



**Universitat de les
Illes Balears**

Títol: *Análisis conceptual del Desgaste por Empatía: el coste de ayudar a los demás*

NOM AUTORA: *María de Lluc Nevot Caldentey*

DNI AUTORA: *41584867-Q*

NOM TUTOR: *José Francisco Campos Vidal*

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de *Treball Social*

Paraules clau: *Empatía, Desgaste por Empatía, Fatiga por Compasión, Prevención, Escalas de medición*

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic: *2014-2015*

En cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marcau aquesta casella:

X

Resumen: Los profesionales de la relación de ayuda están expuestos a potenciales fuentes de estrés al entrar en contacto con el malestar de las personas con las que trabajan. De acuerdo con esta idea, si el profesional no implementa las estrategias que garanticen su bienestar, protección y seguridad puede experimentar un desequilibrio en la calidad de su ejercicio profesional. Éste puede darse a través de la disminución de la satisfacción derivada de la empatía, como necesaria capacidad para establecer una relación de ayuda, así como también, por el aumento del desgaste que produce el ejercicio de la misma, desembocando en la aparición de la sintomatología propia del Desgaste por Empatía.

Palabras clave: Empatía, Desgaste por Empatía, Fatiga por Compasión, Prevención, Escalas de medición

***Abstract:** The professionals in the relationship of help assistance are exposed to a wide range of stress because they are in contact with people's illnesses. According to this idea, if the professional does not take the strategies to assure his wellness, protection and safety he can experiment an imbalance in his quality as a professional. It can be caused by a decrease of satisfaction in the empathy need it to establish a helpful connection, as well as, suffering of fatigue and ending in what we know as empathy fatigue.*

***Key words:** Empathy, Compassion Fatigue, the Fatigue of Compassionate, Prevention, Measurement Scales*

ÍNDICE

0. Introducción	4
1. La empatía; curva de campana y regiones constituyentes del circuito de empatía	5
2. Etimología del <i>Desgaste por empatía</i> o <i>Fatiga por Compasión</i> . Características	7
3. Diferenciación del <i>desgaste por empatía</i> de otras formas de desgaste profesional	9
4. Recopilación y descripción de los principales programas de prevención	11
5. Presentación y descripción de los principales instrumentos de medición presentados en publicaciones científicas	15
6. Conclusiones	16
7. Referencias bibliográficas	18
8. Anexos.....	23

0. Introducción

En este Trabajo de Fin de Grado se presentará inicialmente una descripción y ubicación del concepto de empatía, como elemento fundamental para comprender el tema que nos ocupa. Seguidamente se procederá a la definición del Desgaste por Empatía junto con las principales características que lo acompañan. En un tercer apartado se detallarán las diferencias entre las formas de desgaste profesional existentes dada la confusión terminológica observada en los diferentes libros, artículos y publicaciones científicas. Luego se verán definidas las principales escalas de medición y por último se indicarán algunas de las posibles técnicas y mecanismos de prevención del mismo.

Antes de dar paso al contenido sobre el que se asienta el presente trabajo, cabe contextualizar la empatía como uno de los mecanismos esenciales para desarrollar la función del Trabajo Social con acierto.

El Trabajador Social, como profesional de la disciplina de las ciencias sociales, desarrolla su labor desde la relación de ayuda. Ello, supone trabajar centrado en la persona, enfoque que es definido por Sánchez (1997 citado en Barceló, 2012) del modo siguiente:

Trabajar centrado en la persona es una manera de vincularse desde un marco actitudinal que genere encuentros profundos de persona a persona... la actitud con la cual nos relacionamos es la fuente generadora del estar presente, con/junto al otro. Nuestra finalidad es generar contextos que brinden posibilidades de resignificación y cambios constructivos. Nuestra tarea es la de ser catalizadores comprometidos desde una actitud comprensiva, y poseer una serie de recursos metodológicos que faciliten el cambio de autocorrección, para ello sabemos que lo técnico debe estar subsumido a lo relacional, cabe apuntar más a la interacción vincular entre las partes que participan de una relación que al método (p.132).

Para los facilitadores del Enfoque Centrado en la Persona, de acuerdo con Barceló (2012) si la persona se siente inmersa en un clima facilitador tiende al crecimiento y a la eficacia, tiende a su autodesarrollo. La metodología necesaria para lograr dicho clima, es la asertiva disposición del profesional de la relación de ayuda, como único instrumento que posee para la facilitación. Ésta se entiende como la creación del clima de seguridad y libertad psicológica en la que la persona-cliente pueda sentirse profundamente aceptada y comprendida. Para que este clima sea posible, el Trabajador Social ha de tener interiorizada una forma de estar presente, una actitud de enfoque, una actitud nuclear de presencia vivencial. Dicha actitud consiste en estar conectado con uno mismo y con el otro simultáneamente, lo cuál significa intervenir desde la actitud, entendida como aquella intervención que se da desde uno mismo, desde la que disponemos a acompañar al otro. Para ello nos situamos en disposición de confiar en la capacidad de la persona-cliente, y a escuchar activamente, de manera vincular. Se trata pues, de confiar, escuchar, compartir y dar nombre.

Aquí es donde según Rogers (1980 citado en Barceló, 2012) situamos la empatía, como una de las tres actitudes relacionales que deben estar presentes en todo sistema de facilitación, como fundamento de la intervención y que por lo tanto son necesarias y

suficientes: La empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad o congruencia del facilitador.

Una de las definiciones de empatía aportadas por Rogers & Stevens (1980 citado en Barceló, 2012) la determina como la “capacidad para percibir el mundo interior del otro significativo, el cuál está integrado por significados personales y privados, como si formara parte de uno mismo pero sin perder nunca este *como si*” (p. 134). Giordani (1997) la define como “la capacidad de comprender con exactitud los sentimientos que promueven el comportamiento del cliente, sin recurrir al método interpretativo; y ponerse en la piel del otro sin caer en la identificación” (p. 94). La empatía parece ser un factor fundamental en el proceso de posibilitar a una persona el acercamiento a sí misma, el aprendizaje, el cambio y el desarrollo.

La definición de Rogers reconoce la relación de ayuda como emocionalmente exigente, pues los profesionales están llamados a ser empáticos. Sin embargo, deben controlar también sus propias necesidades emocionales y su capacidad de respuesta en el trato con la persona-cliente, pues al participar empáticamente el Trabajador Social está en riesgo de experimentar un estado de agotamiento emocional, mental y físico (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; McCann & Saakvitne, 1995 y Pearlman & Macián, 1995, citado en Simpson & Starkey, 2006).

1. La empatía; curva de campana y regiones constituyentes del circuito de empatía

Según Baron-Cohen (2012) la empatía se ve activada cuando suspendemos nuestro enfoque de atención único centrado exclusivamente en nuestros pensamientos o nuestras percepciones y en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble mediante el cuál tenemos presente al mismo tiempo nuestra mente y la mente del otro. Entonces, la empatía es nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente, así como también de responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada. Esto sugiere que existen dos fases durante la empatía: reconocimiento y respuesta. Ambas necesarias, ya que si se tiene la primera sin la última, no se empatizará en absoluto.

De acuerdo con esta definición, resulta necesario indicar aquí que todos nos situamos en algún lugar del espectro de la empatía. Necesitamos entender la curva de campana de la empatía para adentrarnos bajo la superficie de esta misteriosa y poderosa esencia, la empatía.

Por un lado, la explicación que se da ante la presencia de personas a las que denominamos “malas” o “cruels”, es que se encuentran en uno de los extremos del espectro de la empatía. Son personas que se encuentran encarceladas en su propio auto foco. Encarceladas, puesto que el enfoque único con el que cuentan supone la desconexión permanente de su empatía. Contrariamente, encontramos aquellas personas cuyos niveles de empatía son normales o incluso superiores. Se caracterizan por ser capaces de entender con exactitud la posición del otro, “el lugar en el que se encuentra”. Significa también ser capaz de encontrar soluciones a lo que, de no ser así, supondrán un callejón sin salida entre metas incompatibles. La empatía hace que el otro se sienta valorado, le hace sentir que sus pensamientos y sentimientos han sido escuchados, reconocidos y respetados. La empatía permite hacer amigos íntimos y cuidar la amistad, evita cualquier riesgo de malentendidos o de falta de comunicación al imaginar cuál ha podido ser la intención de la otra persona. Permite evitar ofensas al anticipar cómo otra mente diferente a la de uno mismo experimentará las cosas (Baron-Cohen, 2012).

Por lo tanto, la empatía varía en la población según la intensidad con la que las personas disponen de esta capacidad. De este modo, se identifican tres rangos principales de empatía dentro de la curva de campana. En un extremo, aquellas personas que tienen un bajo

nivel de empatía dentro de los que es posible clasificar por un lado los cero-negativo dónde se sitúan las personas que sufren un trastorno límite de la personalidad (tipo B), las mentes psicópatas (tipo P) y los narcisistas (tipo N) y por otro lado los cero-positivo entre los que es posible reconocer las personas con síndrome de Asperger o Autismo. En un nivel central se sitúan aquellas personas con un nivel medio de empatía y en el otro extremo aquellas que disponen de un alto nivel de dicha capacidad.

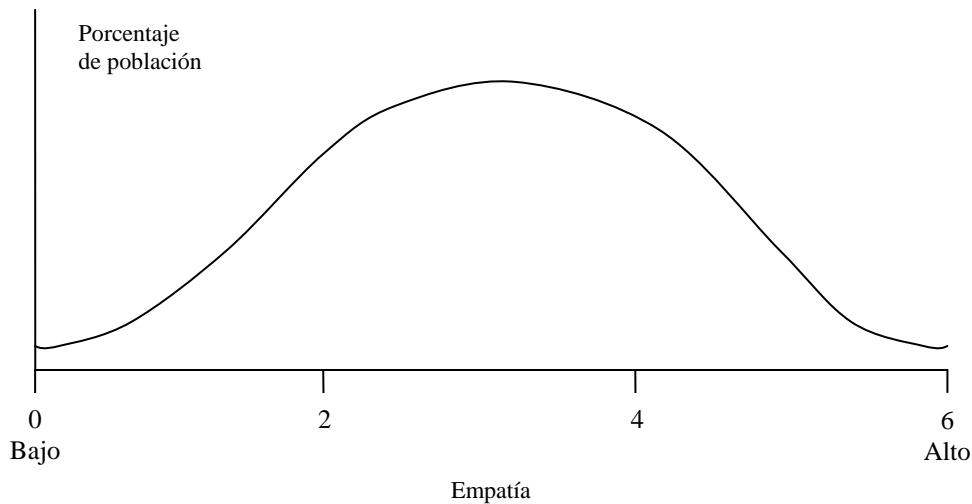


Gráfico 1: Curva de campana

Fuente: Baron-Cohen, 2012 y elaboración: propia

Entendiendo que las personas podemos situarnos en diferentes niveles dentro del espectro de la empatía, aquí resulta importante conocer qué es lo que genera que la empatía de una persona pueda verse establecida en diferentes niveles. La respuesta inmediata se encuentra en el cerebro humano, en el que es posible identificar una serie de áreas implicadas en el funcionamiento del complejo mecanismo de la empatía (Baron-Cohen, 2012).

La *Corteza Prefrontal Medial* (CPFM), constituye la primera región del circuito de la empatía. Ésta se encuentra dividida en la *Corteza Prefrontal Dorsomedial*, que está presente cuando pensamos en los sentimientos y pensamientos de otras personas y propios, y por otro lado, la *Corteza Prefrontal Ventromedial* que desempeña su función en la autoconciencia. También actúa como “marcador somático”, señalando la valencia emocional de una acción permitiendo así repetir las acciones de valencia positiva. Los pacientes con daños en esta última región presentan una menor respuesta autonómica cuando se les muestran imágenes de escenas de sufrimiento.

La *Corteza Orbitofrontal* (COF), la cuál se ve activada en personas a la hora de juzgar cuáles son las palabras que describen las funciones de la mente como son pensar, fingir o creer. Los pacientes con daño en la COF tienen problemas para identificar si ocurre algo falso, lo cuál indica la existencia de problemas de empatía. Además, los daños en esta región pueden originar la pérdida del juicio social y generar desinhibición social.

El *Opérculo Frontal* (OF), se activa a la hora de codificar las intenciones y los objetivos de otras personas, pues es visto como se produce un incremento de la actividad eléctrica en esta región cuando una persona observa a otra tratando de alcanzar un objeto o cuando dicha persona lo alcanza por sí misma.

La *Circunvolución frontal inferior* (CFI), encargada del reconocimiento de las emociones, de tal manera que cuanto mejor es la empatía, más activa estará dicha región al observar expresiones faciales.

La *Corteza cingulada anterior caudal o mediante* (CCAc/CCM), la cuál se ve activada ante el dolor propio y ajeno, y la *ínsula anterior* (IA), están relacionadas con los aspectos corporales vinculados a la conciencia de uno mismo.

La *Unión temporoparietal derecha* (UTPd), tiene un papel clave en la empatía. Se activa a la hora de imaginar los pensamientos de otra persona, “teoría de la mente”. El daño en esta región se asocia a los problemas a la hora de juzgar las intenciones de otra persona. También se ve vinculada a las funciones sociales como pueda ser el cambio de atención.

El *Surco temporal superior posterior* (STSp), relacionado con la capacidad de una persona para juzgar hacia qué dirección mira otra persona.

La *Corteza somatosensorial*, presente en la codificación de una experiencia táctil y en la observación de personas a las que se está tocando. También se ve activada al observar una aguja atravesando la mano de otra persona lo que sugiere, que reaccionamos de una forma sensorial cuando nos *identificamos* con el dolor de otra persona.

Tanto el *Opérculo frontal* (OF) como la *circunvolución frontal inferior* (CFI), conectan con el *lóbulo parietal inferior*, regiones que forman parte del conocido “*sistema de neuronas espejo*”. Este sistema puede dar lugar a confusión, pues algunas personas pueden dar por hecho que el circuito de empatía se limita a las *neuronas espejo* exclusivamente, cuando éstas participan en la *imitación* entre personas o animales, puesto que puede darse sin pensar conscientemente en el estado emocional de la otra persona. Entonces parece ser que la empatía va más allá que la simple imitación automática.

Y finalmente, la *amígdala* situada por Joseph LeDoux (1998 citado en Baron-Cohen, 2012) neurocientífico de la Universidad de Nueva York, en el centro del “cerebro emocional”, sobre cómo aprendemos a temer algo ligado al reconocimiento de las emociones y estados mentales en las caras de otras personas.

Aquí concluye el breve recorrido realizado por las diez principales regiones del cerebro que se encuentran presentes en el circuito de la empatía. Recorrido realizado inicialmente, para aclarar las posibles confusiones que pueda haber con respecto al origen de la empatía, dado que diversos autores consideran al sistema de neuronas espejo como única fuente cerebral facilitadora de la empatía como pueda ser el mismo Bermejo (2012) en su obra “*Empatía terapéutica*”. Por otro lado la intención es también la de facilitar una mayor comprensión en el estudio de la etiología, síntomas, así como la diferenciación del *desgaste por empatía* de otras fuentes de desgaste profesional.

2. Etimología del *Desgaste por empatía* o *Fatiga por Compasión* y principales características

La *Fatiga por Compasión* del inglés *Compassion Fatigue* o *Desgaste por Empatía* puede definirse según Lynch & Lobo (2012 citado en Campos, Cañas, Cardona, & Cuartero, 2014) como un estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, que deviene como resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y las consecuencias que ello evoca. Para Figley (2002) la *Fatiga por Compasión* se define como cualquier forma de fatiga que reduce nuestra capacidad o interés en soportar el sufrimiento de los demás. De acuerdo con esta idea, el *Desgaste por Empatía* afecta en la disminución de la capacidad para empatizar y en consecuencia para ayudar a la persona-cliente. McHolm (2006 citado en Campos, et al., 2014) hace también referencia al agotamiento espiritual que junto al

emocional, físico y social, se apodera de la persona generando un descenso de su deseo, capacidad y energía de ayudar a otra persona. Y finalmente, Coetzee & Klopper (2010 citado en Campos, et al., 2014) definen la Fatiga por Compasión como “el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés” (p.237).

El Dr. Charles Figley (1995 citado en Acinas, 2011) acuñó por primera vez el término *Compassion Fatigue* en 1995, traducido como Desgaste por Empatía. *Compassion* refiere al “sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o de resolver sus causas”

La compasión, según Bermejo (2012) (del latín *compassio*, traducción del vocablo griego (*sympathia*), constituye una palabra compuesta que significa “sufrir juntos”. Es una emoción del ser humano que se ve manifestada ante el sufrimiento de otro ser. Es más intensa que la empatía pues en principio, la compasión describe el entendimiento del estado emocional de otro, y se ve combinada frecuentemente con un deseo por aliviar o reducir su sufrimiento. Xavier Quinzá (1998 citado en Bermejo, 2012) define los rasgos del encuentro compasivo como la suma de tres elementos que en conjunto constituyen el encuentro personal; La *gratuidad*, la *proximidad*, y finalmente la *hondura* referente a compartir la herida profunda que sufre la otra persona. La compasión constituye un concepto asociado popularmente al sentimiento pasivo de pena o lástima ante la desgracia que nos produce el dolor del otro (Bermejo, 2012). Figley (1995 citado en Acinas, 2011) señala que la *capacidad de compasión* y de *empatía* parecen estar en el centro de la capacidad de los profesionales de la relación de ayuda para realizar el trabajo con los clientes, y al mismo tiempo, en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo.

Así, mientras que la empatía refiere la capacidad de reconocer y reaccionar ante el sufrimiento que presenta la persona-cliente, la compasión se define en relación a un sentimiento producido en el profesional de la relación de ayuda ante el dolor. También se refiere al hecho de compartir la herida que sufre la persona-cliente. Aquí es dónde juega un papel fundamental la empatía, como necesario elemento mediador entre empatía y compasión, necesaria para crear relaciones saludables de ayuda con la persona-cliente.

La empatía es definida por González de Rivera (2004 citado en Campos, et al., 2014) como la capacidad de manejar la reacción empática excluyendo aquellos sentimientos producidos ante el dolor de los demás. Es una forma de actuar mentalmente compensando la empatía. Ésta se presenta como necesaria para que el profesional de la relación de ayuda no se vea atrapado ni comprometido en su identificación o sobre involucración con el sufrimiento del otro. Se trata de establecer una distancia emocional que proteja de la inundación afectiva.

Para Figley (1995 citado en Acinas, 2011) el *Stress Compassion* es definido como las “conductas y emociones naturales que surgen a partir de conocer un evento traumático experimentado por otra persona, el *stress* resultante de ayudar o desear ayudar a una persona traumatizada.”, mientras que el Desgaste por Empatía, se ve relacionado con el esquema cognitivo del profesional, es decir, con su moral o percepción del contexto social e interpersonal. En una tesis doctoral (Lee, 1995 citado en Stamm, 2010) se encontró una fuerte relación entre el Desgaste por Empatía y diversas cogniciones vinculadas a la moral tanto personal como profesional, así como a la percepción del valor de la familia, amigos, comunidad y otros recursos sociales.

De acuerdo con estas definiciones, el Desgaste por Empatía se produce ante la ruptura de la necesaria distancia que separa al profesional de la persona que sufre. Distancia que se produce a través de la empatía y que se rompe a través de la compasión. A través de la compasión el profesional no identifica el dolor de la persona desde el *como si*, sino que se ve

invadido por el malestar del otro. La exposición prolongada al *stress compassion* puede acabar afectando a la capacidad empática del profesional viéndose reducida su principal característica de ayuda, la cuál resulta necesaria para crear el clima facilitador que conlleve al autodesarrollo de la persona-cliente.

De otro lado, el Desgaste por Empatía se da por la descompensación producida entre Satisfacción y la Fatiga por Compasión. De este modo cabe señalar aquí algunos factores que generan un aumento de la Satisfacción por Empatía: El afecto positivo refiere en primer lugar, los elementos de la relación de ayuda que permiten entrar en contacto con las necesidades de la persona-cliente, y por otro lado, los elementos que cubren la necesidad de satisfacción del profesional provenientes de la eficacia de su labor y del aprecio transmitido por parte de los demás hacia el profesional. El autocuidado constituye el conjunto de acciones realizadas para cuidar de uno mismo como son el descanso o el dormir, (Plan auto-cuidado profesional). Y finalmente, por recursos personales y sistémicos entendemos el conjunto de recursos, tanto intelectuales como de salud y sociales (Figley & Radey, 2007 citado en Campos, et al., 2014).

Cuando el profesional sufre Desgaste por Empatía, es posible identificar en él una serie de características que se manifiestan en forma de síntomas, los cuáles han sido comúnmente aceptados por los principales autores sobre Fatiga por Compasión. (Acinas, 2011; Campos, et al., 2014; Figley, 2011 y 2002; Gentry, 2002; Mathieu, 2012) entre otros. Éstos los clasifican, o bien según su nivel de afectación en cada uno de los cinco sistemas que constituyen el funcionamiento CASIC del individuo (Cognitivo, Afectivo, Somático, Interpersonal y Conductual). (Campos, 2012) o bien según su manifestación conductual y cognitiva; síntomas intrusivos, síntomas evitativos y síntomas de excitación o activación fisiológica.

Tabla 1: Anexo

3. Diferenciación del *desgaste por empatía* de otras formas de desgaste profesional

Dada la alta confusión terminológica existente entre Desgaste por Empatía, trastorno de estrés vicario, secundario y Burnout, este apartado irá dirigido a realizar una diferenciación entre estas cuatro formas de desgaste profesional.

La calidad de vida profesional, según Stamm (2010) incorpora dos vertientes; la positiva, que éste refiere como *Compassion Satisfaction*, término al que se hará referencia como satisfacción profesional, y por otro lado, la vertiente negativa *Compassion Fatigue* y que será nombrado como desgaste profesional. Se nombrarán de este modo ya que Stamm, (2010) en sus definiciones incluye tanto características propias de *Burnout* y satisfacción derivada de las condiciones laborales y por otro lado, de Desgaste por empatía y satisfacción por compasión, no pudiendo decir que únicamente se refiere la satisfacción por empatía y la fatiga por compasión.

La satisfacción profesional (*Compassion Satisfaction* según Stamm, 2010) hace referencia al placer que deriva de la capacidad de trabajar asertivamente. Ésta puede tener su origen en el placer de ayudar a los demás a través del trabajo (satisfacción por empatía), por sentirse positivamente a través de los compañeros de trabajo o por su capacidad para contribuir en el trabajo o incluso por aumentar el bien en la sociedad. (Satisfacción derivada de las condiciones laborales).

Contrariamente se da el desgaste profesional (*Compassion Fatigue* según Stamm, 2010) el cuál puede derivar en la sintomatología específica de Desgaste por Empatía al entrar en contacto con el malestar del otro; cansancio, frustración, ira y depresión típica de agotamiento. Por otro lado es a través de éste cuando puede darse un cierto grado de Estrés

Traumático Vicario en el profesional, el cuál está vinculado al sentimiento negativo que es impulsado por el miedo y el trauma que puedan sufrir ciertas personas-clientes con las que entremos en contacto profesional y que, por lo tanto sean personas que sufran de un trastorno de estrés postraumático.

Otra vertiente negativa de desgaste profesional puede manifestarse a través del *Burnout* o síndrome de estar quemado. Éste conlleva en el profesional una serie de efectos negativos como consecuencia de las condiciones laborales en las que trabaja, es decir, al igual que el Desgaste por Empatía, se manifiesta a través del agotamiento pero difiere en su origen; mientras que el Desgaste por Empatía se asocia al desgaste producido a través de la misma capacidad empática, el *Burnout* se asocia a las dificultades en el trabajo o en hacer el trabajo con eficacia bien sea por un alto volumen de trabajo, o bien por un ambiente de trabajo en el que el apoyo interprofesional es inexistente.

Aunque *Burnout* y Desgaste por Empatía sean dos formas de desgaste profesional diferenciadas, pueden tener sus orígenes según Rothschild (2009) en la relación terapéutica, aunque de acuerdo con Rosselló (s.f.) en el caso del Desgaste por Empatía proviene a través de la relación directa entre el profesional y el cliente que se establece a través de la empatía, mientras que el *Burnout* surge de la interacción que se da entre los profesionales con el entorno laboral. Ambos pueden también surgir con independencia de los problemas que traigan los clientes a la consulta, en el caso de que el profesional pase por alto satisfacer sus propias necesidades de compañía, descanso, horas razonables de trabajo, tiempo libre o vacaciones, ya que los elementos que constituyen la labor profesional aunque sean diferenciados guardan relación entre sí.

Por otro lado, Según Ruzek (1993 citado en Acinas, 2011):

La Fatiga por Compasión es idéntica al trastorno de estrés secundario y es equivalente al Estrés Postraumático (...) No sólo los terapeutas y otros profesionales son vulnerables a la fatiga por compasión, también lo son la familia y los amigos. Y esto se ha descrito hace tiempo (p.3)

Dado que Figley & Ruzek (1995 y 1993 citado en Acinas, 2011) identifican el *Desgaste por Empatía* con otras formas de estrés vinculadas a la *traumatización* cabrá aquí definir con exactitud el *trastorno de Estrés Postraumático* (TEP), así como *estrés traumático secundario* y el *estrés traumático vicario*, fuentes de confusión entre sí y entre éstos con el Desgaste por Empatía.

Primeramente, la *traumatización primaria* (TEP), según Rothschild (2009) se entiende como el impacto de un incidente traumático sobre la víctima directa de un incidente. La *traumatización secundaria* se produce en familiares o personas cercanas de la persona que sufre TEP como consecuencia de la proximidad de la relación. La *traumatización vicaria*, definida como el impacto que genera en los profesionales de la relación de ayuda al observar o escuchar el relato de una persona traumatizada de forma primaria. Y finalmente, el *Desgaste por Empatía*, definido por Figley (1995) como el sufrimiento (no traumatización) producido en el profesional como consecuencia de su trabajo en un servicio de apoyo (personas que presentan un sufrimiento o disfuncionalidad, no necesariamente traumatizadas).

De acuerdo con las definiciones aportadas por Figley (2011) y Bride (2007 citado en Figley, 2011) es posible identificar como el *trastorno de estrés postraumático* se ve englobado dentro de los estresores primarios puesto que son resultantes de la exposición directa, en este caso al trauma o acontecimiento traumático, mientras que el *estrés traumático*

secundario, el vicario y el Desgaste por Empatía se ven situados entre los estresores secundarios puesto que están asociados a la presencia y contacto con personas traumatizadas o afectadas por el estrés.

Aunque el Desgaste por Empatía comparta los síntomas con los del Trastorno de Estrés Postraumático son conceptos diferentes puesto que el Trastorno de Estrés Postraumático impacta sobre dos regiones del cerebro constituyente del circuito de la Empatía pues según una investigación realizada por un equipo de investigadores de la Escuela Politécnica Federal de Lausana (EPFL) se demostraba por primera vez la existencia de una correlación entre el trauma psicológico y algunos cambios concretos y perdurables en el cerebro, y muy concretamente sobre la *Corteza Orbitofrontal* (COF), así como la sobre activación de la *amígdala* (Cordero, M.I., Groner, A., Larsen, M.H., Magistretti, P.J., Márquez, C., Marquis, J., Poirier, G.L., Sandi, C., & Trono, D. 2012).

4. Recopilación y descripción de los principales programas de prevención

De la revisión bibliográfica se han podido identificar una serie de medidas, ejercicios y técnicas propuestas por diversos autores, más que programas específicos, tendentes a prevenir, ya sea primaria o secundariamente, el Desgaste por Empatía. Algunas de ellas pueden ser también útiles para prevenir otras formas de desgaste profesional.

Figley (2011) propone una serie de directrices, normas y estrategias para la prevención del Desgaste por Empatía, basadas en el Auto-cuidado del profesional. El propósito de estas directrices es doble: primeramente, que el profesional de la relación de ayuda evite daños en sí mismo en el cumplimiento de su deber de ayudar a los demás. Y en segundo lugar, atender las propias necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales como una forma de garantizar servicios de alta calidad a aquellas personas que identifican al profesional de la relación de ayuda como una fuente de apoyo.

Normas de Integridad para la Práctica de Auto-cuidado; Propone el reposo físico y la nutrición, ya que los profesionales, según Figley (2011) deben dormir adecuadamente y conseguir la reparación física del trabajo. Precisan de salud emocional, que se consigue mediante el descanso y la alimentación. Y finalmente señala la necesidad de modulación, es decir, cada profesional debe autocontrolarse con respecto a qué y cuánto consume ya que puede poner en peligro su competencia en el trabajo. En el trabajo señala que es importante obtener valoración y compensación (Satisfacción profesional), en el sentido de buscar, encontrar, y recordar el aprecio y reconocimiento de los supervisores y clientes pues aumenta la satisfacción en los profesionales.

Estrategias para dejar de lado el trabajo: Establecer un plan en el que se planifiquen las horas libres, llevando a cabo actividades que sean divertidas, estimulantes, inspiradoras, y generadoras de alegría. El plan de tiempo libre debe ir acompañado del establecimiento de plazos y de objetivos que vayan conectados a las actividades específicas de autocuidado. Finalmente añadir que dicho plan debe ser alcanzable, debe ser seguido con gran compromiso y ser supervisado.

Estrategias para ganar un sentido de logro; En primer lugar propone estrategias para la adquisición de descanso y relajación adecuada y por otro lado, estrategias que reduzcan del estrés. Éstas pueden darse según el autor mediante la adquisición de habilidades que faciliten la gestión del estrés durante horas de trabajo y fuera de las horas de trabajo.

Auto-Cuidado Personal: En el área corporal propone monitorear eficazmente todas las partes de su cuerpo en cuanto a la tensión para así implementar técnicas que reduzcan o eliminen dichas tensiones (Técnicas Rothschild, 2009). Luego propone establecer una serie de

métodos saludables que induzcan al sueño y a su mantenimiento y métodos eficaces para asegurar una nutrición adecuada. En el área psicológica propone implementar aquellos comportamientos y prácticas que sean eficaces para mantener el equilibrio entre el trabajo y la diversión; hacer efectivo el tiempo de relajación usando métodos de relajación como puedan ser el contacto frecuente con la naturaleza u otros estímulos calmantes, la comunicación interpersonal, la reestructuración cognitiva y la gestión adecuada del tiempo. Destaca la meditación o la práctica espiritual como formas útiles de conseguir la relajación, así como el establecimiento de métodos eficaces de auto-evaluación y auto-conciencia. Finalmente en el área social señala la necesidad de contar con personas de confianza y de apoyo tanto fuera como dentro del trabajo.

Desarrollo del Plan de Prevención; Es necesario revisar el autocuidado y procurar trabajar en base a la prevención, analizar los recursos y las resistencias para así lograr las metas, discutir los objetivos y la implementación del plan con una persona de apoyo, activar el plan, evaluar el plan semanal, mensual y anualmente y además contar con una persona de apoyo, así como también notificar y apreciar los cambios.

Rothschild (2009) ilustra en su obra algunos ejercicios de prevención de carácter primario, pues constituyen intervenciones a realizar antes de que surjan los síntomas.

Conciencia corporal: Rothschild (2009) así como también Gentry (2008) proponen la habilidad para reconocer aquellas sensaciones corporales que señalan la hiperactividad.

Mediante la respiración es posible identificar una aceleración de inhalación ante el estrés. Para aprender a tener conciencia de la activación el autor propone una serie de actividades como la de la *conciencia corporal simple* mediante la que se contacta con cada parte del cuerpo, según lo caliente o fría que esté. Seguidamente hay que pensar en elementos agradables para notar el cambio y luego en elementos desagradables, y así oscilar entre ambos para aprender a tener una mayor *conciencia corporal*. Una vez adquirida, aplicar dicha conciencia corporal durante la sesión. Como tercer ejercicio propone el saber valorar y calibrar la activación y seguidamente, aprender a valorarla durante las sesiones.

Poner frenos; Una vez se ha aprendido a valorar la activación, será necesario valorar cómo se trabaja mejor, si manteniendo el tono muscular o mediante la relajación. Pueden ser útiles algunos ejercicios físicos propuestos por Bodydynamic (Copenhague, 1998 citado en Rothschild, 2009) sobre la relación entre la fuerza muscular específica y el manejo del estrés y la asertividad.

Establecer distancias apropiadas; Por otro lado el autor propone dos tipos de límites que son relevantes para prevenir el desgaste por empatía: los relativos a distancias físicas o zona de comodidad y los que permitan sentirse adecuadamente protegido dentro de la propia piel “armadura corporal”.

Control de la imaginación empática. El hecho de imaginar las historias que relatan los clientes estimula la empatía pero puede ser problemático, pues la visualización sitúa al profesional en una posición de testigo ocular. Por lo tanto, se presenta necesario contar con la sensación de control y de dominio sobre el propio mundo y mente, para minimizar los riesgos negativos derivados de ayudar a las personas angustiadas. Entonces, aquí el autor propone ciertos ejercicios para controlar la imaginación, el imaginar o no imaginar y para saber controlar las imágenes no deseadas (Rothschild, 2009).

Gentry (2008) por su parte, propone algunas medidas de prevención de carácter secundario, es decir, cuando ya se están dando algunos de los síntomas propios del Desgaste por Empatía.

Intencionalidad; Primeramente, propone la necesidad de iniciar la resolución eficaz de los síntomas, mediante su reconocimiento y aceptación. Se ha identificado una mejora exitosa de los síntomas de Desgaste por Empatía en aquellos profesionales que intencionalmente los reconocen y tratan, en vez de evitarlos. También se ha identificado como positivo, el hecho de que el profesional establezca una serie de objetivos y desarrolle una declaración de misión personal y profesional como forma de distanciarse de la reactividad que genera el hecho de ser víctima del Desgaste por Empatía.

Conexión; Por otro lado un hilo común encontrado en los profesionales que sufren Desgaste por Empatía es la pérdida progresiva del sentido de conexión y de comunidad (aislamiento). Puede darse esta desconexión por el temor a ser percibido como débil o incompetente por parte de los compañeros y/o clientes o por otro lado, percibir una cierta limitación en el tiempo y sufrir una pérdida del interés por los demás. Ambos conllevan una disminución de las conexiones íntimas, disminuyen los recursos de apoyo y elevan el riesgo de empeorar los síntomas de Desgaste por Empatía.

Entonces el autor propone la necesidad de desarrollar y mantener relaciones sanas como elemento esencial para obtener apoyo y para poder compartir y por tanto diluir los efectos de dicho Desgaste, pues mediante éstas conexiones relacionales, los profesionales que sufren Desgaste por Empatía pueden obtener conocimientos y llegar a comprender que sus síntomas no indican una debilidad patológica o enfermedad, sino que no son más que consecuencias naturales de la atención a personas que sufren de estrés. Además, esta auto aceptación a través de la autorrevelación se consigue gracias a la empatía y comprensión que se da por parte de nuestros compañeros.

Narrativa; Muchos investigadores y escritores han identificado la creación de una narrativa verbal y / o gráfico cronológico como un ingrediente importante en la curación, especialmente de los síntomas intrusivos (Tinnin, 1994; van der Kolk, 1996; Foa et al., 1999 citado en Gentry, 2008). Hemos encontrado que una creación de una narrativa en forma de línea temporal de la carrera de cuidado que identifica las experiencias en las que el cuidador fue desarrollando los síntomas del desgaste por empatía, resulta útil en la resolución de dichos síntomas. Además, Gentry (2008) propone la utilización de una cámara de vídeo para grabar esta narrativa y para que posteriormente el cuidador pueda verlo más tarde ese mismo día, teniendo cuidado en identificar las experiencias que han dado lugar a los síntomas intrusivos mediante la construcción de una línea de tiempo gráfica.

La desensibilización y reprocesamiento; Con la narración completa y la identificación de experiencias históricas que están invadiendo en la conciencia actual el cuidador está ahora listo para resolver estos recuerdos. En el ARP, hemos utilizado Eye Movement de disociación y reprocesamiento (Shapiro, 1989 y 1995 citado en Gentry, 2008) como el método elegido para este trabajo. En el CCFST, utilizamos una versión de una Técnica de Anclaje Programación Neuro-Lingüística (Baranowsky y Gentry, 1998 citado en Gentry, 2008). Cualquier método que emplea simultáneamente la exposición y la relajación (es decir, la inhibición recíproca) resulta ser una piedra angular para el tratamiento de los síntomas intrusivos.

Auto-Supervisión; Este aspecto del tratamiento se centra en la corrección de los estilos cognitivos distorsionados y coercitivos. Se ha encontrado que una vez que el profesional contrae los síntomas negativos del desgaste por empatía, no se resuelven por completo hasta reestructurar cognitivamente las creencias distorsionadas que pueda haber adquirido sobre sí mismo y sobre el mundo. Los profesionales que se recuperan tendrán que suavizar su diálogo interno crítico y coercitivo si desean resolver sus síntomas de desgaste por empatía. En el ARP y el CCFST, han empleado una técnica potente llamada "video-diálogo" (Holmes y

Tinnin, 1996 citado en Gentry, 2008) que acelera este proceso de manera significativa. Esta técnica, adaptada para su uso con la ARP, reta a los participantes a escribir una carta a sí mismos desde la perspectiva del "Gran Supervisor", prodigando sobre sí todos los elogios, apoyo y validación que desean de los demás. Seguidamente, se les pide que lo lean mirando a la cámara. Luego, mientras mira hacia la cámara se le pide "prestar atención a cualquier pensamiento negativo o crítico que impida su aceptación de esta alabanza." Entonces, se le instruye para dar a estos pensamientos críticos y negativos "una voz", hablando sobre ellos en voz alta. Este argumento de ida y vuelta entre el "yo" y la "voz crítica" facilita la diferenciación entre ambas perspectivas. Una vez finalizada las polaridades se relajan, la autocrítica se ablanda, y la integración se facilita.

La supervisión; análisis de la práctica profesional realizada por los profesionales que trabajan en ámbitos psicosociales. Constituye un meta-trabajo situado en la interfaz entre aprendizaje, formación, educación y apoyo en una organización o institución. El supervisor externo revisa el trabajo profesional y los sentimientos que acompañan a la actividad. Se contrastan los marcos teóricos y conceptuales con la praxis cotidiana de tal manera que en su conjunto permita una visión general sobre las actividades y condiciones profesionales. Con la supervisión es posible mejorar la intervención, detectar conflictos individuales como pueda ser el Desgaste por Empatía, y promocionar el autocuidado personal y profesional (Puig, 2012 y López, 2014).

Auto-Cuidado; Con frecuencia trabajar más duro para tratar de sentirse mejor puede conducir a una violación de los límites personales y profesionales. Por el contrario, los profesionales que de manera responsable persiguen y adquieren ese sentido de vitalidad fuera del sistema profesional son capaces de participar en el trabajo con las personas, compartiendo su propia plenitud, significado y alegría. Uno de los aspectos más importantes de esta categoría es el desarrollo y mantenimiento de un régimen de ejercicio aeróbico y anaeróbico regular. Además, la buena nutrición, la expresión artística / disciplina (por ejemplo, clases de piano y composición, clases de baile y coreografía, planificación estructural y construcción), la meditación, recreación al aire libre, y la espiritualidad parecen ser ingredientes importantes para un buen auto-cuidado.

Mindfulness; Prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación. Este tipo de "atención" o "consciencia" nos permite aprender a relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en nuestra vida, en "el aquí y el ahora". El término Mindfulness se traduce en nuestra lengua por "consciencia y atención plena", refiere un constructor teórico, una práctica como es la meditación y un proceso metodológico que consiste en enfocar la atención en un objeto determinado (Germer, 2011 citado en García-De-Silva, García-Diex y Moñivas, 2012). Dicho objeto suele ser en primer término nuestra respiración; observar nuestras sensaciones, sentimientos e ideas en el "aquí y ahora", sin juzgarlas, dejándolas pasar (García-De-Silva, García-Diex y Moñivas, 2012).

Modelo general de resiliencia a la Fatiga por Compasión: El Modelo facilita la estimación del nivel de resiliencia al Desgaste por Empatía de los profesionales, determinando diez medidas diferenciadas y a la vez relacionadas (Figley, 1995; 2002; 2014, citado en Campos, et al., 2014). Estas variables pueden ayudar a los profesionales, voluntarios y supervisores a estimar los niveles de resiliencia a la fatiga por compasión, pueden facilitar el diseño de programas de prevención para aumentar la resiliencia, mejorar la satisfacción por compasión y apoyo, la auto-regulación, manejar el estrés relacionado con los clientes, y manejar de forma efectiva el estrés (Figley, 2014 citado en Campos, et al., 2014).

5. Presentación y descripción de los principales instrumentos de medición presentados en publicaciones científicas

De la revisión bibliográfica realizada sobre las diferentes escalas de medición existentes sobre el Desgaste por Empatía, se identifica como principal, la quinta escala de PrQOI, cuyo autor es Stamm (2010). Última versión actualizada que incluye ítems de medición tanto de Satisfacción por Empatía, como de Burnout y de Desgaste por Empatía/Traumatización, en un intento por medir la calidad de vida del profesional de la relación de ayuda en todas las dimensiones que constituyen su quehacer profesional.

Esta escala se encuentra constituida por 30 ítems, cada uno de los cuales será valorado según los criterios que a continuación se señalan: un punto si nunca sucede el enunciado que presenta el ítem en cuestión, con dos puntos si sucede raras veces o casi nunca, con tres puntos, algunas veces, cuatro puntos, si es a menudo, y cinco puntos cuando sucede muy a menudo o casi siempre.

En cuanto a la *Satisfacción por Empatía*, la puntuación máxima para esta escala es de 50 puntos. Alrededor del 25% de las personas obtienen entre 43 y 50 puntos y otro 25% puntúan por debajo de 43. Si usted se sitúa en el rango más alto, es probable que se deba a que usted cuenta con un bien nivel de satisfacción profesional. Contrariamente, si sus resultados son inferiores a 40, puede verse relacionado a la existencia de algún problema en el trabajo así como también puede haber otras razones que no deriven propiamente de la actividad profesional. Los ítems que deberá sumar para obtener el resultado de puntuación son los siguientes: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30.

En lo referente al *Burnout*, vemos como un 25% de las personas tienden a sumar entre 43 y 50 puntos, mientras que otro 25% se sitúa por debajo de 43.

En el caso de que la puntuación obtenida sea inferior a 43, probablemente esté asociado a los sentimientos positivos que se asocian a la capacidad para trabajar eficazmente. En el caso de que la puntuación sea la máxima (50 puntos) o aproximada (entre 43 y 50), es posible que se produzcan sentimientos de falta de eficacia en el trabajo. Además, dicha puntuación puede verse asociada al estado de ánimo actual. Los ítems que deberá sumar para obtener el resultado de puntuación son los siguientes: 1*, 4*, 8, 10, 15*, 17*, 19, 21, 26, 29*. (En los ítems con asterisco, deberá invertirse la puntuación asignada; si ha puesto 5 será 1, si ha puesto 4 será 2).

Y finalmente en cuanto al *desgaste por empatía/traumatización* señala que: en caso de obtener entre los 43 y los 50 puntos, puede deberse a la necesidad de pensar en cuáles son las experiencias que se han tenido en el trabajo que pueden causar miedo o preocupación o si puede haber alguna otra razón para la obtención de una puntuación elevada. Los ítems que deberá sumar para obtener el resultado de puntuación son los siguientes: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28.

De las tres variables de medición cabe señalar que las puntuaciones más altas no se correlacionan directamente con la existencia de un problema sino que sirven de indicador para avisar de la necesidad de examinar de qué modo se siente en su trabajo y en su entorno. Para los tres tipos de Desgaste se establecen los mismos criterios de resultado; Si se obtienen 22 puntos o menos, su grado de *Satisfacción por Empatía/Burnout/Desgaste por Empatía y Traumatización* es bajo, entre 23 y 41 es medio y 42 o más puntos es alto.

Limitaciones/errores:

1. En las indicaciones para valorar el tipo de desgaste se establecen criterios de resultado para puntuaciones mayores que 57 mientras que la suma máxima de los puntos es de

50; 10 ítems con un máximo de 5 puntos. Por ello, se han visto adaptadas las puntuaciones en el presente desglose; En vez de en 57, la máxima se establece en 50.

2. Se ha cambiado la tercera nomenclatura que aparece en la escala (*Secondary Traumatic Stress*) por *Desgaste por Empatía/Traumatización* puesto que los ítems que contiene conllevan fundamentalmente a la medición del Desgaste por Empatía y, sólo algunos de ellos, el grado de traumatización.

6. Conclusiones

En este apartado se presentarán las conclusiones elaboradas fruto del trabajo de revisión. Para llegar al presente punto se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica tanto en fuentes de información españolas como inglesas, para aclarar los diversos conceptos que se tratan en este trabajo. Además se ha realizado una comparación y análisis de manera detallada entre las definiciones y fundamentos sobre los que se basan los autores para realizar sus informes, publicaciones, artículos o libros, para así poder discriminar toda aquella información que pudiera ser ambigua, por basarse en fundamentos poco sólidos, de aquella información fundamentada en investigaciones, base de mis criterios según los que defenderé mis conclusiones.

La primera conclusión es que el circuito de la empatía no depende únicamente, ni es gracias a las neuronas espejo, puesto que éstas se encargan del efecto “imitación” que se produce entre humanos y animales y que es la fuente principal del aprendizaje vicario, al aprender observando, tanto en los conocimientos referentes a la comunicación, pues aprendemos a comunicarnos imitando desde pequeños a las personas significativas que se encuentran en nuestro entorno, como en los conocimientos referentes a gestos, expresiones faciales y corporales que asociamos a través del aprendizaje a una emoción, del mismo modo que lo aprendemos en la comunicación. Parece ser que la confusión con respecto a las neuronas espejo se encuentra en su asociación a la lectura de las emociones en el otro, pues a través de las neuronas espejo es posible identificar las emociones fruto de las expresiones faciales que lleve a cabo otra persona, pero la empatía va mucho más allá de una conexión e identificación superflua de emociones, pues por la conexión de estas diez áreas que constituyen el circuito de la empatía, es posible llegar a sentir *como si* estuviéramos verdaderamente en la piel de la persona y de ahí, el riesgo de contraer Desgaste por Empatía, si no nos encargamos como profesionales, de establecer unos límites que nos aporten seguridad, de llevar a cabo las actividades, ejercicios y de articular los mecanismos que nos aporten mayores grados de satisfacción y de contar con una red social personal suficiente y protectora. Todo ello necesario para evitar que el desgaste por empatía supere su satisfacción.

En segundo lugar, cabe señalar que el Desgaste por Empatía y el Burnout difieren en su origen, puesto que el primero se asocia al contacto con las necesidades de la persona-cliente, y el Burnout se asocia a la relación entre los profesionales y ésta con el entorno laboral en el que se encuentran inmersos. Dado que la relación de ayuda se establece en un ámbito laboral concreto, llego a la conclusión de que la falta de condiciones laborales favorables puede presentarse como un factor de riesgo para aquellos profesionales que diariamente contactan con el malestar de otras personas puesto que esto puede disminuir el grado de satisfacción profesional en su conjunto y que, en consecuencia el profesional de la relación de ayuda se vea falto de recursos o poco receptivo a la hora de identificar, valorar e impregnarse positivamente los factores generadores de satisfacción por empatía.

Por otro lado, se observa una constante y generalizada confusión entre traumatización secundaria y vicaria, o bien un desconocimiento acerca de la traumatización vicaria, ya que la mayor parte de los autores refieren a la traumatización vicaria como secundaria y éstos no

definen ni refieren en ningún momento a la vicaria. Hay autores que refieren la traumatización secundaria como aquella que afecta tanto a profesionales como a la familia o amigos, aunque a través de Rothschild (2009) se ve una clara diferenciación entre secundaria y vicaria puesto que la secundaria hace referencia a aquella que impacta sobre el cónyuge, familiares o amistades muy cercanas a la persona que sufre traumatización, siendo por lo tanto personas en alto riesgo de sufrir consecuentemente esta afectación y que pueden acabar siendo diagnosticadas de un trastorno de estrés postraumático, mientras que la vicaria hace referencia al grado de afectación que puede sufrir el profesional que trabaja con personas traumatizadas, que por cercanía, claramente se encuentra en una situación o posición de menor riesgo a contraer los síntomas propios del trastorno de estrés postraumático.

Y finalmente, dado que se ha observado una clara confusión en la definición de Desgaste por Empatía, ya que algunos autores señalan que es sinónimo de Trastorno de Estrés Secundario o Vicario, cabe señalar aquí la conclusión a la que se ha llegado a través de la elaboración de este trabajo. Primeramente y como se ha señalado con anterioridad, el trauma impacta sobre dos de las diez regiones constituyentes del circuito de la empatía. De este modo, el Desgaste por Empatía se produce a través de la necesaria activación de una de las tres actitudes facilitadoras con las que entramos en contacto diariamente los profesionales de la relación de ayuda con los clientes, que es la Empatía. Mediante la activación de ésta el profesional consigue una comprensión profunda de las necesidades y el malestar de la persona que le permite generar una respuesta que sea reconocedora de las necesidades del otro. Ante este trabajo emocionalmente exigente, se concluye que ciertamente podría darse un proceso de *traumatización secundaria* en el profesional a través del *Desgaste por Empatía* ya que si la empatía permite identificar y reconocer el malestar y sufrimiento del otro, sintiendo como si el dolor ajeno fuera nuestro, al trabajar en contacto emocional con personas que sufran de una traumatización podría darse un cierto nivel de *traumatización secundaria* en el profesional.

De las investigaciones revisadas es posible identificar como el *trastorno de estrés postraumático* únicamente ve demostrada su alteración sobre la *amígdala* y *corteza orbitofrontal*, (áreas vinculadas al juicio social y al reconocimiento de emociones y estados mentales en las caras de otras personas), las cuáles son únicamente dos de las diez áreas constituyentes del circuito de la empatía. Entonces, es posible afirmar que el profesional puede experimentar un proceso de *traumatización secundaria* al entrar en contacto emocional y cognitivo con sujetos traumatizados sin que ello conlleve al *Desgaste por Empatía*, ya que la actitud empática implica la activación de muchas más áreas del circuito de la empatía que las que se ven afectadas únicamente en un proceso de *traumatización*.

7. Referencias bibliográficas

Baranowsky, A., & Gentry, J. (1998). *Treatment manual for the Accelerated Recovery Program: Set II*. Toronto: Psych Ink. En Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70 (136), 123-160.

Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía Cero: Nueva teoría de la crueldad*. Madrid: Alianza.

Bermejo, J.C. (2012). *Empatía Terapéutica: La compasión del sanador herido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bodydynamic Institute. Bodydynamic Institute Training Program, 1988-1992, Copenhagen, Denmark. En Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda: psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bride, B.E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic stress among Social Workers. *Social Work*, 52:1, pp 63-70. En Figley, C. R., (2012). *Course participant guide- Figley Institute*. Recuperado 18/05/2015 de: http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf

Campos, J.F. (2012). *Intervención en crisis. Intervención psicosocial de primer orden en contextos y situaciones de crisis*. (Manuscrito Académico inédito). Universitat de les Illes Balears. Palma.

Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de: <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Coetzee, S., & Klopper, H. (2010). Fatiga de la compasión dentro de la práctica de enfermería. Un análisis concepto. *Enfermería y Ciencias de la Salud*, 12 (2), 235-24. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de: <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Cordero, M.I., Groner, A., Larsen, M.H., Magistretti, P.J., Márquez, C., Marquis, J., Poirier, G.L., Sandi, C., & Trono, D. (2012). Peripuberty stress leads to abnormal aggression altered amygdala and orbitofrontal reactivity and increased prefrontal MAOA gene expression. *Translational Psychiatry*, 3 (216), 1-12.

Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner. En Acinas, M. P. (2011). *Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos*. Recuperado el 17/05/2015 de: <http://psicociencias.org/revista/boletines/Burn-out%20y%20desgaste%20por%20empatia%20en%20profesionales%20de%20cuidados%20paliativos.pdf>

Figley, C.R. (1995). *La compasión fatiga: Lidiando con el trastorno de estrés traumático secundario en aquellos que tratan a los traumatizados*. Bristol, Pensilvania: Brunner / Mazel, en Simpson, L.R., y Starkey, D.S. (2006). *Estrés traumático secundario, Compasión Fatiga y Consejero Espiritualidad: Implicaciones para Consejeros Trabajo con Trauma*. Recuperado el 17/05/2015 de: <https://www.counseling.org/resources/library/Selected%20Topics/Crisis/Simpson.htm>

Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–41. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de: <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Figley, C.R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge. En Gobierno del Estado de México (2011). *Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (síndrome de burnout)*. Recuperado el 18/05/2015 de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf

Figley, C.R. (2012). *Course participant guide- Figley Institute*. Recuperado el 18/05/2015 de http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf

Figley, C.R. (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience (c). Retrieved November 20, 2014, from <http://figley.blogspot.com.es/>. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de: <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Figley, C.R. & Radey, M. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207–214. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de: <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.A., Meadows, E.A., & Street, G.P. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 s.e. 194-200. En Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

García-De-Silva, R., García-Diex, G., & Moñivas, A. (2012). Mindfulness (Atención Plena): Concepto y teoría Mindfulness: Concept and Theory. *Portularia*, Extra, 12 (extra), 83-89. Recuperado 21/05/2015 de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5939/Mindfulness_atencion_plena.pdf?sequence=2

Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós. En García-De-Silva, R., García-Diex, G., y Moñivas, A. (2012). Mindfulness (Atención Plena): Concepto y teoría Mindfulness: Concept and Theory. *Portularia*, Extra, 12 (extra), 83-89. Recuperado

21/05/2015

de:

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5939/Mindfulness_atencion_plena.pdf?sequence=2

Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

González de Rivera, J.L. (2004). Empatía y Ecpatía. *Psiquis*, 25 (6), 243 – 254. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., y Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 17/05/2015 de <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Holmes, D., & Tinnin, L. (1995). The problema of auditory hallucinations in combat PTSD. *Traumatology-e: On-Line Electronic Journal of Trauma*, 1 (2) s.e., Retrieved from <http://www.fsu.edu/~trauma/art1v1i2.html> En Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

LeDoux, J.E. (1998). *The emocional brain: The mysterious underpinnings of emocional life*. Weidenfeld y Nicolson: Londres. En Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía Cero: Nueva teoría de la crueldad*. Madrid: Alianza.

Lee, C.S. (1995). *Secondary traumatic stress in therapists who are exposed to client traumatic material dissertation*. Florida State University: Florida. En Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello. Recuperado el 17/05/2015 de http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

Lobo, M.L. & Lynch, S.H. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125–34. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J. & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

López, A. (2014). Incidencia del ejercicio de los derechos legales de adquisición preferente en el contrato de que traen causa. *Actualidad civil*, 6 (s.e.), 630-752.

Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization (Psychosocial Stress Series) (9780415897907)*: Françoise Mathieu: Books. (Teylor, Ed.) (p. 167). New York. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M.E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

McCann, I. L., & Saakvitne, K. W. (1995). El tratamiento de los terapeutas con traumatización vicaria y trastornos de estrés traumático secundario. En CR Figley (Ed.), *la fatiga Compasión: Lidiando con el trastorno de estrés traumático secundario en aquellos que tratan a los traumatizados* (pp 150-177.). Nueva York: Brunner / Mazel, en Simpson, L.R., y Starkey, D.S. (2006). *Estrés traumático secundario, Compasión Fatiga y Consejero Espiritualidad: Implicaciones para Consejeros Trabajo con Trauma*. Recuperado el 17/05/2015 de: <https://www.counseling.org/resources/library/Selected%20Topics/Crisis/Simpson.htm>

McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Traumatización vicaria: Un marco para la comprensión de los efectos psicológicos de trabajo con víctimas. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (s.e.), 131-149. En Simpson, L.R., y Starkey, D. S. (2006). *Estrés traumático secundario, Compasión Fatiga y Consejero Espiritualidad: Implicaciones para Consejeros Trabajo con Trauma*. Recuperado el 17/05/2015 de: <https://www.counseling.org/resources/library/Selected%20Topics/Crisis/Simpson.htm>

McHolm, F. (2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Cristian Nursing*, 23(4), 12-19. En Campos, J.F., Cañas, A., Cardona, J., & Cuartero, M. E. (2014). *La fatiga por compasión en la práctica del voluntariado*. Recuperado el 18/05/2015 de <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>

Pearlman, L. A., & Macián, P. S. (1995). Traumatización vicaria: Un estudio empírico de los efectos del trabajo en trauma terapeutas trauma. *Psicología Profesional: Investigación y Práctica*, 26, (s.e.) 558-565. En Simpson, L.R., y Starkey, D. S. (2006). *Estrés traumático secundario, Compasión Fatiga y Consejero Espiritualidad: Implicaciones para Consejeros Trabajo con Trauma*. Recuperado el 17/05/2015 de: <https://www.counseling.org/resources/library/Selected%20Topics/Crisis/Simpson.htm>

Puig, C. (2012). Trabajo social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. *Documentos de Trabajo Social*, s.e. (49), 47-73. Recuperado 21/05/2015 de: DIALNET <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111380>

Quinzá, X. (1998). *Relatos de compasión y teología*. (Memoria Académica inédita) Instituto Fe y Secularidad: Madrid. En Bermejo, J. C. (2012). *Empatía Terapéutica: La compasión del sanador herido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rogers, C., & Stevens, B. (1980). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu. En Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70 (136), 123-160.

Rosselló, J. (s.f.). *Burnout y la fatiga de la compasión*. (Presentación inédita). Coordinación de enfermería CS Illes Columbretes. Castellón de la Plana.

Rothschild, B. (2009). *Ayuda para el profesional de la ayuda: psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ruzek, J. (1993) Professionals coping with vicarious trauma. *Clinical Newsletter*, 3 (2), s.e. En Acinas, M.P. (2011). *Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos*. Recuperado el 17/05/2015 de: <http://psicociencias.org/revista/boletines/Burn-out%20y%20desgaste%20por%20empatia%20en%20profesionales%20de%20cuidados%20paliativos.pdf>

Sánchez, A. (1997). *Estar presente. Desde Carl Rogers al enfoque holístico centrado en la persona*. Buenos Aires: Holos. En Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70 (136), 123-160.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), 199-223. En

Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

Stamm, B.H. (2010). *Professional Quality of Live Scale (ProQOL)*. *Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue*. Recuperado 30/05/2015 de http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf

Stamm, B.H. (2010). *Professional Quality of Live Scale (ProQOL) Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue*. Recuperado 30/05/2015 de http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello. Recuperado el 17/05/2015 de http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

Tinnin, L. (1994). *Time-limited trauma therapy: A treatment manual*. Bruceton Mills, WV: Gargolye Press. En Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

Van der Kolk, B. (1996). The Black hole of trauma. In B.A. van der Kolk & A.C. McFarlane (Eds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 3-23). New York: The Guilford Press. En Gentry, J.E. (2002). Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation. *Compassion Fatigue, Journal of Trauma Practice*, 1 (3-4), 37-41.

8. Anexos

Tabla 1: Síntomas de Desgaste por Empatía

Síntomas intrusivos	Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del usuario /cliente. (aprendizaje vicario), pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial, desgaste y agotamiento emocional, deterioro significativo de la capacidad empática, experiencia negativa del mundo externo, tendencia a olvidar, deterioro de la auto-imagen
Síntomas Evitativos	Evitación de la exposición a material traumático del usuario /cliente, silenciamiento de respuesta (evitando audición / testigo de material traumático del cliente) absentismo, retraimiento, dificultades para separar la vida personal de la laboral, pérdida de energía, evitación de salidas extralaborales con compañeros, automedicación secreta (psicofármacos) /adicciones
Síntomas de activación fisiológica	Incremento de la ansiedad, impulsividad, reactividad, aumento de la percepción de exigencias /amenazas, aumento de la frustración, insomnio, cefalea y migraña, dificultad para tomar decisiones, rabia e irritabilidad , hipervigilancia, hipocondría, dificultades para tolerar emociones fuertes, dificultad para concentrarse, cambio en el peso/apetito

Fuente: Figley, 2011 y 2002; Acinas, 2011; Gentry, 2002; Campos, Cardona, Cuartero y Cañas, 2014; Mathieu, 2012, y elaboración: propia

Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

*Compassion Satisfaction and Compassion
Fatigue
(ProQOL) Version 5
(2009)*

When you *[help]* people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you *[help]* can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a *[helper]*. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the last 30 days.

1=Never

2=Rarely

3=Sometimes

4=Often

5=Very Often

- _____ 1. I am happy.
- _____ 2. I am preoccupied with more than one person I *[help]*.
- _____ 3. I get satisfaction from being able to *[help]* people.
- _____ 4. I feel connected to others.
- _____ 5. I jump or am startled by unexpected sounds.
- _____ 6. I feel invigorated after working with those I *[help]*.
- _____ 7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a *[helper]*.
- _____ 8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I *[help]*.
- _____ 9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I *[help]*.
- _____ 10. I feel trapped by my job as a *[helper]*.
- _____ 11. Because of my *[helping]*, I have felt "on edge" about various things.
- _____ 12. I like my work as a *[helper]*.
- _____ 13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I *[help]*.
- _____ 14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have *[helped]*.
- _____ 15. I have beliefs that sustain me.
- _____ 16. I am pleased with how I am able to keep up with *[helping]* techniques and protocols.
- _____ 17. I am the person I always wanted to be.
- _____ 18. My work makes me feel satisfied.
- _____ 19. I feel worn out because of my work as a *[helper]*.
- _____ 20. I have happy thoughts and feelings about those I *[help]* and how I could help them.
- _____ 21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
- _____ 22. I believe I can make a difference through my work.
- _____ 23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I *[help]*.
- _____ 24. I am proud of what I can do to *[help]*.
- _____ 25. As a result of my *[helping]*, I have intrusive, frightening thoughts.
- _____ 26. I feel "bogged down" by the system.
- _____ 27. I have thoughts that I am a "success" as a *[helper]*.
- _____ 28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
- _____ 29. I am a very caring person.
- _____ 30. I am happy that I chose to do this work.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.
/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no
changes are made, and (c) it is not sold.