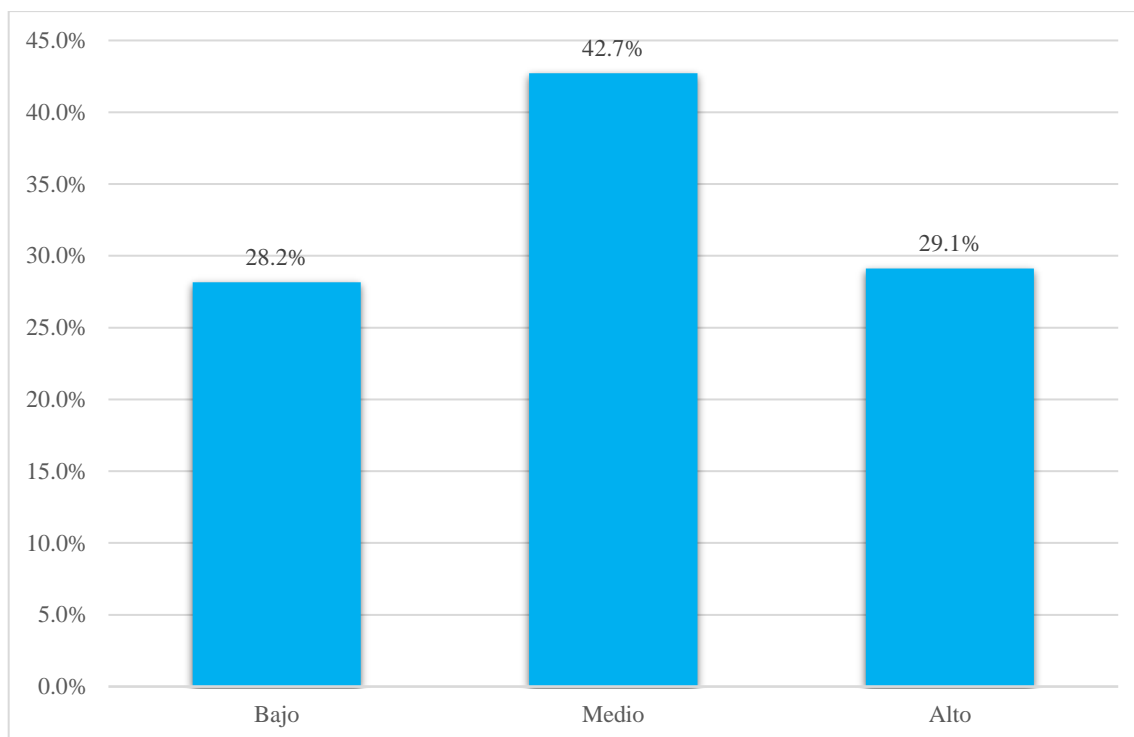
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	29	28.2%
Medio	44	42.7%
Alto	30	29.1%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se observan las frecuencias y los porcentajes de los niveles de Claridad Emocional. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 42.7%, el nivel alto presenta un 29.1%, mientras que el nivel bajo presenta un porcentaje del 28.2%.

Gráfico N°11

Niveles de Claridad Emocional



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

Tabla N°12

Niveles de Reparación de las Emociones

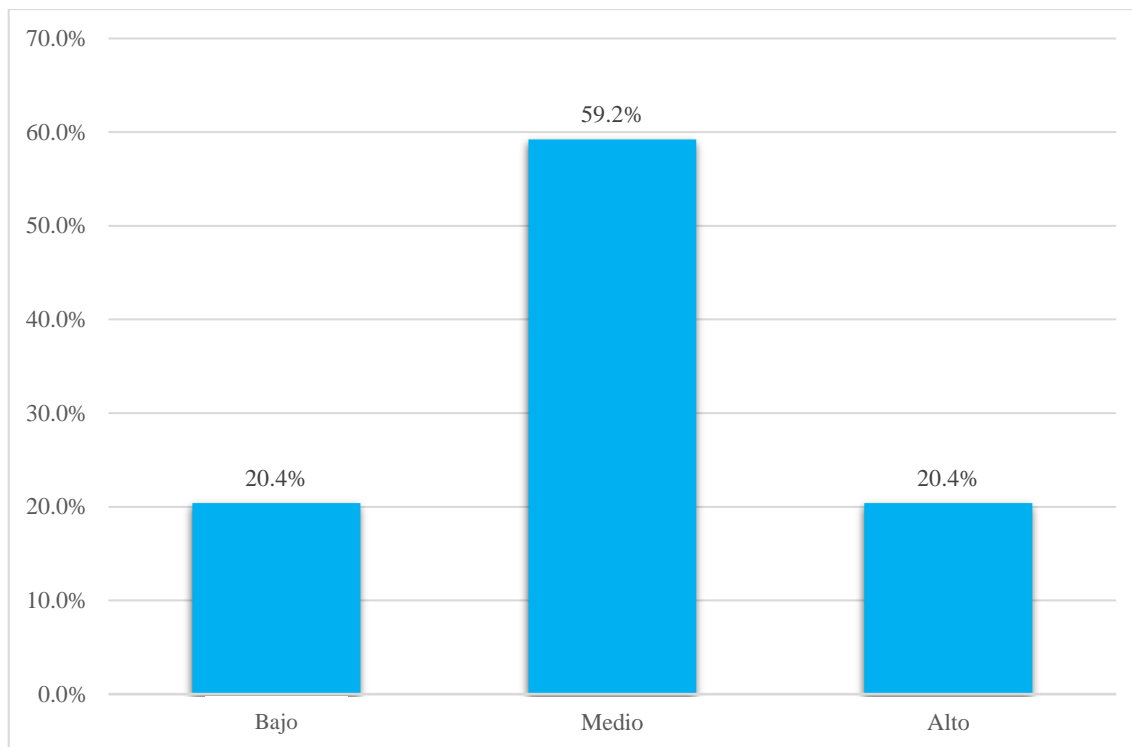
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	21	20.4%
Medio	61	59.2%
Alto	21	20.4%
Total	103	100%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se muestran las frecuencias y los porcentajes de los niveles de Reparación de las Emociones. El nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 59.2%, el nivel alto y el nivel bajo presentan un porcentaje del 20.4%.

Gráfico N°12

Niveles de Reparación de las Emociones



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

Comparación de las subescalas de la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional según variables sociodemográficas

A continuación, se presenta estadística inferencial que compara los valores medios de las subescalas de la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional según las siguientes variables sociodemográficas: Profesión, Etapa de vida y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión. Se presentan tablas que contienen estadística paramétrica y que incluyen el análisis ANOVA de un factor y en algunos casos Pruebas Post-Hoc (Prueba de Tukey).

Tabla N°13

Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Profesión

	Profesión	N	Media aritmética	Sig. (bilateral)
Satisfacción de la Compasión	Psicología	35	42.66	.473
	Enfermería	52	41.52	
	Trabajo social	16	41.94	
Síndrome de Burnout	Psicología	35	22.47	.560
	Enfermería	52	23.47	
	Trabajo social	16	23.13	
Estrés Traumático Secundario	Psicología	35	19.94	.110
	Enfermería	52	22.47	
	Trabajo social	16	21.37	
Atención a los Sentimientos	Psicología	35	23.77	.226
	Enfermería	52	23.20	
	Trabajo social	16	21.01	
Claridad Emocional	Psicología	35	28.91	.015
	Enfermería	52	26.04	
	Trabajo social	16	25.00	
Reparación de las Emociones	Psicología	35	28.45	.330
	Enfermería	52	29.07	
	Trabajo social	16	26.52	
Inteligencia Emocional Global	Psicología	35	51.71	.076
	Enfermería	52	49.93	
	Trabajo social	16	46.50	

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se comparan los valores medios de las dimensiones de las subescalas de la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional según profesión. A través de la prueba ANOVA de un factor, solamente se ha observado una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los valores medios de la Claridad Emocional (dimensión de la Inteligencia Emocional) para las tres profesiones.

A continuación, se muestra una tabla que contiene las pruebas Post-hoc para la Claridad Emocional, pruebas que permiten realizar comparaciones múltiples de los valores medios de dicha dimensión.



Tabla N°14

Pruebas Post-hoc para la dimensión Claridad Emocional según Profesión

Media aritmética de la Claridad Emocional según Profesión			Sig.
28,91	Psicología	Enfermería	.035
		Trabajo social	.039
26,04	Enfermería	Psicología	.035
		Trabajo social	.767
25,00	Trabajo social	Psicología	.039
		Enfermería	.767

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se realizan comparaciones múltiples de los valores medios de la Claridad Emocional para las tres profesiones. A través de la prueba Post-hoc de Tukey, se observa que existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Claridad Emocional entre la profesión Psicología y las otras dos profesiones, siendo la profesión Psicología la que posee el mayor valor medio, seguida por Enfermería y Trabajo social. Por otro lado, no existen diferencias significativas de Claridad Emocional entre la profesión Trabajo social y Enfermería.

Tabla N°15

Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Etapa de vida

	Etapa de vida	N	Media aritmética	Sig. (bilateral)
Satisfacción de la Compasión	Adulthood emergente	17	43.94	.095
	Adulthood temprana	41	41.85	
	Adulthood media	43	41.16	
	Adulthood tardía	2	45.00	
Síndrome de Burnout	Adulthood emergente	17	21.50	.004
	Adulthood temprana	41	22.60	
	Adulthood media	43	23.74	
	Adulthood tardía	2	32,03	
Estrés Traumático Secundario	Adulthood emergente	17	19.18	.018
	Adulthood temprana	41	21.29	
	Adulthood media	43	22.01	
	Adulthood tardía	2	31.34	
Atención a los Sentimientos	Adulthood emergente	17	24.36	.004
	Adulthood temprana	41	24.40	
	Adulthood media	43	20.97	
	Adulthood tardía	2	29.16	
Claridad Emocional	Adulthood emergente	17	28.24	.049
	Adulthood temprana	41	27.37	
	Adulthood media	43	25.49	
	Adulthood tardía	2	34.00	
Reparación de las Emociones	Adulthood emergente	17	29.96	.189
	Adulthood temprana	41	29.36	
	Adulthood media	43	26.96	
	Adulthood tardía	2	29.47	
Inteligencia Emocional Global	Adulthood emergente	17	52.50	.004
	Adulthood temprana	41	51.66	
	Adulthood media	43	47.02	
	Adulthood tardía	2	58.78	

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se observa la comparación de los valores medios de las subescalas de la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional según Etapa de vida. A través de la prueba ANOVA de un factor se tiene que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los valores medios de las dimensiones Síndrome de Burnout, Estrés Traumático Secundario, Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional e Inteligencia Emocional Global, según la Etapa de vida.

Por otro lado, después de realizar comparaciones múltiples a través de la prueba de Post-hoc de Tukey (las tablas de estas comparaciones se detallan en la sección Anexos de la presente investigación), se observa lo siguiente:

- Existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Síndrome de Burnout entre la Adulthood tardía y las otras etapas de vida en conjunto, siendo la Adulthood tardía la que posee el mayor valor medio de Síndrome de Burnout.
- Existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Estrés Traumático Secundario entre la Adulthood tardía y la etapa de vida Adulthood emergente, siendo la Adulthood tardía la que posee el mayor valor medio de Estrés Traumático Secundario.
- Existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Atención a los Sentimientos entre la Adulthood temprana y la Adulthood media, siendo la Adulthood temprana la que posee el mayor valor medio.
- Existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Claridad Emocional, aunque no se observan diferencias significativas a nivel de subconjuntos.
- Existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Inteligencia Emocional Global entre la Adulthood media y la Adulthood emergente, siendo la Adulthood emergente la que posee el mayor valor medio de Inteligencia Emocional. También existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Inteligencia Emocional Global entre la Adulthood media y la Adulthood temprana, siendo la Adulthood temprana la que posee el mayor valor medio.

Tabla N°16

Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según Tiempo que llevan ejerciendo su profesión

	Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	N	Media aritmética	Sig. (bilateral)
Satisfacción de la Compasión	Menos de un año	5	42.60	.835
	De 1 a 5 años	33	41.70	
	De 6 a 10 años	35	41.54	
	De 11 a 15 años	15	42.47	
	De 16 años a más	15	42.87	
Síndrome de Burnout	Menos de un año	5	20.94	.077
	De 1 a 5 años	33	21.76	
	De 6 a 10 años	35	24.34	
	De 11 a 15 años	15	22.81	
	De 16 años a más	15	24.02	
Estrés Traumático Secundario	Menos de un año	5	20.88	.339
	De 1 a 5 años	33	20.13	
	De 6 a 10 años	35	21.71	
	De 11 a 15 años	15	21.58	
	De 16 años a más	15	23.72	
Atención a los Sentimientos	Menos de un año	5	26.28	.277
	De 1 a 5 años	33	23.97	
	De 6 a 10 años	35	22.63	
	De 11 a 15 años	15	21.03	
	De 16 años a más	15	22.99	
Claridad Emocional	Menos de un año	5	28.60	.108
	De 1 a 5 años	33	27.15	
	De 6 a 10 años	35	25.57	
	De 11 a 15 años	15	25.73	
	De 16 años a más	15	29.73	
Reparación de las Emociones	Menos de un año	5	30.85	.095
	De 1 a 5 años	33	29.78	
	De 6 a 10 años	35	26.26	
	De 11 a 15 años	15	28.70	
	De 16 años a más	15	29.67	
Inteligencia Emocional Global	Menos de un año	5	54.42	.074
	De 1 a 5 años	33	51.49	
	De 6 a 10 años	35	47.71	
	De 11 a 15 años	15	48.18	
	De 16 años a más	15	52.41	

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se comparan los valores medios de las dimensiones de las variables Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional según el Tiempo que los profesionales de la salud llevan ejerciendo su profesión. A través de la prueba ANOVA de un factor se tiene que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los valores medios de las dimensiones de ambas variables, según el tiempo que llevan ejerciendo la profesión.



Correlaciones entre Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional

Para establecer las correlaciones entre ambas variables se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson, prueba estadística utilizada para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de razón o por intervalos (49).

Tabla N°17

Correlación entre la Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional

Fatiga por Compasión		Inteligencia Emocional			
		Atención a los Sentimientos	Claridad Emocional	Reparación de las Emociones	Inteligencia Emocional Global
Satisfacción de la Compasión	r de Pearson	.375**	.502**	.485**	.594**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	103	103	103	103
Síndrome de Burnout	r de Pearson	.066	-.276**	-.409**	-.270**
	Sig. (bilateral)	.509	.005	.000	.006
	N	103	103	103	103
Estrés Traumático Secundario	r de Pearson	.291**	-.178	-.030	.037
	Sig. (bilateral)	.003	.072	.766	.714
	N	103	103	103	103

* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

** La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota: Los coeficientes de correlación con $p < 0.05$, se encuentran resaltados en negrita.

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se presentan las correlaciones entre las subescalas Satisfacción de la Compasión, Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario con la Inteligencia Emocional. En la presente investigación se está considerando un nivel de significancia menor a 0.05 (es decir, 5% de error como máximo). Se tomaron en cuenta los niveles de fuerza de correlación indicados por Dancey y Reidy (50). Se ha encontrado lo siguiente:

La Satisfacción de la Compasión **se correlaciona de forma directa** con:

- Atención a los Sentimientos, con una fuerza de correlación de $.375^{**}$, es decir, se trata de una **correlación débil**.
- Claridad Emocional, con una fuerza de correlación de $.502^{**}$, es decir, se trata de una **correlación moderada**.
- Reparación de las Emociones, con una fuerza de correlación $.485^{**}$, es decir, se trata de una **correlación moderada**.
- Inteligencia Emocional Global con una fuerza de correlación $.594^{**}$, es decir, se trata de una **correlación moderada**.

El Síndrome de Burnout **se correlaciona de forma inversa** con:

- Claridad Emocional, con una fuerza de correlación $-.276^{**}$, es decir, se trata de una **correlación débil**.
- Reparación de las Emociones, con una fuerza de correlación $-.409^{**}$, es decir, se trata de una **correlación moderada**.
- Inteligencia Emocional Global con una fuerza de correlación $-.270^{**}$, es decir, se trata de una **correlación débil**.

Por otro lado, el Estrés Traumático Secundario **se correlaciona de forma directa** con:

- Atención a los Sentimientos con una fuerza de correlación $.291^{**}$, es decir, se trata de una **correlación débil**.

DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre la variable Fatiga por Compasión y la variable Inteligencia Emocional en profesionales de la salud (de psicología, trabajo social y enfermería), de la Red de Salud Arequipa - Caylloma, Arequipa, 2020. Los resultados muestran una relación parcial entre ambas variables. Los principales hallazgos revelan una correlación entre las dimensiones Estrés Traumático Secundario y Atención a los Sentimientos (correlación directa y débil) y correlaciones del Síndrome de Burnout con: la Claridad Emocional (correlación inversa y débil), la Reparación de las Emociones (correlación inversa y moderada) y la Inteligencia Emocional Global (correlación inversa y débil).

Por otro lado, la Satisfacción de la Compasión se correlaciona de forma directa y moderada con: la Claridad Emocional, la Reparación de las Emociones y con la Inteligencia Emocional Global. De otra parte, la Satisfacción de la Compasión y Atención a los Sentimientos se correlacionan de forma directa y débil.

Resultados similares refiere Zeidner et al. (47), quienes encontraron correlaciones entre la Traumatización secundaria y el Manejo emocional (correlación inversa y débil), entre la Fatiga por Compasión y el Manejo emocional (correlación inversa y débil), y entre el Burnout y el Manejo emocional (correlación inversa y débil). En el presente estudio, las dimensiones Atención a los Sentimientos y Reparación de las Emociones se corresponderían con el Manejo emocional del instrumento utilizado por el citado autor.

Por su parte, Alecsiuk (2) encontró una relación entre las dimensiones Atención a los Sentimientos y Reparación de las emociones, sobre los factores de Vulnerabilidad profesional, en este caso, la Vulnerabilidad profesional se correspondería con la dimensión Estrés Traumático Secundario del ProQOL 5.

De esta forma, según señala el citado autor, la Atención a los Sentimientos predice el nivel de Vulnerabilidad percibida por el profesional, es decir, cuanto mayores sean las puntuaciones de Atención a los Sentimientos, mayor será la Vulnerabilidad percibida, lo cual significa que aquellos profesionales de la salud que prestan demasiada atención a sus emociones, se quedarían estancados en el malestar emocional que les provoca el material

traumático al que se exponen, aumentando así su percepción de Vulnerabilidad frente al trabajo que realizan.

El segundo objetivo del presente estudio buscó describir los niveles de Fatiga por Compasión en los profesionales de la salud, se debe tomar en cuenta que el instrumento para medir la Fatiga por Compasión en la presente investigación ofrece, como resultado de su aplicación, cinco combinaciones posibles. El autor del presente estudio ha agregado una Sexta combinación, con el fin de incluir a aquellos evaluados cuyos resultados no coincidían con las combinaciones impuestas por el instrumento y que incluye a profesionales con niveles de moderados de las tres subescalas, esta sexta combinación presenta el mayor porcentaje con 48.5%, lo que significa, que casi la mitad de los evaluados, a pesar de no haber obtenido un resultado totalmente negativo, no obtendría el suficiente refuerzo por su trabajo, además, estas personas podrían tener dificultades para comprometerse o falta de motivación para un crecimiento profesional continuo.

De otra parte, los resultados muestran un bajo porcentaje de Fatiga por Compasión propiamente dicha (Quinta combinación), con 12.6% de los evaluados, estas personas se sentirían abrumadas e inútiles en el entorno laboral. Las personas con esta combinación de puntajes probablemente se beneficiarían más si se les retira de su entorno laboral actual, podría realizárseles una evaluación para el Trastorno de estrés postraumático y la depresión, además, si reciben tratamiento podrían obtener resultados positivos, pero es poco probable que el regreso a una situación laboral no modificada sea fructífero, sin embargo, si la persona está dispuesta, es posible que pueda cambiar su eficacia abordando sus propias habilidades (tomando capacitación adicional) o trabajando con la organización para identificar una asignación de trabajo reorganizada.

Las otras combinaciones muestran porcentajes variados, como un 13.6% para la Primera combinación, la cual no implica riesgos de desarrollar Fatiga por Compasión y la Segunda Tercera y Cuarta combinaciones que presentan Estrés Traumático Secundario o Síndrome de Burnout de forma significativa, lo cual representa un riesgo de desarrollo de dicho problema. De otra parte, al analizar Fatiga por Compasión por dimensiones, se tiene que estas muestran una prevalencia del nivel medio.

De forma similar, Hegney et al. (14) encontraron entre los profesionales que evaluaron que el 7.6% presentaba la quinta combinación, mientras que aproximadamente el 20% de las trabajadoras tenía un perfil que implicaba riesgo potencial debido a niveles elevados de síntomas de Fatiga por Compasión, con un 12,4% en la categoría de riesgo (Síndrome de Burnout alto, Satisfacción de la compasión baja y Estrés Traumático Secundario bajo) y un 7,6% en el perfil de muy angustiado (Estrés Traumático Secundario alto, Síndrome de Burnout alto y Satisfacción de la compasión baja), el 79% restante cayó en el perfil normal (Satisfacción de la compasión alta, Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario de bajo a moderado).

Por otro lado, Campos (13) encontró que los profesionales socio-sanitarios que evaluó presentaron una prevalencia de fatiga de la compasión de un 34,4% así como una prevalencia de 4,9% en burnout. Alecsiuk (2), por el contrario, encontró predominantemente un perfil de funcionamiento empático anormal, con síndrome de desgaste por empatía, representado por el 57% del total de la muestra. Stamm (8), autora del instrumento ProQOL 5, señala que si bien la incidencia de desarrollar problemas asociados con los aspectos negativos de brindar atención parece ser baja, estos problemas son graves y pueden afectar a un individuo, a su familia, a otras personas cercanas, a sus organizaciones, así como a la atención que brindan a sus pacientes.

El tercer objetivo del presente estudio buscó describir los niveles de Inteligencia Emocional en los profesionales de la salud, se ha encontrado que para la Inteligencia Emocional Global el nivel medio presenta el mayor porcentaje con un 49.5% y el nivel alto y el nivel bajo presentan un porcentaje del 25.2%. Para la dimensión Atención a los Sentimientos, el mayor porcentaje es para el nivel medio con un 53.4% y el menor porcentaje para el nivel alto con 22.3%. Para la dimensión Claridad Emocional, el mayor porcentaje es para el nivel medio con un 42.7% y el menor porcentaje para el nivel bajo 28.2%. Para la dimensión Reparación de las Emociones, el mayor porcentaje es para el nivel medio con un 59.2%, mientras que los niveles alto y bajo representan el 20.4%.

En general, otros estudios muestran resultados similares de niveles Inteligencia Emocional Global, con el nivel medio presentándose con el mayor porcentaje en la mayoría de casos y que suele oscilar entre un 40 a 70% (39-41, 43). Lo mismo sucede con las dimensiones de

la Inteligencia Emocional, con porcentajes que oscilan entre un 40% y 70%, casi siempre con ese mayor porcentaje para un nivel medio de Inteligencia Emocional.

El cuarto objetivo de esta investigación fue identificar las diferencias de Fatiga por Compasión según las variables sociodemográficas de los evaluados: Profesión, Etapa de vida y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión.

En primer lugar, no se ha encontrado diferencias entre los valores medios de ninguna de las tres subescalas de la Fatiga por Compasión, según profesión. Los estudios no muestran una tendencia clara a este respecto, por ejemplo, un estudio señala que los profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeros presentan los mayores niveles de Fatiga por Compasión y Burnout en comparativa con otros profesionales como psicólogos o administrativos (15). Otro estudio, realizado a profesionales que incluían enfermeras registradas, asistentes médicos y técnicos en radiología, no encontró diferencias significativas en cuanto a niveles de Fatiga por Compasión en el ámbito hospitalario y no hospitalario, a diferencia de la Satisfacción de la Compasión, mayor en el ámbito hospitalario (16).

Por otro lado, se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de las dimensiones Síndrome de Burnout y Estrés Traumático Secundario, según la Etapa de vida, además, después de realizar comparaciones múltiples a través de pruebas Post-hoc se ha observado que existe una diferencia significativa de Síndrome de Burnout entre la Adulthood tardía y las otras etapas de vida en conjunto, siendo la Adulthood tardía la que posee el mayor valor medio. Adicionalmente, existe una diferencia significativa de Estrés Traumático Secundario entre la Adulthood tardía y la Adulthood emergente, siendo la Adulthood tardía la que posee el mayor valor medio.

Resultados distintos han encontrado Wu et al. (18), en un estudio realizado a profesionales de enfermería del área de oncología, estos investigadores encontraron que las enfermeras más jóvenes (categorizadas como de 40 años o menos) tenían más probabilidades de experimentar niveles moderados a altos de Estrés Traumático Secundario en comparación con las enfermeras mayores, resultados similares a los anteriores encontró Punihani (19) en un estudio realizado a profesionales de la salud mental, en específico, encontró una relación inversa entre el Burnout y la Edad y una relación inversa entre el Estrés Traumático

Secundario y la Edad. Esta investigadora, encontró, además, una relación directa entre la Satisfacción de la Compasión y la Edad, asimismo, la Edad fue un predictor significativo para la Satisfacción de la Compasión, esta investigadora refiere que la relación positiva entre Satisfacción de la Compasión y la Edad puede deberse a que una mayor edad se relaciona con más experiencia en el campo y más familiaridad con estrategias de afrontamiento de cara a enfrentar el estrés en el trabajo.

De otra parte, no se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de las subescalas de la Fatiga por Compasión según el tiempo que los profesionales de la salud llevan ejerciendo la profesión. Algunos estudios muestran resultados no coincidentes, por ejemplo, Borges et al. (17) encontraron en un estudio realizado a profesionales de enfermería, que aquellos profesionales del sexo femenino, más jóvenes, con menos tiempo de experiencia profesional y que no participaban de actividades de ocio, evidenciaban una media superior de Estrés Traumático Secundario. Otro estudio (18) que evaluó a profesionales de enfermería del área de oncología, encontró que las enfermeras más experimentadas (experiencia de 26 años o más) tenían los niveles más bajos de Estrés Traumático Secundario.

El quinto objetivo de esta investigación fue identificar las diferencias de Inteligencia Emocional según las variables sociodemográficas de los evaluados: Profesión, Etapa de vida y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión.

En primer lugar, solamente se ha encontrado una diferencia significativa entre los valores medios de la Claridad Emocional (dimensión de la Inteligencia Emocional) para las tres profesiones. En específico, se observa que existe una diferencia significativa de Claridad Emocional entre la profesión Psicología y las otras dos profesiones, siendo la profesión Psicología la que posee el mayor valor medio, seguida por Enfermería y Trabajo social. Resultados distintos encontró Moral Jiménez (44) quien evaluó a trabajadores de diferentes ámbitos profesionales, como el ámbito sociosanitario, educativo, de servicios y manipulativo y con diversos niveles de experiencia, encontró que el ámbito de dedicación profesional es una variable influyente a nivel de Inteligencia Emocional, siendo más evidente esta diferencia entre los ámbitos sociosanitario y educativo (profesionales asistenciales) y los técnicos manipulativos (los menos expuestos al trato en público).

Por otro lado, se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de las dimensiones Atención a los Sentimientos, Claridad Emocional e Inteligencia Emocional Global, según la Etapa de vida. Además, después de realizar comparaciones múltiples a través de pruebas Post-hoc se observa que existe una diferencia significativa de Atención a los Sentimientos entre la Adulthood temprana y la Adulthood media, siendo la Adulthood temprana la que posee el mayor valor medio. Existe una diferencia significativa de Claridad Emocional, aunque no se observan diferencias significativas a nivel de subconjuntos. Existe una diferencia significativa de Inteligencia Emocional Global entre la Adulthood media y la Adulthood emergente, siendo la Adulthood emergente la que posee el mayor valor medio. También existe una diferencia significativa de Inteligencia Emocional Global entre la Adulthood media y la Adulthood temprana, siendo la Adulthood temprana la que posee el mayor valor medio. Resultados similares en relación a la Inteligencia Emocional Global encontró Vásquez et al. (41) en un estudio realizado a profesionales de la salud, observándose un mayor porcentaje de trabajadores de entre 27 y 36 años con mayores niveles de Inteligencia Emocional a diferencia de otros grupos de edad.

De otra parte, no se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de la Inteligencia Emocional Global ni entre los valores medios de sus dimensiones, según el tiempo que los profesionales de la salud llevan ejerciendo la profesión. Resultados distintos ha encontrado Conde Caro (39) en un estudio realizado en personal de salud, este investigador encontró, que para la categoría Menor a cinco años, el nivel promedio de Inteligencia Emocional presentó el mayor porcentaje con 51.2%, mientras que la categoría Mayor a cinco años, presentó un mayor porcentaje en los niveles Alto y Bajo de Inteligencia Emocional, con 41.7% y 23.3%, respectivamente.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe una relación parcial entre las variables Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional en los profesionales evaluados. La dimensión Estrés traumático secundario y la dimensión Atención a los sentimientos presentan correlación ($r = .291$). Existen correlaciones de la dimensión Síndrome de burnout con la dimensión Claridad emocional ($r = -.276$), con la dimensión Reparación de las emociones ($r = -.409$) y con la Inteligencia Emocional global ($r = -.270$). Por otro lado, la dimensión Satisfacción de la compasión se ha correlacionado de distintas formas con la Inteligencia Emocional.

SEGUNDA: Los resultados muestran un porcentaje bajo de presencia de Fatiga por Compasión propiamente dicha (Quinta combinación), con un 12.6%. La sexta combinación (propuesta por el autor del presente estudio) presenta el mayor porcentaje, con 48.5%. El resto de combinaciones muestran porcentajes variados. De otra parte, al analizar el ProQOL por dimensiones, se tiene que éstas muestran una prevalencia del nivel medio.

TERCERA: La Inteligencia Emocional global presenta un 49.5% para el nivel medio y un 25.2% para los niveles alto y bajo. En cuanto a las dimensiones de la Inteligencia Emocional: Atención a los sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones, todas ellas presentan el mayor porcentaje en el nivel medio.

CUARTA: No se ha encontrado diferencias entre los valores medios de ninguna de las tres dimensiones del ProQOL según profesión. Se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de las dimensiones Síndrome de burnout y Estrés traumático secundario, según la Etapa de vida. No se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de las dimensiones del ProQOL según el tiempo que los profesionales de la salud llevan ejerciendo la profesión.

QUINTA: Se ha encontrado una diferencia significativa entre los valores medios de la Claridad emocional, según profesión. Se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de la Atención a los sentimientos, Claridad emocional e Inteligencia Emocional global, según la Etapa de vida. No se ha encontrado diferencias significativas entre los valores medios de la Inteligencia Emocional global ni entre los valores medios de sus dimensiones, según el tiempo que los profesionales de la salud llevan ejerciendo la profesión.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Investigaciones futuras pueden indagar en torno a la prevalencia y las consecuencias de la Fatiga por Compasión en otros grupos profesionales o en grupos profesionales más específicos, por ejemplo, se puede optar por enfocarse exclusivamente en profesionales de salud mental abocados a trabajar con personas víctimas de violencia o dedicadas exclusivamente a primeros auxilios psicológicos.

SEGUNDA: Investigaciones futuras pueden indagar en la relación de la Fatiga por Compasión y otras variables, tales como los estilos de afrontamiento o el estrés.

TERCERA: Es posible optar por otros niveles de investigación como el nivel explicativo o el experimental, los cuales mostrarán resultados mucho más variados y complejos.

CUARTA: Las instituciones de salud de la región puedan realizar diagnósticos psicológicos de tipo organizacional y clínico completos a sus trabajadores, de forma que posteriormente, apliquen programas coordinados de salud mental basados en evidencia científica, sobre todo en aquellos trabajadores en contacto constante con pacientes y sus problemáticas.

QUINTA: A través del Colegio de Psicólogos correspondiente, se puedan formar grupos de apoyo entre profesionales de distintas especialidades psicológicas, de manera que se pueda prevenir e intervenir en las distintas problemáticas que estos trabajadores afrontan en su labor diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

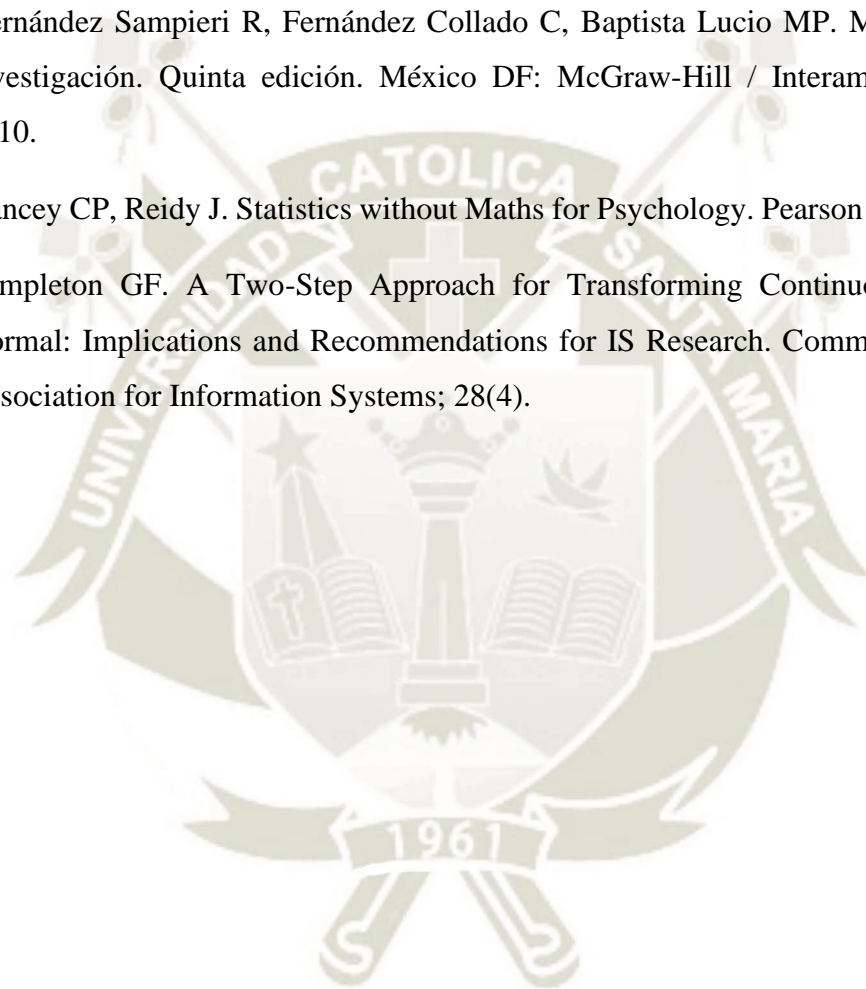
1. Figley CR. Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge 2002.
2. Alecsiuk B. Inteligencia Emocional y Desgaste Por Empatía En Terapeutas. Revista Argentina de Clínica Psicológica 2015; 24(1): 43-56.
3. Gonzáles Procel C, Sánchez Padilla Y, Peña Loaiza G. Fatiga por Compasión en los profesionales del servicio de emergencia. Dom. Cien. 2018; 4(1): 483-498.
4. Bernabé JJ. Desgaste por empatía en psicólogos [disertación]. Quetzaltenango. México: Universidad Rafael Landívar 2013; 114 p.
5. Hudnall, B. Secondary traumatic stress self-care issues for clinician researchers and educators. Maryland: Sidran Press 1999.
6. Figley CR. Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Nueva York: Brunner/Mazel publishers 1995.
7. Rothschild B. Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la Fatiga por Compasión y del trauma vicario 2009; 272 p.
8. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2nd: Ed. Pocatello; 2010.
9. Figley, CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. En: Stamm, BH (ed). Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers and educators. 2ª ed. Lutherville, MD: Sidran Press 1995; pp. 3-29.
10. Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? Int J Nurs Pract. 2006; 12: 136-42.
11. Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life. JAMA. 2009; 301 (11): 1155-64.
12. Moreno-Jiménez B, Morante ME, Garrosa E, Rodríguez R. Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. Psicología conductual. 2004; 12 (2): 215- 31.
13. Campos R. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura (disertación) 2015.

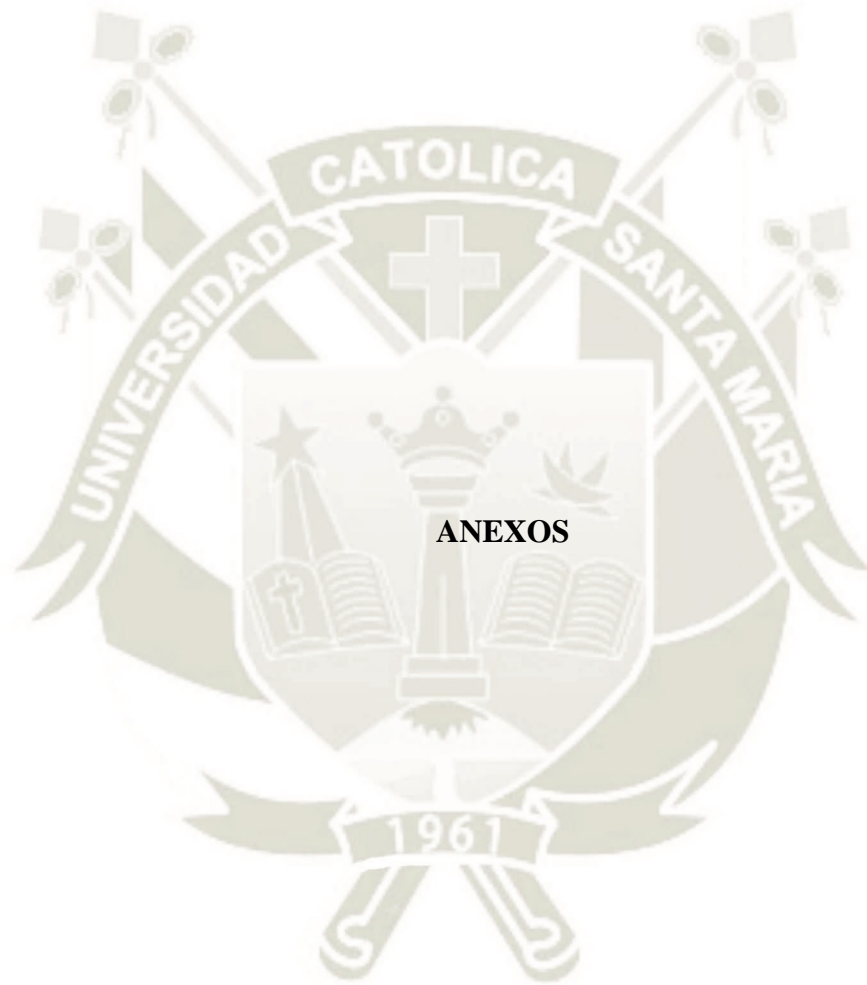
14. Hegney DG, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia. *Journal of Nursing Management* 2014; 22: 506–518.
15. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A, Kazanjian A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med*; 2013; 27:172-8.
16. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L et al. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*; 2010; 14: 56-62.
17. Borges EM, Nunes da Silva Fonseca CI, Pavan Baptista PC, Leite Queirós CM, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Diaz MP. Fatiga por Compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2019; 27.
18. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, Reynolds G, Su Y. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*; 2016; 43(4): E161–E169.
19. Punihani J. Compassion Fatigue in Mental Health Therapists: The Contributions of Self-Care and Social Support [disertación]. California /USA/ Mills College 2019.
20. Mestre JM, Fernández-Berrocal P. *Manual de Inteligencia Emocional*. Madrid: Pirámide 2007.
21. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica 2006.
22. Matthews G, Zeidner M, Roberts RD. *Emotional Intelligence. Science and Myth*. Cambridge. MA: MIT Press 2002; 697 p.
23. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports* 2004; 94: 751-755.
24. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Models of Emotional Intelligence. En: Sternberg RJ, editores. *Handbook of Intelligence*: Cambridge University Press; 2000. 396–420.

25. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En: Salovey P, Sluyter DJ, editores. Emotional development and emotional intelligence: Educational implications: Basic Books; 1997. p. 3–34.
26. Bar-On R. Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I): Technical Manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2002.
27. Goleman D. An EI based theory of performance. En: Cherniss C, Goleman D, editores. The emotionally intelligent workplace. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
28. Goleman D. Working with emotional intelligence, New York: Bantam Books; 1998.
29. Boyatzis RE, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights.
30. Salovey, P, Stroud, L, Woolery, A, Epel, S. Perceived Emotional Intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, (2002); 17(5): 611-627.
31. Iberrota M. Afrontar el Burnout. Sorkari, atención integral al desarrollo de la persona. Recuperado de: <http://www.sorkari.com/Burnout> 2009.
32. Vera A, Ravanal I, Cancino L, Carrasco C, Contreras G, Arteaga O. Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional: un Análisis con Enfoque Psicosocial en una agencia estatal chilena. *Revista Ciencia y Trabajo* 2007; 24(9): 51-54.
33. Anadón-Revuelta O. La formación en estrés para la prevención del Síndrome de Burnout en el currículo de formación inicial de los maestros. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 2005; 19(1): 197-220.
34. Jordan P, Ashkanasy N, Hartel C. Emotional Intelligence as a moderator of emotional and behavioral reactions to be insecurity. *Academy of Management Review*, 2002; 27(3): 361-372.
35. Christopher G, Thomas M. Social problem solving in chronic fatigue syndrome: preliminary findings. *Stress and Health*, 2009; 25: 161-169.
36. Hernández Vargas CI, Dickinson Bannack ME. Importancia de la Inteligencia Emocional en Medicina. *Investigación en educación médica*, 2014; 3(11): 155-160.

37. Varón A. Importancias de la Inteligencia Emocional en las personas [Internet]. Asociación San José. 2017. Recuperado a partir de <https://www.asociacionsanjose.org/importancia-la-inteligencia-emocional-laspersonas/>.
38. Yabar Bornaz K. Niveles de Inteligencia Emocional y desempeño laboral en el personal de salud administrativo de la micro red la Molina – Cieneguilla [Tesis]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2016.
39. Conde Caro BB. Inteligencia Emocional en el Personal de Salud del Hospital Jorge Voto Bernales del Distrito de Santa Anita [Tesis]. [Lima]: Universidad Inca Garcilaso De la Vega; 2017.
40. Huamán Baca AR, Tanco Cirilo YM. Inteligencia Emocional y Estrés Laboral en enfermeras del Servicio Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé [Tesis]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.
41. Vásquez Narcizo EN, Vásquez Portilla DE. Inteligencia Emocional y su Relación con el Desempeño laboral en profesionales de salud de la Microred de Cajamarca – Categoría I3 [Tesis]. [Cajamarca]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2019.
42. Veliz Burgos AL, Dörner Paris AP, Soto Salcedo A, Reyes Lobos JL, Ganga Contreras F. Inteligencia Emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *Medisur*, 2018; 16(2): 259-266.
43. Mamani Cahuaya KY. Inteligencia Emocional y calidad de vida profesional en el personal de enfermería del Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna [Tesis]. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.
44. Moral Jiménez M, Ganzo Salamanca S. Influencia de la Inteligencia Emocional en la satisfacción laboral en trabajadores españoles. *Psicología desde el Caribe*; 2018; 35(1).
45. Pangilinan JS. Impact of compassion fatigue and emotional intelligence on the quality of care in skilled nursing Facilities. California. USA: San Bernardino California State University 2018; 72 p.
46. Turgoose D, Maddox L. Predictors of Compassion Fatigue in Mental Health Professionals: A Narrative Review. *Traumatology*. American Psychological Association 2017; 23(2): 172–185.

47. Zeidner M, Hadara D, Matthewsband G, Roberts RD. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, & Coping* 2013; 26(6); 1-15.
48. Espinoza-Venegas M., Sanhueza-Alvarado O, Ramírez-Elizondo N, Sáez-Carillo K. A validation of the construct and reliability of an emotional intelligence scale applied to nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2015; 23(1): 139–147.
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México DF: McGraw-Hill / Interamericana editores; 2010.
50. Dancey CP, Reidy J. *Statistics without Maths for Psychology*. Pearson Education; 2007.
51. Templeton GF. A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*; 28(4).



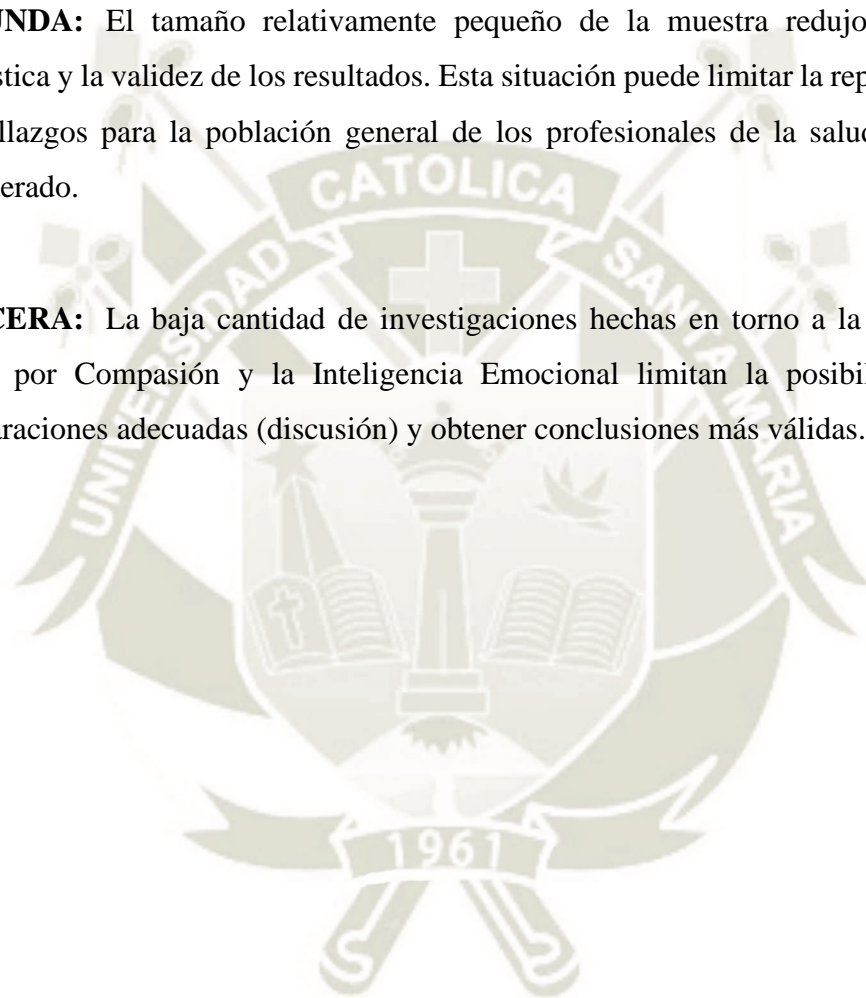


LIMITACIONES DEL ESTUDIO

PRIMERA: El estudio se basó en cuestionarios de autoinforme, que pueden haber dado lugar a un posible sesgo de respuesta, así, los participantes podrían haberse sentido presionados para proporcionar respuestas que se sintieran más aceptables socialmente.

SEGUNDA: El tamaño relativamente pequeño de la muestra redujo la significancia estadística y la validez de los resultados. Esta situación puede limitar la representatividad de los hallazgos para la población general de los profesionales de la salud que aquí se ha considerado.

TERCERA: La baja cantidad de investigaciones hechas en torno a la relación entre la Fatiga por Compasión y la Inteligencia Emocional limitan la posibilidad de realizar comparaciones adecuadas (discusión) y obtener conclusiones más válidas.



PROTOCOLOS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

ProQOL Versión 5

ESCALA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (ProQOL)

Satisfacción de la Compasión y Fatiga de la Compasión (ProQOL) Versión 5 (2009)

[Ayudar] a otros le sitúa en contacto directo con sus vidas. Como usted habrá podido descubrir, su compasión por aquellos a los que [ayuda] puede afectarle de manera positiva y negativa. A continuación, quisiéramos hacerle varias preguntas acerca de sus experiencias, tanto positivas como negativas, como [profesional asistencial que se dedica al cuidado de personas]. Considere cada una de las siguientes preguntas planteadas, referidas a usted y a su situación profesional actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero/a posible, el valor que refleje con qué frecuencia ha experimentado tales aspectos en los últimos 30 días.

1= Nunca 2=Rara vez 3=A veces 4=Frecuentemente 5=Muy frecuentemente

1	Soy Feliz.
2	Estoy preocupado/a por más de una persona a la que [ayudo o he ayudado].
3	Me satisface ser capaz de [ayudar] a la gente.
4	Me siento vinculado/a otras personas (con ocasión de mi trabajo).
5	Me sobresaltan los sonidos inesperados.
6	Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que [ayudo/ he ayudado].
7	Me cuesta separar mi vida personal de mi vida profesional.
8	Mi productividad en el trabajo disminuye debido a que pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo o he ayudado].
9	Creo que puedo estar afectado/a por el estrés traumático de las personas a las que [ayudo o he ayudado].
10	Me siento atrapado/a por mi trabajo.
11	Debido a mi profesión, me he sentido "al límite" con respecto a diversas cosas.
12	Me gusta trabajar [ayudando] a las personas.
13	Me siento deprimido/a debido a las experiencias traumáticas de las personas a las que [ayudo].
14	Me siento como si estuviera viviendo el trauma de alguien a quien [he ayudado].
15	Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
16	Estoy satisfecho/a por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia.
17	Soy la persona que siempre he querido ser.
18	Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a.
19	Me siento agotado/a como consecuencia de mi trabajo.
20	Tengo pensamientos y sentimientos de satisfacción acerca de las personas a las que [ayudo/he ayudado] y cómo he podido ayudarlas.
21	Me siento abrumado/a porque la carga de los casos [de mi trabajo] parece no tener fin.
22	Creo que puedo cambiar cosas gracias a mi trabajo.
23	Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de personas a las que [ayudo/he ayudado].
24	Me siento orgulloso/a de lo que puedo hacer para [ayudar] gracias a mi trabajo.
25	Como resultado de mi trabajo, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
26	Me siento "estancada" por el sistema.
27	Considero que soy un/a buen/a profesional.
28	No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma.
29	Soy una persona muy solícita de cara a ayudar a la gente.
30	Soy feliz por haber elegido esta profesión.

TMMS-24

Edad: _____ Sexo: _____ Profesión: _____ Tiempo se servicio _____

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y luego indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

Ficha sociodemográfica

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento que se me pase.	1	2	3	4	5

**CAPTURA DE PANTALLA DE LA PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO DE
GOOGLE DRIVE, UTILIZADO PARA LA APLICACIÓN VIRTUAL DE UN
PORCENTAJE DE LAS ENCUESTAS**

Fatiga por compasión e Inteligencia emocional en profesionales de la salud de la Red Arequipa-Caylloma-2020

Consentimiento informado:

La presente investigación es llevada a cabo por Víctor Hugo Figueroa Gutierrez, Psicólogo, egresado de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa, con N° de Colegiatura C.Ps.P. 29621.

El objetivo de este estudio es conocer la relación existente entre la variable denominada Fatiga por compasión y la variable conocida como Inteligencia emocional intrapersonal, en Profesionales de la Salud de la Red Arequipa -Caylloma (se incluye sólo a psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y médicos psiquiatras, por ser las unidades de estudio de interés).

Este estudio posee rigor científico y las respuestas no serán utilizadas para otros propósitos. La participación es completamente anónima y voluntaria, teniendo presente el aspecto ético, con el respeto de la privacidad del evaluado.

Si usted accede participar en este estudio se le pedirá responder dos cuestionarios que le tomarán en total un tiempo aproximado de 12 minutos.

Si usted tiene alguna duda respecto al cuestionario, puede contactar con la evaluador mediante el siguiente correo: victorhugo261185@gmail.com

Muchas gracias por su tiempo.

[Siguiete](#)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTA

Yo _____, identificado (a) con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N° _____, después de haber sido informado (a) por el Lic. en Psicología Víctor Hugo Figueroa Gutierrez, sobre el procedimiento de encuesta con fines de la investigación titulada **FATIGA POR COMPASIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA, AREQUIPA, 2020:**

- He decidido participar de este proceso de forma libre y voluntaria.
- Se me ha explicado los objetivos de la presente investigación y sus beneficios potenciales para un grupo más amplio en el futuro.
- Se me ha informado que se mantendrá de forma estricta el anonimato y la confidencialidad en cuanto a la información recabada, sin resultar en algún tipo de consecuencias negativas para mi persona.
- Se me ha informado que el Lic. en Psicología Víctor Hugo Figueroa Gutierrez estará a cargo del manejo de dicha información, la cual se conducirá con la reserva respectiva.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para ser encuestado (a) para fines de esta investigación.

Arequipa, día _____, mes _____, año _____

Firma del evaluado _____

Impresión dactilar

**PRUEBAS POST-HOC PARA FATIGA POR COMPASIÓN E INTELIGENCIA
EMOCIONAL SEGÚN ETAPA DE VIDA**

Tabla N°18

Post-hoc para el Síndrome de Burnout según Etapa de vida

Media aritmética de la dimensión Síndrome de Burnout según Etapa de vida			Sig.
21.50	Adulthood emergent	Adulthood early	.779
		Adulthood middle	.216
		Adulthood late	.004
22.60	Adulthood early	Adulthood emergent	.779
		Adulthood middle	.566
		Adulthood late	.009
23.74	Adulthood middle	Adulthood early	.566
		Adulthood emergent	.216
		Adulthood late	.027
32.03	Adulthood late	Adulthood early	.009
		Adulthood emergent	.004
		Adulthood middle	.027

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se realizan comparaciones múltiples de los valores medios de la dimensión Síndrome de Burnout según Etapa de vida. A través de la prueba Post-hoc de Tukey, se observa que existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Síndrome de Burnout entre la Adulthood tardía y las otras etapas de vida en conjunto, siendo la Adulthood tardía la que posee el mayor valor medio de Síndrome de Burnout.

Tabla N°19

Post-hoc para el Estrés Traumático Secundario según Etapa de vida

Media aritmética de la dimensión Estrés Traumático Secundario según Etapa de vida			Sig.
19,18	Adulthood emergente	Adulthood temprana	.519
		Adulthood media	.251
		Adulthood tardía	.015
21,29	Adulthood temprana	Adulthood emergente	.519
		Adulthood media	.923
		Adulthood tardía	.050
22,01	Adulthood media	Adulthood temprana	.923
		Adulthood emergente	.251
		Adulthood tardía	.079
31,34	Adulthood tardía	Adulthood temprana	.050
		Adulthood emergente	.015
		Adulthood media	.079

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se efectúan comparaciones múltiples de los valores medios de la dimensión Estrés Traumático Secundario según Etapa de vida. A través de la prueba Post-hoc de Tukey, se observa que existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Estrés Traumático Secundario entre Adulthood tardía y Adulthood emergente, siendo la Adulthood tardía la que posee el mayor valor medio según Estrés Traumático Secundario.

Tabla N°20

Post-hoc para la Atención a los Sentimientos según Etapa de vida

Media aritmética de la dimensión Atención a los Sentimientos según Etapa de vida			Sig.
24,36	Adulthood emergente	Adulthood temprana	1.000
		Adulthood media	.099
		Adulthood tardía	.589
24,40	Adulthood temprana	Adulthood emergente	1.000
		Adulthood media	.014
		Adulthood tardía	.571
20,97	Adulthood media	Adulthood temprana	.014
		Adulthood emergente	.099
		Adulthood tardía	.124
29,16	Adulthood tardía	Adulthood temprana	.571
		Adulthood emergente	.589
		Adulthood media	.124

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se ejecutan comparaciones múltiples de los valores medios de la dimensión Atención a los Sentimientos según Etapa se vida. A través de la prueba Post-hoc de Tukey, se observa que existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Atención a los Sentimientos entre la Adulthood temprana y la Adulthood media, siendo la Adulthood temprana la que posee el mayor valor medio de Atención a los Sentimientos.

Tabla N°21

Post-hoc para la dimensión Claridad Emocional según etapa de vida

Media aritmética de la dimensión Claridad Emocional según Etapa de vida			Sig.
28,24	Adulthood emergente	Adulthood temprana	.940
		Adulthood media	.269
		Adulthood tardía	.462
27,37	Adulthood temprana	Adulthood emergente	.940
		Adulthood media	.364
		Adulthood tardía	.308
25,49	Adulthood media	Adulthood temprana	.364
		Adulthood emergente	.269
		Adulthood tardía	.121
34,00	Adulthood tardía	Adulthood temprana	.308
		Adulthood emergente	.462
		Adulthood media	.121

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Se realizan comparaciones múltiples de los valores medios de la dimensión Claridad Emocional según Etapa se vida. A través de la prueba Post-hoc de Tukey, se observa que existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) de Claridad Emocional, aunque no se observan diferencias significativas a nivel de subconjuntos.

INTERPRETACIÓN COMPLETA DE LAS COMBINACIONES DEL PROQOL VERSIÓN 5 (8)

Primera Combinación

Satisfacción de la Compasión ALTA, Síndrome de Burnout MODERADO a BAJO, Estrés Traumático Secundario MODERADO a BAJO:

Este es el resultado más positivo. Este resultado representa a una persona que recibe un refuerzo positivo de su trabajo. No tienen preocupaciones significativas por estar “estancados” o incapacidad para ser eficaces en su trabajo, ya sea como individuos o dentro de su organización. No sufren miedos dignos de mención como consecuencia de su trabajo. Estas personas pueden beneficiarse del compromiso, las oportunidades de educación continua y otras oportunidades para crecer en su posición. Probablemente sean una buena influencia para sus colegas y su organización. Probablemente sean del agrado de sus pacientes, que buscan su ayuda (8).

Segunda Combinación

Síndrome de Burnout ALTO, Satisfacción de la Compasión MODERADO a BAJO, Estrés Traumático Secundario MODERADO a BAJO:

Las personas que obtienen un puntaje alto en agotamiento, en cualquier combinación con las otras escalas, están en riesgo como individuos y también pueden poner a sus organizaciones en situaciones de alto riesgo. El burnout (agotamiento) es una sensación de ineficacia. En el ámbito laboral, esto puede deberse a factores personales u organizativos. El burnout prototipo está asociado con cargas de trabajo elevadas y un funcionamiento deficiente del sistema. Una persona puede sentir que "no hay nada que pueda hacer" para mejorar las cosas. Es probable que estén desconectados de sus pacientes, aunque esto no esté asociado con ningún miedo como resultado del compromiso con sus pacientes. Las personas que sufren de burnout a menudo se benefician de tomarse un tiempo libre. También pueden beneficiarse de cambiar su rutina dentro de la organización. Las organizaciones que tienen muchas personas con burnout deben considerar seriamente su sistema organizacional y el uso de su capital humano para identificar las fallas en el sistema y las formas de ayudar a las personas en su trabajo y en sus objetivos comerciales (8).

Tercera combinación

Estrés Traumático Secundario ALTO, Síndrome de Burnout BAJO, Satisfacción de la Compasión BAJA:

Las personas que obtienen estos puntajes generalmente se sienten abrumadas por una experiencia negativa en el trabajo caracterizada por el miedo. Si este miedo está relacionado con un evento que le sucedió directamente a la persona, como tener su vida en peligro como resultado de participar en un rescate peligroso o si experimentó un evento traumático como violencia sexual por parte de un colega, estas no son experiencias secundarias, estas son exposiciones directas a eventos peligrosos. Sin embargo, si el miedo de la persona está relacionado con el cuidado de otras personas que estaban directamente en peligro, se trata de Estrés traumático secundario. Es probable que estas personas se beneficien de un tratamiento inmediato para el estrés traumático y la depresión, cuando ésta esté presente. Debido a que son neutrales con respecto a sus sentimientos de ineficacia en el trabajo, o sentimientos de placer asociados con su trabajo, considere concentrarse en las experiencias laborales relacionadas con el miedo. Contrarrestar el miedo puede incluir cambiar la combinación de casos y cargas, el entorno de trabajo (como asignar trabajo con colegas en quienes confían) o introducir otras medidas de seguridad (8).

Cuarta combinación

Estrés Traumático Secundario ALTO, Satisfacción de la Compasión ALTA, Síndrome de Burnout BAJO.

Esta combinación suele ser única en situaciones de alto riesgo, como trabajar en áreas de guerra y violencia civil. Las personas que obtienen una puntuación en este rango suelen ser muy eficaces en su trabajo porque sienten que su trabajo es importante, sin embargo, tienen un yo privado que es extremadamente temeroso debido a su compromiso con los demás. Algunos miedos son precisos y apropiados en situaciones de alto riesgo, sin embargo, el estrés traumático secundario alto está marcado por pensamientos, sentimientos y recuerdos de las experiencias traumáticas de otros mezclados con sus propias experiencias. Esto puede ser particularmente difícil de entender cuando las experiencias de aquellos a quienes la persona brinda ayuda son similares a las suyas. Saber que otros han sido traumatizados por el mismo tipo de situaciones en las que la persona se encuentra tiene el potencial de cambiar la interpretación de la persona del evento.

Las personas con puntajes como este generalmente se benefician de estímulos para construir sobre sus sentimientos de altruismo y pensamientos de que están contribuyendo al bien común. Al mismo tiempo, se deben abordar sus miedos y síntomas relacionados con el miedo. La depresión es teóricamente poco probable dados sus altos sentimientos de satisfacción. A veces, los cambios en el entorno de trabajo junto con la supervisión de apoyo adicional pueden aliviar los síntomas similares al trastorno de estrés postraumático. En otras ocasiones, la terapia o la medicación o ambos pueden ser una buena alternativa (8).

Quinta combinación

Estrés Traumático Secundario ALTO, Síndrome de Burnout ALTO, Satisfacción de la Compasión BAJA:

Esta combinación es aparentemente la más angustiada. La persona no solo se siente abrumada e inútil en el entorno laboral, sino que literalmente aterrada por este. Las personas con esta combinación de puntajes probablemente se benefician más si se les retira de su entorno laboral actual. Una evaluación para el Trastorno de estrés postraumático y la depresión es importante, además, el tratamiento para uno o ambos puede tener resultados positivos, pero es poco probable que el regreso a una situación laboral no modificada sea fructífero. Sin embargo, si la persona está dispuesta, es posible que pueda cambiar la eficacia abordando sus propias habilidades y sistemas (como capacitación adicional) o trabajando con la organización para identificar una asignación de trabajo reorganizada (8).

Sexta Combinación (Propuesta por el autor de la presente investigación)

Valores de MODERADOS A BAJOS en las tres dimensiones.

Se trataría de un resultado positivo (solamente hay presencia Moderada a Baja de Síndrome de burnout y Estrés traumático secundario), aunque los refuerzos que estas personas reciben por su trabajo no serían los suficientes. No presentarían preocupaciones significativas por estar "estancados" o incapacidad para ser eficaces en su trabajo, ya sea como individuos o dentro de su organización. No sufrirían miedos dignos de mención como consecuencia de su trabajo. Estas personas podrían tener problemas para comprometerse, falta de búsqueda de oportunidades de educación continua y otras oportunidades para crecer en su posición. Probablemente en algunos casos sean una buena influencia para sus colegas y su organización. Probablemente en algunos casos sean del agrado de sus pacientes, que buscan su ayuda.

FUERZA DE LOS COEFICIENTES DE CORRELACIÓN

Fuerza de los coeficientes de correlación propuesta por Dancey y Reidy

Fuerza de correlación	Coeficientes de correlación	
Perfecta	+1	-1
Fuerte	+0.9	-0.9
	+0.8	-0.8
	+0.7	-0.7
Moderada	+0.6	-0.6
	+0.5	-0.5
	+0.4	-0.4
Débil	+0.3	-0.3
	+0.2	-0.2
	+0.1	-0.1
Cero	0	

Fuente: Dancey y Reidy (50: p.176).

Se observan categorías de Fuerza de correlación para los distintos coeficientes de correlación. La categoría Perfecta se corresponde con un coeficiente de correlación de 1, tanto positivo como negativo. La categoría Fuerte incluye los coeficientes de correlación de 0.7 a 0.9 (positivos y negativos). La categoría Moderada incluye los coeficientes de correlación de 0.4 a 0.6 (positivos y negativos), la categoría Débil incluye los coeficientes de correlación de 0.1 a 0.3 (positivos y negativos), finalmente la categoría Cero implica que no existe correlación.

PRUEBA DE BONDAD DE AJUSTE

Prueba de bondad de ajuste de las variables estudiadas

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig. (bilateral)
Satisfacción de la compasión	.086	103	.058
Síndrome de burnout	.098	103	.016
Estrés traumático secundario	.103	103	.009
Atención a los sentimientos	.114	103	.002
Claridad emocional	.071	103	.200*
Reparación de las emociones	.097	103	.018
Inteligencia Emocional global	.049	103	.200
Edad	.159	103	.000
Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	.155	103	.000

* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Se muestran los resultados de la prueba de bondad de ajuste a la que se sometieron las variables del presente estudio. A través de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, se tiene que para las dimensiones de la variable Escala de vida profesional, sólo la dimensión Satisfacción de la compasión cumplió con el criterio de normalidad. En el caso de la variable Inteligencia Emocional sólo la dimensión Claridad emocional, así como la Inteligencia Emocional global cumplieron con el criterio de normalidad. Por otro lado, las variables sociodemográficas Edad y Tiempo que llevan ejerciendo su profesión, no cumplieron con este criterio.

NORMALIZACIÓN DE LAS DIMENSIONES

Se procedió a la normalización de las variables que no cumplieron con el criterio de normalidad a través del método propuesto por Templeton (51) y que se muestran en el siguiente cuadro:

Dimensiones normalizadas a través del método sugerido por Templeton

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig. (bilateral)
Síndrome de burnout	.070	103	.200*
Estrés traumático secundario	.069	103	.200*
Atención a los sentimientos	.060	103	.200*
Reparación de las emociones	.064	103	.200*
Edad	.052	101	.200*
Tiempo que llevan ejerciendo su profesión	.059	101	.200*

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Se observa la normalización de las dimensiones de las variables Fatiga por Compasión e Inteligencia Emocional y las dos variables sociodemográficas que previamente no cumplieron con el criterio de normalidad. Se utilizó el método sugerido por Templeton (51) para la normalización de las referidas variables.

MATRIZ DE DATOS

ID	Microrred	Sexo	Etapade vida	TiempoEjerc.Profes.	Profesión	Sum SC	Sum SB	Sum Norm EIS	Sum Norm AS	Sum CE	Sum Norm RE	NivelISC	NivelSB	NiveIEIS	CombinacPro QOL	NiveIAS	NiveICE	NiveIRE	NiveIEE
1	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Enfermería	43	26	24	24	17	19	Medio alto	Alto	Medio alto	2da combinac.	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
2	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Trabajo social	41	27	24	26	18	16	Medio bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
3	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Trabajo social	44	19	22	24	25	27	Medio alto	Muy bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
4	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez emergente	Menos de un año	Enfermería	45	21	18	29	31	29	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Alto	Alto	Medio alto	Alto
5	Microrred Cerro Colorado	Masc.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	37	26	18	28	29	27	Muy bajo	Alto	Medio bajo	2da combinac.	Alto	Medio alto	Medio bajo	Medio alto
6	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Psicología	40	26	24	24	27	24	Medio bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
7	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	48	14	21	29	33	40	Alto	Muy bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Alto	Alto	Alto	Alto
8	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	50	17	20	26	31	33	Alto	Muy bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Medio alto	Alto	Medio alto	Alto
9	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Enfermería	40	26	23	16	21	33	Medio bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Medio alto	Muy bajo
10	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Enfermería	36	26	24	17	23	31	Muy bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Medio alto	Medio bajo
11	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	41	25	18	25	31	26	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Alto	Medio bajo	Medio alto
12	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	46	22	18	22	30	31	Alto	Medio bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Medio bajo	Medio alto	Medio alto	Medio alto
13	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	49	15	11	19	39	44	Alto	Muy bajo	Muy bajo	1ra combinac.	Muy bajo	Alto	Alto	Alto
14	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Psicología	43	16	15	19	16	16	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
15	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	39	22	20	19	32	31	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Alto	Medio alto	Medio alto
16	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	40	19	22	22	25	29	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo
17	Microrred Cerro Colorado	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	39	23	22	22	25	27	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
18	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Enfermería	44	17	15	19	23	35	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Alto	Medio bajo
19	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Psicología	46	18	20	24	33	35	Alto	Muy bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Medio alto	Alto	Alto	Alto
20	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Enfermería	49	14	16	21	28	40	Alto	Muy bajo	Muy bajo	1ra combinac.	Medio bajo	Medio alto	Alto	Medio alto
21	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	45	23	20	17	26	28	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
22	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez emergente	Menos de un año	Psicología	41	21	25	22	25	25	Medio bajo	Medio bajo	Medio alto	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
23	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez emergente	Menos de un año	Trabajo social	43	19	20	19	25	29	Medio alto	Muy bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo
24	Microrred Buenos Aires Cayma	Masc.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Trabajo social	48	15	18	21	26	31	Alto	Muy bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo
25	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	Menos de un año	Enfermería	39	25	22	28	29	27	Muy bajo	Medio alto	Medio bajo	6ta combinac.	Alto	Medio alto	Medio bajo	Medio alto
26	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	De 11 a 15 años	Trabajo social	48	19	14	24	27	27	Alto	Muy bajo	Muy bajo	1ra combinac.	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
27	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	40	22	11	21	24	23	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo
28	Microrred Buenos Aires Cayma	Masc.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Psicología	38	22	17	17	31	27	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Alto	Medio bajo	Medio bajo
29	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez media	De 16 años a más	Psicología	41	22	27	14	24	29	Medio bajo	Medio bajo	Alto	3ra combinac.	Muy bajo	Medio bajo	Medio alto	Muy bajo
30	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Psicología	40	25	24	22	24	24	Medio bajo	Medio alto	Medio alto	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
31	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	39	19	15	19	33	34	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Alto	Alto	Medio alto
32	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	49	23	21	25	32	35	Alto	Medio bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Medio alto	Alto	Alto	Alto
33	Microrred Buenos Aires Cayma	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	41	19	18	21	23	26	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo
34	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Trabajo social	41	25	25	23	23	23	Medio bajo	Medio alto	Medio alto	6ta combinac.	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
35	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	40	25	26	23	21	22	Medio bajo	Medio alto	Alto	3ra combinac.	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
36	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Trabajo social	39	25	20	21	22	26	Muy bajo	Medio alto	Medio bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo
37	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Trabajo social	40	34	30	19	22	24	Medio bajo	Alto	Alto	5ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo
38	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	44	18	23	31	26	38	Medio alto	Muy bajo	Medio alto	6ta combinac.	Alto	Medio bajo	Alto	Alto
39	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Trabajo social	36	22	22	25	28	32	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Medio alto	Medio alto	Medio alto
40	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Psicología	41	23	20	28	28	20	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Alto	Medio alto	Muy bajo	Medio bajo
41	Microrred Ampliación Paucarpata	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	45	21	22	23	30	35	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Medio alto	Alto	Alto
42	Microrred Francisco Bolognesi	Fem.	Aduldez temprana	De 1 a 5 años	Trabajo social	40	29	29	27	25	37	Medio bajo	Alto	Alto	5ta combinac.	Medio alto	Medio bajo	Alto	Alto
43	Microrred Francisco Bolognesi	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Enfermería	39	27	27	24	23	28	Muy bajo	Alto	Alto	5ta combinac.	Medio alto	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo
44	Microrred Francisco Bolognesi	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	45	18	8	22	33	24	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Alto	Medio bajo	Medio alto
45	Microrred Francisco Bolognesi	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Enfermería	47	28	31	28	23	31	Alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Muy bajo	Medio alto	Medio alto
46	Microrred Francisco Bolognesi	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Enfermería	47	26	30	29	21	29	Alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Muy bajo	Medio alto	Medio bajo
47	Microrred Yanahuara	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Enfermería	45	22	28	31	20	34	Medio alto	Medio bajo	Alto	3ra combinac.	Alto	Muy bajo	Alto	Medio alto
48	Microrred Yanahuara	Fem.	Aduldez media	De 6 a 10 años	Trabajo social	40	25	24	17	30	29	Medio bajo	Medio alto	Medio alto	6ta combinac.	Muy bajo	Medio alto	Medio alto	Medio bajo
49	Microrred Yanahuara	Fem.	Aduldez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	45	23	13	21	34	27	Medio alto	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Alto	Medio bajo	Medio alto
50	Microrred Yanahuara	Fem.	Aduldez media	De 11 a 15 años	Enfermería	43	18	13	14	28	33	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio alto	Medio alto	Medio bajo
51	Microrred Yanahuara	Fem.	Aduldez media	De 16 años a más	Enfermería	48	23	27	21	34	37	Alto	Medio bajo	Alto	4ta combinac.	Medio bajo	Alto	Alto	Alto

ID	Microrred	Sexo	Etapas de vida	TiempoEjerc.Profes.	Profesión	Sum SC	Sum Norm SB	Sum Norm ETS	Sum Norm AS	Sum CE	Sum Norm RE	NivelSC	NivelSB	NivelETS	CombinacPro QOL	NivelAS	NivelCE	NivelRE	NivelIE
52	Microrred Yanahuara	Fem.	Adultez media	De 11 a 15 años	Enfermería	46	23	28	24	34	34	Alto	Medio bajo	Alto	4ta combinac.	Medio alto	Alto	Alto	Alto
53	Microrred Yanahuara	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Psicología	36	22	25	21	26	27	Muy bajo	Medio bajo	Medio alto	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo
54	Microrred Yanahuara	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	30	30	16	27	31	25	Muy bajo	Alto	Muy bajo	2da combinac.	Medio alto	Alto	Medio bajo	Medio alto
55	Microrred Yanahuara	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	38	30	31	25	24	29	Muy bajo	Alto	Alto	5ta combinac.	Medio alto	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo
56	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez emergente	De 6 a 10 años	Psicología	48	22	13	27	38	35	Alto	Medio bajo	Muy bajo	1ra combinac.	Medio alto	Alto	Alto	Alto
57	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez emergente	De 6 a 10 años	Psicología	44	23	27	29	28	27	Medio alto	Medio bajo	Alto	3ra combinac.	Alto	Medio alto	Medio bajo	Medio alto
58	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	42	15	11	19	37	25	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Alto	Medio bajo	Medio alto
59	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Psicología	44	21	17	32	30	29	Medio alto	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Alto	Medio alto	Medio alto	Alto
60	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	42	22	20	30	26	27	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Alto	Medio bajo	Medio bajo	Medio alto
61	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Enfermería	34	27	23	19	17	19	Muy bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
62	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 11 a 15 años	Enfermería	33	27	22	17	20	14	Muy bajo	Alto	Medio bajo	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
63	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Psicología	44	17	18	23	31	33	Medio alto	Muy bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Alto	Medio alto	Medio alto
64	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Trabajo social	40	21	15	12	21	21	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
65	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	41	23	27	16	36	40	Medio bajo	Medio bajo	Alto	3ra combinac.	Muy bajo	Alto	Alto	Alto
66	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	44	21	26	26	25	38	Medio alto	Medio bajo	Alto	3ra combinac.	Medio alto	Medio bajo	Alto	Alto
67	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	37	21	25	24	23	33	Muy bajo	Medio bajo	Medio alto	6ta combinac.	Medio alto	Muy bajo	Medio alto	Medio alto
68	Microrred 15 de Agosto	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	38	25	20	25	31	32	Muy bajo	Medio alto	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Alto	Medio alto	Alto
69	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	39	26	24	17	21	27	Muy bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo
70	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez tardía	De 16 años a más	Psicología	46	34	34	26	40	29	Alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Medio alto	Alto	Medio alto	Alto
71	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	50	21	23	29	30	33	Alto	Medio bajo	Medio alto	1ra combinac.	Alto	Medio alto	Medio alto	Alto
72	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	42	29	23	23	25	21	Medio bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Medio alto	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo
73	Microrred San Martín de Socabaya	Masc.	Adultez temprana	Menos de un año	Psicología	45	19	20	34	33	44	Medio alto	Muy bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Alto	Alto	Alto	Alto
74	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Trabajo social	48	27	34	34	31	27	Alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Alto	Medio bajo	Alto
75	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	45	29	32	30	31	28	Medio alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Alto	Medio bajo	Alto
76	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	44	26	34	29	32	24	Medio alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Alto	Medio bajo	Medio alto
77	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Trabajo social	42	23	17	17	24	21	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo
78	Microrred San Martín de Socabaya	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Enfermería	39	22	20	16	18	23	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
79	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Psicología	43	19	23	19	31	29	Medio alto	Muy bajo	Medio alto	6ta combinac.	Medio bajo	Alto	Medio alto	Medio alto
80	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez media	De 11 a 15 años	Psicología	42	25	21	10	26	26	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo
81	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Enfermería	45	27	27	28	28	29	Medio alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Medio alto	Medio alto	Medio alto
82	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	41	30	24	24	27	22	Medio bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Medio alto	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo
83	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Psicología	30	30	21	14	16	22	Muy bajo	Alto	Medio bajo	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
84	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Trabajo social	41	21	13	14	29	35	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio alto	Alto	Medio bajo
85	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Psicología	48	21	15	31	36	28	Alto	Medio bajo	Muy bajo	1ra combinac.	Alto	Alto	Medio bajo	Alto
86	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Psicología	41	22	16	36	34	35	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Alto	Alto	Alto	Alto
87	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 11 a 15 años	Enfermería	44	21	15	22	24	31	Medio alto	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Medio bajo	Medio alto	Medio bajo
88	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez tardía	De 16 años a más	Enfermería	44	30	28	32	28	29	Medio alto	Alto	Alto	5ta combinac.	Alto	Medio alto	Medio alto	Alto
89	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	37	27	24	16	22	25	Muy bajo	Alto	Medio alto	2da combinac.	Muy bajo	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo
90	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	45	18	14	25	34	32	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio alto	Alto	Medio alto	Alto
91	Microrred Alto Selva Alegre	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	34	21	18	22	17	22	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
92	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	40	23	22	24	29	34	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Alto	Medio alto	Medio alto
93	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	47	19	20	26	27	32	Alto	Muy bajo	Medio bajo	1ra combinac.	Medio alto	Medio bajo	Medio alto	Medio alto
94	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Psicología	38	26	20	22	20	20	Muy bajo	Alto	Medio bajo	2da combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
95	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Enfermería	37	29	21	24	20	19	Muy bajo	Alto	Medio bajo	2da combinac.	Medio alto	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
96	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Enfermería	34	32	22	21	19	22	Muy bajo	Alto	Medio bajo	2da combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
97	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 6 a 10 años	Trabajo social	40	19	15	12	24	19	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Muy bajo	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo
98	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez emergente	De 1 a 5 años	Psicología	40	23	16	21	28	34	Medio bajo	Medio bajo	Muy bajo	6ta combinac.	Medio bajo	Medio alto	Alto	Medio alto
99	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez temprana	De 11 a 15 años	Enfermería	48	21	25	34	32	32	Alto	Medio bajo	Medio alto	1ra combinac.	Alto	Alto	Medio alto	Alto
100	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez temprana	De 6 a 10 años	Enfermería	44	25	26	32	29	26	Medio alto	Medio alto	Alto	3ra combinac.	Alto	Medio alto	Medio bajo	Medio alto
101	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 16 años a más	Enfermería	43	25	24	22	22	22	Medio alto	Medio alto	Medio alto	6ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Medio bajo	Medio bajo
102	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez temprana	De 1 a 5 años	Enfermería	39	26	28	21	20	23	Muy bajo	Alto	Alto	5ta combinac.	Medio bajo	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo
103	Microrred Víctor Raúl Hinojosa	Fem.	Adultez media	De 1 a 5 años	Enfermería	40	22	21	25	24	24	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo	6ta combinac.	Medio alto	Medio bajo	Medio bajo	Medio bajo