

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“SÍNDROME DE DESGASTE POR
EMPATÍA EN PSICÓLOGOS
CLÍNICOS”**

TESINISTA: SABAS, MARÍA LORENA

DIRECTORA: LIC. CAROLINA CHACÓN

MENDOZA, SEPTIEMBRE 2012

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

PRESIDENTE:

VOCAL:

VOCAL:

PROFESORA INVITADA:

NOTA:

RESUMEN

El tema central del presente trabajo es el Síndrome de Desgaste por Empatía. Para ello, primero, se realizó una revisión bibliográfica sobre el concepto de empatía; luego se profundizó en las diversas teorizaciones sobre el desgaste y estrés por empatía y por último, se analizó como prevenirlo y tratarlo. Para la medición del síndrome, se administró el Inventario de Desgaste por Empatía (Zamponi et al., 2011) y un cuestionario sociodemográfico y laboral a una muestra (no probabilística e intencional) de 135 psicólogos que se desempeñan en el área clínica; conformada por sujetos de ambos sexos (82% femenino y 18% masculino) cuya edad promedio es de 35 años. El objetivo es medir el nivel de desgaste, explorar y medir la incidencia de otras variables, conocer la valoración sobre el impacto emocional percibido en el ejercicio clínico y analizar las conductas que se instrumentan con mayor frecuencia para mejorar su vida personal y profesional. El enfoque utilizado es mixto y el tipo de estudio es descriptivo. El diseño empleado es no experimental de tipo transversal, con encuestas. Se aplicó la prueba no paramétrica chi-cuadrado, de la cual no pudo observarse ninguna relación entre las variables.

Palabras clave: síndrome de desgaste por empatía, estrés por empatía, traumatización vicaria, impacto emocional, conductas de autocuidado.

ABSTRACT

Title: "Compassion Fatigue in clinical psychologists".

Abstract: The main topic in the current work is Compassion Fatigue. For that purpose, first, a literature review about the concept of empathy was made; then deepened in the various theories on compassion fatigue and compassion stress, and finally was discussed how to prevent and treat it. To measure the syndrome, the Compassion Fatigue Inventory (Zamponi et al., 2011) and a socio-demographic and occupational survey was administered to a (nonrandom and intentional) sample of 135 psychologists that work in the clinical field; composed of both gender (82% female and 18% male) whose average age is 35 years. The aim is to measure Compassion Fatigue, explore and measure the impact of other variables, asses the perceived emotional impact in clinical practice and analyze the behavior that are implemented more frequently to improve their personal and professional life. The approach used is mixed and the study is descriptive. The design used is not experimental and transversal, with surveys. The nonparametric test chi-square was applied but no relation between the variables was detected.

Keywords: Compassion Fatigue, compassion stress, vicarious traumatization, emotional impact, self-care behaviors.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a mis papás por acompañarme y guiarme en la vida y por darme la oportunidad de elegir lo que me hace feliz y llenarme de amor siempre

Gracias a mis hermanos por el apoyo y el aguante, por ayudarme, por enseñarme a vivir de la manera más hermosa, por mostrarme que las cosas son más simples y la vida se disfruta más si los tengo a ustedes

Gracias al Burbu, mi amor, por entender mis ciclotimias, por elegirme, por amarme cada día y demostrármelo, por enseñarme a enfrentar mis miedos, por sacarme una sonrisa cada día y por hacerme tan feliz y dejarme compartir mi vida con vos.

Gracias a Lula, Coti y Lemon, mis rinconas, princesas y hermanas que elegí y elijo. Gracias por la sonrisa y el amor de siempre, por sus abrazos, sus consejos, su paciencia, por la familia sureña que construimos que siempre va a ser un rinconcito lleno de luz

Gracias Fabi, Lau y Ceci, hermosas personas que me acompañaron y acompañan durante esta etapa, gracias por la alegría que compartimos durante estos años, por las eternas charlas, y por el aprendizaje que tuvo cada de una de nosotras para entendernos y querernos todavía más.

Gracias Melli, porque aunque la distancia siempre estuvo entre nosotras, aprendimos a estar cada vez más cerca, acompañándonos sea el lugar que sea, aprendimos a aceptarnos y a querernos como hermanas

Gracias a todo el Mendosur, la “gran familia” que siempre me espera, que alegra todos mis viajes, en la que aprendimos que no hay fronteras para hacer amigos y para disfrutar de los momentos de la vida

Gracias Caro, por toda la paciencia y tiempo que dedicaste a este trabajo, por resignar tus descansos y vacaciones para ayudarme y por la pasión que le dedicás a lo que hacés

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	9
INTRODUCCIÓN	10
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO 1: LA EMPATÍA.....	12
1. DESARROLLO CONCEPTUAL.....	12
2. LA NATURALEZA DE LA EMPATÍA.....	13
3. MODELO MULTIDIMENSIONAL: MÁS ALLÁ DE LO COGNITIVO Y DE LO AFECTIVO.....	15
4. CARACTERÍSTICAS DE LA EMPATÍA	19
4.1. PERSPECTIVA NEUROPSICOLÓGICA.....	19
4.2. PERSPECTIVA DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL.....	19
4.3. PERSPECTIVA DESDE ALGUNOS MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS.....	20
5. CONSIDERACIONES FINALES	20
CAPÍTULO 2: SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA	21
1. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y TEÓRICOS DEL DESGASTE POR EMPATÍA	21
2. ESTRÉS Y SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA	24
2.1. ESTRÉS POR EMPATÍA.....	25
2.2. SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA.....	29
3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	34
3.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	34
3.2. TRAUMATIZACIÓN VICARIA.....	35
3.3. CONTRATRANSFERENCIA.....	36
3.4. BURNOUT	37
4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL DESGASTE POR EMPATÍA	38
5. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA.....	43
5.1. CONTEXTO INDIVIDUAL/RASGOS DE PERSONALIDAD	44
5.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL/OCUPACIONAL	46
5.3. CONTEXTO SOCIAL.....	48
5.4. CONTEXTO COMUNITARIO	48
6. VULNERABILIDAD AL DESGASTE POR EMPATÍA.....	49
6.1. POBLACIÓN EN RIESGO DE DESGASTE POR EMPATÍA	51
6.2. TERAPEUTA DEL TRAUMA VS PSICOTERAPIA GENERAL	53
7. MODELO DE TRANSMISIÓN DEL TRAUMA de C. FIGLEY	54
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL DESGASTE POR EMPATÍA	58
1. PREVENCIÓN	59

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN	60
1.2. COMPONENTES DEL ENTORNO EN LA PREVENCIÓN DE ESTRÉS POR EMPATÍA	61
1.3. COMPONENTES INDIVIDUALES EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA	63
1.4. COMPONENTES GRUPALES PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA	68
1.5. PREVENCIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL	71
2. TRATAMIENTO.....	74
2.1. ESTRATEGIAS PERSONALES	78
2.2. ESTRATEGIAS PROFESIONALES	78
2.3. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES	79
3. DEL DAÑO A LA ESPERANZA	80
<i>SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO.....</i>	<i>82</i>
<i>CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN</i>	<i>83</i>
1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	83
1.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES	83
2. TIPO DE ESTUDIO Y DE DISEÑO.....	84
3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	85
4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	85
4.1. Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) de Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber y Main (2011) (Universidad Católica de Santa Fe)	85
4.2. Cuestionario sociodemográfico y laboral	87
5. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	87
<i>CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</i>	<i>90</i>
1. PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA	90
2. TRABAJO CLÍNICO	90
3. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.....	93
4. SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA.....	93
5. ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN RELACIÓN A OTRAS VARIABLES	94
5.1. EN RELACIÓN A DATOS DE LA MUESTRA	94
5.2. EN RELACIÓN AL TRABAJO CLÍNICO.....	96
5.3. EN RELACIÓN A LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	109
6. CONSIDERACIONES FINALES RESPECTOS DE LA PRUEBA APLICADA.....	112
<i>CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.....</i>	<i>113</i>
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>117</i>
<i>APÉNDICE A</i>	<i>122</i>

APÉNDICE B	126
1. MODELO DE ENCUESTA APLICADA	126
2. PLANILLA DE EVALUACIÓN	130

ÍNDICE DE TABLAS

FIGURA 1: “MODELO ORGANIZACIONAL” DE DAVIS (1996) PARA EXPLICAR EL CONCEPTO DE EMPATÍA.	16
FIGURA 2: MODELO INTEGRADOR MULTIDIMENSIONAL DE EMPATÍA PROPUESTO POR FERNÁNDEZ-PINTO ET AL. (2008) ...	17
TABLA 1: CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y EL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA.	38
TABLA 2: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS EDADES DE LOS SUJETOS CATEGORIZADAS EN RANGOS.....	90
TABLA 3: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS AÑOS DE ANTIGÜEDAD DE LOS SUJETOS CATEGORIZADOS EN RANGOS.	91
TABLA 4: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES SOBRE LA CANTIDAD DE PACIENTES QUE SE ASISTEN SEMANALMENTE.....	91
TABLA 5: PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A LAS PATOLOGÍAS QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS ASISTEN PREDOMINANTEMENTE.	92
TABLA 6: PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS PARA ENRIQUECER SU VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL.....	93
TABLA 7: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES EDAD, SEXO Y PERFIL SEGÚN EL IDE.	95
TABLA 8: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL Y PERFIL SEGÚN EL IDE.....	96
TABLA 9: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES FORMACIÓN ACADÉMICA Y PERFIL SEGÚN EL IDE.	97
TABLA 10: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES CANTIDAD DE PACIENTES QUE SE ASISTEN SEMANALMENTE, PERCEPCIÓN DEL IMPACTO EMOCIONAL Y PERFIL SEGÚN EL IDE.	98
TABLA 11: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES GRUPO ETARIO, PATOLOGÍAS Y PERFIL SEGÚN EL IDE.	100
TABLA 12: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES MODALIDAD DE TRABAJO, TIPO DE ABORDAJE Y PERFIL SEGÚN EL IDE.	102
TABLA 13: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES AFECTACIÓN EMOCIONAL, TEMÁTICAS DE IMPACTO EMOCIONAL Y PERFIL SEGÚN EL IDE.....	104
TABLA 14: TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES ACTIVIDADES PARA ENRIQUECER LA VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL Y EL PERFIL SEGÚN EL IDE.	109
TABLA A1: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL PARA LAS RESPUESTAS DEL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO SEGÚN HARRIS (1995)	122
TABLA A2: IMPACTO DEL ESTRÉS POR EMPATÍA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO PROFESIONAL SEGÚN YASSEN (1995).....	123
TABLA A3: IMPACTO PERSONAL DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA SEGÚN YASSEN (1995)	124

INTRODUCCIÓN

La empatía es un fenómeno complejo que permite comprender estados emocionales de otros y a su vez motivar conductas pro-sociales de ayuda a éstos. Es decir, es la herramienta de trabajo fundamental del psicólogo clínico, ya que es a través de ella, que pueden lograrse los objetivos terapéuticos, porque engloba tanto lo emocional, como lo cognitivo y lo interpersonal que le permiten comprender y respetar el mundo subjetivo del paciente. Así es como se logra la co-construcción de significados que permiten el cambio terapéutico.

Sin embargo, es este esencial “instrumento”, que entre sus efectos negativos puede desencadenar el Síndrome de Desgaste por Empatía. Éste es el desgaste que se produce en el profesional al permanecer por determinado tiempo en contacto con personas que han vivido experiencias traumáticas, llegando incluso a presentar los mismos síntomas que exhibe el paciente, ya que se traumatiza indirectamente.

Este síndrome, ha sido denominado de diversas maneras producto de la falta de sistematización de las investigaciones y de un marco teórico que lo englobe. Entre los efectos que provoca, pueden mencionarse alteraciones en el plano emocional, espiritual, relacional y laboral.

El interés por investigar esta temática, poco desarrollada, reside en la gran implicancia que tiene para prevenir y/o tratar los efectos del desgaste por empatía en el ejercicio y formación en la profesión, tanto del psicólogo como de otros profesionales expuestos a situaciones traumatizantes. La alta frecuencia con la que se presume que aparece, es un indicador de la importancia y relevancia que tiene su investigación.

Por otra parte, se espera brindar datos, que sean de utilidad metodológica, para contribuir al trabajo que lleva adelante la Universidad Católica de Santa Fe.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: LA EMPATÍA

1. DESARROLLO CONCEPTUAL

El término “empatía”, deriva del griego *em – patheia*; que significa “sentirse en” o “sentir dentro”. Desde la Real Academia Española (2001) se la define como una “identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro” y como una “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”.

Sin embargo, no siempre fue concebida así. Se sostiene que fue utilizada por primera vez por Edward B. Titchener en 1909, pero para hacer referencia a cierta imitación física del dolor en otro, que genera el mismo efecto en uno. Luego, se comienza a otorgarle un tinte más psicológico a partir de los aportes de Theodor Lipps, considerando que la empatía o *Einfühlung* (traducción en alemán) aumentaba en relación a la proyección e imitación de los afectos. En 1934, Margaret Mead enfatiza el aspecto cognitivo e interpersonal y pasa a entenderla como una capacidad para tomar el rol de otro y así poder adoptar perspectivas alternativas, pudiendo sentir lo que siente el otro. En relación a esta teoría también son valiosas las contribuciones de Jacob Levy Moreno a principios del siglo pasado, quien la concibe como una habilidad social, que posibilita ver al otro desde su propia mirada (Mateu, Campillo, González y Gómez, 2010; Olmedo Carrillo y Montes Berge, 2009).

Los aportes posteriores para lograr una conceptualización de la empatía emergen de diversos lineamientos teóricos, por lo que en un momento el énfasis estuvo puesto en la adopción de perspectivas según lo propuesto por Dymond en 1949; en otro se aludía a una capacidad meta-representativa según Hogan (1969) y a partir de Carl Rogers, en la década del 70, comienza a ser incorporada al ámbito de la psicoterapia (Mateu et al., 2010).

Unos de los principales referentes en cuanto al destacado valor teórico que aportaron para la comprensión de la empatía, son Eisenberg y Strayer (1987), quienes la definen como “una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que la otra persona está sintiendo”. Es decir, que la conciben como la capacidad para reconocer lo que le sucede a otro e incluso, poder sentir las mismas emociones que está experimentando. En este sentido, la empatía sería clave en la disposición pro-social de las personas y en el desarrollo de la moral, que permite vivir en sociedad y establecer relaciones interpersonales significativas. Este concepto emerge de un marco evolutivo, social y funcional, por lo que se infiere que el desarrollo evolutivo de las emociones posibilitó el desarrollo de la habilidad empática (Eisenberg y Strayer, 1987 citado en Redondo, Depaoli y D’Onofrio 2011; Eisenberg y Strayer, 2000 citado en Mestre Escrivá, Frías Navarro y Samper García, 2004).

Otro autor clave para la comprensión de este concepto es Davis, cuyos aportes han tenido una gran aceptación. Considera que alude a un “conjunto de constructos que incluyen los

procesos de ponerse en el lugar del otro y respuestas afectivas y no afectivas” (1996, citado en Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).

Por otra parte Goleman (2000), concibe la empatía como necesaria para vida y fundamental en la calidad de los vínculos interpersonales. Sostiene que está muy ligada con la auto-consciencia, por lo que al incrementarse, implicaría mayor conexión emocional, mayor capacidad de reconocimiento de dichas emociones y por ende, mayor apertura para expresarlas.

2. LA NATURALEZA DE LA EMPATÍA

Como se describió anteriormente, el concepto de empatía ha sido foco de diversos debates conceptuales. Producto de ello, muchos autores plantearon el dilema respecto a en qué medida incluye un componente afectivo además de uno cognitivo. Desde este último, se hace referencia a la imaginación de uno mismo y del otro en una situación haciendo alusión a la adopción de roles y toma de perspectivas. A partir de los '60, se comenzó a darle mayor importancia al componente emocional o afectivo.

Por otra parte, también se ha instalado el debate en torno a si la empatía alude a una disposición individual o si es meramente situacional. Por un lado, es concebida como un estado situacional; por lo que variaría en función de la situación y de cómo influye el contexto en cada sujeto. Pero respecto a la primera, aunque aún no hay una conclusión cerrada, algunos autores sostienen que la empatía es un rasgo o una habilidad estable; razón por la cual algunos sujetos serían más empáticos que otros. Entre ellos Frenzi por ejemplo, sostiene que cada persona tiene una potencialidad innata independientemente de la experiencia; o en el caso de Adler, quien entiende que nace de un sentimiento innato de carácter social (Olmedo Carrillo y Montes Berges, 2009). En general hay consenso en torno a que los componentes de la empatía, principalmente los emocionales, los cuales serían en gran medida factores disposicionales.

Fernández-Pinto y cols. (2008) realizaron una revisión de los principales estudios llevados a cabo al respecto, de los cuales hallaron que la empatía sería una variable disposicional, de cuyos componentes, el esencial, sería la disposición a la activación o arousal, que indicaría el grado en que un individuo es afectado por información repentina. Por lo que se considera que las diferencias individuales en la empatía, dependen de diferencias en el nivel típico de activación emocional vicaria.

Pero como se aclaró anteriormente, aún se cuestiona si puede ser aprendida o no. Algunos sostienen que la empatía es una habilidad que puede desarrollarse, y que se produciría en forma progresiva, gradual, e ininterrumpida a lo largo de la adolescencia hasta la adultez, y sería producto de la interacción social y de las experiencias de aprendizaje. Al respecto Goleman (2000), sostiene que se encuentra en las raíces de la inteligencia emocional, siendo la familia un contexto básico y central para su desarrollo. Sin embargo hay posturas que plantean

lo contrario, ya que consideran que sería independiente de la experiencia. Sin embargo, tiene más fuerza la concepción de la plasticidad afectiva, es decir que se trata de capacidades y habilidades que pueden ser aprendidas y desaprendidas.

Se ha observado una relación positiva con la sociabilidad, autoestima, eficiencia intelectual, flexibilidad, con la disposición a exhibir conductas de ayuda y de afiliación; así como también con la intensidad emocional. Ésta es considerada como un elemento fundamental del “estilo afectivo” que configuraría la base de la personalidad y temperamento; y que sería fuertemente influida por lo genético y disposición biológica a la empatía (Davidson, 2001 citado en Fernández-Pinto et al., 2008).

Desde una mirada más integradora, podría considerarse una tercera postura que aludiría a la empatía como un proceso experiencial multifásico; es decir, considerando la experiencia de la empatía en cada momento, lo cual permitiría especificar los procesos implicados cuando se produce un estado empático (Mateu et al., 2010). Esto permitiría presumir que a mayor empatía disposicional (temperamental) correspondería mayor empatía situacional (respuesta concreta). Sin embargo, entre los factores que pueden influir para disminuir o anular la respuesta empática, se debería tener en cuenta la personalidad, variables cognitivas y situacionales.

2.1.1. GÉNERO

Respecto a las perspectivas de género, los estereotipos sociales y pruebas empíricas, se atribuye a la mujer una mayor sensibilidad emocional, mayor tendencia al cuidado y apoyo, y mayor capacidad para detectar sentimientos y señales no verbales; es decir, las mujeres presentan mayor disposición empática (Mestre Escrivá, Sampur y Tur, 2009; Fernández-Pinto et al., 2008).

Por otra parte, la empatía sería un fuerte protector de la conducta antisocial en jóvenes, tanto hombres como mujeres, aunque sería el componente emocional el mayor factor de protección para las mujeres. También se ha observado que éstas utilizan con mayor frecuencia argumentos de un razonamiento internalizado, generando mayor disposición empática y respuesta de ayuda.

2.1.2. PSICOPATOLOGÍA

Se considera que la carencia de empatía, sería característica del síndrome de Asperger, un trastorno del desarrollo, denominado también como “trastorno de la empatía” (Gillberg, 1990; citado en Fernández-Pinto et al., 2008). Se caracteriza por respuestas sociales y emocionales inapropiadas y dificultad para interactuar interpersonalmente. Por ello es que la empatía es utilizada como uno de los criterios de evaluación.

Asimismo la falta de empatía se la puede observar en “esquizoides”, por el aislamiento social, y en los del grupo B, descritos como narcisistas, antisociales y límites. Por otra parte,

también sería insuficiente en la esquizofrenia, en la cual la deficiencia es tanto a nivel cognitivo como afectivo. Incluso hay datos que indican una relación negativa entre la empatía y los niveles de ansiedad, claustrofobia, depresión y obsesiones (Kupfer, 1978 citado en Fernández-Pinto et al., 2008).

3. MODELO MULTIDIMENSIONAL: MÁS ALLÁ DE LO COGNITIVO Y DE LO AFECTIVO

A partir de la década del '80, se comienza a entender a la empatía desde una postura más integradora. Justamente, la definición de Eisenberg (1987) es un reflejo de ello al considerarla como un fenómeno complejo en el que se detectan tres factores: la dimensión emocional, los procesos cognitivos y la relación interpersonal. Como puede observarse, esta postura se apoya en un enfoque multidimensional.

Davis (1980), quien adhiere al mismo lineamiento, desarrolló un instrumento para medir la empatía denominado "Interpersonal Reactivity Index" (IRI), el cual mide diferencias individuales considerando dos variables principales. Dentro de los procesos cognitivos, evalúa:

- **Toma de perspectiva:** capacidad de ponerse en el lugar del otro. Correspondería al factor más cognitivo de la empatía.
- **Fantasía:** tendencia a introducirse imaginativamente en los sentimientos y acciones e identificarse con personajes ficticios. Implica la capacidad de representación mental e imaginación.

Y dentro de los procesos afectivos, considera:

- **Preocupación o angustia empática:** capacidad para compartir los sentimientos del otro, que motiva a la acción para ayudarlo. Se activa cuando el observador comparte el mismo estado emocional que el otro. El foco de la atención está puesto en la necesidad o en el estado emocional del otro.
- **Malestar personal:** sentimientos de ansiedad hacia uno mismo, que se producen en situaciones de tensión interpersonal. Genera una reacción egoísta cuando se perciben indicadores de malestar en el otro. Correspondería a una reacción ansiosa y de malestar ante el problema o necesidad del otro.

Se ha observado que la capacidad de toma de perspectiva se desarrolla con la edad, así como también se produce un incremento de la preocupación empática; mientras que el malestar personal, disminuye significativamente. Asimismo se observó que a partir de los últimos años de la infancia y principios de la adolescencia, se desarrolla un razonamiento moral más complejo y maduro, con mayor empatía, preocupación por el otro, justificación de la acción con principios internalizados de igualdad, etc. Justamente la empatía influye directamente a la conducta pro-social. (Vicente Mestre et al., 2009).

A continuación se presenta el "Modelo Organizacional" de Davis (1996), que permite explicar los antecedentes, procesos y consecuentes de la empatía:

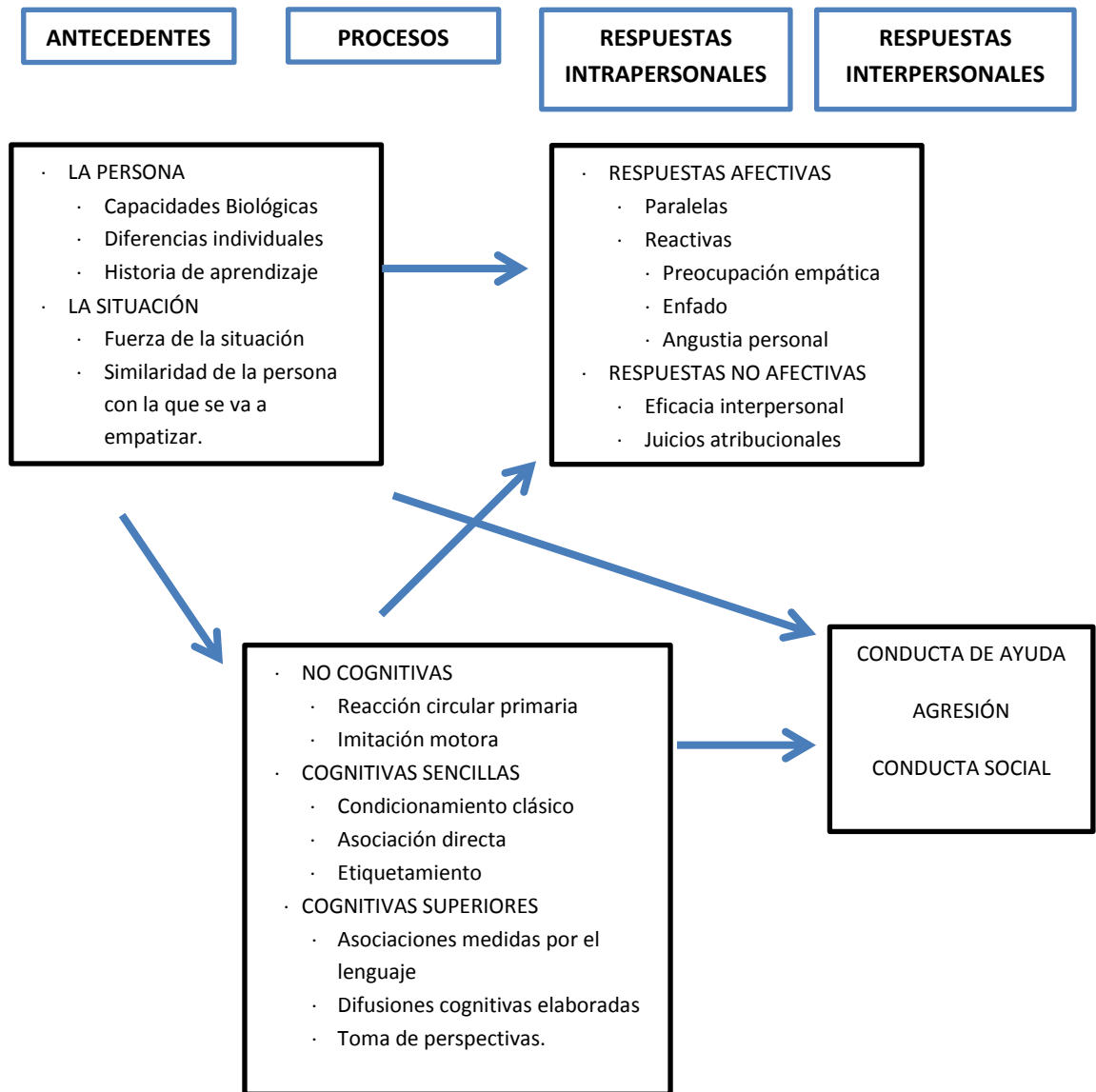


Figura 1: “Modelo Organizacional” de Davis (1996) para explicar el concepto de empatía.

Sin embargo, este modelo sólo plantea relaciones lineales o unidireccionales entre los factores, sin tener en cuenta las características de la persona hacia la que se muestra empatía, ni las conexiones entre los procesos. No obstante, es el primer marco teórico que integra las perspectivas descritas anteriormente. Posteriormente Fernández-Pinto et al. (2008), propusieron el Modelo Integrador Multidimensional de Empatía, con la intención de suplir las falencias del anterior.

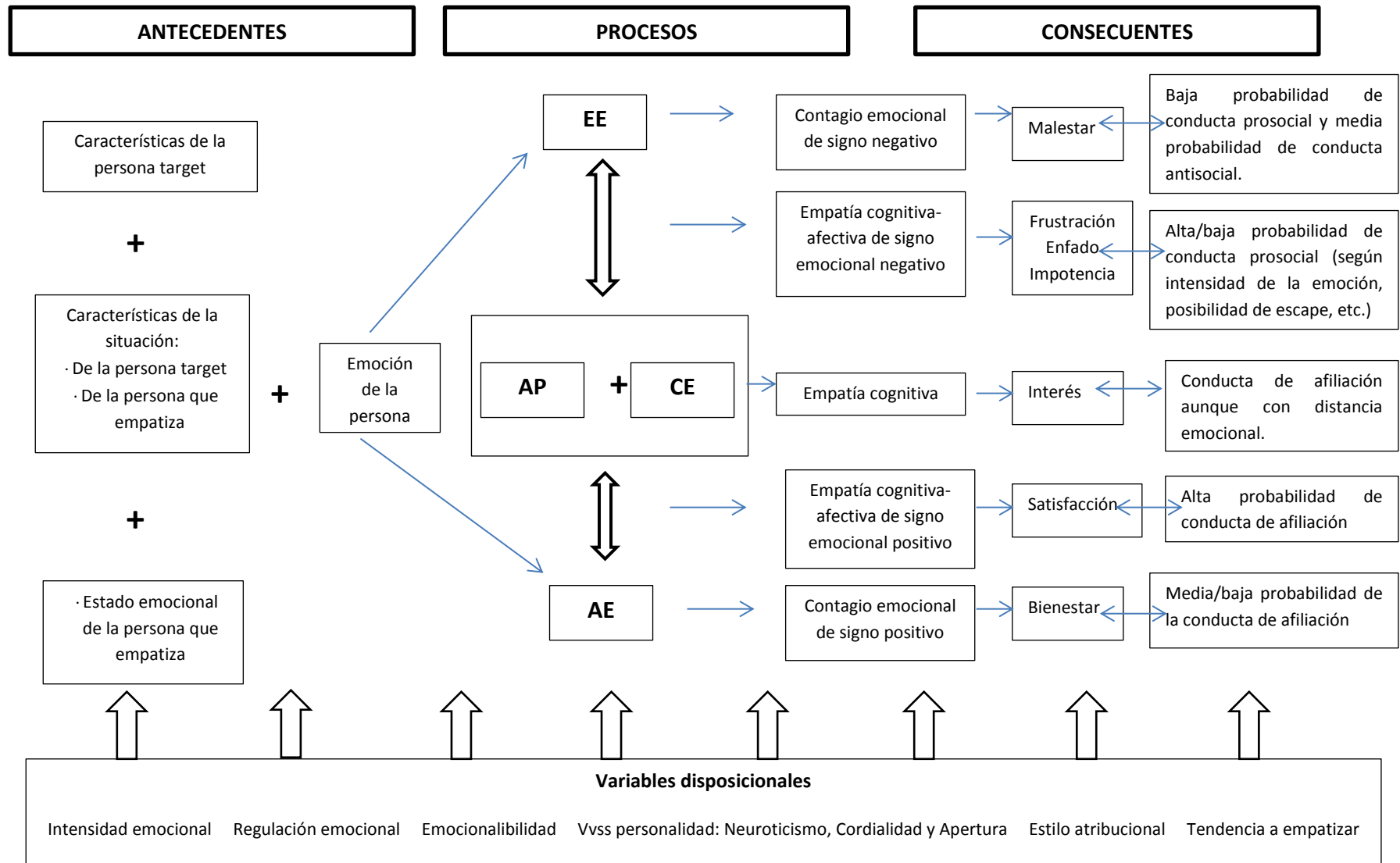


Figura 2: Modelo Integrador Multidimensional de Empatía, propuesto por Fernández-Pinto et al. (2008)

Como se observa, este modelo amplía la propuesta de Davis y lo complejiza. Respecto a los procesos considera:

- Cognitivos los que incluyen:
 - Adopción de Perspectivas (AP): capacidad intelectual o imaginativa de ponerse en el lugar del otro.
 - Comprensión Emocional (CE): capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales de otros.
- Afectivos, que dependen de la emoción experimentada por la persona objetivo:
 - Negativa: Estrés Empático (EE): capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona o resonancia emocional negativa.
 - Positiva: Alegría Empática (AE): resonancia emocional positiva.

Se considera que los procesos cognitivos son previos a los afectivos y son fundamentales para el concepto de empatía, mientras que los afectivos serían prescindibles. Por ello es que son tres los procesos:

- Empatía Cognitiva: no hay resonancia emocional, e incluyen a AP y CE.
- Contagio Emocional: se produce sólo resonancia emocional
- Empatía Cognitivo-Afectiva: se dan todos los procesos conjuntamente.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON EMPATÍA

SIMPATÍA

Eisenberg, Carlo, Murphy y van Court (1995, citado en Vicente Mestre et al., 2009) definen la simpatía como un “interés por el otro basado en la comprensión del estado del otro”, mientras que la empatía sería la reacción emocional provocada o congruente con dicho estado. Ambos conceptos, estimularían el desarrollo del razonamiento moral internalizado. En general la simpatía es consecuencia de la empatía y de la toma de perspectiva. Sería el producto de una motivación altruista orientada hacia otro y asociada significativamente con conductas pro-sociales.

La simpatía carece de la comprensión íntima, que es característica de la empatía. En la simpatía no es posible hacer juicios de valor sobre el otro, ya que la barrera entre el si mismo y los demás se diluye. González de Rivera (2005), sostiene que dos personas que se simpatizan, están de acuerdo en ciertos aspectos sin proponérselo o esforzarse; por lo que experimentan afectos positivos entre ellos. Asimismo sostiene que el paso de la empatía a la simpatía puede ser muy fácil, por lo que en terapia debe tenerse cuidado, para no caer en la identificación con el cliente.

Eisenberg en 1992 define a la simpatía como sentir sentimientos de pena por alguien. Luego, amplía la definición considerándola como “una respuesta emocional procedente de la

comprensión del estado emocional o condición desarrollada en una persona, que acontece fundada en el conocimiento que ésta tiene de una alteración emocional en otra persona y que pertenece al mismo tipo y rango de emociones” (Vicente Mestre et al., 2009).

También la simpatía ha sido considerada como “la consciencia viva del sufrimiento de otra persona como algo a aliviar”. Es decir, incluye tanto la intensificación de la representación cognitiva, y la reacción interna por el dolor del otro; como también que dicho dolor es sentido inmediatamente y debe ser mitigado. (Wispé, 1986 citado en Vicente Mestre et al., 2009).

ECPATÍA

Proviene del griego *ek – patheia*, que significa “sentir afuera”. Este término alude a un “proceso mental de percepción y exclusión activa de los sentimientos inducidos por otro” (González de Rivera, 2005). Sería una acción mental positiva compensadora de la empatía; y no la carencia de ésta. Previene a las personas de dejarse arrastrar por las emociones de otros, o de desbordes afectivos. Sería una forma de control intencional de la subjetividad interpersonal, permitiendo así, poder detectar y prevenir inducciones emocionales.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA EMPATÍA

4.1. PERSPECTIVA NEUROPSICOLÓGICA

Se considera que los factores de la empatía tienen diferentes localizaciones cerebrales. Las zonas que prevalecen corresponden al lóbulo pre-frontal medial, lóbulo temporal, surco temporal superior, lóbulo parietal inferior y estructuras límbicas (Fernández-Pinto et al., 2008).

Desde la neuropsicología se sostiene que la ejecución de las diferentes capacidades y funciones implicadas en la empatía, depende de una amplia red neuronal donde quedan conectadas las áreas cerebrales mencionadas anteriormente; en la que se procesa la información. Incluso también parece ser fundamental para la empatía, el área del córtex pre-frontal medial, que sería la zona en la que se produce la conexión de la información cognitiva, a la emocional (Fernández-Pinto et al., 2008)

4.2. PERSPECTIVA DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

De aquí se desprenden dos posturas respecto a la motivación: intrínseca (que produce satisfacción por sí misma, es decir, hay una motivación altruista) o extrínseca (sería una motivación egoísta, ya que la conducta de ayuda apunta a ser recompensado o para evitar un castigo).

Desde la Psicología Social, se considera al contagio emocional como una forma de empatía, pero más superficial. Consiste en resonar emocionalmente con otra persona sin comprender sus emociones ni su situación. Se sostiene que es una forma primitiva de empatía generada en las interacciones interpersonales y a través del lenguaje no verbal; en el que no media

procesamiento cognitivo. Sería propio de las primeras etapas de la vida. A partir del segundo año, se empieza a experimentar emociones más genuinas y propias que podrían ser calificadas como empatía propiamente dicha.

La autorregulación sería central en la disposición del comportamiento pro-social y en la inhibición del comportamiento agresivo. El autocontrol y la empatía constituyen la base de las habilidades interpersonales; son aptitudes sociales cuya falta conduce a la ineptitud social o fracaso interpersonal (Vicente Mestre et al., 2009).

4.3. PERSPECTIVA DESDE ALGUNOS MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS

Como puede observarse, el desarrollo del concepto de empatía llevó décadas, que incluso enfatizaron diferentes aspectos según las teorías que iban surgiendo. Lo mismo sucedió en el marco psicoterapéutico y su aplicación.

En lo respecta al psicoanálisis, en sus principios, fue más bien una variable secundaria o marginal. No prevalecía la intención de utilizarla para el establecimiento de la relación terapéutica. Freud consideraba que dicha relación debía ser cordial pero se enfatizaba la postura analista y “quirúrgica”. Luego comenzó a enfatizarse que para la comprensión de la experiencia emocional del paciente, debía establecerse una relación más cercana. Uno de sus referentes fue Kohut (1959), quien observó que la comprensión empática facilitaba el proceso terapéutico para lograr mayor apertura ante las interpretaciones (Mateu et al., 2010).

Por parte de los modelos cognitivos conductuales, el interés por la relación terapéutica se intensifica a partir de los ´70. Desde este modelo, consideran a la empatía como una variable no específica que permite el establecimiento de una buena alianza terapéutica, incrementando a la adhesión al tratamiento y el uso de técnicas por parte del cliente. Incluso, destacan el valor fundamental de la empatía para las intervenciones (Mateu et al., 2010).

5. CONSIDERACIONES FINALES

La empatía es uno de los principales recursos de los terapeutas, ya que permite valorar el problema del cliente y formular un tratamiento adecuado. Ayuda a comprender su proceso traumático, aunque durante el mismo, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo. Este compromiso empático lo hace vulnerable a emociones intensas, abrumadores y a creencias profundamente perturbadoras, el sello del estrés por empatía. El dolor empático junto con un proceso lentamente decepcionante puede traducirse en desgaste por empatía.

CAPÍTULO 2: SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

El síndrome de desgaste por empatía alude al efecto que se genera en el terapeuta, u otros profesionales, que están en contacto con personas expuestas a experiencias traumáticas por determinado tiempo. Se considera que en cierta medida es normal que en el trabajo clínico haya cierto grado de alteración en el terapeuta (estrés por empatía), pero una vez sobrepasado ese nivel, el terapeuta comienza a desgastarse presentando la misma sintomatología que el cliente o paciente (Figley, 1995).

Resulta interesante que, habiendo una alta incidencia de desgaste por empatía (Morante, 2007 citado en Meda Lara, Moreno Jiménez, Rodríguez Muñoz, Arias Merino y Palomera Chávez, 2011) la investigación al respecto sea tan reciente y poco explorada, quedando relegados a segundo plano en el propio desarrollo científico de la psicología. La escasa literatura respecto al desgaste por empatía, se considera que podría estar influida por sentimientos de vergüenza por parte del terapeuta, por el reconocimiento de su dolor y distrés o hasta podría pensarse en un reflejo de la desesperanza que el terapeuta siente sobre su habilidad para sanarse a sí mismo.

Beaton & Murphy (1995) sostienen que para la satisfacción laboral, salud mental y física, práctica profesional y desarrollo personal y profesional, se debe tener en cuenta la incidencia del desgaste por empatía. Es de vital importancia cuidar a los profesionales, ya que de ellos depende la calidad del servicio que brindan y su eficacia, por lo tanto implica una repercusión directa en sus clientes. El trabajo con el trauma “es, más bien, un peligro ocupacional que debe ser reconocido y abordado”¹ (Pearlman & Saakvitne, 1995, 151).

1. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y TEÓRICOS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

Durante muchos años, desde el campo de la salud mental, al tener en sus raíces en el modelo médico, se planteaba que los profesionales no debían involucrarse con los pacientes, y en caso de que suceda, era juzgado como un signo de debilidad, inadecuación o falta de encuadre. Asimismo estos conceptos eran reforzados por la convicción de que se trataba de conflictos no resueltos por parte del terapeuta.

Entre los primeros desarrollos respecto a la transmisión de emociones traumáticas se destaca el de Hill en la década del '40, que lo denominó como “estrés familiar”. Su estudio se

¹ “It is, rather, an occupational hazard that must be acknowledged and addressed”. Traducción no autorizada.

centró en los miembros de familias de veteranos de la Segunda Guerra Mundial, en el que observó que el sistema familiar es seriamente afectado por sucesos críticos.

A partir de los '80 se observó un incremento cuantitativo de las investigaciones sobre hechos traumáticos y las consecuencias inmediatas y mediatas en víctimas directas e indirectas, producto de estar en contacto con ellas. Este fenómeno coincide con la introducción del Trastorno por Estrés Postraumático al DSM III, donde por primera vez, los síntomas experimentados por personas traumatizadas son vistos como una entidad en sí misma, que podía ser precisamente diagnosticada y tratada.

En una primera instancia Figley (1983, citado en Figley, 1995), principal referente en cuanto a la teorización y estudio del desgaste por empatía; denominó a este efecto como una forma de Burnout, como un tipo de traumatización secundaria. A partir de ese momento se puso en contacto con numerosos profesionales, principalmente terapeutas, respecto a su lucha con este tipo de factor estresante y sus efectos concomitantes, que ellos eventualmente asociaban con el trabajo.

En 1989, Figley (citado en Figley, 1995) expresó su preocupación al ver a tantos colegas y amigos abandonar el trabajo clínico o la investigación con personas traumatizadas por su dificultad para lidiar con el dolor de sus clientes. El mismo tipo de mecanismo psicosocial que se pone en marcha con los familiares que se contagian del trauma, creando un contexto, para los familiares, en el que se “infectan” unos a otros con su material traumático, opera entre el cliente traumatizado y el terapeuta. A este fenómeno estudiado por Figley, se denominó como “Reacciones de Estrés Secundario Catastrófico”² que refleja que la inducción empática de la experiencia de un familiar genera un gran malestar emocional en los demás. Por ello es que considera que los terapeutas familiares son más vulnerables al síndrome de desgaste por empatía³.

En la década de los '90, con el desarrollo de la traumatología, se observó un auge en los estudios del estrés traumático y en el tratamiento sistemático del trauma y sus secuelas. Este desarrollo fue producto de varios factores como el incremento de la conciencia pública y profesional sobre la frecuencia de acontecimientos traumáticos y el impacto concomitante en las personas. Asimismo, se produjo un aumento de profesionales dedicados al trabajo con el trauma (Figley, 2000).

A partir del DSM-IV (1996) se produce un cambio de paradigma, porque el foco pasa de la calidad del hecho traumático (qué requisitos debía reunir un evento para ser considerado traumático) a la reacción de la persona expuesta al hecho traumático. Es decir que si el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de un evento traumático y ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso y como resultado, experimenta además tres clases de síntomas: re-experimentación del hecho traumático, evitación y embotamiento

² “*Secondary Catastrophic Stress Reactions*”. Traducción no autorizada.

³ Se profundizará en 2.6: “VULNERABILIDAD AL DESGASTE POR EMPATÍA”

psíquico y aumento de activación (arousal), entonces se considera que puede ser diagnosticada de un Trastorno por Estrés Post Traumático.

Figley (1995; 2000) propone claramente una re-configuración de este trastorno como se ha especificado en los manuales diagnósticos (DSM-IV R Y CIE-10), en los que se reconoce pero no se discuten las implicaciones de una persona siendo confrontada con el dolor y sufrimiento de otros. Se halló que la literatura sobre el trauma ha ido creciendo significativamente desde el advenimiento del concepto de TEPT como entidad diagnosticable y tratable. Sin embargo, la mayoría carecen de claridad conceptual; raramente consideran los factores contextuales en experiencias traumatizantes o adoptan la corriente nomenclatura TEPT.

La mayoría de los reportes centrados en personas traumatizadas excluyen aquellos traumatizados indirectamente o secundariamente, y se focalizan en los traumatizados directamente (“las víctimas”). Pero las descripciones de lo que constituye un evento traumático claramente indican que el mero conocimiento de experiencias traumáticas del otro puede ser traumatizante. Es decir, “la gente se trauma tanto directa como indirectamente”⁴(Figley, 1995, 4). A continuación se transcribe el criterio A1 para diagnosticar el TEPT (DSM IV TR, 2001):

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (p. 439).

Como se observa, las personas pueden ser traumatizadas sin haber sido, realmente lastimadas físicamente o amenazadas de lesión. Es decir, que pueden ser traumatizadas simplemente por tener conocimiento sobre eventos traumáticos de los que no fueron partícipes.

El dilema conceptual que plantea Figley (1995), es que se subestima ampliamente el número de víctimas de eventos traumáticos porque sólo se consideran como tales, aquellos que fueron lastimados directamente, excluyendo a sus familias y amigos. Sin embargo, estos sistemas de apoyo son fundamentales para promover la recuperación luego de experiencias traumáticas.

El arousal emocional, estaría asociado a reacciones empáticas y simpáticas. Figley (1983b citado en Figley, 1995):

⁴ “People are traumatized either directly or indirectly”. Traducción no autorizada.

A veces llegamos a estar emocionalmente agotados [por tanto cuidado]; estamos adversamente afectados por nuestros esfuerzos. En efecto, simplemente ser un miembro de una familia o cuidar intensamente a los miembros nos hace emocionalmente vulnerables a las catástrofes que impactan en ellos. Nosotros, también, nos volvemos 'víctimas', por nuestra conexión emocional con el familiar victimizado. (p. 5)⁵

Estos hallazgos indican que los terapeutas que enfrentan al TEPT están en riesgo respecto al trauma secundario, y esta evidencia también sugiere un deber ético para advertir y preparar a los clínicos para lo que puede ser considerado un peligro ocupacional (Munroe et al., 1995).

Figley (2000) considera que, sin embargo, son muchos los terapeutas que aún no son conscientes de que los mismos principios que permiten pronosticar el riesgo de un trauma en un cónyuge o hijo de una persona traumatizada, también les son aplicables a ellos mismos. La razón por la que hay tan poca información sobre personas traumatizadas, Figley hipotetiza que puede deberse a que el campo de la psicoterapia es muy joven.

Beaton y Murphy (1995), plantean que tal vez se deba a estar atravesando un estado pre-paradigmático, desde la concepción de Kuhn. Ésta consiste en un momento del desarrollo científico en el que las teorías al respecto no pueden configurar, aún, un paradigma ya que requieren de factores externos a dicha ciencia para dar explicación a determinados fenómenos. Se considera que es la etapa en la que distintas personas o escuelas en competencia, "ante la misma gama de fenómenos (pero, habitualmente, no los mismos fenómenos particulares) los describen e interpretan de modos diferentes" (Kuhn, 1971, 42). Por ello es que el progreso científico en esta etapa es difícil de percibir. Kuhn plantea que es un período "durante el cual los individuos practican la ciencia, pero donde los resultados de su empresa no se suman a la ciencia, tal y como la conocemos" (Kuhn, 1971, 251). Cuando una teoría es superior a sus competidoras, se constituye el paradigma y se inicia la etapa de la ciencia normal.

2. ESTRÉS Y SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

El hecho de presenciar relatos de historias sobre miedos, dolor y sufrimiento, o trabajar con material que contiene experiencias traumáticas, puede llegar a ocasionar tales efectos del trauma en quien lo escucha, por lo que Figley (1995, 1) plantea que "hay un costo por cuidar"⁶. Este efecto se debe a la preocupación por la víctima primaria, a quien se le ocasiona directamente el daño. Sin embargo, ese dolor que produce puede ser transmitido indirectamente a los subsistemas y sistemas que lo rodean, generando víctimas secundarias, terciarias e incluso cuaternarias (Torres Godoy, 2010). Por esta razón es que unas de las tantas

⁵ "Sometimes, we become emotionally drained by [caring so much]; we are adversely affected by our efforts. Indeed, simply being a member of a family and caring deeply about its members makes us emotionally vulnerable to the catastrophes which impact them. We, too, become 'victims', because of our emotional connection with the victimized family member". Traducción no autorizada.

⁶ "There is a cost to caring". Traducción no autorizada.

denominaciones son desgaste por empatía, trastorno por estrés traumático secundario o traumatización vicaria. A continuación se profundizará en la conceptualización de este fenómeno.

Los estudios de Mary Cerney (1976, citado en Figley, 1995), indicarían que el trabajo con víctimas traumatizadas, para los terapeutas, puede resultar especialmente desafiante, ya que algunos pueden sentir que “tienen el control de la patología” de sus clientes. Pero, esta alteración del sentido de su propia experiencia, puede sobrepasarlos en tal medida que, a pesar de sus mejores esfuerzos, empiecen a exhibir las mismas características que sus pacientes (tales como pensamientos intrusivos, pesadillas y ansiedad generalizada). Esto implica que experimentan un cambio en su interacción con el mundo, con ellos mismos y con su familia. Pasan a ser ellos mismos los que necesitan asistencia en el afrontamiento de su trauma, y justamente incide en su capacidad y eficiencia del trabajo terapéutico. Por la dinámica misma del trabajo en el ámbito clínico (centrada en aliviar el sufrimiento emocional del paciente), conlleva a absorber información sobre el sufrimiento de otro; incluyendo el sufrimiento mismo.

Dada la magnitud del estrés por empatía y del síndrome de desgaste por empatía, se requiere de una conceptualización que describa exactamente los indicios de dicho estrés para aquellos que han sido lastimados y aquellos que cuidan y se deterioran en este proceso.

Así, aunque el Estrés Traumático Secundario y el Trastorno de Estrés Traumático Secundario son las últimas y más exactas descripciones de lo que se ha venido observando, el término más adecuado para este fenómeno, y que va a ser utilizado aquí es síndrome desgaste por empatía⁷ (Figley, 1995). Los estudios de Figley indican que enfermeras, trabajadores de emergencias y otros profesionales prefieren los términos estrés por empatía y desgaste por empatía. El sentir estrés, e incluso desgaste, o empatía en el ejercicio de sus funciones como terapeutas, mejor describe las causas y manifestaciones de sus experiencias relacionadas con su ejercicio.

2.1. ESTRÉS POR EMPATÍA

Desde la concepción de Figley (1993, citado en Figley, 1995), el estrés por empatía (o estrés traumático secundario) puede ser definido como las conductas y emociones naturales que resultan de saber sobre un evento traumatizante experimentado por otro significativo. Actualmente el autor lo ha definido como “la tensión o exigencia asociada con el sentimiento de la compasión por los demás” (Figley, 2000, 102). El estrés es producto de ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada o que sufre⁸.

⁷ *Compassion Fatigue*. Traducción basada en un artículo de Figley de la revista “Sistemas Familiares” (2000), donde se lo traduce como desgaste por empatía.

⁸ Apéndice A. Figura A1. Modelo de estrés por empatía.

Se considera que el estrés por empatía tiene tres componentes operacionales (Beaton y Murphy, 1995):

1. Haber sido testigo o haber sido confrontado por una actual o amenaza de muerte o daño, o por una amenaza a la integridad física de uno mismo o de otros.
2. Provocación de un factor estresante que genere respuesta de miedos, horror e impotencia o desamparo
3. Exposición directa o indirecta a un estresor excepcional mental o físico, tanto corto como prolongado.

El estrés por empatía puede incidir negativamente en el trabajo, los compañeros de trabajo, el funcionamiento de una organización en general y la calidad de la asistencia que se presta a los destinatarios del propio trabajo. Asimismo influye en el modo de actuar e interactuar con los seres queridos, lo cual afecta a los familiares y amigos (Pearlman y McKay, 2008)⁹.

Los eventos traumáticos pueden variar de acuerdo a la predictibilidad, lo repentino, y la duración del impacto, capacidad de control y la extensión del daño. El tipo y la magnitud de los eventos, se relacionan con los antecedentes, mediación y resultado de los factores.

a) FASES DEL ESTRÉS POR EMPATÍA

Harris (1995) plantea que los terapeutas atraviesan muchas fases al intentar manejar las secuelas de cada incidente crítico en el cual ellos están implicados. Considera que estas fases permiten explicar la etiología de la integración del estrés por empatía.

La primera fase alude a confrontar el estrés por empatía. Consiste en una serie de conductas deliberadas y naturales, y sentimientos que deberían asociarse con el intento de los terapeutas de manejar las respuestas psicológicas inmediatamente después del incidente crítico. Como el terapeuta no fue una víctima primaria de tal incidente, los efectos que van a ser experimentados, son llamados “secundarios”, es decir, que son las consecuencias de un incidente crítico que lleva al estrés traumático, en el incidente crítico actual.

La segunda fase es el período de seguridad. Es decir, cuando el terapeuta cree que el trabajo con traumas, los incidentes críticos y las secuelas han terminado. El período de seguridad fue introducido por Horowitz (1976, citado en Harris, 1995) como una explicación para aquel momento en que los eventos traumáticos están físicamente terminados, pero las consecuencias emocionales se mantienen para ser integradas en el propio Self (por lo que el estrés por empatía está presente).

⁹ Apéndice A. Tabla A2: Impacto del estrés por empatía sobre el funcionamiento profesional según Yassen.

La tercera fase es de las reacciones de estrés por empatía (o reacciones de estrés traumático secundario), en la que el terapeuta hace un trabajo mental para asimilar y acomodar la experiencia en su modelo de mundo. Esto implica una serie de conductas deliberadas y naturales, y sentimientos que pueden ser asociados con los intentos de integrar los recuerdos de su desempeño, el incidente crítico y las secuelas. Esta fase es de suprema importancia, ya que es la fase en la que el terapeuta o bien permanece estático, o bien se desplaza hacia la movilidad emocional, ya sea, para la integración exitosa del estrés por empatía, o, en caso que no fuera exitosa, se desplaza hacia la inmovilidad emocional (sería el desgaste por empatía agudo). En esta fase, la intervención orientada a la prevención puede dar grandes beneficios.

La fase final, es la de integración. Durante esta fase el terapeuta integra, ya sea exitosamente o no, el estrés por empatía, en función de cómo son manejados los recuerdos del trabajo con el trauma, los incidentes críticos, las secuelas y otros temas relacionados. La integración exitosa requiere asimilación y acomodación psicológica efectiva del trabajo del trauma, del incidente crítico, y de las secuelas en el Self, con un remanente emocional pequeño o nulo. La integración no exitosa, resulta en desgaste por empatía. Detener los procesos de integración, junto con la resignación, son indicadores de un desgaste por empatía crónico.

b) CATEGORÍAS DE LAS REACCIONES DEL ESTRÉS POR EMPATÍA

Las reacciones del estrés por empatía pueden ser consideradas como inevitables para los terapeutas y pueden ocurrir independientemente de la raza, género, edad, y nivel de entrenamiento (Dutton y Rubinstein, 1995).

Hay una serie de reacciones que los terapeutas pueden experimentar en su trabajo con sobrevivientes del trauma. Como medio de categorización, siguiendo los lineamientos de Dutton y Rubinstein (1995), las reacciones de estrés por empatía son descritas en tres áreas: como indicadores del distrés o disfunción psicológica, como cambios en los esquemas cognitivos y como problemas o perturbaciones relacionales.

Indicadores de distrés o disfunción psicológica

Una categoría del estrés por empatía resultante del trabajo con el trauma, es un indicador del distrés o disfunción psicológica. Los indicadores pueden incluir:

1. Emociones estresantes, incluyendo tristeza o dolor, depresión, ansiedad, terror u horror, miedos, rabia o vergüenza.
2. Imaginería intrusiva del terapeuta por el material traumático del cliente, como pesadillas, inundaciones y flashbacks de imágenes generadas durante y luego del relato de los eventos traumáticos del cliente.
3. Obnubilación o evitación de los esfuerzos para trabajar con el material traumático del cliente, incluyendo disociación.

4. Quejas somáticas incluyendo dificultades para dormir, dolores de cabeza, distrés gastrointestinal y palpitaciones cardíacas.
5. Conductas adictivas o compulsivas, incluyendo abuso de sustancias, adicción al trabajo, comer compulsivamente.
6. Arousal fisiológico
7. Deterioro diario del funcionamiento en los roles personales y sociales, como perderse o cancelar reuniones, disminuir el uso de supervisión o de terapia, tardanzas crónicas, disminución en la habilidad para mejorar las conductas de autocuidado, y sentimientos de aislamiento, alienación o falta de reconocimiento.

Cambios cognitivos

Una segunda categoría de las reacciones del estrés por empatía, se refiere a los cambios en las creencias, expectativas y supuestos que los terapeutas mantienen.

Al respecto puede tenerse en cuenta lo planteado por McCann y Pearlman (1990a, citado en Dutton y Rubinstein, 1995) quienes describen a los cambios en los esquemas cognitivos de los terapeutas en dimensiones de dependencia/confianza, seguridad, poder, independencia, estima, intimidad, y marco de referencia.

Por otra parte, Courtois (1988, citado en Dutton y Rubinstein, 1995) describió el pensamiento polarizado reflejado en ver al cliente como “víctima o como sobreviviente”, por lo que no se reconocen ambos aspectos de su experiencia. Ver únicamente a los clientes como víctimas, descuenta sus habilidades de sobrevivencia y el uso de ellos. Inversamente, ver al cliente sólo como un sobreviviente, falla en reconocer el precio pagado por sobrevivir o el sufrimiento padecido.

Herman (1992, citado en Dutton y Rubinstein, 1995) describe un tipo de culpabilización de la víctima, que puede resultar cuando un terapeuta empieza a sentirse victimizado por su cliente quien lo ve como amenazante, manipulativo o explotador. Un fenómeno relacionado a éste, es que el terapeuta se base en la creencia de que “cada uno tiene lo que se merece”.

Mantener el foco sólo en lo individual y evitar atender a las experiencias traumáticas, lleva a patologizar la reacción del sobreviviente, en vez de reconocer la reacción como normal, dada las circunstancias.

Perturbaciones relacionales

La exposición secundaria al trauma puede tener un impacto en la relación con el terapeuta, tanto a nivel personal como profesional.

Las relaciones personales pueden sufrir cambios, debido al incremento del estrés o la dificultad con la confianza e intimidad. El trabajar con sobrevivientes del trauma,

especialmente cuando el evento traumático implica explotación, abuso o violencia intencional, puede incrementar la sensibilidad de los terapeutas hacia las mismas dinámicas en sus relaciones interpersonales.

En cuanto a las relaciones a nivel profesional, puede establecerse una respuesta hacia el sobreviviente de sobre-identificación o de desapego.

El desapego del terapeuta hacia el sobreviviente, puede resultar de una identificación con el ofensor, en la que busca conductas culpables en el sobreviviente y tiene dificultades con la bronca de la víctima hacia el agresor. Distanciarse del cliente, puede alentar a la continuidad de los mecanismos de control del trauma que instrumenta el sobreviviente, convenciéndolo de que el trauma no ha terminado. También puede implicar juzgar, etiquetar, o patologizar la reacción traumática que crea la ilusión de que la reacción del cliente al evento traumático es en cierta forma diferente de un individuo "normal". Este desapego, puede impedirle al terapeuta, enfrentarse con su vulnerabilidad, ser intimidado por miedos de desencadenar afectos explosivos en el paciente o en él mismo, bloqueando tales reacciones emocionales. Sin embargo, esto deja al cliente, de nuevo, emocionalmente aislado y solo, desapegado incluso de aquellos que intentan ayudarlo.

Por el otro lado, la sobre-identificación con el cliente, puede llegar al punto en que el terapeuta quede paralizado por sus reacciones hacia las experiencias traumáticas, o al revés, tomar excesiva responsabilidad por la vida de éstos. Este fenómeno implica ser abrumado por sentimiento de desamparo y desesperación o por bronca contra el agresor. Como consecuencia, el terapeuta puede ser ineficaz pero también puede, potencialmente, poner al cliente en una posición "cuidar al cuidador". Esto puede implicar que el cliente retenga detalles sobre el trauma, para "proteger" al terapeuta, siendo perjudicial para la psicoterapia y para el cliente.

Dutton & Rubinstein (1995) argumentan que entre las respuestas de los terapeutas, se debería diferenciar las reacciones de estrés del síndrome de desgaste por empatía. Ambos están basados en la anormalidad del proceso de recuperación, pero la diferencia principal se asienta en el tiempo. Si éste es prolongado, es muy probable que se pase de reacciones de estrés por empatía al síndrome de desgaste por empatía, en el que el terapeuta pasaría a exhibir síntomas intrusivos, evasivos y de arousal, que se detallarán más adelante.

2.2. SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

El desgaste por empatía o trastorno por estrés traumático secundario es definido por Figley (2000) como un:

Trastorno adaptativo que algunas personas sufren como resultado de su involucración con alguien que ha experimentado un estrés traumático, o dicho en otras palabras, alguien que ha estado expuesto a un 'daño, o amenaza de

daño, grave de sus hijos, esposo o esposa, u otros parientes o amigos íntimos'.
(p. 98).

Pearlman y McKay (2008) lo definen como el proceso de cambio que tiene lugar cuando alguien cuida a personas que han sido damnificadas, y se siente comprometido y responsable de ayudarlas.

Redondo et al. (2011, 6-7), lo definen como “los comportamientos y emociones consecuentes, resultantes de conocer una situación traumática vivida por otro significativo – es el estrés por ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada o sufriente”. Luego agrega que es “un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente”.

Coinciden con otros autores en que con el transcurso del tiempo, este proceso puede ocasionar cambios en su bienestar psicológico, físico y espiritual. Por ello es fundamental que todo terapeuta comprenda el proceso del estrés por empatía, puesto que es factible que le afecte, y que no sólo le afecte a él, sino también a su familia, a la organización a la que pertenece y a los beneficiarios de su trabajo. (Pearlman y McKay, 2008).

En general, los autores apoyan la idea de una aparición progresiva e insidiosa de la sintomatología, como un proceso que se desarrolla con el tiempo. Pearlman y McKay, (2008), Beaton y Murphy (1995), Stamm (1995, citado en Meda Lara et al., 2011) lo plantean como un efecto acumulado del contacto con sobrevivientes de la violencia o de catástrofes, o de personas que están atravesando una situación muy difícil y no como la mera respuesta del terapeuta al contacto con una persona, situación o historia. Incluso sostienen que puede producirse estrés por empatía cuando sintiendo el compromiso y responsabilidad de ayudar, no es posible hacerlo. Esto generaría enormes expectativas de uno mismo y de los demás, y de objetivos del trabajo, que con el tiempo pueden generar sensaciones de agobio, consternación y desesperanza ante necesidades y sufrimientos extremos. También pueden generar un nivel de auto-exigencia que excede lo razonable para el propio bienestar o para los intereses a largo plazo de los beneficiarios.

En esta misma línea, Figley (1995; 2000b), considera que el estrés por empatía puede emerger repentinamente, con pequeñas alertas, y que la aparición rápida de los síntomas genera una sensación de impotencia, confusión y un sentimiento de desolación por parte de los que lo apoyan. Cuando la exposición a experiencias traumáticas de otras personas es prolongada, conlleva una exposición a “una situación de desgaste emocional potencialmente patógeno” (Figley, 1995 citado en Redondo et al., 2011, 1). Figley (1995) sostiene que el estrés por empatía es un producto normal y natural del trabajo con tales personas; y si no se lo atiende como es debido, puede originar desgaste por empatía (o trastorno por estrés traumático secundario). Incluso se considera que puede producirse una identificación con las víctimas que intentan asistir, particularmente si dicha víctima tiene aspectos similares a otros

significativos del terapeuta, y que ésta también puede ser un desencadenante del desgaste por empatía¹⁰.

Aunque, Dutton y Rubinstein (1995, 92), entiendan que “es posible para un terapeuta, abogado u otro trabajador del trauma expuesto a los detalles gráficos de los eventos traumáticos, incluso si es sólo una vez, para traumatizarse”¹¹; como se detalló anteriormente, sostienen que el síndrome en general, sería producto de una exposición prolongada que promovería la expresión de la sintomatología.

La mayoría de los terapeutas (aunque Figley pone el acento específicamente en los terapeutas familiares de orientación sistémica), que sufren desgaste por empatía, se ven obligados a abandonar la profesión y buscar algún puesto de tipo administrativo en el campo de la salud mental, o bien renunciar a trabajar en este campo pretendiendo encontrar alivio.

Sin embargo, se concibe que dichos terapeutas, en su mayoría, están al tanto del desgaste por empatía y saben que la emoción no es sólo un asunto individual sino también sistémico (Figley, 2000). Tal vez este conocimiento respecto al desgaste sea mayor en otros países. De los profesionales contactados, ninguno mencionó conocer la temática, sino todo lo contrario. Sería interesante tener en cuenta este dato para futuras investigaciones sobre los riesgos que implica el trabajo clínico.

Las emociones que aparecen en un miembro de la familia pueden “difundirse” y “contagiar” a otros. “Dado que los terapeutas familiares pasan a formar parte del sistema familiar, también ellos corren el riesgo de ser traumatizados por los mismos factores estresantes que afectan a sus consultantes” (Figley, 2000, 100).

Además la mayoría de las experiencias traumáticas ocurren en el seno de familias disfuncionales, y hay una tendencia de que la víctima y el perpetrador sean miembros de dicha familia. Como consecuencia, al trabajar con perpetradores y víctimas dentro de la misma familia, las expectativas respecto a la confidencialidad, neutralidad y apoyo social recíproco de los miembros, se ven sometidas a un gran desafío para el terapeuta, ya que su enfoque incluye el contexto familiar.

Siguiendo los lineamientos de Harris (1995), el sello distintivo del desgaste por empatía sería la victimización secundaria del terapeuta. El desgaste por empatía agudo, implica intentos (y fracasos) continuos por parte del terapeuta para integrar el estrés por empatía. Pero, el fracaso en la integración no es tolerado, debido a una reticencia a aceptar volverse victimizado. De esta manera el terapeuta se vuelve una víctima renuente a lo largo de esta fase, ya que hay un esfuerzo constante para ser un sobreviviente. El desgaste por empatía crónico, implica la resignación del terapeuta a ser victimizado. Los intentos de integración y la

¹⁰ Apéndice A. Figura A2. Modelo de síndrome de desgaste por empatía según Figley (1995).

¹¹ “It is possible for a therapist, attorney, or other trauma worker exposed to the graphic details of a traumatic event, even if only once, to become traumatized”. Traducción no autorizada.

supervivencia se detienen. Puede parecer que hay intentos de continuar la integración, pero son ampliamente orientados a reducir los efectos de la victimización más que la asimilación y acomodación de incidentes críticos¹².

Figley (1995) plantea una clasificación del trauma, de la cual el secundario es el más cercano al desgaste por empatía:

- Trauma simultáneo: cuando todos los miembros del sistema están afectados al mismo tiempo (desastres naturales).
- Trauma vicario: cuando un solo miembro es afectado sin contacto con los demás (guerras, accidentes en minas de carbón, etc.)
- Trauma intrafamiliar o abuso: cuando un miembro le causa daño a otro.
- Trauma secundario o quiasmático: cuando el estrés traumático parece “infectar” todo el sistema luego de la primera aparición en un solo miembro.

Torres Godoy (2010) sostiene que debería considerarse traumatización secundaria a aquella que le ocurre al testigo, ya que es indirecta pero contingente; terciaria a aquella que le ocurriría a la familia y amigos, ya que también es indirecta pero diferida; y vicaria (aunque también es terciaria), a aquella que involucraría al terapeuta (como también a jueces, abogados, fiscales, asistentes sociales, etc.) ya que conocerá el suceso traumático a través del relato, narración o escritos de la víctima primaria. Por ello, es que este autor denomina al desgaste por empatía como Desorden de Estrés Traumático Terciario.

La traumatización cuaternaria sería indirecta y diferida. Es aquella que ocurre en el medio social, como los medios de comunicación, cuyo objetivo es provocar un impacto en la sociedad, globalizar la información. En este proceso se intersectan complejas superestructuras sociales económicas y del poder, que diluyen la noticia al punto de distanciar dramáticamente al testigo público de lo acontecido a las víctimas primarias.

RIESGOS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

Es importante destacar el riesgo que genera un terapeuta al continuar trabajando en el ámbito clínico, estando traumatizado, más allá de saberlo o no. El terapeuta puede re-traumatizar a sus clientes e incluso, dañarlos tanto manifiesta como implícitamente. Esto incide en plano personal y profesional, de supervisión, en el plano social y en el organizacional.

Lo que ocurre es que cuando las necesidades emocionales y psicológicas de un terapeuta no son tratadas adecuadamente, éstas, se vuelven más focales en la relación terapéutica que lo que el paciente necesita.

¹² Ver Apéndice A. Tabla A3. Impacto personal del síndrome de desgaste por empatía según Yassen (1995).

En cuanto a la población que puede ser afectada por el desgaste por empatía, Figley (1995) considera en riesgo a todas las personas que por las características de su trabajo deben atender a gente traumatizada, aquellos que trabajan en servicios de protección a menores y a los profesionales de la salud mental. Beaton y Murphy (1995), incluyen a los trabajadores de crisis, como aquellos que están más en riesgo de experimentarlo, ya que la exposición al trauma es repetitiva, potencialmente acumulativa y amenaza con su seguridad personal, salud y bienestar. Entre los trabajadores profesionales de crisis incluyen: bomberos, paramédicos, técnicos médicos de emergencias, conductores de ambulancias, agentes de la ley, rescatistas y equipos de respuesta ante desastres. El impacto de algunos eventos es tan profundo que aquellos que están primero en la escena, experimentan mayor estrés por su inhabilidad para llevar a cabo las tareas para las que fueron entrenados.

Se ha observado (Pearlman & Saakvitne, 1995) que muchos terapeutas sobrevivientes de abuso sexual infantil, realizan diagnósticos dañinos y abusivos con connotaciones negativas muy poderosas (principalmente trastornos de personalidad borderline). Se cree que estos hechos provienen de la frustración de los terapeutas clínicos, desesperanza y necesidad de externalizar su sensación de impotencia. Este uso destructivo de los diagnósticos puede significar la pérdida de esperanza del terapeuta, abandonar al cliente, e incluso al campo de la psicoterapia.

En un nivel más amplio, la desilusión del terapeuta y el maltrato a los clientes atenta contra la profesión y desmoraliza a los profesionales. Junto con la cantidad de terapeutas que no han tenido suficiente entrenamiento ni en terapia del trauma, ni en teoría y técnicas de psicoterapia, estas fallas de los practicantes de salud mental han llevado a la profesión a un control y censura crítica (Pearlman & Saakvitne, 1995).

También pueden ser perjudicados los supervisores y sus supervisiones, tanto directa como indirectamente. Esto puede suceder en caso que quien supervisa esté jubilado, que no tenga el interés adecuado en el contenido de la supervisión, o fracasar al modelar un adecuado autocuidado personal y profesional, y estar en riesgo de violar los límites de la supervisión o de las relaciones terapéuticas.

En sus organizaciones, los terapeutas traumatizados son los miembros de equipos menos efectivos. Sienten mayor cansancio y menor predisposición a contribuir en proyectos, en conferencias de casos, o en redes de trabajo profesional que contribuyen al crecimiento del apoyo organizacional para su trabajo. Tienden a no estar disponibles para los colegas que quieren consultarlos sobre casos. Pueden ponerse cínicos o excesivamente críticos o prejuiciosos, y disminuir la estima de sus colegas. Esto puede penetrar la organización, y expresarse en la falta de respeto hacia los clientes, terapeutas, en la confidencialidad, y programación de los casos. También puede implicar una alta rotación de personal, lo cual es perjudicial para la moral y bienestar de cualquier organización.

Asimismo, el costo social es difícil de medir, pero crítico. Se refleja en la trágica transformación de la esperanza al cinismo. Cuando se pierde la esperanza, el trauma se vuelve

más siniestro, dejando a los sobrevivientes solos con el dolor y desesperanza que sigue a las pérdidas traumáticas. “En general, el cinismo representa una pérdida de energía positiva, optimismo y esperanza para la sociedad. Cuando los cuidadores pierden su fe y fervor, la desesperanza paraliza al mundo”¹³ (Saakvitne y Pearlman, 1995, 158).

Follete, Polusny y Milbeck (1994, citado en Saakvitne y Pearlman, 1995) encontraron que los síntomas del trauma en profesionales de salud mental se correlacionan con el nivel de estrés personal, uso de estrategias de afrontamiento negativas y respuestas clínicas negativas hacia casos de abuso sexual.

3. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Dada la multiplicidad de conceptos que denominan al mismo fenómeno, en este trabajo se enfatiza en los principales o en los que mayor repercusión tuvieron, ya que desde las diversas perspectivas, se destacan diferentes aspectos y características.

A continuación se presenta un desarrollo teórico de conceptos ligados al desgaste por empatía, que merecen un análisis con mayor detenimiento, ya que pueden generar confusión en su comprensión.

3.1. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El Trastorno por Estrés Pos-Traumático (TEPT) “es un trastorno adaptativo que puede derivar de la exposición a un acontecimiento o a una serie de acontecimientos extraordinariamente tensionantes” (Figley, 2000, 97). Dichos acontecimientos corresponden a una amplia variedad de factores traumáticos de estrés, fuera del rango de las experiencias humanas cotidianas y que podrían ser notoriamente angustiantes casi para cualquier individuo.

Según el DSM IV, el TEPT, se caracteriza por una serie de síntomas que puede incluir: “pesadillas de carácter recurrente, imágenes, pensamientos intrusivos, sensación de estar reviviendo la experiencia traumática (flashbacks), reacciones fóbicas, apatía generalizada, hipervigilancia, sentimientos de culpa, depresión, y diversos signos de aumento de la activación (dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, reacciones de sobresalto)” (Figley 2000, 98). En caso de que los síntomas persistan mínimo por un mes, está justificado el diagnóstico de trastorno por estrés. En el caso del trastorno por estrés agudo (TEA), se destaca la “sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno, desrealización, despersonalización, y amnesia disociativa” (DSM IV TR; 2001, 443), y que la duración de los síntomas es de un mes, posterior al evento traumático (Torres Godoy, 2010).

¹³ “Overall, cynicism represents a loss to society of positive energy, optimism, and hope. When helpers lose their faith and fervor, despair paralyzes the world”. Traducción no autorizada.

Figley (2000) plantea que los síntomas y la evolución del síndrome de desgaste por empatía suelen ser idénticos a los del TEPT. La diferencia reside en que el primero, los estresores son el acontecimiento y las víctimas del mismo y está más directamente relacionado con la recuperación y adaptación de éstas cuyos síntomas son producto de la exposición al conocimiento sobre un evento traumático de un otro significativo. A medida que mejora, también lo hace quien la apoya y sufre el desgaste por empatía. En el caso del TEPT, el estresor es el acontecimiento y los síntomas están directamente conectados con el que sufre. Más adelante, se profundizará en estas diferencias¹⁴.

3.2. TRAUMATIZACIÓN VICARIA

El constructo de traumatización vicaria (TV) fue identificado por McCann y Pearlman (1990^a, citado en Saakvitne y Pearlman, 1996), que ponen el énfasis en la interacción entre la experiencia del trabajo y el Self del cuidador.

La TV “se refiere al efecto acumulativo transformador sobre el cuidador al trabajar con sobrevivientes de eventos traumáticos de la vida”¹⁵ (Saakvitne y Pearlman, 1996, 17). También la definen como la “transformación de la experiencia interna del terapeuta (o de otro trabajador del trauma) como resultado del compromiso empático con el material traumático del cliente”¹⁶ (Saakvitne y Pearlman, 1995, 151).

Saakvitne y Pearlman (1996) sostienen que la TV no es sinónimo de estrés por empatía, ya que diferirían tanto en foco como en contexto. El estrés por empatía se enfoca principalmente en los síntomas, mientras que la TV en el individuo como un todo ubicando los síntomas observables en un contexto más amplio de adaptación humana y búsqueda de sentido. Mientras que el concepto de TV implica un desarrollo particular y un modelo constructivista de las experiencias humanas y personales.

Por otra parte sostienen que el desgaste por empatía alude a las respuestas individuales producto de haber escuchado sobre experiencias traumáticas de otros, mientras que la TV incluye la sintomatología de dicho desgaste, pero en un contexto de profundos cambios en la significación del terapeuta, identidad, visión del mundo y creencias sobre uno y sobre otros. Sin embargo, además de las diferencias conceptuales, el tratamiento para acercarse a la TV también es apropiada para el desgaste por empatía.

Desarrollos posteriores del concepto detallan las complejas interacciones entre persona, situación y contexto examinando múltiples factores contribuyentes. Por ello es que Pearlman y Saakvitne (1996) sostienen que la TV va más allá del simple hecho de que trabajar con sobrevivientes del trauma es difícil y estresante para los cuidadores. La utilidad del concepto

¹⁴ Cap. 2.4: SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL DESGASTE POR EMPATÍA.

¹⁵ “Refers to the cumulative transformative effect on the helper of working with survivors of traumatic life events”. Traducción no autorizada.

¹⁶ “A transformation in the therapist’s (or other trauma worker) inner experience resulting from empathic engagement with clients’ trauma material”. Traducción no autorizada.

de TV residiría en su aplicación, con un entendimiento detallado de cómo es el trabajo del terapeuta, el impacto que genera en él, su vulnerabilidad y sus interacciones, permitiendo identificar y dar los pasos necesarios para prevenir y transformar los efectos negativos del trabajo del trauma.

Más allá del énfasis puesto por estas autoras en diferenciar la traumatización vicaria del desgaste por empatía, es usada indistintamente por Figley y por diversos expertos en el tema.

3.3. CONTRATRANSFERENCIA

La contratransferencia, propio de la terapia psicodinámica, generalmente es concebida como un conjunto de reacciones inconscientes por parte del analista frente al analizado y a su transferencia (Laplanche y Pontalis, 1996).

Resultados de un estudio (Hayes, Gelso, Van Wagoner & Diemer, 1991 citado en Figley, 1995), indican que hay cinco cualidades de los terapeutas, que los ayudan, en diferentes grados, a manejar de un modo efectivo la contratransferencia: “manejo de la ansiedad, conceptualización de competencias, habilidad empática, insight del propio Self, e integración del Self”¹⁷ (Figley, 1995, 10). Los últimos dos fueron considerados los más importantes.

Se presume que el estrés por empatía incluye, pero no se limita, a la contratransferencia; ya que se considera que la contratransferencia ocurre sólo en el contexto de psicoterapia. Sin embargo, el estrés por empatía, es una natural consecuencia del cuidado entre dos personas, una que fue inicialmente traumatizada y otra afectada por las experiencias traumáticas de la primera. Estos efectos no son necesariamente un problema, sino algo natural producto del cuidado de personas traumatizadas.

El desgaste por empatía incrementa la susceptibilidad del terapeuta de ciertas respuestas de contratransferencia (Beaton y Murphy, 1995). Si el terapeuta sufre de dicho desgaste, las repuestas de contratransferencia pueden ser menos fácilmente conocidas y pueden volverse problemáticas en la terapia con adultos sobrevivientes de traumas.

Pero estos autores sostienen que aunque son constructos diferentes, se afectan mutuamente. La contratransferencia está presente en todas las terapias, pero es específica para un cliente dado y en la particular relación terapeuta-cliente. En el caso del desgaste por empatía, los efectos son el resultado de la acumulación de experiencias a través de las terapias y son sentidas más allá de la relación terapéutica particular, es decir, en otras relaciones terapéuticas y en la vida personal y profesional del terapeuta.

¹⁷ “Anxiety management, conceptualization of skills, empathic ability, self-insight, and self-integration”. Traducción no autorizada.

De allí se desprende que el desgaste por empatía afecta a la contratransferencia, ya que cambia el Self del terapeuta, que es el contexto para todas las respuestas de contratransferencia. Así el desgaste invariablemente moldea la contratransferencia.

Si se incrementan e intensifican las respuestas de contratransferencia, puede resultar en mayor desgaste si la identidad del terapeuta y su auto-estima son más desafiadas y disminuyen las retribuciones. Por lo tanto la contratransferencia afecta al desgaste porque influencia las expectativas tanto para el terapeuta como para los clientes.

3.4. BURNOUT

Maslach y Jackson (1984, citado en Figley, 1995) definen a los problemas que enfrentan los trabajadores con el estrés del trabajo como Burnout, término que suele traducirse como sobrefatiga (figley, 2000). Según Pines y Aronson (1988, citado en Figley, 1995) el Burnout sería un estado de agotamiento físico, emocional y mental, despersonalización y falta de logros personales, causado por una involucración emocionalmente demandante o agobiante durante un tiempo prolongado (Figley, 1995; Cazabat, 2002).

También ha sido definido como “un conjunto de síntomas asociados con agotamiento emocional”¹⁸ (Figley, 1995, 11). Otros, lo consideran como un proceso, no un estado, y es progresivo (Cherniss, 1980; Maslach, 1976; 1982 citado en Cazabat, 2002). Se trata principalmente de una acumulación de contacto intenso con los consultantes (Figley, 1995).

Se considera que surge gradualmente y es resultado del agotamiento emocional. En este aspecto se diferencia del desgaste por empatía, ya que éste puede aparecer de forma repentina, sin haber dado muchas señales de advertencia, como se mencionó anteriormente. Además de la aparición más rápida de los síntomas (sintomatología aguda vs crónica), Figley (2000) ha señalado que quien padece desgaste por empatía, a diferencia del que padece Burnout, tiende a sentirse desvalido, confuso y aislado de quienes podrían ayudarlo. A menudo estos síntomas, se presentan desconectados de las causas reales, aunque la recuperación es más rápida. La tasa de recuperación en este caso es mucho más alta que en el Burnout.

Según el tipo de clientes que se asista, puede generarse Burnout o desgaste por empatía. En el caso del primero se trata de personal emocionalmente necesitado y en el caso del segundo, se trata de personal traumatizado.

Saakvitne y Pearlman (1996), consideran que el Burnout está relacionado con la situación, pero no incorpora la interacción de la situación con el individuo que es esencial en el desgaste por empatía.

¹⁸ “A collection of symptoms associated with emotional exhaustion”. Traducción no autorizada.

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

Se considera que hay una fundamental diferencia entre el patrón de respuesta durante el evento traumático y posterior al mismo, para personas que estuvieron expuestas a factores estresantes primarios, y para quienes estuvieron expuestos a factores estresantes secundarios (Figley, 1995).

En la siguiente tabla propuesta por Figley (1995; 2000) se presenta una comparación de los síntomas del trastorno por estrés postraumático y el síndrome de desgaste por empatía (primario y secundario, respectivamente). El autor precisa que si los síntomas se presentan con una duración menor a un mes, se los considera reacciones agudas normales frente a la crisis. Si no se manifiestan síntomas hasta los 6 meses o más luego del evento traumático, se considera un trastorno por estrés postraumático retardado. Asimismo, Figley (1995) sostiene que debería considerarse al trastorno por estrés postraumático como un Trastorno por Estrés Traumático Primario, más que “postraumático” ya que toda reacción de estrés es “post” por definición.

Tabla 1: Cuadro comparativo entre el Trastorno por Estrés Postraumático y el Síndrome de desgaste por empatía.

	PRIMARIO o TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	SECUNDARIO o SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA
ESTRESORES	Experimentar un evento fuera del rango usual de experiencias humanas que serían marcadamente estresantes para la mayoría. Un evento como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sería amenaza para uno 2. Repentina destrucción del propio ambiente o entorno. 	Experimentar un evento fuera del rango usual de experiencias humanas que serían marcadamente estresantes para la mayoría. Un evento como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sería amenaza a una persona traumatizada (PT) 2. Sería amenaza de destrucción a una PT.
REEXPERIMENTACIÓN DEL EVENTO TRAUMÁTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del evento 2. Sueños sobre el evento 3. Repentina re-experimentación del suceso. 4. Distrés o angustia de los recuerdos del evento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del evento/PT 2. Sueños del evento/PT 3. Repentina re-experimentación del suceso/PT 4. Recuerdos de PT/evento estresante o angustiante.
EVITACIÓN/ EMBOTAMIENTO PSÍQUICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos/sentimientos 2. Esfuerzos para evitar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos/sentimientos 2. Esfuerzos para evitar actividades/situaciones

	PRIMARIO o TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	SECUNDARIO o SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA
	actividades/situaciones 3. Amnesia psicógena. 4. Disminución de interés en actividades. 5. Distanciamiento/extrañamiento de otros 6. Disminución del afecto 7. Sensación de futuro desolador	3. Amnesia psicógena. 4. Disminución de interés en actividades. 5. Distanciamiento/extrañamiento de otros 6. Disminución del afecto 7. Sensación de futuro desolador
		Redondo et al. (2011) agregan: <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta silenciadora (evitar la exposición al material traumático del paciente). • Pérdida de la gratificación mediante actividades extra-laborales/cesación de actividades de autocuidado. • Pérdida de energía. • Pérdida de la esperanza. Temor a trabajar con ciertos pacientes. • Pérdida de la sensación de competencia/potencia. • Aislamiento • Automedicación secreta/adicción (alcohol, drogas, trabajo, sexo, comida, gastos, etc.) • Disfunción relacional.
AROUSAL PERSISTENTE O HIPERACTIVACIÓN (Funciones involucradas en las emociones)	1. Dificultad para conciliar sueño/permanecer adormecido 2. Irritabilidad o ataques de ira. 3. Dificultad para concentrarse 4. Hipervigilancia de uno	1. Dificultad para conciliar sueño/permanecer adormecido 2. Irritabilidad o ataques de ira. 3. Dificultad para concentrarse 4. Hipervigilancia de uno mismo 5. Respuestas de exagerados

PRIMARIO o TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	SECUNDARIO o SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA
<p>mismo</p> <p>5. Respuestas de exagerados sobresaltos</p> <p>6. Reactividad fisiológica a estímulos</p>	<p>sobresaltos</p> <p>6. Reactividad fisiológica a estímulos</p> <p>Redondo et al. (2011), agregan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la ansiedad. • Impulsividad/reactividad. • Aumento de la percepción de exigencias/amenazas (tanto en el trabajo como en el entorno). • Modificación del peso/apetito • Síntomas somáticos.

Redondo et al. (2011) consideran que también se observan síntomas intrusivos como:

- Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del cliente.
- Deseo obsesivo y compulsivo de ayudar a determinados clientes.
- Aspectos laborales y de los clientes invaden la mayor parte del tiempo.
- Incapacidad para “despegarse” de temas relacionados con el trabajo.
- Percepción de los clientes como individuos frágiles que requieren de la asistencia profesional (“el salvador”).
- Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
- Percepción del mundo en términos de víctimas y victimarios.
- Actividades personales interrumpidas por cuestiones relacionadas al trabajo.

Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez (2004a) clasifican a su vez a la sintomatología en reacciones cognitivas (pesadillas, problemas de concentración, cuestionamiento de creencias espirituales, etc.), emocionales (paralización, miedo, ansiedad, depresión, ira, etc.), motoras (sobreprotección, autoaislamiento, hipervigilancia, etc.) y somáticas (insomnio, cefaleas, tensión muscular, etc.).

Anteriormente se expusieron las posturas respecto a la aparición de la sintomatología. Aquí se considerará que puede ocurrir tanto de forma progresiva como repentina, dependiendo de las variables ya mencionadas: características de la terapia y del terapeuta y de los factores que contribuyen a su desarrollo¹⁹. La intensidad depende de variables como

¹⁹ Ver Capítulo 2.5: Factores que contribuyen al síndrome de desgaste por empatía.

personalidad, género, profesión, antigüedad en la profesión, condiciones de trabajo y tipo de cliente, entre otras. Cuando el terapeuta toma conciencia de tales síntomas es porque ha adoptado conductas adaptativas negativas, es decir, que el síndrome se ha instalado.

En relación a los síntomas detallados arriba, Saakvitne y Pearlman (1996) describen a los terapeutas con síndrome de desgaste por empatía, como sujetos que pueden sentir desconexión de la realidad y de su sentido de identidad junto a dificultades para sentir equilibrio interno. Sus sentimientos pueden verse abrumados, tener crisis de llanto o explosiones de ira. Se vuelven intolerantes o frustrados, extremadamente ansiosos o crónicamente incapaces de experimentar placer. Algunos se cierran emocionalmente y se sienten obnubilados, duros, distantes o despersonalizados. Al respecto, Vila (2010) considera que:

El insight de un profesional y su sintonía con sus pensamientos y sentimientos y su deseo de estar abierto a todos los aspectos de la vida disminuyen cuando retrocede para protegerse. Las defensas empleadas para protegerse de conocer la capacidad de las personas para la crueldad, de la agonía y el terror de los niños y las mujeres, del sadismo sistemático, tiene sus costos. Si un profesional descansa en su negación, intelectualización, aislamiento afectivo, disociación y proyección, su capacidad para conectarse consigo mismo y con otros se verá disminuida. (párr. 19).

La percepción del mundo del terapeuta puede ser cuestionada al trabajar con clientes traumatizados o al ser testigo de la crueldad que las personas son capaces de hacerse entre sí, respecto a cómo y por qué suceden las cosas, sus valores, sus principios morales y su filosofía. Incluso puede desencadenar cinismo, y un estado de nihilismo de los sobrevivientes.

Vila (2010), sostiene que el signo patognomónico del desgaste por empatía es justamente la disrupción de la espiritualidad del profesional. Con este término, se refiere a la capacidad humana para el conocimiento de aspectos de la vida. Los componentes de la espiritualidad incluyen creencias acerca de lo no material de la experiencia, acerca del significado y la esperanza, de la conexión con algo más allá de uno mismo. La espiritualidad puede ser distorsionada por el trauma y también por el desgaste por empatía.

Otros síntomas aluden a la disminución de la reflexión, a la incapacidad de contactarse con los sentimientos propios, y por ende, dar respuestas efectivas a los clientes. Incluso Saakvitne y Pearlman (1996) plantean que puede afectar a la capacidad de análisis y uso de la contratransferencia, lo cual perjudica profundamente la terapia.

Indudablemente, esto afecta a las relaciones interpersonales. Sumado a los cambios en seguridad, confianza, y esquemas de control, las creencias de un terapeuta sobre la intimidad y estima hacia otros y consigo mismo, pueden alterarse. Puede incrementarse el aislamiento por las limitaciones de la confidencialidad y por la incapacidad de otros de entender el estrés de trabajar con el trauma. Pueden perder contacto con personas significativas, sentir que no son

amados o que no merecen amor, incluso pueden llegar a cuestionar su derecho a vivir o a ser felices. Estas perturbaciones crean desconexión y pueden generar desesperanza existencial y soledad.

Muchos terapeutas luchan con la imaginería intrusiva que perturba sus propias relaciones sexuales. Aquí se pone en juego el propio cuerpo del terapeuta; ya que hasta pueden llegar a disociar su experiencia corporal dentro y fuera de las sesiones.

Es interesante, y de suma importancia, detectar cómo dicha imaginería puede generar cambios y perturbar al terapeuta:

La imaginería que plaga a un individuo, a menudo reflejará las necesidades psicológicas que son más importantes para él. Así, cuando estamos atormentados por una historia en particular, usualmente hace eco algo específico sobre nuestras propias necesidades y creencias que han sido desafiadas o activadas, así como algo sobre nuestra relación con el cliente y la única historia e historia de vida del cliente. Cuando el mismo tipo de historias o experiencias nos alteran a través de los clientes, es una señal de que estas imágenes reflejan algunas necesidades importantes o creencias propias. Luego el efecto de la historia de problemas de un cliente particular emerge con el impacto de otras historias e interacciones con otros clientes del trauma, creando un efecto acumulativo.

(...)Así la traumatización vicaria es nuestra reacción fuerte del dolor, ira e indignación, que crece cuando escuchamos repetidamente y vemos el dolor y pérdida de la gente y son forzados a reconocer el potencial humano para la crueldad e indiferencia, y es nuestra obnubilación, nuestro caparazón protector y nuestro deseo de no saber, que sigue a esas reacciones²⁰ (Saakvitne y Pearlman, 1996, 39 y 41).

En este mismo sentido, Cristina Vila (2010) considera al desgaste por empatía, como una transformación en el funcionamiento del Yo y en la interpretación del mundo que hace el profesional que trabaja con sobrevivientes de traumas. Sostiene que los cambios que se producen “son únicos para cada profesional y dependen de su personalidad, estilo defensivo y

²⁰ “The imaginary that plagues an individual will often reflect the psychological needs that are most important to him or her. Thus when we are tormented by a particular story, it usually echoes something specific about our own needs and beliefs that has been challenged or activated, as well as something about our relationship with the client and the client’s unique history and story. When the same kinds of stories or experiences trouble us across clients, it is a clue that these images mirror some important need or belief of ours. Then the effect of a particular client’s troubling story merges with the impact of other stories and interaction with other trauma clients creating a cumulative effect. (...) Thus vicarious traumatization is our strong reactions of grief, rage, and outrage, which grow as we repeatedly hear about and see people’s pain and loss and are forced to recognize human potential for cruelty and indifference *and* it is our numbing, our protective shell, and our wish not to know, which follow those reactions”. Traducción no autorizada.

recursos propios. También depende de cada profesional qué aspectos del trabajo sentirá que son más difíciles e impactantes” (párr. 3)

Saakvitne y Pearlman (1996), hacen una distinción entre los cambios generales y específicos que el desgaste por empatía genera en los terapeutas:

- **Cambios generales:**
 - No tener tiempo ni energía para uno
 - Desconexión de los seres queridos
 - Aislamiento social
 - Incremento de la sensibilidad a la violencia
 - Cinismo
 - Desesperanza generalizada e impotencia
 - Pesadillas.
- **Cambios específicos:**
 - Perturbación del marco de referencia.
 - Cambios en la identidad, visión del mundo, espiritualidad.
 - Disminución de las capacidades del yo
 - Alteración de los recursos del yo
 - Perturbación de las necesidades psicológicas y esquemas cognitivos.
 - Alteración de experiencias sensoriales.

Por otra parte, la seguridad se perturba en la mayoría de los sobrevivientes de trauma y es también el área más sensible para los profesionales, ya que implica un aumento del miedo a ser dañado, miedo por la familia y por las personas amadas. También puede generar hipervigilancia y expectativas de ser victimizado. La pérdida del sentido de seguridad atraviesa toda la cotidianidad y como consecuencia, se observa que la persona se siente menos capaz de ser independiente, o por el contrario, puede llegar a rechazar uniformemente los recursos externos.

De estudios realizados, se observa que los profesionales que trabajan en violencia familiar con esquemas de confianza perturbados, presentan mayor desinterés por la comunidad y por situaciones sociales. El trabajo en contextos de violencia intrafamiliar puede llevar a un terapeuta a experimentar sentimientos de disminución del control, y llegar a identificarse con la indefensión del que atiende o advertir que su vida actual o futura está sujeta a acciones de los otros sobre las que no tendrá control.

5. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

Se considera que hay dos conjuntos de factores que contribuyen al desgaste del terapeuta (Saakvitne & Pearlman, 1996):

1. Características específicas de una terapia y su contexto, incluyendo características de los clientes, la naturaleza del trabajo en sí mismo, y el contexto político, social y cultural en el que los eventos traumáticos y la terapia tienen lugar.

Implica el trabajo con clientes que tienen historias de abusos y “desadaptaciones psicológicas”; con clientes que continúan estando expuestos al peligro; el trabajo con clientes que viven en un estado crónico de depresión suicida y de auto-mutilaciones; etc.

2. Características particulares y vulnerabilidades del terapeuta y la forma en que trabaja.

Incluyen la propia historia de abuso sexual infantil u otro tipo de abuso en el terapeuta; altos ideales, las fantasías de rescate; la dedicación excesiva en conocer todas las necesidades del paciente; inadecuado entrenamiento en psicoterapia en general y en terapia del trauma en particular; insuficiente supervisión por terapeutas experimentados en terapia del trauma, y una conexión descontextualizada con el abuso infantil, que pueden abrir al terapeuta a la sobre-identificación y/o parálisis.

Retomando “los costos por cuidar”, pueden incluirse dentro de los personales, a la depresión, desesperanza y cinismo; alienación de amigos, colegas y familia; discapacidad profesional, a menudo resultante de cambios prematuros en el trabajo, y una serie de síntomas psicológicos y físicos similares a los experimentados por los sobrevivientes no tratados.

En base a lo propuesto por Beaton y Murphy (1995), a continuación se exponen los principales contextos implicados en el desgaste por empatía, que permite una mirada más compleja sobre este proceso.

5.1. CONTEXTO INDIVIDUAL/RASGOS DE PERSONALIDAD

Saakvitne y Pearlman (1996), enumeran algunas de las características cognitivas, conductuales y situacionales de los terapeutas, que trabajan en el ámbito del trauma:

- Presentan expectativas no realistas de sí mismos como profesionales
- Historia personal de traumas que puede ser re-debilitante por el material del cliente y puede hacerlo particularmente sensible a ciertas transferencias o expectativas de los clientes.
- Creencias infundadas sobre el valor del estoicismo o de la irresponsabilidad que deja al profesional sintiendo vergüenza y silenciado sobre sus sentimientos.
- Estrategias de afrontamiento personales que no ayudan o conllevan costos significativos (adicciones, obnubilación, aislamiento)
- Circunstancias actuales de la vida personal, muy estresantes.

- Trabajar en áreas en las que tienen insuficiente entrenamiento o inadecuado entendimiento teórico de las cuestiones.
- Reticencia a usar la supervisión o consultas, continuar educación o tomarse vacaciones.
- Ser nuevo en el campo del trauma

Se considera que los profesionales que son sobrevivientes de eventos traumáticos, pueden tener más tolerancia para los sentimientos de los clientes y mayor capacidad de empatía, aunque pueden estar más restringidos frente a la diversidad de formas de elaboración de los mismos, que quienes no han sufrido estos traumas.

Entre las características demográficas, en algunos estudios se observó que los menores de 25 años y de etnicidad afro-americana presentaban síntomas agudos en menor tiempo (Jones, 1985 citado en Beaton y Murphy, 1995); y que los afroamericanos y las minorías hispanas experimentaron tasas de mayor prevalencia de TEPT en un estudio llevado a cabo con combatientes de la guerra de Vietnam. Sin embargo, en una investigación desarrollada por Beaton y Murphy, no identificaron ninguna relación significativa entre etnicidad y síntomas postraumáticos.

Se presume que las expectativas cognitivas irrealistas, fomentarían reacciones adversas (McCammon et al., 1988 citado en Beaton y Murphy, 1995). Entre ellas se encuentra el denominado “síndrome de Dios”, creencia de que uno debería poder “salvar a todos”, siendo ésta en realidad, una carga perceptual que puede llevar al Burnout y paralizar.

Entre los factores mediadores preexistentes, individuales y personales que podrían contribuir al desarrollo del trauma, son (Mitchell y Bray, 1990 citado en Beaton y Murphy, 1995):

1. Eventos estresantes preexistentes en la vida.
2. Conflicto de roles, entre la propia profesión y los roles personales.
3. Método de asimilación (encontrar sentido) en el trauma
4. La personalidad del rescatista.

Sin embargo, hasta la fecha, ninguno de estos factores individuales han sido mostrados para predecir la aparición, severidad o duración de los síntomas postraumáticos.

La experiencia del sobreviviente implica a menudo, una impotencia extrema con la que el terapeuta puede identificarse y así generar sentimientos de fatiga. Este contacto es una exposición a los detalles de las experiencias traumáticas. Generalmente no se obtiene feedback sobre el impacto de las intervenciones terapéuticas sobre el cliente, ya sea positivo o negativo, ya que puede ocurrir que luego de un contacto e involucración con el paciente, éste no regrese y por ello, no se pueda acceder al resto de su proceso de curación. Quienes trabajan con sobrevivientes por largos períodos de tiempo tienen mayor acceso a la

recuperación y proceso de sanación, pero también son testigos de cuán lento y doloroso puede ser dicho proceso.

Saakvitne y Pearlman (1996) plantean que cada terapeuta necesita conocerse a sí mismo para de dicha manera, evaluar cuáles desafíos mejor se acomodan a su estilo interpersonal y de afrontamiento, para saber si le es mejor trabajar con crisis a corto plazo o un trabajo más extendido a largo plazo. De esta manera pueden prevenirse los efectos del estrés por empatía.

Para comprender la complejidad del fenómeno del desgaste por empatía, también debe tenerse en cuenta el material e historia que relatan los clientes. Entre ellos se pueden mencionar:

- Sus múltiples problemas y los recursos limitados
- El horror de sus historias abusivas.
- La agudeza y la intensidad de su sufrimiento
- Crisis de experiencias traumáticas recientes
- La dificultad de su estilo interpersonal, a menudo desarrollado en respuesta a contextos no confiables o explotadores.
- Las expectativas idealizadas o intensamente negativas del cuidador.
- Peligros actuales que pueden estar enfrentando
- El terror y la vergüenza que los mantiene paralizados
- Desamparo y vulnerabilidad de clientes niños.
- Sus conductas destructivas, odio a sí mismo, desesperanza y deseos suicidas crónicos.

5.2. CONTEXTO ORGANIZACIONAL/OCUPACIONAL

La influencia de las organizaciones, en el reconocimiento y la recuperación de traumas del trabajo, implica los siguientes factores:

1. Autoridad y cadena de mando
2. Tamaño de la organización
3. Conflicto de roles y ambigüedades
4. Clasificación de los empleados.

Las normas culturales de una organización dictan, en parte, cómo un individuo debería responder, en función de una línea de mando, respecto al trauma. Sin embargo, en estas organizaciones, los miedos, ansiedades, o vulnerabilidad personal son raramente discutidas. Esta norma de conspiración del silencio tiene una doble faceta. Por un lado, es funcional y protectora, porque sin cierta capacidad de auto-decepción, los terapeutas podrían estar sobrepasados por sus miedos. Pero por el otro, la regla de no hablar es por sí misma, un impedimento cultural para reducir el estrés en las secuelas del trauma.

Beaton y Murphy (1995) dan cuenta de la generalizada “actitud de macho” que impregna la cultura de los trabajadores en crisis en general. Es importante no sólo en términos de admisión y reconocimiento de una reacción postraumática, sino también en términos de recuperación y aceptación de tratamientos restaurativos.

La experiencia, entrenamiento, orientación del rol y el estrés de un segundo trabajo, pueden contribuir a las reacciones de estrés por empatía. Sin embargo, se ha observado que tanto la orientación del rol profesional como el entrenamiento, en su conjunto, pueden reducir el impacto de un incidente traumático. Aunque poco se ha investigado, hay una posibilidad de que el estrés del segundo trabajo pueda desbordarse, y así afectar la respuesta al trauma (Beaton y Murphy, 1995).

Muchos autores plantean que el preexistente y postraumático uso de alcohol y otras drogas, necesita ser investigado. Se presume que el uso de estas sustancias sería muy amplio, pero aún, no se han obtenido datos empíricos que lo sustenten. Estos datos dan cuenta de que la naturaleza misma del trabajo contribuye al síndrome de desgaste por empatía e incluso genera un profundo efecto en la vulnerabilidad de los terapeutas hacia el mismo.

Se considera que los resultados pueden ser desastrosos cuando las organizaciones (Saakvitne y Pearlman, 1996):

- No proveen respeto por los trabajadores
- Requieren que los empleados tengan un alto e irreal número de casos
- Fracasan al proveer suficiente supervisión calificada.
- Niegan la severidad y capacidad de penetración o generalización de las experiencias traumáticas de los clientes y sus efectos posteriores.
- Fracasan al trabajar con los trabajadores para identificar y abordar los signos de desgaste por empatía.
- No brindan oportunidades para continuar la educación
- No proveen suficiente tiempo de vacaciones.
- No brindan psicoterapia de apoyo personal para los clínicos.

Al respecto, Saakvitne y Pearlman (1996) plantean que las organizaciones que brindan servicios, deberían reconocer que trabajar con el desgaste por empatía es parte de un estándar razonable de prácticas para cualquier profesión implicada en el servicio directo a personas traumatizadas. “El costo de no hacerlo es inmensurable (...) Apoyar a los trabajadores del trauma también beneficia financieramente a las organizaciones ya que disminuye el ausentismo, la rotación de empleados, y las prácticas anti-éticas”²¹. (Saakvitne y Pearlman, 1996, 43).

²¹ “The cost of not doing so is immeasurable (...) Supporting trauma workers also benefits organizations financially as it decreases absenteeism, employee turnover, and unethical practices”. Traducción no autorizada.

Es decir que, por el contrario, si el contexto organizacional se caracteriza por un trato irrespetuoso al cliente y fracasa en proveer a los empleados de recursos necesarios para hacer el trabajo, se estará contribuyendo al desgaste por empatía.

5.3. CONTEXTO SOCIAL

Se refiere al “medio interpersonal que brinda sentido a los roles laborales y respuesta a los trabajadores de crisis”²² (Beaton y Murphy, 1995, p. 71).

Los estudios de redes sociales han mostrado que los individuos necesitan apego a las figuras significativas, y a su vez necesitan de amigos y cuidadores que los ayuden en el manejo de eventos estresantes. Sin embargo, Raphael (1986, citado en Beaton y Murphy, 1995) sugirió que aunque los miembros de las familias y los colegas proveen apoyo social a los trabajadores de crisis como grupo en general, no se presentaron datos empíricos al respecto.

Saakvitne y Pearlman (1996), sostienen que el contexto social, en el que deben desempeñarse los terapeutas, niega o subestima el trauma y sus secuelas. Incluso están inmersos en un contexto político que brinda una financiación insuficiente para el tratamiento del trauma.

5.4. CONTEXTO COMUNITARIO

De acuerdo a Wilkinson y Vera (1985, citado en Beaton y Murphy, 1995), la comunidades están compuestas por subsistemas con funciones interrelacionadas que incluyen actividades económicas, religiosas, educativas y políticas.

Las comunidades son los contextos en los cuales los trabajadores de crisis viven, trabajan y encuentran sentido en sus experiencias. Las comunidades juegan un papel importante sancionando pérdidas y duelos (Saakvitne y Pearlman, 1996).

Una variable que ha recibido poca atención, es en qué situación se encuentra una comunidad respecto a la movilización y tiempo de preparación antes que ocurra el incidente traumático.

En este sentido resulta interesante el estudio llevado a cabo por Laube (1973, citado en Beaton y Murphy, 1995) en el que evaluó el conflicto de roles familiares vs comunidad en los trabajadores de crisis, luego de un tornado. Son opciones de roles percibidos como forzados, ya que debían elegir entre proveer asistencia a la comunidad o permanecer con sus familias. El 50% de la muestra femenina y el 41% de la muestra masculina tenían responsabilidades familiares y eligieron los roles familiares; es decir, que decidieron permanecer con sus familias durante el evento.

²² “(...) refers to the interpersonal milieu that gives meaning to the work roles and responses of crisis workers”. Traducción no autorizada.

6. VULNERABILIDAD AL DESGASTE POR EMPATÍA

Múltiples estudios han documentado que la exposición al daño y la muerte es altamente estresante y tiene significativos efectos negativos en la salud mental (Taylor y Fraser, 1982; Green, Grace, Lindy, Tiychener y Lindy, 1983; Raphael, Singh, Bradbury y Lambert, 1983-1984; Beaton y Murphy, 1990; 1993 citado en Beaton y Murphy, 1995).

A través de la exposición a descripciones gráficas de los clientes y a través de la inevitable participación en representaciones traumáticas en la relación terapéutica; el terapeuta es vulnerable, a través de su apertura empática, a los efectos emocionales y espirituales del desgaste por empatía. Estos efectos son acumulativos y permanentes y se evidencian tanto en el aspecto profesional como en su vida personal o privada.

Figley (1995) considera que hay cuatro razones de por qué los terapeutas del trauma son especialmente vulnerables al desgaste por empatía:

1. *La empatía es el mayor recurso para los terapeutas para ayudar a los traumatizados.* La empatía es importante en el asesoramiento de los problemas y la formulación del enfoque del tratamiento, debido a que las perspectivas de los clientes, incluyendo la de los familiares de las víctimas, deben ser considerados. De la investigación sobre el estrés y desgaste por empatía, se sustenta que es un factor clave en la inducción del material traumático desde la primera a la segunda víctima. De modo tal que el proceso de empatizar con la persona traumatizada, ayuda a entender la experiencia del cliente, pero en el proceso, puede traumatizarnos también el terapeuta.
2. *La mayoría de los terapeutas han experimentado algún evento traumático en sus vidas.* Porque los terapeutas se focalizan en el contexto de una amplia variedad de eventos traumáticos, es inevitable que trabajen con personas traumatizadas que experimentan sucesos que fueron similares a aquellos que vivió él mismo. Pero hay un peligro, y es que el trauma del terapeuta sobre-generalice su experiencia y métodos de afrontamiento para la víctima o sobre-promueva esos métodos.
3. *Los traumas no resueltos del terapeuta pueden ser activados por reportes de traumas similares del cliente.* Los terapeutas que son sobrevivientes de previos eventos traumáticos, pueden albergar conflictos traumáticos no resueltos. Estas cuestiones pueden ser provocadas como resultado de una experiencia traumática del cliente. Segal y Figley comprobaron en una muestra de estudiantes universitarios, que el 80% había sufrido algún tipo de suceso traumático: de esto puede deducirse, que un alto porcentaje de terapeutas los han sufrido.
4. *Los traumas de los niños también son provocativos para los terapeutas.* Oficiales de policía, bomberos, técnicos médicos de emergencias y otros trabajadores reportan que ellos son más vulnerables al desgaste por empatía

cuando lidian con el dolor de los niños. Y como los niños son a menudo el foco de la consulta por traumas o juegan un papel muy importante, los terapeutas, son más propensos que otros profesionales a estar expuestos a traumas de niños.

Por otra parte, Dutton y Rubinstein (1995) consideran que el terapeuta principiante puede llegar a sentir especialmente culpa, cuando el sobreviviente re-experimenta el trauma a través de entrevistas o de procedimientos terapéuticos, e incluso está relacionado con mayor estrés (Rodolf, Kraft y Rielly, 1988 citado en Dutton y Rubinstein, 1995). Es imprescindible, por lo tanto, que estén atentos a la distinción entre esfuerzos terapéuticos razonables hacia la cura y la re-traumatización que puede ocurrir en su trabajo con las víctimas sobrevivientes. Por ello es que el rol del terapeuta, de proveer una relación aceptable con la cual el sobreviviente pueda comprender e integrar su experiencia traumática, es vital, aunque limitado. Asimismo deben luchar contra el deseo de ser más poderosos y ejercer un control más protector sobre los clientes. Deben contener sentimientos como la ira y el dolor, para poder usarlos constructivamente.

Sin embargo, se ha observado que quienes tienen un nivel de entrenamiento de posgrado, son los que presentan mayor riesgo de desgaste por empatía; siendo los de nivel de licenciatura, los de menor riesgo y los de doctorado, riesgo moderado (Rudolph, Stamm y Stamm, 1997 citado en Moreno-Jiménez et al., 2004). En general, se considera que los terapeutas más efectivos, son los más vulnerables a este “efecto de contagio” (Figley 1995). Esto indicaría que quienes tienen una enorme capacidad para sentir o expresar empatía tienden a estar más en riesgo del estrés por empatía (también denominado estrés traumático secundario).

Por otra parte, Lee (1996, citado en Moreno-Jiménez, 2004) sostiene entre los principales factores que afectan la vulnerabilidad de los terapeutas puede mencionarse: esquemas cognitivos, apoyo social con el que cuenta, número de casos que atiende, nivel de satisfacción con la ayuda prestada y número de horas que pasa a la semana escuchando material traumático.

Otro aspecto muy influyente en la vulnerabilidad de los terapeutas, es la permanencia de los eventos traumáticos. Se puede llegar a vivir experiencias traumáticas de modo diferente, y este es un importante logro en la terapia; más allá que no se puede negar que hubo una la pérdida.

Se ha observado una mayor prevalencia de la sintomatología del desgaste por empatía en la mujer (Kassam-Adams, 1995; McCarroll, Ursano y Fullerton, 1993; Meyers, 2002 citado en Moreno-Jiménez et al., 2011). Resulta interesante que los años de antigüedad en el campo del trauma, son considerados un factor de resiliencia, mientras que la frecuencia, en cuanto a la cantidad de casos que se asisten y por lo tanto la exposición al trauma, serían un factor de vulnerabilidad. Es decir, hay una relación positiva entre la cantidad de horas semanales con clientes traumatizados y la aparición del desgaste por empatía.

Por otra parte, entre las actividades consideradas por los terapeutas como “protectoras” frente al desgaste que implica el trabajo clínico, se consideran como más efectivas el discutir casos con compañeros, asistir a talleres de grupo, pasar tiempo con la familia y amigos, viajar, tomarse vacaciones, hacer ejercicio, hacer descansos durante la jornada laboral, y la lectura. Entre las consideradas como menos efectivas se destacan: jardinería, prácticas espirituales, remitir a los clientes que pueden reactivar los traumas del terapeuta y la escritura. (Moreno-Jiménez et al., 2004a y 2004b).

No obstante, Pearlman y McKay (2008) sostienen que a pesar de todas estas circunstancias, es probable que los terapeutas experimenten cambios psicológicos y espirituales perdurables en cuanto a la forma en que se perciben a sí mismos y al mundo, pero en un sentido positivo. Se ha observado que con frecuencia, el vivenciar y compartir el sufrimiento de aquellos que ayudaron, les generó cambios personales valorables como mayor compasión, gratitud, y comprensión de lo que valoran en su propia vida.

Como se observa, la vulnerabilidad del terapeuta hacia el desgaste por empatía, es inevitable si el trabajo implica escuchar empáticamente a gente traumatizada con el objetivo de ayudarlos. Si se combinan el deseo de ayudar y el compromiso empático con el cliente traumatizado, se crean las condiciones para el desgaste por empatía. Paralelamente, el rol profesional, identidad personal y profesional y los deseos personales de reducir el dolor de otros, se combinan al crear un poderoso mandato de ser efectivos.

La disociación es importante para el terapeuta del trauma por la involucración personal intensa generada (Munroe et al., 1995). El terapeuta puede reconocer y usar los patrones para determinar cómo es comprometido para recrear la temática del trauma. Concientizarse puede ayudar a minimizar los efectos del trauma secundario concediéndoles a los terapeutas mayor control e insight en el proceso.

6.1. POBLACIÓN EN RIESGO DE DESGASTE POR EMPATÍA

En base a lo propuesto por Pearlman y McKay (2008) a continuación se presenta, a modo de síntesis, qué poblaciones están en mayor riesgo del desgaste por empatía.

- El estrés por empatía puede ser más problemático para aquellos que tienden a evitar los problemas y sentimientos conflictivos, que tienden a culpar a los demás por sus dificultades o toman distancia cuando las cosas se ponen difíciles.
- Aquellos que han sido víctimas de alguna experiencia traumática, pueden tender a establecer una fuerte identificación con ciertos tipos de dolor o pérdida padecidos por otros y ser más vulnerables al estrés por empatía.
- El estrés generado en otras áreas de la vida.
- Carecer de ideas que den sentido a la vida, que motiven y den esperanzas.
- Carecer de un fuerte apoyo social.

- La ausencia de límites entre la vida privada y lo profesional, y la existencia de expectativas poco realistas sobre el trabajo.
- Las organizaciones que no fomentan una cultura organizacional con gestión eficaz, comunicación fluida y buena atención al personal.
- No tener en cuenta las diferencias culturales para la expresión de angustia y prestar y recibir asistencia.

A continuación, se profundizará en variables con sustento empírico, que se encuentran vinculadas al síndrome de desgaste por empatía.

DISCORDIAS MARITALES

Estudios indican que los trabajadores en crisis, que están en contacto con personas víctimas de desastres, guerras, etc., experimentan discordias maritales o crisis familiares a niveles mayores que la población en general.

Figley (1995) plantea que las familias de dichos trabajadores, están indirectamente expuestas como “efecto colateral” a las mismas fuentes de estrés que ellos. En el caso de los terapeutas, como ya se ha mencionado anteriormente, influye también la “naturaleza confidencial” propia del trabajo clínico, al resguardar el secreto profesional hacia los clientes.

Sin embargo, los hallazgos de las encuestas realizadas por Beaton y Murphy (1995) sobre bomberos y paramédicos no apoyan el efecto adverso en las familias. Las tasas de divorcios que reportaron los bomberos y paramédicos son menores al 10% respecto a la media en EEUU. Aproximadamente el 80% de los bomberos y paramédicos encuestados estaban casados, y en su totalidad reportaron relativamente altos niveles de satisfacción social con su apoyo fuera del ámbito laboral tanto social como familiar.

ABUSO DE SUSTANCIAS

El uso de sustancias se refiere a la ingesta de alcohol y otras drogas. Se ha observado que las bebidas alcohólicas son constantemente la droga que más se consume en EEUU (Figley, 1995), como también sucede en Argentina, donde el 44,5% lo consume habitualmente entre los 12 y 65 años (SEDRONAR, 2010).

Un estudio de Beaton y Murphy (1991, citado en Beaton y Murphy, 1995) sobre patrones de ocio en bomberos urbanos, informó que uso de alcohol estaba implicado en el 19% de todas las actividades de ocio realizadas diaria o semanalmente. Estas actividades incluían: entretenimiento, salir a comer afuera, jugar juegos de tabernas, ir a bares o clubes y mirar deportes en la televisión. Estas autoras plantean la necesidad de profundizar sobre este aspecto, que se empiece a incluir una evaluación del uso de sustancias y su potencial abuso.

Desde el hecho de que los trabajadores en crisis son vulnerables a los síntomas postraumáticos, están en riesgo de usar sustancias para disminuirlos. Así la cantidad y calidad del trabajo, los pone en riesgo.

Como resultado de una frecuente, repetitiva y acumulativa exposición al trauma, muchos trabajadores experimentan varios síntomas y presentan incrementados los niveles de estrés. Incluso, pueden experimentar desbordes, que teóricamente pueden afectar su relación con la familia y amigos y quizás también llevarlos a beber.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

El escenario del desgaste por empatía, en parte está configurado por cuestiones referentes a los significados culturales compartidos del incesto y ASI (Abuso Sexual Infantil), que influencia las percepciones de los clientes. Entre ellos pueden nombrarse, el tabú del incesto, el dolor por la pérdida de la inocencia de la infancia, el shock y escándalo por los niños que son cruelmente victimizados, etc.

La historia de traumas del terapeuta y sus recuerdos traumáticos, son considerados como factores importantes en el proceso de adquisición del síndrome de desgaste por empatía; principalmente si son similares a los de la víctima. Asimismo el haber padecido abuso sexual e interpersonal, son factores que vulneran al terapeuta y lo hacen más propenso al desgaste por empatía y a la ruptura de esquemas cognitivos. Incluso se observó que aquellos que trabajan con víctimas de estos delitos, experimentan mayor angustia emocional y creencias disfuncionales que otros terapeutas (Moreno-Jiménez et al., 2004).

6.2. TERAPEUTA DEL TRAUMA VS PSICOTERAPIA GENERAL

Diversos autores marcan la diferencia entre los psicoterapeutas en general y aquellos avocados al trabajo del trauma. Por ellos consideran que el desgaste por empatía es sólo para el trabajo del trauma. Beaton y Murphy (1995) consideran que todos los terapeutas pueden desarrollar “la tristeza del alma”, para diferenciarlo del desgaste por empatía, como resultado de hacer psicoterapia con clientes que están luchando con la depresión y desesperación. Incluso lo diferencian de la fatiga, considerada como la resultante de trabajar en una profesión que requiere terapeutas para mantener una cuidadosa sintonía empática, altruismo y la capacidad para realizar conexiones y sostener proyecciones, afecto y transferencia de un rango de clientes.

Por ello sostienen que en el trabajo con el trauma, hay una demanda especial sobre los terapeutas, y lo plantean en una serie de razones que se exponen a continuación.

En primer lugar, los eventos traumáticos, como el abuso sexual infantil, son dolorosamente reales y son parte del mundo y de la sociedad. Al ayudar a los clientes, el terapeuta no puede protegerse de reconocer esta realidad al escuchar sus historias. La

negación social y profesional del abuso sexual infantil “erosiona el mundo de los clientes”, y deja al terapeuta con una poderosa carga emocional y así enfrentan esta realidad diariamente.

Segundo, los terapeutas inevitablemente se preocupan por el potencial del trauma en sus propias vidas, ya que los eventos traumáticos pueden ocurrir en cualquier circunstancia. La experiencia inesperada de perder el control, las habilidades de afrontamiento percibidas como insuficientes, y el cambio del propio marco de referencia, puede ser vivido como aterrador. “La presencia de un cliente sobreviviente en nuestro consultorio es un recordatorio ineludible de la propia vulnerabilidad personal hacia las pérdidas traumáticas”²³ (Pearlman & Saakvitne, 1995, 154).

En tercer lugar, para los terapeutas que son ellos mismos sobrevivientes de abuso sexual infantil, el cliente adulto sobreviviente es un recordatorio de la propia experiencia dolorosa. Los recuerdos del trauma del cliente, o sus perturbaciones, evocan la propia experiencia personal del terapeuta y su dolor. Esto debe ser comprendido ya de que tiene el potencial para que la terapia fracase como así también la autoestima e identidad profesional del terapeuta.

En cuarto lugar, los clientes que han sido profundamente dañados y traicionados en sus relaciones tempranas de confianza, llevan a la relación terapéutica, poderosas necesidades emocionales y una alta sensación de desconfianza. Presentan enorme dolor y distrés y a menudo, son incapaces de ser calmados. Estos clientes son frecuentemente obligados de modo inconsciente, a recrear relaciones dolorosas, abusivas y denigrantes.

Por último, hay clientes que proyectan en el terapeuta expectativas de daño aprendidas en relaciones tempranas, posicionándolo en el papel de malo, peligroso y explotador que puede atacar la identidad del terapeuta. Éste puede encontrar difícil mantener la postura terapéutica ya que se moviliza su autoprotección contra afectos intolerables, pudiendo resultar un fracaso de la terapia o un estancamiento, violación de límites, incremento de vergüenza y auto-reproches, e incremento de desgaste por empatía.

7. MODELO DE TRANSMISIÓN DEL TRAUMA de C. FIGLEY

Este modelo, desarrollado por Figley (1995), es producto de la necesidad de una conceptualización que describa precisamente los índices del estrés por empatía, tanto para aquellos que están “en el camino del daño” o que han sido dañados, como aquellos que cuidan y son afectados en el proceso.

El Modelo de Transmisión del Trauma²⁴ sugiere que los miembros de los sistemas, en el intento de comprender al miembro victimizado, requieren de una identificación con la víctima y con su sufrimiento. Para ello, el sistema de apoyo intenta responder “las cinco preguntas de

²³ “The presence of a survivor client in our office is an inescapable reminder of our own personal vulnerability to traumatic loss”. Traducción no autorizada.

²⁴ Ver Apéndice A.

la víctima: ¿Qué pasó?, ¿Por qué pasó?, ¿Por qué actué como lo hice entonces?, ¿Por qué he actuado como lo hice desde entonces?, y si sucediera de nuevo ¿Sería capaz de enfrentarlo?”²⁵ (Figley, 1995, 249). En este proceso de generar nueva información, los miembros del sistema experimentan emociones que son sorprendentemente similares a las de la víctima. Esto incluye imágenes visuales, problemas de sueño, depresión, y otros síntomas que son resultado directo de visualizar las experiencias traumáticas de la víctima, o ser expuesto a sus síntomas, o ambas.

Está basado en todas las investigaciones importantes y literatura teórica que ha contribuido a entender tanto el estrés por empatía, como las relaciones interpersonales y el Burnout del trabajador. Sugiere que el síndrome de desgaste por empatía es debido, en parte, a la propia habilidad empática, a las acciones hacia el que sufre y a la inhabilidad para encontrar alivio de las propias conductas a través de la despersonalización y de la sensación de satisfacción al ayudar a aliviar el sufrimiento. (Figley, 1995).

Este modelo ilustra cómo el estrés por empatía es producto de seis variables interdependientes que lo predisponen:

1. **Habilidad Empática:** sería la aptitud que le permite al terapeuta detectar el dolor en los demás. Desde este modelo, se sostiene que sin empatía habría muy poco estrés y desgaste por empatía. Sin embargo, la respuesta empática hacia el cliente no podría producirse. Por ello es que esta habilidad es la clave para ayudar a otros, y a su vez hace vulnerable al terapeuta.
2. **Implicación o Interés Empático:** también denominado como *Preocupación Empática*. Sería la motivación para responder a quienes necesitan ayuda (por lo que la habilidad empática por sí sola no basta). Con determinado nivel de implicación, el terapeuta puede brindar una atención óptima.
3. **Apertura o Exposición al Cliente:** también denominado como *Contagio Emocional*. Sería la vivencia del terapeuta al contactarse con la energía emocional del que sufre. Es la variable que tiene mayor incidencia en el ejercicio del terapeuta por los costos que implica esa exposición (muchos abandonan el trabajo clínico).
4. **Respuesta Empática:** sería el nivel de esfuerzo que realiza el terapeuta para reducir el sufrimiento externo mediante su entendimiento empático. Implica la capacidad de detección de sentimientos, pensamientos y conductas del cliente, que paralelamente también produce emociones en el terapeuta. Allí radican tanto los beneficios como los costos de cada respuesta terapéutica.
5. **Sentido de Logro o Satisfacción:** es uno de los factores que disminuye o previene el estrés por empatía. Responde en gran medida a la satisfacción del terapeuta al ayudar al cliente.
6. **Desconexión o Falta de Compromiso:** es el otro factor que disminuye o previene el estrés por empatía. Es el grado en que el terapeuta puede distanciarse de la

²⁵ “The five victim questions: What happened? Why did it happen? Why did I act as I did then? Why have I acted as I have since? If it happens again, will I be able to cope?”. Traducción no autorizada.

tristeza del cliente entre las sesiones de terapia. Implica un esfuerzo consciente y racional para desprenderse de los pensamientos, sensaciones y sentimientos asociados al cliente, en pos de continuar la propia vida y autocuidarse.

En qué medida el cuidador está satisfecho con sus esfuerzos y puede distanciarse del dolor de la víctima, da cuenta de qué manera y en qué proporción experimenta estrés por empatía. Aquellos que experimentan muy poco y, aún están expuestos a un enorme contagio emocional y tienen una considerable habilidad empática y preocupación empática (motivación para actuar), encuentran una sensación de satisfacción porque creen que han aliviado el sufrimiento, y así tienen un sentido de logro, ya sea o porque son capaces de evitar identificarse, o porque se han vuelto obsesivos con las dificultades de la víctima y así son efectivos al distanciarse psicológicamente del que sufre (Figley, 1995).

Se ha observado que la falta de compromiso se correlaciona negativamente con el estrés por empatía. Incluso, un incrementado sentimiento de satisfacción y cierto distanciamiento del dolor del cliente, son consideradas variables protectoras del estrés por empatía (Moreno-Jiménez et al., 2004).

El segundo componente del Modelo de Transmisión del Trauma ilustra cómo el desgaste por empatía es producto de cuatro variables interactuantes. Éste es definido como un estado de agotamiento y una disfunción (biológica, psicológica y social) resultante de la exposición prolongada al estrés por empatía (Figley, 1995). A continuación se detallan las variables (Moreno-Jiménez et al., 2004; Redondo et al., 2011):

1. **Estrés por Empatía:** es el residuo de la energía emocional de la respuesta empática hacia el cliente y es la continua demanda de acción para mitigar el dolor del cliente. Como cualquier tipo de estrés, con la suficiente intensidad puede tener un impacto negativo sobre el sistema inmune y la calidad de vida en general. Junto a otros factores puede contribuir a un desgaste por empatía, a menos que el terapeuta actúe para controlar dicho estrés. Más allá de que el terapeuta se esfuerce por desconectarse y tenga un alto sentido de logro, se encontrará en riesgo de desgaste por empatía si el estrés por empatía es aún intenso.
2. **Exposición Prolongada:** es el curso del sentido de responsabilidad por el cuidado del paciente, durante un extenso período de tiempo. Es importante tomarse descansos, sin perder el manejo del tiempo –como mínimo un día y como máximo una semana. Estos descansos deben ser tomados como un respiro de la empatía con el cliente.
3. **Recuerdos Traumáticos:** son los recuerdos que gatillan los síntomas del síndrome de desgaste y reacciones asociadas, como depresión y ansiedad. Pueden referirse a experiencias del terapeuta con otros, específicamente de las demandas y tratamientos de clientes, o clientes que se encontraban muy tristes y dolidos. Cuando reaparecen, estos recuerdos son eventos que causan una reacción

emocional. Pueden ser evocados por ciertos tipos de clientes, sobre todos los que tienen experiencias similares a eventos traumáticos vividos por el terapeuta.

- 4. Cambios de Vida o Historia de trastornos:** también denominado *Grado de disrupción en la vida*. Son los cambios inesperados en la rutina y en el manejo de las responsabilidades de la vida. Normalmente estas alteraciones pueden causar un cierto nivel de distrés, usualmente tolerable. Sin embargo, cuando se combinan con los otros factores, estos cambios pueden aumentar las probabilidades de que el terapeuta desarrolle desgaste por empatía.

La exposición prolongada está asociada a la falta de alivio de dicha responsabilidad, y por ende, a la inhabilidad para reducir el estrés por empatía. Como resultado, se generan las representaciones²⁶ o recuerdos traumáticos que estimulan los síntomas del síndrome de desgaste por empatía.

²⁶ "Recollections". Traducción propia.

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL DESGASTE POR EMPATÍA

Los terapeutas pueden verse envueltos en un conflicto de roles, entre las demandas autoimpuestas para funcionar efectivamente como un profesional y las necesidades personales para cuidar de las propias reacciones mentales y emocionales frente al trauma. Las barreras organizacionales y ocupacionales previenen el reconocimiento y tratamiento de tales reacciones. Los efectos de la exposición repetida, la falta de reconocimiento y el fracaso en tratar el estrés por empatía contribuyen al Síndrome de Burnout.

Como se puede observar, el costo de no atender los problemas del estrés por empatía, incluyen a corto y a largo plazo, trastornos emocionales y físicos, tensiones en relaciones interpersonales, abuso de sustancias, Burnout y trabajo clínico durante menor tiempo.

Para la protección de los sobrevivientes del trauma y de los terapeutas, la detección del estrés por empatía es prioritaria. Esto podría ser facilitado a través del incremento del entrenamiento y educación, para que los terapeutas por sí mismos puedan detectar los indicadores de dicho estrés en estadíos tempranos. Asimismo, normalizar las reacciones traumáticas secundarias como inevitables, crea un ambiente de entrenamiento en el cual la detección puede ser menos estigmatizante.

“Ha sido confirmado por una amplia variedad de fuentes, que el más importante y frecuente remedio usado por las personas que sufren de estrés traumático y postraumático, son personales más que clínicos o médicos”²⁷ (Figley, 1995, 7). Estos remedios personales, incluyen el apoyo social de la familia, de amigos y conocidos, y de los profesionales a cargo. Resulta de suma importancia estudiar cómo estos apoyos pueden alterarse como resultado de la exposición a las víctimas del trauma. Entendiendo este proceso, no sólo puede prevenirse el posterior estrés por empatía entre los cuidadores, sino que se puede incrementar la calidad del cuidado de las víctimas.

Se ha estudiado lo suficiente como para reconocer que el desgaste por empatía es un peligro ocupacional de quienes brindan servicios de cuidado. Figley (1995), enfatiza la necesidad de preparar a los estudiantes y aprendices sobre estos peligros. Para ello considera necesario incluir el estrés, Burnout y desgaste por empatía en los programas de estudios y principalmente en la supervisión práctica.

²⁷ “It has been confirmed by a wide variety of sources, that the most important and frequently used remedies for people suffering from traumatic and post-traumatic stress are personal rather than clinical or medical”. Traducción no autorizada.

La revisión bibliográfica (Moreno Jiménez et al., 2004a y 2004b; Catherall, 1995; Munroe et al., 1995; Yassen, 1995; entre otros) respecto a los programas de tratamiento que se han desarrollado, indica que casi todos experimentan por lo menos un síntoma postraumático en determinado momento de sus carreras; y que para la implementación de programas preventivos y de tratamiento, debe considerarse las similitudes y diferencias culturales y organizacionales.

Tratar el desgaste por empatía implica establecer estrategias que sirvan tanto para evitar que el trastorno se agrave, como contribuir a su manejo en los momentos en que se torna más problemático. Para transformarlo, debe recordarse que un componente clave es que con el tiempo se producen cambios a nivel espiritual y así llegar a cuestionarse su sistema de creencias. Por ello es que hay que reconsiderar la importancia de no perder el contacto con la familia, amigos y colegas; detectar y focalizar la atención en pequeñas cosas; percibir los cambios, y mantener contacto con la propia emocionalidad; darse tiempo para la reflexión; detectar el cinismo de las creencias; y emprender actividades para el desarrollo personal.

Es muy interesante el planteo de Torres Godoy (2010), considera que al verlo como un continuum, en el que los extremos son la disociación por un lado y la deshumanización por el otro, éste puede ser transitado bidireccionalmente. Es decir, tanto hacia la patologización, como hacia lo saludable, la integración y organización emocional y conductual.

1. PREVENCIÓN

Janet Yassen (1995), ofrece un modelo ecológico como encuadre para la planificación del impacto del estrés por empatía. Éste se basa en la premisa de que dicho estrés en sí mismo, no puede ser prevenido, ya que es una respuesta normal y universal a eventos anormales (aunque potenciales, como la violencia inducida) o inusuales y no prevenibles (como en los desastres naturales). Sin embargo, sí puede prevenirse el desarrollo del síndrome de desgaste por empatía que es producto de los efectos negativos duraderos de dicha respuesta.

Este modelo hace hincapié en la interacción de la influencia personal y del medio sobre la prevención, sanación y crecimiento humano. Es sólo en este contexto, que la prevención de los efectos deletéreos de estrés por empatía puede ser implementada. En general, el manejo y prevención de que el estrés por empatía termine en un trastorno, consiste en reconocer su existencia y la preparación concomitante. Los esfuerzos de la prevención para controlar en cierta medida estos eventos traumáticos, requieren indefectiblemente de una acción y reforma política, social, económica y cultural.

El afrontamiento efectivo a los efectos del estrés por empatía, requiere redes de apoyo sociales tanto profesionales como personales. La preocupación y el conocimiento de los problemas personales son esenciales para monitorear y responder efectivamente a las reacciones de estrés por empatía. Se ha observado (Dutton y Rubinstein, 1995) que los terapeutas con historia personal de traumatización (como historia de abuso, sobreviviente de

un desastre natural, etc.) son propensos a requerir atención personal para su propio proceso de curación para poder así, manejar más efectivamente las reacciones de estrés por empatía. Con tal sanación personal, los sobrevivientes del trauma, son ubicados en una posición única de empatía que puede otorgarles una ventaja considerable en la participación del trabajo con el trauma.

Hay dos modos fundamentales de aproximación al desgaste por empatía. El primero se focaliza en la necesidad de mejorar el auto-cuidado y direccionar el estrés inherente en el desgaste por empatía. El segundo se enfoca en la necesidad específica para transformar las creencias negativas, desesperanza, y pérdida de sentido generada por el desgaste por empatía.

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN

El concepto de prevención en salud mental proviene de los campos de salud pública y de la medicina. Desde el campo de la salud pública se estudian poblaciones enteras e identifican la propagación de síntomas de enfermedades y las condiciones que las promueven. Desde el modelo médico de enfermedad, se focaliza en los síntomas individuales, diagnósticos y tratamientos. La integración de estos dos modelos, forma las bases para un modelo de prevención de salud mental, que asume que las enfermedades psicológicas y sociales involucran tanto al individuo como a la sociedad, y que la prevención de efectos deletéreos y la propagación de enfermedades debe ser tratada en varios niveles.

Davis y Brody (1979, citado en Yassen, 1995), categorizan a la prevención como primaria, secundaria y terciaria. En términos generales, la prevención primaria se ocupa de las causas sociales subyacentes de un problema (como talleres o seminarios, campañas antiviolencia, construcción de coalición e implicación de la comunidad dirigida a las causas raíces de la violencia). La prevención secundaria enfatiza actividades que podrían reducir el riesgo de violencia o proveen la preparación para enfrentar el impacto que podría ocurrir (entrevistas informativas y actividades educativas para asistir a los participantes en la preparación y planificación del impacto potencial del trauma); y la prevención terciaria se focaliza en la intervención sobre las secuelas de la violencia en la forma de intervención en crisis (identificación y referencia de individuos que necesitan apoyo adicional para aliviar la recurrencia del estrés emocional).

Los siguientes componentes reflejan una mirada ecológica de la planificación de estrés por empatía para prevenir los efectos devastadores. Esta visión es dinámica, basada en las competencias y proactiva. Se combina la comprensión del impacto psicológico y social de las enfermedades con los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria. Un modelo ecológico obtiene su visión de la ciencia concerniente a la interrelación de los organismos y su medio. Es decir, se hace hincapié en la interdependencia de las personas y las configuraciones sociales.

Se basa en 3 supuestos:

1. El medio físico, social y psicológico afecta el comportamiento personal.
2. Las adaptaciones personales a las condiciones ambientales facilitan el crecimiento y desarrollo.
3. La salud comunitaria está determinada por el flujo de energía y ciclos de los recursos.

Para la implementación de un plan de prevención ecológico, debe tenerse en cuenta que la prevención cambia con el tiempo. La planificación de prevención requiere honestidad sobre el tiempo comprometido y el desarrollo de planes de largo alcance que pueda ser adaptado a nuevos recursos personales y del entorno. Cada configuración personal y social es única, por lo que requerirá un propio plan de prevención desarrollado para conocer o encontrar la propia cultura. Siempre es necesario más de un conjunto de ideas.

Hay evidencia (Figley, MacKey & Meshad, 1991; Lazarus & Folkman, 1984; Medeiros & Prochaska, 1988 citado en Yassen, 1995) de que mientras que la adaptación individual es importante, las estrategias de afrontamiento individuales solas no alivian la tensión causada por el estrés del trabajo. Además la adaptación individual tiene un importante componente social, que sirve como “amortiguador” contra enfermedades y estrés, y es también un mediador de curación y recuperación de los efectos del estrés por empatía. Se considera que los valores y recursos de una comunidad, tienen una correlación directa con resultados positivos de recuperación. La aplicación de una aproximación psicológica a la prevención del estrés por empatía, que combina intervenciones individuales y ambientales, es consistente con estos hallazgos (Yassen, 1995)

Los programas más efectivos que se han puesto en vigencia, se basan en cuatro pasos: control personal, involucración en tareas, elecciones de estilos de vida, y apoyo social. Se considera fundamental la incorporación explícita de una aproximación psicológica, para estar limitados a largo plazo en lo que respecta a la prevención del estrés por empatía. un ejemplo de ello es el Equipo de Respuesta a Crisis Comunitarias (ERCC) del Programa a Víctimas de Violencia del Hospital de Cambridge (Massachusetts). Se basa en el modelo de empoderamiento de las comunidades que enfatiza la interdependencia de una persona y el medio. A través de los encuentros de entrevistas grupales, se modela la importancia del apoyo social como la base de curación de las secuelas de la violencia, y provee información a víctimas directas, como a secundarias, respecto del impacto del trauma y la efectividad de las estrategias de afrontamiento.

1.2. COMPONENTES DEL ENTORNO EN LA PREVENCIÓN DE ESTRÉS POR EMPATÍA

Como se mencionó anteriormente, la prevención individual es sólo un componente de la prevención del desgaste por empatía. Las intervenciones de prevención del entorno o ambiental principalmente, se apoyan en actividades de prevención secundaria y terciaria,

desde la planificación, preparación a cuestiones sociales más amplias. Las áreas de gestión del entorno del estrés por empatía son las configuraciones sociales, y de trabajo.

a) CONFIGURACIÓN SOCIAL

La sociedad general, que puede evidenciar negación, desinformación o prejuicio. Las acciones sociales incluyen:

- Intervenciones educativas: utilizando actividades para lograr cambios de actitudes o proveer información.
- Construir coaliciones
- Construir alianzas con varios grupos para ejercer una mayor influencia.
- Reforma legislativa: utilizar el sistema legal para reforzar derechos.
- Activismo social: planificar acciones que incluyan actividades públicas para enfocar la atención en un problema, usualmente a través de la ley.
- Educación a través de los medios masivos y comunicaciones globales.

b) CONFIGURACIÓN DE TRABAJO

Así como las configuraciones de trabajo pueden impactar en el estrés por empatía y el estrés por empatía puede impactar en las configuraciones de trabajo, las intervenciones dirigidas en esta última, pueden influir en la satisfacción laboral, en el cuidado propio y en la prevención del desgaste por empatía.

En un nivel psicológico, esto incluye aspectos propio del lugar de trabajo: la iluminación, nivel de ruido, accesibilidad, los muebles, la privacidad, la seguridad ambiental, seguridad, servicios para los empleados (por ejemplo, café, almuerzo, material de oficina, colaboración de los secretarios, lugares donde uno se toma recreos), y disponibilidad de los colegas (Yassen, 1995)

Otros aspectos del entorno son menos tangibles, y se relacionan con los valores, expectativas y caracterización cultural. Tener una base filosófica clara de valores ha sido identificado por Harvey (1985, citado en Yassen, 1995) como un elemento clave en la comparación de centros donde trabajan con casos de violación.

Los trabajadores necesitan comprender la demanda explícita e implícita del medio. El autocuidado puede mejor ser logrado si la gestión de las políticas es clara para los empleados. Algunos aspectos importantes a clarificar son los siguientes:

- Sistema de valores
- Tareas: descripción del trabajo, filosofía, expectativas realistas, variedad de tareas, adecuada supervisión, oportunidades en servicio y de la carrera, entrenamiento y orientación que prepara al empleado para el trabajo, seguridad, sobrecarga del trabajo y paga.

- Gerenciamiento: líneas de autoridad, accesibilidad a líderes que estén abiertos al feedback, modelos de roles, contabilidad, habilidad para motivar/construir moral.
- Interpersonal: guías personales, respeto por las diferencias, valor del apoyo social/ayuda mutua, confianza entre el staff (cooperación vs competición), sensibilidad a las necesidades individuales.

1.3. COMPONENTES INDIVIDUALES EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

En función de las investigaciones respecto al estrés, se ha observado que los temas recurrentes incluyen la importancia de planificación activa y la implicancia de una aproximación holística y multidimensional que combina conocimiento, estrategias y técnicas. Estas intervenciones aluden a la prevención secundaria, si construyen una base para individuos antes de que el evento traumático ocurra, o terciaria si se activan después del trauma.

La primera estrategia para evitar el desgaste por empatía es interiorizarse sobre él. Los terapeutas deberían estar familiarizados con el Burnout, el estrés traumático y, en general, con el estrés provocado por un trabajo determinado. Figley (1995; 2000) desarrolló un método para que los propios terapeutas controlen su grado de vulnerabilidad al desgaste por empatía, al que denominó “autotest para psicoterapeutas”, e indica riesgo de ser traumatizado o sufrir Burnout.

Del estudio llevado a cabo por Pearlman y Mac Ian (trabajo en proceso, citado en Moreno-Jiménez et al., 2004b), se observó que la mayoría de los terapeutas que trabajan con material traumático, prefieren discutir y comentar sus casos clínicos con colegas (85%) y asistir a talleres grupales (76%); mientras que la actividad con menor preferencia (20%) es la de derivar a un colega aquellos pacientes cuyo trauma es similar al padecido por el terapeuta en algún momento. En otra investigación (Follette, Polusny y Milbeck, 1994 citado en Moreno-Jiménez, 2004b), los resultados indicaron que la preferencia gira en torno a la meditación o yoga (44%) y religión (35%).

Por otra parte, (Gamble, Pearlman, Lucca y Allen, trabajo en proceso citado en Moreno-Jiménez et al., 2004b), se detectó que las actividades que en mayor medida los terapeutas sienten que se protegen del estrés por empatía son: en primer lugar, tomarse vacaciones, en segundo lugar, actividades sociales, tercero el apoyo emocional de los compañeros. Entre las últimas, se encuentran la meditación y el yoga.

a) PERSONAL

Los efectos deletéreos del estrés por empatía incluyen los siguientes componentes: físicos, psicológicos, cognitivos, interpersonales, conductuales y espirituales.

· FÍSICOS

- **Trabajo del cuerpo:** significa mantener la salud del cuerpo. Tener un buen ritmo de vida, incrementa el auto-cuidado del cuerpo y decrece el desgaste. Cualquiera sea la forma seleccionada, y el hacerlo regularmente, incrementa la fortaleza de uno mismo, resistencia, claridad cognitiva y sensación de bienestar.
- **Sueño adecuado (dormir lo suficiente):** el sueño puede ser interferido por el estrés del trabajo. Tener un sueño adecuado es esencial para el bienestar. Su alteración genera efectos debilitantes, incluyendo deterioro cognitivo y del funcionamiento neurológico e irritabilidad.
- **Nutrición:** alimentarse nutritivamente es vital para el funcionamiento, ya que provee de suficiente energía para vivir apropiadamente.

· PSICOLÓGICOS

- **Equilibrio en la vida:** el primer paso es reducir el arousal somático. Es importante mantener una vida marcada por la diversidad de actividades y un ritmo moderado. Se enfatiza el valor del esfuerzo de un equilibrio global con el trabajo, intereses externos, contactos sociales, tiempo personal y recreación.
- **Relajación:** debe ser incorporada diariamente (de corta duración aunque debe ser regular), y a intervalos más largos (por ejemplo vacaciones).
- **Contacto con la naturaleza:** puede brindar una amplia visión del mundo y del lugar del Hombre en él. Puede incluir cuidar de mascotas o plantas también puede ser sanador.
- **Expresión creativa:** al estar mayormente involucrados en el trabajo intelectual, se requiere un gran esfuerzo para comprometer las partes más creativas del cerebro. Esto puede incluir, escribir, teatro, fotografía, cocina, dibujar, pintar, bailar, artesanías, utilizar el propio sentido del humor o tocar un instrumento musical. A través de la expresión creativa, la mente se vuelve más expansiva y puede permitir encontrar nuevas modalidades para manejar el estrés por empatía.
- **Autoconciencia:** entre los componentes a evaluar se destacan: salud y energía, creencias existenciales, habilidades de resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales; mantenimiento de la perseverancia optimista, búsqueda de paz interior y control de la contingencia. Esta autoevaluación apunta hacia el reconocimiento de recursos personales e identificación de áreas que a uno le gustarían y está dispuesto a cambiar. Permite entender cuáles situaciones de trabajo o del cliente pueden ser particularmente difíciles para uno; denota una actitud de compasión.
- **Humor:** mantener el sentido del humor y usar el humor como una estrategia de afrontamiento son técnicas de prevención esenciales. Puede reducir el estrés, aliviar tensiones y permitir tener distancia emocional. Socialmente, puede crear cohesión grupal, o puede ser un vehículo para críticas sociales.

· **COGNITIVOS Y CONDUCTUALES**

Desarrollo de habilidades:

- *Entrenamiento en asertividad*
- *Reducción de estrés*
- *Comunicación interpersonal*
- *Reestructuración cognitiva*
- *Organización comunitaria*
- *Manejo del tiempo*

· **MEDITACIÓN/PRÁCTICAS ESPIRITUALES**

La meditación puede ser sanadora para el cuerpo y el espíritu. Se observó que la presión sanguínea disminuye, la respiración se vuelve más regular y eficiente, y los músculos más relajados. Minimiza el desgaste del cuerpo, y ayuda en el desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables.

Otra dimensión lo relaciona con la espiritualidad, que puede o no implicar una conexión con una religión organizada. Como se mencionó anteriormente, el impacto del trauma puede ser tal como para destruir, o impulsar una reevaluación del propio sistema espiritual de creencias. Flannery (1990, citado en Yassen, 1995) plantea que, en su estudio, aquellos que tenían una salida espiritual, experimentaron menos estrés.

· **SOCIALES/INTERPERSONALES**

- **Apoyo social:** el apoyo social es un componente central en la prevención del desgaste por empatía, y es importante para expandir las intervenciones más allá del foco en el individuo, y poder dirigirlos a la red social. Esto implica evaluar la calidad de la red, con qué fuentes de apoyo cuenta en ese momento; educar a los apoyos sociales sobre las necesidades y experiencias.
- **Recibir ayuda:** Aceptar y acceder a la ayuda a tiempo ha sido asociada con prevenir a largo plazo los efectos del estrés post-traumático. Establecer un plan de ayuda, identificando a personas específicas en la propia vida personal y profesional, que son consideradas como útiles y se vuelve familiar con los recursos profesionales.
- **Activismo social:** Tiene el efecto de combatir los sentimientos de impotencia que resultan del estrés por empatía, así como proveer un sentido del compartir con otros, que puede mitigar el aislamiento social.

b) PROFESIONAL

Las siguientes directrices son sugeridas para la prevención del estrés por empatía en los profesionales.

· **EQUILIBRIO**

El equilibrio es importante en varias formas: intensidad del trabajo (el número de trabajo en horas semanales y la proporción del trabajo que relaciona el tratamiento del trauma directo); relación en la cantidad y calidad de las tareas que se realizan en la propia vida laboral, el ritmo, etc. Esto significa, prestar atención diaria a los efectos que el trabajo genera en uno y crear un ritmo que maximice la salud física y emocional. Incluye tomar recreos regulares, hacerse tiempo para las comidas y tomarse vacaciones.

· **ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES**

Establecer buenos límites es importante para el autocuidado, como así también para proveer un modelo para aquellos a quienes se les provee el cuidado. Los límites tienen varios componentes:

- **Límites temporales:** esto incluye estar a tiempo para las reuniones y ser cuidadoso de no pasarse del tiempo especificado. Tener la oportunidad de tener una vida equilibrada.
- **Exceso de trabajo:** incluye asumir muchas responsabilidades, trabajar horas extra regularmente, llevar constantemente trabajo a la casa o tomar llamadas desde la casa, y ser incapaz de separarse de trabajo emocionalmente. En el extremo, esto puede significar llevar clientes a la casa. Incluso leer excesivamente puede ser una forma de llevar clientes a la casa, y puede ser un intento de superar sentimientos de inadecuación, incompetencia o desamparo.
- **Límites terapéuticos/profesionales:** como el núcleo del abuso es la violación de límites, es importante que quien brinda cuidado, y el cliente, comprendan la naturaleza y el proceso de la relación de ayuda terapéutica.
- **Límites personales:** es importante resolver cuánto de uno mismo revelar al cliente y bajo qué circunstancias.
- **Enfrentar múltiples roles:** los clínicos deben someterse a sus propios procesos de curación y así poder conocer a sus clientes en sus ambientes, por lo que deberían estar preparados para manejar estas situaciones.
- **Realismo:** conocer los límites al realizar este trabajo es importante, así como la humildad. Se debe aceptar las propias limitaciones de insight frente a la traumatización masiva.

· **RECIBIR APOYO/AYUDA**

El elemento clave en el desarrollo de estructuras de apoyo, es ser emocionalmente sano para ser capaz de hablar honestamente sobre el impacto del trabajo en la propia vida. El tiempo de apoyo es también importante: inmediato, o apoyo después de un tiempo. A continuación se detallan diversos tipos de apoyo:

- **Apoyo de compañeros:** alude a la oportunidad de recibir y dar apoyo a colegas que están involucrados en tareas similares. Dentro o fuera del lugar de trabajo. Permite un acceso fácil a la inmediata expresión de sentimientos, establecer el liderazgo de grupos, responder a crisis de pares, que ayuda también a reducir los sentimientos de desamparo e impotencia. Puede ayudar a encontrar un equilibrio y a la eliminación de los síntomas del estrés por empatía.
- **Supervisión/consultas/terapia:** es crucial la perspectiva de alguien de afuera que sea confiable o recibir una guía para enfrentar nuevos desafíos. Consultar a un experto puede ser particularmente útil y tranquilizador, también puede ser un importante recurso para staffs para evaluar las formas en que su grupo puede estar manifestando síntomas del estrés por empatía.
- **Modelos de rol/mentores:** encontrar otros profesionales cuyo trabajo, estilo, escritura, habilidad o el gusto, uno admire, puede ser una fuente de inspiración y crecimiento profesional.

· **PLANES DE AFRONTAMIENTO**

Es importante para los terapeutas desarrollar sus propios planes de autocuidado en su trabajo que deberían incluir los componentes de la prevención personal. Se debería realizar una planificación para el período previo, durante y después del encuentro con el cliente y para situaciones de emergencia. Los terapeutas deberían estar preparados en el momento en que ocurren nuevos recuerdos o flashbacks durante el encuentro. Incluso estar preparados para el trabajo con niños traumatizados, ya que las estrategias usuales de afrontamiento suelen ser inadecuadas para tal tarea.

· **EVALUACIÓN DE LA PROPIA SANACIÓN.**

Los terapeutas necesitan ser evaluados sobre sus motivaciones personales para realizar su trabajo y rever su propio proceso de recuperación, en caso de haber sido traumatizado a lo largo de su vida. Puede haber riesgos de sobre-identificación con el cliente o confusión con la propia recuperación personal. Haber experimentado un evento traumático no significa que esté calificado para ayudar a otros sobrevivientes. Debe poder acertar qué de la propia experiencia puede ser útil para otros, y qué habilidades y entrenamientos son necesarios para ayudarlos. Sanar, sin embargo, es un largo proceso en la vida y no debería ser confundido con incompetencia profesional.

La sanación tiene lugar en un continuum, y los sobrevivientes que también son sanadores deben continuamente evaluar y re-evaluar qué de sus propias necesidades están en este proceso. Es crucial que se provea una configuración en la que los sobrevivientes que también son cuidadores puedan hablar abiertamente y con franqueza sobre la interfase entre sus propias experiencias, contratransferencia y desgaste por empatía.

· ENTRENAMIENTO PROFESIONAL

Es esencial acceder a un adecuado entrenamiento para poder realizar tratamientos del trauma, que integre la prevalencia y el impacto de la violencia en las vidas. La negación de ésta en la salud mental de los profesionales lleva al aislamiento de aquellos que trabajan en el campo del trauma, incluso puede llevar a conflictos con colegas así como a la estigmatización de los sobrevivientes del trauma. Muchos sobrevivientes que son profesionales pueden sentirse incapaces de hablar abiertamente sobre sus historias por miedo a ser juzgados por otros, objetivados y ser cuestionadas sus motivaciones.

Los valores que son a veces enseñados en los entrenamientos de profesionales también necesitan ser desafiados, como lo es la “posición neutral”, proveer un marco teórico que no sólo informe el tipo de intervenciones a realizar, sino que también pueda ofrecer contenidos intelectuales frente a la violencia e impotencia/desamparo que puede generar. La afiliación con organizaciones locales, nacionales e internacionales pueden combatir los sentimientos abrumadores del aislamiento que resulta al enfrentar la violencia y sus secuelas regularmente.

· COMPROMISO CON EL TRABAJO

Se necesita evaluar regularmente el compromiso con el trabajo, respecto al encuadre, si es el área adecuada para uno, si se requiere entrenamiento adicional, metas profesionales, entre otros aspectos. Es importante un analizar las motivaciones personales para realizar el tratamiento del trauma. Cualquiera sea la motivación uno debe tomar decisiones conscientes sobre el propio compromiso y visualizar formas de incluir el optimismo. La reflexión permite una mejor prevención del estrés por empatía.

· PLENITUD

El ser sensible a las propias necesidades, tanto profesionales como personales, permite sentirse pleno. El sentirse pleno, también significa participar en otras actividades relacionadas con el trabajo, contribuir al área para que otros puedan aprender de las propias ideas y experiencias.

1.4. COMPONENTES GRUPALES PARA LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

Los grupos pueden crear una estructura que ayude a cada miembro a mantener su compromiso personal. Éstos pueden adoptar diferentes formatos y tienen la ventaja de involucrar a colegas disponibles en el proceso de reconocimiento y manejo del desgaste por empatía. Pueden generar una red de apoyo activo en el lugar de trabajo.

No obstante, algunos profesionales pueden sentir que este grado de intimidad o vulnerabilidad es inapropiado con los colegas inmediatos, especialmente si tiene diferentes orientaciones teóricas o supervisión directa, o autoridad administrativa. En cualquier caso, la

confidencialidad y las expectativas para el grupo deben ser clarificadas y respetadas. Resulta pertinente lo planteado por Munroe et al. “el lugar más efectivo para hacer prevención comunitaria es el lugar de trabajo donde tiene lugar la traumatización secundaria”²⁸ (1995, 212).

Cristóbal Guerra Vio, Fuenzalida Vivanco y Hernández Morales (2009) mostraron la efectividad de talleres cognitivos-conductuales de cinco sesiones para reducir los niveles de desgaste por empatía, incrementando las conductas de autocuidado.

Munroe et al. (1995), proponen que las funciones primarias del equipo en tratar el desgaste por empatía, son:

1. Validar el afecto
2. Identificar los patrones del trauma
3. Proponer patrones de alternativas saludables que restaure la confianza.

Es importante notar que los clientes son conscientes del proceso de desgaste por empatía. El equipo no sólo provee un entorno de recuperación para los terapeutas, sino también alivia a los clientes de la carga de proteger al terapeuta.

El equipo aborda los patrones en dos formas. Se puede asistir a cualquier miembro del equipo para realizar lo que los patrones están haciendo y, puede ofrecer sugerencias para alterar las respuestas de la terapia. El equipo también puede involucrar directamente otros terapeutas que han variado las relaciones con los clientes. Múltiples terapeutas ofrecen múltiples patrones que proveen alternativas a la visión del mundo del cliente. El equipo es un medio preventivo para los terapeutas que puede generar un proceso paralelo en los clientes.

La prevención del desgaste por empatía depende de las prácticas del equipo tratante más que de la configuración del tratamiento, el modelo del programa o la orientación teórica. Las prácticas descritas a continuación se apoyan en 3 supuestos primarios:

1. El terapeuta no es inmune a los efectos del estrés por empatía
2. La prevención del desgaste por empatía se apoya en la afiliación en un equipo.
3. Mientras mayor sea la intensidad de la exposición al trauma del trabajo, mayor es la necesidad de un equipo. Algunas estructuras básicas son necesarias para el equipo para adoptar las prácticas.

La existencia de la comunidad requiere un mínimo de tres personas, para que las alianzas puedan realizarse, romperse, reformarse sobre la marcha en la unidad. Un equipo requiere la mínima adición de la tercera parte a la diada del terapeuta-paciente. La tercera parte es otro terapeuta que puede observar e intervenir en los compromisos que ocurran. Un tamaño

²⁸ “The most effective place for a preventive community is the work site where secondary traumatization takes place”. Traducción no autorizada.

óptimo puede ser de 5 a 8 miembros del equipo, pero el mínimo requerido es que todos los miembros estén en comunicación regular.

Se consideran que para prevenir el desgaste por empatía en una comunidad, se requiere de un equipo de tratamiento, cuya función primaria sea identificar y alterar los patrones que promueven el trauma. Porque así como la visión del mundo del sobreviviente se reduce por el trauma, la percepción del terapeuta puede reducirse por el trauma secundario. Por ello, puede comportarse con los patrones generados por el cliente y ver pocas opciones de relación con otros. Cuando el terapeuta es alentado en las recreaciones del cliente, el equipo también mantiene patrones de relaciones que proveen apoyo y promueven confianza. Esto sirve como contrapeso a los efectos aislantes del desgaste por empatía.

Se requiere fortalecer las redes sociales. El equipo funciona como red social para el terapeuta y provee una comunidad en el que la experiencia del estrés por empatía puede ser trabajada. Esto se realiza a través de la validación de sentimientos y proveyendo relaciones valoradas.

Las funciones complementarias y de apoyo de un equipo se vuelven aún más importantes al acumularse la presión del compromiso del desgaste por empatía.

Una limitación que puede producirse al trabajar con estos equipos, es que se genere el desarrollo de visiones estereotipadas de otros grupos, auto-censura de las desviaciones del consenso grupal, y la exclusión de personas o de información que no está de acuerdo con el consenso grupal.

Uno de los programas aplicados a nivel grupal es de "Informes de Estrés por Incidentes Críticos". Se destaca como uno de los más efectivos. Consta de entrevistas estructuradas, que corresponden a una intervención grupal, y es definido como un proceso de educación, descarga, validación y preparación respecto de los impactos psicológicos y emocionales de eventos traumáticos en la vida a los que han sido expuestos. Se realiza entre las 48 hs., y una semana posterior al hecho. Los interrogatorios son usualmente llevados a cabo por miembros de equipos de respuesta a crisis que han sido especialmente entrenados para el mismo.

Los objetivos son proveer apoyo a terapeutas luego de incidentes críticos, proveer fuentes de referencia para ciertas necesidades, proveer asistencia de seguimiento y conducir programas educacionales sobre estrés por empatía. Se intenta ayudar a la víctima a restablecer el afrontamiento inmediato mientras mantiene una buena autoestima, es decir, mejorar sus habilidades en vez de generar nuevas. Se integra gradualmente el estrés por empatía, añadiendo información didáctica. Usualmente esto es acompañado de sesiones de psicoterapia tradicional.

Posteriormente se desarrollaron dos modelos nacionales de IIC: el modelo NOVA y el de Mitchell, que apuntan a fomentar alivio de estrés por empatía y mejorar la intención de los terapeutas para integrar los incidentes críticos en el modelo individual de mundo.

1.5. PREVENCIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL

La implementación de un programa de prevención de desgaste por empatía implica ciertos requerimientos: la necesidad de prevención debe ser identificada, los efectos del estrés por empatía deben ser comprendidos y comunicados al staff, se deben planear apropiadas respuestas y contingencias y debe mantenerse el estado actual de la preparación. Cada miembro del equipo debe entender que su rol es único. Para que una operación de esta magnitud sea efectiva, se necesita que haya un alto grado de cohesión y moral (que es el espíritu del equipo) en el personal de la institución.

A nivel institucional debe identificarse el potencial para que ocurra el desgaste por empatía, y estimar el grado y frecuencia de exposición. Las instituciones varían en la exposición a estresores primarios y secundarios de sus miembros. Los terapeutas son responsables de mantenerse preparados, implementar planes y políticas, y proveer feedback a los administradores respecto a la adecuación y relevancia de los planes y esfuerzos psicoeducativos.

Las instituciones varían en las mismas dimensiones en que lo hacen las familias con respecto a su habilidad para facilitar una experiencia sanadora para miembros traumatizados. Lo siguiente describe el entorno institucional que es más facilitador para que se recupere el personal traumatizado (Catherall, 1995):

1. Los estresores son aceptados como reales y legítimos.
2. El problema es visto como un problema institucional y no como un problema que se limita a lo individual.
3. La aproximación general al problema es buscar soluciones y no asignar culpas.
4. Hay un alto nivel de tolerancia para las perturbaciones individuales.
5. El apoyo es expresado clara, directa y abundantemente, en forma de elogios, compromiso y afecto.
6. La comunicación es abierta y efectiva, hay pocas sanciones contra lo que se puede decir. La calidad de la comunicación es buena, los mensajes son claros y directos.
7. Hay un alto grado de cohesión.
8. Hay una considerable flexibilidad en los roles, los individuos no están rígidamente restringidos a los roles particulares.
9. Los recursos (materiales, sociales, institucionales) son utilizados eficientemente.
10. No hay subcultura de violencia
11. No hay abuso de sustancias.

Ochberg (1991, citado en Catherall, 1995) ha identificado tres principios que subyacen a la terapia postraumática efectiva:

1. El principio de la **individualidad**, enfatiza que cada individuo tiene un camino único que recorrer luego del estrés por empatía. La institución debe respetar las necesidades únicas de cada miembro y acercarlo a la recuperación.
2. El principio de la **normalización**, equilibra el énfasis en la singularidad de la recuperación individual. Identifica un patrón individual de ajuste postraumático y enfatiza la normalidad de los pensamientos perturbantes y los sentimientos que hacen a este patrón.
3. El principio del **empoderamiento**, enfatiza la necesidad de ser incluido como un agente activo en su propia recuperación para que pueda hacerlo dignamente y tenga una sensación de poder y control.

Un aspecto de las instituciones es que el poder de la toma de decisiones es distribuido desigualmente, debido a la estructura jerárquica que las engloba. Ésta contribuye a la apariencia de que algunas personas son más importantes que otras, de que algunas personas pierdan más tiempo respondiendo a otros y de que algunas personas son más reemplazables que otras. Estos aspectos no sólo son destructivos para la autoestima de los miembros, sino que también interfieren significativamente con la habilidad del personal para enfrentar al estrés por empatía.

Las relaciones jerárquicas pueden impedir nivelar la experiencia que es un aspecto importante de la normalización tanto en el tratamiento del TEPT como del desgaste por empatía. Para sobrepasar estos obstáculos el personal que está en un nivel más alto debe aprobar y fomentar activamente un entorno que enfatice el valor de todo el personal.

Entre los pasos que deben tomar los líderes institucionales para que los terapeutas no sean marginados, se incluye reconocer que el grupo tendrá reacciones emocionales hacia el terapeuta; crear oportunidades reales para el grupo para conocerse y hablar sobre su exposición al estrés por empatía, logrando así, normalizar la experiencia de sentirse afectado por la exposición secundaria; responder activamente cuando los trabajadores sean afectados por el estrés por empatía, llevando la cuestión al grupo y alentarlos a que compartan sus reacciones y desalentar los procesos de marginación.

No son grupos terapéuticos, sino reuniones de staff y los líderes simplemente tienen que indicar la necesidad de discusión y que es un problema grupal. Esto puede no resolver completamente la cuestión, pero establece un marco general para mantener al terapeuta conectado al grupo.

Entre los programas aplicados a nivel institucional, se destaca el de Catherall (1995) que consta 5 pasos que se detallan a continuación:

- **Proyectar la exposición del estrés por empatía**

Implica a los encargados de las políticas y los administradores para evaluar la probabilidad de exposición del estrés por empatía e identificar los caminos probables de exposición. Esta

acción presupone cierto nivel de consciencia. Primero deben obtener educación y consultar fuentes.

Puede ayudar hacer un plan organizacional que identifique niveles de exposición del staff. Brinda una imagen visual de cómo la institución puede ser afectada e influir en sus decisiones de realizar cambios estructurales si los patrones sugieren que los miembros están en puestos muy expuestos o muy fuera de las fuentes de apoyo.

- **Desarrollar los planes**

Es un proceso complejo que involucra a varios niveles de la institución. Es responsabilidad de los encargados de las políticas y administradores desarrollar los planes de prevención, pero no pueden hacerlo sin la inclusión de los terapeutas y supervisores. Una vez que los planes fueron revisados y refinados junto con el feedback de los terapeutas y supervisores, se debe educar a los miembros, teniendo en cuenta que debe estar indicado:

- El proceso y tiempo del marco para promulgar la prevención
- Las responsabilidades de cada individuo.

- **Educar al personal de staff**

La psico-educación de los miembros debe incluir la oportunidad de un feedback. Los miembros necesitan introducirse en la naturaleza de dicho material. Necesitan ser educados en procesos preventivos y responsabilidades del staff y en la naturaleza del estrés por empatía y desgaste por empatía. Idealmente, sería presentado en grupos para que puedan facilitarse los procesos comunicacionales intra-grupales sobre los sentimientos relacionados al desgaste y para que puedan facilitarse actitudes. El contenido de los programas psicoeducativos varía de acuerdo a los aspectos de las configuraciones, la cantidad y tipo de exposición y la misión de la institución.

Los grupos juegan un papel indispensable en estas configuraciones institucionales. Les permite normalizar sus reacciones, comprender mejor sus reacciones, y tener un entorno seguro en el que puedan compartir y trabajar a través de sus reacciones. Un objetivo central de la psico-educación es influenciar las normas de los grupos, y crear patrones de comunicación que facilite el proceso de estrés por empatía.

- **Iniciar una estructura de preparación.**

Un programa estructurado para preparar a los miembros a enfrentar al estrés por empatía, debería ser escrito y distribuido a todos los miembros del staff. La presentación debería ser incluida en la filosofía de prevención general de la institución, así como en los planes específicos.

- Evaluar la efectividad del programa.

La evaluación debería incluir días que están enfermos, índice de rotación y satisfacción laboral. Idealmente esta información debería recolectarse antes de aplicar el programa de prevención, para que puedan evaluarse los efectos del programa. La evaluación debería abordar la experiencia subjetiva de los trabajadores, que puede significar una medida auto-reportada, pero definitivamente debería incluir un feedback cara a cara del personal más afectado por el programa. El formato grupal es un vehículo excelente para obtener esta información.

La evaluación del programa no debería limitarse a evaluar la diferencia entre no aplicar el programa y alguna forma de programa. La evaluación efectiva de un programa institucional para manejar el estrés por empatía debería ser un proceso en marcha, como una actitud para procesar las reacciones de estrés debería ser una actitud en marcha.

2. TRATAMIENTO

Hay dos modos fundamentales de aproximación al desgaste por empatía que plantea Pearlman y Saakvitne (1996), que no son mutuamente excluyentes, sino conductas protectoras que pueden ser actividades significativas, que pueden proveer apoyo y aprendizaje.

1. El primero se focaliza en la necesidad general de mejorar el auto-cuidado y tratar el estrés inherente en el desgaste. Apunta a mejorar la calidad de vida y disminuir el estrés. Implica autocuidado (equilibrio, límites, hábitos saludables y conexión con otros); aprendizaje (gentileza, foco en el placer y confort, relajación y juegos) y escape (olvidarse del trabajo, comprometerse en la fantasía y alejarse de sentimientos dolorosos)
2. El segundo se enfoca en la necesidad específica para transformar las creencias negativas, desesperanza, y pérdida de sentido, y directamente apunta a la desmoralización y pérdida de esperanza. Apunta a estrategias que aportan sentido a la vida: crear sentido, darle sentido a las actividades actuales, desafiar las creencias negativas y construir con la comunidad.

Las organizaciones profesionales desempeñan un importante papel debido a su influencia en los terapeutas (congresos y conferencias, publicaciones, principios éticos y normas para el ejercicio profesional). Estas entidades conforman una parte destacada de la socialización profesional, y por lo tanto, pueden mejorar significativamente la calidad de los servicios de salud mental que se brindan a los clientes traumatizados.

Según Figley (2000), el remedio más eficaz contra el desgaste por empatía sería:

La amplitud y envergadura de la red de relaciones de apoyo con que cuenta el terapeuta, combinada con la fijación de límites aproximados. Nunca se subrayará lo suficiente, la importancia del apoyo brindado por la familia del

terapeuta; no obstante, es decisivo trazar claros límites entre el trabajo y el hogar, y llegar con la familia propia a un entendimiento transparente, casi contractual, acerca de la naturaleza traumática de la psicoterapia. (p. 106)

Plantea que en primer lugar, los terapeutas deberían consultar con algún colega sobre sus problemas, en segundo lugar, establecer un acuerdo de supervisión formal, y en tercer lugar, realizar terapia personal. “Es menester reconocer que los terapeutas puedan ayudar mejor a los demás en forma continuada si conocen bien los requerimientos propios que mantienen su motivación para ayudar” (Figley, 2000, 106). Los terapeutas que han podido disfrutar de su carrera profesional libres de desgaste por empatía, conocen la importancia de fijar límites y metas realistas en su tarea.

Los supervisores de terapeutas en formación, deberían tener suma conciencia del efecto emocional que produce en quienes se están formando, y de los desafíos que plantea cada uno con su historia, experiencias y reacciones. Éstos deberían contar con oportunidades para una elaboración personal a lo largo de toda su carrera. Saakvitne y Pearlman (1995) consideran que los supervisores y profesores incluso enseñan indirectamente cómo logran equilibrar (o no) su vida profesional y personal.

Si quienes forman a los terapeutas reconocen esto, tienen una especial obligación de preparar a los terapeutas en formación para enfrentar tales peligros. Se puede comenzar incorporando al plan de estudios, y sobre todo a la supervisión práctica, los temas vinculados al Burnout y al desgaste por empatía. Se pueden aprovechar a los centros de formación y a los consultantes que buscan ayuda en dichos lugares, como una oportunidad para debatir estas cuestiones.

Sumado a los principios relacionados con la prevención del desgaste por empatía, los programas de formación deberían (Figley, 2000):

- a) Aplicar políticas que exijan el procesamiento de cualquier material clínico que pueda perturbar al terapeuta o a un miembro del equipo (incluido el supervisor)
- b) Reconocer que ese material debe ser examinado confidencialmente con un profesional confiable (terapeuta o supervisor) que respete los procedimientos éticos prescriptos
- c) Experimentar con diversos métodos tendientes a evitar el desgaste por empatía al mismo tiempo que se preserva la eficacia clínica.

Dada la índole del desgaste por empatía y el contexto de la profesión psicoterapéutica, es de esperarse que sea muy reducida la población de terapeutas que admiten tener algún problema de estas características. En los casos en los que solicitan ayuda (ya sea como colegas o como pacientes), es fundamental disipar el mito de que “si como terapeuta sufro desgaste por empatía, significa que no sirvo para este trabajo”.

Como consecuencia, el terapeuta afectado por el desgaste por empatía, requiere la misma clase de atención terapéutica quienes lo consultan por igual motivo. Es decir, que los mismos procedimientos útiles para tratar a las víctimas del TEPT, lo son también para tratar a las víctimas del desgaste por empatía. Ambos son trastornos individuales e involucran apreciaciones de uno mismo y del medio, de la vulnerabilidad personal y de la condición emocional. Un programa de tratamiento efectivo para tratar al desgaste por empatía en terapeutas debería involucrar una evaluación orientada a lo individual y consistir en un tratamiento en etapas (Harris, 1995).

Se presume que hay siete elementos decisivos en el tratamiento del desgaste por empatía (Figley, 2000):

1. Respetar a los terapeutas que padecen desgaste por empatía, tanto por su dedicación a los demás, que es lo que contribuyó a su estado, como por su coraje en admitirlo.
2. Educarlos acerca de las reacciones que provoca su compasión y de sus causas y consecuencias.
3. Dotarlos de estabilidad suficiente como para proceder de un modo más funcional tanto para sí mismos como para sus consultantes y las personas que los apoyan.
4. Ofrecerles gratificaciones y lograr que se las ofrezcan a sí mismos, de modo que haya en su vida una mayor cuota de alegría y diversión.
5. Orientarlos para que descubran la forma de aliviar su fatiga y las soluciones a sus dilemas profesionales, considerando que éstos son precedentes legítimos.
6. Apaciguarlos, ayudándolos a que encuentren el camino de la recuperación y la esperanza.
7. Derivarlos a otras personas o grupos de apoyo para atención más prolongada, que les garantice que podrán evitar la fatiga en el futuro. (p. 107)

Es decir, que el objetivo fundamental es posibilitar que los “sanadores heridos” formulen y se aseguren para sí mismos, estrategias de supervivencia.

La psicoterapia con personas traumatizadas puede demandar cuidado a largo plazo, especialmente si el evento traumático en sí mismo fue prolongado. Consecuentemente, el terapeuta está expuesto a eventos traumáticos repetidos y por un período de tiempo significativo (Dutton y Rubinstein, 1995)

Se considera que las estrategias para responder a las reacciones de estrés por empatía pueden ser agrupadas en tres áreas: relacionadas con el trabajo, informales y personales.

Las relacionadas con el trabajo pueden incluir un ajuste de la cantidad de casos que se atienden, incluir diversidad de problemáticas de los clientes, y reducir el contacto con aquellos severamente traumatizados. Diversificar las actividades relacionadas con el trabajo, más allá

del contacto directo con los clientes, puede proveer suficiente distancia para reducir el impacto de trabajar exclusivamente con traumas severos. Otra estrategia, es la disponibilidad de consultas para supervisión y/o apoyo de pares, que permitan la seguridad emocional necesaria, para que los terapeutas hablen sobre sus reacciones de estrés por empatía, en un ambiente que provea apoyo y confort. Se ha encontrado una correlación entre la supervisión de apoyo y alivio del estrés en la salud mental de los profesionales.

Las estrategias informales incluyen actividades de autocuidado como mantenimiento de redes de apoyo personal, desarrollar actividades de interés, y buscar experiencias positivas fuera del trabajo.

Las estrategias personales pueden implicar psicoterapia personal para trabajar sobre los efectos de las reacciones de estrés por empatía, y sobre los factores que puedan mediar el impacto o hacer al terapeuta inicialmente más vulnerable. Estas estrategias pueden redireccionar las expectativas idealizadas de los terapeutas sobre su trabajo y la excesiva responsabilidad que pueden tomar para la mejoría de sus clientes, así como también los fracasos o la falta de progreso. El incremento de la preocupación personal es esencial para que los terapeutas puedan monitorear el impacto de su trabajo y responder efectivamente a tiempo.

Según Harris (1995), hay dos momentos apropiados para intervenir cuando un terapeuta está expuesto al estrés por empatía:

- **Durante la fase de reacciones de estrés por empatía:** la intervención es considerada preventiva (prevenir la aparición de desgaste por empatía) y no debería afectar la habilidad del terapeuta para integrar sus propias emociones. La intervención es menos invasiva, y permite mejorar la habilidad del trabajador para asimilar y acomodar el trauma. La mejora es vista como fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento del terapeuta.
- **Durante la fase de integración cuando hay desgaste por empatía:** Es considerada más invasiva y permite identificar las barreras para la integración, para así poder eliminarlas o neutralizarlas, y para fomentar la asimilación y acomodación del trauma.

Ante la situación de que el terapeuta carezca de habilidades de afrontamiento para mejorar, la intervención se vuelve orientada a reemplazar o crear esas habilidades que pueden ser usadas para integrar el estrés por empatía.

Desde la concepción de Saakvitne y Pearlman (1995), las intervenciones que permiten aminorar el impacto del desgaste por empatía pueden ser agrupadas en tres categorías: personal, profesional y organizacional. Las intervenciones específicas deben ser aplicadas en función de las necesidades y preferencias del terapeuta en particular.

2.1. ESTRATEGIAS PERSONALES

A continuación se presenta una lista de las estrategias que se pueden implementar para disminuir el impacto del desgaste:

- **Identificar esquemas perturbados:** identificar áreas de necesidades y esquemas alterados. La imaginación estresante tiende a centrarse en una o más de las 5 áreas de necesidades identificadas en la Teoría Constructivista del Auto-Desarrollo: seguridad, confianza, estima, intimidad y control. Una vez que se ha identificado el área de las necesidades, la difícil imaginación generalmente se vuelve menos intrusiva.
- **Mantener una vida personal:** para combatir los efectos del desgaste por empatía, es importante tener un cumplimiento de una vida personal, más allá de lo laboral.
- **Uso personal de psicoterapia:** puede ser extremadamente útil. Provee una oportunidad regular para focalizarse en uno, en las propias necesidades y en los orígenes de las respuestas en el trabajo. El reconocimiento explícito de que uno mismo merece cuidado y de las propias necesidades como válidas e importantes, es esencial. Entre los diversos tipos de psicoterapia, se recomienda la terapia individual expresiva (como arte o terapia del movimiento), y la terapia de grupo.
- **Identificar actividades sanadoras:** hay muchas formas de restaurar el auto-cuidado a nivel personal, entre ellas se destaca: arte, música, pasar tiempo con la familia y amigos, disfrutar de la naturaleza; viajar; tomarse tiempo libre; realizar hobbies; etc. Son actividades que reconectan al terapeuta con su cuerpo, o que mejoran el activismo político o social, como en el caso de voluntariados que pueden proveer una salida a la indignación que el terapeuta puede sentir. Hacer yoga, meditación y desarrollar una vida espiritual son todas formas de aminorar la pérdida de sentido que es el sello distintivo del desgaste por empatía.
- **Tendencia a las necesidades espirituales:** el daño espiritual, la pérdida de sentido, conexión y esperanza, pueden ser señal de desgaste por empatía, los cuales son profundamente destructivos y críticos para la sobrevivencia y crecimiento.

Poder poner en perspectiva el propio trabajo del terapeuta, puede tener un gran valor restaurativo. Las perspectivas valiosas incluyen lo personal (el trabajo es sólo un aspecto de la vida), lo relacional (trabajar con clientes en un proceso de curación colaborativo), lo profesional (trabajar en un contexto de una amplia red de trabajo de personas con valores y logros similares), lo social (ser parte de un gran movimiento social como lo son los terapeutas del trauma) y lo histórico (esta era es sólo un momento en la historia)²⁹.

2.2. ESTRATEGIAS PROFESIONALES

Dentro de las actividades que pueden desarrollarse para disminuir el desgaste por empatía puede considerarse:

²⁹ Ver Apéndice A. Tabla A1: Intervenciones individuales para respuestas del estrés traumático secundario según Harris (1995).

- **Acordar supervisión:** una supervisión regular o las consultas con un supervisor experimentado en terapia del trauma es esencial para el autocuidado, así como también para el compromiso ético con los clientes. La supervisión debe realizarse en un lugar en el que se discutan casos y las respuestas al trabajo sean sin prejuicios. Debería incluir una discusión sobre los éxitos terapéuticos, que puede permitir restaurar el sentido de valor y de esperanza, y así poder incrementar la capacidad de alegrarse y de realización personal. Saakvitne y Pearlman (1995) también recomiendan la supervisión grupal, considerando los aspectos éticos de la confidencialidad.
- **Realizar consultas:** pueden variar en cuanto a la frecuencia. Se diferencian de la supervisión, en que se focaliza específicamente en la pregunta de cómo la terapia del trauma afecta al terapeuta. Sería como algo intermedio entre terapia personal y supervisión. El consultante provee un marco para entender su respuesta en el trabajo y normalizarlas. Busca la especificidad de qué es lo dificultoso para él y trata de conectarlo con el trabajo y necesidades psicológicas.
- **Desarrollar conexión profesional:** Construir un sentido de conexión profesional puede significar asistir a talleres o seminarios, ir a grupos de apoyo, encontrarse con colegas para compartir estrategias de afrontamiento, y dar supervisión. Mantenerse conectado con la comunidad de los terapeutas del trauma ayuda a afirmar el propio compromiso.
- **Desarrollar un equilibrio del trabajo con la vida:** es importante explicitar las diferentes actividades que realizan a lo largo del tiempo y día a día, para poder así, modular la exposición al material traumático. Incluso fuera del consultorio, también se puede limitar la exposición realizando otras actividades no profesionales.
- **Ser conscientes de los logros:** recordar la importancia, valor y sentido del trabajo, puede ser muy restaurativo.

2.3. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

- **Atender a la configuración física:** la seguridad, privacidad, y confort en el espacio terapéutico son muy importante. Dicho espacio es parte del autocuidado, es significativo que el consultorio sea confortable, tranquilizante y que exprese la identidad del terapeuta.
- **Acordar los recursos adecuados:** las organizaciones deberían proveer oportunidades para supervisiones regulares, consultas y discusión de casos. Deberían proveer recursos y alentar activamente el desarrollo de actividades profesionales como continuar educándose. Los terapeutas que trabajan sin los beneficios adecuados, como puede ser tener cobertura de obra social (que incluya cuidado de la salud mental) y tiempo libre para vacaciones; están enfrentando tensiones que hacen al trabajo todavía más estresante y ponen en peligro el bienestar del cliente, de los terapeutas, de la organización y de la profesión.
- **Crear una atmósfera de respeto:** El respeto al cliente puede ser transmitido de diversas maneras: incluyendo desde la gestión de las llamadas telefónicas,

formularios de admisión, procedimiento de los turnos, el mantenimiento de los registros hasta la confidencialidad del material del cliente. Las organizaciones pueden ayudar a sus empleados terapeutas, acordando apoyo financiero cuando se requieren tratamientos a largo plazo, ayudar a los terapeutas a obtener entrenamiento, brindar educación sobre el tratamiento del trauma, establecer “fondos de becas”, etc.

- **Desarrollar servicios adjuntos:** las organizaciones pueden ayudar desarrollando recursos como acceso a profesionales médicos experimentados para la medicación y consultas sobre la salud física, grupos de auto-ayuda, acceso a servicios de tratamiento a pacientes internados, ambulantes y externos, etc. Los grupos de terapeutas pueden compartir información sobre recursos y oportunidades para que cada terapeuta no tenga que hacerlo solo. Todos estos recursos ayudan al terapeuta a hacer su trabajo en una comunidad, que permita combatir la sensación de aislamiento que genera el desgaste por empatía.

Entre los programas existentes, se destaca el de Gentry, Baranowsky y Dunning (1992, citado en Moreno-Jiménez et al., 2004b), que ha sido denominado como “Programa de Recuperación Acelerado de Desgaste por Empatía”. Fue desarrollado para que los profesionales puedan establecer estrategias apunten a recuperar su vida personal y profesional, mientras resuelven los síntomas como las causas del estrés por empatía. Los resultados de la aplicación arrojan que los terapeutas están mejor preparados para enfrentar el estrés y tratar a futuros clientes traumatizados.

3. DEL DAÑO A LA ESPERANZA

Quizás el impacto más insidioso del desgaste por empatía a lo largo del tiempo, es la perturbación de la esperanza e idealismo. La mayoría de los profesionales que empiezan a trabajar en el campo del trauma, tienen el deseo de ser útiles, con expectativas ilusorias respecto a la rapidez de los cambios.

Sin embargo, como resultado directo del desgaste por empatía, es muy fácil terminar en el cinismo y pesimismo. “Quienes trabajan con los sobrevivientes del trauma no pueden darse el lujo de renunciar a la esperanza”³⁰ (Saakvitne y Pearlman, 1996, 49). Para algunos terapeutas el costo y el compromiso del desgaste por empatía son muy altos.

Es la propia responsabilidad de los terapeutas, cuidar de sí y establecer límites en su disponibilidad y rol que les permite hacer su trabajo y no quedar desgastados.

Figley (2000) plantea que:

Para los terapeutas traumatizados, el desafío consiste en transformar creativamente el dolor que absorbieron de sus consultantes en una fuente de

³⁰ “Those who work with survivors of trauma cannot afford to give up hope”. Traducción no autorizada.

inspiración. Deben encontrar la forma de reconocer que su rol consiste en ayudar en la mayor medida posible a la mayor cantidad de gente que puedan; pero también que tienen limitaciones, y que para ser aún más eficaces en su ayuda a futuros consultantes, tendrán que cuidar de sí mismos y mejorar. (p. 108).

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Analizar el síndrome de desgaste por empatía en psicólogos clínicos.

Objetivos Específicos:

- Medir el nivel de desgaste por empatía en psicólogos clínicos.
- Explorar en qué medida se relaciona la edad, el sexo, los años de antigüedad profesional, la cantidad de pacientes que asisten semanalmente, el ámbito en que se desempeñan, grupo etario que atienden predominantemente, modalidad de abordaje, y patologías con las que trabajan, con el síndrome de desgaste por empatía.
- Conocer la valoración que realizan los psicólogos clínicos del impacto emocional percibido en su trabajo profesional.
- Analizar las conductas que se instrumentan con mayor frecuencia para mejorar la vida personal-profesional

1.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

a) DESGASTE POR EMPATÍA

Por desgaste por empatía se entiende al estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Es una función que se activa al ser testigos del sufrimiento del otro (Figley, 1995).

b) IMPACTO EMOCIONAL

Un contexto con impacto emocional es considerado en función del contacto con el sufrimiento psicológico de los clientes, de las patologías con las que se trabaja, la intensidad con que se los asiste, con el grupo etario que predominantemente se atiende y con el tipo de abordaje. Asimismo se incluye en esta variable, el ámbito de trabajo; ya que se presume que al sector público llegan los casos de mayor contenido traumatizante.

Para su evaluación se indaga sobre:

- Edad
- Sexo
- Años de antigüedad profesional
- Cantidad de pacientes que asisten semanalmente
- Ámbito en que se desempeñan
- Grupo etario que atienden predominantemente
- Modalidad de abordaje
- Patologías con las que trabajan

Además se incluye una escala, en la que el profesional psicólogo debe puntuar si su trabajo clínico implica un impacto emocional: alto, medio o bajo.

c) CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

Serán consideradas como medidas preventivas para el Síndrome de Desgaste por Empatía. Alude a las competencias que permiten promover la salud y bienestar psicológico en el ámbito de la psicoterapia. Se definen como operantes funcionales, es decir, como un conjunto de conductas específicas que al ser emitidas generan un mismo efecto, que en este caso sería la disminución del Síndrome de Desgaste por Empatía (Olivares, Morales Messeser, Rodríguez Ureta y Guerra Vio, 2007).

Con respecto al autocuidado, será entendido como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud (Guerra et al.; 2009), es decir las conductas que puede realizar él mismo o que incluso pueden ser generadas por la institución en la que se desempeña, en pos de la salud. Aludiría a las herramientas de afrontamiento respecto del Síndrome de Desgaste por Empatía. El autocuidado implica estrategias tanto a nivel personal como a nivel laboral o profesional.

2. TIPO DE ESTUDIO Y DE DISEÑO

El presente trabajo utiliza un enfoque mixto. El tipo de estudio es descriptivo. El diseño es no experimental de tipo transversal, descriptivo con encuestas.

En primer lugar, el enfoque mixto implica un alto grado de integración de los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan durante todo el proceso de investigación, agregando complejidad al diseño ya que se aprovechan las bondades de ambos enfoques. Desde lo cuantitativo, se intenta comprobar las preguntas de investigación mediante el análisis estadístico y medición estandarizada y numérica, que en este caso se basó en la aplicación de una escala (IDE), de la prueba no paramétrica chi cuadrado, medición de frecuencias, medias, etc. La intención aquí sería generalizar en base a un pensamiento deductivo. Pero por el otro lado, desde lo cualitativo, se intentó captar la vivencia y experiencia de los sujetos mediante la aplicación de preguntas abiertas, que brindan pautas para la interpretación de los resultados obtenidos con las técnicas cuantitativas.

En segundo lugar es un estudio descriptivo ya que el objetivo aquí es medir, describir, en qué grado los psicólogos evaluados están desgastados. Asimismo se intenta especificar las propiedades más importantes, por lo que también se miden otras variables para detectar cómo inciden en dicho fenómeno; que según la teoría consultada, estarían relacionados.

El diseño es no experimental, porque no se realiza ninguna manipulación de variables. Simplemente se miden y describen tal como se presentan.

En cuarto y último lugar es de tipo transversal, porque la recolección de datos es de medición única, se realiza en determinado momento para ver cómo se manifiesta el fenómeno, que en este caso gira en torno al síndrome de desgaste por empatía. Para el relevamiento de datos se instrumenta un modelo de encuesta que consta de dos partes: variables sociodemográficas y laborales y de una escala.

3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra es no probabilística y seleccionada de forma intencional, por lo que el grado de generalización de los resultados se reduce aunque permite realizar aproximaciones en el ejercicio de los psicólogos que se desempeñan en el área clínica (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2006).

La condición fundamental para formar parte de la misma era ser psicólogo recibido y estar trabajando en el área clínica, ya sea en ámbito público, privado o en ambos. En general se trató de localizar profesionales que se desempeñen en instituciones que se caractericen por estar en contacto con casos de alto impacto emocional; con el fin de poder detectar mejor la variable de desgaste por empatía.

La totalidad de los encuestados constituye una muestra de un N=135, de los cuales 111 (82%) es de sexo femenino y 24 (18%) de sexo masculino; cuyas edades oscilan entre 24 y 65 años, con una media de 35 años.

4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos que se utilizaron para recoger los datos son:

4.1. Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) de Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber y Main (2011) (Universidad Católica de Santa Fe)

Es un cuestionario que evalúa la capacidad empática profesional y el nivel de desgaste por empatía que pueden presentar aquellos profesionales que trabajan con personas; es decir en qué medida los afectó positiva o negativamente.

Asimismo mide recursos laborales y personales que optimizarían la labor de ayuda y la capacidad empática. Cabe aclarar que es la única escala que mide el síndrome de desgaste por empatía realizada en Argentina, y que corresponde a la versión posterior al ESAPE (escala de agotamiento por empatía), también desarrollada por Jesús Zamponi et al. (2010).

Consta de 27 ítems en una escala tipo Likert que va de 0 como muy de acuerdo a 3 como muy en desacuerdo. El Alpha de Cronbach es de 0,69; por lo que tendría una fiabilidad aceptable.

Para su evaluación, se tienen en cuenta tres factores (Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber y Main, 2011):

- **Involucración Profesional:** Dimensión que evalúa el grado de involucración en la relación cliente-profesional. El buen desarrollo del trabajo profesional implica un grado razonable de involucración. Tanto el exceso como la falta de involucración perturban la calidad y el resultado del trabajo.
- **Cuidado Personal:** Dimensión que indica en qué medida el profesional cuenta con recursos personales y técnicos de cuidado personal para prevenir o afrontar el desgaste bio-psico-físico propio del trabajo de ayuda.
- **Vulnerabilidad:** Dimensión que evalúa el grado de vulnerabilidad que se activa en el trabajo profesional. Refiere a la medida en que el sujeto se percibe afectado por su trabajo profesional, manifestándose y reconociéndose tanto a nivel físico, psíquico, emocional y de relaciones sociales.

La puntuación resultante arroja un perfil que ubica a quien responde en un continuo que va desde la capacidad empática intacta hasta la manifestación franca del síndrome.

En función de los puntajes obtenidos, se determinan cuatro perfiles posibles:

- **Perfil 1:** funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía. Para ello se requiere que:
 - Que el resultado de la evaluación total sea menor a 20.
 - Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 25.
 - Que ningún factor tenga un puntaje mayor a su percentil 50.
 - En caso de no cumplirse el punto 'b' y/o 'c', por más de que el puntaje total sea inferior a 20, el diagnóstico corresponde al perfil 2.
- **Perfil 2:** Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía. Para ello se requiere que:
 - Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor 20 y menor que 41.
 - Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 50.
 - Que ningún factor tenga un puntaje mayor a su percentil 75.

- En caso de no cumplirse el punto 'b' y/o 'c', por más de que el puntaje total sea un valor entre 21 y 41, el diagnóstico corresponde al perfil 3.
- **Perfil 3:** Funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía. Para ello se requiere que:
 - Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 41 y menor que 61.
 - Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean mayores al valor correspondiente a su percentil 50 y menores o iguales que el valor de su percentil 75.
 - Que ningún factor tenga un puntaje menor a su percentil 25. En caso que esto no se cumpla, el diagnóstico corresponde al perfil 2 "Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía".
 - En caso de no cumplirse el punto 'b', por más de que el puntaje total sea un valor entre 21 y 41, el diagnóstico corresponde al perfil 4.
- **Perfil 4:** Funcionamiento empático anormal, con síndrome de desgaste por empatía. Para ello se requiere:
 - Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 61.
 - Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean mayores al valor correspondiente a su percentil 75 y nunca menores a su percentil 25. Si el puntaje de un factor es menor que el correspondiente a su percentil 25, por más que los valores de los dos restantes sean mayores a su percentil 75, el diagnóstico corresponde al perfil 3.

4.2. Cuestionario sociodemográfico y laboral

Se construyó un cuestionario a los fines de obtener información sobre la edad, el sexo, grado académico alcanzado en el área clínica, años de antigüedad como psicólogo clínico, ámbito de trabajo (ya sea público, privado o ambos), cantidad de pacientes que atiende semanalmente, grupo etario que asiste, tipo de abordaje, modalidad de trabajo, y tipo de patologías.

Asimismo se indagó si en la experiencia de su trabajo clínico tuvo casos que lo afectaron mucho emocionalmente, y cuáles fueron las temáticas respectivas. Por otra parte, se tuvo en cuenta en qué medida puntuaron su trabajo respecto al impacto emocional. Por último, se solicitó que especificaran qué actividades realizan para enriquecer su vida personal y profesional.

5. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

En primer lugar, se estableció contacto vía mail con el Lic. Jesús Zamponi, de la Universidad Católica de Santa Fe; que según las investigaciones consultadas, es el autor de la única escala

que mide el Síndrome de Desgaste por Empatía validada en Argentina. Posteriormente, enviaron también vía mail, la información respectiva a la escala y el Inventario de Desgaste por Empatía; solicitando que los resultados obtenidos de la muestra sean enviados para la confección de los baremos respectivos.

Luego, se confeccionó la encuesta que incluye variables sociodemográficas y laborales, en base a datos que la bibliografía consultada sobre el síndrome de desgaste por empatía, destacaba como importante y vinculada al tema. Para su confección se usó como referencia, un modelo de encuesta proporcionado por el Lic. Leonardo Casari (trabajo en proceso de su Tesis Doctoral). Por otra parte, para complementar la encuesta, se añadieron preguntas respecto a la afectación e impacto emocional de casos clínicos, temáticas destacadas y actividades de enriquecimiento personal y profesional, lo cual aportaría datos para un análisis de tipo más cualitativo sobre la experiencia de los psicólogos en su ejercicio profesional. Por ello es que éstas dos últimas se formularon de modo tal que los sujetos encuestados pudieran expresarse y expresarse abiertamente.

Al contactar a los profesionales, se pretendió que hubiera diferencias principalmente en el ámbito de trabajo, tratando de localizar a aquellos que estaban en mayor contacto con casos clínicos de alto impacto emocional. Para ello se confeccionó una lista de profesionales y de instituciones que prioritariamente debían conformar la muestra. Entre dichas instituciones se destacan: el CAI, Salud Mental de la Provincia de Mendoza, Servicios Infanto-Juveniles, centros de salud, hospitales, Policía de Neuquén; así como también psicólogos que se desempeñan independientemente en consultorios privados.

El contacto se realizó tanto personalmente como virtualmente por internet. Quienes fueron contactados en forma personal, se les entregó la encuesta³¹ impresa, acordando una fecha para la recepción de las mismas. Para el resto de los profesionales de la lista, se les envió un correo electrónico que contenía la encuesta y la escala en el cuerpo de la misma así como también con un link que les permitía acceder a la misma encuesta pero informatizada de tal manera que reducía los tiempos de respuesta, sin la necesidad de descargar un archivo y preservando el anonimato de los sujetos, ya que sólo se accedía a la planilla de respuestas de dicho programa. Para ello se utilizó el programa Google Docs. Esto permitió lograr un gran alcance en los profesionales y comodidad ya que sólo implicaba hacer un “click” en las opciones que identificaran al profesional.

Por último, se contactó a profesionales mediante grupos de psicólogos clínicos que disponen espacios de discusión científica en la red (gracias al contacto del Lic. Leonardo Casari), que accedían con el link mencionado más arriba. Estos grupos son: Nuevos Psicólogos; Psicólogas y Psicólogos de Argentina; Psicólogas y Psicólogos de Mendoza, Argentina; Interconsultas Psi y G68. Con esta metodología se amplió en gran medida la llegada a profesionales de todo el país (Buenos Aires, Mendoza, Neuquén, Córdoba, San Juan, Entre Ríos, Corrientes, Río Negro).

³¹ Ver Apéndice B.

La participación fue anónima y voluntaria, y de aplicación individual.

Para el análisis de los resultados del Inventario de Desgaste por Empatía, se utilizó una planilla de Excel, en la que se cargaron las fórmulas correspondientes a cada variable³² según la hoja de cálculo (Involucración Profesional, Cuidado Personal y Vulnerabilidad). Esto permitió la obtención de los resultados de una manera muy rápida y sencilla. Luego se procedió a asignarle a cada sujeto el perfil correspondiente en función de tales valores y un número (del 1 al 135) para su identificación.

Posteriormente, para el análisis de los datos se utilizó el programa de estadística SPSS. En primer lugar se cargaron las variables en el programa. En el caso de edad y años de antigüedad fueron divididas en rangos para facilitar la manipulación de los datos. Cabe considerar, que en la gran mayoría de las encuestas, los sujetos eligieron más de una opción cuando en la misma se aclaraba que en caso de existir más de una, sólo debían marcar aquella que fuera predominante. Por ello es que en el programa SPSS se añadió en dichos casos, la opción "Varios", que alude a los sujetos que marcaron más de una opción. Sin embargo, esos datos fueron considerados y discriminados, utilizando una planilla en Excel. Como resultado, se logró obtener porcentajes en relación a la totalidad de las respuestas y de las opciones.

En un primer momento se aplicaron estadísticos descriptivos. Se confeccionaron tablas de contingencia para observar cómo se relacionaba el síndrome de desgaste por empatía con las diferentes variables. Teniendo en cuenta que las variables de este estudio son nominales en un segundo momento se aplicaron pruebas no paramétricas: la prueba chi-cuadrado (χ^2) para explorar si hay independencia entre las variables.

³² Ver Apéndice B.

CAPÍTULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está conformada por 135 psicólogos, que en su mayoría residen en Buenos Aires (52%), Mendoza (23%) y Neuquén (15%). El resto corresponde a Córdoba (5%), Río Negro (1,5%), San Juan (1%), Corrientes (1%) y Entre Ríos (1,5%).

Respecto al género, el 82% es de sexo femenino, y el 18% masculino. La media de edad de los encuestados es de 35 años, con una mínima de 24 y una máxima de 65.

Tabla 2: Frecuencias y porcentajes de las edades de los sujetos categorizadas en rangos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Del menor a 30 años	61	45,2
	Entre 31 y 40 años	40	29,6
	Entre 41 y 50	20	14,8
	De 51 años al mayor	14	10,4
	Total	135	100

En esta tabla se observa la distribución de los sujetos en función de la edad. Se destaca que casi la mitad de la muestra tiene 30 años o menos, por lo que la mayoría son jóvenes. Sólo el 25% supera los 41 años.

2. TRABAJO CLÍNICO

Respecto al trabajo clínico o ejercicio profesional de los psicólogos encuestados, se analizó una serie de variables que se describen a continuación.

En lo que refiere a la antigüedad de los profesionales que conformaron la muestra, se observa una media de 7, 5 años, con una máxima de 35 años. Es decir, que un 57% se ha desempeñado en la profesión entre 1 y 5 años.

Tabla 3: Frecuencias y porcentajes de los años de antigüedad de los sujetos categorizadas en rangos.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	De 1 a 5 años	77	57
	De 6 a 10 años	26	19,3
	De 11 a 20 años	20	14,8
	De 21 años al mayor	12	8,9
	Total	135	100

Aquí se detalla la distribución de los sujetos conforme a los años trabajados en el área clínica. Estos datos eran esperables en función de la información proporcionada por la tabla 2 donde se observa que la mayoría de los sujetos de la muestra son jóvenes profesionales.

A su vez, el 64% ha alcanzado el grado de formación académica correspondiente a Licenciatura, un 8% Maestría y el 1% Doctorado. El resto de los encuestados (27%) marcó la opción “Otros”, que en su mayoría alude a Especialización (56%).

El ámbito de trabajo que predominó en la muestra es el privado (63%). Un 24% se desempeña en ambos y por último, sólo un 13% ejerce únicamente en el ámbito público. Asimismo, la gran mayoría tiene una modalidad de trabajo individual (74%), siendo sólo un 26% los que trabajan en equipo.

En cuanto al tipo de abordaje, se observa en total que el 76% realiza un abordaje individual, un 9% trabaja con parejas, un 4% a nivel grupal y el 11% a nivel familiar. Estos datos sólo reflejan el tipo de abordaje que predomina en el ejercicio de los profesionales encuestados.

La siguiente tabla refleja la cantidad de pacientes que se asisten semanalmente:

Tabla 4: Frecuencias y porcentajes sobre la cantidad de pacientes que se asisten semanalmente.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	hasta 15	62	45,9
	entre 16 y 25	45	33,3
	entre 26 y 35	18	13,3
	más de 35	10	7,4
	Total	135	100

Como se observa, casi la mitad de la muestra atiende hasta un máximo de 15 pacientes (46%), seguido por aquellos que asisten entre 16 y 25 (33%). La menor frecuencia es detectada en los que atenderían 35 pacientes o más (7,4%).

Respecto a los grupos etarios de los pacientes/clientes, se observa un predominio de adultos (59%), seguido por niños y adolescentes (36%) y en menor medida adultos mayores (5%).

En cuanto a la variable relacionada con el impacto emocional percibido por los profesionales en su ejercicio profesional en el área clínica, el 55% lo evalúa en un nivel medio. Es percibido como alto por un 34% y bajo por un 11% de los encuestados.

En la siguiente tabla se presentan las principales patologías que asisten:

Tabla 5: Porcentajes correspondientes a las patologías que los psicólogos clínicos asisten predominantemente.

PATOLOGÍAS	PORCENTAJE
Ansiedad y depresión	29%
Trastornos de la personalidad	15%
Adicciones	9%
Trastornos severos (psicosis)	9%
Trastornos de la comunicación	10%
Abuso sexual infantil	9%
Violencia intrafamiliar	13%
Neurosis	1%
Crisis adolescenciales y de pareja	1%
Traumas	0,30%
Trastornos de conducta	1%
Derechos vulnerados	0,30%
Trastornos generalizados del desarrollo	2%
Duelos	0,50%

Como se observa, la principal demanda corresponde a la categoría de ansiedad y depresión (29%), seguida de trastornos de la personalidad (15%), violencia intrafamiliar (13%), trastornos de la comunicación (10%), y adicciones, trastornos severos y abuso sexual infantil (9%). En su mayoría se trata de alteraciones que implican gran sufrimiento en las personas.

Sin embargo, en cuanto a la afectación emocional el 56% considera que alguna vez se sintió afectado por algún caso clínico, mientras que el 44% restante considera lo contrario.

Respecto a las temáticas de quienes fueron afectados, se observó que en mayor medida aludía a casos de abuso sexual (24%). En segundo lugar de prevalencia, el 23% se sintió afectado emocionalmente por atender casos de violencia intrafamiliar.

Por otra parte, las patologías graves, y los intentos de suicidio (9%) también se encuentran entre las temáticas que más afectan a los psicólogos. Asimismo, en menor medida, aunque no menos significativo, los terapeutas evaluados consideran que también son afectados por casos de duelos.

Con una frecuencia de un 6%, se mencionó como temática que los afecta en su ejercicio tanto a casos de enfermedades terminales como así también, casos de abandono, no sólo a nivel familiar sino también a nivel institucional.

En un 5%, estarían afectados por temáticas relacionadas con situaciones de vulnerabilidad social. Por último, con un 2% de frecuencia, se mencionó a casos con discapacidad, amenaza hacia el profesional y casos de diversidad sexual. En última instancia, se mencionó el tema de trata de blancas.

Como se aclaró anteriormente, 55 fueron las personas que contestaron en forma negativa.

3. CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

Con conductas de autocuidado, se alude a las actividades que llevan a cabo, para contrarrestar los efectos negativos del trabajo clínico y enriquecer su vida personal y profesional. Fueron categorizadas para una mejor manipulación de los datos:

Tabla 6: Porcentajes correspondientes a las actividades que realizan los psicólogos clínicos para enriquecer su vida personal y profesional.

ACTIVIDADES	PORCENTAJES
Ninguna	1%
Actividad física (deportes, pilates, caminatas, etc.)	16%
Actividades sociales y familiares (tiempo con la familia, vecinos, amigos, etc.)	13%
Actividades de crecimiento personal y espiritual (yoga, medicina china, meditación, religión, reiki, etc.)	2%
Actividades artísticas y culturales (cine, teatro, música, arte, baile, etc.)	13%
Formación profesional (talleres, seminarios, posgrados, maestrías, supervisión, análisis personal, investigación, interconsultas, etc.)	37%
Actividades comunitarias (participación en ONGs, proyectos comunitarios, etc.)	1%
Actividades de esparcimiento y recreación (viajes, paseos, salidas, estar en contacto con animales y la naturaleza, etc.)	11%
Otras actividades económicas (cocina y pastelería, enseñanza de actividades artísticas diversas, etc.)	6%

Como se observa, predominan las actividades que aluden a la formación profesional en gran medida (37%). En frecuencia, le siguen actividad física, sociales y familiares, artísticas y culturales y de esparcimiento y recreación.

4. SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

En lo respecta a la variable central de esta investigación, se observa que en el perfil 1, Funcionamiento empático óptimo sin riesgo de desgaste por empatía, se halla el 11% de los

psicólogos de la muestra. El 83%, se ubica en el perfil 2 correspondiente a Funcionamiento empático normal sin riesgo de desgaste. Un 5% presentaría un funcionamiento empático normal con riesgo (perfil 3); y sólo menos del 1% presentaría un funcionamiento empático anormal con desgaste por empatía (perfil 4).

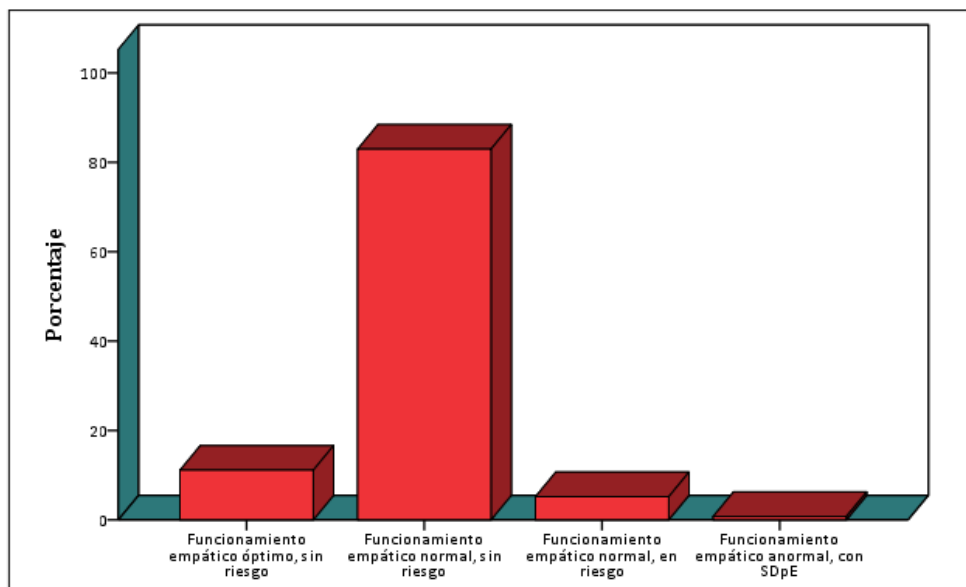


Figura 3. Gráfico de barras de los porcentajes correspondientes a los perfiles según el IDE.

5. ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN RELACIÓN A OTRAS VARIABLES

Se considera que dentro de los factores que contribuyen al desencadenamiento del síndrome de desgaste, están las características de la terapia y el contexto (Saakvitne & Pearlman, 1996). Entre ellas se destacan aspectos de los clientes, su edad, la naturaleza de la consulta, el contexto en el que se trabaja, etc. Lo que se pretende aquí es detectar en qué medida los aportes teóricos coinciden con los datos obtenidos y a partir de allí poder realizar inferencias y aproximaciones.

5.1. EN RELACIÓN A DATOS DE LA MUESTRA

Por un lado, se observa en la siguiente tabla, las variables edad (categorizadas en rangos), sexo y el perfil correspondiente según el IDE³³.

³³ Inventario de Desgaste por Empatía, Zamponi y cols. (2011).

Tabla 7: Tabla de contingencia de las variables edad, sexo y perfil según el IDE.

				Sexo		
Perfil				Hombre	Mujer	Total
Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Rango de edad	Del menor a 30 años	Recuento	1	8	9
			% del total	6,7%	53,3%	60,0%
		Entre 31 y 40 años	Recuento	0	3	3
			% del total	,0%	20,0%	20,0%
		Entre 41 y 50	Recuento	0	1	1
			% del total	,0%	6,7%	6,7%
		de 51 años al mayor	Recuento	1	1	2
		% del total	6,7%	6,7%	13,3%	
	Total		Recuento	2	13	15
			% del total	13,3%	86,7%	100,0%
Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Rango de edad	Del menor a 30 años	Recuento	6	42	48
			% del total	5,4%	37,5%	42,9%
		Entre 31 y 40 años	Recuento	7	26	33
			% del total	6,3%	23,2%	29,5%
		Entre 41 y 50	Recuento	3	16	19
			% del total	2,7%	14,3%	17,0%
		de 51 años al mayor	Recuento	4	8	12
		% del total	3,6%	7,1%	10,7%	
	Total		Recuento	20	92	112
			% del total	17,9%	82,1%	100,0%
Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Rango de edad	Del menor a 30 años	Recuento	0	3	3
			% del total	,0%	42,9%	42,9%
		Entre 31 y 40 años	Recuento	2	2	4
			% del total	28,6%	28,6%	57,1%
	Total		Recuento	2	5	7
			% del total	28,6%	71,4%	100,0%
Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Rango de edad	Del menor a 30 años	Recuento		1	1
			% del total		100,0%	100,0%
	Total		Recuento		1	1
			% del total		100,0%	100,0%
<i>Total</i>	<i>Rango de edad</i>	<i>Del menor a 30 años</i>	<i>Recuento</i>	7	54	61
			<i>% del total</i>	5,2%	40,0%	45,2%
		<i>Entre 31 y 40 años</i>	<i>Recuento</i>	9	31	40
			<i>% del total</i>	6,7%	23,0%	29,6%
		<i>Entre 41 y 50</i>	<i>Recuento</i>	3	17	20
			<i>% del total</i>	2,2%	12,6%	14,8%
		<i>de 51 años al mayor</i>	<i>Recuento</i>	5	9	14
		<i>% del total</i>	3,7%	6,7%	10,4%	
	<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	24	111	135
			<i>% del total</i>	17,8%	82,2%	100,0%

Como se observa, en lo que respecta al funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de desgaste por empatía, el 86% es de sexo femenino, del cual el 53% tiene una edad menor o igual a los 30 años. En cuanto al perfil 2, el 88% son mujeres, y nuevamente se detecta que la mayoría de los encuestados que corresponden a este perfil, tienen una edad de hasta 30 años (43%).

Respecto al perfil que implica riesgo, el 57% tiene una edad entre 31 y 40 años, observándose la misma frecuencia en hombres y en mujeres. Sin embargo, el 43% restante corresponde al sexo femenino, con una edad menor o igual a 30 años. Por último, el único caso que presenta el síndrome de desgaste por empatía, con un funcionamiento empático anormal, corresponde a una mujer de 30 años o menos.

No obstante, haciendo otra lectura de los datos de la tabla, se detecta que el porcentaje de hombres con un perfil en riesgo es del 17%; mientras que en las mujeres, teniendo en cuenta el perfil 3 y 4, es de 5,4%. Esto no se condice con la bibliografía consultada, según la cual se infería que la sintomatología del desgaste por empatía sería mayor en el sexo femenino.

5.2. EN RELACIÓN AL TRABAJO CLÍNICO

En la siguiente tabla, se cruzan las variables de antigüedad laboral y los perfiles:

Tabla 8: Tabla de contingencia de las variables años de antigüedad laboral y perfil según el IDE.

Perfil	Funcionamiento empático		Rango Antigüedad Laboral				Total
			De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 20 años	De 21 años al mayor	
Perfil 1	Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Recuento	10	3	1	1	15
		% del total	7,40%	2,20%	0,70%	0,70%	11,10%
Perfil 2	Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Recuento	63	21	17	11	112
		% del total	46,70%	15,60%	12,60%	8,10%	83,00%
Perfil 3	Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Recuento	3	2	2	0	7
		% del total	2,20%	1,50%	1,50%	0,00%	5,20%
Perfil 4	Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	0,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%
Total		Recuento	77	26	20	12	135
		% del total	57,00%	19,30%	14,80%	8,90%	100,00%

Se observa que más de la mitad de la muestra tiene una antigüedad entre 1 y 5 años. De ellos, la gran mayoría se encuentra entre el perfil 1 y 2 (95%). Los que tienen una antigüedad entre 6 y 10 años, también se concentran en el segundo perfil. Este mismo patrón se repite con aquellos que llevan trabajando en el área clínica entre 11 y 20 años y los de más de 21.

Sin embargo, resulta relevante que a medida que aumentan los años de antigüedad, disminuye la frecuencia de perfiles con riesgo (3 y 4). Esto coincide con el hecho de que en el primer rango se detectan 3 casos de un total de 7 correspondientes al perfil 3 y el único caso con el síndrome de desgaste. Esto coincide con las investigaciones consultadas, según las cuales se considera que la antigüedad profesional, sería un factor de resiliencia. Se ha observado que los principiantes pueden llegar a sentir más culpa cuando el paciente re-experimenta las experiencias traumáticas en las entrevistas. Incluso se ha observado que presentan índices de mayor estrés. (Dutton y Rubinstein, 1995).

A continuación se observa en la tabla de contingencia a las variables de formación académica y de perfil.

Tabla 9: Tabla de contingencia de las variables formación académica y perfil según el IDE.

Perfil	Funcionamiento empático		Formación académica				Total
			Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otros	
Perfil 1	Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Recuento	10	2	0	3	15
		% del total	7,40%	1,50%	0,00%	2,20%	11,10%
Perfil 2	Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Recuento	74	9	1	28	112
		% del total	54,80%	6,70%	0,70%	20,70%	83,00%
Perfil 3	Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Recuento	2	0	0	5	7
		% del total	1,50%	0,00%	0,00%	3,70%	5,20%
Perfil 4	Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%	0,70%
Total		Recuento	86	11	1	37	135
		% del total	63,70%	8,10%	0,70%	27,40%	100,00%

Teóricamente, se esperaría que el menor riesgo de desgaste se presente en quienes tienen un nivel de formación de licenciatura; de riesgo moderado los de doctorado y los de mayor riesgo quienes han realizado entrenamientos de posgrado (Moreno-Jiménez y cols., 2004^a).

No obstante, los datos de la tabla no permiten inferir tal tendencia. Sí puede observarse que los sujetos del nivel de licenciatura, en un 62% no presentan riesgo alguno respecto al síndrome de desgaste; como así también se lo observa en el sujeto que llegó a un nivel de formación de doctorado. Sin embargo, los sujetos que recibieron entrenamiento de posgrado

(incluyendo maestrías, especialidades y cursos) en su mayoría corresponden al perfil 2, por lo que no se manifiesta la tendencia mencionada anteriormente. De todos modos, sí debe considerarse que el sujeto que manifiesta un funcionamiento empático anormal con síndrome de desgaste por empatía, ha alcanzado el nivel de especialización.

Si se observan las conclusiones de la tabla anterior y ésta, podría inferirse que a menor antigüedad en la profesión y a mayor nivel de entrenamiento de posgrado, habría mayor riesgo de desgaste por empatía. Justamente, estas son las condiciones que cumple el sujeto del perfil 4 y casi la mitad correspondiente al perfil 3. Asimismo, quienes presentan menor riesgo del síndrome, en su mayoría tienen pocos años de antigüedad (1 a 10 años) y un bajo nivel de formación (Licenciatura).

En otras investigaciones (Figley, 1995) se ha observado que los terapeutas considerados como más efectivos (con mayor capacidad para sentir o expresar empatía), serían los más vulnerables al desgaste. Sin embargo esto no puede ser apreciado con la técnica utilizada, ya que ésta tiene una lógica interna de que a mayor empatía, menor es el desgaste. Este aspecto debería ser considerado para futuras revisiones de la misma.

Por otra parte, en la siguiente tabla, se pretende detectar si puede inferirse alguna relación entre el perfil, la cantidad de pacientes y percepción del impacto emocional de su ejercicio:

Tabla 10: Tabla de contingencia de las variables cantidad de pacientes que se asisten semanalmente, percepción del impacto emocional y perfil según el IDE.

Perfil				Impacto emocional			Total
				Alto	Medio	Bajo	
Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Cantidad de pacientes	hasta 15 pac	Recuento	0	4	2	6
			% del total	,0%	26,7%	13,3%	40,0%
		entre 16 y 25 pac	Recuento	2	5	0	7
			% del total	13,3%	33,3%	,0%	46,7%
		entre 26 y 35 pac	Recuento	1	0	0	1
			% del total	6,7%	,0%	,0%	6,7%
		más de 35 pac	Recuento	0	0	1	1
			% del total	,0%	,0%	6,7%	6,7%
	Total		Recuento	3	9	3	15
			% del total	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Cantidad de pacientes	hasta 15 pac	Recuento	17	30	6	53
			% del total	15,2%	26,8%	5,4%	47,3%
		entre 16 y 25 pac	Recuento	11	20	4	35
			% del total	9,8%	17,9%	3,6%	31,3%
	entre 26 y 35 pac	Recuento	7	8	1	16	

			% del total	6,3%	7,1%	,9%	14,3%
		más de 35 pac	Recuento	1	6	1	8
			% del total	,9%	5,4%	,9%	7,1%
	Total		Recuento	36	64	12	112
			% del total	32,1%	57,1%	10,7%	100,0%
Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Cantidad de pacientes	hasta 15 pac	Recuento	2	1		3
			% del total	28,6%	14,3%		42,9%
		entre 16 y 25 pac	Recuento	3	0		3
			% del total	42,9%	,0%		42,9%
		más de 35 pac	Recuento	1	0		1
			% del total	14,3%	,0%		14,3%
	Total		Recuento	6	1		7
			% del total	85,7%	14,3%		100,0%
Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Cantidad de pacientes	entre 26 y 35 pac	Recuento	1			1
			% del total	100,0%			100,0%
	Total		Recuento	1			1
			% del total	100,0%			100,0%
<i>Total</i>	<i>Cantidad de pacientes</i>	<i>hasta 15 pac</i>	<i>Recuento</i>	<i>19</i>	<i>35</i>	<i>8</i>	<i>62</i>
			<i>% del total</i>	<i>14,1%</i>	<i>25,9%</i>	<i>5,9%</i>	<i>45,9%</i>
		<i>entre 16 y 25 pac</i>	<i>Recuento</i>	<i>16</i>	<i>25</i>	<i>4</i>	<i>45</i>
			<i>% del total</i>	<i>11,9%</i>	<i>18,5%</i>	<i>3,0%</i>	<i>33,3%</i>
		<i>entre 26 y 35 pac</i>	<i>Recuento</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>1</i>	<i>18</i>
			<i>% del total</i>	<i>6,7%</i>	<i>5,9%</i>	<i>,7%</i>	<i>13,3%</i>
		<i>más de 35 pac</i>	<i>Recuento</i>	<i>2</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>10</i>
			<i>% del total</i>	<i>1,5%</i>	<i>4,4%</i>	<i>1,5%</i>	<i>7,4%</i>
		<i>Total</i>	<i>Recuento</i>	<i>46</i>	<i>74</i>	<i>15</i>	<i>135</i>
			<i>% del total</i>	<i>34,1%</i>	<i>54,8%</i>	<i>11,1%</i>	<i>100,0%</i>

Desde una mirada general se observa que en lo que respecta a los dos primeros perfiles, el impacto emocional es percibido mayormente en un nivel medio; mientras que en los dos perfiles con riesgo de desgaste por empatía, prevalece la percepción del impacto en un nivel alto.

En el perfil 1, los datos muestran cierta tendencia de que mientras más pacientes se asisten, la percepción del impacto emocional es mayor. Es decir, quienes atienden hasta 15 pacientes, el impacto emocional es percibido como medio o bajo; entre 16 y 25 como medio y alto, y entre 26 y 35 como alto.

Sin embargo en el perfil 2, esta tendencia no se detecta. Quienes tienen una percepción de bajo impacto emocional disminuye a un 10%, prevaleciendo en aquellos terapeutas que asisten hasta 25 pacientes semanalmente. Quienes son impactados en un nivel medio rondan el 57% de este perfil. Esta evaluación predomina en aquellos que atienden hasta 25 pacientes. El 32% restante realizan una valoración del impacto como alto.

En cuanto a quienes puntúan para un perfil 3, resulta relevante que la puntuación en un nivel alto de impacto emocional, asciende a un 86%. Este aspecto prevalece en aquellos que atienden entre 26 y 35 pacientes. Esto mismo sucede en el sujeto del perfil 4.

Desde la bibliografía consultada se considera que la cantidad de pacientes que se asisten semanalmente es un factor de vulnerabilidad, por lo que a mayor cantidad de pacientes que se atiendan, más temprana será la aparición del síndrome. Los datos obtenidos no permitirían respaldar dicha afirmación; ya que en todos los perfiles se detectan sujetos que trabajan con 35 o más pacientes semanalmente y sólo de los 135 encuestados presenta el síndrome. Sin embargo no deja de ser interesante, que a mayor riesgo del síndrome, mayor es la percepción del impacto emocional y mayor es la proporción de pacientes que atienden.

A continuación se presenta una tabla para detectar si alguna diferencia puede deberse a trabajar con determinadas patologías:

Tabla 11: Tabla de contingencia de las variables grupo etario, patologías y perfil según el IDE.

Perfil				Grupo etario			
				Niños y			Total
			Adolescentes	Adultos	Varios		
Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Tipo de patologías	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Recuento	0	1	1	2
			% del total	,0%	6,7%	6,7%	13,3%
	Total	Varios	Recuento	3	6	4	13
			% del total	20,0%	40,0%	26,7%	86,7%
			Recuento	3	7	5	15
		% del total	20,0%	46,7%	33,3%	100,0%	
Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Tipo de patologías	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Recuento	3	14	2	19
			% del total	2,7%	12,5%	1,8%	17,0%
		TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	Recuento	0	1	0	1
			% del total	,0%	,9%	,0%	,9%
		ADICCIONES	Recuento	0	2	1	3
			% del total	,0%	1,8%	,9%	2,7%
		TRASTORNOS SEVEROS (PSICOSIS)	Recuento	2	0	1	3
			% del total	1,8%	,0%	,9%	2,7%
		CRISIS	Recuento	1	1	0	2
			% del total	,9%	,9%	,0%	1,8%
		ADOLESCENCIALES Y DE PAREJA	Recuento	3	0	0	3
			% del total	2,7%	,0%	,0%	2,7%
		TRASTORNOS DE CONDUCTA	Recuento	0	1	0	1
		% del total	,0%	,9%	,0%	,9%	
	DERECHOS VULNERADOS	Recuento	0	1	0	1	
		% del total	,0%	,9%	,0%	,9%	

		TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	Recuento	1	0	0	1
			% del total	,9%	,0%	,0%	,9%
		Varios	Recuento	19	40	20	79
			% del total	17,0%	35,7%	17,9%	70,5%
	Total		Recuento	29	59	24	112
			% del total	25,9%	52,7%	21,4%	100,0%
Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Tipo de patologías	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Recuento	1	0	0	1
			% del total	14,3%	,0%	,0%	14,3%
		Varios	Recuento	1	3	2	6
			% del total	14,3%	42,9%	28,6%	85,7%
	Total		Recuento	2	3	2	7
			% del total	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Tipo de patologías	Varios	Recuento		1		1
			% del total		100,0%		100,0%
	Total		Recuento		1		1
			% del total		100,0%		100,0%
<i>Total</i>	<i>Tipo de patologías</i>	<i>ANSIEDAD Y DEPRESIÓN</i>	<i>Recuento</i>	<i>4</i>	<i>15</i>	<i>3</i>	<i>22</i>
			<i>% del total</i>	<i>3,0%</i>	<i>11,1%</i>	<i>2,2%</i>	<i>16,3%</i>
		<i>TRASTORNOS DE PERSONALIDAD</i>	<i>Recuento</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
			<i>% del total</i>	<i>,0%</i>	<i>,7%</i>	<i>,0%</i>	<i>,7%</i>
		<i>ADICCIONES</i>	<i>Recuento</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
			<i>% del total</i>	<i>,0%</i>	<i>1,5%</i>	<i>,7%</i>	<i>2,2%</i>
		<i>TRASTORNOS SEVEROS (PSICOSIS)</i>	<i>Recuento</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
			<i>% del total</i>	<i>1,5%</i>	<i>,0%</i>	<i>,7%</i>	<i>2,2%</i>
		<i>CRISIS ADOLESCENCIALES Y DE PAREJA</i>	<i>Recuento</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
			<i>% del total</i>	<i>,7%</i>	<i>,7%</i>	<i>,0%</i>	<i>1,5%</i>
		<i>TRASTORNOS DE CONDUCTA</i>	<i>Recuento</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>3</i>
			<i>% del total</i>	<i>2,2%</i>	<i>,0%</i>	<i>,0%</i>	<i>2,2%</i>
		<i>DERECHOS VULNERADOS</i>	<i>Recuento</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
			<i>% del total</i>	<i>,0%</i>	<i>,7%</i>	<i>,0%</i>	<i>,7%</i>
		<i>TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</i>	<i>Recuento</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
			<i>% del total</i>	<i>,7%</i>	<i>,0%</i>	<i>,0%</i>	<i>,7%</i>
		Varios	Recuento	23	50	26	99
			% del total	17,0%	37,0%	19,3%	73,3%
	Total		Recuento	34	70	31	135
			% del total	25,2%	51,9%	23,0%	100,0%

En general se observa que la mayoría, más allá de los perfiles, trabajan con más de una patología y con adultos predominantemente.

Al realizar una observación más minuciosa, se detecta que aquellos que trabajan con niños y adolescentes, en su mayoría (81%) presentan un perfil de tipo 2; en menor medida (13%)

perfil 1, con un 6% perfil 3 y ningún caso de perfil 4. En función de estos datos, se obtuvieron los porcentajes correspondientes a las patologías que exhibe dicho grupo etario. Las principales aluden a ansiedad y depresión (24%); violencia intrafamiliar (15%); trastornos de la comunicación (12%); abuso sexual infantil (10%) y trastornos severos (9%)³⁴.

Desde lo teórico se esperaba que aquellos que trabajan con el sufrimiento y experiencias traumáticas de niños, presentaran mayor nivel de desgaste, así como también con aquellos que trabajan con historias de abusos, de clientes que continúan expuestos al peligro, historias con intentos de suicidio, etc. Se ha detectado que aquellos profesionales que trabajan en contextos de violencia intrafamiliar tienden a experimentar sentimientos de poco control y pueden llegar a la identificación con la indefensión. Algo similar ocurre con los que trabajan con casos de ASI, ya que habría una correlación positiva con mayor estrés, estrategias de afrontamiento negativas y respuestas negativas hacia la terapia. De todos modos, como lo indican los porcentajes detallados más arriba, la tendencia que marcan las investigaciones previas no se observó en esta muestra.

El único caso correspondiente al perfil 4, trabaja predominantemente con adultos. Entre las patologías que asiste se encuentran: ansiedad y depresión y trastornos de personalidad.

Respecto a la modalidad de trabajo, y tipo de abordaje en función del perfil se observa:

Tabla 12: Tabla de contingencia de las variables modalidad de trabajo, tipo de abordaje y perfil según el IDE.

Perfil				Modalidad de Trabajo		
				Individual	En equipo	Total
Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Tipo de abordaje	Individual	Recuento	9	2	11
			% del total	60,0%	13,3%	73,3%
		Varios	Recuento	4	0	4
			% del total	26,7%	,0%	26,7%
	Total		Recuento	13	2	15
			% del total	86,7%	13,3%	100,0%
Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Tipo de abordaje	Individual	Recuento	69	15	84
			% del total	61,6%	13,4%	75,0%
		Pareja	Recuento	1	0	1
			% del total	,9%	,0%	,9%
		Grupal	Recuento	0	2	2
			% del total	,0%	1,8%	1,8%
		Familiar	Recuento	0	3	3
			% del total	,0%	2,7%	2,7%
	Varios		Recuento	11	11	22

³⁴ Estos datos fueron obtenidos al considerar las respuestas de quienes seleccionaron únicamente la opción "Niños y Adolescentes" y de quienes, a su vez, marcaron más de una opción incluyendo a ésta.

			% del total	9,8%	9,8%	19,6%
	Total		Recuento	81	31	112
			% del total	72,3%	27,7%	100,0%
Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Tipo de abordaje	Individual	Recuento	4	1	5
			% del total	57,1%	14,3%	71,4%
		Varios	Recuento	1	1	2
			% del total	14,3%	14,3%	28,6%
	Total	Recuento	5	2	7	
			% del total	71,4%	28,6%	100,0%
Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Tipo de abordaje	Individual	Recuento	1		1
			% del total	100,0%		100,0%
	Total	Recuento	1		1	
			% del total	100,0%		100,0%
Total	Tipo de abordaje	Individual	Recuento	83	18	101
			% del total	61,5%	13,3%	74,8%
		Pareja	Recuento	1	0	1
			% del total	,7%	,0%	,7%
		Grupal	Recuento	0	2	2
			% del total	,0%	1,5%	1,5%
		Familiar	Recuento	0	3	3
			% del total	,0%	2,2%	2,2%
		Varios	Recuento	16	12	28
			% del total	11,9%	8,9%	20,7%
		Total	Recuento	100	35	135
					% del total	74,1%

Aquí se observa que la modalidad de trabajo a nivel individual predomina en todos los perfiles, como así también el abordaje de tipo individual. Sólo un 26% trabaja en equipo, predominando en el tipo de funcionamiento empático normal sin riesgo. Este dato resulta interesante, ya que según investigaciones, el grupo o equipo de trabajo protege al terapeuta de los síntomas del desgaste. Ayuda a configurar una red de apoyo activo en el mismo lugar de trabajo en el que incide el estrés por empatía. Es decir, operaría a nivel preventivo y también en la recuperación tanto del terapeuta como del cliente traumatizado.

Desde esta concepción, podría pensarse que el trabajo en equipo pudo haber operado como un factor protector para que terapeutas sean categorizados con un perfil tipo 2, y no sean afectados por el estrés por empatía en tal medida, que pasaran a estar en riesgo de contraer el síndrome.

Tabla 13: Tabla de contingencia de las variables afectación emocional, temáticas de impacto emocional y perfil según el IDE.

Perfil				Afectación emocional		Total
				SI	NO	
Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Temáticas de impacto emocional	Respuesta negativa	Recuento	0	9	9
			% del total	,0%	60,0%	60,0%
		Violencia Intrafamiliar	Recuento	1	0	1
			% del total	6,7%	,0%	6,7%
		Suicidio	Recuento	1	0	1
			% del total	6,7%	,0%	6,7%
		Varios	Recuento	3	1	4
			% del total	20,0%	6,7%	26,7%
		Total	Recuento	5	10	15
			% del total	33,3%	66,7%	100,0%
Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Temáticas de impacto emocional	Respuesta negativa	Recuento	1	44	45
			% del total	,9%	39,3%	40,2%
		Duelos	Recuento	3	0	3
			% del total	2,7%	,0%	2,7%
		Patologías graves	Recuento	6	0	6
			% del total	5,4%	,0%	5,4%
		Vulnerabilidad social	Recuento	3	0	3
			% del total	2,7%	,0%	2,7%
		Abuso sexual	Recuento	11	1	12
			% del total	9,8%	,9%	10,7%
		Violencia Intrafamiliar	Recuento	8	0	8
			% del total	7,1%	,0%	7,1%
		Enfermedades terminales	Recuento	4	2	6
			% del total	3,6%	1,8%	5,4%
		Suicidio	Recuento	2	0	2
			% del total	1,8%	,0%	1,8%
		Abandono	Recuento	1	1	2
			% del total	,9%	,9%	1,8%
		Diversidad sexual	Recuento	1	0	1
			% del total	,9%	,0%	,9%
	Varios	Recuento	23	1	24	
		% del total	20,5%	,9%	21,4%	
	Total	Recuento	63	49	112	
		% del total	56,3%	43,8%	100,0%	

Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Temáticas de impacto emocional	Patologías graves	Recuento	1	1	
			% del total	14,3%	14,3%	
		Abuso sexual		Recuento	1	1
				% del total	14,3%	14,3%
		Varios		Recuento	5	5
				% del total	71,4%	71,4%
	Total		Recuento	7	7	
			% del total	100,0%	100,0%	
Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)	Temáticas de impacto emocional	Respuesta negativa	Recuento	1	1	
			% del total	100,0%	100,0%	
		Total		Recuento	1	1
			% del total	100,0%	100,0%	
<i>Total</i>	<i>Temáticas de impacto emocional</i>	<i>Respuesta negativa</i>	<i>Recuento</i>	1	54	55
			<i>% del total</i>	,7%	40,0%	40,7%
		<i>Duelos</i>	<i>Recuento</i>	3	0	3
			<i>% del total</i>	2,2%	,0%	2,2%
		<i>Patologías graves</i>	<i>Recuento</i>	7	0	7
			<i>% del total</i>	5,2%	,0%	5,2%
		<i>Vulnerabilidad social</i>	<i>Recuento</i>	3	0	3
			<i>% del total</i>	2,2%	,0%	2,2%
		<i>Abuso sexual</i>	<i>Recuento</i>	12	1	13
			<i>% del total</i>	8,9%	,7%	9,6%
		<i>Violencia Intrafamiliar</i>	<i>Recuento</i>	9	0	9
			<i>% del total</i>	6,7%	,0%	6,7%
		<i>Enfermedades terminales</i>	<i>Recuento</i>	4	2	6
			<i>% del total</i>	3,0%	1,5%	4,4%
		<i>Suicidio</i>	<i>Recuento</i>	3	0	3
			<i>% del total</i>	2,2%	,0%	2,2%
		<i>Abandono</i>	<i>Recuento</i>	1	1	2
			<i>% del total</i>	,7%	,7%	1,5%
		<i>Diversidad sexual</i>	<i>Recuento</i>	1	0	1
			<i>% del total</i>	,7%	,0%	,7%
		<i>Varios</i>	<i>Recuento</i>	31	2	33
			<i>% del total</i>	23,0%	1,5%	24,4%
			<i>Total</i>		<i>Recuento</i>	75
			<i>% del total</i>	55,6%	44,4%	100,0%

En líneas generales puede observarse que prácticamente la mitad de la muestra no se ha sentido afectada por ningún caso clínico. Resulta interesante por dos aspectos: por un lado, porque 59 de los 60 sujetos afectados, se encuentran en los perfiles sin riesgo de desgaste (1 y

2), lo cual sería coherente con su bienestar; pero por el otro lado, el sujeto restante, corresponde al único caso que padece el síndrome (perfil 4).

Entre las temáticas en las que se observa mayor prevalencia en el perfil 2, se destacan el abuso sexual, violencia intrafamiliar, patologías graves y enfermedades terminales.

También es relevante, que todos los sujetos del perfil 3, se han sentido afectados alguna vez. Entre las temáticas que expresaron puede mencionarse: patologías graves, abuso sexual y maltrato infantil, y abandono familiar e institucional.

Respecto a la temática de abandono, que incluye el abandono institucional hacia los profesionales, aunque la prevalencia sea baja, hay que considerarlo como un grave factor de riesgo. En el marco teórico se profundizó sobre el efecto desastroso que pueden generar las organizaciones sobre sus empleados; factor que incrementa aún más el riesgo de desgaste que por la naturaleza del trabajo ya están expuestos.

A continuación, se ofrecen viñetas que reflejan algunas de las respuestas brindadas por los sujetos. Éstas permiten realizar una mirada que va más allá del perfil al que corresponden; y dan cuenta de cómo son afectados emocionalmente en su ejercicio (recuerdos de los sucesos relatados por los pacientes, alteraciones en el sueño, dificultad para concentrarse, aumento de ansiedad, etc.).

Respecto al abuso sexual:

- “Lo que más me impactó fue un caso de una mujer violada, que atendí por guardia. La habían violado horas antes. Tuve una sensación de angustia mientras la atendía y me duró un buen rato ese día hasta que lo pude elaborar, contándole el caso a varios colegas y médicos amigos del hospital”.
- “Mi primer caso de violencia de género. Me afectó el relato de la paciente, la pasividad, la edad, y mi temor a no poder ayudarla a hacer algo por ella y pronto. Me llevó varias noches sin dormir. Luego hice supervisión y gracias a eso logré llevar adelante el análisis”.

En cuanto a casos de violencia intrafamiliar:

- “Casos de menores en riesgo y violencia doméstica; gracias al trabajo grupal, supervisión y terapia he podido sobrellevar la situación y ser útil a estas personas en momentos de tanto dolor”.
- “Un caso particular de una paciente maltratada por su madre, con violencia física, desde muy pequeña”

Entre las patologías graves que generan mayor afectación emocional:

- “Un caso de melancolía absolutamente demandante. La contratransferencia era sentir una absoluta impotencia de donde tenía que salir urgente y buscar una solución YA sino se le iba la vida”.
- “Primer acercamiento con patologías graves. Impotencia frente al grupo familiar del paciente el cual era muy disfuncional y con posiciones perversas hacia el paciente, puntos de contacto entre la problemática del paciente con ciertos temas no resueltos del terapeuta”.
- “Una paciente con trastorno esquizo-afectivo que disfrutaba matando ratitas quebrándoles los huesos (disfrutaba contar los detalles de esto en sesión). En verdad, no me afectó demasiado emocionalmente pero sí decidí que no era una paciente con la que quisiera continuar trabajando (hice la correspondiente derivación)”.

Los casos con intentos de suicidio, también se encuentran entre las temáticas que más impacto producen:

- “Intento de suicidio durante el período de mis vacaciones”
- “Un caso en particular sobre intento de suicidio en una joven”.

Asimismo, ocurre algo similar con los duelos:

- “Un caso en particular, donde la persona había perdido a su mamá y a su papá con un día de diferencia, siendo muy jóvenes ellos y el paciente. Y estaba muy angustiado... fue un caso que me afectó, en cuanto a que era un impacto emocional muy grande”.
- "Pareja, que ha perdido su hija de 5 años en un accidente, yo los asistí en el momento en que les dieron la noticia (por estar justo realizando una guardia en el lugar de trabajo de ellos), luego pidieron que fuera su terapeuta. Los temas serían el duelo por el hijo fallecido”.

Los casos de enfermedades terminales como los de abandono, no sólo a nivel familiar sino también a nivel institucional, configuran un contexto que afecta al terapeuta:

- “La muerte de dos pacientes que padecían una enfermedad oncológica”
- “En la época que traté pacientes oncológicos terminales, las primeras despedidas me afectaron bastante”.
- “Cáncer en una chica joven embarazada”
- “Complejidad de los casos, en los que, además del sufrimiento psíquico de los pacientes se suma la vulnerabilidad social, y la falta de respuesta de las instituciones (judicial). Descalificación del accionar profesional”
- “Negligencias parentales - abandonos emocionales”
- “Abandono de los familiares hacia los pacientes”.
- “Negligencia institucional”.

- “Lo que más me estresa y desgasta emocionalmente en mi trabajo son las cuestiones institucionales, el no tener con quien supervisar, el trabajar muchas horas por un sueldo bajo y el que las personas que están por arriba de uno no respondan de la forma esperable cuando se les plantean ciertas necesidades. El trabajo en sí, las historias que escucho, son muy duras pero el impacto emocional que me generan es poco o muy bajo en relación a lo anterior”.

Por otra parte las situaciones de vulnerabilidad social:

- “Aquellos vinculados con la falta de satisfacción de necesidades básicas para sobrevivir, pobreza extrema, hambre, situación de calle, etc.”
- “Situaciones sociales que impiden el desarrollo saludable en un familia por falta de recursos laborales, sociales, educativos, y sobre todo simbólicos”.
- “Pacientes con arrasamiento subjetivo, con poco lazo social. Pacientes graves excluidos del sistema social”.

Por último, se mencionaron casos de discapacidad, amenaza hacia el profesional y casos de diversidad sexual:

- “Un caso de abuso sexual infantil intrafamiliar donde recibí agresiones verbales e intentos de manipulación del abusador”.
- “Consulta de un psicópata siendo amenazada de muerte”.
- “Diversidad sexual”
- “Cuadro de Síndrome cromosoma X frágil (niña) trastorno oposicionista desafiante con hiperactividad y múltiples dificultades familiares (hermano con cromosoma X frágil en hemodiálisis, padres separados, madre con trastorno emocional y problemas económicos)
- “Discapacidad”.

Sin embargo, a pesar de estas aproximaciones, no puede arribarse a ninguna conclusión acabada respecto a si el estar en contacto con ciertas patologías, predispone en mayor o menor medida a contraer el síndrome de desgaste; a pesar que la bibliografía sí lo considere así. Saakvitne & Pearlman (1996) observaron que lo casos con historias de abuso, alteraciones psicológicas, depresiones severas e intentos de suicidio, configuran un contexto propicio para el síndrome.

Por último, en relación a dicho planteo, surge una inquietud sobre el alto porcentaje que nunca se sintió afectado por ningún caso clínico, a pesar de la alta frecuencia observada de atención a personas traumatizadas. Por ende, se infiere o que los años de antigüedad no influirían en el síndrome (ya que la mayoría tienen menos de 10 años en la profesión), o que el contacto con la propia emocionalidad de los psicólogos es muy baja (aspecto ya señalado Saakvitne & Pearlman en 1996).

A continuación se exponen algunas de las respuestas negativas brindadas por los sujetos de la muestra:

- “No me he visto afectada emocionalmente en mi trabajo clínico”
- “Ninguno”
- “No he tenido casos que me hayan afectado, si difíciles y que trabajo en casa para ver cómo enfocar la terapia”.
- “No me han afectado significativamente. Me exigen más pacientes con temáticas de violencia o sintomatología sospechosa de psicosis graves”.
- “No me afecto”.
- “No me involucro”
- “No he tenido casos por el estilo”

Al respecto, ya se ha destacado el riesgo de re-traumatizar a otros pacientes producto del propio desconocimiento del profesional.

5.3. EN RELACIÓN A LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

La próxima y última tabla refleja las actividades que llevan a cabo para enriquecer su vida personal y profesional en función del perfil.

Tabla 14: Tabla de contingencia de las variables actividades para enriquecer la vida personal y profesional y el perfil según el IDE.

		Perfil				Total	
		Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo (1)	Funcionamiento empático normal, sin riesgo (2)	Funcionamiento empático normal, en riesgo (3)	Funcionamiento empático anormal, con SDpE (4)		
Actividades	Ninguna	Recuento	1	2	0	0	3
		% del total	0,70%	1,50%	0,00%	0,00%	2,20%
	Actividad física	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,70%
	Actividades artísticas y culturales	Recuento	0	5	0	0	5
		% del total	0,00%	3,70%	0,00%	0,00%	3,70%
	Formación profesional	Recuento	6	30	3	0	39
		% del total	4,40%	22,20%	2,20%	0,00%	28,90%
	Actividades de esparcimiento y recreación	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0,00%	0,70%	0,00%	0,00%	0,70%

Varias	Recuento	8	73	4	1	86
	% del total	5,90%	54,10%	3,00%	0,70%	63,70%
Total	Recuento	15	112	7	1	135
	% del total	11,10%	83,00%	5,20%	0,70%	100,00%

Se aclara que las categorías de actividades fueron configuradas una vez obtenidas todas las respuestas, para poder realizar una mejor manipulación de los datos. En lo expuesto en el punto 5.3, se observan la totalidad de los datos, incluidas las respuestas que incluyeron más de una categoría.

Como se observa, la mayoría de los profesionales realiza más de un tipo de categoría para enriquecerse personal y profesionalmente (64%). De ellas, la que también tiene prevalencia en todos los perfiles, es la de formación profesional. Sumado al predominio de sujetos categorizados en el perfil 1 y 2, esto sería un buen indicador, ya que el espacio de las supervisiones no se vería afectado, como así tampoco el aporte en organizaciones, la apertura para interconsultas, etc. Esto es muy importante, ya que en casos de desgaste, se ha observado una tendencia a rechazar los recursos externos, profundizando así el aislamiento.

Si se consideran las respuestas del perfil 3 en detalle, puede percibirse que: el 27% realiza actividades referentes a la formación profesional; un 22% actividades artísticas y culturales; y un 17%, respectivamente: actividades sociales, físicas y de esparcimiento y recreación. El sujeto del perfil 4, realiza actividades artísticas (fotografía, cine, teatro), físicas, sociales y de formación.

Aunque la mayoría de las respuestas quedan englobadas en la categoría “Varias”, por los datos exhibidos en la tabla 6, puede observarse que las actividades sociales y familiares tienen una prevalencia importante. Investigaciones anteriores, describen que estas relaciones interpersonales pueden verse afectadas con un incremento de sensibilidad al trabajar con casos de alta traumatización, o incluso como se detalló en el marco teórico, puede llegar a traumatizar a los miembros de la familia en forma vicaria. Por lo tanto, podría considerarse que estas acciones promoverían relaciones sanas y amortiguarían el impacto de los efectos del trabajo para no caer en depresiones, cinismo, alienación, aislamiento, etc.

En relación a la tabla anterior, un aspecto a destacar, es que según otras investigaciones, una de las áreas más afectadas en el profesional es la espiritualidad. Aparentemente el estar en contacto con relatos de alto impacto emocional, provocaría cambios en la visión de mundo, generaría desesperanza, se cuestionarían principios morales y sistemas de valores, etc. No obstante, este aspecto no fue indagado en profundidad ni tampoco afloró en las respuestas brindadas por los sujetos, pero sí apareció entre las actividades que los sujetos encuestados realizan para enriquecerse personal y profesionalmente. En futuras investigaciones, habría que dilucidar si la baja frecuencia de casos en riesgo o con el síndrome podría deberse a que estas

actividades los protegen del desgaste y promueven una vida tanto personal como profesional más saludable.

Del mismo modo en que anteriormente se presentaron viñetas con respuestas de los sujetos, se hará a continuación, ya que permite una mirada más global de cómo se enriquecen los psicólogos a pesar de las adversidades laborales:

- “Realizo un entrenamiento en psicoterapias y una maestría, hago meditación y ejercicio físico. Me junto con familiares y amigos todas las semanas, salgo al cine o a pasear con frecuencia, hago terapia (no en este momento, pero sí por lo general)”
- “No trabajo con muchos pacientes, otra actividad es la fuerte económicamente. Además soy paciente de psicoterapia, superviso, practico yoga, me reúno con amigas, los fines de semana desayuno en cafecitos, aprovecho para dormir”.
- “Realizar análisis personal, y supervisar los casos me ayuda. El apoyo familiar y de mi esposo es fundamental, trato de delimitar los horarios de trabajo y de tiempo libre para poder encarar mi práctica de una manera mucho más saludable”.
- “Básicamente darme el espacio para ocuparme y disfrutar de mi pareja e hijos. Un poco de pilates. Trato de mantenerme actualizada permanentemente con cursos, o lectura, (pero siempre referidas a la profesión, aunque cada vez menos a la temática de abuso)”
- “Amo a los animales y estar en contacto con ellos me resulta terapéutico. Sé que debiera hacer alguna actividad tipo yoga, o mindfulness, pero son cuentas pendientes que en algún momento cuando la situación económica mejore, quizá las practique. Estoy mucho con mi familia lo cual también me gratifica. Me distraigo con la tv. Soy una persona de fe y eso me da mucha fuerza para superar malos momentos o las dificultades de la vida cotidiana”.
- “En la vida personal, mi actividad excluyente son los paseos por las sierras. Mate, río, pareja, mascotas y conocer nuestra provincia, la fotografía en uno de mis hobbies, y en lo referente a mi vida profesional, todos los años cursos posgrados, asisto a conferencias, seminarios, congresos, en la medida que el dinero y la distancia de los mismos me lo permitan”.

Asimismo se observa una alta coincidencia entre las actividades nombradas por los sujetos de la muestra y las consideradas como más efectivas para proteger a los profesionales del desgaste: trabajo del cuerpo, contacto con la naturaleza, expresión creativa, desarrollo de habilidades, meditación y prácticas espirituales, actividades sociales, etc. Todas estas actividades se basan en investigaciones que proponen realizarlas para prevenir el síndrome de desgaste.

6. CONSIDERACIONES FINALES RESPECTOS DE LA PRUEBA APLICADA

Cabe destacar que se aplicó la prueba no paramétrica de independencia chi-cuadrado. Esta prueba permite detectar si dos variables nominales o cualitativas están asociadas (en tal caso se aceptaría la hipótesis alternativa) o si son independientes (es decir, si se debe aceptar la hipótesis nula). En sí, mide la diferencia entre el valor que debiera resultar si dos variables fueran independientes y el obtenido en la muestra.

Para considerar que las variables están asociadas, el valor de chi-cuadrado debe ser inferior o igual a alfa, que en este caso, se utilizó $\alpha=0,05$, y los datos de las tablas de contingencia de las cuales se extrae dicho valor, no deben ser inferiores a 5; o en caso de serlo, no deben superar el 25% de las mismas.

En la presente investigación, no se halló ninguna relación entre las variables. En aquellos casos en los que el valor de chi-cuadrado permitiría aceptar la hipótesis alternativa, el porcentaje de casillas con una frecuencia inferior a 5, superaba ampliamente el 25%. Como consecuencia, se infiere que con una muestra mayor, las relaciones entre las variables se pondrían en evidencia.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

Luego de haber realizado un gran rastreo bibliográfico, haber desarrollado los principales aportes teóricos, y haber analizado los datos obtenidos con las encuestas, se plasma a continuación las conclusiones que se desprenden de dicha información y de mi propia experiencia personal.

Desde la elección del tema para investigarlo, como en el contacto a profesionales y aplicación de los instrumentos, este fenómeno resultó ser una novedad. No sólo no se conocía a qué hacía referencia, sino que incluso se ignoraba el término en sí. Lo que más impacto me generó, fue que siendo un aspecto tan fundamental para el ejercicio profesional, jamás haya sido nombrado durante mi carrera de grado. El riesgo al que los psicólogos están expuestos es muy grande, pero poco conocido e identificado.

Producto de este desconocimiento e intriga sobre el concepto, comencé a profundizar la lectura sobre el síndrome de desgaste por empatía. El interés que me provocó fue enorme y por ello decidí investigarlo y elegirlo para desarrollar la presente tesis.

Fue difícil al comienzo comprender por qué había tantos términos, que en líneas generales “hablaban de lo mismo”, y sólo marcaban sutiles diferencias. Como así también el acceso a la bibliografía, ya que no hay material traducido ni producido en nuestro idioma. Asimismo, el contactar a los profesionales y lograr su participación, fue sumamente complicado en un principio; aparentemente a los psicólogos no les gusta ser evaluados. Sin embargo, disfruté mucho de todo el proceso y de poder investigarlo, lo que me motivó a llevar a cabo el trabajo que aquí se presenta.

El objetivo general planteado para la investigación, aludía a analizar el síndrome de desgaste por empatía en los psicólogos clínicos. Para ello, se diseñó un cuestionario para evaluar las variables que tendrían incidencia en el desarrollo del síndrome, se incluyó el Inventario de Desgaste por Empatía, y también se incluyeron preguntas abiertas para poder conocer cómo es la vivencia de los psicólogos en su ejercicio. Por supuesto, que fueron muchas las variables que no se incluyeron y otras que deberían haber sido indagadas con mayor profundidad como: el uso y abuso de sustancias, la influencia de segundos trabajos, cómo afecta el tener una pareja estable; y principalmente la historia personal, incluyendo historia de traumas y abusos.

En lo que respecta a los objetivos específicos, se planteó, entre ellos, medir el nivel de desgaste. El primer aspecto a reflexionar sobre el mismo alude a la escala utilizada. Desde un comienzo, se decidió utilizar la confeccionada por la Universidad Católica de Santa Fe (IDE), ya que era la única herramienta que medía el síndrome, que había sido elaborada en la Argentina y con baremos de nuestra población. El otro instrumento al que había acceso, era el elaborado por C. Figley, pero no fue tenido en cuenta porque la población de referencia era la de EEUU y

por el lenguaje utilizado, que más allá de poder ser traducido se consideró que no iba a ser el adecuado. Sin embargo sería interesante, para futuras investigaciones, considerar la validación de dicha técnica con la población argentina, como se realizó en Chile y México; así como también revisar algunos aspectos del IDE, para mejorar la medición de este fenómeno. De todos modos, se destaca el aporte y contribución brindado por dicha Universidad para el conocimiento e investigación de este fenómeno.

Los resultados de tal aplicación muestran que la mayoría no está en riesgo de contraer el síndrome. Específicamente el 11% corresponde al perfil 1; el 83% corresponde al 2; el 5% al perfil 3 y sólo menos del 1% al 4, que sería cuando ya se padece el síndrome de desgaste.

El segundo objetivo específico alude a las variables relacionadas con el síndrome. Se detectó que los hombres están en mayor riesgo de contraer el síndrome, lo cual va en contra de lo esperado según las investigaciones consultadas. En todas ellas destacan que la mujer es más vulnerable al síndrome, y que tiene más desarrollada su capacidad empática (coherente con lo mencionado recientemente sobre la técnica).

Asimismo se halló que la población con mayor riesgo son los jóvenes; precisamente hasta 40 años de edad. Según los aportes teóricos se deberían a mayores sentimientos de culpa y niveles de estrés. Otro dato consistente con éste, es que justamente aquellos que tienen más años de antigüedad en la clínica, presentan menos riesgo de desgaste. Aparentemente habría un factor de resiliencia. Además se obtuvo otro dato relevante al respecto que indicaría que a menor antigüedad y mayor entrenamiento de posgrado, mayor sería el riesgo; mientras que a menor antigüedad y menor formación, el riesgo disminuiría. Sería importante poder ahondar sobre este aspecto en otro estudio que brinde datos empíricos de esta relación de causalidad hipotética.

Por otra parte se halló que el trabajo con niños traumatizados no incrementa la probabilidad de contraer el síndrome, justamente la mayoría de los profesionales encuestados que trabajan con este grupo etario corresponden al perfil 2. Sin embargo este dato no puede ser considerado aislado ni determinante, ya que son una multiplicidad de variables las involucradas.

También se encontró un gran predominio de trabajo individual a nivel individual. Resulta sumamente interesante que la mayoría que trabaja en equipo, corresponde al perfil 2. Toda la teoría respecto del trabajo a nivel institucional y grupal respalda este dato. Sería altamente beneficioso que se promoviera más trabajo con modalidad en equipo tanto en instituciones públicas como privadas.

Todos los que se ubican en el perfil 3 fueron afectados emocionalmente por temáticas como: patologías graves, abuso sexual y maltrato infantil, y abandono institucional y familiar. A pesar que éstos están en riesgo, no puede afirmarse que estar en contacto con determinada patología predisponga al desgaste, al menos con los datos obtenidos. Otro aspecto hallado, es que la mitad de la muestra nunca se sintió afectado por ningún caso clínico, correspondiendo

en su gran mayoría a los perfiles 1 y 2. Sería fundamental investigar si hay influencia de los años de antigüedad (ya que como se mencionó la gran mayoría tiene menos de 10 años en el área), o si se debe a un bajo contacto con la emocionalidad, o a rasgos de personalidad, factores de resiliencia o si hay otro/s factor/es incidiendo y no fueron contemplados en esta investigación.

El tercer objetivo apuntaba a conocer la valoración sobre el impacto emocional percibido en la práctica. Se encontró una relación entre el incremento del riesgo de desgaste, el incremento del nivel de impacto emocional percibido y de la cantidad de pacientes que se asisten. Los perfiles correspondientes al 1 y 2, lo perciben un impacto de nivel medio, mientras que los 3 y 4, predomina el nivel alto y tienden a asistir a mayor cantidad de pacientes. No obstante, habría que profundizar en nuevas investigaciones sobre la dirección de dicha relación, ya que no puede especificarse cuál factor produce incremento en el otro, o si hay variables que inciden y no fueron detectadas.

Por último, el cuarto objetivo aludía a de las conductas con mayor frecuencia que mejoran la vida personal y profesional de los terapeutas. Se observó que prevalecen las actividades de formación profesional, a lo cual se le adjudica una connotación positiva porque implica una revalorización de recursos externos que protegen a los terapeutas de contraer el síndrome. De todos modos, en relación a estas actividades, cabe hacer una reflexión similar a la aportada en cuanto a las temáticas: si se realiza una mirada transversal a los perfiles, en todos ellos se realizan actividades de las mismas categorías. Por ello es que se destaca nuevamente la necesidad de explorar factores protectores que no fueron detectados aún.

Todas las relaciones descriptas aquí, se basan en observaciones de las tablas de contingencia. Sin embargo, ninguna de ellas puede ser respaldada por la aplicación de la prueba chi-cuadrado, es decir, empíricamente no tendrían relación. Por lo que a pesar de no haber detectado ninguna relación entre las variables que teóricamente estaban implicadas, y haberse observado un bajo nivel de incidencia del síndrome y se considera fundamental no sólo su investigación sino, y principalmente, su difusión.

Por la experiencia personal, por el altísimo grado de desconocimiento mencionado antes, por la falta de material bibliográfico y de investigaciones al respecto en nuestro país y en el mundo, se enfatiza esta idea de dar a conocer sobre el riesgo implicado tanto en el ejercicio clínico de los psicólogos como en otras áreas de la psicología y en otras profesiones.

Sería muy importante incluir esta temática en los planes de estudio de la Licenciatura en Psicología, que sea tenida en cuenta en las supervisiones, que se difunda información desde los Círculos y Colegios de psicólogos, que se implementen políticas de promoción, prevención y tratamiento tanto en instituciones públicas como privadas, que se investigue con mayor profundidad sobre cómo está incidiendo en nuestra profesión y el riesgo al que están expuestas otras.

Seguramente va a llevar mucho tiempo el erradicar los mitos de ser eficientes; quitar la marca del modelo médico y adoptar la concepción de que ser afectados emocionalmente por los casos en cierto grado es normal; que permanentemente en la clínica, los profesionales “conviven” con el estrés por empatía; formar a los profesionales para que puedan detectar a tiempo los síntomas del riesgo de contraer el síndrome; etc.

En este sentido sería muy importante profundizar en futuras investigaciones sobre la emocionalidad de los profesionales y el grado en que son afectados por su trabajo; ya que los estudios sobre el desgaste se inician al observar el abandono del campo de la psicoterapia de numerosos profesionales. Fue un dato sumamente interesante el que prácticamente la mitad de los encuestados nunca se sintió afectado por ningún caso clínico. Esto permitiría detectar el nivel de “anestesia emocional” con el que ejercen los psicólogos, o si se trata de una distancia emocional operativa.

Concluyendo con este trabajo, se retoma una de las ideas, o preocupación, inicial. Cuesta creer que en la psicología como ciencia, hayan pasado tantos años para detectar que el propio terapeuta podía traumatizarse, desgastarse, “lastimarse”. Por supuesto que en cierta medida era reconocido algo de ese peligro y por eso el énfasis puesto a nivel de formación y a nivel profesional en insistir en la importancia de las supervisiones. Pero no era identificado como un cuadro en sí, “con nombre y apellido” y con graves consecuencias no sólo para el ejercicio y cliente, sino para su propia vida personal.

Se espera que este pequeño aporte a la ciencia de la psicología, al menos tenga el efecto de dar a conocer su existencia en la facultad y en algunos profesionales, y sea un precursor para futuras investigaciones y desarrollos científicos. Aún queda mucho por conocer al respecto para permitir que quienes practican esta hermosa profesión, puedan disfrutarla y ejercerla más sanamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4° Ed., Texto rev.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Beaton, R. D. & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 51-81). New York: Routledge.
- Catherall, D. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 232-248). New York: Routledge.
- Cazabat, E. H. (2002). Desgaste por empatía. 3° Congreso Virtual De Psiquiatría – Interpsiquis. Argentina. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/6185/>
- Dutton, M. A. & Rubinstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 82-100). New York: Routledge.
- Fernández Pinto, I.; López Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24 (2), 284-298. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/42831>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Routledge.
- Figley, C. R. (julio, 2000). Traumatización sistémica: el trastorno por estrés traumático secundario en los terapeutas familiares. *Sistemas Familiares*, 16 (2), 97-110.
- Figley, C. R. (junio, 2009). *Empathic discernment: the key to preventing compassion fatigue*. Transcripción de presentación en Tulane School of social work, New Orleans, USA. Recuperado de <http://www.slideshare.net/TSSW/dr-figley-empathic-discernment-2>
- Gentry, E. (2003). *Desgaste por empatía: el desafío de la transformación*. (Tesis doctoral). International Traumatology Institute University of South Florida, EEUU. Recuperado de <http://www.psicotrauma.com.ar/jun03/genty-desgaste%20por%20empatia.htm>
- Goleman, D. (2008). Las raíces de la empatía. En D. Goleman (Ed.), *La inteligencia emocional* (pp. 123-138). Buenos Aires: Vergara.

- González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y Ecpatía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4 (2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/935/902/>
- Guerra Vio, C.; Fuenzalida Vivanco, A. y Hernández Morales, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 73-81. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Harris, C. J. (1995). Sensory-based therapy for crisis counselors. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 101-114). New York: Routledge.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4° ed.). México: McGraw-Hill.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Ed. Paidós.
- Longman Group Ltd. (Ed). (1995). *Dictionary of contemporary English. The complete guide to written and spoken English*. Barcelona: Longman Dictionaries.
- Mateu, C.; Campillo, C.; González, R. y Gómez, O. (2010). La empatía psicoterapéutica y su evaluación: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (1), 1-18. Recuperado de <http://www.aeppc.net/rppc.php?id=105>
- McCammon, S. L. & Allison, E. J. (1995). Debriefing and treating emergency workers. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 115-130). New York: Routledge.
- Meda Lara, R. M.; Moreno Jiménez, B.; Rodríguez Muñoz, A.; Arias merino, E. D y Palomera Chávez, A. (enero-junio, 2011). Validación mexicana de la escala de estrés traumático secundario. *Psicología y salud*, 21 (1), 5-15. Recuperado de <http://www.cucs.udg.mx/posgrado/files/File/psicologia/11.pdf>
- Mestre Escrivá, M. V.; Samper García, P. y Frías Navarro, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14 (2), 227-232. Consultado el día 16 de febrero de 2012 en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=713>
- Mestre Escrivá, V.; Frías Navarro, M. D. y Samper García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16 (2), 255-260. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1191>

- Mestre, M. V.; Sampur, P. y Tur, A. (2009). Empatía y conducta prosocial. En M. M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 231-268). Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Moreno Jiménez, B.; Morante Benadero, M. E.; Rodríguez Carvajal, R. y Rodríguez Muñoz, A. (2008). Resistencia y Vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema* 20 (1), 124-130. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3437.pdf>
- Moreno Jiménez, B.; Morante venadero, M. E.; Losada Novoa, M. M.; Rodríguez Carvajal, R. y Garrosa Hernández, E. (2004b). El estrés traumático secundario: evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22 (1), 69-76. Recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78522108.pdf>
- Moreno Jiménez, B.; Morante, M. E.; Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004a). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12 (2), 215-231. Recuperado de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>
- Munroe, J. F.; Shay, J.; Fisher, L.; Makary, C.; Rapperport, K. & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 209-231). New York: Routledge.
- Observatorio argentino de drogas – SEDRONAR (2010). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Informe de resultados, Argentina. Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_sobre_consumo_e_n_poblacion_general-Argentina2010.pdf
- Olivares, R. B.; Morales Messeser, G.; Rodríguez Ureta, K. y Guerra Vio, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico*, 3 (9), 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/801/80103902.pdf>
- Olmedo Carrillo, P. y Montes Berges, B. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. *Iniciación a la investigación*, 4 (3). Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/307/289>.
- Pearlman, L. A. & McKay, L. (2008). Understanding and addressing vicarious trauma. *Headington institute*. Recuperado de <http://www.headington-institute.org/Portals/32/resources/VICARIOUS%20TRAUMA%20Handout%20in%20%20Latin%20American%20Spanish.pdf>

- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 150-177). New York: Routledge.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.). España: Espasa-Calpe. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Redondo, A. I.; Depaoli, M. y D'Onofrio, M. (febrero-marzo, 2011). Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata. *12º Congreso Virtual De Psiquiatría – Interpsiquis*. Recuperado de <http://hdl.net/10401/2462>
- Saakvitne, K. W. & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. New York: Norton.
- SPSS Free (n. d.). Chi-Cuadrado Pruebas Estadísticas de SPSS. Recuperado de <http://www.spssfree.com/spss/tablas24.html>
- Supo, J. (julio, 2011). Chi cuadrado: prueba de independencia. *Bioestadístico.com. Análisis de datos clínicos y epidemiológicos*. Recuperado de <http://bioestadistico.com/chi-cuadrado-prueba-de-independencia>
- Torres Godoy, P. (2010). Trauma vicario y propuestas para el autocuidado con dramaterapia. En P. Torres Godoy (Ed., en proceso), *Dramaterapia y psicodrama: un encuentro entre el teatro y la terapia*. Chile: Editorial Edras.
- Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 21-50). New York: Routledge.
- Vila, M. C. (2010). Traumatización vicaria: las implicancias de la violencia familiar para los profesionales. Recuperado de <http://redpiaff.blogspot.com/2010/02/traumatizacion-vicaria.html>
- Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 178-208). New York: Routledge.
- Zamponi, J.; Rondón, J. M. y Viñuela, M. A. (2009). *Primer cuestionario validado para evaluar síndrome de desgaste por empatía*. Trabajo presentado en las VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo: La Crisis como Oportunidad: Abordajes Creativos desde la Psicología del Trabajo, Buenos

Aires, Argentina. Recuperado de
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/POSTERS/1.pdf

APÉNDICE A

Tabla A1: Intervención individual para las respuestas del estrés traumático secundario según Harris (1995)

ETAPA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	OBJETIVO
1. Contacto psicológico	<ul style="list-style-type: none"> · Invitar al cliente a hablar · Escuchar los hechos del cliente · Atender a sus sentimientos · Tratar de calmar sentimientos fuertes · Enseñar metodologías para el auto manejo del estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> · Que el cliente se sienta entendido, apoyado, comprendido y aceptado. · Que el cliente acepte el afrontamiento inicial como apropiado. · Construir un buen rapport.
2. Explorar las dimensiones del problema	<ul style="list-style-type: none"> · Preguntar sobre el pasado inmediato prestando atención a las habilidades de afrontamiento positivas usadas en el pasado. · Indagar sobre el funcionamiento presente atendiendo a las fortalezas y debilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> · Identificar cuestiones que deberían ser tratadas inmediatamente · Identificar cuestiones que deberían ser tratadas luego. · Desarrollar habilidades comunicacionales.
3. Examinar posibles soluciones a los problemas del cliente	<ul style="list-style-type: none"> · Indagar sobre qué ha tratado el cliente · Focalizar sobre lo que funciona y por qué y qué no funciona y por qué. · Explorar lo que el cliente puede hacer ahora. 	<ul style="list-style-type: none"> · Soluciones alternativas para cuestiones que son de una naturaleza inmediata. · Soluciones alternativas para cuestiones que no son de naturaleza inmediata.
4. Asistir para realizar acciones concretas	<ul style="list-style-type: none"> · Asistir al cliente para realizar acciones en los contenidos obtenidos de los 3 pasos previos. · Focalizar en realizar acciones sobre lo más inmediato. · Enseñar técnicas para resolver problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> · Dar los mejores pasos según el tiempo y la situación. · Confrontar barreras para resolver problemas. · Asegurar el éxito.

5. Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> · Recomendar apoyo (familia, parientes, amigos, etc.) · Permitir al paciente sesiones de seguimiento si lo considera necesario. · Considerar a otros terapeutas entrenados. 	<ul style="list-style-type: none"> · El cliente verá a otros como potencial apoyo social. · El cliente verá al terapeuta como parte del apoyo social.
-----------------------	---	---

Tabla A2: Impacto del estrés por empatía sobre el funcionamiento profesional según Yassen (1995)

RENDIMIENTO EN LAS TAREAS LABORALES	MORAL	INTERPERSONAL	CONDUCTUAL
<ul style="list-style-type: none"> · Disminución en la calidad · Disminución en la cantidad · Baja motivación · Evitación de tareas en el trabajo · Incremento de errores · Establecer estándares perfeccionistas · Obsesión con los detalles. 	<ul style="list-style-type: none"> · Disminución de confianza · Pérdida de interés · Insatisfacción · Actitud negativa · Apatía · Desmoralización · Pérdida de apreciación · Desapego · Sentirse incompleto. 	<ul style="list-style-type: none"> · Retraimiento de colegas. · Impaciencia. · Disminución en la calidad de las relaciones · Comunicación pobre · Subsumir las propias necesidades. · Conflictos con el staff. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ausentismo · Agotamiento · Falta de juicio · Irritabilidad · Tardanzas o demoras · Irresponsabilidad · Trabajar de más · Cambios de trabajo frecuente.

Tabla A3: Impacto personal del síndrome de desgaste por empatía según Yassen (1995)

COGNITIVO	EMOCIONAL	CONDUCTUAL	ESPIRITUAL	INTERPERSONAL	FÍSICO
· Disminución de la concentración	· Impotencia	· Apego excesivo	· Cuestionarse el sentido de la vida	· Retraimiento	· Shock
· Confusión	· Ansiedad	· Impaciencia	· Pérdida de propósitos	· Disminución del interés en la intimidad o en el sexo	· Sudoración
· Desorientación	· Culpa	· Irritabilidad	· Falta de auto satisfacción	· Desconfianza	· Ritmo cardíaco acelerado
· Pérdida de sentido	· Enojo/rabia	· Retraimiento	· Desesperanza generalizada	· Aislamiento de amigos	· Dificultades respiratorias
· Disminución del autoestima	· Culpa del sobreviviente	· Malhumor	· Tedio	· Impacto en la parentalidad (sobrepotección, preocupación por la agresión)	· Reacciones somáticas
· Preocupación por el trauma	· Cerrarse	· Regresiones	· Enojo con Dios	· Proyección del enojo o culpa	· Dolores
· Imaginería del trauma	· Obnubilación	· Problemas de sueño	· Cuestionamiento de creencias religiosas.	· Intolerancia	· Vértigo
· Apatía	· Miedo	· Cambios de apetito		· Soledad.	· Sistema inmunológico afectado.
· Rigidez	· Desamparo	· Pesadillas			
· Rumiación del pensamiento	· Tristeza	· Hipervigilancia			
· Ideación de auto dañarse o dañar a otros	· Depresión	· Respuestas de sobresalto elevada			
· Dudas sobre uno mismo	· Hipersensibilidad	· Uso de afrontamiento negativo (fumar, alcohol, u otras sustancias nocivas)			
· Perfeccionismo	· Montaña rusa emocional	· Propensión a accidentes			
· Minimización.	· Agobio	· Pérdida de objetos			
		· Conductas de daño hacia uno mismo.			

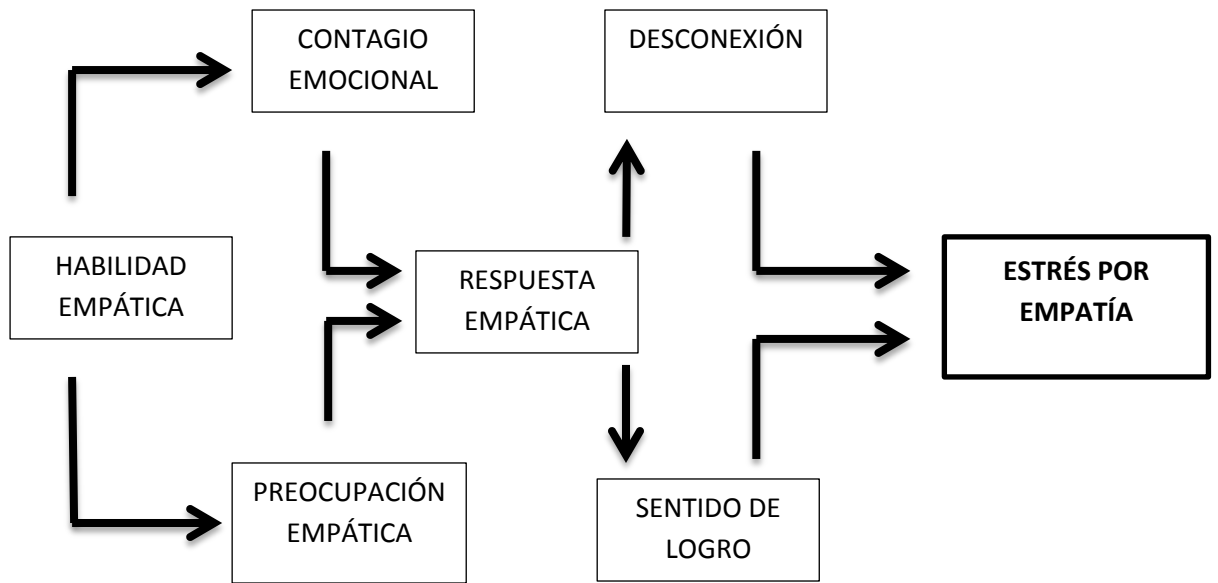


Figura A1. Modelo del estrés por empatía según Figley (1995)

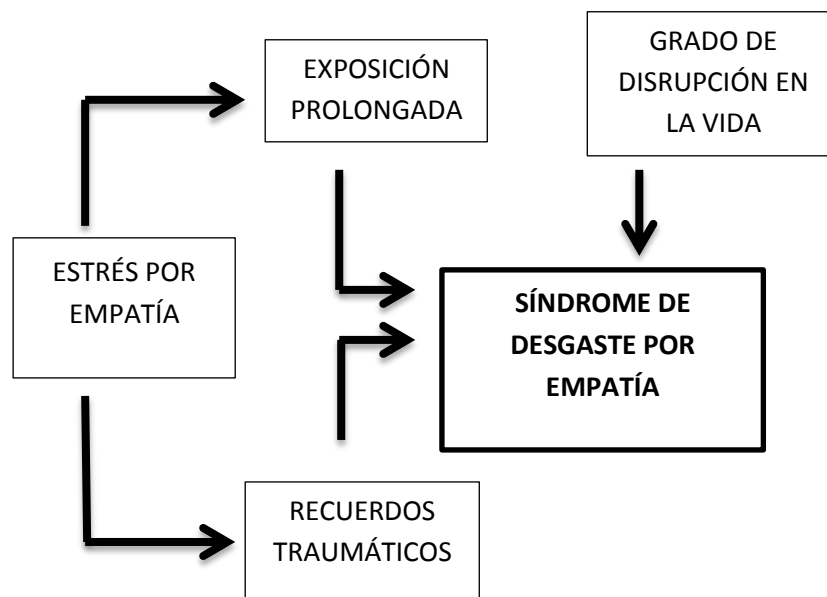


Figura A2: Modelo del síndrome de desgaste por empatía según Figley (1995)

APÉNDICE B

1. MODELO DE ENCUESTA APLICADA

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación para la tesis de grado de la Licenciatura en Psicología, Universidad del Aconcagua.

A continuación se presentan una serie de preguntas sobre variables sociodemográficas y laborales, seguido de un breve cuestionario. La participación es voluntaria y los datos son estrictamente confidenciales. El completamiento total dura 15 minutos aproximadamente. Intente responder de la manera más honesta y sincera posible. Desde ya se le agradece por su colaboración.

Lugar de residencia:

Edad:

Sexo: F M

Años de antigüedad de ejercicio profesional en el área clínica:

Grado de formación alcanzado en el área clínica:

- LICENCIATURA
- ESPECIALIZACIÓN
- MAESTRÍA
- DOCTORADO
- OTRO (especificar):

Ámbito de trabajo:

- PÚBLICO
- PRIVADO
- AMBOS

*Nombre de la Institución:

Cantidad de pacientes que atiende aproximadamente por semana:

- 0 A 15
- 16 A 25
- 26 A 35
- MÁS DE 35

Grupo etario que asiste (en caso de asistir más de uno, marque aquel predominante en su actividad clínica actual):

- NIÑOS y ADOLESCENTES
- ADULTOS
- ADULTOS MAYORES
- OTROS (especificar):

Tipo de abordaje (en caso de existir más de uno, marque aquel predominante en su actividad clínica actual):

- INDIVIDUAL
- PAREJA
- GRUPAL
- FAMILIAR

Modalidad de trabajo (en caso de trabajar con ambas modalidades, marque aquella que sea predominante en su actividad clínica actual):

- INDIVIDUAL
- EN EQUIPO

Tipo de patologías con la que trabaja en su actividad clínica actual:

- ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
- ADICCIONES
- TRASTORNOS SEVEROS (PSICOSIS)
- TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
- ABUSO SEXUAL INFANTIL
- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
- OTROS (ESPECIFICAR):

En su trabajo clínico, ¿Ha tenido casos que lo hayan afectado mucho emocionalmente?

- SI
- NO

*En caso de responder afirmativamente, ¿Puede enunciar los temas?

.....

.....

.....

De acuerdo a su percepción, considera que en general el impacto emocional de su trabajo, es:

- ALTO
- MEDIO
- BAJO

Especifique qué actividades realiza para enriquecer su vida personal-profesional:

.....

.....

.....

El cansancio natural que surge de su actividad profesional puede derivar de diversos factores. La cantidad de horas que usted trabaja, el lugar físico, la relación con sus pares y auxiliares, suelen ser aspectos que generan tensión y cansancio. Pero además, por la naturaleza de su profesión, usted está constantemente ayudando a personas que tienen problemas. Buena parte de su eficiencia profesional depende de su habilidad para entender y ayudar a sus pacientes/clientes. El compartir el sufrimiento (empatizar) produce desgaste emocional. A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con este aspecto de su trabajo profesional.

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones e indique cuánto coincide con lo que le sucede a Usted. Marque con una cruz debajo del número que elija, teniendo en cuenta que:

0=muy de acuerdo; 1=de acuerdo; 2=en desacuerdo y 3=muy en desacuerdo

	0	1	2	3
1. Mantengo el cuidado de mi salud.				
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.				
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.				
4. Me sobreenvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.				
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas.				
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.				
7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.				
8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño				
9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.				
10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes				
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos				
12. Me cuesta mantener la concentración.				
13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.				
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.				
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.				
16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.				
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes				
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.				
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.				
20. No presento síntomas somáticos.				
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes				
22. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.				
23. Aumento de peso de modo llamativo.				
24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.				
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.				
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.				
27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.				

2. PLANILLA DE EVALUACIÓN

· Factor 1: Involucración Profesional

$$\underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

* 2 * 5 * 9 * 12 * 15 * 18 * 21 * 24 * 26 9

· Factor 2: Cuidado personal

$$\underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

1 6 8 * 11 14 * 17 20 * 23 * 25 27 10

· Factor 3: Vulnerabilidad:

$$\underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

* 3 * 4 * 7 * 10 13 * 16 * 19 * 22 8

Se traslada al factor que corresponda los valores adjudicados por el sujeto en cada ítem. Aquellos señalados con un *, son los que han sido formulados con contenido negativo, por lo que se invierte el valor: 0 será 3, 1 será 2, 2 será 1 y 3 será 0.

Para realizar el diagnóstico, se siguen los pasos presentados a continuación:

1. Sumar el resultado de los tres factores.
2. Buscar en cuál de los cuatro perfiles se ubica ese resultado; y en cuál de los cuatro perfiles se ubicaría cada uno de los factores por separado.
3. Si sucede que los resultados de los factores no caen los tres dentro del mismo perfil, evaluar del siguiente modo: el perfil más cercano a cero indica el factor recurso disponible del profesional. El o los factores más alejados de 0, indica las debilidades del profesional.