

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA CLÍNICA

**EFFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA TRANSGENERACIONAL, COMO FACTOR
PROTECTOR ANTE LA FATIGA POR COMPASIÓN EN VOLUNTARIOS DEL INSTITUTO
ONCOLÓGICO NACIONAL DE PANAMÁ, AÑO 2025**

MEILING ROSA ACEVEDO BALLESTEROS

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL GRADO
DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

ASESORA
LEYRA SANTAMARÍA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2025

Dedicatoria

*A ti, Elidenis, que viviste alegre, plena y sin miedo
Eres libre*

Agradecimientos

Con un profundo agradecimiento a todos los voluntarios hospitalarios, que, con su dedicación, paciencia, respeto y motivados por el amor, apoyan a las personas que sufren una enfermedad y a sus familiares.

Su entrega diaria y desinteresada, hace que el mundo sea más sensible y más humano ante el sufrimiento ajeno, donde nos recuerda que es posible un mundo mejor.

A mis profesores, que han enriquecido mi formación en el ámbito de la psicología con sus enseñanzas y aportaciones académicas.

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA	
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURA.....	viii
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	14
1.1 Antecedentes de la Fatiga por Compasión.....	15
1.2 Diferencias conceptuales: Fatiga por compasión y el síndrome de burnout.....	18
1.3 Prevención de la fatiga por compasión.....	19
1.4 Cáncer.....	23
1.5 Atención oncológica.....	25
1.6 Voluntariado oncológico.....	26
1.7 El sufrimiento existencial dentro de la oncología.....	27
1.8 Psicoterapia transgeneracional.....	29
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	33
2.1 Planteamiento del problema.....	34
2.2 Justificación.....	35
2.3 Objetivos.....	36
2.3.1 Objetivo general.....	36
2.3.2 Objetivos específicos.....	36
2.4 Hipótesis.....	37
2.4.1 Hipótesis nula.....	37
2.4.2 Hipótesis de investigación.....	37
2.4.3 Hipótesis estadísticas.....	37
2.5 Variables.....	43
2.5.1 Variable independiente.....	43
2.5.1.1 Definición conceptual.....	43
2.5.1.2 Definición operacional.....	43
2.5.2 Variable dependiente.....	43
2.5.2.1 Definición conceptual.....	43

2.5.2.2 Definición operacional.....	44
2.6 Población y muestra.....	44
2.6.1 Población.....	44
2.6.2 Muestra.....	45
2.7 Criterios de inclusión y exclusión.....	45
2.7.1 Criterios de inclusión.....	45
2.7.2 Criterios de exclusión.....	46
2.8 Tipo de investigación.....	46
2.9 Diseño de investigación.....	46
2.10 Diseño estadístico.....	47
2.11 Instrumento.....	48
2.12 Procedimiento.....	50
2.12.1 Primera etapa.....	50
2.12.2 Segunda etapa.....	52
2.12.3 Tercera etapa.....	62
2.13 Aval bioético.....	63
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	64
3.1 Resultados de los datos sociodemográficos del grupo control.....	65
3.2 Resultados de los datos sociodemográficos del grupo experimental.....	75
3.3 Resultados del grupo control pretest y postest.....	86
3.4 Resultados del grupo experimental pretest y postest.....	92
3.5 Análisis estadístico.....	98
3.6 Análisis inferencial.....	100
3.7 Resultados de las pruebas pretest y postest del grupo control.....	117
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	122
4.1 Discusión.....	123
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	129
5.1 Conclusión.....	130
5.2 Recomendaciones.....	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1 Distribución según sexo de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION) del grupo control	65
Tabla 2 Distribución por rango de edad de los voluntarios del grupo control del ION.....	66
Tabla 3 Distribución por escolaridad de los voluntarios del grupo control del ION.....	67
Tabla 4 Estado civil de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional del grupo control	68
Tabla 5 Distribución del grupo control según antecedente de haber sido paciente oncológico	69
Tabla 6 Distribución del grupo control según situación laboral de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION).....	70
Tabla 7 Distribución del grupo control de los voluntarios del ION según si tienen hijos	71
Tabla 8 Distribución según edades de los hijos de los voluntarios del ION del grupo control ...	72
Tabla 9 Distribución de los voluntarios del grupo control según sus años de servicio.....	73
Tabla 10 Distribución de los voluntarios del grupo control según el tipo de asociación a la que pertenecen.....	74
Tabla 11 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su sexo.....	75
Tabla 12 Distribución según su rango de edad de los voluntarios del ION del grupo experimental.....	76
Tabla 13 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su nivel de escolaridad.....	77
Tabla 14 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su estado civil.....	78
Tabla 15 Distribución de los voluntarios del grupo experimental en función de haber sido o no paciente oncológico.....	79
Tabla 16 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION en su Situación laboral.....	80
Tabla 17 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la presencia de hijos.....	81
Tabla 18 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la edad de sus hijos.....	82
Tabla 19 Distribución de voluntarios del grupo experimental según años de servicio.....	83

Tabla 20 Distribución de voluntarios del grupo experimental del ION por tipo de asociación.....	84
Tabla 21 Pretest y postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control.....	86
Tabla 22 Pretest y postest en la subescala de <i>burnout</i> del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control.....	88
Tabla 23 Pretest y postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control.....	90
Tabla 24 Pretest y postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario ProQOL del grupo experimental.....	92
Tabla 25 Pretest y postest en la subescala <i>burnout</i> del Cuestionario ProQOL del grupo experimental.....	94
Tabla 26 Pretest y postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental.....	96
Tabla 27 Comparación de las medias del pretest en la subescala de satisfacción por compasión entre el grupo experimental y el grupo control.....	101
Tabla 28 La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el pretest de la subescala satisfacción por compasión del grupo experimental y grupo control.....	101
Tabla 29 Medias del postest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción.....	103
Tabla 30 La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el postest de la subescala satisfacción por compasión del grupo experimental y grupo control.....	103
Tabla 31 Medias del pretest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción	105
Tabla 32 La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el pretest de la subescala fatiga por compasión del grupo experimental y grupo control.....	105
Tabla 33 Medias del postest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones de la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción	107
Tabla 34 La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el postest de la subescala fatiga por compasión del grupo experimental y grupo control.....	107

Tabla 35 Medias del pretest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala <i>burnout</i> del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción.....	109
Tabla 36 La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el pretest de la subescala <i>burnout</i> del grupo experimental y grupo control.....	109
Tabla 37 Medias del postest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala <i>burnout</i> del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción.....	111
Tabla 38 La <i>d</i> de Cohen como tamaño de efecto en el postest de la subescala <i>burnout</i> del grupo experimental y grupo control.....	111
Tabla 39 Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de satisfacción por compasión del grupo experimental.....	113
Tabla 40 Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de fatiga por compasión del grupo experimental.....	114
Tabla 41 Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de <i>burnout</i> del grupo experimental.....	116
Tabla 42 Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de satisfacción por compasión del grupo control.....	117
Tabla 43 Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de fatiga por compasión del grupo control.....	119
Tabla 44 Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de <i>burnout</i> del grupo control.....	120

ÍNDICE DE FÍGURA

	Páginas
Figura 1 Distribución según sexo de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional del grupo control.....	65
Figura 2 Distribución por rango de edad de los voluntarios del grupo control del ION.....	66
Figura 3 Distribución por escolaridad de los voluntarios del grupo control del ION.....	67
Figura 4 Estado civil de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional pertenecientes al grupo control.....	68
Figura 5 Distribución del grupo control según antecedente de haber sido paciente oncológico.....	69
Figura 6 Distribución según situación laboral de los voluntarios del ION del grupo control.....	70
Figura 7 Distribución del grupo control de los voluntarios del ION según si tienen hijos	71
Figura 8 Distribución según edad de los hijos de los voluntarios del ION del grupo control.....	72
Figura 9 Distribución de los voluntarios del grupo control según sus años de servicio.....	73
Figura 10 Distribución según asociación a la que pertenece el voluntariado del grupo control.....	74
Figura 11 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su sexo.....	75
Figura 12 Distribución según su rango de edad de los voluntariados del ION del grupo experimental.....	76
Figura 13 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su nivel de escolaridad.....	77
Figura 14 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su estado civil.....	78
Figura 15 Distribución de los voluntarios del grupo experimental en función de haber sido o no paciente oncológico.....	79
Figura 16 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su situación laboral.....	80
Figura 17 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la presencia de hijos.....	80
Figura 18 Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la edad de sus hijos.....	82
Figura 19 Distribución de voluntarios del grupo experimental según años de servicio.....	83
Figura 20 Distribución según tipo de asociación a la que pertenece el voluntario del ION del grupo experimental.....	85

Figura 21 Puntajes en el pretest y postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control.....	87
Figura 22 Puntajes en el pretest y postest en la subescala <i>burnout</i> del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control.....	89
Figura 23 Puntajes en el pretest y postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control.....	91
Figura 24 Puntajes en el pretest y postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental.....	93
Figura 25 Puntajes en el pretest y postest en la subescala <i>burnout</i> del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental.....	95
Figura 26 Puntajes en el pretest y postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental.....	97

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the effects of transgenerational psychotherapy as a possible protective factor against compassion fatigue in cancer volunteers at the National Cancer Institute of Panama. A quasi-experimental design with pretest and posttest measurements was used in a sample of twenty (20) volunteers. The dependent variable, compassion fatigue, was assessed using the Compassion Fatigue and Satisfaction Questionnaire (ProQOL-vIV), validated in the Panamanian context in 2022. The data obtained were normally distributed, so the paired t-test was used to determine the statistical significance of the effect of transgenerational psychotherapy on compassion fatigue. The results showed that there were no significant differences between the pretest and posttest scores, suggesting that transgenerational psychotherapy does not act as a protective factor in reducing the risk of compassion fatigue in cancer volunteers. Therefore, it is concluded that further research is needed into other therapeutic and preventive strategies that contribute to addressing this psychological phenomenon.

Keywords: transgenerational psychotherapy, compassion fatigue, cancer volunteers, ProQOL, protective factors, compassion satisfaction.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los efectos de la psicoterapia transgeneracional como posible factor protector frente a la fatiga por compasión en voluntarios oncológicos del Instituto Oncológico Nacional de Panamá. Se empleó un diseño cuasiexperimental con mediciones pretest y posttest en una muestra de veinte (20) voluntarios. La variable dependiente, la fatiga por compasión, se evaluó mediante el *Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción* (ProQOL-vIV), validado en el contexto panameño en el año 2022.

Los datos obtenidos presentaron una distribución normal, por lo que se utilizó la prueba t para muestras emparejadas con el fin de determinar la significancia estadística del efecto de la psicoterapia transgeneracional sobre la fatiga por compasión. Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre las puntuaciones pretest y posttest, lo que sugiere que la psicoterapia transgeneracional no actúa como factor protector para reducir el riesgo de fatiga por compasión en los voluntarios oncológicos. Por tanto, se concluye que es necesario continuar investigando otras estrategias terapéuticas y preventivas que contribuyan al abordaje de este fenómeno psicológico.

Palabras claves: psicoterapia transgeneracional, fatiga por compasión, voluntariado oncológico, ProQOL, factores protectores, satisfacción por compasión.

INTRODUCCIÓN

La fatiga por compasión se conceptualiza como un malestar físico y emocional derivado del contacto frecuente con el sufrimiento de personas enfermas, relacionado con la conexión empática al intentar aliviar la angustia del otro (Figley, 1995; Stamm, 2010). Este fenómeno ha cobrado mayor relevancia en la última década, especialmente tras la pandemia por COVID-19, periodo en el que los profesionales del sector salud y los voluntarios hospitalarios que tuvieron que hacer frente a jornadas prolongadas, una alta demanda de atención y una marcada vulnerabilidad emocional (Ruiz-Fernández et al., 2020).

El presente estudio tiene como propósito evaluar la efectividad de la psicoterapia transgeneracional como estrategia para disminuir la fatiga por compasión en los grupos de voluntariado del Instituto Oncológico Nacional (ION) de Panamá. Los voluntarios representan un componente esencial en la dinámica transdisciplinaria dentro de un hospital de alta complejidad, donde contribuyen significativamente al bienestar integral de los pacientes oncológicos. La investigación, además, busca desarrollar e implementar intervenciones de psicoeducación en autocuidado emocional, para brindar evidencia ante la ausencia en Panamá de programas orientados a la prevención de riesgos emocionales en contextos hospitalarios.

Este trabajo constituye también un aporte exploratorio en el estudio de la fatiga por compasión en voluntarios, ya que la literatura científica previa se ha centrado en personal de enfermería u otros profesionales de la salud (Cocker & Joss, 2016). Asimismo, se aporta evidencia cuantitativa sobre la aplicación de la psicoterapia transgeneracional, un enfoque que, hasta el momento, había sido evaluado principalmente mediante estudios cualitativos (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Sierra, 2017).

La investigación se organiza en cinco capítulos. El capítulo I desarrolla el marco teórico, e incluye los antecedentes del problema, las definiciones y las diferencias conceptuales sobre la fatiga por compasión, información general sobre el cáncer, la atención oncológica, el sufrimiento

existencial en oncología, el rol del voluntariado oncológico y los fundamentos de la psicoterapia transgeneracional.

El capítulo II expone el marco metodológico, abarcando el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, la hipótesis, las variables, la población y la muestra, el tipo y el diseño de investigación, el instrumento empleado, el “Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-vIV)”, y el procedimiento para la aplicación del protocolo de la psicoterapia transgeneracional de seis semanas.

En el capítulo III se presentan los resultados del análisis estadístico de las intervenciones realizadas en los grupos experimental y control, con una muestra conformada por veinte (20) voluntarios oncológicos. Se incluyen datos sociodemográficos y comparaciones pre (ante) y post (después) de la intervención del tratamiento psicoterapéutico, con un protocolo de seis semanas de duración.

El capítulo IV aborda la discusión de los hallazgos encontrados en la subescala aplicada para medir la satisfacción por compasión, en relación con la teoría de Stamm y otros autores, quienes sostienen que una mayor satisfacción por compasión se asocia con niveles más bajos de fatiga por compasión. En el presente estudio no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el posttest del grupo experimental con respecto al control.

En el capítulo V se exponen las conclusiones. Al aceptarse la hipótesis nula, se plantea la necesidad de continuar con investigaciones que profundicen en este fenómeno psicológico, con el fin de diseñar programas institucionalizados de prevención e intervención, orientados a proteger el bienestar emocional de las personas que ejercen labores de cuidado.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la Fatiga por Compasión

La fatiga por compasión es un término que ha ido evolucionando desde su primera aparición con Figley, en 1971, quien informó de los primeros casos de personas que presentaban síntomas tras atender a veteranos de la guerra de Vietnam durante las décadas de 1960 y 1970 (Figley, 1971, citado por Cáceres-Rivera, 2020, p. 118). Posteriormente, en 1992, Carla Joinson identificó en un grupo de enfermeras de urgencias comportamientos como agotamiento persistente, elevada carga emocional, pensamientos intrusivos, reexperimentación de situaciones de estrés, tensión emocional, dolencias físicas, aprehensión hacia el trabajo con sentimiento de fracaso, culpa, irritabilidad y falta de satisfacción en la vida. Sin embargo, en aquella época no se precisó la conceptualización del fenómeno (Joinson, 1992, citado por Myezyentseva, 2014, p. 5).

En 2002, Charles Figley definió la fatiga por compasión como la respuesta empática al sufrimiento ajeno, que implica la intención o la acción de aliviar ese malestar, y la identificó como una forma de agotamiento que proviene de la empatía.

Este fenómeno está relacionado con el trauma y, en el contexto de la relación de ayuda, puede verse afectado por emociones intensas con estrés que surgen de la movilización y el deseo de salvaguardar al que sufre, lo que tiene un impacto tanto en la persona atendida como en la que atiende (Cardona, 2012).

Se ha asociado positivamente un elemento preventivo que es la satisfacción que produce la gratificación que se experimenta al cuidar a otro (Bride et al., 2007; Delaney, 2018). El balance entre satisfacción con la aparición de malestares de la fatiga por compasión, es el resultado de una relación inversa: cuando la satisfacción es alta, la fatiga por compasión disminuye, y viceversa.

En la revisión bibliográfica, se encontró que la terminología puede variar en función del autor, aunque suele referirse a los mismos conceptos, lo que puede causar confusión. A continuación, se detallan algunos ejemplos: la fatiga por compasión también se llama desgaste

por empatía (Campos-Vidal et al., 2017), y se categoriza como equivalente al estrés traumático secundario (Beck & Gable, 2012; Komachi, Kamibeppu, Nishi & Matsuoka, 2012; Sabo, 2011; Domínguez-Gómez & Rutledge, 2009). Otros nombres son traumatización vicaria, estrés secundario y trauma secundario (Stamm, 1997).

Se trata de un fenómeno emergente, conocido desde hace tiempo en la comunidad científica, sobre el que se han realizado pocos estudios en Latinoamérica. No obstante, durante la pandemia de COVID -19, han aumentado las publicaciones sobre este tema. La mayoría de las investigaciones se han centrado en el personal de enfermería (Zamora et al., 2022), y han identificado que la exposición diaria a eventos traumáticos en el trabajo tiene un impacto en el estrés y el síndrome de burnout. Sin embargo, son necesarios más estudios (Friedman, 2002; Figley, 1999).

La compasión hacia los demás tiene un costo (Figley, 1995). Algunos autores indican que el desgaste por empatía no se puede evitar, porque lo consideran que forma parte de las capacidades empáticas, sin embargo, aclaran que se pueden disminuir sus efectos (Campos-Vidal et al., 2017). La fatiga por compasión sigue generando nuevas conceptualizaciones, debido a su relación con la empatía, que es un atributo fundamental y necesario para entrar en contacto con los demás en las relaciones de ayuda.

Una definición actual de la fatiga por compasión señala que esta es la forma que toma el amor cuando se encuentra con el sufrimiento, y que se caracteriza por la aparición de afecto y conmoción interna, que lleva a querer ayudar a otra persona. La compasión tiene un punto de valentía que lleva a la acción para ayudar a una persona a salir de su dolor. En los cuidados paliativos es necesaria la sabiduría que proporciona la herramienta de la metacognición para identificar los límites saludables (Al final de la vida, 2021).

Otra definición de la compasión es la sensibilidad al sufrimiento tanto propio como el ajeno con la motivación de aliviarlo y prevenirlo, que se manifiesta a través de la empatía, es decir, cuando nos vemos afectados por el desconsuelo que percibimos (Araya & Brito, 2023).

Manifestaciones principales de la fatiga por compasión: (Figley, 2002):

- **Emocionales:** impotencia, ansiedad, culpa, enojo, tristeza, depresión e hipervigilancia.
- **Cognitivos:** problemas de concentración, pesadillas frecuentes sobre desastres.
- **Conductuales:** irritabilidad, alteraciones del sueño y cambios en el apetito.
- **Relaciones personales:** aislamiento, problemas interpersonales.
- **Desempeño laboral:** baja motivación, conflictos con compañeros de trabajo.
- **Somáticas:** taquicardia, infecciones recurrentes, insomnio, dolores de cabeza, tensiones musculares y agotamiento.

Más tarde en el año 2006, McHolm se incluyó la dimensión espiritual (Campos et al., 2017). Los síntomas de la fatiga por compasión incluyen respuestas de estrés postraumático.

Factores predisponentes para desarrollar el desgaste por empatía:

Factores Personales:

- **Habilidades de comunicación insuficientes y falta de autocontrol emocional.**
- **Estrés acumulado y experiencias traumáticas** (Nelson-Gardell & Harris, 2003).
- **Estrategias de afrontamiento inadecuadas** (Newell & MacNeil, 2010).
- **Idealismo y motivación elevado**, que pueden generar expectativas poco realistas (Bush, 2009).
- **Variables sociodemográficas:** persona joven y sexo femenino aumentan el riesgo (Thompson, Amatea & Thompson, 2014).

Factores Organizacionales:

- **Desvalorización de los factores emocionales y falta de supervisión adecuada** (Hunsaker et al., 2014).
- **Escasez de recursos y carga laboral excesiva** (Craig & Sprang, 2010).

- **Condiciones laborales adversas**, como la escasez de recursos y la carga de pacientes, aumentan el riesgo.

Síntomas Cognitivos y Psicosociales:

- **Cognitivos:** disminución de la concentración y la capacidad de organización.
- **Psicosociales:** indiferencia, insensibilidad y deseo de abandonar la profesión.

Gracias a las investigaciones, se han desarrollado instrumentos que se han ido perfeccionando con los años donde permiten medir el síndrome de *burnout* y el desgaste por empatía. Uno de los más utilizados es el “Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)”, conformado por 22 preguntas que valoran los sentimientos y actitudes de una persona en su trabajo. Está compuesto por tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (Maslach et al., 1996; Maslach y Jackson, 1981). También se cuenta con la escala “Professional Quality of Life Scale” (escala de calidad de vida profesional) o el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-IV), propuesta por Stamm (1997, 2005, 2010). Es necesario puntualizar que los cuestionarios no están diseñados para ofrecer un diagnóstico con codificación de enfermedad mental, sino que ayuda a identificar señales o síntomas para prevenir posibles efectos adversos que, a la larga, pueden afectar al estado de ánimo, por lo que se utilizan como herramienta de autoevaluación.

1.2 Diferencias conceptuales: Fatiga por compasión y el síndrome de *burnout*

Se trata de fenómenos diferentes, la fatiga por compasión se presenta de forma abrupta y se relaciona con el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se caracteriza por síntomas de agotamiento tanto físico como emocional, reexperimentación del trauma, aislamiento, desesperanza, vinculados con la interacción y los deseos de aliviar el sufrimiento del paciente (Gough, 2007). Por otro lado, el síndrome de *burnout* es un proceso gradual vinculado al estrés laboral, que se asocia con cansancio físico-emocional, despersonalización, cinismo, falta de

realización personal, irritabilidad e incapacidad para afrontar nuevos retos en situaciones emocionalmente exigentes (Maslach & Jackson, 1981). Se ha observado que un alto nivel de estrés laboral puede ser un factor de riesgo para desarrollar el síndrome de *burnout* (Sawatzky & Enns, 2012).

1.3 Prevención de la fatiga por compasión

Algunos artículos describen las características de los síndromes de desgaste profesional, tales como: dolores de cabeza frecuentes, la personalidad neurótica, que se asocian con un mayor riesgo de sufrir fatiga por compasión (O'Mahony et al., 2017). Esta se caracteriza por la tendencia hacia el afecto negativo, la preocupación, la irritabilidad y la depresión (Alvear, 2023).

También señalan que el apoyo entre colegas es un factor protector que ayuda a minimizar el impacto de la fatiga por compasión. Otras estrategias preventivas son la práctica del mindfulness, la arteterapia, la terapia cognitivo-conductual, la logoterapia y la psicoeducación (Alvear, 2023).

Encontramos un estudio sobre la calidad de vida profesional, con una muestra de 108 trabajadores de cuidados paliativos de Colombia, afectados por el COVID-19. Para la investigación se utilizó el Cuestionario ProQOL, y los resultados arrojaron una puntuación de ($\bar{X} = 42.50$) (85 %) con clasificación alta en la subescala de satisfacción por compasión, una ($\bar{X} = 21.00$) (75.90 %) en la subescala de *burnout* y finalmente una ($\bar{X} = 12.00$) (81.50 %) en la subescala de fatiga por compasión. Se observó síndrome de *burnout* junto con puntuaciones bajas de fatiga por compasión, mientras que la satisfacción por compasión obtuvo una alta calificación (Restrepo et al., 2023).

Otro estudio realizado en China sobre ensayos controlados aleatorizados y el efecto de las intervenciones psicológicas en los síntomas de desgaste por empatía en el personal de salud, en el que se seleccionaron trece artículos con una población de 940 enfermeros, mostró que, los

que recibieron la intervención psicológica obtuvieron puntuaciones más bajas en las subescalas de estrés traumático secundario y burnout del Cuestionario de ProQOL en relación con el grupo control, independientemente de si la intervención duró más o menos de ocho semanas. Se observaron mejoras en la fatiga por compasión del personal de salud estudiado (Xie et al., 2022).

En el estudio de Arribas-García, Alboniga-Mayor y Bernarás (2020), se investigó la percepción de satisfacción y el desgaste por empatía del personal de enfermería de oncológica de España; con (n = 387). Se obtuvo un resultado de ($\bar{X} = 42.90$) (DS = 5.45) en la subescala de satisfacción por compasión y de ($\bar{X} = 22.51$) (DS = 5.59) (n = 63) en las subescalas de fatiga por compasión y de *burnout*. Se encontró una alta correlación entre la resiliencia y la satisfacción por compasión.

Se mencionan más estudios sobre la prevalencia de este fenómeno entre las enfermeras psiquiátricas de China. Se aplicó el Cuestionario ProQOL versión 5 a una muestra de 352 enfermeras de nueve hospitales psiquiátricos, obteniéndose calificaciones medias en las tres subescalas: satisfacción por compasión de ($\bar{X} = 32.59$) (DS = 7.124), *burnout* ($\bar{X} = 26.92$) (DS = 6.003) y estrés traumático secundario de ($\bar{X} = 25.97$) (DS = 5.365). Estos resultados reafirman que la satisfacción laboral es un buen predictor que puede ayudar a reducir el agotamiento. Además, el estudio demostró que la calidad del sueño es un factor que contribuye al agotamiento y al estrés traumático secundario (Xie et al., 2020).

Tras analizar la investigación de la Asociación Estadounidense de Enfermeros de Cuidados Críticos, consiguieron 40 participantes, de los cuales 32 enfermeros acabaron participando y completaron el ProQOL 5 (versión actualizada). Se trabajó con el protocolo “Three-Minute Breathing Space” (3MBS) desarrollado por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale. En él se afirma que la práctica del mindfulness y la meditación ayuda a reducir la ansiedad. Se encontraron niveles medios ($\bar{X} = 23.63$) en la subescala de fatiga por compasión, con puntuaciones mínimas de 23, y máximas de 63 como en la subescala de *burnout* ($\bar{X} = 23.34$) con

la mínima calificación de 23, y máximas de 34. El protocolo de 3MBS tiene una duración de cuatro semanas, y consiste en sesiones de respiración de tres minutos, tres veces al día. A continuación, se detallan los pasos: en el primer minuto se observan los pensamientos de forma amplia, en tanto en el segundo minuto se busca la atención plena en la respiración, centrándose en la parte del cuerpo que el participante considere más notoria al respirar, como (por ejemplo: la garganta, el pecho o las fosas nasales), y durante el tercer minuto, se concentra la atención en todo el cuerpo, tomando conciencia de cada sensación corporal que se experimente en el momento de la relajación. El análisis de los datos demostró efectos significativos en la reducción de los síntomas (Owens et al., 2020).

En la publicación de Hidalgo-Andrade y Martínez-Rodríguez (2020), se describe una intervención psicoeducativa grupal cognitivo-existencial-logoterapia, con el objetivo de disminuir la fatiga por compasión en cuidadores de pacientes paliativos de Ecuador, con una (n = 84). El tratamiento constó de ocho sesiones de una hora y el manual utilizado detalla que la primera etapa se inició con un círculo de diálogo para prevenir el vacío existencial. Los autores concluyen que existen pocos estudios sobre este tema en Latinoamérica.

Además, Myezyentseva (2014) señala que el personal particularmente vulnerable en relación al desgaste por empatía, son los que trabajan en situaciones de emergencia, como bomberos, psicólogos, médicos oncólogos, personal de cuidados paliativos y enfermeros.

Se identificaron elementos protectores, como la autoconciencia, el autocuidado y la capacidad de afrontamiento de la muerte, que están relacionados de manera inversa: un mayor aumento de la satisfacción por compasión lleva a una disminución de la fatiga por compasión (Sansó et al., 2018; Hernández, 2017).

En estudios con enfoque terapéutico cognitivo-conductual sobre la intervención grupal que fomenta la reflexión, de Marín-Tejeda (2017). La finalidad de este artículo era evaluar la eficacia de una intervención grupal diseñada para disminuir los síntomas del síndrome de *burnout* y la fatiga por compasión en 24 participantes (21 mujeres - 3 hombres) con funciones directivas

en organizaciones que atienden a una población en situación de vulnerabilidad de México. Se formaron tres grupos terapéuticos independientes de ocho participantes cada uno, a los que se administró un paquete de instrumentos para medir *burnout*, la fatiga por compasión, la depresión y la ansiedad en tres momentos: al inicio, al finalizar el tratamiento y tras un seguimiento de tres meses. La intervención, de carácter preventivo, se apoyó en dos ejes: uno terapéutico (terapia grupal interpersonal con componentes cognitivo-conductuales) y el otro psicoeducativo. El autor la implementó a través de veinte sesiones quincenales de tres horas cada una, más una sesión adicional de seguimiento. Se observó una disminución significativa de los síntomas de agotamiento emocional, depresión, *burnout* y ansiedad, que se mantuvo estable tras tres meses. Se concluyó que la intervención grupal fue eficaz para disminuir los síntomas de desgaste en profesionales que experimentan altos grados de estrés laboral.

Según el estudio de Campos-Vidal, Cardona-Cardona y Cuartero-Castañer (2017), el autocuidado se puede dividir en las siguientes dimensiones: biofísico (dormir, comer bien, mantener relaciones y redes, aficiones, descanso, placer); otro autocuidado es el relacionado con la práctica profesional, (supervisión, participación en capacitaciones o formaciones de su especialidad); finalmente el autocuidado del aprendizaje de estrategias para gestionar el estrés (mediante la relajación, yoga, meditación consciente, mindfulness, expresiones artísticas y escritura terapéutica, entre otras).

En un estudio realizado con enfermeras de oncología de Estados Unidos ($n = 486$) y Canadá ($n = 63$), se utilizó el instrumento ProQOL, en el que la subescala de satisfacción por compasión obtuvo una ($\bar{X} = 42.37$) ($DS = 5.27$) con puntuación mínima de 25 y máxima 50, en la subescala de fatiga por compasión de ($\bar{X} = 22.65$) ($DS = 5.77$) teniendo una calificación mínima de 10 y máxima de 42 y en la subescala de *burnout* adquirió ($\bar{X} = 22.66$) ($DS = 5.74$), un puntaje mínimo de 10 y una puntuación máxima de 38. Este estudio informó que un ambiente de trabajo saludable fue valioso para disminuir el agotamiento en las enfermeras de oncología, también

asoció los episodios de dolores de cabeza como predisponentes del agotamiento (Wu et al., 2016).

El artículo de Gómez y Ballester (2015) que incluye aspectos como la psicoeducación, la generación de la posibilidad de descarga emocional, el fortalecimiento de los vínculos interpersonales entre los miembros del grupo y el entrenamiento en técnicas psicológicas para afrontar el impacto emocional que les genera su actividad diaria.

El Programa de Recuperación Acelerada (ARP) se presentó en 1997 en la Sociedad Internacional de Estudios del Estrés Traumático (ISTSS) de Montreal, Canadá, liderada por Green Cross Scholars, junto con un estudiante de doctorado bajo la dirección y la supervisión de Charles Figley en la Universidad Estatal de Florida, (Gentry, Baranowsky & Dunning, 1997). El Programa de Recuperación Acelerada se diseñó para reducir la fatiga por compasión, donde consta de un protocolo de cinco sesiones centradas en la identificación de desencadenantes, el desarrollo de habilidades de afrontamiento, resiliencia y la aplicación de técnicas de reducción de tensión, resolución de conflictos internos. Este programa ha demostrado resultados significativos.

En resumen, en los estudios revisados se detalla brevemente el manual que han utilizado. La mayoría de las investigaciones emplean la terapia cognitivo-conductual (TCC), mindfulness, psicoeducación y logoterapia integrada con TCC. Por tanto, se destaca que no se ha encontrado ninguna publicación sobre la psicoterapia transgeneracional para reducir la fatiga por compasión.

1.4 Cáncer

El cáncer tiene un impacto emocional desde el momento del diagnóstico, y puede generar emociones intensas como el miedo, ira, tristeza, que pueden derivar en ansiedad y depresión. Este malestar emocional se conoce en psicooncología como distrés, donde dificulta el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica. Estos sentimientos pueden persistir incluso cuando hay evidencias médicas de que la persona está libre de cáncer, debido al miedo a que la

enfermedad regrese. Por ello, es crucial un enfoque transdisciplinario que incluya a diversos grupos intervinientes, como los profesionales de salud, y también los asistenciales como: los abogados, los trabajadores sociales, los religiosos, los profesores y los voluntarios.

El cáncer es una enfermedad multisistémica, que se caracteriza por la reproducción anormal de las células. Biológicamente, tiende a crecer y extenderse mediante la invasión celular, lo que provoca que penetre directamente en otros tejidos cercanos. La metástasis ocurre cuando las células cancerosas se extienden a través de los vasos sanguíneos y/o linfáticos hasta llegar a otros órganos distantes.

Según el origen celular, la clasificación general de los tejidos de los diferentes tipos de cáncer es la siguiente:

1. **Carcinoma:** es el más frecuente se origina en las células que recubren las superficies externas e internas del cuerpo, como el cáncer de pulmón, mama, riñón, esófago, páncreas, y colon.
2. **Sarcoma:** provienen de células en tejidos de soporte como huesos y músculos.
3. **Linfoma:** se desarrollan en los ganglios linfáticos y el sistema inmunológico.
4. **Leucemia:** cáncer de células sanguíneas inmaduras en la médula ósea.

El diagnóstico de cáncer afecta profundamente a la esfera personal, familiar, social y espiritual del individuo. Puede causar malestar físico-emocional, cambios en la sexualidad, pérdida de independencia, alteraciones en la imagen corporal, así como sentimientos de impotencia. A nivel familiar, provoca cambios de roles, problemas de comunicación, puede llevar al aislamiento y a la pérdida de la función que desempeña como generador de ingresos, cuidador de otras personas, etc.

Las fases de la enfermedad del cáncer son: el diagnóstico, tratamiento, ausencia de enfermedad, supervivencia, recidiva, y final de la vida. Cada una de estas etapas, requiere apoyo

psicológico para brindar acompañamiento emocional durante todo el proceso y facilitar la adaptación a la enfermedad.

El duelo oncológico es un fenómeno psicológico adaptativo que se produce tras el diagnóstico de cáncer. Las etapas del duelo que se pueden experimentar son: negación, ira, culpa, tristeza, negociación y aceptación. Afecta tanto a la persona con cáncer, como a sus familiares, al equipo de salud como a los voluntarios oncológicos.

1.5 Atención oncológica

La psicooncología, también conocida como psicología oncológica, es una subespecialidad que combina la oncología con la psicología de la salud para abordar el cáncer de manera integral, teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales-espirituales. Esta disciplina proporciona apoyo al paciente como a su familia durante el tratamiento y la evolución de la enfermedad, también prepara al personal de salud para manejar los problemas psicológicos relacionados con el cáncer (Malca, 2005; Schavelzon, 2004).

El sufrimiento existencial que conlleva el cáncer es una experiencia subjetiva influenciada por la historia personal, los antecedentes genéticos familiares, el tipo de personalidad, la forma de gestionar los duelos previos, las creencias y las estrategias de afrontamiento de cada individuo. La forma de afrontar esta angustia depende de la actitud con la que se enfrente, por lo que es un aspecto fundamental en el proceso de la enfermedad (González, Lascasta y Ordóñez, 2008; Cabodevilla, 2004).

Durante todo el tratamiento médico o en la etapa de cuidados paliativos (final de la vida), es crucial comunicar las emociones. Dado que la sociedad tiende a reprimir emociones como la tristeza, el enojo, la frustración, la impotencia y el miedo, es esencial que los voluntarios oncológicos estén capacitados para abordar y respetar las necesidades emocionales de las personas con cáncer, incluida la comunicación no verbal en las etapas finales de la vida (Gatto,

2017; Kübler-Ross, 1993). Lo ideal es que la persona que brinda ayuda no se vea afectada emocionalmente.

1.6 Voluntariado oncológico

En la actualidad, la figura con mayor presencia y aportación social es la del voluntariado, en el que la comunidad, las empresas como los hospitales motivan a las personas a participar activamente y a unirse con diferentes fines, aunque el contexto más común es el empresarial.

Recientemente, este colectivo ha adquirido notoriedad en el área hospitalaria, por lo que comprender los fenómenos psicoemocionales es fundamental para garantizar la efectividad del trabajo sin sacrificar la salud emocional.

Los voluntarios que forman parte del equipo de atención en las unidades de oncología y cuidados paliativos ofrecen un acompañamiento social centrado en la parte humana.

En los países del sur de América, la formación del voluntariado en hospitales es un requisito indispensable que incluye aprendizajes académicos para realizar las prácticas básicas de la labor de voluntariado oncológico. Se trata de un concepto naciente, ya que cada vez son más los jóvenes adultos que dedican parte de su tiempo a “hacer algo por los demás”.

Perfil del voluntario según (Huarte & Pérez, 2008):

- Capacidad de aprendizaje.
- Madurez emocional, estabilidad psico-afectiva y flexibilidad cognitiva.
- Acercamiento cordial a la realidad de la muerte y el sufrimiento.
- Capacidad de acogida, escucha activa y comprensión.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Creatividad e iniciativa.

El voluntariado se puede definir como una acción orientada a ayudar, colaborar, cooperar, atender y acompañar, ya que consiste en un conjunto de tareas dirigidas a los demás desde un enfoque humano y cálido. Su característica principal es que no busca beneficios personales, sino que su objetivo es contribuir al bienestar biopsicosocial de los demás.

En Panamá, la Ley n.º 29, de 28 de octubre de 2014, y el Decreto Ejecutivo n.º 35, de 15 de enero de 2021, regulan el voluntariado en la República de Panamá y establecen que:

- **Artículo 2:** “El voluntariado es una modalidad de participación ciudadana realizada con toda libertad y consiste en la realización de tareas de interés público que contribuyen al desarrollo, mediante la aportación de esfuerzo, habilidades y capacidades de las personas.

El voluntario tiene implícito un carácter altruista, solidario y se realiza sin que medie contraprestación económica. Puede ser practicado de forma individual colectiva, dentro o fuera de organizaciones formales privadas o públicas”.

- **Artículo 4:** “Los principios básicos que guían las acciones de los voluntarios son la cultura de paz, convivencia, democracia, participación, inclusión, solidaridad, altruismo, ejercicio libre de voluntariado, colaboración, tolerancia, no discriminación, responsabilidad social y pluralismo”.

Las diferentes fundaciones que proponen acciones de voluntariado oncológico en el Instituto Oncológico Nacional cuentan con personería jurídica que les otorga autonomía para llevar a cabo funciones específicas como voluntarios en el hospital.

1.7 El sufrimiento existencial dentro de la oncología

Para entender el sufrimiento existencial, primero hay que identificar qué se sabe de él. Sufrir es, ante todo, sentir; es una percepción, interpretación, valoración y elaboración en la que intervienen nuestra historia personal, nuestras creencias, valores, etc., es decir, todo lo que nos hace ser únicos (Cabodevilla, 2004).

Se recalca que, al trabajar con el malestar emocional del otro, nos exponemos a nuestro propio sufrimiento, lo que puede llevar a experimentar síndrome de burnout y/o fatiga por compasión, pero se puede prevenir con conductas protectoras, como practicar la atención plena (mindfulness) durante la jornada laboral, lo que da como resultado un autocuidado integral. Para ello, es necesario establecer relaciones con límites sanos, practicar la autocompasión (tratarse amablemente), celebrar las satisfacciones que produce la relación de ayuda para dar significado a las experiencias de vida laboral y personal. Enfrentarse a la angustia es, sin duda, la certeza de que estamos vivos y sentimos lo que nos aflige. La vivencia del sufrimiento es un evento que en algún momento de la vida nos toca experimentar y dependerá de las estrategias que utilicemos para afrontarlo (Benito et al., 2011).

El sufrimiento es inevitable en el proceso de la enfermedad del cáncer, ya que la experiencia de alguna limitación, como el dolor físico o emocional, hace que el proceso de vivir sea devastador para cualquier persona y le haga sentir vulnerable.

El trabajo en oncología es altamente estresante para todos los que se dedican a este campo (Die Trill, 2003). Son múltiples los factores que contribuyen a la elevada carga emocional; entre ellos, destacan la necesidad de comunicación y la confrontación continua con la propia mortalidad y con las propias limitaciones (González, Lascasta y Ordóñez, 2008).

Según Benito, Múgica y Álvarez (2020), el autocuidado no debería entenderse como una práctica para paliar el desgaste profesional, sino como el cultivo de la autoconciencia, que nos ayuda a transformar la experiencia del sufrimiento del paciente, a ser realistas sobre las posibilidades de cada momento y a actuar de forma coherente con nuestros valores y nuestra vocación. El autocuidado, entendido como el desarrollo del reconocimiento de nuestro mundo interior a través de cualquier práctica regular de atención o espiritual, promueve la “metacognición” durante la práctica clínica.

Otras contribuciones sobre estrategias para la prevención del desgaste por empatía son el cultivo de la atención (atención plena), que se puede obtener a través de la meditación y la

oración contemplativa, que son prácticas para estar presente y conectado consigo mismo (Al final de la vida, 2021).

Las evidencias de las prácticas de atención plena (mindfulness) y compasión muestran que producen en el cerebro conductas favorables de introspección, producto de la neuroplasticidad. Por lo tanto, al cultivar la autoconsciencia, se puede identificar, atender y entender las emociones que surgen del encuentro terapéutico dentro del ámbito de la salud, para luego gestionarlas además de acompañarlas de manera efectiva y saludable. (Benito, 2021).

1.8 Psicoterapia transgeneracional

La psicoterapia transgeneracional se originó en las corrientes psicodinámicas, humanistas y sistémicas, con aportaciones fundamentales de diversos teóricos.

- **Sigmund Freud:** introdujo el concepto de inconsciente y la idea de la compulsión a la repetición, relaciona con la transmisión inconsciente de traumas (Freud, 1959).
- **Carl Gustav Jung:** desarrolló el concepto de inconsciente colectivo y subrayó la importancia del árbol genealógico en la psicología, destacando cómo los conflictos y patrones familiares pueden influir en las generaciones posteriores (Jung, 1961).
- **Jacobo Levy Moreno:** desarrolló la terapia familiar en los años cuarenta, junto con la introducción de conceptos como el "co-consciente", el "átomo social" y la herramienta del psicodrama. (Moreno, 1946).
- **Frieda Fromm-Reichmann:** acuñó el término "madre esquizógena" y es considerada una pionera en la terapia familiar sistémica (Reichmann, 1969).
- **Iván Boszormenyi-Nagy:** introdujo el concepto de "lealtades invisibles", explicando cómo las expectativas familiares no cumplidas pueden generar culpa y exclusión (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1994).

- **Nicolás Abraham y María Török:** aportaron el concepto de "la cripta y el fantasma", que describe cómo los traumas familiares no resueltos afectan a las generaciones siguientes (Abraham & Török, 2005).

La teoría transgeneracional o psicogenealogía fue desarrollada por **Anne Ancelin Schützenberger**, estudia cómo se repiten los eventos y los patrones familiares a lo largo de las generaciones mediante el análisis del árbol genealógico (Schützenberger, 1988). Esta disciplina ayuda a identificar cómo los conflictos y los patrones de conducta disfuncionales se transmiten de una generación a otra.

Para ello, se utiliza el árbol genealógico para visualizar, analizar las pautas familiares y los traumas transgeneracionales, con el objetivo de comprender el papel de cada individuo en la historia familiar (Schützenberger, 1988). La intervención se centra en resolver y sanar patrones familiares nocivos a través de la comprensión consciente de la historia familiar. Por tanto, la terapia consiste en identificar patrones repetitivos para reflexionar sobre la historia familiar y comprender las situaciones no resueltas.

La psicoterapia transgeneracional se basa en un enfoque cualitativo, fenomenológico y humanista.

Su objetivo es proporcionar un espacio que favorezca la reparación emocional mediante el uso del árbol genealógico como vía metafórica. Este modelo permite explorar la realidad desde una perspectiva simbólica que conduce a una comprensión profunda del ser y su historia.

Desde la fenomenología, corriente filosófica centrada en la experiencia directa e intuitiva de los fenómenos, se identifican las vivencias y se reconocen las huellas emocionales que dejan las generaciones familiares.

El modelo transgeneracional es una propuesta de tratamiento conductual elaborativo. Consiste en asignar tareas terapéuticas para trabajar emocionalmente la historia familiar mediante la introyección de vivencias significativas.

Comprender nuestra historia personal es fundamental para reconciliarnos con nuestro origen. Esta comprensión nos permite clarificar los roles que elegimos en la vida, así como las repeticiones laborales, y promover la autorreflexión como estrategia de afrontamiento. El trabajo terapéutico nos ayuda a encontrar nuestras raíces y a desarrollar un sentido de pertenencia.

En el libro *Despertares: consciencia psicogenealógica del cuerpo*, la psicóloga Gloria Sierra Uribe desarrolla la metodología para el trabajo con la psicoterapia transgeneracional y describe los pasos para realizar un abordaje psicológico como propuesta terapéutica (Sierra, 2017).

Los pasos son los siguientes

- **Primer paso: lo narrativo.** Basado en el modelo de terapia humanística. Desde la primera sesión, se trabaja la alianza terapéutica, la empatía, la escucha activa, la aceptación incondicional y la autenticidad, así como la coherencia en los relatos de la historia familiar, es decir, los conductores genealógicos.
- **Segundo paso: lo diagnóstico.** Se obtiene de los datos facilitados por los consultantes, se realiza un ejercicio diagnóstico que proporciona elementos para definir la intervención, facilitar el análisis, la correlación entre todas las herramientas: categorías genealógicas, líneas de vida familiar como en el voluntariado identificando eventos protectores, psicotraumáticos y mixtos, identidades heredadas, adquiridas, esperadas y construidas, así como las áreas vitales del ser humano: física, mental, emocional-espiritual.
- **Tercer paso: lo explicativo.** Esta parte es la interpretación, en la que se acompaña emocionalmente a los consultantes para que entiendan las posibles causas del proceso emocional que están viviendo, es decir, para que le den sentido a la experiencia actual basándose en su pasado. Son los hallazgos que encuentra el propio consultante, producto de la observación y el análisis de los dos pasos anteriores (lo narrativo y lo diagnóstico), y

que desarrollan el pensamiento reflexivo con intención autorreflexiva sobre las pautas de comportamiento repetitivas.

- **Cuarto paso: lo compresivo.** Es la parte metodológica de la terapia que abarca la explicación, tras establecer las correlaciones que permiten encontrar elementos para hacer las hipótesis que surgen de las inferencias o conclusiones terapéuticas. Es decir, se le explica al paciente y se le invita a reflexionar sobre su situación para que encuentre el sentido de la causa del conflicto que vive desde la mirada de este enfoque terapéutico. Para luego diseñar la propuesta terapéutica.
- **Quinto paso: lo elaborativo-terapéutico.** En este paso, tanto el consultante como el terapeuta comprenden el fenómeno psicológico desde la perspectiva transgeneracional y, de manera conjunta, diseñan una propuesta terapéutica basada en lo trabajado en el paso anterior (cuarto paso). Los libros de referencia de (Sierra, 2010, 2013), contienen la metodología de veinticuatro terapias con los pasos a seguir a través de protocolos para la aplicación de la técnica terapéutica para el abordaje psicoemocional. Además, se promueve la construcción de estrategias metafóricas mediante el uso de guiones reparadores, siguiendo la metodología de dichos textos (Sierra, 2017, 2010, 2013).
- **Sexto paso: la praxis.** Se planifican tareas sugeridas en las obras de la autora Gloria Sierra para asignárselas a la persona que participa en la intervención, con la expectativa de que las lleve a la práctica.
- **Séptimo paso: el seguimiento:** Todo proceso terapéutico incluye un plan de seguimiento de los avances y las dificultades encontradas, así como formas de acompañamiento para consolidar las estrategias que permitan a la persona asimilar lo sucedido una vez concluida la intervención psicológica. Se recomienda concertar una cita dentro de uno, dos o tres meses tras la finalización del proceso. Lo importante es que el paciente sienta que tiene un espacio disponible donde pueda ser comprendido.

CAPÍTULO II
MARCO METODOLÓGICO

2.1 Planteamiento del problema

La fatiga por compasión es una preocupación creciente entre quienes acompañan a personas con enfermedades crónicas, como el cáncer, debido a la exposición continua al sufrimiento. Aunque no hay datos específicos sobre su prevalencia exacta, se ha identificado que es común entre quienes realizan actividades laborales de carácter asistencial y frecuente en entornos donde se está expuesto a altos niveles de estrés emocional.

En el contexto del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, los voluntarios desempeñan un papel crucial en el acompañamiento social de personas con cáncer. Sin embargo, esta labor conlleva el riesgo de sufrir desgaste profesional, que afecta el bienestar emocional como físico de quienes ofrecen un apoyo empático continuo a personas que sufren. La fatiga por compasión se ha estudiado principalmente en los profesionales de la salud y, en menor medida, en los voluntariados.

El problema radica en que, al estar continuamente expuestos al sufrimiento humano y al estrés emocional, los miembros de este colectivo pueden experimentar agotamiento emocional, disminución de la satisfacción laboral y síntomas de *burnout*. Estos efectos no solo tienen un impacto negativo en quienes intervienen voluntariamente, sino también en la calidad de la atención que brindan a las personas enfermas. Por tanto, la falta de estrategias efectivas para mitigar la fatiga por compasión subraya la necesidad de nuevas intervenciones relevantes.

La psicoterapia transgeneracional se presenta como una intervención oportuna para abordar este síndrome profesional. Esta terapia se centra en el uso del árbol genealógico para facilitar un proceso de reparación emocional mediante metáforas, que permiten a las personas comprender, superar los patrones de estrés y los traumas heredados de generación en generación. Sin embargo, no se ha evaluado la efectividad de esta intervención en voluntarios oncológicos de Panamá. Esto nos lleva al siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la efectividad de la psicoterapia transgeneracional como factor protector ante la fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá en el año 2025?

2.2 Justificación

El estudio de la fatiga por compasión en el voluntariado hospitalario responde a las prioridades del sector salud panameño, que promueve la humanización de la atención para ofrecer así un enfoque integral de la atención. Panamá se enfrenta al desafío de adaptar su sistema de salud al modelo biopsicosocial y espiritual. Sin embargo, la fatiga por compasión se supone un riesgo significativo para los voluntarios, ya que afecta a su bienestar emocional y, por ende, a su capacidad para brindar apoyo efectivo. El objetivo es que las fundaciones de voluntariado incluyan dispositivos grupales e individuales dentro de la jornada laboral, para crear estrategias de autocuidado continuo con políticas de prevención que fortalezcan de manera saludable el papel de este colectivo.

Se trata de una problemática que afecta directamente a quienes desempeñan tareas de cuidado en entornos de elevado estrés emocional, como la atención a personas enfermas. A través de este estudio, se brinda una mejor comprensión del fenómeno y se presentan intervenciones efectivas de la psicoterapia transgeneracional para reducir la fatiga por compasión para mejorar el bienestar de quienes ayudan a los demás.

En esta investigación se busca proporcionar conocimientos sobre un tema poco estudiado (Hernández, 2017): las variables contribuyen al desarrollo de la fatiga por compasión entre los voluntarios oncológicos. Los resultados, basados en evidencia empírica, son útiles desde el punto de vista metodológico para llevar a cabo otras investigaciones similares, comparar los datos obtenidos, desarrollar programas de prevención y manejo de la fatiga por compasión, lo que beneficia tanto a las personas enfermas como a sus familiares.

Además, se desarrollan e implementan herramientas para mejorar el bienestar emocional y prevenir el agotamiento profesional mediante programas de autocuidado en las organizaciones de voluntariado que trabajan con personas con cáncer. Los voluntarios con mayor preparación emocional pueden proporcionar un apoyo más efectivo y duradero a las organizaciones de salud, lo que puede mejorar la calidad de la atención y los resultados para los pacientes.

El objetivo es compartir los resultados del estudio, junto con una serie de recomendaciones, para contribuir a las políticas de salud y sensibilizar al sistema de salud sobre la importancia de reducir la fatiga por compasión en las organizaciones de voluntariado, con el fin de mejorar la calidad de vida de este colectivo.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

- Evaluar la efectividad de la psicoterapia transgeneracional como factor protector ante la fatiga por compasión, en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá.

2.3.2 Objetivos específicos

- Medir los niveles de fatiga por compasión de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, antes de iniciar la psicoterapia transgeneracional, tanto del grupo experimental como del grupo control.
- Aplicar el programa de psicoterapia transgeneracional al grupo experimental durante seis semanas, con sesiones de dos horas y media cada una, una por semana, y una sesión de seguimiento tras finalizar la sexta, a los 30 días.
- Determinar los niveles de fatiga por compasión en el grupo experimental y en el grupo control, después de completar el programa de psicoterapia transgeneracional.
- Comparar los cambios en los niveles de fatiga por compasión entre el grupo experimental que recibió la psicoterapia transgeneracional y el grupo control que no recibió la intervención.
- Demostrar si existen diferencias significativas en las medias de los puntajes de las subescalas del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción en los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, antes y después de la intervención de psicoterapia transgeneracional.

2.4 Hipótesis

2.4.1. Hipótesis nula

- La psicoterapia transgeneracional no genera cambios estadísticamente significativos en los niveles de fatiga por compasión de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, en comparación con aquellos que no reciben dicha intervención.

2.4.2. Hipótesis de investigación

- La psicoterapia transgeneracional aumentará la satisfacción por compasión de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, en relación con aquellos que no reciben la intervención.
- La psicoterapia transgeneracional reducirá los niveles de *burnout* de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, en comparación con los voluntarios que no reciben la intervención.
- La psicoterapia transgeneracional disminuirá significativamente los niveles de fatiga por compasión de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá, en contraste con los voluntarios que no reciben la intervención.

2.4.3 Hipótesis estadísticas

Hipótesis 1

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_o: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 2

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 3

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 4

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 5

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 6

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 7

H₀: No hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 8

H₀: No hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 9

H₀: No hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

Hipótesis 10

H₀: No hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) en el grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GCpretest} = \bar{X}_{GCpostest}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) en el grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GCpretest} \neq \bar{X}_{GCpostest}$$

Hipótesis 11

H₀: No hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) en el grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GCpretest} = \bar{X}_{GCpostest}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) en el grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GCpretest} \neq \bar{X}_{GCpostest}$$

Hipótesis 12

H₀: No hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) en el grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GCpretest} = \bar{X}_{GCpostest}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) en el grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GCpretest} \neq \bar{X}_{GCpostest}$$

2.5 Variables

2.5.1 Variable independiente

- Psicoterapia transgeneracional.

2.5.1.1 Definición conceptual

Los primeros aportes a la psicoterapia transgeneracional se deben a Sigmund Freud, médico austriaco que enunció la existencia de una transacción intergeneracional a través del inconsciente. Posteriormente, el psiquiatra suizo Carl Gustav Jung introdujo el concepto de inconsciente colectivo y, más tarde, la psicóloga francesa Anne Ancelin Schützenberger desarrolló los conceptos por los que es considerada la madre de la psicogenealogía (Sierra, 2017).

Se trata de una psicoterapia integral, sistémica que permite identificar y resolver patrones familiares para comprender la psicogénesis de un malestar psicológico.

2.5.1.2 Definición operacional

La definición operacional de la psicoterapia transgeneracional, consta de seis sesiones grupales, de dos horas y media (ciento cincuenta minutos) cada una por semana, más una sesión adicional que se llamará de seguimiento, lo que hace un total de siete semanas.

2.5.2 Variable dependiente

- Fatiga por compasión.

2.5.2.1 Definición conceptual

La fatiga por compasión se caracteriza por un cansancio que disminuye el deseo y la capacidad de ayudar a los demás. Este desgaste es el resultado de un agotamiento emocional derivado del cuidado de personas que sufren (Figley, 1999). Se define como un estado de tensión o preocupación por los traumas de los pacientes. Aparece de manera sorpresiva, aguda, y puede preceder al Síndrome de *Burnout*. Es importante señalar que la compasión implica un deseo de aliviar el sufrimiento ajeno (Figley, 2002).

2.5.2.2 Definición operacional

Fatiga por Compasión: Resultado de la puntuación del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL -vIV).

La escala “Professional Quality of Life Scale” (Escala de calidad de vida) o el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción, (ProQOL-vIV) propuesta por (Stamm, 1997, 2005, 2010), es una versión actualizada de la escala de fatiga por compasión (Figley, 1995). Esta escala surgió de la necesidad de evaluar los síntomas propios del estrés traumático en el personal sanitario (Moreno-Jiménez et al., 2004).

El Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL–vIV), utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde: nunca (0), raramente (1), algunas veces (2), con alguna frecuencia (3), casi siempre (4) y siempre (5).

El ProQOL-vIV consta de treinta (30) reactivos que miden tres (3) subescalas que son:

- Subescala de satisfacción por compasión, con los ítems: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30.
- Subescala de *burnout*, con los reactivos: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29.
- Subescala de estrés traumático secundario o fatiga por compasión, con las preguntas: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28.

2.6 Población y muestra

2.6.1 Población

La población del estudio estuvo integrada por 74 participantes que realizaban voluntariado activo en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá (ION). Los voluntarios pertenecían tanto a asociaciones formalmente establecidas como a grupos independientes y asistían al hospital con una frecuencia semanal.

2.6.2 Muestra

La muestra estuvo compuesta por 20 voluntarios del Instituto Oncológico Nacional de Panamá. Los participantes fueron seleccionados según su disposición voluntaria y el cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio.

El tipo de muestreo fue No probabilístico por conveniencia, en el que se seleccionaron a personas que estuvieron dispuestos a participar en la investigación. Este método es práctico y permite trabajar con una muestra accesible en un contexto específico.

En cuanto a la división de la muestra:

- Grupo experimental (10 participantes): Recibió la intervención de la psicoterapia transgeneracional.
- Grupo control (10 individuos): No recibió la intervención y sirvió como grupo de comparación.
- Se aplicó el Cuestionario ProQOL al grupo experimental antes (pretest) de la intervención y al inicio del periodo de observación del grupo control.

También se utilizó el Cuestionario ProQOL, después (postest) de la intervención en el grupo experimental y también al final de la fase de observación del grupo control.

2.7 Criterios de inclusión y exclusión

2.7.1 Criterios de inclusión

- Voluntario del Instituto Oncológico Nacional.
- Mayor de edad.
- Anuente a participar.
- Haber asistido a la reunión informativa.
- Firmar el consentimiento informado.

- No tener certificación de un diagnóstico de presencia de un trastorno mental, según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

2.7.2 Criterios de exclusión

- No ser voluntario del Instituto Oncológico Nacional.
- Ser menor de edad.
- Rechazar la participación.
- No haber asistido a la reunión informativa.
- No firmar el consentimiento informado.
- Presentar una certificación que diagnostique la presencia de un trastorno mental según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

2.8 Tipo de investigación

El tipo de investigación es explicativa. Según Supo y Cavero (2014), este tipo de investigación pretende conducir a una comprensión o entendimiento de un hecho o fenómeno. Apuntan a las causas de los eventos físicos o sociales. Pretenden responder a preguntas como: ¿por qué ocurre? o ¿en qué condiciones ocurre?. Se trata de una investigación estructurada, ya que, en la mayoría de los casos, es necesario controlar y manipular las variables en mayor o menor medida.

El objetivo de la investigación explicativa es esclarecer cómo influye la psicoterapia transgeneracional en la fatiga por compasión. Para ello, se utilizan métodos experimentales y analíticos con el fin de comprender las relaciones causales entre la intervención y los cambios en el bienestar de los voluntarios.

2.9 Diseño de investigación

El diseño de esta investigación es cuasiexperimental y tiene como objetivo determinar si existe una relación causal entre las variables, lo cual es similar a los estudios experimentales.

Este diseño se aplica cuando no es posible realizar una asignación aleatoria de la muestra y permite estimar la eficacia de un tratamiento o programa, siempre y cuando se establezca una comparación adecuada (Hedrick et al., 1993, p 58).

Se contó con un diseño antes (pretest) y después (postest) con un grupo control, en el cual se evaluó la efectividad de la psicoterapia transgeneracional, aplicada a voluntarios oncológicos, como factor protector contra la fatiga por compasión.

2.10 Diseño estadístico

- **Prueba t**

Los resultados se sometieron a la prueba de hipótesis paramétrica. Según la distribución normal, se utilizó para el contraste la **Prueba t**, "*Student*" (para muestras pequeñas), para datos correlacionados con un alfa de 0.05, según la distribución normal, para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del postest y del pretest.

- **Medidas de Tamaño del Efecto (*d* Cohen)**

La *d* de Cohen mide el tamaño del efecto de las diferencias entre las medias estandarizadas. Indica cuántas desviaciones típicas de diferencia hay entre los resultados de los dos grupos que se comparan (grupo experimental frente al grupo control, o el mismo grupo antes y después de la intervención).

Según las normas de la American Psychological Association (1994), se recomienda acompañar las pruebas de significancia estadística con una medida del tamaño del efecto (Hedges & Olkin, 1985).

- **Valoración del tamaño del efecto**

Se menciona que el tamaño del efecto es relativo a la información relacionada con el problema estudiado (Cohen, 1988). Se considera que un valor de *d* entre 0.2 y 0.3, indica un efecto pequeño, en tanto dentro de 0.5 un efecto mediano y 0.8 es un efecto alto.

2.11 Instrumento

Mediante una entrevista estructurada, se recopilaron datos generales de los voluntarios participantes, sin datos exhaustivos, que no fueron medidos estadísticamente (datos sociodemográficos).

En esta investigación se utilizó el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL versión IV), desarrollado por Stamm (2005). Este instrumento consta de 30 preguntas con instrucciones autoaplicables. Las puntuaciones obtenidas en este instrumento no suponen un valor diagnóstico, pero sí constituyen un dato valioso que permite detectar tendencias y realizar intervenciones preventivas.

Este instrumento mide los síntomas del **estrés traumático secundario o fatiga por compasión**, que suelen aparecer rápidamente y estar asociados a un evento estresante concreto, como tener miedo, dificultad para dormir, experimentar imágenes del evento perturbador o evitar situaciones que le recuerden el suceso.

A continuación, se detalla cada una de las tres subescalas del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción:

- **Subescala de satisfacción por compasión:** mide el placer que se deriva de poder hacer bien una labor. Puntuaciones altas en esta subescala indican mayor satisfacción relacionada con la capacidad de ser un cuidador eficaz.
- **Subescala de *burnout*:** esta subescala evalúa el agotamiento. Se asocia con sentimientos de desesperanza y dificultades para afrontar el trabajo o realizarlo de manera efectiva. Estos sentimientos negativos generalmente tienen un inicio gradual. Ellos pueden reflejar la sensación de que sus esfuerzos no hacen ninguna diferencia, o estar asociados con una carga laboral elevada o un ambiente demandante sin apoyo. Calificaciones altas en esta subescala significan que está en mayor riesgo de agotamiento.

- **Subescala de estrés traumático secundario o fatiga por compasión:** se refiere a la exposición secundaria a eventos estresantes o traumáticos vividos por otras personas. Es decir, implica estar expuesto al trauma ajeno, lo que comúnmente se conoce como traumatización vicaria, como presenciar o acompañar el sufrimiento o la muerte derivados de una enfermedad grave.

A continuación, se detalla la calificación e interpretación del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción. Se suman las puntuaciones de los 10 reactivos de cada subescala y se obtiene un cálculo total que permite asignar la interpretación correspondiente. La clasificación se realiza de la siguiente manera: un puntaje de 22 o menos indica un nivel bajo; entre 23 y 41, un nivel medio; y entre 42 y 50, un nivel alto.

Este instrumento se ha probado en distintos contextos de habla inglesa y la evidencia ha demostrado ser confiable con coeficientes de confiabilidad de Alfa de Cronbach (α) de 0.70 en las tres subescalas.

En Europa, posee una consistencia interna de Alfa de Cronbach con los siguientes índices: Satisfacción por compasión de ($\alpha = 0.87$), *burnout* ($\alpha = 0.72$) y estrés traumático secundario (fatiga por compasión) ($\alpha = 0.80$) (Morante, Moreno & Rodríguez, 2004).

También se ha adaptado al español y se han realizado estudios en Latinoamérica, concretamente en México, donde se obtuvieron los siguientes coeficientes Alfa de Cronbach, fatiga por compasión de ($\alpha = 0.79$); satisfacción por compasión de ($\alpha = 0.75$). Se eliminó la subescala de *burnout* del análisis porque solo contó con cuatro factores.

Asimismo, el Cuestionario ProQOL-IV ha demostrado ser una herramienta robusta para medir este fenómeno en el contexto panameño (Cañizales & Acevedo, 2022). El instrumento representa significativamente a los voluntarios hospitalarios de la zona de Panamá centro como del oeste (La Chorrera), con una muestra de 318 encuestados. Su impacto radica en que se puede reducir a solo 17 reactivos, ya que tiene una confiabilidad aceptable y se ha

comprobado estadísticamente que los reactivos representan una distribución normal. La consistencia interna global del cuestionario en Panamá obtuvo un Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.65$), que es aceptable para este tipo de estudios según Cortina (1993). La consistencia interna lograda en las tres subescalas es la siguiente: subescala de satisfacción por compasión de ($\alpha = 0.74$), subescala de *burnout* ($\alpha = 0.45$) y la subescala de estrés traumático secundario o fatiga por compasión ($\alpha = 0.66$).

2.12 Procedimiento

2.12.1 Primer etapa

1. Protocolo aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá.
2. La investigación se presentó a la Dirección de Docencia e Investigación del Instituto Oncológico Nacional y, posteriormente, se derivó a los responsables de los grupos de voluntariado dentro del hospital.
3. Se convocó a las asociaciones de voluntariado, así como a los grupos independientes del Instituto Oncológico Nacional (ION) a una reunión informativa.
4. Las agrupaciones colegiadas facilitaron una lista con los nombres de los voluntarios activos, que sirvió para identificar a la población objeto de estudio.
5. Durante la reunión, 22 sujetos pertenecientes a los diferentes grupos de voluntariado dentro del ION manifestaron su voluntad de participar en la investigación.
6. La muestra inicial estaba formada por 22 voluntariado, distribuidos en dos grupos: un grupo experimental de 12 participantes y un grupo control de 10 sujetos. Después de la primera sesión terapéutica, dos participantes del grupo experimental decidieron retirarse del estudio. Como resultado, el grupo experimental quedó conformado por diez voluntarios, quienes completaron las seis sesiones del proceso terapéutico. De esta manera, la muestra final quedó constituida por veinte participantes.

7. Se realizó una entrevista clínica individual con cada participante de los grupos experimental y control para explicarles el estudio y obtener su consentimiento informado (explicación y firma). Además, se obtuvieron datos generales sobre su historia familiar y datos sociodemográficos.
8. A ambos grupos (experimental y control), se les aplicó el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL–vIV).
9. El grupo control no recibió la psicoterapia transgeneracional.
10. La psicoterapia para el grupo experimental constó de seis sesiones, diseñadas para realizarse una vez por semana, con una duración de dos horas y media cada una. Además, se realizó una sesión de seguimiento después de 30 días después de la última intervención.
11. El grupo control permaneció en lista de espera durante once semanas sin recibir terapia.
12. Finalmente, se aplicó el postest del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-vIV) a los grupos control y experimental.
13. Se cotejó la puntuación obtenida por los participantes en el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-IV).

Es importante señalar que, según los resultados del cuestionario ProQOL, ninguno de los 20 voluntarios obtuvo una puntuación que indicara la presencia de fatiga por compasión o síndrome de *burnout* al inicio del estudio. No obstante, se mantuvieron dentro del protocolo de intervención con el objetivo de evaluar estadísticamente la eficacia de la psicoterapia transgeneracional como factor protector. La intervención se planteó como estrategia preventiva con el fin de detectar posibles disminuciones en las puntuaciones de las subescalas del ProQOL (fatiga por compasión y síndrome de *burnout*) y un aumento de la satisfacción por compasión tras la aplicación del proceso terapéutico.

2.12.2 Segunda etapa

Se aplicó el protocolo terapéutico formulado por la psicóloga Gloria Sierra Uribe, basado en la terapia transgeneracional, que consta de seis sesiones, más una adicional de seguimiento que se hace a los 30 días de la última sesión. El material de apoyo está desarrollado en el libro: “Despertares: consciencia psicogenealógica del cuerpo” (Sierra, 2017).

El objetivo es que los participantes identifiquen los roles familiares que pudieron influir en su elección de voluntariado, conozcan sobre el autocuidado y reconozcan los patrones de comunicación asertiva.

Las sesiones se desarrollaron de acuerdo a lo propuesto por Sierra de la siguiente manera:

- Primer paso: lo narrativo.
- Segundo paso: lo diagnóstico.
- Tercero paso: lo explicativo.
- Cuarto paso: lo comprensivo.
- Quinto paso: lo elaborativo - terapéutico.
- Sexto paso: la praxis.
- Séptimo paso: seguimiento.

En este trabajo, se aplicó la intervención de los seis pasos, y una adicional de seguimiento, con una frecuencia de una vez a la semana, de la siguiente manera:

Primera Sesión: lo narrativo

Objetivo:

- Identificar la motivación hacia la labor de voluntariado y explorar si esta conducta se aprende en el contexto familiar.

Participantes:

- Asistieron miembros de la Asociación de Amigos y Voluntarias del Instituto Oncológico Nacional (ADAVION), y de la Asociación Nacional de Pacientes de Quimioterapia (ASONAPAQ), así como voluntarios independientes.

Desarrollo de la sesión:

- Se realizó la presentación oficial de los participantes, se expusieron las normas y se explicaron las reglas del grupo terapéutico, además de aclarar las dudas iniciales.
- Se abordó el proceso terapéutico desde la perspectiva de la terapia transgeneracional.
- Las participantes tuvieron la oportunidad de expresarse y ser escuchadas.
- Se abordaron los siguientes temas:
 - Psicoeducación sobre la fatiga por compasión, con el propósito de facilitar, su identificación temprana.
 - Relatos sobre su trayectoria como voluntarias, sus motivaciones e inicios en esta labor, y el apoyo familiar recibido durante su participación en el voluntariado.
 - La mayoría de ellas expresaron que el aprendizaje sobre la ayuda a otras personas provenía de la influencia de su orientación religiosa. Otras mencionaron que lo habían aprendido de su madre, que realizaba actividades similares de apoyo a personas necesitadas.
 - Se promovieron intervenciones en las que se compartieron experiencias personales relacionadas con la historia familiar y laboral, así como las vivencias en el voluntariado oncológico.
- A través del relato de las asistentes, se identificaron las motivaciones además de conductas que pueden estar influenciadas por aprendizajes familiares y creencias heredadas, que conforman lo que se denomina “conciencia psicogenealógica”. Durante la sesión, las participantes identificaron que su inclinación hacia el voluntariado

oncológico se originaba en patrones familiares, orientaciones religiosas, lo que coincide con la teoría que sostiene que los valores y roles internalizados en la infancia pueden influir en la elección de actividades de ayuda en la vida adulta.

- El grupo experimental trabajó el pensamiento reflexivo como herramienta para la toma de decisiones en relación con la motivación para ser voluntario, el autocuidado y el establecimiento de límites saludables en la ayuda personal y hacia otras personas en situación de sufrimiento.
- La sesión concluyó con una reflexión grupal sobre los aprendizajes obtenidos.

Segunda Sesión: lo diagnóstico

Objetivo:

Reflexionar sobre los aspectos transgeneracionales relacionados con la motivación hacia el voluntariado, y psicoeducar en relación al riesgo de la fatiga por compasión.

Participantes:

- Asistieron la mayoría de los voluntarios, con la ausencia de dos participantes que sí estuvieron en la sesión anterior.

Desarrollo de la sesión:

- Se repasó el resumen de lo trabajado en la primera intervención psicológica, centrada en el papel de la familia, y se identificó el apoyo recibido en la labor voluntaria.
- Se brindó psicoeducación sobre el trabajo emocional a partir del análisis del árbol genealógico para identificar conductas que se repiten de manera significativa de una generación a otra.
- Los participantes confeccionaron el genograma (árbol familiar).
- Trabajaron las tareas propuestas en el protocolo de la terapia transgeneracional de Sierra (2010, 2013), que incluyen:

- **Las categorías genealógicas:** son una herramienta para recabar información relevante sobre la novela familiar, las lealtades invisibles, la contabilidad familiar, el síndrome de aniversario y los órdenes emocionales.
 - **Las líneas de vida:** permiten representar gráficamente los eventos significativos con sus fechas, identificando tanto situaciones protectoras como experiencias psicotraumáticas.
 - **Las identidades:** facilitan el reconocimiento de enseñanzas heredadas, aprendizajes adquiridos, las expectativas de la sociedad, y promueven la reflexión para construir de manera consciente la identidad que el consultante desea.
 - **Las áreas vitales del ser humano:** permiten identificar desde qué perspectiva está afectando a su salud, ya sea en las dimensiones física, mental, emocional o espiritual.
- El análisis del árbol genealógico permitió reconocer cómo las historias, mandatos y patrones familiares se transmiten de generación en generación, e influyen en la identidad, las decisiones, así como la forma de relacionarse con el entorno. Las participantes reflexionaron sobre el papel de la familia en su motivación para hacer voluntariado e identificaron conductas repetitivas y significativas dentro de su linaje. La elaboración del genograma y el trabajo con las siete categorías genealógicas, las líneas de vida, las identidades, las áreas vitales del ser humano son herramientas que facilitaron la recopilación de datos de la historia familiar, lo que permitió identificar qué le puede estar pasando al consultante y tomar conciencia de la influencia transgeneracional en su rol de ayuda. Este enfoque coincide con la visión de la autora, para quien el conocimiento de la propia historia familiar es un recurso fundamental para diferenciar los mandatos heredados de las decisiones conscientes, lo que favorece el autocuidado y la prevención de la fatiga por compasión.

- La sesión concluyó con el debate grupal sobre lo que más les había resonado durante el encuentro.

Tercera Sesión: Lo explicativo

Objetivo:

- Analizar la forma en que se comunica la familia y el equipo de voluntarios e identificar los límites saludables para el autocuidado.

Participantes:

La sesión se desarrolló con la participación de las mismas diez personas que estuvieron presentes en la sesión anterior.

Desarrollo de la sesión:

- Se repasaron los temas tratados previamente.
- Los participantes identificaron los límites saludables, exploraron conceptos relacionados con el inconsciente colectivo familiar, dialogaron sobre sus vulnerabilidades y fortalezas personales.
- Se promovieron procesos de autodescubrimiento en los que cada persona pudo reconocer nuevos aspectos de sí misma que no había explorado antes, especialmente en lo relativo a la capacidad de establecer límites para preservar su salud.
- La identificación del estilo de comunicación familiar y grupal permitió visibilizar los patrones relacionales que influyen en la forma de establecer vínculos, asumir responsabilidades y definir límites. Las participantes exploraron cómo estos estilos de comunicación inciden en su capacidad para establecer límites saludables en su núcleo familiar y en el grupo de voluntariado. Allí reconocieron la importancia de este ejercicio para preservar su bienestar emocional. La reflexión sobre la vulnerabilidad como de las fortalezas personales facilitó el autodescubrimiento de aspectos no explorados

previamente, especialmente relacionados con la necesidad de cuidar la propia energía y prevenir la fatiga por compasión. Según la profesora Gloria Sierra, este tipo de conciencia psicogenealógica permite diferenciar entre las demandas externas, las necesidades internas, lo que permite tomar decisiones más libres en función a ser protectoras para la salud integral.

- El encuentro finalizó con recapitulación y conclusión de los conceptos aprendidos durante el encuentro.

Cuarta Sesión: lo comprensivo

Objetivo:

- Encontrar el sentido personal de la elección de ser voluntario oncológico y reflexionar sobre si esta labor genera algún tipo de malestar físico o emocional.

Participantes:

- La asistencia se mantuvo constante con la participación de diez individuos.

Desarrollo de la sesión:

- Se inició con un resumen de lo tratado en la sesión anterior.
- Se trabajaron las inferencias terapéuticas formuladas como hipótesis para cada una de las consultantes las cuales encontramos las siguientes:
 - Las participantes expresaron su misión de vida y sus deseos de desempeñar actividades que disfrutaran sin que esto les afecte emocionalmente. Se observó que el trabajo voluntario simboliza la reparación de asuntos familiares para muchas de ellas. Algunas voluntarias manifestaron su gratitud por haber superado el cáncer.
 - Se resignificó el concepto de “ayudar al otro” dando sentido de cómo esta acción les genera una sensación de felicidad y satisfacción.
 - Se analizaron vivencias a través de la confección gráfica del árbol familiar, lo que permitió identificar situaciones dolorosas no resueltas (duelos) que generaban

afectación emocional tanto en ellas como en otros miembros de la familia. Asimismo, se destacó que la labor del voluntariado oncológico implica enfrentarse de manera continua a diversos tipos de duelo, como la pérdida de la salud, la función en el rol laboral y familiar, la reducción de los ingresos económicos, la pérdida de alguna parte del cuerpo a causa de la enfermedad o de los tratamientos oncológicos, el descenso de la movilidad física que afecta a la calidad de vida actual, la posible ruptura de pareja y el duelo anticipatorio por la propia muerte a causa del cáncer. Todo ello puede afectar emocionalmente al voluntario, especialmente si tiene duelos familiares no resueltos.

- Asimismo, se destacó la labor de
- El análisis del árbol familiar permitió identificar aprendizajes positivos relacionados con el desarrollo de la vocación de cuidado hacia los demás. Los resultados pusieron de manifiesto conductas repetitivas en distintos miembros de la familia, lo que destacó la influencia de la madre y de la educación religiosa recibida en el hogar como factores que pueden sustentar esta disposición a ayudar.
- Asimismo, se evidenció una alta motivación hacia la labor voluntaria; no obstante, se constató la ausencia de estrategias sistemáticas para la prevención de la fatiga por compasión.
- Se identificaron estilos de comunicación semejantes a los empleados en el ámbito familiar como en las asociaciones de voluntariado, los cuales, en determinados casos, pueden favorecer el establecimiento de límites saludables.
- Al final de la sesión, se hizo una reflexión en grupo sobre los aprendizajes y experiencias de cada participante.

Quinta Sesión: lo elaborativo – terapéutico

Objetivo:

Implementar espacios de terapia de ritualización orientados a facilitar la elaboración de los duelos continuos derivados de la labor voluntaria en contacto con personas con cáncer, promoviendo además el autocuidado del voluntariado hospitalario.

Participantes:

- La asistencia se mantuvo con la participación de los mismos diez voluntarios.

Desarrollo de la sesión:

- Los participantes compartieron sus ideas y reflexiones a partir del resumen de lo trabajado en la sesión anterior.
- Se establecieron pautas para ritualizar para llevar a cabo cierres emocionales, explorando el sentido de pertenencia a través de las similitudes y diferencias de los eventos vividos.
- Los voluntarios participaron activamente en el cierre de duelos, con acompañamiento emocional y haciendo especial énfasis en la práctica del autocuidado.
- Se llevaron a cabo intervenciones terapéuticas orientadas al cierre emocional desde un enfoque fenomenológico, siguiendo la propuesta de la autora Sierra, centradas en las relaciones con las personas con cáncer durante su labor de voluntariado.
- Según Sierra (2017), comprender el sentido profundo de nuestras elecciones vitales implica reconocer la trama transgeneracional que las sustenta y su influencia en el bienestar físico como emocional. Las participantes identificaron que su labor como voluntarias en oncología, además de responder un deseo genuino de ayudar, simboliza en muchos casos un acto de reparación de vivencias familiares dolorosas, así como una manera de resignificar experiencias personales, como la supervivencia al cáncer. Esta resignificación del “ayudar a otro” se experimenta como una fuente de satisfacción a

través de la compasión, lo que permite transformar los mandatos heredados en elecciones conscientes que promuevan el bienestar.

- La elaboración y análisis del árbol genealógico permitió identificar situaciones no resueltas que aún generaban afectación emocional, lo que facilitó la aplicación de las terapias propuestas por la autora. Este proceso de comprensión y relectura del linaje, orientado a rescatar aprendizajes positivos sobre el cuidado de los demás, potencia la capacidad de ejercer el voluntariado desde un lugar de autocuidado, con sentido pleno, lo que minimiza el riesgo de desgaste emocional.
- Se proponen las tareas de la terapia transgeneracional, de los libros “Soltar para volar” y “Soltar para volar 2” (Sierra, 2010, 2013):
 - Terapias genealógicas (prebiográficas).
 - El orden conmigo mismo(a): un lugar en el planeta.
 - Terapia de libertad: ordenado mi esencia.
 - Terapia para sanar los desórdenes emocionales: “Los honro, me honro, me voy”
 - Actividad de cierres emocionales (terapia simbólica de duelo).
- La sesión concluyó con una síntesis de las nociones y aprendizajes alcanzados durante el encuentro.

Sexta Sesión: la praxis

Objetivo:

- Implementar una intervención terapéutica con enfoque fenomenológico, basada en la ritualización, orientada a la sanación de los vínculos con los padres y el núcleo familiar, así como a la facilitación de cierres emocionales que favorezcan la adecuada elaboración del duelo.

- **Participantes:**

- Asistieron diez voluntarios.

Desarrollo de la sesión:

- Se inició con la revisión y discusión del resumen de lo trabajado en el encuentro anterior.
- Previamente, se diseñó el árbol familiar (genograma) que funcionó como un espacio reparador y sanador, para abordar los temas pendientes identificados durante el proceso terapéutico, haciendo especial énfasis en la promoción del autocuidado.
- Se llevó a cabo una ritualización destinada a cerrar emocionalmente vínculos, en la que las participantes visualizaron a sus familias y reconocieron conductas nocivas que se repiten dentro del voluntariado.
- Las participantes compartieron con el grupo sus aprendizajes y reflexiones sobre la experiencia vivida en la terapia.
- A continuación, se asignaron tareas basadas en los libros *Soltar para volar* y *Soltar para volar 2* (Sierra, 2010, 2013), con el propósito de fortalecer el proceso de sanación individual y grupal.
- La sesión culminó con una reflexión colectiva sobre lo aprendido y los avances obtenidos a lo largo de las seis sesiones.
- Se programó una nueva cita de seguimiento para dentro de 30 días, con el objetivo de evaluar los progresos y consolidar los logros alcanzados. Se mantuvo abierta la comunicación con los voluntarios del grupo experimental para que pudieran expresar cualquier aspecto relacionado con la terapia recibida.

Séptima Sesión: seguimiento para el grupo experimental

Todo proceso terapéutico debe prever un plan de seguimiento de los avances, las dificultades y las formas de acompañamiento para garantizar la eficacia de las estrategias para

evitar repercusiones negativas es decir contar con un espacio abierto de comprensión y cercanía (Sierra, 2017).

Después de la última sesión del grupo experimental se reunió de nuevo el grupo conformado por los diez voluntarios.

- Transcurridos 30 días desde la última sesión, se reunió nuevamente el grupo experimental conformado por los diez voluntarios. Durante este encuentro, se abordaron y validaron las emociones, los sentimientos como los malestares emocionales experimentados durante la terapia y después de las seis sesiones de la psicoterapia transgeneracional.
- El grupo reflexionó sobre sus vivencias, la fatiga por compasión como la importancia del autocuidado. En este espacio, se repasaron y reforzaron conductas relacionadas con el establecimiento de límites saludables, una estrategia clave para la protección emocional en contextos de alta demanda.
- Los participantes expresaron sus dudas, destacando que para la mayoría era la primera experiencia en un proceso terapéutico, lo que resalta la relevancia y el impacto del abordaje.
- Finalmente, se dio por concluida la intervención con el grupo experimental y se dio por terminada la psicoterapia transgeneracional. Se recordaron las pautas de autocuidado emocional orientadas a la prevención de la fatiga por compasión con el fin de promover el bienestar y la resiliencia en su labor voluntaria.

2.12.3 Tercera etapa

1. Se aplicó el postest del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (ProQOL-IV) al grupo de control y al grupo experimental.

2. Se obtuvieron los resultados de ambos grupos: control y experimental.
3. Se procedió al análisis y discusión de los datos obtenidos de acuerdo con los hallazgos encontrados.

2.13 Aval bioético

En cuanto a los aspectos éticos, se comprobó que el protocolo de investigación había sido aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá, lo que garantizaba la protección y la confidencialidad de los participantes mediante el consentimiento informado (ver anexo).

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Resultados de los datos sociodemográficos del grupo control

Tabla 1

Distribución según sexo de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION) del grupo control

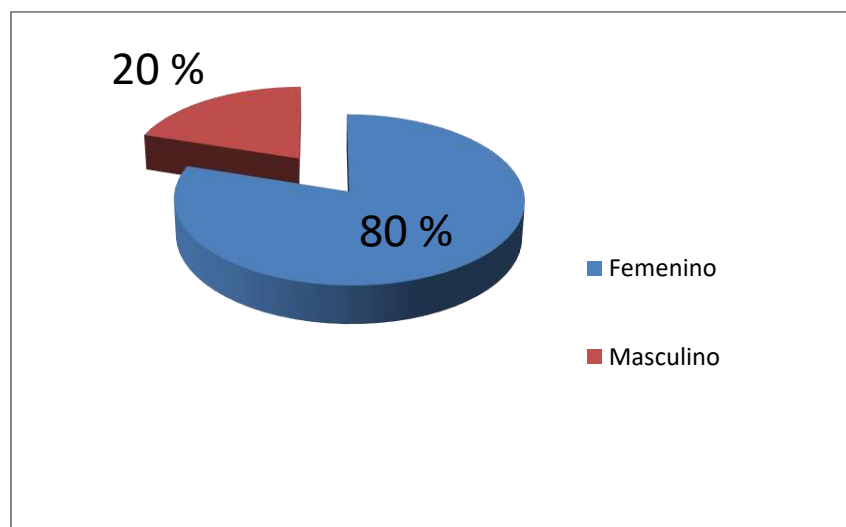
Sexo	Frecuencias	Porcentajes
Femenino	8	80 %
Masculino	2	20 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La distribución por sexo de los voluntarios oncológicos del Instituto Oncológico Nacional que conformaron el grupo de control se presenta en la Tabla 1. De la muestra total, ocho participantes (80 %) eran mujeres y dos sujetos (20 %) hombres. La Figura 1 complementa esta información de manera visual, y facilita la comprensión de la distribución de la muestra según el sexo.

Figura 1

Distribución según sexo de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 2

Distribución por rango de edad de los voluntarios del grupo control del ION

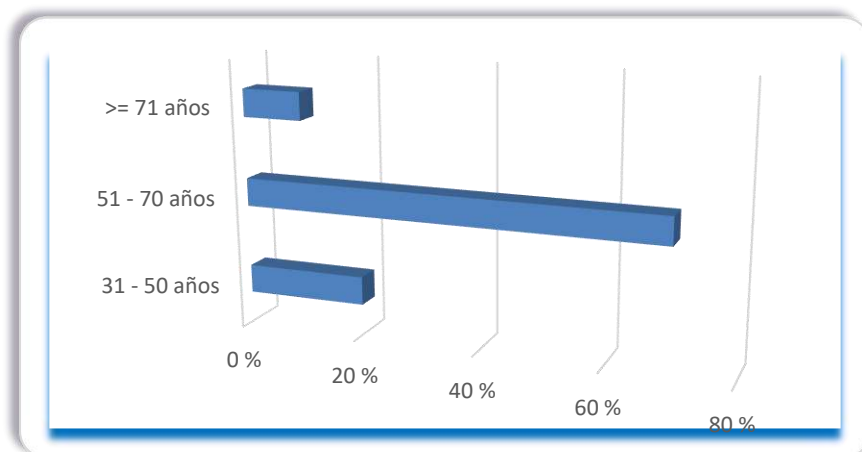
Edad	Frecuencias	Porcentajes
31 – 50 años	2	20 %
51 – 70 años	7	70 %
>= 71 años	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 2 se muestra la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control según la edad. Se observó que siete participantes (70 %) tenían entre 51 y 70 años, mientras dos sujetos (20 %) se encontraban en el rango de 31 a 50 años, y un voluntario (10 %) tenía más de 71 años. Esta distribución sugiere que el grupo está compuesto principalmente por personas mayores. La Figura 2 complementa esta información de manera visual.

Figura 2

Distribución por rango de edad de los voluntarios del grupo control del ION



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 3

Distribución por escolaridad de los voluntarios del grupo control del ION

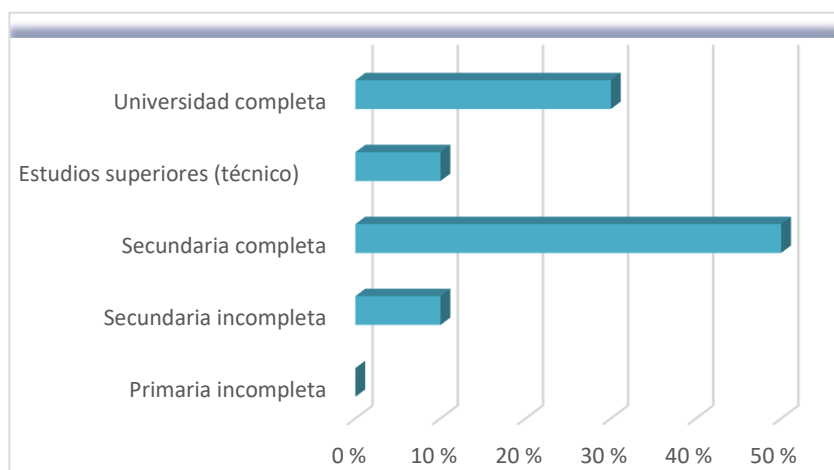
Escolaridad	Frecuencias	Porcentaje
Secundaria incompleta	1	10 %
Secundaria completa	5	50 %
Estudios superiores (técnico)	1	10 %
Universidad completa	3	30 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 3 se proporciona la distribución de los voluntarios oncológicos del Instituto Oncológico Nacional que conformaron el grupo control según su nivel de estudios. Se observó que cinco participantes (50 %) habían completado la educación secundaria, mientras que tres asistentes (30 %) habían cursado estudios universitarios, y uno (10 %) tenía estudios técnicos superiores y un voluntario (10 %) no había completado la educación secundaria. Esta distribución por niveles de estudios se representa de forma visual en la Figura 3.

Figura 3

Distribución por escolaridad de los voluntarios del grupo control del ION



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 4

Estado civil de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional del grupo control

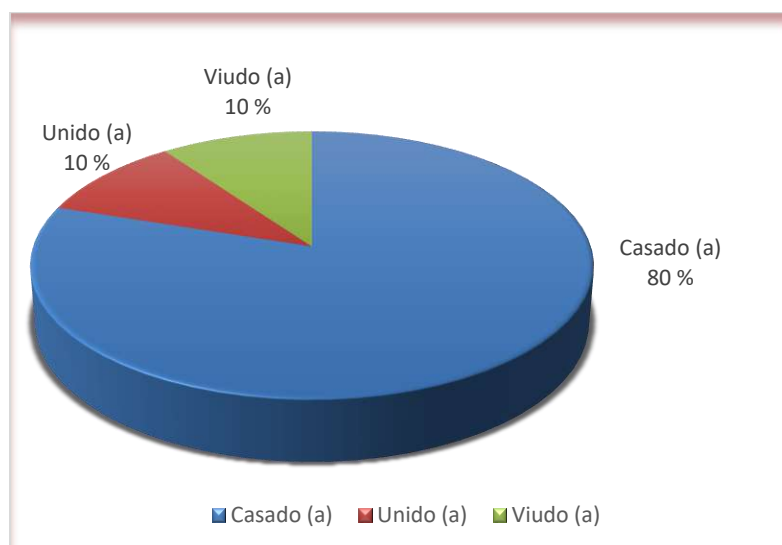
Estado Civil	Frecuencias	Porcentajes
Casado (a)	8	80 %
Unido (a)	1	10 %
Viudo (a)	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 4 se presenta la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control según su estado civil. Se encontró que ocho participantes (80 %) estaban casados, mientras que un sujeto (10 %) vivía en unión libre, y otro (10 %) era viudo. Esta distribución indica que el grupo control está compuesto principalmente por personas casadas. La Figura cuatro ilustra de forma visual esta distribución, para facilitar la comprensión de las proporciones según el estado civil en la muestra.

Figura 4

Estado civil de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional pertenecientes al grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 5

Distribución del grupo control según antecedente de haber sido paciente oncológico

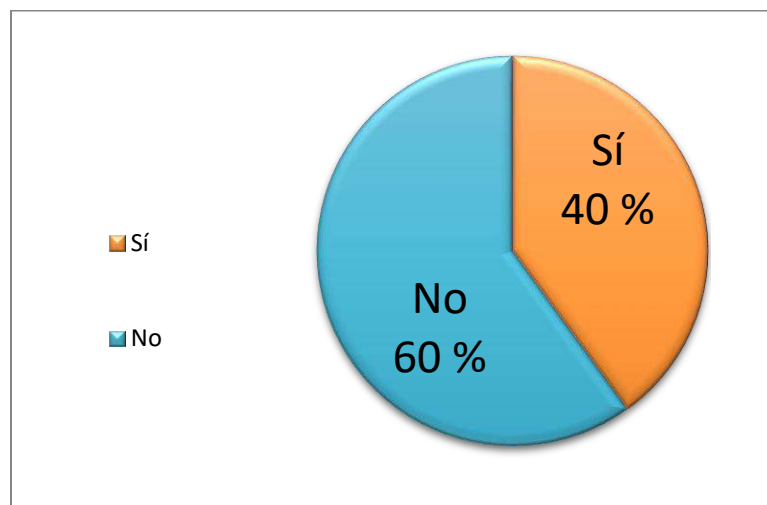
Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Sí	4	40 %
No	6	60 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 5 se expone la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control en relación con la pregunta “¿Es usted o ha sido paciente oncológico?”. Seis sujetos (60 %) indicaron que no han sido pacientes oncológicos, mientras que cuatro participantes (40 %) señalaron que sí lo han sido. La Figura 5 ofrece una representación visual de esta distribución, destacando las proporciones de cada grupo dentro de la muestra.

Figura 5

Distribución del grupo control según antecedente de haber sido paciente oncológico



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 6

Distribución del grupo control según situación laboral de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION)

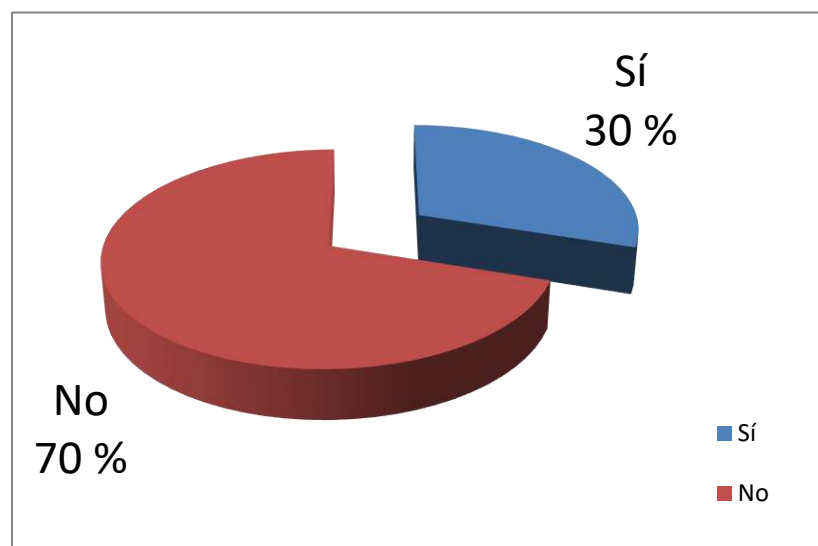
Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Sí	3	30 %
No	7	70 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 6 se presenta la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control según su situación laboral. Se observó que siete sujetos (70 %) no estaban trabajando, mientras que tres participantes (30 %) indicaron que sí estaban trabajando en el momento del estudio. La Figura 6 ilustra de forma visual esta distribución, lo que facilita la comprensión de las proporciones de cada categoría laboral en la muestra.

Figura 6

Distribución según situación laboral de los voluntarios del ION del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 7

Distribución del grupo control de los voluntarios del ION según si tienen hijos

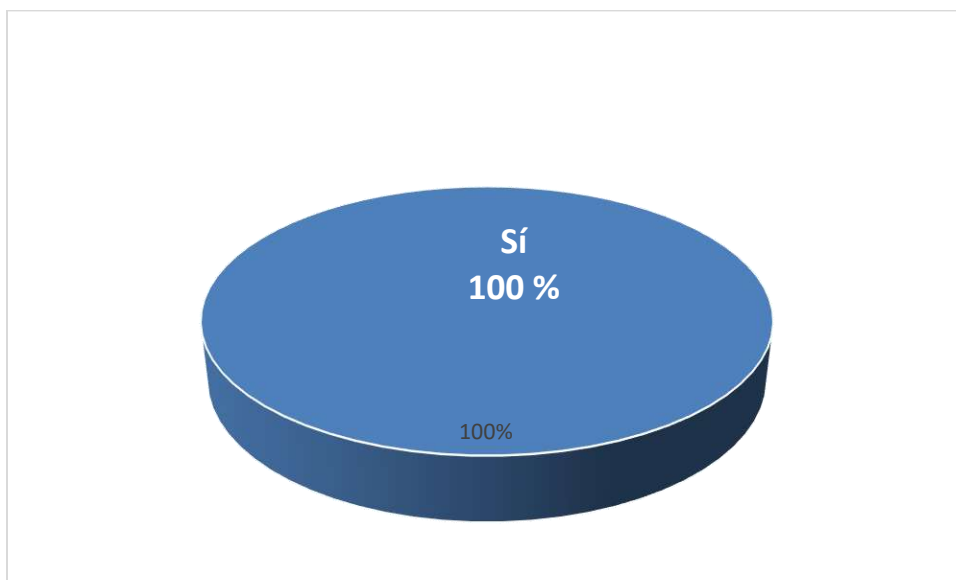
Categorías	Frecuencias	Porcentajes
Sí	10	100 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 7 explica la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control según la variable “tener hijos”. Todos los participantes (n = 10; 100 %) indicaron tener hijos. La Figura 7 muestra esta distribución, destacando que todos los voluntarios del grupo control tienen hijos.

Figura 7

Distribución del grupo control de los voluntarios del ION según si tienen hijos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 8

Distribución según edades de los hijos de los voluntarios del ION del grupo control

Edad	Frecuencias	Porcentajes
Niños (0-11 años)	1	10 %
Adulto joven (19 a 24 años)	2	20 %
Adultos (25 años en adelante)	6	60 %
Adulto joven y adulto	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 8 se refleja la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control, según la edad de sus hijos. Se encontró que seis participantes (60 %) tienen hijos adultos de 25 años o más, y dos sujetos (20 %) reportaron tener hijos en la etapa de adulto (19 a 24 años). Además, un participante (10 %) indicó tener hijos en edad infantil (0 a 11 años) y un asistente (10 %) tiene hijos en la categoría de adulto joven y adulto simultáneamente. La Figura 8 expone de forma visual esta distribución.

Figura 8

Distribución según edad de los hijos de los voluntarios del ION del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 9

Distribución de los voluntarios del grupo control según sus años de servicio

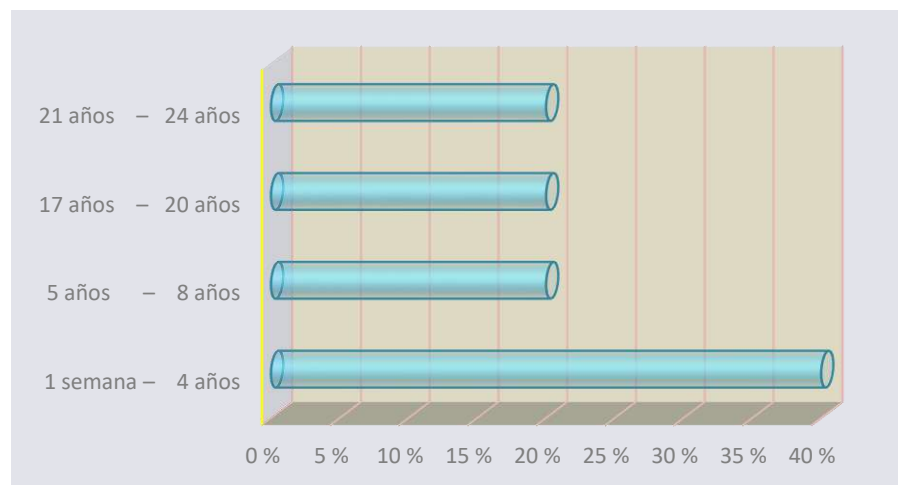
Años de Voluntariado	Frecuencias	Porcentajes
1 semana – 4 años	4	40 %
5 años – 8 años	2	20 %
17 años – 20 años	2	20 %
21 años – 24 años	2	20 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 9 proporciona la distribución de los años de experiencia como voluntarios en el Instituto Oncológico Nacional (ION) de los participantes del grupo control. Se observó que cuatro personas (40 %) tienen entre una semana y cuatro años de experiencia, mientras que dos participantes (20 %) poseen entre cinco y ocho años de experiencia. Además, dos asistentes (20 %) indicaron tener entre 17 y 20 años de experiencia, y otros dos sujetos (20 %) afirmaron tener entre 21 y 24 años de experiencia como voluntarios. La Figura 9 ilustra de forma visual esta distribución, y el tiempo de experiencia de los voluntarios dentro del ION.

Figura 9

Distribución de los voluntarios del grupo control según sus años de servicio



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 10

Distribución de los voluntarios del grupo control según el tipo de asociación a la que pertenecen

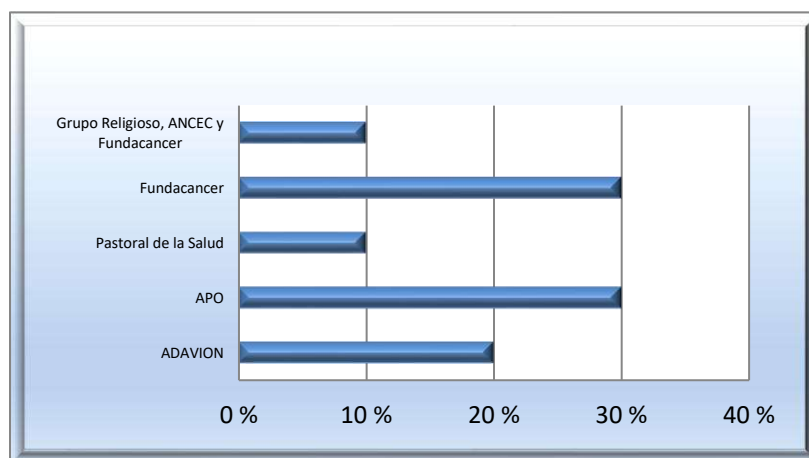
Grupo de Voluntariado	Frecuencias	Porcentajes
FUNDACÁNCER	3	30 %
APO	3	30 %
ADAVION	2	20 %
Pastoral de la salud	1	10 %
Grupo religioso, ANCEC y FUNDACÁNCER	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 10 se presenta la distribución de los voluntarios oncológicos del grupo control según la asociación a la que pertenecen. Se observó que tres sujetos (30 %) estaban asociados a Fundacáncer, mientras que tres voluntarios (30 %) pertenecían a APO. Asimismo, dos participantes (20 %) eran miembros de ADAVION, un asistente (10 %), correspondía a la Pastoral de la Salud; y un participante (10 %), se encontraba en asociaciones combinadas, grupo religioso, ANCEC y Fundacáncer. La Figura 10 ilustra de forma visual esta distribución, lo que facilita la comprensión de la diversidad de asociaciones a las que pertenecen los voluntarios.

Figura 10

Distribución según asociación a la que pertenece el voluntariado del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

3.2 Resultados de los datos sociodemográficos del grupo experimental

Tabla 11

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su sexo

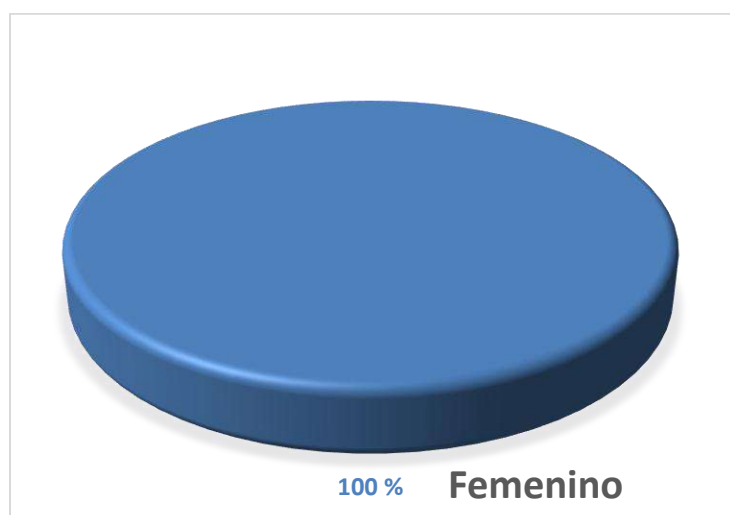
Sexo	Frecuencias	Porcentajes
Femenino	10	100 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la tabla 11 se muestra la distribución por sexo de los voluntarios oncológicos del grupo experimental, y se puede observar que la totalidad de los participantes ($n = 10$; 100 %) corresponden al sexo femenino. La Figura 11 ilustra esta distribución y destaca que todos los voluntarios del grupo experimental son mujeres.

Figura 11

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su sexo



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 12

Distribución según su rango de edad de los voluntarios del ION del grupo experimental

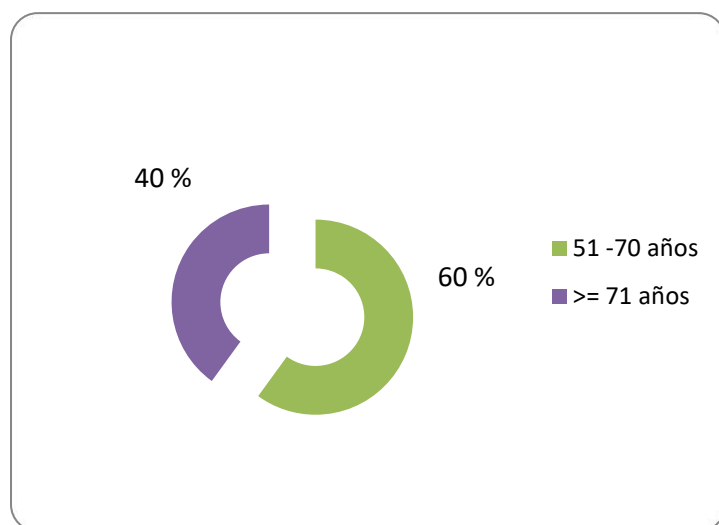
Rango de edad	Frecuencias	Porcentajes
51 – 70 años	6	60 %
>= 71 años	4	40 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 12 muestra la distribución según por edad de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION) que conformaron el grupo experimental. Seis participantes (60 %) tenían entre 51 y 70 años, mientras que cuatro sujetos (40 %) tenían 71 o más años. La Figura 12 ilustra esta distribución y destaca que el grupo experimental está compuesto principalmente por adultos y personas mayores.

Figura 12

Distribución según su rango de edad de los voluntarios del ION del grupo experimental



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 13

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su nivel de escolaridad

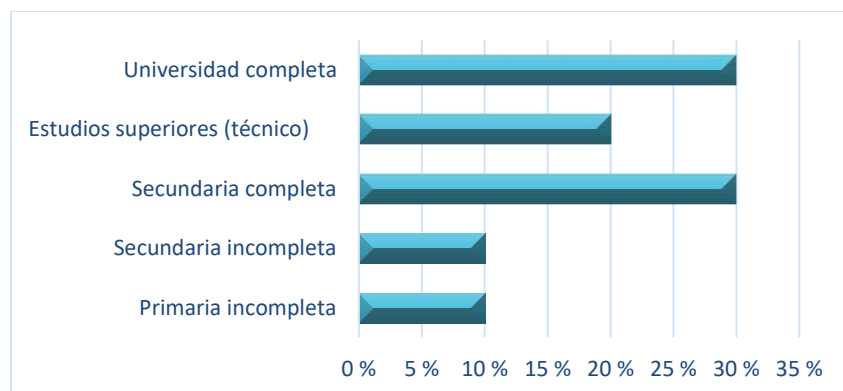
Escolaridad	Frecuencias	Porcentajes
Primaria incompleta	1	10 %
Secundaria incompleta	1	10 %
Secundaria completa	3	30 %
Estudios superiores (técnico)	2	20 %
Universidad completa	3	30 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 13 ejemplifica la distribución del nivel educativo de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION) que participaron en el estudio. Se observa que tres voluntarios (30 %) han completado estudios universitarios y otros tres participantes (30 %) han finalizado la educación secundaria. Asimismo, dos personas (20 %) cuentan con estudios técnicos superiores, mientras que una persona (10 %) no ha completado la educación secundaria y otra (10 %) no ha completado la educación primaria. La Figura 13 ilustra gráficamente el nivel educativo de los voluntarios del grupo experimental.

Figura 13

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 14

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su estado civil

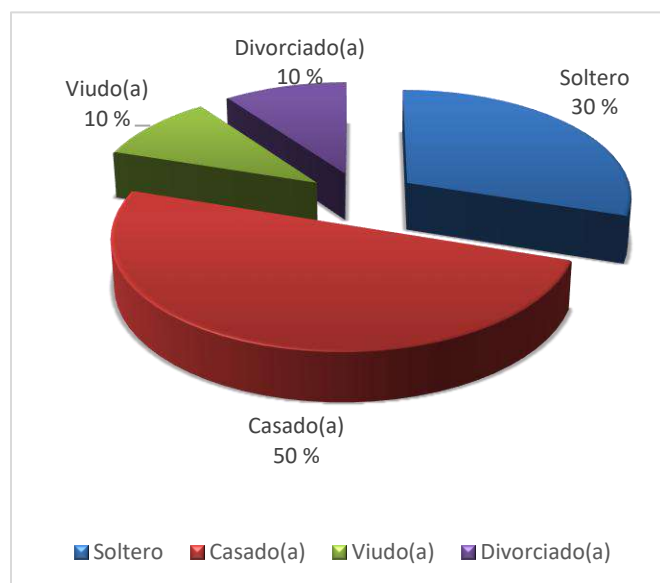
Estado civil	Frecuencias	Porcentajes
Soltero(a)	3	30 %
Casado(a)	5	50 %
Viudo(a)	1	10 %
Divorciado(a)	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 14 presenta la distribución del estado civil de los voluntarios del grupo experimental. Se observa que cinco participantes (50 %) están casados, mientras que tres sujetos (30 %) son solteros. Por otro lado, hay un sujeto viudo y otro divorciado, que representan el (10 % cada uno. La Figura 14 ilustra gráficamente esta distribución y destaca que la mayoría de los voluntarios del grupo experimental están casados.

Figura 14

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su estado civil



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 15

Distribución de los voluntarios del grupo experimental en función de haber sido o no paciente oncológico

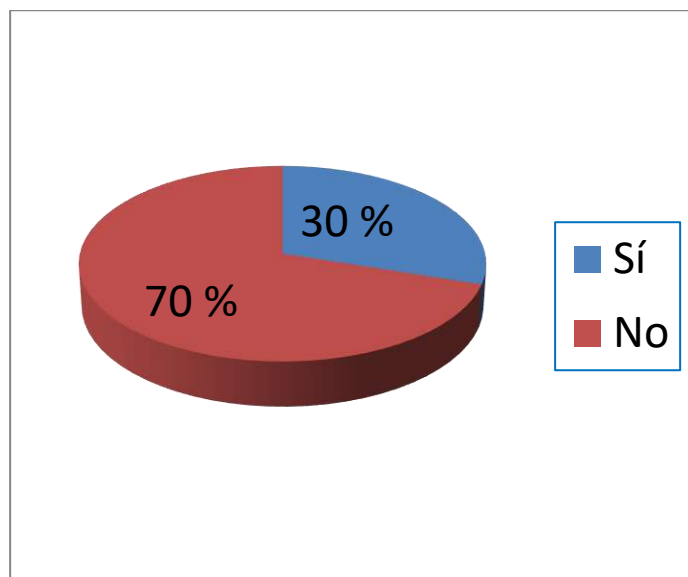
Paciente Oncológico	Frecuencias	Porcentajes
Sí	3	30 %
No	7	70 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 15 muestra la distribución de los voluntarios del grupo experimental según su historial de cáncer. Se observa que siete personas (70 %) no han sido pacientes oncológicos, mientras que tres participantes (30 %) informan de que han sido pacientes oncológicos previamente. La Figura 15 ilustra gráficamente esta distribución entre los voluntarios del grupo experimental.

Figura 15

Distribución de los voluntarios del grupo experimental en función de haber sido o no paciente oncológico



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 16

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su situación laboral

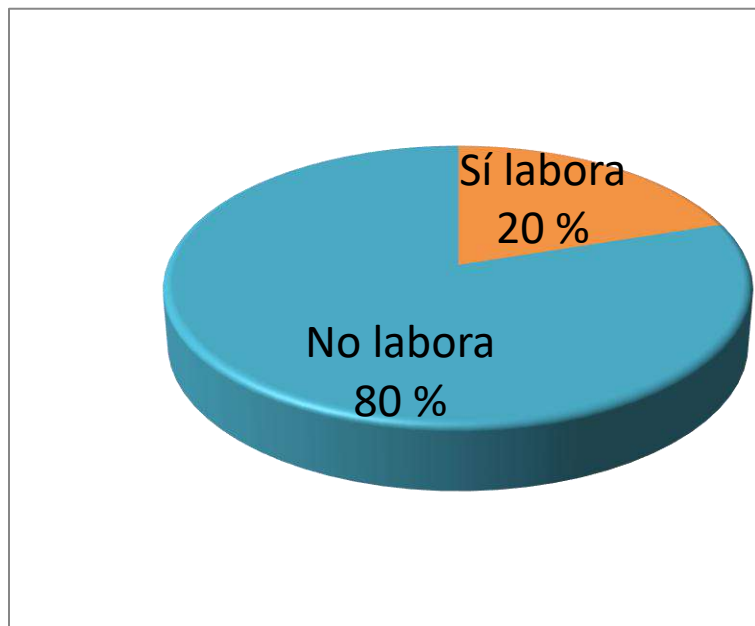
Labora	Frecuencias	Porcentajes
Sí	2	20 %
No	8	80 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 16 explica la distribución de los voluntarios del grupo experimental según su situación laboral actual. Se observa que ocho sujetos (80 %) no están trabajando, mientras que dos participantes (20 %) sí estaban trabajando en el momento que se realizó el estudio. La Figura 16 ilustra gráficamente esta distribución entre los voluntarios del grupo experimental.

Figura 16

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según su situación laboral



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 17

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la presencia de hijos

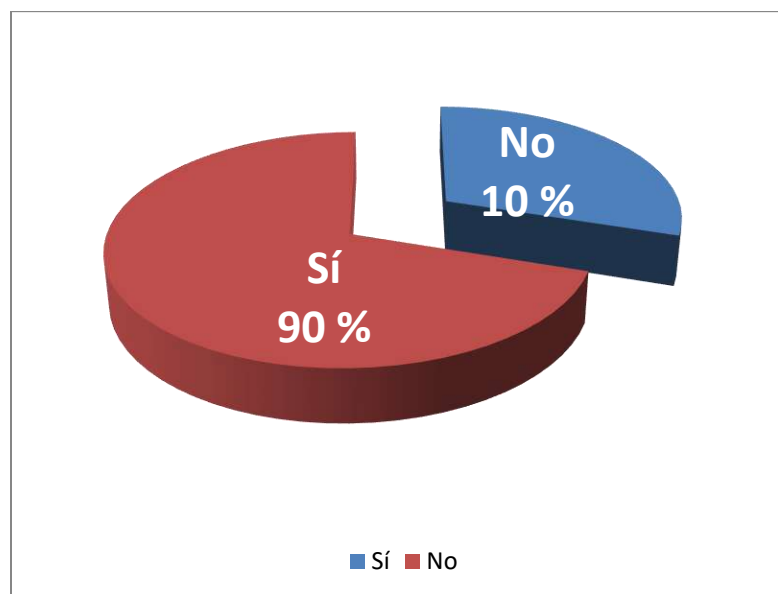
Hijos	Frecuencias	Porcentajes
Sí	9	90 %
No	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 17 proporciona la distribución de los voluntarios del grupo experimental según si tienen o no hijos. Se observa que nueve participantes (90 %) indicaron tener hijos, mientras que un voluntario (10 %) indicó no tenerlos. La Figura 17 ilustra gráficamente esta distribución, y destaca que la mayoría de los voluntarios del grupo experimental tienen hijos.

Figura 17

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la presencia de hijos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 18

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la edad de sus hijos

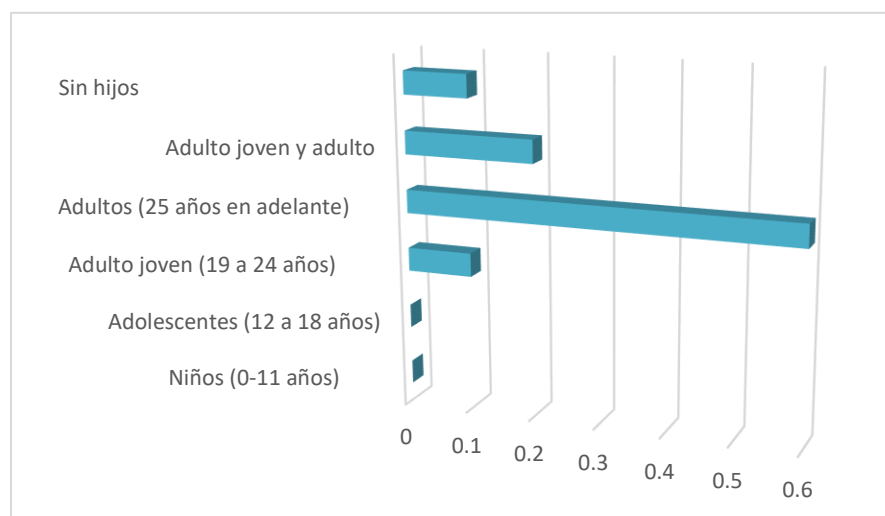
Edades	Frecuencias	Porcentajes
Adulto joven (19 a 24 años)	1	10 %
Adultos (25 años en adelante)	6	60 %
Adulto joven y adulto	2	20 %
Sin hijos	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 18 expone la distribución de las edades de los hijos de los voluntarios del grupo experimental. Se observa que seis personas (60 %) tienen hijos adultos de 25 años o más, mientras que dos sujetos (20 %) reportaron tener hijos adultos y jóvenes adultos, y una persona (10 %) tiene hijos en la etapa de adulto joven (19 a 24 años). Asimismo, un voluntario (10 %) no tiene hijos. La Figura 18 ilustra gráficamente esta distribución entre los voluntarios del grupo experimental.

Figura 18

Distribución de los voluntarios del grupo experimental del ION según la edad de sus hijos



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 19

Distribución de voluntarios del grupo experimental según años de servicio

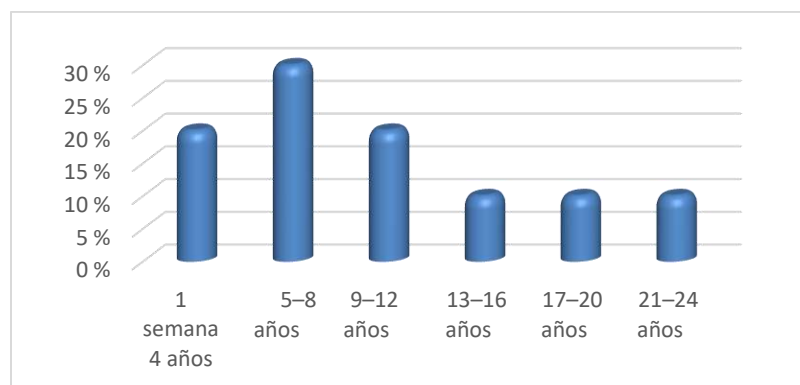
Años de voluntariado	Frecuencias	Porcentajes
1 semana – 4 años	2	20 %
5 años – 8 años	3	30 %
9 años – 12 años	2	20 %
13 años – 16 años	1	10 %
17 años – 20 años	1	10 %
21 años – 24 años	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 19 indica la distribución de los años de voluntariado de los participantes del grupo experimental. Se muestra que tres voluntarios (30 %) tienen entre 5 y 8 años de experiencia en voluntariado, mientras que dos participantes (20 %) tienen entre una semana y cuatro años de servicio, y dos sujetos (20 %) reportan entre 9 y 12 años de voluntariado. Además, persona una persona (10 %) tiene entre 13 y 16 años de experiencia, otra (10 %) entre 17 y 20 años y una más asistente (10 %) reporta entre 21 y 24 años de voluntariado. La Figura 19 ilustra gráficamente esta distribución.

Figura 19

Distribución de voluntarios del grupo experimental según años de servicio



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 20

Distribución de voluntarios del grupo experimental del ION por tipo de asociación

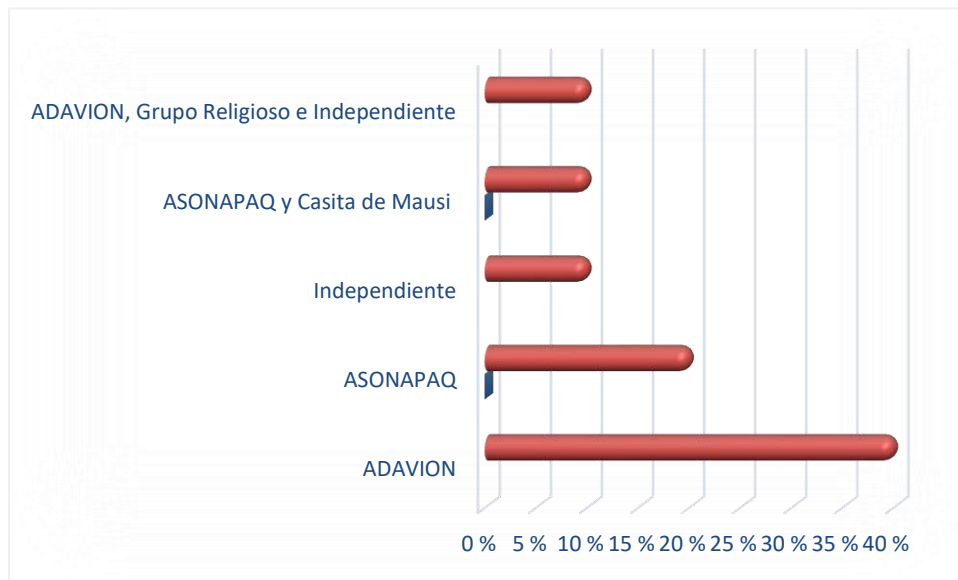
Asociación de voluntariado	Frecuencias	Porcentajes
ADAVION	4	40 %
ASONAPAQ	2	20 %
Independiente	1	10 %
ASONAPAQ y Casita de Mausí	1	10 %
ASONAPAQ y FANLYC	1	10 %
ADAVION, Grupo Religioso e Independiente	1	10 %
Total	10	100 %

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 20 expone la distribución de las asociaciones de voluntariado a las que pertenecen los participantes del grupo experimental. Cuatro voluntarios el (40 %) pertenecen a la Asociación de Damas Voluntarias del Instituto Oncológico Nacional (ADAVION), y dos participantes el (20 %) forman parte de la Asociación Nacional de Pacientes y Amigos con Quimioterapia (ASONAPAQ). Además, un voluntario el (10 %) indica que pertenece a la Asociación de Damas Voluntarias del Instituto Oncológico Nacional (ADAVION) y a Casita de Mausí, y otro (10 %) señala que participa en un grupo independiente de voluntariado. Asimismo, un asistente (10 %) indica que pertenece a ASONAPAQ y a la Fundación Amigos del Niño con Leucemia y Cáncer (FANLYC), y otro (10 %) participa en varias asociaciones simultáneamente. La Figura 20 ilustra gráficamente esta distribución.

Figura 20

Distribución según tipo de asociación a la que pertenece el voluntario del ION del grupo experimental



Fuente: Elaboración propia (2025)

3.3 Resultados del grupo control pretest y posttest

Tabla 21

Pretest y posttest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control

Sujeto	Pretest	Calificación	Posttest	Calificación
1	40	Medio	41	Medio
2	42	Alto	48	Alto
3	48	Alto	49	Alto
4	47	Alto	45	Alto
5	43	Alto	42	Alto
6	44	Alto	49	Alto
7	48	Alto	49	Alto
8	48	Alto	50	Alto
9	45	Alto	48	Alto
10	50	Alto	44	Alto
Media	45.50	Alto	46.50	Alto

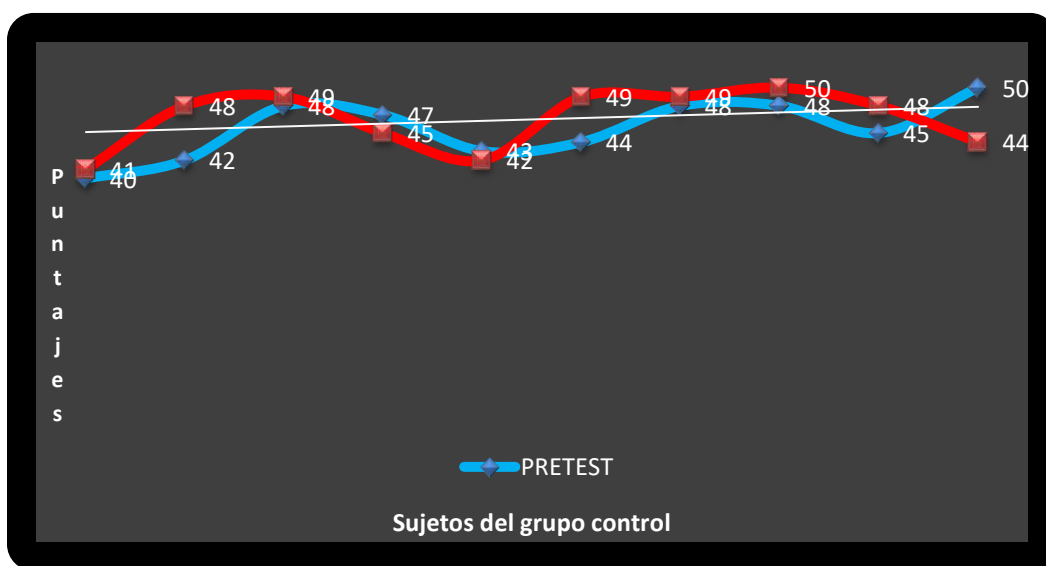
Fuente: Elaboración propia (2025)

En el análisis de la subescala de satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión en el grupo control, se observa que, las puntuaciones del pretest y del posttest se mantienen predominantemente en la categoría alta en el grupo control. En el pretest, las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 40 y un máximo de 50 puntos, mientras que en el posttest el mínimo fue de 41 y el máximo, de 50. La media en el pretest fue de ($\bar{X}=45.50$) aumentando levemente en el posttest a ($\bar{X}=46.50$). Se encontró que un voluntario (10 %) mantuvo su puntuación en la categoría media, mientras que nueve sujetos (90 %) conservaron sus calificaciones en la categoría alta. De acuerdo con el planteamiento de la hipótesis de trabajo,

no se evidenciaron cambios significativos en esta subescala en el grupo control. Estos valores del pretest y del posttest se visualizan en la Figura 21.

Figura 21

Puntajes en el pretest y posttest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 22

Pretest y postest en la subescala de burnout del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control

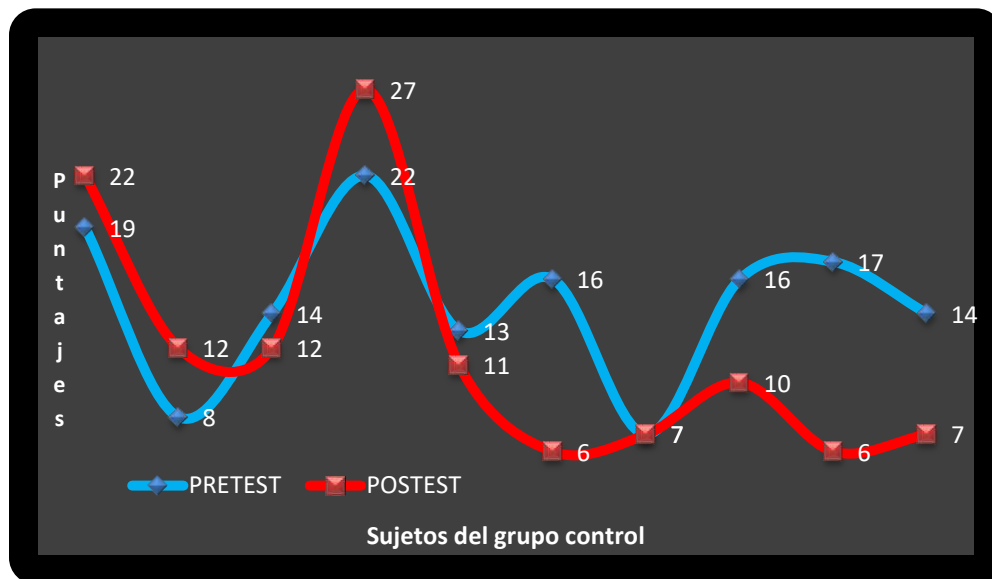
Sujeto	Pretest	Calificación	Postest	Calificación
1	19	Bajo	22	Bajo
2	8	Bajo	12	Bajo
3	14	Bajo	12	Bajo
4	22	Bajo	27	Medio
5	13	Bajo	11	Bajo
6	16	Bajo	6	Bajo
7	7	Bajo	7	Bajo
8	16	Bajo	10	Bajo
9	17	Bajo	6	Bajo
10	14	Bajo	7	Bajo
Media	14.60	Bajo	12.00	Bajo

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 22 se visualiza los valores correspondientes del pretest y del postest de la subescala de *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción en el grupo control. Se observa que las puntuaciones del pretest y del postest se mantuvieron dentro de la categoría baja. En el pretest, las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 7 y un máximo de 22, mientras que en el postest el rango varió entre 6 y 27. La media presentó un ligero descenso, pasando de (\bar{X} =14.60) en el pretest a (\bar{X} =12.00) en el postest. La mayoría de los participantes (el 90 %, n=9) mantuvieron sus puntuaciones dentro de la categoría baja en ambos momentos de medición, lo que sugiere estabilidad en los niveles de *burnout* en este grupo. No se identificaron cambios significativos tras la intervención, lo que indica que los niveles de *burnout* en el grupo control permanecieron estables a lo largo del estudio. Estos valores correspondientes al pretest y al postest se representan en la Figura 22.

Figura 22

Puntajes en el pretest y postest en la subescala burnout del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 23

Pretest y posttest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control

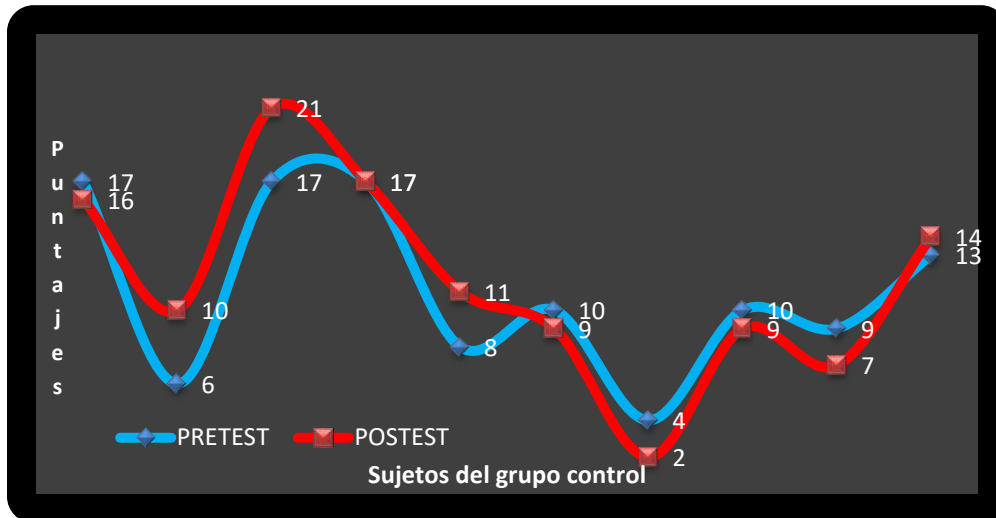
Sujeto	Pretest	Calificación	Posttest	Calificación
1	17	Bajo	16	Bajo
2	6	Bajo	10	Bajo
3	17	Bajo	21	Bajo
4	17	Bajo	17	Bajo
5	8	Bajo	11	Bajo
6	10	Bajo	9	Bajo
7	4	Bajo	2	Bajo
8	10	Bajo	9	Bajo
9	9	Bajo	7	Bajo
10	13	Bajo	14	Bajo
Media	11.10	Bajo	11.60	Bajo

Fuente: Elaboración propia (2025)

En el análisis de la subescala de fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción para el grupo control, se observa que las puntuaciones se mantuvieron en la categoría baja, tanto en el pretest como en el posttest. En el pretest, las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 4 y máximo 17, mientras que en el posttest se registraron valores entre 2 como mínimo y 21 como máximo. La media de las calificaciones fue de ($\bar{X}=11.10$) en el pretest y de ($\bar{X}=11.60$) en el posttest, lo que indica un ligero aumento en la puntuación media. Tres participantes (30 %) mostraron ligeros cambios positivos en sus puntuaciones de manera individual, pero, en términos generales, el grupo no experimentó cambios significativos en su nivel de fatiga por compasión a lo largo del estudio. La Figura 23 ilustra gráficamente estos valores correspondientes al pretest y al posttest.

Figura 23

Puntajes en el pretest y postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo control



Fuente: Elaboración propia (2025)

3.4 Resultados del grupo experimental pretest y posttest

Tabla 24

Pretest y posttest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario ProQOL del grupo experimental

Sujeto	Pretest	Calificación	Posttest	Calificación
1	43	Alto	45	Alto
2	45	Alto	46	Alto
3	40	Medio	42	Alto
4	45	Alto	41	Medio
5	47	Alto	46	Alto
6	43	Alto	45	Alto
7	49	Alto	46	Alto
8	46	Alto	49	Alto
9	44	Alto	41	Medio
10	45	Alto	48	Alto
Media	44.70	Alto	44.90	Alto

Fuente: Elaboración propia (2025)

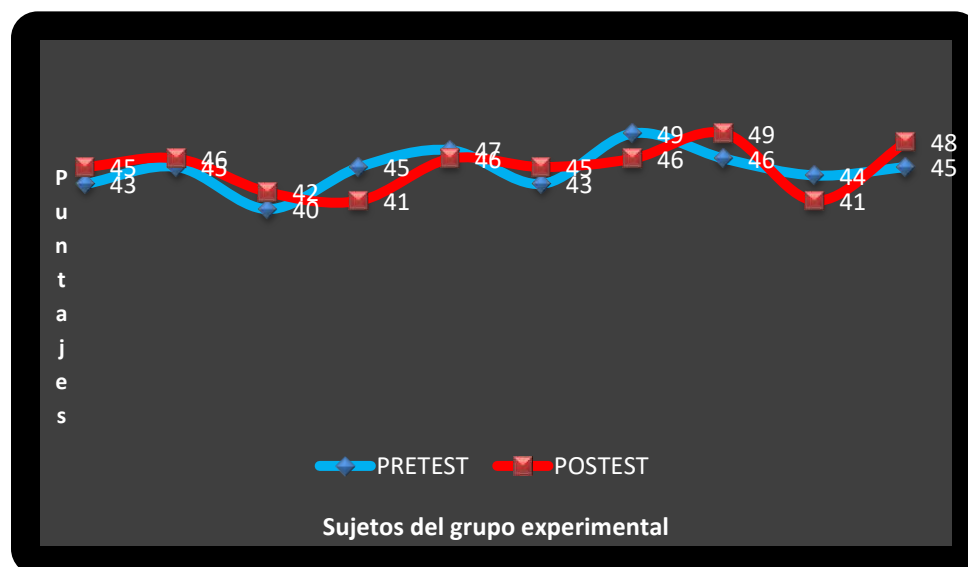
En la Tabla 24, presenta las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en la subescala de satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción. En el pretest, las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 40 y un máximo de 49, mientras que en el posttest las puntuaciones variaron entre 41 y 49, en ambos casos las puntuaciones corresponden a la categoría alta. La media aritmética en el pretest fue de ($\bar{X}=44.70$), mientras que en el posttest se registró ($\bar{X}=44.90$), manteniéndose ambos valores dentro de la categoría alta. Estos resultados indican que el comportamiento de los voluntarios del grupo experimental antes y después de la intervención con psicoterapia transgeneracional fue similar, sin cambios significativos en los niveles de satisfacción por compasión tras finalizar

el tratamiento. La Figura 24 ilustra gráficamente estos valores correspondientes al pretest y al posttest.

Al analizar de forma individualizada los resultados de la subescala de satisfacción por compasión del grupo experimental (Tabla 24), se identificaron cambios positivos en los participantes 1, 2, 3, 6, 8 y 10, lo que corresponde a seis voluntarios que representa el (60 %) del grupo. Estos participantes mostraron un ligero aumento en sus puntuaciones en esta subescala tras la intervención con psicoterapia transgeneracional. Estos resultados sugieren que, si bien la intervención no demostró un efecto generalizable en el aumento de la satisfacción por compasión a nivel grupal, existen indicios de que ciertos individuos pueden beneficiarse de la psicoterapia transgeneracional en este sentido, ya que se observaron aumentos individuales en la percepción de satisfacción relacionada con su labor de voluntariado.

Figura 24

Puntajes en el pretest y posttest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 25

Pretest y posttest en la subescala burnout del Cuestionario ProQOL del grupo experimental

Sujeto	Pretest	Calificación	Posttest	Calificación
1	11	Bajo	10	Bajo
2	14	Bajo	15	Bajo
3	18	Bajo	8	Bajo
4	10	Bajo	12	Bajo
5	15	Bajo	20	Bajo
6	13	Bajo	15	Bajo
7	14	Bajo	24	Medio
8	17	Bajo	16	Bajo
9	17	Bajo	16	Bajo
10	18	Bajo	17	Bajo
Media	14.70	Bajo	15.30	Bajo

Fuente: Elaboración propia (2025)

La Tabla 25 expone las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en la subescala de *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción. En el pretest, las puntuaciones oscilan entre 10 y 18, ambas dentro de la categoría baja. En el posttest, las puntuaciones se ubicaron entre 8 y 24, valores correspondientes a las categorías de baja y media, respectivamente. La media en el pretest fue de ($\bar{X}=14.70$), mientras que en el posttest se registró ($\bar{X}=15.30$), manteniéndose ambos valores en el rango de bajo. Estos resultados indican que el comportamiento de los voluntarios fue similar antes y después de finalizar la intervención con psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental, sin cambios significativos en los niveles de *burnout*. La Figura 25 ilustra gráficamente estos valores correspondientes al pretest y al posttest.

Al analizar el rendimiento individual de los participantes en la prueba posterior a la intervención del grupo experimental, se identificó que los participantes 1, 3, 8, 9 y 10, correspondientes a cinco voluntarios (el 50 %), presentaron una ligera disminución en sus puntuaciones en la subescala de *burnout*. Este hallazgo sugiere que, aunque a nivel grupal los resultados se mantuvieron en la categoría baja, algunos participantes experimentaron una reducción individual en sus niveles de *burnout* tras la psicoterapia transgeneracional, lo que indica posibles beneficios puntuales de la intervención en ciertos individuos.

Figura 25

Puntajes en el pretest y postest en la subescala burnout del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental



Fuente: Elaboración propia (2025)

Tabla 26

Pretest y posttest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario ProQOL del grupo experimental

Sujeto	Pretest	Calificación	Posttest	Calificación
1	11	Bajo	16	Bajo
2	6	Bajo	9	Bajo
3	18	Bajo	10	Bajo
4	7	Bajo	9	Bajo
5	7	Bajo	10	Bajo
6	8	Bajo	6	Bajo
7	15	Bajo	14	Bajo
8	12	Bajo	16	Bajo
9	18	Bajo	18	Bajo
10	14	Bajo	12	Bajo
Media	11.60	Bajo	12.00	Bajo

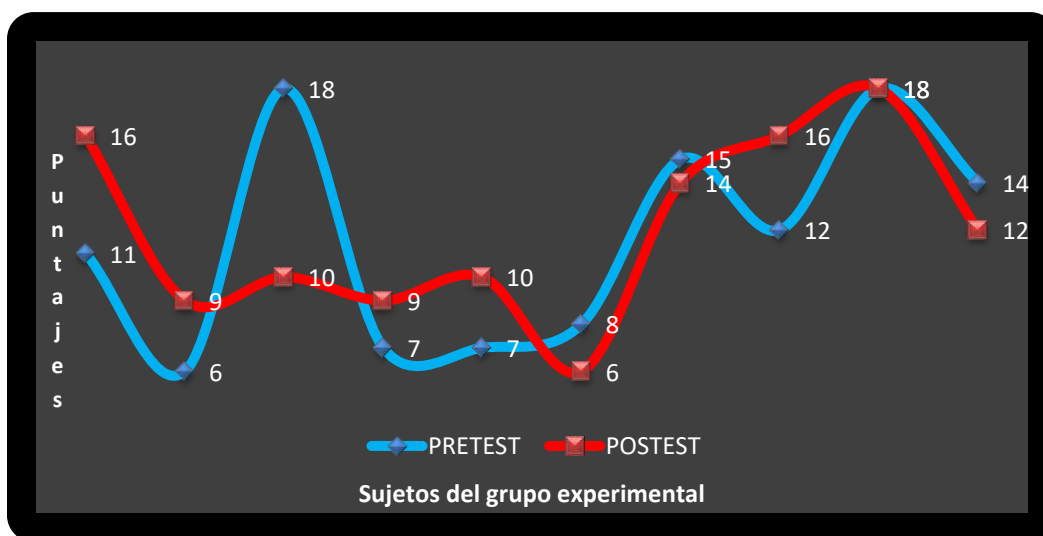
Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 26 se observan las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en la subescala de fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción. Tanto en el pretest como en el posttest, las puntuaciones oscilaron entre un mínimo de 6 y un máximo de 18, valores que corresponden a la categoría baja. La media aritmética en el pretest fue de ($\bar{X}=11.60$) y en el posttest se registró ($\bar{X}=12.00$). Estos resultados indican que el grupo experimental presentó un comportamiento homogéneo antes y después de la intervención con psicoterapia transgeneracional, sin cambios significativos en los niveles de fatiga por compasión entre los voluntarios. La Figura 26 ilustra gráficamente estos valores correspondientes al pretest y al posttest.

El análisis individual de los resultados del postest del grupo experimental reveló que los participantes 3, 6, 7 y 10, correspondientes a cuatro voluntarios (40 %), presentaron una ligera reducción en sus puntuaciones en la subescala de fatiga por compasión. Estos datos sugieren que, aunque la intervención no tuvo un efecto generalizable en la reducción de la fatiga por compasión a nivel grupal, hay indicios de que ciertos individuos pueden beneficiarse de la psicoterapia transgeneracional para disminuirla, lo que se refleja en mejoras individuales tras la intervención.

Figura 26

Puntajes en el pretest y postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental



Fuente: Elaboración propia (2025)

3.5 Análisis estadístico

Análisis de los datos

Los datos recogidos a través del cuestionario en la presente investigación han sido procesados mediante la aplicación del software SPSS versión 23, que permite generar cuadros estadísticos y contraste de las hipótesis mediante niveles de significación ($\alpha=0.05$), utilizando el criterio del valor p .

Prueba de Normalidad

Al empezar el análisis estadístico que sigue con la depuración de los datos y la corrección de errores, se debe estudiar si el comportamiento de nuestras variables numéricas sigue una distribución normal.

Se realiza la Prueba de Normalidad para saber si los datos provienen de una distribución normal en el cual se aplica la prueba de Shapiro Wilk cuando las muestras son menores de 50 ($n < 50$).

Hipótesis Nula H_0 : El conjunto de datos siguen una distribución normal.

Hipótesis Alternativa H_1 : El conjunto de datos no sigue una distribución normal.

Prueba estadística: Shapiro Wilk.

Región de Rechazo: $P\text{-valor} > \alpha 0.05$ Aceptar H_0
 $P\text{-valor} < \alpha 0.05$ Aceptar H_1

Resultados

Pretest-Postest/Subescala	Estadístico	Shapiro-Wilk	
		gl	Sig.
GXPRES_ESC	0.970	10	0.893
GXPOST_ESC	0.909	10	0.272
GXPRES_ETS	0.906	10	0.254
GXPOST_ETS	0.946	10	0.622
GXPRES_EB	0.923	10	0.384
GXPOST_EB	0.968	10	0.867
GCONTPRE_ESC	0.946	10	0.621
GCONTPOST_ESC	0.863	10	0.082
GCONTPRE_ETS	0.907	10	0.260
GCONTPOST_ETS	0.981	10	0.969
GCONTPRE_EB	0.954	10	0.718
GCONTPOST_EB	0.802	10	0.067

Nota: GXPRES= Grupo experimental-Pretest; GXPOST= Grupo Experimental-Postest
 GCONTPRE=Grupo Control-Pretest; GCONTPOST=Grupo Control-Postest
 ESC=Satisfacción por compasión; ETS=Fatiga por compasión, EB=*Burnout*

Decisión

Como puede observarse, la significación asintótica bilateral “p” son mayores de 0.05 en las variables del pretest como en el postest de los grupos experimentales como control. Esto significa que las variables siguen la Ley Normal y que, en consecuencia, es posible aplicar pruebas paramétricas.

3.6 Análisis inferencial

Por la naturaleza del presente trabajo experimental, se ha visto por conveniente utilizar la prueba paramétrica de “t”, como método para el procesamiento y análisis de los datos.

Prueba de pretest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción aplicado, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Hipótesis 1

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras independientes.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 27

Comparación de las medias del pretest en la subescala de satisfacción por compasión entre el grupo experimental y el grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.	t	gl	sig (bilateral)
Experimental	10	44.70	2.45	0.627	18	0.539
Control	10	45.50	3.20			

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 27 presenta la comparación de las medias en la subescala de satisfacción por compasión entre el grupo experimental y el grupo control en el pretest. El grupo experimental obtuvo una media de ($\bar{X}=44.70$), mientras que el grupo control presentó una media de ($\bar{X}=45.50$). El análisis estadístico indica que no existen diferencias significativas entre las medias de ambos grupos ($p=0.539$), por lo que no hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula sobre las medias de las puntuaciones del pretest de ambos grupos. Estos resultados sugieren que, al inicio del programa de psicoterapia transgeneracional, ambos grupos se encontraban en condiciones similares en cuanto a los niveles de satisfacción por compasión.

Tabla 28

La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest de la subescala satisfacción por compasión del grupo experimental y grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.
Experimental	10	44.70	2.45
Control	10	45.50	3.20
Valor d de Cohen	0.15		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 28 se observan las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control, que resultaron muy pequeñas ($d_{\text{Cohen}} = 0.15$). Este resultado respalda la idea de que no hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.539) entre las medias de las puntuaciones del pretest en ambos grupos.

Prueba de postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción aplicado, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Hipótesis 2

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras independientes.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza Ho.

Si $p > 0.05$ se acepta Ho.

Resultados

Tabla 29

Medias del postest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala satisfacción por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción

Grupos	N	Media	Desv. típ.	t	gl	sig (bilateral)
Experimental	10	44.90	2.77	-1.187	18	0.250
Control	10	46.50	3.24			

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 29 se presentan las puntuaciones medias del postest del grupo experimental ($\bar{X}=44.90$) y del grupo control ($\bar{X}=46.50$). Los resultados indican que no se cuenta con evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones del postest en ambos grupos (sig. 0.250). Este hallazgo sugiere que la psicoterapia transgeneracional no produjo un efecto significativo en la satisfacción por compasión en comparación con el grupo que no recibió la intervención, lo que indica que ambos grupos mantuvieron condiciones similares en esta variable al finalizar el programa.

Tabla 30

La d de Cohen como tamaño de efecto en el postest de la subescala satisfacción por compasión del grupo experimental y grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.
Experimental	10	44.90	2.77
Control	10	46.50	3.24
Valor d de Cohen	0.27		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Elaboración propia (2025)

Las diferencias halladas entre el grupo experimental y el grupo control fueron muy pequeñas ($d_{\text{Cohen}} = 0.27$) lo que corrobora los resultados de que no hay evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, no existen diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.250) entre las medias de los resultados del postest de ambos grupos. La Tabla 30 ilustra gráficamente.

Prueba de pretest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción aplicado tanto al grupo experimental como al grupo control.

Hipótesis 3

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras independientes.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 31

Medias del pretest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción

Grupos	N	Media	Desv. típ.	t	gl	sig (bilateral)
Experimental	10	11.60	4.55	0.241	18	0.812
Control	10	11.10	4.72			

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 31 se expone que las medias del pretest del grupo experimental ($\bar{X}=11.60$) y del grupo control ($\bar{X}=11.10$) fueron similares. Los resultados indican que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en ambos grupos (sig. 0.812). Este hallazgo demuestra que tanto el grupo experimental como el grupo control iniciaron el programa de tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en condiciones similares en relación con la fatiga por compasión.

Tabla 32

La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest de la subescala fatiga por compasión del grupo experimental y grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.
Experimental	10	11.60	4.55
Control	10	11.10	4.72
Valor d de Cohen	0.06		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Elaboración propia (2025)

Las diferencias encontradas entre el grupo experimental y el grupo control fueron muy pequeñas ($d_{\text{Cohen}}=0.06$), lo que corrobora que no se cuenta con evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del pretest en ambos grupos (sig. 0.812). Estos resultados se muestran en la Tabla 32.

Prueba de postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción aplicado, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Hipótesis 4

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras independientes.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .
Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 33

Medias del postest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones de la subescala fatiga por compasión del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción

Grupos	N	Media	Desv. típ.	t	gl	sig (bilateral)
Experimental	10	12.00	3.86	0.188	18	0.853
Control	10	11.60	5.50			

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 33 se observa que las que medias del postest del grupo experimental ($\bar{X}=12.00$) y del grupo control ($\bar{X}=11.60$), fueron similares. Los resultados indican que no hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones del postest en ambos grupos (sig. 0.853). Este resultado indica que ambos grupos presentaron niveles similares en la subescala de fatiga por compasión tras la intervención con psicoterapia transgeneracional, lo que sugiere que la terapia no tuvo un impacto significativo en la reducción de la fatiga por compasión en comparación con el grupo que no recibió el tratamiento.

Tabla 34

La d de Cohen como tamaño de efecto en el postest de la subescala fatiga por compasión del grupo experimental y grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.
Experimental	10	12.00	3.86
Control	10	11.60	5.50
Valor d de Cohen	0.03		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Elaboración propia (2025)

Las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control fueron muy pequeñas se muestra en la ($d_{\text{Cohen}}=0.03$), lo que corrobora que no se cuenta con evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en ambos grupos (sig. 0.853). Estos resultados se observan gráficamente en la Tabla 34.

Prueba de pretest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción aplicado, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Hipótesis 5

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras independientes.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza Ho.

Si $p > 0.05$ se acepta Ho.

Resultados

Tabla 35

Medias del pretest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala burnout del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción

Grupos	N	Media	Desv. típ.	t	gl	sig (bilateral)
Experimental	10	14.70	2.83	0.059	18	0.954
Control	10	14.60	4.58			

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 35 se puede observar que medias del pretest del grupo experimental ($\bar{X}=14.70$) y del grupo control ($\bar{X}=14.60$) fueron prácticamente iguales. Los resultados al comparar y analizar las medias del pretest, entre cuyo resultado indica que no hay evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest en ambos grupos (sig. 0.954). Este hallazgo indica que tanto el grupo experimental como el grupo control iniciaron el programa de tratamiento basado en psicoterapia transgeneracional en condiciones similares en relación con el síndrome de *burnout*.

Tabla 36

La d de Cohen como tamaño de efecto en el pretest de la subescala burnout del grupo experimental y grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.
Experimental	10	14.70	2.83
Control	10	14.60	4.58
Valor d de Cohen	0.01		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Elaboración propia (2025)

Las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control fueron muy pequeñas ($d_{\text{Cohen}}=0.01$), lo que corrobora que los datos obtenidos no son evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.954) entre las medias de los puntajes del pretest de ambos grupos. Estos resultados se presentan en la Tabla 36.

Prueba de postest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción aplicado, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Hipótesis 6

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en la subescala *burnout* del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción del grupo experimental y grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras independientes.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 37

Medias del postest del grupo experimental y del grupo control en las puntuaciones en la subescala burnout del Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción

Grupos	N	Media	Desv. típ.	t	gl	sig (bilateral)
Experimental	10	15.30	4.64	1.232	18	0.234
Control	10	12.00	7.09			

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 37 se observar que las medias del postest del grupo experimental ($\bar{X}=15.30$) y del grupo control ($\bar{X}=12.00$), presentan diferencias numéricas; sin embargo, los resultados indican que no se cuenta con evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del postest en ambos grupos (sig. 0.234). Este descubrimiento sugiere que, en términos generales, la intervención no produjo un cambio diferencial en el nivel de *burnout* entre las personas que recibieron la psicoterapia transgeneracional y las que no participaron en la intervención.

Tabla 38

La d de Cohen como tamaño de efecto en el postest de la subescala burnout del grupo experimental y grupo control

Grupos	N	Media	Desv. típ.
Experimental	10	15.30	4.64
Control	10	12.00	7.09
Valor d de Cohen	0.28		
Tamaño del Efecto	Pequeño		

Fuente: Elaboración propia (2025)

En la Tabla 38 se observan las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control fueron muy pequeñas ($d_{\text{Cohen}}=0.28$), lo que corrobora que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.234) entre las medias de los puntajes del postest de ambos grupos.

Resultados de la prueba pretest y postest del grupo de experimental

Hipótesis 7

H_0 : No hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_0: \bar{X}_{\text{GEpretest}} = \bar{X}_{\text{GEpostest}}$$

H_1 : Sí hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_1: \bar{X}_{\text{GEpretest}} \neq \bar{X}_{\text{GEpostest}}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 39

Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de satisfacción por compasión del grupo experimental

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Pre test	44.70	2.45	-0.234	0.820	0.08	Pequeño
Post test	44.90	2.76				

Fuente: Elaboración propia (2025)

En el grupo experimental, se encontró que el puntaje de satisfacción por compasión en el pretest fue de ($\bar{X}=44.70$) y con una desviación estándar de ($DS=2.45$) y en el postest de ($\bar{X}=44.90$), con una desviación estándar de ($DS=2.76$). Se observó que las discrepancias entre ambos momentos no fueron significativas ($t= -0.234$, $sig.= 0.820$), por lo que no se identificaron diferencias en el nivel de satisfacción por compasión de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

En la Tabla 39 se observa que las diferencias encontradas en el grupo experimental entre el pretest y el postest fueron muy pequeñas ($d_{Cohen}=0.08$); lo que indica que los resultados que no hubo cambios relevantes. Este resultado corrobora los hallazgos de la prueba de muestras relacionadas, en la que no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest y del postest en el grupo experimental.

Hipótesis 8

H_0 : No hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H_1 : Sí hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la Psicoterapia Transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 40

Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de fatiga por compasión del grupo experimental

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Pre test	11.60	4.55	-0.32	0.751	0.11	Pequeño
Post test	12.00	3.86				

Fuente: Elaboración propia (2025)

En relación con el grupo experimental se encontró que la puntuación de la fatiga por compasión en el pretest de ($\bar{X}=11.60$) con una desviación estándar de ($DS=4.55$) y en el postest de ($\bar{X}=12.00$), con una desviación estándar de ($\sigma=3.86$). No se encontraron diferencias

significativas entre ambos momentos ($t = -0.32$, sig. =0.751), por lo que no hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

En la Tabla 40 se observa que las diferencias encontradas en el grupo experimental entre el pretest y el postest fueron pequeñas ($d_{\text{Cohen}}=0.11$), lo que muestra que no hubo cambios notables. Este resultado confirma los hallazgos de la prueba de muestra relacionada, en la que no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del pretest y del postest del grupo experimental.

Hipótesis 9

H_0 : No hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_0: \bar{X}_{\text{GEpretest}} = \bar{X}_{\text{GEpostest}}$$

H_1 : Sí hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

$$H_1: \bar{X}_{\text{GEpretest}} \neq \bar{X}_{\text{GEpostest}}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 41

Comparación de medias del pretest y posttest en el nivel de burnout del grupo experimental

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Pre test	14.70	2.83	-0.37	0.719	0.12	Pequeño
Post test	15.30	4.64				

Fuente: Elaboración propia (2025)

En el grupo experimental se encontró que el puntaje de *burnout* en el pretest de ($\bar{X}=14.70$) (DS=2.83) y en el posttest de ($\bar{X}=15.30$) (DS=4.64), observándose que las diferencias no son significativas entre ambos momentos ($t = -0.37$, sig.=0.719) por lo que indica que no hay cambios en el nivel de *burnout* en los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (posttest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo experimental.

Las diferencias entre el pretest y el posttest en el grupo experimental (dCohen = 0.12), reafirman que no hubo cambios significativos. Esto respalda los resultados de la prueba de muestras relacionadas, indicando que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas, entre las puntuaciones medias del pretest y el posttest en el grupo experimental. Esto se observa gráficamente en la Tabla 41.

Resultados de la prueba pretest y posttest del grupo control

Hipótesis 10

H_0 : No hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GCpretest} = \bar{X}_{GCpostest}$$

H_1 : Sí hay diferencias en el nivel de satisfacción por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GCpretest} \neq \bar{X}_{GCpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 42

Comparación de medias del pretest y posttest en el nivel de satisfacción por compasión del grupo control

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Pre test	45.50	3.21	-0.913	0.385	0.29	Pequeño
Post test	46.50	3.24				

Fuente: Elaboración propia (2025)

En el grupo control se encontró que el puntaje de satisfacción por compasión en el pretest de ($\bar{X}=45.50$) ($DS=3.21$) y en el posttest de ($\bar{X}=46.50$) ($DS=3.24$), observándose que las diferencias no son significativas entre ambos momentos ($t = -0.913$, $sig.=0.385$), lo que indica que no existe cambios en el nivel de satisfacción por compasión en los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional.

En la Tabla 42 se muestra las diferencias en el grupo control entre el pretest y el posttest, con un tamaño del efecto de Cohen ($dCohen=0.29$). Este resultado indica que no se produjeron cambios significativos, lo que corrobora los hallazgos de la prueba de muestras no relacionadas, que sugieren que hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pretest y el posttest en el grupo control.

Hipótesis 11

H_0 : No hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (posttest) de implementar el tratamiento basado en la Psicoterapia Transgeneracional en el grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{GCpretest} = \bar{X}_{GCposttest}$$

H_1 : Sí hay diferencias en el nivel de fatiga por compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (posttest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{GCpretest} \neq \bar{X}_{GCposttest}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 43

Comparación de medias del pretest y posttest en el nivel de fatiga por compasión del grupo control

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Pre test	11.10	4.72	-0.667	0.521	0.22	Pequeño
Post test	11.60	5.50				

Fuente: Elaboración propia (2025)

En cuanto al grupo de control, se observó que la puntuación de fatiga por compasión en el pretest fue de ($\bar{X}=11.10$) con una desviación estándar de (DS=4.72) y en el posttest de ($\bar{X}=11.60$), con una desviación estándar de (DS=5.50). Se observó que las diferencias entre ambos momentos no fueron significativas ($t = -0.667$, sig.=0.521), lo que indica que no se produjeron cambios en el nivel de fatiga por compasión en los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional.

Las diferencias entre el pretest y el posttest del grupo control, tienen un tamaño del efecto de Cohen ($d_{Cohen}=0.22$). Este resultado indica que no se produjeron cambios significativos, lo que corrobora los hallazgos de la prueba de muestras no relacionadas, que sugieren que no se cuenta con evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula. Por lo tanto, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias del pretest y posttest en el grupo control. En la Tabla 43 se ilustra gráficamente.

Hipótesis 12

H_0 : No hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (posttest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{G_{pretest}} = \bar{X}_{G_{posttest}}$$

H₁: Sí hay diferencias en el nivel de *burnout* en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional antes (pretest) y después (postest) de implementar el tratamiento basado en la psicoterapia transgeneracional en el grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{G_{\text{pretest}}} \neq \bar{X}_{G_{\text{postest}}}$$

•Prueba estadística: Prueba “t” de para muestras relacionadas.

Nivel de significancia: α 0.05.

•Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 .

Si $p > 0.05$ se acepta H_0 .

Resultados

Tabla 44

Comparación de medias del pretest y postest en el nivel de burnout del grupo control

	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Pre test	14.60	4.58	1.433	0.186	0.43	Mediano
Post test	12.00	7.09				

Fuente: Elaboración propia (2025)

Con respecto al grupo control, se encontró que el puntaje de subescala de *burnout* en el pretest fue de ($\bar{X}=14.60$) (DS=4.58) y en el postest de ($\bar{X}=12.00$) (DS=7.09). Se observó que las diferencias entre ambos momentos no fueron significativas ($t = 1.433$, sig. =0.186), lo que indica que no se produjeron cambios en el nivel de burnout de los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional.

En la Tabla 44 se observan las diferencias halladas en el grupo control entre el pretest y el posttest, con un tamaño del efecto ($d_{\text{Cohen}} = 0.43$), lo que indica un efecto de magnitud mediana. Sin embargo, estos resultados corroboran los hallazgos de la prueba de muestras relacionadas y sugieren que no hay pruebas suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo que no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las del pretest y el posttest en el grupo control.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Discusión

El propósito de la presente investigación fue analizar el papel de la psicoterapia transgeneracional como un factor protector para mejorar la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout*, así como su potencial para aumentar la satisfacción por compasión en los voluntarios oncológicos del Instituto Oncológico Nacional de Panamá. Para ello, se compararon los resultados obtenidos por el grupo que recibió la intervención con los del grupo de control que no la recibió, lo que permitió identificar las diferencias atribuibles al efecto de la intervención.

El análisis inferencial reveló que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de satisfacción por compasión entre el grupo control ($\bar{X}=46.50$) y el grupo experimental ($\bar{X}=44.90$), como se observa en la Tabla 39. La Tabla 40 se muestra el posttest de la subescala de fatiga por compasión del grupo control. Sin embargo, en relación con la subescala de fatiga por compasión, se observó un ligero aumento, aunque no significativo en el grupo experimental ($\bar{X}=12.00$) en comparación con el grupo control ($\bar{X}=11.60$), como se observa en la Tabla 41. Del mismo modo, en la subescala de *burnout*, el grupo experimental ($\bar{X}=15.30$) presentó puntuaciones ligeramente superiores al grupo control ($\bar{X}=12.00$).

Los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre ambos grupos, lo que sugiere que la psicoterapia transgeneracional podría no tener un efecto protector o restaurador en los voluntarios oncológicos frente a la influencia de los patrones familiares asociados al agotamiento laboral en el desempeño de su trabajo.

En el grupo experimental no se observó un aumento de la satisfacción por compasión, lo que podría indicar que el reconocimiento de la historia familiar y la reconciliación con los vínculos transgeneracionales no fortalecen el sentido de propósito, ni el bienestar emocional de los voluntarios. Aunque los resultados de este estudio no respaldan la hipótesis de que la psicoterapia transgeneracional sea efectiva para reducir la fatiga por compasión en los voluntarios oncológicos, no descartan que una intervención terapéutica centrada en los vínculos

familiares pueda tener un impacto positivo a nivel individual y en la calidad del servicio que los voluntarios ofrecen. En este sentido, los resultados no son necesariamente contradictorios con la literatura existente.

Cabe tener en cuenta que algunos resultados podrían haberse visto influidos por variables no controladas, como el grado de implicación emocional previa de los participantes, sus experiencias personales con la enfermedad del cáncer y el duelo, y la duración de su participación como voluntarios. La mayoría de los estudios previos sobre esta terapia han empleado enfoques cualitativos, mientras que el presente estudio aporta datos cuantitativos, lo que supone una aportación novedosa en cuanto a su aplicabilidad en este contexto específico.

La ausencia de efectos significativos podría deberse a diversos factores, como el tamaño reducido de la muestra, la aplicación de un único enfoque teórico, la duración limitada de la intervención (seis sesiones) y el hecho de que los voluntarios fueran de una sola institución o tuvieran características particulares. No obstante, es importante destacar que este estudio sienta las bases para futuras investigaciones que evalúen la eficacia de esta terapia mediante diseños más robustos y muestras más amplias. Asimismo, los resultados sugieren que podría ser necesario ajustar en el protocolo terapéutico o combinar esta terapia con otras intervenciones para alcanzar los objetivos propuestos.

Las puntuaciones del postest del grupo experimental revelan una puntuación alta en la subescala de satisfacción por compasión del Cuestionario ProQOL, lo que indica que los participantes experimentaron un alto grado de satisfacción al ayudar a otras personas. Este hallazgo es coherente con los resultados obtenidos por Hurtado (2004) en un estudio similar, en el que también se observó un aumento significativo de la satisfacción por compasión tras la intervención terapéutica. Estos datos respaldan la hipótesis de que la intervención utilizada puede promover sentimientos positivos relacionados con la labor voluntaria. Esto refuerza la premisa teórica de Stamm (2010), quien postula una relación inversa entre la satisfacción por compasión, la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout*; es decir, a mayor puntuación en

satisfacción por compasión menor es la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout*. Este mismo patrón se mantiene en la investigación de Mayorga-Lascano (2023), que sugiere que los altos niveles de satisfacción por compasión encontrados en los participantes funcionan como un factor protector, ya que presentan una correlación negativa con la despersonalización y el síndrome de *burnout*.

Los resultados del posttest del grupo experimental mostraron puntuaciones significativamente más bajas tanto en las subescalas de fatiga por compasión ($\bar{X}=12.00$) ver la Tabla 26 y de *burnout* ($\bar{X}=15.30$) se observa en la Tabla 25, en comparación con el estudio de Hurtado (2004), que reportó puntuaciones medias en estas mismas subescalas. Estos efectos, que contrastan con los de estudios previos y apuntan a que la intervención aplicada pudo haber sido efectiva para reducir de manera significativamente la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout* en los participantes.

Este estudio mostró que los voluntarios del ION presentaban niveles significativamente más bajos de fatiga por compasión y del síndrome de *burnout* que en comparación con la muestra mixta de voluntarios y personal asalariado del SINAPROC estudiada por Hurtado (2004). Aunque en esta investigación las personas que ejercen actividades asistenciales tienen mayor autonomía, también hay que tener en cuenta otras variables, como las características de las tareas realizadas, el nivel de apoyo social o el tipo de intervención psicológica. Además, las diferencias en los diseños de los estudios y en las características de las muestras limitan la posibilidad de realizar comparaciones directas.

A diferencia de la tesis de Hurtado (2004), que utilizó la terapia cognitivo-conductual, en esta investigación se empleó la psicoterapia transgeneracional. Ambos artículos encontraron pruebas de que las intervenciones psicológicas pueden ser eficaces de forma individual para reducir la fatiga por compasión, aunque los resultados específicos pueden variar en función del tipo de intervención y de las características de la muestra. Aunque la psicoterapia

transgeneracional no produjo una reducción estadísticamente significativa de la fatiga por compasión en este estudio, los datos individuales muestran que algunos participantes experimentaron mejoras en cuanto a satisfacción por compasión y reducción del síndrome de *burnout*. Estos resultados preliminares respaldan la necesidad de realizar más investigaciones con muestras más amplias para explorar el potencial de la psicoterapia transgeneracional en este ámbito.

Una limitación importante de este estudio fue el tamaño reducido de la muestra, debido principalmente a la dificultad para reclutar voluntarios oncológicos dispuestos a participar en una investigación. Además, la mortalidad experimental, que provocó una disminución del número de participantes a lo largo de la intervención y afectó a la potencia estadística del estudio. Estos factores limitan la generalización de los datos obtenidos.

Los resultados de este estudio coinciden en gran medida con los de investigaciones previas (Arribas-García et al., 2020; Wu et al., 2016; Restrepo et al., 2023), que también encontraron altos niveles de satisfacción por compasión y bajos niveles de fatiga por compasión y *burnout*. Esto sugiere que la experiencia en el ámbito oncológico puede resultar altamente gratificante y generar un bajo nivel de desgaste emocional.

Sin embargo, al cotejar nuestros resultados con los estudios que incluyeron muestras mixtas de voluntarios y profesionales de la salud (Xie et al., 2020; Owens et al., 2020; Hurtado, 2004), se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de fatiga por compasión y *burnout*. El personal de voluntariado oncológico presentó niveles significativamente más bajos de fatiga por compasión y *burnout*, en comparación con los profesionales de la salud incluidos en estos estudios. Estas diferencias podrían explicarse, en parte, por la mayor autonomía y flexibilidad de las personas de este colectivo que brindan ayuda en comparación con los profesionales de la salud, que a menudo están sujetos a mayores presiones y exigencias laborales.

Cabe destacar que los voluntarios oncológicos de esta investigación presentaron niveles bajos de fatiga por compasión y *burnout*. La intervención psicológica utilizada (psicoterapia transgeneracional) consiguió aumentar ligeramente la satisfacción por compasión en algunos participantes. Esto indica que las intervenciones psicológicas pueden tener un impacto positivo en el bienestar emocional incluso en personas que ya experimentan altos niveles de satisfacción.

La terapia transgeneracional, se centra en la exploración de patrones familiares y facilita la comprensión de las raíces emocionales dentro de la decisión de cuidar a otros. Sin embargo, esta investigación señala que al abordar de manera integral las demandas del voluntariado oncológico, que implica un alto nivel de empatía y exposición a situaciones emocionalmente desafiantes, se requieren intervenciones más específicas. Los resultados obtenidos con el Cuestionario ProQOL-vIV indican que, si bien la terapia transgeneracional puede ser beneficiosa para algunos aspectos del bienestar emocional, no es suficiente para prevenir la fatiga por compasión y el síndrome de *burnout*. Por tanto, se sugiere la necesidad de complementar esta terapia con estrategias de afrontamiento más directas, como técnicas de relajación, respiración consciente, entrenamiento en habilidades sociales, metacognición y desarrollo de la resiliencia. Futuras investigaciones podrían explorar la combinación de diferentes intervenciones terapéuticas para optimizar el bienestar de los voluntarios oncológicos y mejorar su capacidad para brindar cuidados de calidad.

Este estudio pionero, realizado en un contexto latinoamericano, explora un fenómeno poco estudiado: la fatiga por compasión en el personal no profesional de oncología. Al analizar los datos obtenidos mediante el Cuestionario ProQOL-vIV, se ha comprobado que las personas que ayudan a otras experimentan niveles significativos de satisfacción, pero también se enfrentan a desafíos relacionados con el desgaste emocional, como sentimientos de sobrecarga y disminución de la empatía. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar apoyo psicológico y social a los grupos de voluntariado para prevenir la fatiga por compasión y promover su bienestar a largo plazo. Además, los resultados indican que diseñar programas de

formación específicos, que incluyan estrategias de afrontamiento como el autocuidado, podría ser beneficioso en mejorar la calidad de vida de los voluntarios y garantizar la sostenibilidad de su labor.

Se recomienda que futuras investigaciones exploren la efectividad de diferentes intervenciones psicológicas para reducir la fatiga por compasión y aumentar la satisfacción laboral en esta muestra que aquí se estudia, así como que analicen los factores culturales que pueden influir en la experiencia de la fatiga por compasión en diferentes contextos.

Aun así, los resultados obtenidos ofrecen información sobre su alcance y sus limitaciones, y permiten proponer la psicoterapia transgeneracional como una herramienta complementaria en el acompañamiento emocional de los voluntarios oncológicos.

En conjunto, esta investigación aporta pruebas iniciales sobre el potencial de la psicoterapia transgeneracional en contextos de voluntariado oncológico y señala tanto sus posibles beneficios para la salud mental de quienes acompañan procesos de dolor, enfermedad y muerte, como las limitaciones existentes para la generalización de los resultados.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Basándose en los datos recopilados en el presente estudio, se llega a las siguientes conclusiones:

- En los resultados del grupo control, se observó que las puntuaciones en las subescalas de satisfacción por compasión (alto), *burnout* (bajo) y fatiga por compasión (bajo), indicaban una notable estabilidad en los niveles de estrés y bienestar emocional a lo largo del estudio. A pesar de las pequeñas fluctuaciones en las medias, la mayoría de los participantes mantuvieron las puntuaciones dentro de las mismas categorías, tanto en el pretest como en el postest.
- Se observa una estabilidad en las puntuaciones del grupo experimental en las tres subescalas evaluadas (satisfacción por compasión, *burnout* y fatiga por compasión), tanto antes como después de la intervención de psicoterapia transgeneracional. A pesar de las ligeras variaciones en las medias aritméticas, la mayoría de los participantes se mantuvo en las mismas categorías de puntuación, lo que indica una relativa constancia en sus niveles de satisfacción (alto), estrés (bajo) y fatiga (bajo).
- Tanto el grupo experimental como el de control obtuvieron resultados similares en la subescala de satisfacción por compasión, al inicio del estudio, lo que indica que ambos grupos partían de una base comparable en cuanto a la experiencia en su labor de voluntariado.
- La intervención no generó un aumento significativo en la subescala de satisfacción del grupo experimental en comparación con el grupo control, lo que indica que la terapia no logró incrementar la percepción de los voluntarios sobre el valor y la gratificación de su trabajo.

- Los grupos experimental y de control obtuvieron puntuaciones similares en la subescala de fatiga por compasión al inicio del estudio, lo que indica que ambos grupos se enfrentaban a desafíos similares relacionados con el desgaste emocional.
- La intervención no redujo significativamente los niveles de agotamiento en el grupo experimental, lo que indica que la terapia no fue efectiva para mitigar el desgaste emocional asociado al voluntariado.
- Ambos grupos, el de control y el experimental iniciaron el estudio con niveles similares en la subescala de *burnout*, lo que sugiere que estaban expuestos a factores de estrés similares.
- La intervención no redujo significativamente los puntajes en la subescala de *burnout* del grupo experimental, lo que indica que la terapia no fue efectiva para disminuir el agotamiento emocional y la despersonalización en los voluntarios.
- Los niveles de la subescala de satisfacción por compasión del grupo experimental se mantuvieron estables a lo largo del tiempo, lo que sugiere que la intervención no influyó en su percepción del trabajo.
- La subescala de fatiga por compasión del grupo experimental se mantuvo estable a lo largo del tiempo, lo que indica que la intervención no tuvo un impacto significativo en el desgaste emocional de las personas que brindan apoyo asistencial.
- En los resultados del grupo experimental se evidenció que, al analizar la subescala de *burnout*, las puntuaciones se mantuvieron iguales respecto a la medición inicial, es decir que no tuvo un impacto significativo en el agotamiento emocional y la despersonalización de los voluntarios.
- En los hallazgos, la subescala de satisfacción por compasión del grupo control se mantuvo estable a lo largo del tiempo, lo que indica que los factores que influyen en la

satisfacción de las personas que laboran de forma voluntaria no experimentaron cambios significativos durante el período del estudio.

- Los resultados de la subescala de fatiga por compasión del grupo control no experimentaron variaciones significativas a lo largo del tiempo, lo que sugiere que los factores que influyen en la fatiga de los voluntarios no variaron de forma significativa durante el período del estudio.
- La subescala de *burnout* del grupo control, reveló que los resultados se mantuvieron estables a lo largo del tiempo, lo que indica que los factores que influyen en el *burnout* de los voluntarios no experimentaron cambios significativos durante el período del estudio.
- Los resultados obtenidos no respaldan la hipótesis de que la psicoterapia transgeneracional sea una intervención efectiva para mejorar el bienestar emocional de los voluntarios oncológicos.

5.2 Recomendaciones

- Implementar estrategias para fomentar la satisfacción por compasión en el grupo de voluntarios oncológicos, ya que es un factor clave para prevenir el desgaste por empatía.
- Validar los hallazgos mediante futuras investigaciones que combinen métodos cualitativos y cuantitativos.
- Incentivar la realización de trabajos sobre los conceptos relacionados con la fatiga por compasión, el autocuidado y la empatía dentro de la oncología, para obtener resultados basados en evidencia científica.
- Motivar la realización de estudios comparativos entre profesionales de la salud y voluntarios oncológicos, que ayuden a identificar los factores asociados al desgaste por empatía.
- Aumentar el tamaño de la muestra para garantizar su representatividad y poder generalizar los resultados.
- Realizar investigaciones para desarrollar estrategias de autocuidado basadas en las necesidades específicas de este colectivo dedicado al apoyo en oncología.
- Implementar programas de formación continua con enfoque psicológico para prevenir y gestionar la fatiga por compasión a quienes ayudan a otros.
- Replicar el estudio en diferentes contextos hospitalarios con voluntarios hospitalarios para evaluar la generalización de los datos y adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada entorno.
- Promover el desarrollo de políticas institucionales que fomenten el autocuidado y ofrezcan recursos orientados al bienestar emocional de los grupos de voluntariado oncológico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abraham, N. & Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires. Amorrortu.
- American Psychological Association. (1994). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th ed.). [Características léxicas del idioma inglés].
<https://psycnet.apa.org/record/1994-98118-000>
- Al final de la vida. (3 julio 2021). *LA COMPASIÓN: [Qué es y Cómo se Despliega] con el Dr. Enric Benito*. [Archivo de Video] Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=qRuG6dFpswU0:30> ss
- Alvear, L. (2023). *Fatiga por compasión en el personal de salud: revisión bibliográfica*. Universidad Católica de Cuenca. Ecuador.
- Araya, C., & Brito, G. (2023). *Corazón Cálido, Mete Serena*. Editorial Sirio.
- Arribas-García, S., Alboniga-Mayor, J., Bernarás, E. (2020). Satisfacción y fatiga por compasión en personal de enfermería de oncología: estudio descriptivo y correlacional.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>. 2020 España.
- Beck, C., Gable, R., (2012). Mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41(6): 747-60.
- Benito, E., Arranz, P., & Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. DOI: 10.1016/S1134-2072(11)70023-8
<https://www.researchgate.net/publication/251660612>
- Benito, E., Múgica, B., & Álvarez, R. (2020). El autocuidado en los profesionales sanitarios durante la pandemia: una oportunidad para su cultivo. *MedPaliat*. 2020;27(3):263-264. Cartas al Director, *Revista Medicina Paliativa*. Med Paliat. 2020;27(3):263-264
- Benito, B., Mindeguía, M. (2021). *La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica*. Psicooncología ISSN: 1696-7240 Ediciones Complutense
<https://dx.doi.org/10.5209/psic.77759>
- Bermejo, J. (2020). Satisfaction by compassion. *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, 13(2), 74-75. [Características léxicas del idioma inglés].
http://revistasoched.cl/2_2020/V13-N-2-2020.pdf
- Bermejo, J., Azcoitia, X., Magaña, M., Hassoun, H., & Villacieros, M. (2017). Actitudes ante la muerte en voluntarios acompañando pacientes al final de la vida: estilos de apego y fatiga por compasión. *Medicina Paliativa, SECPAL*. Med Paliat. 2019;26(1):55-61.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1994). *Lealtades Invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

- Bride, B., Radey, M., & Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163. [Características léxicas del idioma inglés]. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Buceta, M., Bermejo, J. & Villacieros, M. (2020). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de Psicología*, 35(2), 323-331. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.345101>
- Bush, J. (2009). Compassion fatigue: are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36 (1) 2428. [Características léxicas del idioma inglés].
- Cabodevilla, I. (2004). *Vivir y morir Conscientemente*. 4ta edición. España. Editorial Desclée De Brouwer.
- Cáceres-Rivera, D. (2020). Enfermería, pandemia y fatiga por compasión: una reflexión general sobre el 2020. *Rev. cienc. cuidad.* 2021;18(1):116-123 <https://doi.org/10.22463/17949831.2674>
- Campos-Vidal, J., Cardona-Cardona, J., & Cuartero-Castañer, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72150/6/Alternativas_24_07.pdf
- Cañizales, M., Acevedo, M. (2022). Confiabilidad y Validez del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción- (ProQOL-vIV), en voluntariado hospitalario. *REDEPSIC*, Vol. 1, No. 2: 50-62, Julio-diciembre 2022, ISSN L 2805-1904.
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? an examination of theory and applications. [Características léxicas del idioma inglés]. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Cardona, J. (2012). *La definición del Contexto de Intervención en el Trabajo Social de Casos*. Tesis Doctoral. Palma de Mallorca: Univeresitat de les Illes Balears.
- Cocker, F., Joss, N. (2016). Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. [Características léxicas del idioma inglés]. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Jun 22;13(6):618. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph13060618>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciencies*. Lawrence Erlbaum Associates. [Características léxicas del idioma inglés].
- Craig, D. Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (3), 319-339. [Características léxicas del idioma inglés]. Doi: 10.1080/10615800903085818
- Decreto Ejecutivo, No. 35, del 15 de enero de 2021, que modifica el Decreto Ejecutivo No.34 del 10 de marzo de 2015, que reglamenta la Ley No. 29 de 28 de octubre de 2014 sobre el

- voluntariado en la República de Panamá. No. 29201
<https://faolex.fao.org/docs/pdf/pan201706.pdf>
- Delaney, M. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. [Características léxicas del idioma inglés]. PLoS One. 2018; 13(11): e0207261. https://doi.org/10.1371/journal.pone_0207261
- Die Trill, M, (2003). Psico-oncología, Madrid. Ades Ediciones.
- Dominguez-Gomez, E., Rutledge D. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. [Características léxicas del idioma inglés]. J Emerg Nurs 2009; 35(3): 199-204.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner-Routledge. Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. [Características léxicas del idioma inglés]. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Figley, C. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. [Características léxicas del idioma inglés]. Baltimore: Sidran Press (pp: 3–29).
- Figley, C. (2002). *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care*. [Características léxicas del idioma inglés]. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441. Doi: 10.1002/jclp.10090.
- Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. [Características léxicas del idioma inglés]. Brunner-Routledge: New York, United States.
- Freud, S. (1959). On the history of psychoanalytic movement. [Características léxicas del idioma inglés]. En *Collected Papers*, 1.
- Friedman, R. (2002). The importance of helping the helper. Trauma and child welfare. [Características léxicas del idioma inglés]. New York: Basic Books.
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N. & Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. [Características léxicas del idioma inglés]. *J Pain Symptom Manage*, 53(3): 598-604. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>
- Gatto, M. (2017). Pensar en el cáncer. Consideraciones desde la Psicooncología. Selecciones de conferencias. Argentina. Editorial Letra Viva.

- Gentry, E., Baranowsky, A., Dunning, K. (1997). The Accelerated Recovery Program for compassion fatigue. In C.R. Figley (Ed.), Programa acelerado de recuperación (ARP) para la fatiga por compasión Treating compassion fatigue Decimotercera Conferencia Anual de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático. Montreal, QB, CAN.
- González, M. Lascasta, M. & Ordoñez, A. (2008). El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Prevención del Burnout. España. Editorial Panamericana.
- Gómez, S., Ballester, R. (2015). La afectación emocional de profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. Rev. FSL [Internet]. 2015 [citado 1 Mar 2018]; Opinión. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/134374/2014_66052.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gough, D. (2007). Empathizing or falling in the river? Avoiding and addressing compassion fatigue among service providers. [Características léxicas del idioma inglés]. JADARA, 40 (3), 13-25.
- Hedges, I. & Olkin, J. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. [Características léxicas del idioma inglés]. Orlando, FL: Academic press.
- Hedrick, T., Bickman, L., & Rog, D. (1993). Applied research design. A practical guide. [Características léxicas del idioma inglés]. Newbury Park, CA: Sage.
- Hernández, M. (2017). *Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos*. *Psicooncología* 2017;14: 53-70. DOI: 10.5209/PSIC.55811 10.5209/PSIC.55811
- Hernández, R., Fernández-Collado, C., Baptista L., (2007). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México. Editorial Mc Graw Hill.
- Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F. (2019). Satisfacción laboral de enfermería. Diferencias de ámbitos en atención primaria en salud y cuidado intensivo. Duazary 16.2 (2019): 74-86. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2943>
- Hidalgo-Andrade, P., & Martínez-Rodríguez, S. (2020). *Desarrollo de una intervención cognitiva-existencial para disminuir la fatiga por compasión en cuidadores formales*. Interdisciplinaria, 37(2), 239-251. <http://dx.doi.org/10.16888/interd.2020.37.2.15>
- Huarte, M., Pérez, M. (2008). *Voluntariado Cuidados Paliativos*. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la Provincia de San Rafael. Colección Increscendo. Provincia de Aragón. España.
- Hurtado, E. (2004). Manejo del estrés en personal de rescate y atención a emergencias: prevención del trastorno por estrés postraumático secundario. Universidad de Panamá.

- Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D. & Heaston, S. (2014). *Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction in emergency department nurses*. [Características léxicas del idioma inglés]. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (2) 186-194. Doi: 10.1111/jnu.12122.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. [Características léxicas del idioma inglés]. *Nursing*. 22 (4), 116-122.
- Jung, C. (1961). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Editorial Seix Barral.
- Komachi, M., Kamibeppu, K., Nishi, D., Matsuoka, Y. (2012). Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals. [Características léxicas del idioma inglés]. *Int J Nurs Pract* 2012; 18(2): 155-63.
- Kubler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona-España. Editorial Grijalbo.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer
- Leggett, A., Sonnega, A. & Lohman, M. (2020). Till Death do Us Part: Intersecting Health and Spousal Dementia Caregiving on Caregiver Mortality. [Características léxicas del idioma inglés]. *Agina Health*, 32(7-8): 871-879. DOI:
- Ley No. 29 de 28 de octubre de 2014, Gaceta Oficial Digital, miércoles 3 de diciembre de 2014, sobre el voluntariado en la República de Panamá.
https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/27673_C/49093.pdf
- Malca, B. (2005). *Psico-oncología: Abordaje Emocional en Oncología*. P&B vol. 9. *Revista N.º 2 (25)*. Págs. 64 - 67. 2005.
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: Evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2): 117- 123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
- Martínez, C. (2019). *Fatiga por compasión entre el personal de enfermería en los cuidados al final de la vida*. Universidad de Oviedo. <https://www.npunto.es/revista/21/fatiga-por-compasion-entre-el-personal-de-enfermeria-en-los-cuidados-al-final-de-la-vida>
- Martínez, L. (2018). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 61-72. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n4/1561-3127-rcsp-44-04-61.pdf>
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. [Características léxicas del idioma inglés]. Research Edition, Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, E. & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory (3rd ed)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Mayorga-Lascano, M., Cuadrado, V., Andrade, F., & Romero, L. (2022). Percepción de fatiga física y cognitiva y Síndrome de burnout en un grupo de cuidadoras informales. *Revista Griot*, 14(1): 59-70. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/19217>
- Mayorga-Lascano, P., Cuadrado, V., Barrera, M., Bermeo, D. (2023). Fatiga física y emocional, síndrome de burnout y satisfacción por compasión en cuidadoras informales. Volumen 2/número 3/marzo-agosto de 2024/ pp. 156-178. DOI: RevGenEr.2024.3.05
- Mendoza, I., García, B., y Serna, H. (2014). Validación de un instrumento de calidad de vida laboral en el contexto mexicano. Available from:<https://www.researchgate.net/publication/265551688>
- Morante, M., Moreno, B., Rodríguez, A. (2024). Universidad Autónoma de Madrid, Spain
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama*. [Características léxicas del idioma inglés]. First Volume. (Cuarta edición: 1972). Ambler, PA (1985): BeaconHouse.
- Moreno, B. (1997). *La evaluación del Burnout. Problemas y alternativos. El CBB como evaluación de los elementos del proceso*. *Revista Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 1997, 13,2, pp 185 - 207.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M., Rodríguez, R., & Losada, M. (2004). Estrés secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, vol. 22, núm, 1, 2004, p.69-76.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, E., (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*. Recuperado de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/SaludLaboral/2004el-coste-cuidarel-traumapsconductual.pdf>.
- Myezentseva O. (2014). *Fatiga por compasión en los profesionales de enfermería. Revisión sistemática [Trabajo fin de grado]*. TecnoCampus, Mataró, España.
- Nelson-Gardell & Harris. (2003). Escuela de Trabajo Social, Universidad de Alabama, Tuscaloosa, Estados Unidos.
- Newell, J., MacNeil, G. (2010). *Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress and compassion fatigue: a review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers*. [Características léxicas del idioma inglés]. *Best Practice Mental Health*, 6 (2), 57-68.
- O'Mahony, S., Ziadni, M., Hoerger, M., Levine, S., Baron, A., y Gerhart, J. (2017). *Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians*. [Características léxicas del idioma inglés]. *The American Journal Of Hospice and Palliative Care*, 1049909117701695--

1049909117701695. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695overview>. En C.R. Figley (Ed.): *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic*
- Owens, R., Alfes, C., Evans, S., Wyka, K., & Fitzpatrick, J. (2020). *An exploratory study of a 3-minute mindfulness intervention on compassion fatigue in nurses*. [Características léxicas del idioma inglés]. *Holistic Nursing Practice*, 34(5), 274-281. https://www.researchgate.net/profile/Rebecca-Owens-9/publication/344028470_An_Exploratory_Study_of_a_3-Minute_Mindfulness_Intervention_on_Compassion_Fatigue_in_Nurses/links/60382ad44585158939cdaed0/An-Exploratory-Study-of-a-3-Minute-Mindfulness-Intervention-on-Compassion-Fatigue-in-Nurses.pdf
- Pérez, V., Menéndez-Crispín, E. J., Sarabia-Cobo, C., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, A., & González-Vaca, J. (2022). *Mindfulness-Based Intervention for the Reduction of Compassion Fatigue and Burnout in Nurse Caregivers of Institutionalized Older Persons with Dementia: A Randomized Controlled Trial*. [Características léxicas del idioma inglés]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11441. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/18/11441>
- Restrepo, A., Restrepo, M., Palacio, C., Vargas, J., Parra, S., Mesa, C., Krikorian, A. (2023). *Calidad de vida profesional de quienes laboran en cuidados paliativos y su relación con el autocuidado, la atención plena y el sentido de vida*. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.88671>
- Pintado, S. (2018). *Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión*. *Terapia psicológica*, 36(2), 71-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200071>
- Procel, C., Padilla, Y., & Loaiza, G. (2018). *Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia*. *Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313248>
- Ramos-Galarza, C. (2020). *Los alcances de una investigación*. *CienciAmérica*, 9(3): 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
- Reichmann, F. (1969). *Principios de psicoterapia intensiva*" Editorial: University Of Chicago Press.
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). *Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health*

- crisis in Spain*. [Características léxicas del idioma inglés]. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4321–4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Rothschild, B. (2010). *Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la Fatiga de Compasión y del Trauma Vicario*- Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. [Características léxicas del idioma inglés]. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(1): 1.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pacual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2018). Among Awareness, Self-Care, Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping with Death. [Características léxicas del idioma inglés]. *JPSM [Internet]*. 2015 [citado 26 Feb 2018]; 50(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25701688>
- Salinas, W. (2020). Nivel del síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia adulto del Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2020. [Tesis de grado inédita]. Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57806>
- Sawatzky, J., Enns, C. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. [Características léxicas del idioma inglés]. *Journal of Nursing Management* 2012; 20: 696-707.
- Schavelzon, J. (2004). *Psico-oncología: Principios Teóricos y Praxis para el siglo de XXI*. Argentina. Editorial Letra Viva.
- Schutzenberger, A. (1988). *¡Ay mis ancestros!* Buenos Aires-Argentina: Editorial Edicial.
- Sierra, G. (2010). *Soltar para Volar. 10 Terapias para restablecer los órdenes emocionales*. Bogotá Colombia. Editorial San Pablo.
- Sierra, G. (2013). *Soltar para Volar 2. Terapias para sanar los desórdenes emocionales*. Bogotá Colombia. Editorial San Pablo.
- Sierra, G. (2017). *Despertares. Consciencia psicogenealógica del cuerpo*. Bogotá. Colombia. Editorial San Pablo.
- Stamm B., (1997). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL)*. [Características léxicas del idioma inglés]. <http://www.isu.edu/~bhstamm>.
- Stamm, H. (2010). *The concise ProQOL Manual* [Monografía en internet] [acceso el 5 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010
- Stamm, B. (2005). *The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. [Características léxicas del idioma inglés]. Sidran.

- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd ed. Pocatello, ID [consultado 7 Ene 2014]. Disponible en: www.ProQOL.org. stress disorder in those who treat the traumatized (pp. 1-20). [Características léxicas del idioma inglés]. New York: Brunner- Routledge
- Stamm, H. (2010). *Manual consico de ProQOL*: Ed Pocatello; 2010. Disponible en: ProQOL.org. <http://proqol.org>
- Sullivan, C., King, A., Holdiness, J., Durrell, J., Roberts, K., & Spencer, C. et al. (2019). Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses. [Características léxicas del idioma inglés]. *Oncology Nursing Forum*.
- Supo, F. & Caveró, H. (2014). *Fundamentos teóricos y procedimentales de la investigación científica en Ciencias Sociales*. Universidad Nacional del Altiplano. <https://www.felipesupo.com/wp-content/uploads/2020/02/Fundamentos-de-la-Investigación-Científica.pdf>.
- Thompson, I., Amatea E. & Thompson, E. (2014). Personal and Contextual Preditors of Mental Health Counselor's Compassion Fatiga and Burnout. [Características léxicas del idioma inglés]. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58-77.
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. [Características léxicas del idioma inglés]. *Oncol Nurs Forum*.;43(4): E161–9.
- Xie, W., Wang, J., Okoli, C., Él, H., Feng, F., Zhuang, L., Tang, P., Zeng, L. & Jin, M. (2020). Prevalencia y factores de la fatiga por compasión entre enfermeras psiquiátricas chinas. Un estudio transversal. DOI: 10.1097/MD.00000000000021083
- Zamora, P., Sequera, J., & García, J. (2022). *Características de fatiga por compasión en enfermeros de cuidado paliativo en una institución de cuarto nivel de Bogotá 2021*. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/59201/TRABAJO%20FINAL%20DE%20INVESTIGACION%20FATIGA%20POR%20COMPASI%20C3%93N%20FINAL%20PARA%20SUBUR.pdf?sequence=2>
- Zhang, Y., Zhang, C., Han, X., Li, W., & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. [Características léxicas del idioma inglés]. *Medicine* 97.26 (2018). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086>

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE (ProQOL -Viv)
Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción-Tercera Revisión

Objetivo:

Aplicar un Cuestionario como instrumento para usar en la terapia psicológica de la tesis titulada: "Efectividad de la Psicoterapia Transgeneracional, como factor protector ante la Fatiga por Compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional".

Este Cuestionario es para conocer el impacto psico-emocional de la labor voluntaria, de las personas que deciden trabajar con personas con cáncer. Quisiéramos hacerles algunas preguntas acerca de sus experiencias, **como voluntario oncológico**.

Instrucciones: Marque encerrando en un círculo el número con la respuesta de su elección. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Y maque cada frase, siendo lo más sincero/a posible y que exprese su vivencia, dentro de los **últimos 30 días**.

Investigadora: Para alguna consulta, duda, apoyo, referencia o ampliación puede contactarse con:

Meiling Acevedo- Psicóloga.

Teléfono: 512-7168 / 6735-1799

Correo electrónico: meilingacevedob@gmail.com

Confidencialidad y privacidad: Se le agradece por su participación y se le recuerda que toda información que se proporciona mediante el cuestionario será mantenida de manera confidencial y que usted podrá abandonar el cuestionario cuando lo desee. Si en cualquier momento de la encuesta no está claro, con lo que se le pregunta por favor interrumpa y pregunte. Es importante que sus respuestas sean precisas y complete todo el cuestionario. Favor tome tanto tiempo como le sea necesario para leer y responder dicho Cuestionario.

I. Datos Generales:

Sexo: Masculino Femenino

Edad: Menor de 30 años 31 - 50 años
 51 - 70 años Más de 71 años

Escolaridad: Primaria Incompleta Primaria Completa Estudios Superiores
(Técnico)

Secundaria Incompleta Secundaria Completa Universitario Completo

Estado Civil: Soltero Casado Unido Viudo Divorciado

¿Es Usted o ha sido paciente oncológico? Sí No Años de voluntariado: _____
Días / Meses / Años

Labora actualmente: Sí No ¿Tiene Hijos? Sí No

Edades de los hijos: Niños (0-11 años) Adolescentes (12 a 18 años)
 Adulto joven (19 a 24 años) Adultos (25 años en adelante)

¿Pertenece Usted a algún de los grupos de voluntariado Oncológico?

ADAVION ASONAPAQ FUNDACANCER ANCEC
 Casita de Mausi Proyecto Tammy APOSOCEC APO
 Funda Ayuda FANLYC Grupo Religioso Damas Rosadas
 Make a Wisk (Pide un deseo) Pastoral de la Salud HOSPES
 Payaso de Hospital Independiente ¿Cuál?: _____
 Otro Hospital ¿Cuál?: _____

II. Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción- Tercera Revisión

APROBADO

FECHA

10.2015

1. Soy feliz.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
10. Me siento "atrapado" por mi trabajo.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
17. Soy la persona que siempre he querido ser.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre



APROBADO

FECHA 8-10-2018

- 24. Plango continuar con mi trabajo por muchos años.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- 26. Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- 27. Considero que soy un buen profesional.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- 29. Soy una persona demasiado sensible.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre
- 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.
0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- Gracias por su valiosa cooperación -

(Para manejo de la Investigadora)

ESC:

- 3. _____
- 6. _____
- 12. _____
- 16. _____
- 18. _____
- 20. _____
- 22. _____
- 24. _____
- 27. _____
- 30. _____

T: _____

EB:

- *1. _____ = _____
- *4. _____ = _____
- 8. _____
- 10. _____
- *15. _____ = _____
- *17. _____ = _____
- 19. _____
- 21. _____
- 26. _____
- *29. _____ = _____

T: _____

ETS:

- 2. _____
- 5. _____
- 7. _____
- 9. _____
- 11. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 23. _____
- 25. _____
- 28. _____

T: _____



APROBADO

FECHA 8-10-2018

ProQOL -vIV
PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE
Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales – Version IV
Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción
Tercera Revisión

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia 4=Casi siempre 5=Siempre

- ___ 1. Soy feliz.
- ___ 2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- ___ 3. Estoy satisfecho de poder 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 después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
- ___ 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- ___ 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
- ___ 9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- ___ 10. Me siento “atrapado” por mi trabajo.
- ___ 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- ___ 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- ___ 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- ___ 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- ___ 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- ___ 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
- ___ 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- ___ 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.

- ___ 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
- ___ 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- ___ 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- ___ 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- ___ 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
- ___ 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- ___ 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
- ___ 26. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.
- ___ 27. Considero que soy un buen profesional.
- ___ 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
- ___ 29. Soy una persona demasiado sensible.
- ___ 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
COMITÉ DE BIOÉTICA (CB-UP)

Panamá, 7 de diciembre de 2018
Nota N° CBUP/195/2018

Investigadora
Meiling Acevedo
Maestría en Psicología Clínica
Facultad de Psicología
Universidad de Panamá

Estimada investigadora,

Los miembros del CBUP recibieron conforme los documentos de validación de su protocolo titulado: **Efectividad de la psicoterapia transgeneracional como factor protector ante la fatiga por Compasión en Voluntarios del Instituto Oncológico Nacional** y aprueban que continúe con su investigación ya que ha cumplido con lo solicitado.

Le recordamos además, que debe entregar un resumen de los resultados finales de esta investigación.

Atentamente.

Dra. Claude Vergès
Presidente CBUP

cc. Dr. Janzel Villalaz
Director de Investigación
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
U.P.-VIP
VICERRECTORÍA DE
INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Elizabeth L. de la Flor
Receivido por

U.P.-VIP

11 DEC '18 10:19AM



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
COMITÉ DE BIOÉTICA (CB-UP)

Panamá, 5 de octubre de 2018
Nota N° CBUP/154/2018

Investigadora

Meiling Acevedo

Maestría en Psicología Clínica

Facultad de Humanidades

Universidad de Panamá

Estimada investigadora,

Reunidos en la reunión ordinaria del 4 de octubre de 2018, los miembros del CBUP aprobaron por unanimidad los documentos correspondientes a su investigación titulada: **Efectividad de la psicoterapia transgeneracional como factor protector ante la fatiga por Compasión en Voluntarios del Instituto Oncológico Nacional.**

Por favor recuerde que debe entregar prueba piloto, y adenda si hay cambios.

Le recordamos además, que debe entregar un resumen de los resultados finales de esta investigación.

Atentamente.

Dra. Claude Vergès
Presidente CBUP

cc. Dr. Janzel Villalaz
Director de Investigación
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Anexo No. 1
Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Consentimiento Informado

Título del Proyecto:

Efectividad de la Psicoterapia Transgeneracional, como factor protector ante la Fatiga por Compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional.

Estimados Señores:

Mi nombre es Meiling Acevedo, soy psicóloga e investigadora y me encuentro realizando una tesis para optar al título de Maestría en Psicología Clínica, en la Universidad de Panamá, asesorada por el Dr. Miguel Ángel Cañizales M. El objetivo es medir la efectividad al utilizar la Terapia Psicológica Transgeneracional como factor protector de la fatiga por compasión en los grupos de voluntarios oncológicos.

Propósito de la Investigación:

En esta investigación se medirá la efectividad de una intervención psicoterapéutica a nivel grupal con los voluntarios del Instituto Oncológico Nacional (ION), para prevenir la Fatiga por Compasión.

La finalidad es mejorar el bienestar de la salud del voluntariado oncológico, y evitar el costo psico-emocional de cuidar a las personas enfermas con cáncer, y también de traer nuevos conocimientos en el área de la psico-oncología en Panamá, lo cual redundará en la atención integral al paciente oncológico y a su familia.

Una vez logre obtener los resultados de la investigación se podrán presentar las recomendaciones a las autoridades correspondientes para implementar programas de prevención del costo emocional en el voluntario oncológico.

Procedimientos:

Este documento debe ser leído por usted a consciencia, y si ha de tener alguna duda, favor consultarla con la investigadora.

Se realizará inicialmente la aplicación a todos los participantes del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, Tercera Revisión, (ProQOL-vIV); para que usted realice el mismo y posteriormente se desarrollará la primera fase de inicio de la Terapia Transgeneracional con el grupo de voluntarios del Instituto Oncológico Nacional. Se dividirá en dos grupos. Diez participantes estarán en el grupo llamado control, es decir, que a estos no se les realizará la intervención psicológica. Otras diez personas estarán en otro grupo señalado como experimental, que son personas a las que se les realizará la intervención con la Psicoterapia Transgeneracional.

La psicoterapia serán seis sesiones que estarán comprendidas en dos por semana, con un horario de dos horas cada una.



APROBADO

1 de 5

FECHA

8-10-2018

A los participantes del grupo experimental, se les abordará con una reunión inicial informativa grupal, y se abordará de manera explicativa, sobre lo que el grupo determine en consenso de que significa para todos, el respeto hacia los demás asistentes; a las actividades, a sus vivencias y al entorno, el no juzgar y la aceptación de tolerancia a las ideas, pensamientos y conductas del otro y de acuerdo a lo que el grupo aporte se procederá a escribirlas las ideas y pautas señaladas, y éstas serán las normas básicas de convivencia grupal de éste grupo experimental terapéutico.

Se establece el compromiso de participar, en todas las actividades que se acuerden desarrollar dentro del grupo de la terapia psicológica.

Durante el tiempo que dure la intervención psicológica de esta investigación usted recibirá atención personalizada, con seguimiento estrecho y consultas permanentes, es decir que será atendida/o a nivel emocional continuamente, hasta que finalice esta investigación. Este estudio es por un tiempo delimitado.

Se dará una cita de seguimiento al mes de finalizada la última sesión de intervención psicoterapéutica, habrá reunión entre el grupo que participó en la intervención psicológica, para que los participantes puedan expresar sus experiencias después de las seis sesiones y contestar **nuevamente** la encuesta que se denomina Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción. Tercera Revisión, (ProQOL-vIV), luego de este paso se dará por terminada la terapia de intervención psicológica que ocupa en esta investigación.

Concluida la investigación, se hará una docencia para informar las recomendaciones de manera global.

Es importante que el participante de este estudio tenga claro, que:

- Sus datos personales no serán brindados, estos se mantendrán en estricta confidencialidad.
- No se le pagará para participar en esta investigación, por lo que el transporte y tiempo invertido en este estudio será financiado por el participante, sin embargo, se le podrá compensar con un refrigerio al finalizar cada una de las seis sesiones de la terapia psicológica.

Este Consentimiento Informado fue evaluado por DIGESA, Ministerio de Salud (MINSU). El protocolo (propuesta de investigación) ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad de Panamá (CBIUP), quién es garante de los derechos de los y las participantes.

La investigación la "Efectividad de la Psicoterapia Transgeneracional, como factor protector ante la Fatiga por Compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional" no presenta ningún tipo de riesgo conocido al momento. En caso de que un malestar emocional se presentara se contaría con la



APROBADO

FECHA

8-10-2018

2 de 5

asistencia emocional puntual, de la Unidad de Salud Mental, de un profesional asignado previamente para este propósito.

Se llamaría a la persona que asigna usted como contacto en caso de emergencia, y posteriormente se referirá al Centro de Salud externo, para su control y seguimiento.

Confidencialidad:

Se promueve la discreción grupal, para asegurar la confidencialidad de los participantes. Lo que se trabaje a nivel emocional en la terapia psicológica, lo que cada uno exprese, escriba, o expresiones de emocionalidad, no debe comentarse fuera del grupo terapéutico. Cada uno puede hablar de su proceso personal, en cuanto a lo que a él o a ella respecta.

Todos los datos personales de identificación, firma de la lista de asistencia, datos médicos, o datos de ideología, religión, criterios, etc., serán custodiados estrictamente de acuerdo a las normas de confidencialidad y limitaciones basadas en la investigación con humanos.

La confidencialidad es una norma que nos comprometemos a respetar especialmente en la divulgación de los resultados de la investigación.

Se solicita respecto y honestidad en su propio proceso como para los demás participantes, teniendo siempre en cuenta el derecho a que si no desea verbalizar algún tema, porque se sienta incomoda/o, pueda hacerlo y luego hablarlo con la investigadora de manera individual para que pueda buscar su bienestar emocional durante las sesiones de la Terapia Transgeneracional.

Elegibilidad:

Para ser participante de esta investigación, la persona debe ser voluntario activo del Instituto Oncológico Nacional, ya sea que pertenezca o no, a alguna de la fundaciones. Además el participante debe aceptar de manera voluntaria su participación y firmar este formulario de Consentimiento Informado de manera consciente.

Es necesario que el participante evite faltar a las sesiones de psicoterapia en la medida de lo posible y si falta dos ocasiones quedará excluida/o de la investigación, siempre notificando a la investigadora.

Beneficios:

La investigación cuenta con el valor social de mejorar la calidad de vida de los voluntarios, los cuales se dedican con su labor en el voluntariado a atender las necesidades psicosociales de la persona con cáncer.

De igual forma el conocimiento generado a partir de esta investigación puede ser útil para el desarrollo de programas de apoyo y mejoramiento continuo, ya sea de manera individual o grupal en los voluntarios, en beneficio del autocuidado emocional del voluntario, y por ende también favorecerá a la persona con cáncer.



APROBADO

FECHA

8.10.2018

Riesgos:

Los posibles riesgos durante su participación en esta investigación pueden ser que experimente malestar o angustia emocional relacionada con algunas de los temas de índoles familiar, laboral, o personal que se trate. Pero si ocurriese puede hablarlos de manera individual con la investigadora.

Se considera que este método no debe traerle problemas que impliquen riesgo a su persona, pues los temas se tratarán en un ambiente privado para preservar así la confidencialidad de su intervención.

Sin embargo, si encontramos algún malestar emocional, lo/la referiremos al psicólogo/a u otra especialidad afín que pueda evaluarlo. (Ver el último párrafo de la parte de Procedimiento, explicado arriba).

Aunque sea necesario tener su nombre y apellido, durante las seis sesiones de la Terapia Transgeneracional, se aclara que los datos para los resultados finales serán publicados en tabla, cambiando su identidad, de tal manera que no será posible reconocerlo/a.

Usted podrá hacer las preguntas que necesite durante todo el curso que dure esta investigación.

Participación Voluntaria:

Su participación en esta investigación es de carácter voluntaria. Usted puede retirarse en cualquier momento que lo desee. No habrá consecuencias negativas si usted decide no continuar con las intervenciones psicológicas grupales una vez inicien las mismas, pero de seguro deseo pueda culminar conmigo este estudio.

Información Adicional:

Si usted tiene alguna pregunta sobre la investigación, la cual no haya sido respondida en este formulario de Consentimiento Informado, por favor hágala en este momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio u otras preguntas, no dude en ponerse en contacto con la investigadora:

Licda. Meiling R. Acevedo al teléfono de oficina: 512-7168 de lunes a viernes, en horario de 7:00 a.m a 3:00 p.m.

Al celular: 6735-1799

Al correo electrónico: meilingacevedob@gmail.com.

También los participantes pueden comunicarse con el asesor el Dr. Miguel Ángel Cañizales M. a los teléfonos de la oficina: 523-7470 / 523-7462 de la Universidad de Panamá, de la Facultad de Psicología.



APROBADO

FECHA

[Handwritten signature]
8-16-2018

4 de 5

Acuerdo de Participación:

Yo _____ manifiesto que he leído a consciencia este formulario de Consentimiento Informado, y asigno en caso de emergencia llamar a: _____ que tiene parentesco conmigo de: _____ al teléfono: _____

Decido aceptar voluntariamente mi participación a la investigación denominada: *"Efectividad de la Psicoterapia Transgeneracional, como factor protector ante la Fatiga por Compasión en voluntarios del Instituto Oncológico Nacional"*.

Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria y manifiesto que he entendido el propósito de la investigación y que me han informado mis derechos y decido participar en esta investigación de manera voluntaria.

Recordar que usted no está obligado en participar y puede cambiar de parecer en cualquier momento durante la investigación y retirarse sin que esto afecte a su persona ni a la fundación o asociación de voluntariado a la que pertenece, solo nos gustaría estar informados de esta decisión, es decir comunicar a la investigadora su decisión de no asistir.

Expongo estar satisfecho/a con las respuestas a mis dudas de este Consentimiento Informado, y firmo el documento (como firmo en la cédula).

Usted tendrá una copia original de este documento para llevarse a casa y si desea puede discutirlo con algún miembro de su familia para luego aclarar si tuviese alguna duda con la investigadora.

Nombre y apellido Participante	Cédula	Firma	Día/Mes/Año Fecha	Hora
Nombre y apellido Investigadora	Cédula	Firma	Día/Mes/Año Fecha	Hora
Nombre y apellido Asesor	Cédula	Firma	Día/Mes/Año Fecha	Hora

Nota: El Mes debe escribirse en letras y no de manera numérica.



APROBADO

FECHA

10-10-18

Mi consulta es por encima de 0.7 o de 0.70 el coeficiente alfa de Cronbach.

Estratos del artículo:

Escala de Calidad de Vida Profesional ProQol (Hudnall Stamm, 2009).

La escala de ProQol en su versión de 30 reactivos mide tres subescalas que son: **la Satisfacción por empatía, el Burnout y el Desgaste por empatía**. El instrumento se ha probado en distintos contextos de habla inglesa y ha probado ser confiable (con coeficientes de confiabilidad de alfa de cronbach por encima de 0.7 en las tres subescalas). Para la presente investigación fue traducido al español y vuelto a traducir en inglés.

Se observa en la **Tabla # 1**, que la subescala Desgaste por empatía y Satisfacción por empatía bajo al Análisis factorial confirmatorio empleando el método de Componentes principales identificó dos dimensiones en cada una de ellas. El Alfa de Cronbach al analizarse por separado obtuvo coeficientes mayores de confiabilidad y varianza explicada con las primeras dimensiones de cada subescala; lo anterior permitió decidir retomar solo los reactivos de las primeras dimensiones. Para el Desgaste por empatía la Varianza explicada alcanzó un 50.47 y un Coeficiente Alfa de Cronbach normal de 0.79; con respecto a la Satisfacción por empatía se obtuvo una varianza explicada de 51.53 y Coeficiente Alfa de Cronbach normal de 0.75.

De: Blanca Rosa Garcia Rivera <blanca_garcia@uabc.edu.mx>

Enviado: martes, 20 de junio de 2017 1:06:10 p. m.

Para: Meiling Acevedo

Asunto: Re: Solicitud de validación de instrumento

Buenos días, Meiling:

En referencia al uso del instrumento

ProQOL-V, te comento que no tenemos inconveniente en que lo apliques en tu investigación. Te deseo éxito. Saludos cordiales desde Mexico,

Enviado desde mi iPhone

El 20/06/2017, a las 04:15, Meiling Acevedo <linzetamx@hotmail.com> escribió:

Buenas días Dra. Blanca García:

Resumen de la entrevista y evolución de los voluntarios del Grupo Experimental

La recogida de datos se hizo a través de la entrevista clínica con el objetivo de conocer e identificar los patrones de comportamiento de forma generalizada, que han sido transmitidos de generación en generación, mediante la exploración y búsqueda de datos (elaboración del genograma) y a través de él llegar a reflexiones; con evidencias de la dinámica de los roles familiares para una mejor comprensión de las pautas de comportamiento en el presente; los estilos de interrelación, conociendo el comportamiento, estilo de comunicación, las relaciones interpersonales reflejadas en su convivencia como voluntariado. Llevando a un trabajo de reparación emocional de situaciones preexistentes que causan malestar emocional, específicamente como síntomas de la fatiga por compasión, duelos familiares, personales o con el paciente que no ha hecho un cierre.

Preguntas exploratorias:

- . ¿Cuéntenos un poco acerca de usted, su labor como voluntaria y las asignaciones?
- . ¿Considera que tiene o ha tenido afectaciones emocionales por la labor que realiza como voluntaria?
 - ¿Qué ha sido lo más difícil, lo más fácil durante su labor como voluntaria?
 - ¿Qué sentido le da el voluntariado a su vida?
 - ¿Hábleme de su familia?
 - ¿Ha afectado a la familia en algún aspecto de su trabajo como voluntaria en el ION?

Participante 1

- En la narrativa expresa el cómo aprendió a través de su familia a ayudar a otros y por ello sigue las enseñanzas dada por la madre específicamente.
- Se mostró interesada y participativa.

Participante 2

- Se observó comunicativa y señala que ella enseña a otros a ayudar al prójimo. Una actividad de la cual se siente orgullosa.
- Se observó que en todas las sesiones es seguidora de instrucciones de manera óptima, expectante y colaboradora.

Participante 3

- Menciona que realiza otros tipos de voluntariado dentro de su comunidad, y que tiene algunos duelos no resueltos.

Participante 4

- Señala que está jubilada y su única misión en estos momentos son las actividades de voluntariado, las considera una prioridad.
- Se muestra con expresiones afectivas exacerbadas, con deseos de siempre participar durante las sesiones, anecdótica y elaborativa en la explicación de eventos tanto familiares como de su trabajo como voluntaria.

Participante 5

- Refiere historia familiar de conflictos sin resolver y con tendencia a sentir que la excluyen tanto en su familia como en el grupo de voluntariado.

Participante 6

- Orientada a la ayuda, menciona que la familia siempre ha estado al servicio de los demás, desde la religiosidad. Habla de la afectación de su labor como voluntaria cuando acompaña desde la escucha a personas con cáncer.

Participante 7

- Se observa risueña, adaptable, señala que siente que ayudar a otros es su principal acción por medio de su fe religiosa. Da sentido a su vida porque es sobreviviente de cáncer y se ha percatado de que ahora está lista emocionalmente para ayudar a otros que se encuentran en situaciones similares a la de ella.

Participante 8

- Señala que siempre se encuentra ayudando a los demás y brindando apoyo desde escuchar y dar obsequios a las personas necesitadas.

Participante 9

- Refiere que está considerando retirarse del voluntariado dentro del hospital, debido a que siente que le dedica mucho tiempo y descuida a su hogar en las actividades que ella considera importantes con su familia; sin embargo, habla de sentirse culpable si se retira porque señala que la necesitan las personas que atiende desde el voluntariado.

Participante 10

- Menciona que su pareja falleció de cáncer, y señala que desde ese evento decidió apoyar a personas que viven la experiencia de la enfermedad oncológica.

Panamá, 20 de enero de 2025

Universidad de Panamá

E. S. M.

Estimados señores,

Yo Migdalia de Rodríguez, con cédula de
identidad 6-50-2384, Licenciada idónea de Español, certifico
que el trabajo de Meiling B. Acevedo B., con cédula de
identidad personal 7-121-9, titulado:
Efectividad de la psicoterapia transgeneracional,
como factor protector ante la fatiga por
compasión en voluntarios del Instituto Oncol-
ógico Nacional de Panamá.

Cumple con los requisitos de Ortografía, Redacción y Sintaxis, que debe reunir el
mismo.

Código de diploma: 120435

Atentamente,

Migdalia de Rodríguez.

Licenciada en Español

Adjunto diploma y copia de cédula