



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Desgaste por Empatía en Psicoterapeutas y  
Familiares Cuidadores de Enfermos

Burnout by Empathy in Psychotherapists and  
Family Caregivers of the Sick

Autora: Belén Mendoza Aurensanz

Directora: Sara Lorente Escriche

Grado en psicología

Curso 2021/ 2022



**Facultad de**  
**Ciencias Sociales**  
**y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

Desgaste por empatía en psicoterapeutas y familiares cuidadores de enfermos.

#### **RESUMEN**

El Desgaste por Empatía es un fenómeno complejo que se da en psicoterapeutas y cuidadores de enfermos, que consiste en revivir traumas ajenos o propios motivados por escuchar testimonios de pacientes o bien por cuidar a personas dependientes descuidando la propia vida. El desgaste por empatía tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales, pero también se puede prevenir y tratar a través de la ayuda profesional o los autocuidados.

#### **PALABRAS CLAVE**

Desgaste por Empatía, Trastorno estrés postraumático, burnout, psicoterapeutas, cuidadores.

Burnout by Empathy in Psychotherapists and Family Caregivers of the Sick

#### **ABSTRACT**

Empathy Burnout is a complex phenomenon that occurs in psychotherapists and caregivers of patients, which consists of reliving other people's or own traumas motivated by listening to patient testimonies or by caring for dependent people neglecting one's own life. Empathy burnout has physical, psychological, and social consequences, but it can also be prevented and treated through professional help or self-care.

#### **KEY WORDS**

Empathy attrition, post-traumatic stress disorder, burnout, psychotherapists, caregivers.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE EMPATÍA	5
2.1 La evolución del concepto de empatía	5
2.2 Desarrollo del concepto de desgaste por empatía	6
2.3 El desgaste por empatía desde una perspectiva biológica: las neuronas espejo	8
3. DESGASTE POR EMPATÍA	8
3.1 Factores protectores y factores de riesgo	8
3.2 Estrategias de afrontamiento	10
3.3 Síndrome del desgaste por empatía en el psicoterapeuta	11
3.4 Síndrome del cuidador quemado	12
4. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN	12
4.1 Evaluación del desgaste por empatía	12
4.2 Intervenciones para la prevención y el tratamiento del desgaste por empatía	13
4.3 Los valores de quien ayuda a otros: una atención de calidad	15
4.4 Consecuencias del desgaste por empatía	15
4.5 Trastorno de Estrés Postraumático y su relación con el desgaste por empatía	16
5. CONCLUSIONES	18
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

## 1. INTRODUCCIÓN

Las personas encargadas del cuidado de otros como son los psicoterapeutas y los familiares al cargo de enfermos terminales o crónicos están expuestos constantemente a experiencias traumáticas y al sufrimiento ajeno, lo cual supone un factor de riesgo laboral para lo que Figley denominó Desgaste por Empatía (a partir de ahora DE), Traumatización Vicaria o Fatiga por Compasión (Figley, Bride & Radey).

Este fenómeno se experimenta como un estrés derivado de la acción de ayudar (o del deseo de ayudar) a personas traumatizadas o en situación crítica (como pueden ser personas en estado terminal), provocando cambios significativos en su cognición, conducta y emociones y alterando también varias facetas de la vida de la persona que lo padece (intrapersonal, social, laboral...) (Figley, Bride & Radey).

La traumatización vicaria debe ser tomada muy en serio, ya que presenta síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (tal y como se analizará posteriormente), que se estima, ha afectado al 3,6% de la población de 21 países diferentes desde 2013 según un estudio de la OMS (OMS, 2013).

La satisfacción por compasión, por otro lado, sería lo opuesto a la fatiga por compasión, se trata de una motivación derivada del cuidado de otros o de prestar ayuda a los que sufren. A pesar de que sean conceptos opuestos, según Stamm (2002) no son excluyentes, pues con frecuencia suelen convivir en los profesionales clínicos, el problema se da cuando la fatiga por compasión es más elevada que la satisfacción por compasión, ya que el quemado profesional (o *burnout* explicado a continuación) resultante de ello puede terminar por eclipsar la motivación haciéndola desaparecer.

Otro suceso que tiene que ver con el estrés profesional es el *burnout*. Este síndrome psicológico hace referencia a la desmotivación y agotamiento laboral producido por estar expuesto de forma permanente a estresores internos en el ámbito laboral. También se le denomina quemado profesional y produce entre otras cosas falta de entusiasmo y dedicación, desapego laboral, sentimiento de cinismo, de falta de logros, de ineficacia... (Maslach, 2009). Este concepto tiene ciertas similitudes con el desgaste por empatía, de hecho, son muy parecidos y en la literatura es frecuente verlos como sinónimos, ya que ambos hacen referencia al estrés laboral que se sufre por responder a las demandas de los demás y salir emocionalmente agotado de dicha situación, teniendo como consecuencia la incapacidad del correcto desarrollo profesional. También presentan cierta sintomatología común como la depresión, la ansiedad, la hipocondría, dificultad para concentrarse... (Solano, 2013).

Sin embargo, presentan también diferencias, y es que en la fatiga por compasión la diferencia es que la exposición es a personas mayormente traumatizadas, y de éstas se revive o asimila el trauma haciéndolo propio, mientras que en el *burnout* hablamos de un estrés extremo que puede ser producido por diferentes factores que no tienen por qué estar relacionados con el trauma. Otra de las diferencias es que en la fatiga por compasión se habla de cansancio como factor principal, mientras que en el *burnout* el sentimiento predominante sería la desmotivación sobre aquello que algún día fue importante para la persona (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999). Asimismo, el burnout es un proceso progresivo mientras que el DE puede darse desde la primera vez que se interactúa con una persona, pudiéndose presentar de forma inmediata o incluso puntual (Solano, 2013).

De la mezcla del burnout y la fatiga por compasión nace el síndrome de inadaptación, que se fundamenta en tres factores clave: la tensión, el estrés y la preocupación y tiene manifestaciones físicas notables para el entorno del afectado (Acinas, 2012).

La fatiga por compasión aparece cuando se está expuesto ante personas muy estresadas, que relatan hechos traumáticos y de viva dureza, lo que combinado con la empatía

que se deposita en estas personas al escucharlas da lugar a este fenómeno que a su vez se incrementa cuando se trata de ayudar o pretender ayudar a población infantil. Su efecto acumulativo en la persona provoca que si no se actúa con rapidez cuando se ven los primeros síntomas ésta se vaya acentuando en gravedad (Solano, 2013).

Un estudio de Ecuador donde el 89,70% de 600 participantes eran mujeres reveló que el sexo no era una diferencia significativa en el DE. El hecho de que la mayoría de la muestra sean mujeres es explicado porque hay más psicólogas que psicólogos (Polanski, 2019) (según el INE en el 2020 se colegiaron 6.270 psicólogos mientras que fueron 28.549 las psicólogas que lo hicieron). En otro estudio de personas cuidadoras de familiares dependientes hallaron que las mujeres presentaban puntuaciones más altas en preocupación empática, y como se comentará a continuación la preocupación empática es una variable peligrosa para el desarrollo del DE (Abal, López, Rodríguez & Salgado, 2019).

Por último, son varios los estudios que sugieren que cuanto más experiencia laboral se tenga y mayor sea la edad, menor es la probabilidad de sufrir DE.

## **2. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE EMPATÍA**

### **2.1. La evolución del concepto de empatía**

La empatía es el constructo fundamental que permite comprender el proceso que en este estudio se trata, por lo que es necesaria la correcta comprensión del mismo, para ello se revisan a continuación los cambios sufridos de este concepto que, en la actualidad se define como *“la capacidad para participar en los sentimientos de otra persona y asimilarse a su estado de ánimo, por lo que nace de la identificación con otros y la comprensión íntima de su situación”* (Murillo, Svoboda, Gamarra & De Souza, 2021, p.76). Para llegar a esta definición el concepto ha sufrido una serie de modificaciones y fueron varios los autores que aportaron en este proceso y que se comentarán a continuación.

La primera definición de empatía la ofrece Theodor Lipps en 1903 y habla de ello como un proceso cognitivo por el cual quien observa se proyecta en aquello que ve (Ryberg, 2010). Posteriormente Titchener en 1909 la define como sentir lo que siente el otro (Titchener, 1909). Freud también trató la empatía en 1953, pero para él se llamaba identificación. En este proceso la persona adquiere los comportamientos ajenos por imitación, y para llevar a cabo una identificación es necesaria la comprensión de cogniciones, emociones y conductas de otros (Carrillo & Berges, 2009).

Sin embargo, dentro de las definiciones más utilizadas está la ofrecida por Hoffman: *“una reacción afectiva más adecuada para la situación de otros que para la propia”* (Ryberg, 2010, p. 9). El autor a lo largo de su vida hizo grandes esfuerzos por investigar en relación a la empatía, así su interés se centraba en las diferencias entre la empatía cognitiva y la empatía afectiva. Considera el lado afectivo del ser humano muy importante, ya que es lo que permite situarse en el lugar de otra persona para experimentar como propias sus vivencias y de esta manera sentir como tal. Por otro lado, lo cognitivo no deja de ser relevante ya que expresa la capacidad de comprender a nivel mental a las demás personas (es lo que permite hacer atribuciones causales).

Fue Davis más adelante en 1980 quien hizo importantes contribuciones al término añadiendo la idea de interdependencia entre la empatía cognitiva y afectiva, que hasta el momento habían sido estudiadas por separado y habla de ella como la reacción de un individuo ante la observación de las experiencias ajenas (Hernández, 2021).

## 2.2 El desarrollo del concepto de desgaste por empatía

El concepto fundamental para comprender la fatiga por compasión es la empatía (explicada anteriormente), comprendida por muchos autores como el principal aliado de un terapeuta y de un cuidador para que sus pacientes confíen en ellos, ya que se trata de la aptitud que te permite ponerte en el lugar de los demás y hacerte una idea aproximada de lo que están experimentando. Empatizar también requiere de un coste energético para la persona que vive al lado del sufrimiento de otros, ya que si no se mantienen los límites personales se pueden asimilar las vivencias ajenas como propias.

En el año 1992 Lewin define la compasión como aquella emoción que permite mantener el equilibrio entre la desesperación y la esperanza, siendo el pilar fundamental de los oficios en los que se trabaja con el sufrimiento ajeno. Ese mismo año, Joinson usó por primera vez el término fatiga por compasión, haciendo referencia a una serie de síntomas que se observan en personas encargadas del cuidado de personas que sufren, pero no fue hasta 1995, cuando Charles Figley acuñó el término, iniciando toda una investigación en torno al mismo y despertando el interés de multitud de profesionales del área social (Bush, 2009).

Lo que Joinson observó para poder delimitar este constructo fue una especie de agotamiento extremo en ciertas profesiones, como las enfermeras, que decían sentirse sumamente estresadas, pero no referían un estrés común, sino asociado al cuidado. Este mencionado estrés no tenía nada que ver con falta de vocación inicial, se sentían claramente agotadas de tener que lidiar día a día con el sufrimiento ajeno y esta sensación no desaparecía al irse a su casa, afectando gravemente no sólo a su trabajo sino a su vida personal y a su salud física.

El agotamiento, por otro lado, es un concepto anterior, definido en 1974 por Freudenberger como una demanda excesiva de energía y de recursos de los que la persona no dispone, por lo que se ve superado por dicha demanda y se genera este sentimiento de desgaste psicológico (Bush, 2009).

Posteriormente, Maslach fundó el término *burnout*, que nace de aplicar el agotamiento al área laboral, pues éste es entendido como estrés o agotamiento laboral. Creó el inventario de Burnout de Maslach (MBI) que tiene 22 ítems para medir el estrés laboral (Bush, 2009).

En relación a la empatía Figley creó un modelo con 11 variables al que llamó Modelo Etiológico de Figley que predice la fatiga por compasión. En este modelo se habla de la *habilidad empática* como la capacidad del terapeuta para percibir el sufrimiento ajeno. La empatía es el elemento clave para que se produzca fatiga por compasión. Por otro lado, la *preocupación empática* es la necesidad de ayudar a aquellos que tienen ciertas necesidades, pues se trataría de la motivación que lleva al terapeuta o cuidador a la acción de ayudar, ya que de por sí, la empatía por sí misma no tendría esta capacidad, pero si la preocupación empática y puede ser precipitante del DE.

Otra variable sería la *exposición directa*, que hace referencia a exponerse al sufrimiento del cliente y experimentar lo que éste siente de forma directa. La *respuesta empática* hace referencia a intentar reducir el dolor ajeno. El *estrés por compasión* quedaría como resultado de la respuesta empática si esta se demanda de forma sistémica y el terapeuta no invierte en autocuidados. *El sentido de logro* habla de si el terapeuta o cuidador se encuentra satisfecho con la labor que realiza, de forma que a mayor sentido de logro menor estrés por compasión. La *desconexión* también tiene una relación inversa con el estrés por compasión, ya que hace referencia a la forma en que el terapeuta o cuidador es capaz de distanciarse de la situación del paciente, de forma que se asimila menos el problema. La *exposición prolongada* es una variable que implica que el cuidador o terapeuta se sienten responsables de lo que le sucede al paciente. Los *recuerdos traumáticos* por otro lado son

memorias del terapeuta o del cuidador que pueden despertar al atender al paciente y aumentar su probabilidad de sufrir fatiga por compasión. La *interrupción de la vida* son diferentes cambios asociados al cuidado del paciente, normalmente inesperados (Figley, 2002).

A pesar de que no fue hasta 1992 que se mencionó por primera vez el término al que se viene haciendo referencia en el mencionado estudio, ya anteriormente importantes autores hablaban de procesos de influencia mutua entre terapeutas y pacientes. Fue hace muchos años, en 1910, cuando Sigmund Freud le puso nombre al proceso de distorsión producido en los terapeutas tras interactuar con sus pacientes, si bien no se refería a un cansancio o desmotivación por el hecho de querer ayudarles, si hablaba ya de sesgos en la relación paciente- terapeuta. Según Freud, la contratransferencia era el proceso por el cual el terapeuta dejaba aflorar ciertos sentimientos derivados de la empatía hacia el paciente, lo cual le impedían ser objetivo y neutro. Estos sentimientos residían de forma transitoria en el inconsciente y salían a la luz cuando los pacientes despertaban (bien por vivencias similares o bien por sus características) en los terapeutas estas emociones ocultas, eliminando de la terapia toda la objetividad que debería haber. Según el psicoanalista, los terapeutas debían saber reconocer con claridad la contratransferencia y también saber controlarla para poder ofrecer una atención de calidad (Freud, 1910).

Otros autores englobados dentro de la *teoría de las relaciones objetales* como Melanie Klein, defendieron que la contratransferencia resultaba útil en la medida en que reflejaba a través de la identificación proyectiva ciertos procesos inconscientes en el terapeuta, por lo que el terapeuta, observándose a sí mismo y a sus reacciones frente al paciente podría averiguar estados internos inconscientes del mismo. Otro autor, Winnicott, contempló la idea de que la contratransferencia positiva tendría la capacidad de fomentar una relación de confianza y alianza mutua con el paciente, generando un vínculo que permitiese la mejor comunicación entre ambos o lo que en psicología se conoce como un buen *rapport*.

Otro punto importante que ha sido muy estudiado por diferentes autores, entre ellos, uno de los primeros, Carl Rogers, fue la autenticidad del terapeuta, concepto en el que tiene mucho que ver la empatía. Este concepto hace referencia al grado de congruencia entre las experiencias internas de una persona y lo que ésta manifiesta externamente, por lo que a mayor congruencia mayor autenticidad, y la autenticidad es percibida por los pacientes como algo positivo, los usuarios se muestran más confiables en aquellos profesionales que se muestran auténticos, porque se percibe que no tienen nada que ocultar y ofrecen mayor confianza (Méndez, 2021).

En la contratransferencia el terapeuta se ve de alguna manera reflejado en el paciente, o pretende satisfacer sus necesidades a través del paciente, y este proceso no tiene relación con el sufrimiento o el trauma. Esta es por lo tanto la principal diferencia entre el proceso de contratransferencia y el DE, en el que hay una falta de autocuidados por parte del terapeuta que lo llevan a una situación de estrés límite (Figley, 2002).

Bleichmar sin embargo, insiste en diferenciar la empatía de la identificación proyectiva, ya que en este caso se atribuyen al paciente los propios deseos, sentimientos y temores del terapeuta. Le atribuye cierta importancia porque si las historias de terapeuta y paciente son similares en contenido se podría facilitar que el terapeuta pretendiese satisfacer su necesidad de resolver su historia personal a través de esta persona de forma inconsciente, lo cual no se considera un modo adecuado de proceder en terapia (Solano, 2013).

### **2.3 El desgaste por empatía desde una perspectiva biológica: las neuronas espejo**

Fue en el año 1991 cuando un equipo de investigadores italianos liderados por Rizzolatti realizaron una serie de experimentos con primates. En estos experimentos les pusieron electrodos en el cerebro y otros monos delante llevando a cabo una serie de acciones. Descubrieron unas neuronas concretas ubicadas cerca al área de Broca que se activaban en los primates cuando éstos estaban quietos, pero observaban a sus iguales realizar movimientos, las llamaron neuronas espejo o neuronas oculares. Posteriormente se llevaron a cabo investigaciones con humanos, también poseedores de dichas neuronas. Averiguaron que estas neuronas son un tipo especial de neurona que se activa ante el movimiento ajeno, lo que resultaba curioso es que eran capaces de activar exactamente las mismas zonas cerebrales de la corteza motora que se activaban al realizar los movimientos realmente, por lo que la experiencia de verlo y hacerlo era similar para el cerebro.

Este hallazgo fue realmente trascendente en la investigación ya que explica procesos como la empatía, el habla... justifica también que tanto los humanos como los monos seamos capaces de ponernos en el lugar de otro sin necesidad de experimentar lo mismo que aquel, y también, en el caso de los humanos, que seamos capaces de intuir intenciones ajenas ya que estas neuronas tienen la capacidad de codificar los movimientos faciales y corporales de los demás (Rizzolatti & Sinigaglia, 2013). Esto es el origen de la Teoría de la Mente y de la Teoría de la Simulación

Según la Teoría de la Simulación, las personas comprendemos los procesos de los demás poniéndonos en el lugar del otro, es de esta manera que podemos comprender cómo se sienten o qué están pensando (Williams, Whiten, Suddendorf & Perrett, 2021).

Por otro lado, la Teoría de la Mente propone que es posible intuir las intenciones de los demás y atribuirles estados.

Esta situación pone entonces de manifiesto una cuestión, si bien no se puede evitar sentir lo mismo que sienten los otros cuando lo observamos, el DE es un proceso que puede darse de manera muy rápida y sencilla y en prácticamente cualquier persona. Lo que no quiere decir que sea inevitable, pero sí tiene un origen biológico y muy necesario para la vida social humana. Este proceso se convierte en algo problemático cuando se asimila el sufrimiento de otro.

## **3. DESGASTE POR EMPATÍA**

### **3.1 Factores protectores y factores de riesgo**

Se entiende por factores protectores aquellos elementos que pueden contribuir a reducir las probabilidades de sufrir DE, mientras que los factores de riesgo son aquellos elementos que incrementan la probabilidad de experimentar DE. A continuación, se tratan los factores de protección y riesgo más relevantes:

#### 3.1.1 Factores protectores

*Inteligencia emocional.* Daniel Goleman fue el pionero cuando se habla de inteligencia emocional, y tal y como el mismo autor la define, ésta hace referencia a la capacidad de reconocer las propias emociones o sentimientos y los de los demás, siendo capaces de manejar tanto las emociones como las relaciones interpersonales (Goleman, 1998). La inteligencia emocional es un potente protector ante el desarrollo de DE, dado que es fundamental a la hora de disminuir el estrés laboral. Esto se explica porque tener mayor inteligencia emocional se relaciona directamente con el éxito laboral, con las habilidades interpersonales e intrapersonales, con un mejor desempeño en el entorno de trabajo y con la eficacia (Goleman, 1998). Cuanto mayor es el coeficiente de inteligencia emocional mayores son las estrategias que se utilizan para enfrentar estresores (Alecsiuk, 2015).

*Resiliencia.* Se trata de un concepto que alude a la capacidad de las personas de enfrentar las adversidades de forma exitosa, superándolas y obteniendo de la experiencia un aprendizaje positivo, por ello se considera que forma parte de la psicología positiva (Bosch, 2012). Es una forma de adaptación en la que los acontecimientos vitales de gran dureza permiten proyectarse en el futuro en lugar de atrapar a la persona en dicho momento, esto sucede porque se perciben como retos en los que desarrollar ciertas competencias personales y no generan en la persona ansiedad ni estrés en exceso (Acinas, 2012).

*Personalidad resistente.* En el mismo entorno laboral y llevando a cabo el mismo tipo de trabajo, los psicoterapeutas y cuidadores procesan de diferente manera su forma de enfrentarse a los estresores, esto tiene que ver con sus rasgos de personalidad. Hay variables de la personalidad que influyen en el DE y que hacen que las personas enfrenten los estresores de diversas maneras (Jiménez, Natera, Muñoz & Benadero, 2006).

La personalidad resistente está conformada por tres variables: control, reto y compromiso. Estos tres elementos modulan las reacciones del individuo al ambiente. El control se refiere a la percepción de influencia que tiene el individuo en los resultados que obtiene de las labores que desarrolla, también llamado *locus* de control, y puede ser interno (atribuir los resultados a la propia acción) o externo (percepción de que los resultados no tienen que ver con la propia acción sino con factores ambientales). El reto por su parte trata de enfrentar los desafíos del entorno de un modo optimista. Y, por último, el compromiso alude a la implicación en las tareas que se realizan. Las personas con altos niveles de control, reto y compromiso son aquellas que se sienten sujetos activos capaces de lograr cambios, involucrados con sus labores y que perciben las situaciones como una oportunidad para fortalecerse y crecer (Carrara, 2018).

*Autocompasión.* Es un concepto que refiere a la capacidad de percibir los errores como algo aceptable y regular en el trabajo, de esta manera los juicios que se hacen sobre ellos son sanos e implican la reducción de los efectos de los estresores ambientales (Jiménez, Carvajal, Fernández, Lecuona, Martínez, Jiménez, Montejo... & Garrosa, 2020).

*Apoyo social.* La OMS declaró en el 2020 a través de la Carta de Seguridad de los Trabajadores de la Salud de la Organización que los Estados Miembros adoptarán las medidas pertinentes que garanticen que los profesionales de la salud tuvieran acceso a los sistemas de apoyo social (además de asesoramiento sobre el equilibrio entre vida privada y laboral). Esto se debe a que el apoyo social es clave para mejorar la salud mental y el bienestar psicológico (OMS, 2020), siendo un importante factor protector del DE. Para Figley, el apoyo social es un elemento clave para la reducción del estrés, de hecho, se ha visto que las personas casadas presentan menos probabilidades de desarrollar DE que las solteras (Figley, 2002).

### 3.1.2 Factores de riesgo:

*Esfuerzo emocional.* Cuando se trabaja como terapeuta existen una serie de factores a tener en cuenta, como es el hecho de tener que seguir ciertas normas a la hora de transmitir información al paciente. De esta manera, hay determinadas ideas que un terapeuta no puede transmitir, por lo que se produce una incoherencia entre lo que se siente y lo que se debe expresar. Un elevado esfuerzo emocional se relaciona con mayores probabilidades de desarrollarlo (Jiménez *et al.*, 2020). Así mismo, los cuidadores también deben ser precavidos y reservados con algunas informaciones o sentimientos por el bien de la persona dependiente. Por ejemplo, si se está asistiendo a alguien en cuidados paliativos, no conviene estar llorando constantemente delante de él/ella.

*Formación inadecuada.* Como se ha comentado en el apartado anterior la psicoeducación es una estrategia de afrontamiento para el DE, por ello, poseer información no adecuada es un riesgo a la hora de contraerlo. En un estudio con enfermeras que atendían a pacientes oncológicos se encontró que la formación inadecuada era uno de los principales factores de riesgo junto con las malas relaciones entre compañeros y la falta de tiempo para afrontar el componente psicológico de la enfermedad (Acinas, 2012).

*Falta de autocuidado psicológico.* Ya se ha mencionado con anterioridad que el autocuidado psicológico es muy importante para sortear el DE. Según Dorothea Orem el autocuidado es un conjunto de actividades que se desarrollan con la finalidad de mantener un buen funcionamiento y bienestar personal. El autocuidado en profesionales de la psicología y en los cuidadores tiene que ver con la manera en que se procesa el sufrimiento ajeno. Formas de autocuidarse son separar las experiencias profesionales de las experiencias personales y llevar a cabo actividades diferentes a las de asistir pacientes o el cuidado de enfermos (Polansky, 2019). Según Figley, el DE se puede reducir teniendo en cuenta los siguientes factores: disminuir el estrés tras una respuesta empática, mejorar el sentido de logro en el trabajo, diferenciar entre la vida personal y el trabajo, procesar los traumas propios y ajenos y evitar los estresores personales (Figley, 2002; Figley Institute, 2012).

### **3.2 Estrategias de afrontamiento**

El DE se puede prevenir o mitigar con una serie de herramientas o estrategias de afrontamiento. Se entiende como afrontamiento una conducta o cognición que tiene como finalidad calmar las consecuencias negativas de ciertas condiciones o situaciones vitales estresantes (Herrera, 2017).

El estrés es provocado por situaciones que con frecuencia son externas y la persona afronta estas situaciones (estresores) con los recursos internos disponibles. Cuando los estresores superan los recursos internos se puede percibir como un reto (lo cual genera motivación) o como una amenaza (López, Siegrist, Rödel, & Mejía, 2003) lo que genera una respuesta de estrés que si se da de forma prolongada facilita la aparición del DE.

Cuando se habla de estresores en este caso se hace referencia a las condiciones del contexto de trabajo, éstas tienen un impacto sobre el organismo, lo que autores como Siegrist llaman "*reacción estresante*". Todos los estresores no provocan consecuencias negativas, sino que depende de la disposición personal y de las herramientas de cada persona lo que determina en qué medida afectan (López *et al.*, 2003, p. 132). Siegrist elaboró una teoría del esfuerzo-recompensa donde especifica que en el entorno laboral se producen desequilibrios entre los esfuerzos y las recompensas. Para rebajar los niveles de estrés debería haber más recompensas ya que éstas tienen la capacidad de activar el sistema de gratificación del cerebro (es decir, regula la capacidad de sentir placer) (López *et al.*, 2003).

Según Steptoe (1991) hay dos formas de afrontar los estresores ambientales: de forma conductual o cognitiva. La primera consiste en cambiar el estresor mientras que la segunda consiste en variar el enfoque mental que se le da al estresor (reestructuración cognitiva) (Herrera, 2017).

En cuanto a estrategias de afrontamiento concretas se destacan las siguientes:

- Tener conocimiento del proceso de DE y de sus causas, de modo que es más fácil estar alerta a su aparición cuando se conoce su funcionamiento.

- Recibir supervisión de otros profesionales que puedan advertir el DE, de modo que cuando se sea consciente de los límites personales para así poder informar cuanto antes en caso de sospecha de DE (Solano, 2013).
- No aislarse de las relaciones interpersonales, porque desahogarse con otros puede ayudar a disminuir la carga emocional, incluso se recomienda tratar el tema con humor (Solano, 2013).
- El autocuidado dentro y fuera del entorno laboral son fundamentales (Conde & Ayala, 2003).
- Saber diferenciar la vida laboral de la vida personal, si te llevas el trabajo a casa mentalmente es más probable que desarrolles DE. Hay que tener cierta conciencia de que lo que pasa en el entorno de trabajo debe quedarse ahí y no seguir pensando en ello fuera, sino centrar la atención en los acontecimientos de la vida personal (Solano, 2013).
- Recibir formación en referente al manejo de habilidades y control de las emociones para poder hacer frente a las adversidades (Conde & Ayala, 2003).
- Objetivos laborales realistas, claros y concretos (Conde & Ayala, 2003).
- Ambiente laboral de colaboración y cultura de trabajo en equipo (Conde & Ayala, 2003).

### **3.3 Síndrome de desgaste por empatía en el psicoterapeuta**

El DE está caracterizado por una serie de síntomas físicos, cognitivos y emocionales que, dependiendo de la persona, se darán en mayor o menor medida.

En psicoterapeutas es más fácil presentar DE que en otros oficios relacionados con la sanidad, ya que el paciente clínico de estos profesionales con frecuencia vive situaciones traumatizantes y se las expresa a su terapeuta. También influye el tiempo de tratamiento, pues un psicólogo pasa meses o incluso años tratando a la misma persona y el involucramiento emocional con el paciente se incrementa (Solano, 2013).

Los estudios coinciden en que hay tres grupos principales de síntomas, éstos son: síntomas evitativos, de reexperimentación y de activación fisiológica (burnout en cuidados paliativos). Dentro de los síntomas evitativos es frecuente encontrar embotamiento emocional (sensación de indiferencia ante los acontecimientos y aparente falta de emocionalidad), pérdida de energía, la evitación a la exposición directa con el paciente y sus relatos traumáticos, evitación de salidas con compañeros de trabajo, adicciones o automedicación, etc. (Acinas, 2012). Por otro lado, los síntomas de reexperimentación son aquellos relacionados con revivir el trauma del paciente, éstos son: pensamientos e imágenes mentales constantes del trauma del paciente, sentimientos de falta de aptitudes como profesional, disociación cuando se escucha el relato del paciente, etc. Y por último los síntomas relacionados con la activación fisiológica, siendo éstos muchas veces los más evidentes para el medio exterior, e incluyen: agresividad, impulsividad, ansiedad, cambios en la percepción (es posible que se comience a percibir el entorno como potencialmente amenazante o peligroso), depresión, mayor frustración, alteraciones sensoriales, decaimiento físico, mal humor, etc. (Solano, 2013).

Aparte de estos grupos de síntomas hay otros que también pueden aparecer como la despersonalización, el agotamiento emocional, incapacidad de disfrutar del trabajo, conductas autodestructivas, transferencias y contratransferencias, sentimientos de inferioridad, ineficacia en las tareas del trabajo, desesperanza, falta de empatía... (Solano, 2013). Las relaciones interpersonales también suelen verse afectadas como resultado de sufrir estas consecuencias del DE.

### 3.4 Síndrome del cuidador quemado

“Un cuidador es una persona que ayuda y asiste a otra que presenta algún tipo de discapacidad o disfuncionalidad y de esta manera le permite vivir en su entorno de forma segura” (Campoverde, 2016, p. 2). Son muchos los españoles que se encuentran a cargo de un familiar dependiente (Abal *et al.*, 2019), y muchas de estas personas que se dedican al cuidado de los más vulnerables tienen altas probabilidades de desarrollar DE debido a la carga de trabajo que suponen los cuidados intensivos.

La OMS define el síndrome de sobrecarga (sinónimo de síndrome de cuidador quemado) como “conjunto de problemas físicos, mentales y socio- económicos que experimentan los cuidadores, con afectación de sus relaciones sociales, desequilibrio emocional, libertad e incluso intimidad.” (Campoverde, 2016, p. 2).

Este síndrome se caracteriza por la insatisfacción vital, agotamiento emocional y físico y sentimientos de rechazo hacia la persona cuidada (Abal *et al.*, 2019). El factor afectivo presente en las relaciones familiares puede hacer que los sentimientos experimentados cuando se sufre DE generen culpabilidad a la persona que cuida, esto se debe a que normalmente se quiere dar la mejor atención posible a la persona enferma, pero a la vez existen sentimientos negativos hacia el trabajo de cuidador.

Un estudio de la Universidad de Huelva sobre personas que se dedican al cuidado reveló que la mayoría de las personas que se dedican a la asistencia mantenían un parentesco de madre, padre o esposa (suele ser el familiar más cercano el que cuida lo que facilita una atención integral), y estos cuidados les llevaban un tiempo semanal de 45,84 horas...), lo que supera la jornada laboral en España, que en la actualidad es de un máximo de 40 horas semanales. La alta demanda de tiempo y cuidados que requieren los familiares enfermos justifica el cansancio sufrido por los cuidadores. Este estudio también halló que son más las mujeres dedicadas al cuidado que los hombres, y que es el tiempo prolongado de cuidados junto con el estrés lo que provoca el DE. Además, la ayuda en estos casos de las asociaciones de familiares cuidadores implica menos sobrecarga para ellos y, por lo tanto, menos probabilidades de desarrollar DE (Abal *et al.*, 2019).

## 4. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

### 4.1 Evaluación del desgaste por empatía

Son varios los instrumentos de medida que se han utilizado para medir el desgaste por empatía, el *burnout* o la satisfacción por compasión. En el presente estudio se van a tratar a continuación solamente 6 de ellos.

Para medir el desgaste por empatía se podrían analizar varios cuestionarios: el primero de ellos y el más utilizado es el ProQOL (Professional Quality of Life) fue creado por Hudnall Stamm y ha sido traducido en España por Morante, Moreno y Rodríguez de la Universidad Autónoma de Madrid. En este cuestionario se presentan 30 variables a las que se responde de 0 (nunca) a 5 (siempre) y presenta 3 subescalas (satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario) (Acinas, 2012).

En el caso del *burnout*, el cuestionario más popular hasta la fecha es el MBI (*Maslach Burnout Inventory*), creado por Maslach y Jackson en 1996. Con este cuestionario se obtiene un índice de las tres dimensiones propuestas por los mencionados autores para medir el burnout: Cansancio Emocional, Falta de Realización Personal y Despersonalización. Ha sido muy utilizado en cuidados paliativos (Acinas, 2012).

Por otro lado, para psicólogos clínicos en Argentina, se utilizó el IDE- R, creado por Redondo, Depoli y D'Onofrio en 2011. Tras utilizar este cuestionario evidenciaron que los psicólogos de Mar del Plata mostraban cierto grado de cansancio laboral en diferentes grados, al contrario que aquellos que se iban a retirar, que resultaron no sólo no estar cansados, sino ser mucho más productivos y felices (Solano, 2013).

Figley y Stamm, por otro lado, crearon una serie de pruebas que evalúan el desgaste por empatía independientemente del contenido traumático que atraviesan los pacientes. Las consiguientes pruebas son: La Autoprueba de fatiga por compasión (CFST), que cuenta con 40 ítems y dos subescalas: fatiga por compasión y agotamiento. El Test de Satisfacción por Compasión y Fatiga por Compasión (CSFT) y la Escala de Fatiga por Compasión (CFS). (Figley, Bride & Radey).

#### **4.2 Intervenciones para la prevención y el tratamiento del desgaste por empatía**

La intervención para prevenir y tratar un problema suelen ser el objetivo de los estudios que se llevan a cabo sobre un proceso concreto, en este caso el DE. Es por ello que se va a tratar a continuación las intervenciones que se han considerado más eficaces.

*Programa de Recuperación Acelerada.* Gentry *et al.* desarrollaron en 1997 lo que llamaron Programa de Recuperación Acelerada del Desgaste por Empatía. Se trata de un protocolo que se diseñó para los cuidados paliativos y consiste en 5 sesiones que tienen como finalidad identificar los eventos que disparan el DE, para comprenderlos y desarrollar una jerarquía que contiene una serie de habilidades que ayuden a enfrentar el DE, trabajar la resiliencia identificando recursos que ayuden a fortalecerla, trabajar técnicas que reducen la ansiedad y el estrés y desarrollar y aplicar técnicas para la resolución de conflictos internos y supervisión (Acinas, 2012).

*Talleres y servicio de apoyo psicológico.* Se trata de estrategias básicas para reducir el efecto del DE, como son: talleres de relajación, de prevención de estrés, de comunicación familiar y de resolución efectiva de conflictos en el área laboral. Además, señalan la importancia de un servicio de apoyo psicológico al trabajador (Acinas, 2012).

*Jornadas de psicoeducación.* Figley señala que la psicoeducación es lo más importante a la hora de tratar el desgaste por empatía. Conocer los efectos y consecuencias del DE permite identificar sus síntomas a tiempo antes de que se vuelvan más dañinos (Figley, 2002).

*Desensibilización sistemática.* Se ha comentado con anterioridad la similitud entre el DE y el TEPT, por lo que esta intervención que con frecuencia se usa en el tratamiento del TEPT es eficaz también en el DE. Consiste en aproximaciones sucesivas al trauma de forma que los efectos negativos que provoca se van disipando lentamente con la exposición. De este modo los estímulos que provocan aversión hacia el terapeuta o cuidador van perdiendo la capacidad de crear malestar, es decir, los estímulos que se asociaron a la angustia se disocian de ésta para pasar a ser neutros (Barreno & Hidalgo, 2015).

*Estrategias de Autocuidados.* John Norcross logró elaborar trece categorías de estrategias para psicólogos clínicos dirigidas al autocuidado y a evitar el DE. Se enumeran a continuación estas categorías:

1. Valorar la persona del psicólogo clínico. Siendo la más importante según Norcross hace referencia a reconocer las propias necesidades como persona más allá de la

- profesión, por ejemplo, con un diario de autorregistro donde se anoten las estrategias de autocuidado y su correspondiente efectividad.
2. Reenfocarse en las satisfacciones del trabajo. Se basa en dirigir la atención hacia la satisfacción por compasión, esto se puede conseguir recordando con frecuencia los logros profesionales, contemplando la evolución de los pacientes u observando cómo se desarrolla como profesional a través del trabajo. Se trata por lo tanto de dismantelar la tendencia humana a enfocarse más en los factores negativos que en los positivos.
  3. Reconocer los peligros. Cuando los peligros no se perciben claramente resulta de gran ayuda hablar de las sensaciones con los compañeros, de esta manera se normaliza solicitar ayuda y también se pueden obtener soluciones alternativas.
  4. Cuidar el cuerpo. Mantener una higiene de sueño adecuada y una buena alimentación son dos factores que ayudan a tener un estado de ánimo apto y reducir el estrés laboral.
  5. Cultivar una red de apoyo. Como ya se ha comentado con anterioridad el apoyo social es fundamental para reducir los factores estresantes, para ello tener grupos de supervisión o un mentor a quien consultar puede marcar la diferencia.
  6. Poner límites. Norcross recomienda un espacio entre atenciones psicológicas para evitar sobrecarga, por lo que sería adecuado llenar como máximo el 90% del tiempo de consultas, planear el número de personas que se asiste por semana y derivar los casos que resultan demasiado complicados.
  7. Reestructuración cognitiva. Se trata de una técnica muy usada en terapia cognitivo-conductual y se basa en modificar los pensamientos viéndolos de un modo alternativo, ya que los pensamientos tienen influencia sobre la conducta y las emociones. Esto se puede conseguir teniendo un diálogo interno positivo.
  8. Actividades sanas de distracción. Llevar a cabo actividades alejadas del trabajo como aquellas que producen diversión, relajación o energía, que en cada persona son diferentes. Se trata de identificarlas y ponerlas en práctica.
  9. Mindfulness. Es una técnica que consiste en poner atención plena en el momento presente.
  10. Manejo del ámbito laboral para mejorarlo. Modificar el lugar de trabajo para que sea más agradable y funcional.
  11. La terapia personal. Tal y como se ha mencionado anteriormente pedir ayuda profesional ayuda a encontrar técnicas para manejo de estrés, a controlar las posibles dificultades y a procesar traumas ajenos o propios.
  12. Cultivar la espiritualidad. Poner en práctica con frecuencia los propios valores y ética personal, recordando los motivos vocacionales que llevaron al profesional al ejercicio de la psicología.
  13. Fomentar la creatividad y el crecimiento. No dejar de formarse y participar en nuevos retos relacionados con la profesión (Polanski, 2019).

### **4.3 Los valores de quien ayuda a otros: una atención de calidad**

Forma parte de la labor de un terapeuta establecer una relación de calidad con el usuario que requiere sus servicios, para ello son necesarios valores como el compromiso y el involucramiento. Parte de fomentar esta relación es el establecimiento de un buen *rapport*. En la relación terapéutica este concepto se entiende como un clima cálido, en el que hay confianza entre terapeuta y usuario, donde éste se siente cómodo para poder expresarse sin ser juzgado por el terapeuta y donde el terapeuta se percibe por el usuario de forma auténtica. Esto es fundamental para poder lograr los objetivos terapéuticos marcados.

De igual manera sucede con las personas cuidadoras encargadas de un enfermo, pues deben fomentar que el ambiente sea adecuado y de confianza, aunque no siempre sea así y no se vigile de una manera tan exhaustiva como sucede con los terapeutas, pues no hay ningún código deontológico del cuidador ni ningún manual donde aparezca qué pasos deben seguir para realizar su labor correctamente. Además, en el caso de los cuidadores muchas veces resulta más complicado porque se suma el factor familiar, ya que es frecuente que quien cuida que el enfermo sea alguien de su familia, en cuyo caso puede suceder que se vean procesos emocionales más intensos y que dañen el vínculo (Solano, 2013).

En estas relaciones tanto de terapeuta- paciente como de cuidador- enfermo, la empatía es una estrategia tan necesaria como natural, pues en los seres humanos se desarrolla prácticamente sin necesidad de esfuerzo, pero también debe ser entendida como estrategia para que el enfermo o cliente se sienta más cerca del cuidador o del terapeuta (Solano, 2013). La empatía sin embargo es una herramienta con la que se debe ser cuidadoso, pues conlleva unos costes emocionales y energéticos para quienes sobrepasan sus límites. Cuando no hay autocuidados y se quiere ayudar a toda costa es probable que esa persona sea víctima de DE, por lo que parte del compromiso que se debe asumir cuando se trabaja ayudando a otros es también cuidar de uno mismo.

#### **4.4 Consecuencias del desgaste por empatía**

El DE genera una serie de consecuencias en quien lo padece, algunas de estas son:

##### Una visión sesgada de la realidad

Es frecuente la tendencia a creer que todas las personas presentan el trauma o sufrimiento de aquel al que se está intentando ayudar (Acinas, 2012). Esta visión de la realidad puede dar lugar a que se experimente una sensación de injusticia y la situación del paciente sea vivida de un modo excesivamente emocional, pudiendo llegar a nublar el juicio de los profesionales o cuidadores, lo que conlleva que el paciente pueda no recibir la atención más adecuada.

##### Cambios en la identidad del terapeuta o cuidador

Esto ocurre porque se da un proceso interno de cambio de visión del mundo, entre otras cosas de la percepción de uno mismo, lo que implica que la identidad de quien intenta ayudar puede verse modificada en mayor o menor medida (Solano, 2013).

##### Falta de límites

A veces tanto los terapeutas como los familiares se vuelcan tanto en mejorar la vida de la persona a la que pretenden ayudar que sobrepasan los límites. Esto pueden hacerlo excediéndose en el tiempo que pasan con esa persona, o hablando por teléfono, o hablando con familiares suyos o amigos sin consentimiento. Si se trata de un familiar que cuida a otro quizá sea menos claro, pero exceder los límites se ve evidente cuando el familiar deja de lado por completo su vida personal para centrarse únicamente en la vida del enfermo, de forma que prácticamente vive por y para él.

A su vez una consecuencia de la falta de límites puede ser el hecho de ser percibido como mal profesional de cara a los pacientes en el caso de los terapeutas, puesto que si un terapeuta se presenta en estado de desesperanza es posible que lo vean como poco fiable o que pierda credibilidad (Solano, 2013).

### Consecuencias afectivas

El terapeuta o el cuidador pueden ver su faceta afectiva seriamente dañada, presentando por ejemplo una necesidad extrema de protección hacia sus seres queridos, sentimientos de miedo, culpa, angustia, desesperanza... (Solano, 2013).

### Diagnósticos erróneos

El DE aumenta la probabilidad de llevar a cabo diagnósticos erróneos, de planificar de forma incorrecta el tratamiento o incluso de poner el tratamiento inadecuado (Figley, Bride & Radey).

## **4.5 Trastorno de Estrés Postraumático y su relación con el desgaste por empatía**

El trauma en la medicina hace referencia a lesiones físicas producidas por el medio externo, si bien en psicología se utiliza la misma palabra no es por casualidad, ya que el trauma psicológico es un concepto evolucionado del anterior, que hace referencia a heridas psíquicas que tienen las personas. Es frecuente que personas que han experimentado situaciones vitales duras sufran una especie de recuerdo persistente y recurrente de dicho acontecimiento. A lo que esta descripción se refiere es por lo tanto al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), que hace referencia a un evento vital que queda reflejado en la psique de la persona de forma permanente si no se trabaja adecuadamente con profesionales. Este evento que estuvo asociado a diferentes estímulos que una vez fueron neutros para la persona, pero posteriormente de la exposición al suceso traumático adquieren la capacidad de evocar emociones tales como el miedo, la ansiedad, el pánico o la ausencia del peligro presente. El TEPT implica frecuentemente la visión del mundo como una amenaza o la hipervigilancia, todo en recuerdo de la experiencia traumática (Badour & Feldner, 2018).

Según el Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013) para el diagnóstico del TEPT se deben cumplir los siguientes criterios:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

(Se observa que el criterio A hace referencia fundamentalmente a exposición directa al suceso traumático, lo cual es una diferencia fundamental con la fatiga por compasión en la que se está expuesto, pero de forma indirecta).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

a. D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

3. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s).
4. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
5. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
6. Estado emocional negativo persistente.
7. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
8. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
9. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño

E La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

(También es necesario especificar si se incluyen o no síntomas disociativos como la despersonalización o la desrealización y si la expresión es retardada).

Es comprensible que el TEPT y el DE se entiendan como similares, puesto que en los criterios del TEPT se pueden observar muchos síntomas comunes entre ambos, como pueden ser: el malestar, las alteraciones emocionales y fisiológicas, la hipervigilancia, la disociación, un estado emocional negativo...

Una vez definido el TEPT es relevante al caso explicar que desde hace años se estudia el hecho de que no es necesario vivir personalmente un evento traumático para experimentar

los mismos efectos psicológicos que una persona que sí ha sido expuesta a dicho evento. Esto se conoce como traumatización secundaria y los efectos que produce en la persona afectada son los mismos que produce el TEPT. Esto conduce a la siguiente conclusión: el TEPT y el desgaste por empatía son muy similares, de hecho, son varios los autores que afirman que la fatiga por compasión es idéntica al trastorno de estrés secundario y al TEPT. Es por ello que se vuelve un tema de especial interés diferenciar los patrones de respuesta de aquellos que han sido expuestos directamente al daño y de aquellos que han sido expuestos de manera indirecta (Acinas, 2012).

## 5. CONCLUSIONES

En última instancia y a modo de cierre de este trabajo cabe destacar la importancia de visibilizar el desgaste por empatía entre los profesionales de la salud y los cuidadores informales de enfermos, porque, aunque se ha estudiado más recientemente en profundidad, no es objeto de estudio en los planes académicos. Es necesario recalcar también que sufrir DE no es una debilidad profesional, sino una mala gestión de estresores que por supuesto puede revertirse.

En estudios futuros sería pertinente tener en cuenta en mayor medida el papel del cuidador informal, ya que presentan DE con frecuencia y su labor es de gran importancia en nuestra sociedad. También considero relevante estudiar las características del DE dependiendo del sector laboral, ya que no hay suficiente información sobre cómo se manifiesta y afecta en cada profesión lo que facilita que se pueda confundir con otros síndromes o enfermedades.

En esta revisión se pretende aclarar los síntomas del DE para su posterior y correcta identificación, así como sus soluciones y evaluaciones.

En este estudio se han tenido en cuenta diferentes corrientes teóricas y metodologías empleadas por los distintos autores, diciendo en base al criterio personal cuáles eran más adecuadas y acertadas para explicar correctamente el DE. A la conclusión que llego en lo que a autores se refiere es de gran importancia la contribución de Charles Figley y la de Herbert Freudenberger en la delimitación conceptual del DE.

Gracias a la investigación del DE se ha podido comprobar un gran avance en la delimitación del concepto, que un principio se usaba como sinónimo de burnout o de TEPT. En la actualidad se comprenden como procesos diferentes.

Se debe recalcar también la importancia del factor personal en este síndrome, ya que no todos los profesionales lo padecen ni tienen porque presentar riesgo de padecerlo. Tener un buen clima laboral y estar satisfecho con el trabajo que se realiza favorecen que no se desarrolle DE y estar en la recta final de la vida laboral también reduce las probabilidades de sufrir DE (Acinas, 2012).

Como se ha visto anteriormente la inteligencia emocional disminuye la probabilidad de experimentar DE, dado que aquellos con mayor inteligencia emocional son capaces de comprender y regular sus propios sentimientos y los de los demás (Alecsiuk, 2015) por lo que el auge que presenta este tema en la actualidad es de gran ayuda para favorecer la detección y prevención del síndrome.

Teniendo en cuenta la relación entre la empatía y el desgaste por empatía se ha podido observar que hay determinadas variables como la preocupación empática, el estrés por compasión o los recuerdos traumáticos son predictores y antecedentes del DE.

Además de las conclusiones relacionadas con la aproximación teórica, a nivel personal el estudio aquí expuesto me ha ofrecido la visión más profunda de un proceso que no sólo no se trata en la formación del Grado, sino que no se habla con frecuencia entre los profesionales del gremio. Además, he podido poner en relación el concepto tratado con la información previamente obtenida en el plan de estudios.

**“También los pozos se agotan cuando se extrae mucha y abundante agua de ellos”  
(Demostenses, siglo III AC) (Acinas, 2012).**

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24(1), 43-56.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013). *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5<sup>a</sup> ed.).
- Badour, CL y Feldner, MT (2018). El papel del asco en el estrés postraumático: una revisión crítica de la literatura empírica. *Revista de Psicopatología Experimental*, 9 (3), Artículo pr.032813. <https://doi.org/10.5127/pr.032813>
- Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk?. In *Oncology nursing forum* (Vol. 36, No. 1, p. 24). Oncology Nursing Society.
- Campoverde Campoverde, J. A. (2016). *Síndrome del cuidador quemado y factores asociados en cuidadores de personas con discapacidad en Molleturo* (Master's thesis, Universidad del Azuay).
- Carrillo, P. O., & Berges, B. M. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. *Iniciación a la Investigación*, (4).
- Conde, C. J. C., & Ayala, F. J. (2003). El eslabón perdido, encontrado Senderos de la evolución humana. *Psicothema*, 335-340.
- Fernández-López, J. A., Siegrist, J., Rödel, A., & Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención primaria*, 31(8), 1-10.
- Figley, CR (ed.). (2002). *Tratamiento de la fatiga por compasión*. Routledge.
- Figley Institute. (2012). *Basics of Compassion Fatigue*. Recuperado de [http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook\\_AMEDD\\_SanAntonio\\_2012July20\\_RevAugust2013.pdf](http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf)
- Figley, CR (2002). Fatiga por compasión: la falta crónica de autocuidado de los psicoterapeutas. *Revista de psicología clínica*, 58 (11), 1433-1441.
- Freud, S. (1910). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*, 11. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goleman, D. (1998). La inteligencia emocional en la práctica. *Barcelona: Kairós*.
- Hernandez Ayala, W. T. (2021). Revisión bibliográfica sobre la medición de la empatía en Colombia y Estados Unidos de América en el periodo comprendido entre el 2010 y el 2020.
- Herrera, I. G. (2017). Percepción de las estrategias de afrontamiento de los profesionales que trabajan con personas con esclerosis lateral amiotrófica. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (59), 7-19.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). *Profesionales sanitarios colegiados por sexo. Series desde 1952*.
- Jiménez, B. M., Natera, N. I. M., Muñoz, A. R., & Benadero, M. E. M. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 413-418.

- Labarthe Carrara, J. (2018). Personalidad resistente y su relación con el egreso voluntario en call centers. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36(1), 239-263.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y trabajo*, 11(32), 37-43.
- Méndez, M. (2021). Contratransferencia, autenticidad y autodevelación del terapeuta: Aproximaciones desde el psicoanálisis relacional y la psicoterapia humanista-existencial.
- Moreno- Jiménez, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M.A. Simón (coord.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. (pp. 739- 757). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno-Jiménez, J. E., Rodríguez-Carvajal, R., Chico-Fernández, M., Lecuona, Ó., Martínez, M., Moreno-Jiménez, B., ... & Garrosa, E. (2020). Factores de riesgo y protección del estrés traumático secundario en los cuidados intensivos: un estudio exploratorio en un hospital terciario de Madrid. *Medicina Intensiva*, 44(7), 420-428.
- Murillo, R. S. G., Svoboda, W. K., Gamarra, C. J., & de Souza, É. F. (2021). Entre lo que se dice y lo que se calla: visitando el concepto de empatía en la atención integral a la salud del adulto mayor. *Revista Española de Educación Médica*, 2(1), 74-91.
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33, 268-271.
- Olivera Ryberg, J. M. (2010). *Acerca del concepto de empatía. Su rol y evaluación en psicoterapia* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades).
- Orozco Barreno, C. V., & Barahona Hidalgo, L. M. (2015). *Desensibilización sistemática en el trastorno de estrés postraumático de los miembros del cuerpo de bomberos de la compañía 26 de junio de riobamba, periodo enero-junio 2015* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2015.).
- Organización Mundial de la Salud. (6 de agosto de 2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de septiembre de 2020). *OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación médica*, 15(2), 77-78.
- Polanski, T. X. (2019). *El uso del autocuidado y el desgaste por empatía en Psicólogos Clínicos de Quito, Ecuador, mayo-noviembre 2018* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2013). *Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Paidós.
- Samper García, P., Díez Calatrava, I., & Martí Vilar, M. (1998). Razonamiento moral y empatía.
- Solano, J. J. B. (2013). “desgaste por empatía en psicólogos” (estudio a realizarse en el colegio de psicólogos de quetzaltenango).
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test.
- Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. Macmillan.
- Williams, JH, Whiten, A., Suddendorf, T. y Perrett, DI (2001). Imitación, neuronas espejo y autismo. *Revisiones de neurociencia y biocomportamiento*, 25 (4), 287-295.