

## Calidad de vida profesional de quienes laboran en cuidados paliativos y su relación con el autocuidado, la atención plena y el sentido de vida

Ana María Restrepo Siegert<sup>1</sup>, Mónica María Restrepo Soto<sup>2</sup>, Carolina Palacio<sup>3</sup>, John Jairo Vargas<sup>4</sup>, Sandra Liliana Parra<sup>5</sup>, Consuelo Mesa<sup>6</sup>, Alicia Krikorian<sup>7\*</sup>

Recibido: 18 de mayo de 2023 / Aceptado: 1 de julio de 2023

**Resumen.** Introducción: La calidad de vida profesional (que incluye satisfacción y fatiga por compasión) y sus factores asociados, han sido poco explorados en cuidados paliativos (CP) en Latinoamérica. Objetivo: Determinar la calidad de vida profesional en CP y su relación con el autocuidado, la capacidad de atención plena y el sentido de vida. Método: Estudio observacional, de corte transversal. Participaron profesionales laborando en CP en Colombia. Se empleó el PROQOL para evaluar satisfacción por compasión (SC), Burnout y trauma secundario (TS), el PSCS para examinar autocuidado, el MAAS para examinar atención plena y la Escala dimensional de sentido de vida (EDSV). Se realizaron análisis descriptivos, correlacionales y de regresión múltiple. Resultados: participaron 108 profesionales. Edad promedio 38 años, 55% médicos, 73% mujeres, 32,4% reportaron elevada afectación del bienestar por la Covid-19. El 85% obtuvieron puntuaciones medias o altas en SC, el 75,9% en Burnout y el 81,5% en TS (con medianas de 42,5, 21 y 12, respectivamente). Hubo una correlación positiva y significativa entre PSCS, MAAS y EDSV con SC, pero negativa y significativa con Burnout y TS. En conjunto, la SC, el MAAS y el autocuidado social tuvieron un efecto predictivo negativo sobre los niveles

- 1 Ana María Restrepo Siegert. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Colombia. ORCID: 0000-0002-2766-7134.4  
E-mail: Anamariarestrepos@gmail.com
  - 2 Mónica María Restrepo Soto. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0001-7038-3463  
E-mail: monicasotorpo@gmail.com
  - 3 Carolina Palacio. Grupo de dolor y cuidado paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia; Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas, Auna, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0002-2683-7242  
E-mail: caropalacio82@hotmail.com
  - 4 John Jairo Vargas. Grupo de dolor y cuidado paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia; Instituto de Cancerología, Clínica Las Américas, Auna, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0003-2041-1977  
E-mail: sana@une.net.co
  - 5 Sandra Liliana Parra. Grupo de dolor y cuidado paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia; Clínica El Rosario, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0003-2920-3963  
E-mail: slparrac@gmail.com
  - 6 Consuelo Mesa. Grupo de dolor y cuidado paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia; Unidossis, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0003-0687-094X  
E-mail: mesa12@yahoo.com.co
  - 7 Alicia Krikorian. Grupo de dolor y cuidado paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. ORCID: 0000-0003-2118-5692  
E-mail: aliciakriko@gmail.com
- \* Dirección de correspondencia: Alicia Krikorian. Grupo de dolor y cuidado paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Calle 78 B No 72 A-109. Universidad Pontificia Bolivariana, Campus de Robledo, Medellín, Colombia. E-mail: aliciakriko@gmail.com

de Burnout ( $R^2=0,535$ ). Conclusiones: Aunque la mayoría de participantes están satisfechos con su labor, los índices de Burnout y TS fueron elevados durante el período de pandemia. El en conjunto, la satisfacción por compasión, la atención plena y el autocuidado social predijeron niveles menores de Burnout, indicando potenciales vías de apoyo para quienes ejercen CP.

**Palabras clave:** Agotamiento profesional, desgaste por empatía, satisfacción en el trabajo, autocuidado, atención plena, espiritualidad, cuidados paliativos

## [en] Professional quality of life of palliative care staff and its relationship with selfcare, mindfulness and meaning of life

**Abstract.** Introduction. Professional quality of life (involving compassion satisfaction and compassion fatigue) and its related factors have been poorly explored in Palliative Care (PC). Objectives. To determine the professional quality of life of PC practitioners in Colombia and its relationship with self-care, mindfulness and meaning of life. Methods. Observational cross-sectional study. Practicing professionals of PC of Colombia were invited. Compassion Satisfaction (CS), Burnout, and Secondary Trauma (ST) were assessed using PROQOL; selfcare was examined using PSCS; MAAS was used to assess Mindfulness capacity, and the Dimensional Scale of sense of life (EDSV) was also employed. Descriptive correlational, and multiple regression analyses were performed. Results. One-hundred and eight participants participated; mean age of 38 years, 73% women, 32,4% indicated high impact on their wellbeing due to Covid-19; 85% of participants showed medium-high scores on CS, 75,9% on Burnout, and 81,5% on ST (median scores of 42.5, 21, and 12, respectively). Scores on PSCS, MAAS and EDSV positively and significantly correlated with CS, and were negatively and significantly related with Burnout and ST. Altogether, SC, MAAS and social selfcare had a negative predictive effect on Burnout levels ( $R^2=0.538$ ). Conclusion. Although most participants were satisfied with their jobs, scores on Burnout, and TS were high during the Pandemic. Together, compassion satisfaction, mindfulness and social selfcare were predictive of lower levels of Burnout, signaling potential lines of intervention for PC practitioners.

**Keywords:** Burnout, compassion fatigue, job satisfaction, self care, mindfulness, spirituality, palliative care

**Sumario:** 1. Introducción 2. Método 3. Análisis de datos 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Agradecimientos 8. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Restrepo Siegert AM, Restrepo Soto MM, Palacio C, Vargas JJ, Parra SL, Mesa C, Krikorian A. Calidad de vida profesional de quienes laboran en cuidados paliativos y su relación con el autocuidado, la atención plena y el sentido de vida. *Psicooncología* 2023; 20: 357-372. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.88671>

## 1. Introducción

La calidad de vida profesional hace referencia tanto a los aspectos positivos como negativos derivados de labores relacionadas con el cuidado e involucra la satisfacción por compasión (SC) y la fatiga por compasión (FC)<sup>(1)</sup>. La SC hace referencia al grado de gozo que se experimenta por cuidar o ayudar a otros<sup>(2)</sup>, mientras que la FC es el impacto físico, emocional y espiritual derivado de presenciar el sufrimiento<sup>(2)</sup>. La FC a su vez, está compuesta por el Burnout, referido al agotamiento emocional, cinismo/despersonalización, y sentimientos de ineficacia en respuesta a estresores laborales crónicos<sup>(3)</sup> y el trauma secundario (TS), que implica la exposición secundaria a personas que han experimentado eventos estresantes traumáticos o extremos y puede manifestarse como trastorno de estrés postraumático<sup>(1)</sup>.

La calidad de vida profesional es cada vez más relevante. Por ejemplo, se ha identificado que el Burnout y el TS tienen impactos negativos en la calidad de atención de los pacientes y en la dificultad para promover y mantener la calidad de vida, así como en la salud física y mental del personal de salud y en su desempeño laboral<sup>(4)</sup>, pudiendo reducir la posibilidad de llevar a cabo un cuidado compasivo<sup>(5)</sup>. Al respecto, Zhang et al., identificaron una relación inversa entre el Burnout y la FC con la SC, siendo esta última un factor protector que disminuye el riesgo de experimentación de Burnout y FC<sup>(6)</sup>.

La atención por cuidados paliativos (CP) implica la exposición al sufrimiento de pacientes con enfermedades avanzadas y en situación de fin de vida, pudiendo generar un alto impacto emocional en el personal<sup>(7)</sup>; a esto se suma la sobrecarga laboral, secundaria al poco desarrollo de los CP en algunos países y al déficit de profesionales entrenados en esta área, frente a una población con necesidades de atención cada vez mayores<sup>(8)</sup>. Contradictoriamente el acto de acompañar a quienes sufren puede llevar a la obtención de satisfacción laboral, derivada de experiencias significativas con los pacientes las que, a su vez, pueden llevar a un crecimiento personal y espiritual e impactar positivamente en el sentido de vida<sup>(9)</sup>.

En una revisión sistemática sobre Burnout en profesionales médicos se estimó una prevalencia del 44 al 50%<sup>(10)</sup>; mientras que en revisiones sistemáticas de profesionales que laboran en CP se han visto prevalencias de Burnout de 17%<sup>(11)</sup> al 33,3%<sup>(12)</sup>, posiblemente asociadas a la SC y al entrenamiento en habilidades emocionales<sup>(7)</sup>. Un estudio realizado en profesionales en CP de Brasil y España evidenció altos niveles de SC en el 48% de profesionales de España y el 60% en Brasil, niveles intermedios de FC en el 62% de profesionales en España y el 56% en Brasil, y niveles bajos de Burnout en el 65% y 68% en España y Brasil, respectivamente<sup>(13)</sup>.

El cuidar puede traer consigo la necesidad de cuidar de sí mismo<sup>(5)</sup>, teniendo esto un impacto en la atención clínica y contrarrestando la FC y el Burnout<sup>(4)</sup>. Se ha identificado la capacidad de atención plena como una estrategia de autocuidado, pudiendo mejorar el autoconocimiento y la empatía de los profesionales, además de permitir la atención de las necesidades propias y de los pacientes y el desarrollo de estrategias de autorregulación emocional<sup>(7)</sup>.

Otros estudios han evidenciado una correlación positiva entre el autocuidado, la atención plena y la SC, y negativa con el Burnout y la FC<sup>(14)</sup>. Un ejemplo de esto fue un estudio multicéntrico realizado en España, Argentina y Brasil en donde se encontraron altos niveles de atención plena y de SC en los tres países participantes, mientras que España y Argentina presentaron niveles bajos-medios de Burnout y FC y Brasil unos niveles altos. Previamente en España también se demostró la relación inversa del Burnout y la FC, con la SC, el autocuidado y la atención plena<sup>(15)</sup>.

Con referencia al sentido de vida, un estudio realizado en enfermeras que laboran en hospicios en EE.UU mostró una correlación positiva entre sentido de vida, afecto positivo y autoestima, y una correlación negativa entre el sentido de vida y Burnout, malestar psicológico y afecto negativo<sup>(9)</sup>; mientras otro estudio, también en personal de enfermería, corrobora el papel protector del sentido de vida frente al Burnout<sup>(16)</sup>.

En Latinoamérica, los CP tuvieron su inicio en los años 80 y han venido mostrando un desarrollo constante. Sin embargo, aún son muchas las necesidades asistenciales y los servicios existentes siguen siendo insuficientes, así como la oferta educativa, lo que se traduce en pocos profesionales entrenados disponibles<sup>(17)</sup>.

Desafortunadamente, pocas investigaciones examinan la calidad de vida profesional en quienes laboran en CP en la región, así como sus factores de riesgo y de protección. Por tanto, el presente estudio buscó determinar la calidad de vida profesional en quienes laboran en CP en Colombia, lo que permitirá ampliar el conocimiento sobre las implicaciones de su labor, poder comparar con los resultados obtenidos en otras poblaciones y proponer estrategias tanto a nivel personal como laboral que favorezcan el bienestar de los profesionales.

## 2. Método

### *Tipo de estudio y población*

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal, que contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Pontificia Bolivariana. Participaron profesionales (médicos, enfermeros profesionales, psicólogos, trabajadores sociales) que laboran en CP en Colombia y hacen parte de tres asociaciones y redes científicas relacionadas con la disciplina: Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP), Asociación Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC) y Red Nacional de Atención Psicosocial en Oncología y Cuidados Paliativos (REPSOCUP).

La población total es aproximadamente de 450 profesionales y, suponiendo una tasa de respuesta del 33% según reportes en estudios similares (7), se calculó una muestra de 148 participantes. Se incluyeron personas en entrenamiento con prácticas en CP. Se excluyeron quienes no estuvieran activos laboralmente en los últimos 6 meses o más.

### *Técnicas e instrumentos de recolección*

Se elaboró un instrumento para recoger datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, número de hijos, ciudad, religión) y relacionados con la labor (profesión, entrenamiento en CP, ámbito donde labora, porcentaje de tiempo laboral dedicado a los cuidados paliativos, tiempo promedio en horas que labora por semana, tiempo de experiencia laboral en CP). Puesto que después de la aprobación del proyecto surgió la situación de pandemia por COVID-19, se decidió incluir variables relacionadas con esta, como la atención virtual o presencial de pacientes con COVID-19 y el impacto en el bienestar global percibido.

La Calidad de Vida Profesional se examinó usando el ProQOL IV (*Professional Quality of Life Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, version IV*) (1). Consta de 30 preguntas tipo Likert de seis puntos que evalúan tres dimensiones: satisfacción por compasión (SC), Burnout y estrés traumático secundario (ET). Cada dimensión tiene un rango de puntuación de 0-50. Se utilizó la versión IV traducida al español por Morante et al. y validada en 2017 por Galiana et al.<sup>(13)</sup>. Las subescalas de SC y ET obtuvieron alfas de Cronbach de 0,774 y 0,782 respectivamente; mientras que para Burnout fue de 0,537, indicando una confiabilidad media<sup>(13)</sup>.

Para evaluar la capacidad de atención plena se empleó el *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS); consta de 15 preguntas medidas usando una escala Likert de seis puntos, que evalúan la atención y conciencia en el momento presente en una única dimensión, con un rango de puntuación de 15 a 90 (18). Se utilizó la traducción

al español por Soler et al.<sup>(19)</sup> validada en Colombia<sup>(20)</sup>, cuyo alfa de Cronbach fue de 0,92 (IC95%: 0,91-0,93), indicando una excelente confiabilidad.

El autocuidado profesional se evaluó empleando el instrumento *Professional Self-Care Scale* (PSCS), con versiones originales en inglés y español, desarrollado en España para medir el autocuidado de los profesionales en CP. Consta de 9 ítems calificados en una escala Likert de cinco puntos; incluye un factor general de autocuidado (rango de puntuación 9-45) y tres subescalas: autocuidado físico, interno (mental) y social, cada una con rango de puntuación de 0-15, con alfas de Cronbach de 0,62, 0,84 y 0,53<sup>(4)</sup>, respectivamente.

La Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)<sup>(21)</sup> se empleó para examinar el sentido de vida. Consta de 18 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos; permite obtener la puntuación global y de dos subescalas: propósito vital (metas, proyecto de vida, satisfacción con la vida) con un rango de 0-39, y coherencia existencial (construcción de identidad, búsqueda de significado) con un rango de 0-15. Fue desarrollada en Colombia en 2011 y obtuvo coeficientes alfa de Cronbach de 0,94 para el resultado global, y de 0,95 y 0,75 para propósito vital y coherencia existencial respectivamente<sup>(21)</sup>.

### *Procedimiento*

Posterior a la aprobación ética, se enviaron invitaciones a participar entre septiembre de 2020 y marzo de 2021, por medio de las asociaciones. Se hicieron dos recordatorios semanales, para favorecer la participación. La encuesta se realizó empleando una plataforma virtual, previo consentimiento informado y garantizando el anonimato y la privacidad de las respuestas.

## **3. Análisis de datos**

Los datos se recolectaron en una base de datos en Excel y fueron analizados empleando el Paquete Estadístico Jamovi versión 1.6.23. Se calcularon las puntuaciones totales de cada escala y de sus subescalas. Se obtuvieron análisis estadísticos descriptivos de las variables discontinuas (frecuencias absolutas y relativas) y medidas de tendencia central y dispersión de las variables continuas (medianas y rangos intercuartílicos, RIQ). La distribución de los datos fue no normal, por lo cual se emplearon pruebas no paramétricas. Se examinó la relación entre las variables sociodemográficas y las de estudio empleando análisis correlacionales y comparativos y se realizaron análisis de regresión lineal múltiple.

## **4. Resultados**

### *Variables sociodemográficas y laborales*

En total participaron 108 profesionales, para una tasa de respuesta esperada del 24%. La edad promedio fue 38 años (mediana 35, RIQ 12), la mayoría (73%) fueron mujeres, 49% estaban casados o en unión libre, 41% no tenían hijos, 74% estaban

adscritos a una religión (pero solo 44% la practicaba). Los participantes trabajaban principalmente en las ciudades de Medellín, Bogotá, Cali y Pereira.

El 55% de los participantes fueron médicos. En cuanto a la formación, 55% había realizado una especialización médico-quirúrgica o maestría en CP. La mediana de años de experiencia en CP fue de 4 (RIQ 6). Un 57% laboraban en hospitalización, 54% en consulta externa, 35% en atención domiciliaria y 31% en instituciones educativas.

En cuanto a la atención de pacientes con COVID-19, un 9.3% de profesionales la realizaba de forma presencial frecuentemente y un 11.1% hizo atención virtual frecuentemente. El 32,4% de los encuestados reportaron mucha o muchísima afectación de su bienestar global por la situación de pandemia (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales

Variables continuas	Media	DE	Percentiles			RIQ
			25	50	75	
Edad	38,2	10,2	31,0	35,5	43,8	12,8
Porcentaje del tiempo que dedica a los CP	75,1	26,7	70,0	80,0	100	50,0
Horas laboradas	39,1	20,3	25,0	45,0	50,0	25,0
Años CP	6,64	6,71	2,00	4,00	8,00	6,00
Variables discontinuas	Categoría	N (%)				
Sexo	Mujer	76 (73,8%)				
	Hombre	27 (26,2%)				
Estado civil	Casado o unión libre	51 (49,5%)				
	Soltero	44 (42,7%)				
	Separado o divorciado	8 (7,8%)				
Número de hijos	0	61 (59,2%)				
	1	21 (20,4%)				
	2	17 (16,5%)				
	3	3 (2,9%)				
	Mas de 4	1 (1,0%)				
Religión	Adscrito y la practica	46 (44,7%)				
	Adscrito, no la practica	31 (30,1%)				
	No adscrito	26 (25,2%)				
Ciudad	Medellín	42 (40,8%)				
	Bogotá	29 (28,1%)				
	Pereira	9 (8,9%)				
	Cali	8 (7,8%)				
	Otras (Cartagena, Armenia, Bucaramanga, Neiva, Pasto, Rionegro, Risaralda, Sogamoso, Yopal)	14 (14,0%)				
	Profesión	Médico	58 (55,2%)			
Enfermero		16 (15,2%)				
Psicólogo		18 (17,1%)				
Trabajador Social		6 (5,7%)				
Otra		7 (6,7%)				

<b>Entrenamiento en cuidado paliativo</b>	Entrenamiento formal de tipo no presencial (masters y especializaciones ofrecidas virtualmente)	7 (6,5%)
	Entrenamiento formal de tipo presencial especialización médico-quirúrgica	41 (38,0%)
	Entrenamiento formal de tipo presencial o semipresencial especialización no médico-quirúrgica	19 (17,6%)
	Entrenamiento formal tipo maestría	10 (9,3%)
	Entrenamiento no formal a través de cursos o seminarios	8 (7,4%)
	Entrenamiento no formal a través de diplomaturas	21 (19,4%)
	Sin entrenamiento	2 (1,9%)
<b>Ámbito laboral</b>	Hospitalización	62 (57,4%)
	Consulta Externa	59 (54,6%)
	Atención Domiciliaria	38 (35,4%)
	Instituciones Educativas	34 (31,5%)
<b>Atención COVID presencial</b>	Frecuentemente	10 (9,3%)
	Ocasionalmente	3 (2,8%)
	No	67 (62,4%)
<b>Atención COVID virtual</b>	Frecuentemente	12 (11,1%)
	Ocasionalmente	24 (22,2%)
	No	72 (66,7%)
<b>Afección del bienestar global por la pandemia</b>	Muchísimo	9 (8,3%)
	Mucho	26 (24,1%)
	Moderadamente	44 (40,7%)
	Un poco	27 (25%)
	Para nada	2 (1,9%)
<b>Asociaciones a las que pertenecen</b>	ACCP	46 (42,6%)
	REPSOCUP	8 (7,4%)
	ASOCUPAC	29 (26,9%)
	Otra/ninguna	40 (37,0%)

DE Desviación Estándar; RIQ Rango intercuartílico; CP Cuidados Paliativos; ACCP Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos; REPSOCUP Red Nacional de Atención Psicosocial en Oncología y Cuidados Paliativos; ASOCUPAC Asociación Cuidados Paliativos de Colombia

### *Variables de estudio*

En cuanto a la calidad de vida profesional, se encontró una mediana para SC de 42.5 (RIQ 7), 16 profesionales obtuvieron puntuaciones bajas (14.8%), 72 medias (66,7%) y 20 altas (18,5%). La mediana de Burnout fue de 21 (RIQ 7); 26 profesionales obtuvieron puntuaciones bajas (24.1%), 58 medias (53,7%) y 24 altas (22,2%); mientras que el TS obtuvo una mediana de 12 (RIQ 7), donde 20 profesionales obtuvieron puntuaciones bajas (18,5%), 62 medias (57,4%) y 26 altas (24,1%).

En el MAAS se obtuvo una mediana de 65.5 (RIQ 21.3). La mediana del autocuidado total fue de 34 (RIQ 9), donde predominó el autocuidado social. El sentido de vida global tuvo una mediana de 34 (RIQ 4), el propósito vital de 21 (RIQ 2) y la coherencia existencial de 13 (RIQ3; Tabla 2).

Tabla 2. Resultados descriptivos de las pruebas administradas

VARIABLE	Media	DE	Mínimo	Máximo	Percentil			RIQ
					25	50	75	
PROQOL SC	42,3	4,32	32	50	39,0	17,0	46,0	7,00
PROQOL BO	21,0	5,97	9	39	42,5	21,0	24,0	7,00
PROQOL TS	13,1	7,28	2	40	8,00	12,0	15,0	7,00
MAAS	64,7	15,4	25	89	54,8	65,5	76,0	21,3
PSCS TOTAL	32,8	6,98	13	45	29,0	34,0	38,0	9,00
PSCS FÍSICO	9,94	3,11	3	15	7,75	10,0	12,0	4,25
PSCS INTERNo	10,9	3,03	3	15	7,75	11,0	13,0	4,00
PSCS SOCIAL	12,0	2,55	3	15	11,0	12,0	14,0	3,00
EDS TOTAL	33,0	3,19	22	39	31,0	34,0	35,0	4,00
EDS PV	20,8	1,76	16	25	20,0	21,0	22,0	2,00
EDS CE	12,2	2,59	3	15	11,0	13,0	14,0	3,00

DE desviación estándar; RIQ rango intercuartílico

PROQOL: cuestionario de calidad de vida profesional; SC satisfacción por compasión; BO burnout; TS trauma secundario; MAAS escala de capacidad de atención plena y mindfulness; PSCS escala de autocuidado profesional; EDS escala de sentido de vida; PV propósito vital; CE coherencia existencial.

### *Análisis correlacionales y comparativos*

Se obtuvieron correlaciones de Spearman, dada la distribución no normal de las variables. Se encontró una correlación positiva y significativa entre la SC y todas las demás escalas y subescalas, excepto la subescala de propósito vital del sentido de vida. Por su parte, el Burnout y el TS correlacionaron de forma negativa y significativa con el MAAS, el autocuidado total y el sentido de vida total. Adicionalmente, el Burnout correlacionó de forma negativa y significativa con las subescalas de autocuidado físico, interno y social y la subescala de coherencia existencial, pero no con propósito vital; mientras que la correlación entre TS y las subescalas de autocuidado social y coherencia existencial fue también negativa y significativa. Cabe anotar que la fuerza de las correlaciones fue baja (ver matriz de correlaciones en la Tabla 3).

Con respecto a la correlación entre la calidad de vida profesional y las variables sociodemográficas y laborales, se encontraron algunas correlaciones significativas, aunque de fuerza baja: para los años de experiencia en CP se encontraron correlaciones positivas y significativas con la SC ( $f=0,190$ ;  $p=0,050$ ), y negativas y significativas con el Burnout ( $f=-0,203$ ;  $p=0,036$ ) y el TS ( $f=-0,229$ ;  $p=0,018$ ). Asimismo, hubo una correlación positiva y significativa entre las horas laboradas por semana y el TS ( $f=0,195$ ,  $p=0,043$ ), y una correlación negativa y significativa entre el número de hijos y el Burnout ( $f=-0,225$ ,  $p=0,022$ ).

Al comparar las puntuaciones de calidad de vida entre los grupos no se encontraron diferencias para sexo, estado civil, la ciudad donde se laboraba, tipo de entrenamiento en CP, el ámbito de atención a pacientes (hospitalario, consulta externa o domiciliario), atención presencial o virtual a pacientes con COVID-19 o la asociación a la que se perteneciera. El personal no médico tuvo puntuaciones más elevadas en Burnout frente al personal médico ( $f=8,504$ ;  $p=0,004$ ; medias de 22,9 vs 19,5), al igual que en las puntuaciones de TS ( $f=7,341$ ,  $p=0,008$ ; medias de 15,3 vs. 11,4). No hubo diferencias significativas entre la SC y el tipo de profesión.



Tabla 3. Matriz de correlaciones

	PROQOL SC	PROQOL BO	PROQOL TS	MAAS	PSCS total	PSCS F	PSCS I	PSCS S	EDS total	EDS PV
<b>PROQOL SC</b>	—									
<b>PROQOL BO</b>	-0,536 p<,001 ***	—								
<b>PROQOL TS</b>	-0,351 p<0,001 ***	0,533 p<0,001 ***	—							
<b>MAAS</b>	0,295 p 0,002 **	-0,505 p<0,001 ***	-0,377 p<0,001 ***	—						
<b>PSCS total</b>	0,226 p 0,019 *	-0,381 p<0,001 ***	-0,290 p 0,002 **	0,454 p<0,001 ***	—					
<b>PSCS F</b>	0,214 p 0,026 *	-0,318 p<0,001 ***	-0,370 p<0,001 ***	0,344 p<0,001 ***	0,791 p<0,001 ***	—				
<b>PSCS I</b>	0,201 p 0,037 *	-0,225 p 0,019 *	-0,172 p 0,075	0,310 p 0,001 **	0,816 p<0,001 ***	0,465 p<0,001 ***	—			
<b>PSCS S</b>	0,200 p 0,038 *	-0,422 p<0,001 ***	-0,216 p 0,025 *	0,410 p<0,001 ***	0,753 p<0,001 ***	0,406 p<0,001 ***	0,493 p<0,001 ***	—		
<b>EDS total</b>	0,291 p 0,002 **	-0,354 p<,001 ***	-0,357 p<0,001 ***	0,544 p<0,001 ***	0,289 p 0,002 **	0,200 p 0,038 *	0,166 p 0,086	0,320 p<0,001 ***	—	
<b>EDS PV</b>	0,147 p 0,129	-0,108 p 0,264	-0,094 p 0,333	0,192 p 0,046 *	-0,012 p 0,904	-0,003 p 0,978	-0,013 p 0,890	-0,063 p 0,518	0,604 p<,001	—
<b>EDS CE</b>	0,264 p 0,006 **	-0,407 p<0,001 ***	-0,369 p<0,001 ***	0,562 p<0,001 ***	0,389 p<0,001 ***	0,256 p 0,008 **	0,201 p 0,037 *	0,492 p<0,001 ***	0,743 p<,001	-0,012 p 0,906

PROQOL: Cuestionario de calidad de vida profesional; SC Satisfacción por compasión; BO Burnout; TS Trauma secundario; MAAS Escala de Capacidad de atención plena y *mindfulness*; PSCS Escala de autocuidado profesional; PSCS F autocuidado físico; PSCS I Autocuidado interno; PSCS S Autocuidado social; EDS Escala de Sentido de vida; PV Propósito vital; CE Coherencia existencial.

Las personas que indicaron tener muchísima, mucha o moderada afectación de su bienestar global por la situación de pandemia, tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en TS ( $f=20,712$ ,  $p>0,001$ ); con puntuaciones medias de 17,67; 16,50; 12,77 vs 5,5 y 9,52 en quienes reportaron ninguna o poca afectación.

En cuanto a la religión, hubo diferencias estadísticamente significativas en puntuaciones de Burnout ( $f=4,17$ ,  $p=0,020$ ), con medias más elevadas para quienes están adscritos a una religión, pero no la practican (23,8) vs. quienes están adscritos y la practican (19,9) o no están adscritos (20,2).

Quienes trabajan en instituciones educativas obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en SC ( $f=15,41$ ,  $p=<0,001$ , media 44,5 vs, 41,4) y puntuaciones significativamente menores en Burnout ( $f=10,11$ ,  $p=0,002$ , media 18,5 vs, 22,1) y TS ( $f=7,36$ ,  $p=0,008$ , media 10,7 vs, 14,2).

### Predictores del burnout

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el Burnout como variable dependiente y SC, MAAS, autocuidado social, propósito vital y coherencia existencial como variables independientes (Tabla 4). Se observó que la SC, MAAS y autocuidado social tuvieron un efecto predictivo negativo sobre los niveles de Burnout ( $R^2=0,535$ ;  $t=-591$ ;  $-3,98$ ;  $-3,83$ , respectivamente,  $p \leq 0,01$ ) siendo este el modelo predictor de la variabilidad del Burnout. En síntesis, la satisfacción por compasión, la capacidad de atención plena y autocuidado social influyen de forma inversa y significativa sobre el Burnout.

Tabla 4. Análisis de regresión lineal

Predictor	B	t	p	R	R <sup>2</sup>
Contraste	60,966	14,62	<,001	0,731	0,535
Satisfacción por compasión	-0,576	-5,91	<,001		
Atención plena	-0,120	-3,98	<,001		
Autocuidado social	-0,658	-3,83	<,001		

$P \leq 0.001$ ; Variable dependiente: Burnout; Variables Independientes: Satisfacción por compasión; atención plena y autocuidado social

## 5. Discusión

Este estudio tuvo como propósito examinar la calidad de vida profesional del personal que labora en CP en Colombia y analizar la relación de la SC, el Burnout y el TS con el autocuidado, la capacidad de atención plena y el sentido de vida, así como con algunas variables sociodemográficas y laborales. Los datos fueron recogidos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

En cuanto a la calidad de vida profesional, los resultados de este estudio indican que el 18.5% de los profesionales presentan SC, mientras que un 24.1% tiene puntuaciones elevadas en TS y hasta un 22% en Burnout, cuya puntuación media fue de 21 lo que difiere de lo reportado en la literatura. Estos resultados son llamativos al comparar con el estudio de Galiana et al. realizado en 2017, donde la puntuación media de Burnout fue de 15 tanto para España como para Brasil, el 1,8% de los profesionales de España indicaron experimentar niveles altos de Burnout, y en Brasil el 3.3% de los profesionales indicaron experimentar Burnout<sup>(13)</sup>. Sin embargo, los resultados obtenidos en la variable de TS (cuya media fue 13) y la SC (media 42,5) fueron similares, con medias de 12 y 14 para TS y para SC de 41 tanto en España y Brasil<sup>(13)</sup>.

Los profesionales no médicos tales como enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales de nuestro estudio obtuvieron puntuaciones más altas en Burnout y TS. Estos resultados podrían explicarse por el hecho que estos profesionales se exponen más frecuentemente al sufrimiento de los pacientes de formas diversas a los médicos. Por ejemplo, las enfermeras son quienes más continua y directamente deben enfrentarse a pacientes en sufrimiento, con dolor, y en proceso de muerte<sup>(22)</sup>, además de tener turnos laborales extensos<sup>(23)</sup> y poca autonomía para la toma de decisiones, lo que

puede conllevar pobre satisfacción laboral<sup>(24)</sup>. Por su parte, los trabajadores sociales acompañan de cerca el duelo, no solo de los pacientes sino de sus familias<sup>(25)</sup>, y suelen intervenir situaciones sociofamiliares y económicas complejas; mientras los psicólogos atienden a pacientes y familias con intenso malestar emocional, situaciones que conllevan dificultad en la adaptación, conflicto o psicopatología, y en procesos de duelo<sup>(26)</sup>. Estas exposiciones fueron especialmente agudas durante la pandemia y en países con limitados recursos asistenciales<sup>(27)</sup>.

En una revisión sistemática realizada en 2017<sup>(11)</sup> para diferenciar la prevalencia de Burnout según diferentes profesiones en CP, se encontró que su prevalencia total fue del 17%, mientras que el 18.6% de las enfermeras y el 15,1% de los médicos indicaron Burnout. En esta revisión solo se incluyó un estudio realizado con trabajadores sociales, resultando evidente la escasez de estudios en el área psicosocial. La prevalencia de Burnout en este grupo fue del 27%<sup>(12)</sup>, siendo más elevada que en otras profesiones. En uno de los estudios incluido en dicha revisión, Koh et al. encontraron que los médicos obtuvieron una prevalencia de Burnout del 41,9% y las enfermeras del 31,2%, sin que estas diferencias se consideraran significativas<sup>(12)</sup>, pero evidenciando que la prevalencia del Burnout puede variar en función de los diferentes contextos culturales y laborales.

Un estudio que evaluó el Burnout en trabajadores sociales en CP, en el contexto de hospicios, indicó puntuaciones bajas a moderadas en despersonalización, fatiga emocional y baja realización personal; el Burnout mostró una correlación positiva entre la despersonalización y la ansiedad hacia la muerte, mientras que los principales factores asociados a la Burnout fueron la alta carga laboral y el pobre soporte emocional del equipo<sup>(25)</sup>.

Por otro lado, un estudio Canadiense que evaluó la calidad de vida profesional en CP, encontró mayores niveles de FC y Burnout en quienes proporcionan apoyo psicológico a los pacientes o familias y a otros miembros del equipo, sin embargo, no se especificó si eran psicólogos, trabajadores sociales, médicos o enfermeros<sup>(28)</sup>. Por su parte, una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de Burnout en profesionales de CP<sup>(29)</sup> no encontró diferencias significativas en la prevalencia de Burnout entre médicos y enfermeras; los amplios rangos de las prevalencias encontradas en los diferentes estudios dificultó la generalización de los resultados<sup>(29)</sup>.

Nuestro estudio encontró una correlación inversa entre el Burnout y SC y una correlación directa entre el Burnout y el TS, lo cual refleja que son conceptos relacionados, pero diferentes<sup>(1)</sup>. Estos hallazgos son congruentes con las correlaciones encontradas en estudios previos<sup>(7,30)</sup>.

Con respecto a la relación entre la calidad de vida profesional y el autocuidado, en nuestro estudio el Burnout estuvo inversamente relacionado con el autocuidado, tanto total como en cada una de sus esferas (física, interna y social). El TS tuvo una relación inversa con el autocuidado total y sus esferas física y social, aunque en menor magnitud, lo que posiblemente se podría explicar por el hecho de que el TS refleja un estado más agudo<sup>(1)</sup>, que no necesariamente tenga relación directa y estrecha con todas las formas de autocuidado.

De igual modo, se identificó una correlación inversa entre el Burnout, el TS y la capacidad de atención plena. Esta capacidad ha sido considerada un factor protector en anteriores estudios<sup>(7,31)</sup>; por ejemplo, en el estudio de Galiana et al. se encontró que la atención plena favorecía el uso de estrategias de afrontamiento resilientes<sup>(32)</sup>. La atención plena y la autoconciencia que se logra a través de ella

permiten estar atento a las necesidades propias y no solo a las ajenas, favoreciendo tanto el autocuidado como la autocompasión<sup>(14)</sup>, permitiendo a su vez el crecimiento personal del profesional<sup>(33)</sup>. Igualmente, se encontró una relación directa entre el autocuidado y la atención plena, lo que confirma el mindfulness como una estrategia válida para el autocuidado<sup>(14)</sup>.

El sentido de vida, componente esencial de la dimensión espiritual<sup>(34)</sup>, es también necesario para el adecuado funcionamiento psicológico<sup>(9)</sup>, dado que favorece el bienestar global al facilitar sobrellevar situaciones de estrés, mejorar las estrategias de afrontamiento y promover hábitos saludables<sup>(35)</sup>. En enfermeras de un hospicio en Estados Unidos, la presencia de un fuerte sentido de vida estuvo inversamente relacionado con el Burnout<sup>(9)</sup>. Otro estudio en directores del programa de medicina familiar mostró que tener un sentido de vida reducía los niveles de Burnout y mejoraba la calidad de vida<sup>(36)</sup>. Sin embargo, hasta la fecha, no se cuenta con estudios que evalúen la relación entre el sentido de vida y la calidad de vida profesional en general. Los resultados de este estudio evidenciaron una correlación negativa entre el Burnout y TS y el sentido de vida global, principalmente con la subescala de coherencia existencial.

Al examinar el efecto conjunto de las variables de estudio sobre los niveles de Burnout, se encontró que los niveles de satisfacción por compasión, de atención plena y de autocuidado social influyen de forma y significativa sobre el burnout, reduciéndolo. EL sentido de vida, sin embargo, no tuvo influencia sobre el burnout. Estos resultados podrían señalar potenciales vías de intervención orientadas a disminuir el impacto de la labor en CP sobre variables que están bajo el control de los propios profesionales, es decir, incrementar la satisfacción relacionada con el ejercicio en CP, incrementar la capacidad de atención plena y favorecer estrategias de autocuidado relacionadas con la interacción social. Al respecto, las intervenciones basadas en mindfulness han demostrado disminuir el estrés laboral y el burnout en el personal de enfermería, a la vez que incrementan la satisfacción por compasión<sup>(37)</sup>. Una reciente revisión sistemática de la literatura encontró que la disposición a la atención plena fue una estrategia para luchar en contra del Burnout y que las intervenciones basadas en el desarrollo de la capacidad de atención plena disminuyeron el Burnout relacionado con el trabajo en salud<sup>(38)</sup>.

Finalmente, cabe anotar que en este estudio no se encontró una correlación entre el BO, la percepción de afectación del bienestar global derivado de la pandemia y la atención de pacientes con COVID 19 de forma presencial o virtual, mientras que las personas que indicaron tener muchísima, mucha o moderada afectación de su bienestar global por la situación de pandemia, tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en TS. De acuerdo con Donnelly<sup>(39)</sup>, el experimentar la pandemia y cuidar de otros durante esta, ha generado niveles de estrés secundario sin precedentes en los profesionales, lo que lleva a la necesidad de implementar medidas urgentes de autocuidado tanto a nivel personal como institucional.

### *Limitaciones del Estudio*

El tamaño de la muestra fue limitado y la tasa de respuesta fue más baja de lo esperado, probablemente por la sobrecarga laboral que implicó la pandemia. Al haberse realizado el estudio en dicho contexto, se desconoce si en otros momentos las variables estudiadas habrían arrojado resultados diferentes. Finalmente, todas las medidas fueron

auto reportadas; futuros estudios deberían incluir mediciones más objetivas de algunas variables, específicamente las relacionadas con lo laboral y el autocuidado.

## 6. Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permitieron identificar una descripción detallada del contexto de la calidad de vida profesional de quienes ejercen CP en Colombia, permitiendo evidenciar que casi uno de cada cinco profesionales presenta Burnout y casi uno de cada cuatro presenta TS, a la vez que un 85% de ellos indica estar medianamente a muy satisfecho con la labor.

Además, se encontró una asociación significativa entre el Burnout, el TS y la SC con el autocuidado, la capacidad de atención plena y el sentido de vida, indicando el valor protector de dichas variables en el bienestar de quienes laboran en CP.

Finalmente, es de anotar que algunas variables laborales, como el tiempo de práctica de los CP, las horas semanales dedicadas a la labor y la afectación percibida por la situación de pandemia contribuyen a la calidad de vida profesional. En su conjunto, los resultados de nuestro estudio indican la necesidad de establecer medidas tanto personales como institucionales orientadas a preservar el bienestar del personal de CP y prevenir consecuencias negativas derivadas de su labor.

## 7. Agradecimientos

Agradecemos a las Asociaciones y redes científicas participantes por su invaluable contribución en la recolección de datos.

## 8. Referencias bibliográficas

1. Stamm, BH. The Concise ProQOL Manual [Internet]. 2nd Ed. Pocatello; 2010. [Acceso 2 de mayo de 2023]. Disponible en: ProQOL.org.
2. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47:186-94. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>.
3. Maslach C. Burnout in health professionals. En: Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, et al., editores. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. 2.a ed. Cambridge University Press; 2007. p. 427-30. <https://doi.org/101017/CBO9780511543579094>.
4. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Benito E. Validation of a new instrument for self-care in spanish palliative care professionals nationwide. *Spanish J Psychol* 2015;18: E67. <https://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>.
5. Linzitto JP, Grance G. Health professionals' quality of life in relation to end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2017;11:306-9. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000307>.
6. Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97: e11086. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>.

7. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage* 2015;50:200-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>.
8. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol* 2017;115:637-41. <https://doi.org/10.1002/jso.24585>
9. Barnett MD, Moore JM, Garza CJ. Meaning in life and self-esteem help hospice nurses withstand prolonged exposure to death. *J Nurs Manag* 2019;27:775-80. <https://doi.org/10.1111/jonm.12737>.
10. Yates SW. Physician stress and burnout. *Am J Med* 2020;133:160-4. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>.
11. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBISIRIR-2016-003309*. *JBISIRIR* 2017; 15:1905-33. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2016-003309>.
12. Koh MYH, Chong PH, Neo PSH, Ong YJ, Yong WC, Ong WY, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliat Med* 2015; 29:633-42. <https://doi.org/10.1177/0269216315575850>.
13. Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53:598-604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>.
14. Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM, Mount D, et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life «being connected... A key to my survival». *JAMA* 2009; 301:1155-E1. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>.
15. Oliver A, Galiana L, Simone G de, Tomás JM, Arena F, Linzitto J, et al. Palliative Care professionals' inner lives: cross-cultural application of the awareness model of self-care. *Healthcare (Basel)* 2021; 9:81. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010081>.
16. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *Eur J Oncol Nurs* 2014;18:527-33. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>
17. Pastrana T, De Lima L. Palliative care in Latin America: Are we making any progress? assessing development over time using macro indicators. *J Pain Symptom Manage* 2022;63:33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.020>
18. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84:822-48. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
19. Soler J, Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, Alvarez E, et al. Psychometric properties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40:19-26.
20. Ruiz, FJ, Suárez-Falcón JC, Riaño-Hernández D. Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates. *Suma Psicológica* 2016; 23:18–24. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.02.003>.
21. Martínez-Ortiz E, Trujillo AM, Díaz del Castillo JP, Osma JJ. Desarrollo y estructura de la escala dimensional del sentido de vida. *Acta Colombiana de Psicología* 2011; 14:113-9.
22. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics* 2011;18:317-6. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>.

23. Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum OA, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev* 2017; 64:91-8. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>.
24. Chien WT, Yick SY. An Investigation of nurses' job satisfaction in a private hospital and its correlates. *Open Nurs J* 2016; 10:99-112. <https://doi.org/10.2174/1874434601610010099>.
25. Quinn-Lee L, Olson-McBride L, Unterberger A. Burnout and death anxiety in hospice social workers. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2014;10:219-39. <https://doi.org/10.1080/15524256.2014.938891>.
26. Răbu M, Moltu C, Binder PE, McLeod J. How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychother Res* 2016; 26:737-49. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>.
27. Pastrana T, De Lima L, Pettus K, Ramsey A, Napier G, Wenk R, et al. The impact of COVID-19 on palliative care workers across the world: A qualitative analysis of responses to open-ended questions. *Palliat Support Care* 2021; 19:187-92. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000298>.
28. 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. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>.
29. Dijkhoorn AQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliat Med* 2021; 35:6-26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>.
30. 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. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>.
31. Luken M, Sammons A. Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *Am J Occup Ther* 2016; 70:7002250020p1-7002250020p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016956>.
32. Benito E, Rivera P. El cultivo de la autoconciencia y el bienestar emocional en los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *RIECS*. 2019;4(S1):77-93. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.S1.115>.
33. Kearney M, Weinger R. Whole person self-care: Self-care from the inside out. En: Hutchinson TA, editor. *Whole Person Care*. New York, NY: Springer New York; 2011. p. 109-25. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9440-0\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9440-0_10).
34. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Cuidados paliativos e espiritualidade: revisao integrativa da literatura*. *Rev Bras Enferm* 2016; 69:591-601. <https://doi.org/10.1590/0034-71672016690324i>.
35. Hooker SA, Masters KS, Park CL. A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health. *Rev Gen Psychol* 2018; 22:11-24. <https://doi.org/10.1037/gpr0000115>.
36. Hooker SA, Post RE, Sherman MD. Awareness of meaning in life is protective against burnout among family physicians: A CERA Study. *Fam Med* 2020;52:11-6. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.562297>.

37. Green AA, Kinchen EV. The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses. *J Holist Nurs* 2021; 39:356-68. <https://doi.org/10.1177/08980101211015818>
38. Suleiman-Martos N, Gomez-Urquiza JL, Aguayo-Estremera R, Cañadas-De La Fuente GA, De La Fuente-Solana EI, Albendín-García L. The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 2020; 76:1124-40. <https://doi.org/10.1111/jan.14318>
39. Donnelly, GF. Secondary Stress and the COVID-19 Pandemic. *Holist Nurs Pract* 2021; 35:55. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000438>.