

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

## Facultad de Psicología

### “Síndrome de Desgaste por Empatía en Mar del Plata, Argentina: estudio exploratorio en una población de personal profesional médico”

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al  
requisito curricular conforme O.C.A 143/89


Apellidos y Nombres	Matrícula /Año	DNI
Bravo, María José	6271/03	31264347
D'Alessandro, Vanina	5388/01	29442341
Ferro, María	3042/94	24699388

- Supervisor: Mg. Redondo, Ana Isabel
- Cátedra: Psicología Laboral
- Año: 2012

Aprobado 9 (nueve) Distinguido  
3/12/2012

*Aprobado*  
María Laura Andrés

N° CLASIFICACION:	ACQUISICION:
T-13 B	62 Jul 12/12
	INVENTARIO:
	R-1200



U.N. M.d.P.  
PSICOCEDOC  
CENTRO DE  
DOCUMENTACION  
FACULTAD de PSICOLOGIA

## INDICE

Plan de trabajo para la realización de la Investigación de Pregrado .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	24
2. MARCO TEÓRICO .....	26
2.1. Introducción al concepto de empatía .....	26
2.2. Perspectivas teóricas del concepto empatía .....	26
2.2.1. Relación con los conceptos de adopción de perspectiva, simpatía y malestar personal .....	28
2.3. La empatía a lo largo del ciclo vital .....	29
2.3.1. Apego temprano .....	29
2.3.2. El afecto parental .....	30
2.3.3. Empatía y género .....	30
2.3.4. Fomento de la percepción de la semejanza con otro .....	31
2.3.5. El fomento de un autoconcepto positivo .....	31
2.3.6. Entorno favorable para el desarrollo de la empatía .....	32
2.4. Consideraciones generales sobre la relación médico – paciente .....	32
2.5. Síndrome de Desgaste por Empatía .....	34
2.5.1. Evolución del concepto SDpE .....	34
2.5.2. Etiología del Síndrome .....	35
2.5.3. Descripción del SDpE .....	38
2.5.4. Diferenciación con Burn Out .....	39
2.5.5. Aspectos del rol médico relacionados con el SDpE .....	39
3. METODOLOGÍA .....	42
3.1. Descripción del instrumento .....	42
3.1.1. Baremos y perfiles .....	43
3.1.2. Aplicación y corrección del IDE .....	44
3.1.3. Factores intervinientes en la constitución de los perfiles .....	45
3.1.4. Hoja de corrección para ESAPE .....	45
3.1.5. Configuración de perfiles .....	46
3.2. Descripción de la institución seleccionada .....	48
3.2.1. Población .....	48
3.3. Procedimiento .....	49
4. RESULTADOS .....	51
4.1. Totales de la muestra según variables .....	51
4.2. Análisis de datos .....	52
4.2.1. Tabulación de datos según perfil .....	52
4.2.2. Tabulación de datos según los 3 factores IDE .....	53
4.3. Descripción de la distribución de los perfiles según variables .....	53
4.3.1. Distribución de perfiles según muestra total .....	53
4.3.2. Distribución de los perfiles por sexo .....	54
4.3.3. Distribución de perfiles según rango de edad .....	55
4.3.4. Distribución de los perfiles según antigüedad laboral .....	57
4.3.5. Distribución según especialidad médica .....	59
4.3.6. Distribución de perfiles según cantidad de horas de guardia .....	61
4.3.7. Distribución de perfiles según cargo .....	62
4.3.8. Distribución de perfiles según factores del IDE .....	64
4.4. Interpretación de los datos .....	66
5. CONCLUSIÓN .....	70
6. COMENTARIOS SOBRE NUESTRA EXPERIENCIA .....	71
7. BIBLIOGRAFIA .....	73
8. ANEXO .....	76

Este informe corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas María José Bravo, Vanina D'Alessandro, y María Ferro, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.



El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas María José Bravo, Vanina D'Alessandro, y María Ferro Matrículas 6271/03; 5388/01; 3042/94, conforme a los objetivos y el Plan de Trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 18 días del mes de Septiembre de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'O. Y. Ruiz', written in a cursive style.

Página con informe de evaluación del supervisor.

En mi condición de supervisora del presente trabajo de investigación realizado por la alumnas Bravo, María José, D'Alessandro, Vanina, y Ferro, María, Matrículas 6271/03, 5388/01, y 3042/94 respectivamente, dejo constancia de aprobación de los contenidos del mismo.

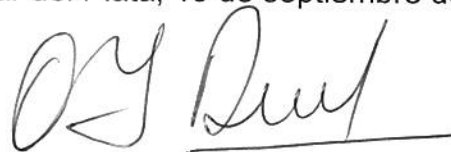
La lectura del trabajo permite observar el logro de los objetivos propuestos a través de una exposición clara, ordenada y coherente. Con respecto a las condiciones formales de la presentación se cumple con lo estipulado en la reglamentación vigente.

Se trabajó respetando las pautas de la planificación, en forma ordenada y comprometida, resolviendo con eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones. Demostraron gran predisposición y eficiencia para resolver múltiples problemas que se presentaron durante la ejecución, tanto de tipo administrativos burocráticos, como académicos y procedimentales.

La temática desarrollada puede ser de utilidad para las Cátedras de Psicología Laboral, Psicología Social, y Psicopatología, por lo cual se sugiere ofrecer este informe a quienes puedan aprovecharlo.

Por todo lo anterior, apruebo el trabajo realizado y este informe final.

Mar del Plata, 18 de septiembre de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Isabel Redondo', written over a horizontal line.

Mgr. Ana Isabel Redondo

**Universidad Nacional de Mar del Plata**  
**Facultad de Psicología**

**Evaluación y Comentarios**

al Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme OCA  
143/89 titulado

**Síndrome de Desgaste por Empatía en Mar del Plata, Argentina: estudio exploratorio en una  
población de personal profesional médico.**

Elaborado por

	Matrícula	DNI
<b>Bravo, María José</b>	6271/03	31264347
<b>D'Alessandro, Vanina</b>	5388/01	29442341
<b>Ferro, María</b>	3042/94	24699388

**Aprobado. Se considera aceptado para su defensa oral. Fecha: 15/11/2012**

**Comentarios y sugerencias:** Se sugieren una serie de recomendaciones para incluir en la versión por escrito de este informe que se dejará en el Centro de Documentación de nuestra Facultad para posibles futuras consultas de estudiantes y docentes. Para esta versión se sugiere lo siguiente:

-Se recomienda corregir una serie de errores ortográficos y gramaticales que se encuentran a lo largo de todo el trabajo. Se encuentran algunos ejemplos en las páginas, 3, 15 y 18.

- Se sugiere a los autores del informe elaborar, renarrar y/o parafrasear conceptos contenidos en el trabajo y evitar así la copia textual o literal de otras fuentes. A lo largo del informe se encuentran párrafos que son copias literales de párrafos contenidos en artículos publicados con anterioridad en medios de divulgación científica, como por ejemplo, los trabajos de Redondo, Depaoli y D'Onofrio (2011) y de Zamponi, Rondón y Viñuela (2009). Un ejemplo claro, es la descripción del instrumento ESAPE.

- Se aconseja citar oportunamente la fuente de la que se extraen algunos conceptos y clarificar en la narración que se está haciendo alusión a ideas de otros autores. A lo largo del cuerpo del trabajo se presentan varias afirmaciones de las que no se cita oportunamente la fuente de la que se extrajeron y dan la apariencia de ser de autoría de los estudiantes, sin embargo, una revisión bibliográfica revela que son ideas tomadas de otros autores. Un ejemplo es la descripción de la construcción del

instrumento ESAPE en el apartado 3.1 *Descripción del instrumento* en el cual no se cita el trabajo de Zamponi, Rondón y Viñuela (2009) y no se clarifica mediante la narración que los estudiantes no participaron ni realizaron por sí mismos el proceso de construcción del inventario sino que están describiendo a modo “histórico” el proceso de construcción de este inventario realizado por los autores originales del mismo.

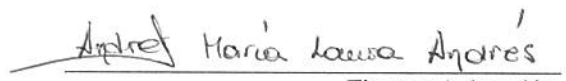
- Se sugiere adecuar al formato de citación de la American Psychological Association (APA, 2010) tanto las citas en el texto como las referencias al final del mismo por tratarse de normas editoriales de reconocimiento mundial en el ámbito de la Psicología que facilitan el intercambio y la comunicación entre investigadores y profesionales. No se respetan el uso de las comas, punto y coma, paréntesis, años de publicación y de la expresión “&” como sugieren las normas actuales. La lista de referencias al final del trabajo es incompleta, no encontrándose en esta lista muchas citas que aparecen explicitadas en el cuerpo del trabajo. Algunos ejemplos de errores de citación se encuentran en las siguientes páginas: 15, 16, 17, 21, 38.

- Se sugiere adecuar los apartados de 3.3 *Procedimiento* y 4.4 *Interpretación de los datos* a los parámetros de la redacción científica actual (APA, 2010) para facilitar el intercambio y la comunicación con otros investigadores y profesionales. En este sentido, se recomienda no incluir aquí las vivencias o experiencias personales de carácter más afectivo y limitar la descripción a los aspectos procedimentales y a la interpretación de los datos considerando el conocimiento científico actual disponible en relación a esta temática. Se sugiere crear un apartado específico para la descripción de las vivencias o experiencias personales de carácter más afectivo o incluirlas en el apartado 5. *Conclusión* que ya contiene referencias a estas experiencias. De esta manera se organizaría al futuro lector para que pueda enriquecerse con los aportes en el campo del conocimiento de los resultados de este trabajo y conocer la experiencia personal de los autores en la elaboración del mismo si lo desea. Considerando los parámetros de la redacción científica actual se sugiere no denominar a este apartado Conclusiones ya que esta denominación se corresponde más bien con las síntesis principales a nivel conceptual que pueden desprenderse de la elaboración de un trabajo de investigación y colocar en su lugar otra denominación tal como “Comentarios sobre nuestra experiencia personal en la realización de este trabajo”, etc.

#### **Referencias contenidas en este documento:**

- Asociación Americana de Psicología (2010). *Manual de Estilo de Publicaciones de la APA. Tercera Edición*. México: El Manual Moderno.
- Redondo, A, Depaoli, M., & D'Onofrio, M. (2011). Síndrome de Desgaste por Empatía en Mar del Plata – Argentina. Trabajo presentado en el 12º Congreso Virtual de Psiquiatría y Neurociencias de Interpsiquis. Enero. Madrid.
- Zamponi, J., Rondón, J. M., & Viñuela, M. A. (2009). Primer Cuestionario Validado para Evaluar Síndrome de Desgaste por Empatía. Trabajo presentado en las VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. Septiembre. Buenos Aires.

Mar del Plata 05/11/2012  
Lugar y Fecha

  
Firma y Aclaración

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas María José Bravo, Vanina D'Alessandro, y María Ferro, Matrículas 6271/03; 5388/01; 3042/94.

Aprobado a (que) Distinguida 3/12/2012.

Apdré

María Laura Apdré

Aprobado con sugerencias e  
modificaciones.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
Facultad de Psicología

Plan de trabajo para la realización de la  
Investigación de Pregrado.

**Apellidos y Nombres:**

Bravo, María José  
D'Alessandro, Vanina  
Ferro, María

**Matrícula y Año:**

6371/03  
5388/01  
3042/94

**Cátedra:**

Psicología Laboral

**Supervisor:**

Redondo, Ana Isabel

“Síndrome de desgaste por empatía en  
Mar del Plata- Argentina:  
Estudio exploratorio en una población de personal profesional  
médico”.

Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata- Argentina: estudio exploratorio en una población de personal profesional médico.

### **Descripción Resumida:**

La empatía es la capacidad innata de percibir y sentir los estados emocionales y psicológicos de las otras personas (Figley, 1995). Para el profesional que trabaja diariamente con personas que sufren, esta disposición empática se constituye en el factor central de su labor. Al exponerse al sufrimiento ajeno, el profesional experimenta lo que experimentan sus clientes y pacientes, por lo que puede sufrir desgaste de su capacidad empática e incluso, llegar al agotamiento empático. Afecta las habilidades de contacto personal del profesional y reduce así su capacidad laboral, lo que a su vez genera impacto nocivo sobre su bienestar psíquico y físico.

Esta situación responde al Síndrome de Desgaste por Empatía, es un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente (Figley, 1995).

El presente trabajo será de tipo exploratorio- descriptivo, con el objetivo de evaluar la incidencia de dicho Síndrome en una población de personal hospitalario, concretamente médicos/as, que se desempeñan en una institución pública de la ciudad de Mar del Plata.

Se evaluará con el instrumento autoadministrado Inventario de Desgaste por Empatía (IDE). (Zamponi, 2009).

(1) se quiere Agregar resultados esperados.

### **Palabras claves:**

Empatía – Médicos /as – Desgaste – Evaluación



## Descripción detallada:

### - Antecedentes y motivos:

La tendencia a sentirse uno mismo dentro de la situación del otro se denomina empatía, en analogía complementaria con simpatía, que es sentir junto al otro. La empatía es la capacidad innata de percibir y sentir los estados emocionales y psicológicos de las otras personas. La empatía es más intensa cuanto más importante es para la persona en cuestión, el otro con quien está. <sup>se</sup> → se quiere citar la fuente de la cual se extrae la observación (2)

El Síndrome de Desgaste por Empatía se manifiesta en profesionales que brindan atención a personas que sufren. Estos profesionales también presentan, en un proceso de instalación insidiosa, una serie de síntomas relacionados directamente con los síntomas que atienden. El desempeño de los profesionales de servicio, implica que el profesional desarrolle un grado de contacto y compromiso con sus pacientes por el que llega a identificarse con los estados de ánimo de estos. Los médicos desgastados por empatía continúan dándose completamente a sus pacientes, encontrando cada vez más difícil la posibilidad de mantener un equilibrio sano de empatía y objetividad. → Idem como punto anterior (3)

En 1971, Figley comenzó a estudiar las consecuencias de ayudar a gente traumatizada. Realizó entrevistas sucesivas con médicos y enfermeros del ejército de la Corporación Marina norteamericana -afectados por la guerra de Vietnam- y notó que sus memorias de guerra estaban dominados por sentimientos de culpa y pesar, asociados con no salvar, no ayudar o no poder hacer suficiente por sus pacientes (Figley, 2002). Dichas pesadas memorias estaban asociadas con muchos problemas psicológicos que serían diagnosticados por primera vez como Desorden de Estrés Post Traumático (DEPT) en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM) editado en 1980. En la descripción de dicho diagnóstico, se encontraba la previsión de que alguien cercano a la persona traumatizada podría desarrollar síntomas similares como consecuencia de un sentimiento de estrés compartido ante la situación. Esto no sólo incluye a los familiares y amigos cercanos de la persona que sufre, sino también a profesionales inmersos en la ayuda humana. Incluye a todos aquellos que sufren de ésta enfermedad crónica.

(\*) En términos generales, se sugiere ampliar este apartado con citas bibliográficas pertinentes, marco teórico desde el cual se realizan las investigaciones en la temática y antecedentes que hubieran realizado investigaciones similares.

En 1995, Figley acuña el término de Síndrome de Desgaste por Empatía a un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Es una función que se activa al ser testigo del sufrimiento de otros.

La población elegida para evaluar la incidencia de dicho Síndrome es el personal hospitalario, concretamente médicos /as, que se desempeñan en el "Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende", de la ciudad de Mar del Plata. Este es un establecimiento de referencia en la Región Sanitaria VIII, ya que asiste la alta complejidad de 16 partidos de la zona, entre los que se cuentan General Pueyrredón, Mar Chiquita, Tandil, Necochea, Miramar, Maipú, Lobería, Mar de Ajó, San Bernardo, Coronel Vidal, Ayacucho, General Guido, San Clemente, Pinamar, Villa Gesell, Balcarce, General Alvarado y General Madariaga. En este hospital trabajan 1000 profesionales atendiendo a diario a 1200 personas y anualmente a más de 250 mil consultas ambulatorias y 12 mil internaciones. Es el único Hospital de alta complejidad y recibe las derivaciones de toda la región, teniendo la obligación de dar respuesta a cada una de ellas.

Esta elección nos fue motivada a partir de:

- considerar a la salud como una necesidad básica y un derecho humano universal. Si partimos de la base que esta tarea es llevada a cabo por el profesional médico, resulta indispensable conocer las condiciones en que se ejerce esta práctica.
- a partir del diálogo mantenido con la Jefa del Servicio de Ginecología de dicho nosocomio, quien nos planteó la necesidad de obtener datos concretos acerca de cómo repercute en los médicos las circunstancias bajo las cuales trabajan, y la manera en que esta afecta o no su salud, así como la calidad de sus prácticas.

La práctica profesional médica tiene la particularidad de asumir un contacto directo e intenso con el paciente, no solo asistiendo médicamente, sino sirviendo como sostén y apuntalamiento emocional del paciente y su grupo familiar. El interés psicológico se funda en que debido a la carga emocional y el nivel de compromiso

de esta labor, dichos profesionales deben mantener su equilibrio fisiológico y emocional, fundamental para el funcionamiento humano; lo cual incidirá en el óptimo desempeño de su profesión. La profesión médica, con sus enormes demandas físicas y emocionales, predispone naturalmente a médicos al desgaste por empatía. Los médicos ven a más pacientes, hacen más papeleo, negocian más contratos y tienen menos autonomía que antes. (A esto debemos agregar la presión autoimpuesta de vivir en los niveles más altos.) Estos factores causan productividad disminuida, licencias por enfermedad y turnos de mayor tiempo.

Por estos motivos resulta relevante la realización de dicha evaluación, para poder valorar las consecuencias en el profesional y tener datos que permitan generar algún tipo de intervención acorde a los resultados.

- Objetivo general:

- ✓ • Reconocer y evaluar la incidencia del Síndrome de desgaste por empatía en la población elegida.

- Objetivo particular:

- ✓ • Explorar la incidencia del Síndrome según: género, antigüedad del título, carga horaria semanal, edad, especialidad médica y atención en guardia.

- Métodos y técnicas:

Se utilizará el Inventario de Síndrome de desgaste por empatía. Dicho instrumento mide y/o evalúa el nivel de capacidad empática disponible en los profesionales, y en que medida el trabajo de ayudar a otros que sufren los afectó positiva o negativamente. Contiene una escala de tipo Lickert con cuatro alternativas y está compuesta por 27 ítems que se agrupan en tres factores identificados como: 1. Involucración profesional, 2. Vulnerabilidad y 3. Cuidado Personal, que coinciden con el modelo teórico utilizado.

Ⓡ Debería aclararse

↳ Quiénes son los autores del instrumento original en este apartado

(Se cuenta con baremos nacionales?) / Se realizarán estadísticas descriptivas

- Universo y Muestra:

Según los propósitos de la investigación, se tomaron en cuenta todos los integrantes de los servicios de ginecología, cirugía general y clínica médica del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende. El tipo de muestra que se utilizará será aleatoria, se tomará parte del Universo. Estará integrada por 30 personas de cada especialidad. Teniendo en cuenta que cada uno de los servicios mencionados posee un número aproximado de 45 profesionales, consideramos que se trata de una muestra representativa. *(6) → Puede agregarse la población total y el N° aproximado de de la muestra.*

- Lugar de realización del trabajo:

El trabajo de campo se realizará en el Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende.

- Cronograma de actividades:

Objetivos	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Elaboración del anteproyecto.							
Desarrollo del proyecto	Lectura de la bibliografía y confección del marco teórico.						
	Administración del instrumento.						
	Procesamiento y análisis de datos.						
	Elaboración de conclusiones.						

- Bibliografía:

- Zamponi, Jesús; Maín, Valeria; Taubert, Liliana; Rondón, Juan Manuel; Viñuela, María Agustina; (2009). IDE: Inventario de síndrome de desgaste por empatía. Universidad Católica de Santa Fe.
- Figley, Charles; (1995). Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized. BR NY and London.
- Pfifferling, John-Henry y Gilley, Kay; (2000). Overcoming Compassion Fatigue. Family Practice Management, Vol. 7 Issue 4, p39, 6p, 1 chart.
- Goleman, Daniel; (2000). La Inteligencia Emocional. Ed. Vergara
- Tonon, Graciela; (2004). Calidad de vida y desgaste profesional. Espacio editorial.

Firma del supervisor

Firma del Co-supervisor

Firma de los alumnos

P/ Área de investigación

Derivado a Dr. Ojeda

Según derivar a docente especialista en la temática del Proyecto

Resultado de la evaluación (aprobado - rehacer)

Aprobado. Se considera un trabajo interesante y que reportaría una utilidad inmediata. Se sugiere realizar las 5 modificaciones propuestas a lo largo del cuerpo del anteproyecto para ser incluidas en la redacción de la tesis.  
Fecha: 29/05/2012

22/05/12

Derivado a

Andrés María Laura  
22/5/12

Mg. María Laura Andrés

## Plan de trabajo para la realización de la Investigación de Pregrado (\*)

### Descripción Resumida:

La empatía es la capacidad innata de percibir y sentir los estados emocionales y psicológicos de las otras personas (Figley, 1995). Para el profesional que trabaja diariamente con personas que sufren, esta disposición empática se constituye en el factor central de su labor. Al exponerse al sufrimiento ajeno, el profesional experimenta lo que experimentan sus clientes y pacientes, por lo que puede sufrir desgaste de su capacidad empática e incluso, llegar al agotamiento empático. Afecta las habilidades de contacto personal del profesional y reduce así su capacidad laboral, lo que a su vez genera un impacto nocivo sobre su bienestar psíquico y físico.

Esta situación responde al Síndrome de Desgaste por Empatía, es un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente (Figley, 1995).

El presente trabajo será de tipo exploratorio- descriptivo, con el objetivo de evaluar la incidencia de dicho Síndrome en una población de personal hospitalario, concretamente médicos/as, que se desempeñan en una institución pública de la ciudad de Mar del Plata.

Por lo dicho anteriormente, presumimos que los médicos que se desempeñan en este hospital público con alcance regional, pueden llegar a presentar cierta tendencia a verse afectados por dicho cuadro en sus diferentes perfiles, debido a las características del trabajo con personas en estado de sufrimiento, los avatares institucionales y las cualidades de la actual demanda sanitaria.

Se evaluará con el instrumento autoadministrado Inventario de Desgaste por Empatía (IDE). (Zamponi, Jesús, Maín, Valeria, Taubert, Liliana, Rondón, Juan Manuel & Viñuela, María Agustina, 2009).

Palabras claves:

Empatía – Médicos /as – Desgaste – Evaluación

Descripción detallada:

- Antecedentes y motivos:

La tendencia a sentirse uno mismo dentro de la situación del otro se denomina empatía, en analogía complementaria con simpatía, que es sentir junto al otro. La empatía es la capacidad innata de percibir y sentir los estados emocionales y psicológicos de las otras personas. La empatía es más intensa cuanto más importante es para la persona en cuestión, o el otro con quien se está (Eisemberg & Strayer, 1987).

El Síndrome de Desgaste por Empatía se manifiesta en profesionales que brindan atención a personas que sufren. Estos profesionales también presentan, en un proceso de instalación insidiosa, una serie de síntomas relacionados directamente con los síntomas que atienden. El desempeño de los profesionales de servicio, implica que el profesional desarrolle un grado de contacto y compromiso con sus pacientes por el que llega a identificarse con los estados de ánimo de estos. Los médicos desgastados por empatía continúan dándose completamente a sus pacientes, encontrando cada vez más difícil la posibilidad de mantener un equilibrio sano de empatía y objetividad (Eisemberg et al. 1987).

En 1971, Figley comenzó a estudiar las consecuencias de ayudar a gente traumatizada. Realizó entrevistas sucesivas con médicos y enfermeros del ejército de la Corporación Marina norteamericana -afectados por la guerra de Vietnam- y notó que sus memorias de guerra estaban dominados por sentimientos de culpa y pesar, asociados con no salvar, no ayudar o no poder hacer suficiente por sus pacientes (Figley, 2002). Dichas pesadas memorias estaban asociadas con muchos problemas psicológicos que serían diagnosticados por primera vez como Desorden de Estrés Post Traumático (DEPT) en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM) editado en 1980. En la descripción de dicho diagnóstico, se encontraba la previsión de que alguien cercano a la persona traumatizada podría desarrollar síntomas similares como consecuencia de un sentimiento de estrés compartido ante la situación. Esto no sólo incluye a los

familiares y amigos cercanos de la persona que sufre, sino también a profesionales inmersos en la ayuda humana. Incluye a todos aquellos que sufren de ésta enfermedad crónica.

Desde el primer libro sobre SDpE editado por Figley (1995), hubo una emergencia de apreciaciones nuevas sobre los costos del cuidado, y la relación entre el rol de la empatía y las previas experiencias traumáticas. El primer modelo presentado en 1995, y revisado subsecuentemente, ofrece una manera rápida de prevenir y mitigar el SDpE en las personas susceptibles a desarrollarlo.

En 1995, Figley acuña el término de Síndrome de Desgaste por Empatía a un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Es una cualidad que se activa al ser testigo del sufrimiento de otros.

Este modelo asume que tanto la empatía como la energía emocional son fuerzas que impulsan el trabajo eficaz con el sufrimiento en general. Sobre ellas se asienta el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica, y la entrega de servicios efectivos incluyendo repuestas empáticas (Figley, 1995). Sin embargo, ser empático y compasivo implica un costo adicional a la energía requerida para proveer esos servicios.

A continuación se presentan las variables que, según el modelo de Figley (1995) predicen el SDpE. Se detallan los aspectos necesarios tanto para causar SDpE, como para detectarlo y tratarlo.

- *Habilidad Empática*: es la aptitud del profesional que le permite notar el dolor en otros. El modelo sugiere que sin empatía habrá muy poco –o nada- de estrés por compasión y no habrá SDpE. Sin embargo, sin empatía no habrá una respuesta empática hacia el cliente que sufre. De esta manera, la habilidad de empatizar es la clave tanto para ayudar a otros, como para ser vulnerables a los costos del cuidado.

- *Implicación Empática*: es la motivación a responder a la gente que necesita ayuda. La habilidad empática es insuficiente, a no ser que exista motivación a ayudar a otros que requieren los servicios de un profesional comprometido. Con una

implicación suficiente, el profesional empático se basa en su talento, entrenamiento, y conocimiento para entregar el mejor servicio posible a aquellos que lo solicitan.

- *Apertura al Cliente (exposición)*: implica la experimentación de la energía emocional del sufrimiento del cliente, mediante la mera exposición al mismo. Una de las razones por las que los profesionales que trabajan directamente expuestos a los clientes se trasladan a trabajos administrativos, docentes o supervisores en labores de salud mental, es debido al costo que conlleva la exposición directa al cliente. Algunos deciden abandonar la práctica directa debido a pagos adicionales, un mayor estatus o mejores condiciones de trabajo. Sin embargo, el costo asociado a la exposición al sufrimiento ajeno es muy alto, y es imposible saber cuantos han elegido abandonar la práctica directa por el alto desgaste que conlleva.

- *Respuesta Empática*: es el nivel de esfuerzo que realiza el profesional para reducir el sufrimiento externo mediante su entendimiento empático. El poder darse cuenta de los sentimientos, pensamientos y conductas del cliente se consigue proyectando el self propio dentro de la perspectiva del cliente. Durante el proceso, el profesional puede sentir dolor, miedo, ira u otras emociones sentidas por el cliente. Allí radican tanto los beneficios como los costos de cada respuesta terapéutica. Los beneficios son obvios inmediatamente para cada estudiante recién graduado que pone en práctica sus nuevas habilidades con otros. Los costos se discuten raras veces; se debe pasar por ellos para obtener el esfuerzo necesario para enfrentar o mitigar los efectos sobre el propio self del profesional.

- *Estrés por Compasión*: es el residuo de la energía emocional de la respuesta empática hacia el cliente y es la continua demanda de acción para mitigar el dolor del cliente. Como cualquier tipo de estrés, con la suficiente intensidad puede tener un impacto negativo sobre el sistema inmune y la calidad de vida en general. Junto a otros factores puede contribuir a un SDpE, a menos que el profesional actúe para controlar el estrés por compasión.

- *Sentido de Logro*: es uno de los factores que disminuye o previene el estrés por compasión, responde en gran medida a la satisfacción que consiga el profesional en sus esfuerzos para ayudar al cliente. Un profesional con sentido de logro considera

la demanda del cliente con un esfuerzo conciente y racional para reconocer donde terminan las responsabilidades del profesional, y donde empiezan las del cliente.

- *Desconexión*: es el otro factor que disminuye o previene el estrés por compasión. Es el grado al cual el profesional puede distanciarse de la tristeza del cliente entre las sesiones de terapia. Esta habilidad también demanda un esfuerzo conciente y racional para desprenderse de los pensamientos, sensaciones y sentimientos asociados a las sesiones con el cliente, en pos de continuar la vida propia. La desconexión permite que el profesional reconozca la necesidad de cuidado de sí mismo, y lleve a cabo un programa deliberado para cuidarse.

Más allá de que el profesional se esfuerce por desconectarse y tenga un alto sentido de logro, se encontrará en riesgo de desgaste por empatía si el estrés por compasión es aún intenso. Hay tres factores más que cumplen un rol en el aumento de SDpE, a saber:

- *Exposición Prolongada*: es el curso del sentido de responsabilidad por el cuidado del paciente, durante un extenso período de tiempo. Es importante tomarse descansos, sin perder el manejo del tiempo –como mínimo un día y como máximo una semana. Estos descansos deben ser tomados como tales; un respiro para *el ser empático* con el cliente.

- *Recuerdos Traumáticos*: son las memorias que gatillan los síntomas del estrés post traumático y reacciones asociadas, como depresión y ansiedad. Estas memorias pueden referirse a las experiencias del profesional con otros, específicamente de las demandas y tratamientos de pacientes, o pacientes que se encontraban muy tristes y dolidos. Cuando reaparecen, estas memorias son eventos que causan una reacción emocional. Pueden ser evocadas por ciertos tipos de pacientes, sobre todos los que tienen experiencias similares a eventos traumáticos vividos por el profesional.

- *Cambios de Vida*: son los cambios inesperados en la rutina y en el manejo de las responsabilidades de la vida, enfermedades, estatus social, cambios en el estilo de vida, o en responsabilidades sociales y laborales.

Normalmente estas alteraciones pueden causar un cierto nivel de estrés, usualmente tolerable. Sin embargo, cuando se combinan con los otros factores, estos cambios pueden aumentar las probabilidades de que el profesional desarrolle SDpE.

En 2007 los autores del IDE, Zamponi, Jesús, Maín, Valeria, Taubert, Liliana, Rondón, Juan Manuel & Viñuela, María Agustina, comenzaron a investigar el fenómeno del SDpE, y la creación de un instrumento para evaluarlo, a través de la obtención de una beca de promoción de la investigación subvencionada por el Departamento de Ciencia y Tecnología de la Universidad Católica de Santa Fe.

La versión preliminar del instrumento, se desarrolló con el propósito de evaluar la percepción del grado de desgaste empático que experimentan los profesionales al asistir a personas que sufren. Se intentó delimitar conceptualmente el constructo partiendo de diversas fuentes (modelo teórico propuesto por Charles Figley, casos clínicos, entrevistas con profesionales de diversas áreas asistenciales), a partir de las cuales se redactaron un total de 40 reactivos que según los autores, guardaban correspondencia con la definición operacional propuesta-

En 2011 Redondo Ana, Dónofrio Matías & Depaoli Marcela (2011) realizaron un estudio exploratorio en Mar del Plata acerca del Síndrome de Desgaste por Empatía. Se administró el instrumento creado por la Universidad Católica de Santa Fe, denominado ESAPE (Escala de Agotamiento por Empatía), en cincuenta psicólogos que se dedican al área clínica de adultos en la ciudad de Mar del Plata para poder medir cómo el sufrimiento ajeno, puede tener efectos positivos o negativos sobre quien comparte en forma prolongada las experiencias penosas de personas. La administración de dicha muestra permitió contribuir a la futura formación de baremos Nacionales a los creadores del instrumento (ESAPE).

Se aplicó el instrumento ESAPE, a Psicólogos del área clínica en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata, durante los meses de Mayo y Junio. La forma de suministrar la escala ESAPE, fue la autoadministración. Se recolectaron las escalas y luego se seleccionó la muestra que cumpliría con los requisitos de sexo, rango de edad y ámbito laboral (público o privado), antigüedad y cantidad de horas semanales trabajadas (Redondo, Dónofrio & Depaoli, 2011).

En el caso de nuestro estudio, la población elegida para evaluar la incidencia de dicho Síndrome es el personal hospitalario, concretamente médicos /as, que se

desempeñan en el “Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende”, de la ciudad de Mar del Plata.

Este es un establecimiento de referencia en la Región Sanitaria VIII, ya que asiste la alta complejidad de 16 partidos de la zona, entre los que se cuentan General Pueyrredón, Mar Chiquita, Tandil, Necochea, Miramar, Maipú, Lobería, Mar de Ajó, San Bernardo, Coronel Vidal, Ayacucho, General Guido, San Clemente, Pinamar, Villa Gesell, Balcarce, General Alvarado y General Madariaga. En este hospital trabajan 1000 profesionales atendiendo a diario a 1200 personas y anualmente a más de 250 mil consultas ambulatorias y 12 mil internaciones. Es el único Hospital de alta complejidad y recibe las derivaciones de toda la región, teniendo la obligación de dar respuesta a cada una de ellas.

Esta elección nos fue motivada a partir de:

- considerar a la salud como una necesidad básica y un derecho humano universal. Si partimos de la base que esta tarea es llevada a cabo por el profesional médico, resulta indispensable conocer las condiciones en que se ejerce esta práctica.
- a partir del diálogo mantenido con la Jefa del Servicio de Ginecología de dicho nosocomio, quien nos planteó la necesidad de obtener datos concretos acerca de cómo repercute en los médicos las circunstancias bajo las cuales trabajan, y la manera en que esta afecta o no su salud, así como la calidad de sus prácticas.

La práctica profesional médica tiene la particularidad de asumir un contacto directo e intenso con el paciente, no solo asistiendo médicamente, sino sirviendo como sostén y apuntalamiento emocional del paciente y su grupo familiar. El interés psicológico se funda en que debido a la carga emocional y el nivel de compromiso de esta labor, dichos profesionales deben mantener su equilibrio fisiológico y emocional, fundamental para el funcionamiento humano; lo cual incidirá en el óptimo desempeño de su profesión. La profesión médica, con sus enormes demandas físicas y emocionales, predispone naturalmente a médicos al desgaste por empatía. Los médicos ven a más pacientes, hacen más papeleo, negocian más contratos y tienen menos autonomía que antes. Estos factores causan productividad disminuida, licencias por enfermedad y turnos de mayor tiempo.

Por estos motivos resulta relevante la realización de dicha evaluación, para poder valorar las consecuencias en el profesional y tener datos que permitan generar algún tipo de intervención acorde a los resultados.

- Objetivo general:

- Reconocer y evaluar la incidencia del Síndrome de Desgaste por Empatía en la población elegida.

- Objetivo particular:

- Explorar la incidencia del Síndrome según: género, antigüedad del título, edad, especialidad médica, cargo y atención en guardia.

- Métodos y técnicas:

Se utilizará el Inventario de Síndrome de desgaste por empatía (Zamponi, et al. 2010). Dicho instrumento mide y/o evalúa el nivel de capacidad empática disponible en los profesionales, y en que medida el trabajo de ayudar a otros que sufren los afectó positiva o negativamente. Contiene una escala de tipo Lickert con cuatro alternativas y está compuesta por 27 ítems que se agrupan en tres factores identificados como: 1. Involucración profesional, 2. Vulnerabilidad y 3. Cuidado Personal, que coinciden con el modelo teórico utilizado.

Debido a que el instrumento diseñado aun no fue administrado a poblaciones sanas y enfermas para realizar baremos que definan los puntajes límites para perfiles sanos, en peligro y enfermos, se realizó una estimación inicial basada en una curva normal.

En la actualidad el grupo de investigación SDpE – IDE de la Universidad Católica de Santa Fe se encuentran en la confección de baremos nacionales, para los cuales nuestro estudio contribuirá a su elaboración.

El método de procesamiento de los datos será a través de una estadística descriptiva.

- Universo y Muestra:

Según los propósitos de la investigación, se tomaron en cuenta todos los integrantes de los servicios de ginecología, cirugía general y clínica médica del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende. El tipo de muestra que se utilizará será aleatoria, se tomará parte del Universo. El hospital cuenta con 700 profesionales médicos, de los cuales serán evaluados 90 de ambos sexos en proporciones iguales, correspondientes a las especialidades ya mencionadas.

- Lugar de realización del trabajo:

El trabajo de campo se realizará en el Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende.

- Cronograma de actividades:

Objetivos	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Elaboración del anteproyecto.							
Lectura de la bibliografía y confección del marco teórico.							
Administración del instrumento.							
Procesamiento y análisis de datos.							
Elaboración de conclusiones.							

## 1. INTRODUCCIÓN

A raíz de la temática elegida para nuestro trabajo final de investigación, justificaremos dicha elección a partir de la fundamentación de los aspectos que la conforman: el área laboral, el concepto psicológico de empatía y el estado de salud de determinada población.

El trabajo como actividad humana que implica una relación social, es un estructurador de la vida y del tiempo cotidiano de las personas. La gente en el trabajo busca cubrir las necesidades apremiantes de la vida empezando por las fisiológicas, las de alimentación y sustento, pero además el individuo busca mucho más que eso, el desarrollo de la persona en su acepción integral involucra aspectos más trascendentes de la realización que comprometen valores (Maslow, 1982). Estas expectativas están implícitas en lo que llamamos el proyecto personal individual. Tener proyectos constituye un aspecto esencial de la vida. La consecución de logros es un regulador fundamental de la motivación, del estado de ánimo y del autoestima.

En síntesis, el trabajo y las oportunidades para crecer y progresar por medio del trabajo son altamente estructurantes del psiquismo individual, hacen a la integridad personal y a la salud mental. Cuando la relación laboral es satisfactoria, trasciende el estado de ánimo individual y se proyecta a lo social a través de actividades constructivas que potencian las relaciones de colaboración (Schlemenson, 2002).

La percepción del sufrimiento ajeno genera en forma espontánea empatía hacia el que sufre - compasión-. Esto puede tener efectos positivos o negativos sobre quien comparte en forma prolongada las experiencias penosas de personas significativas. Es decir, dichas experiencias pueden producir satisfacción o pueden generar desgaste emocional. Cuando el trabajo profesional consiste en compartir de manera prolongada historias y experiencias penosas de otras personas, se está expuesto a una situación de desgaste emocional, potencialmente patógena (Figley, 1995).

Posicionándonos en nuestro rol profesional como agentes de cambio, nos resulta interesante poder evaluar en una población médica atravesada por fuertes condicionamientos del contexto, cómo transitan su labor profesional y en qué estado

se encuentra su salud mental, dado que su trabajo se desarrolla en contacto permanente con personas que sufren.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Introducción al concepto de empatía.

Psicólogos y filósofos han debatido a través de los siglos el papel de la empatía. La empatía ha sido uno de los conceptos más importantes en varias áreas de la Psicología debido a que se trata de un concepto troncal referido a las relaciones interpersonales y la afectación que genera en las mismas, en función de su grado de desarrollo (Eisemberg & Strayer, 1987).

No existe una definición correcta de empatía; sólo existen diferentes definiciones, las cuales dependen del marco teórico desde el que nos posicionemos.

Desde nuestra mirada, nos parece importante no acotarnos bajo una sola perspectiva definicional del término, sino que queremos centrar el trabajo partiendo de una mirada abarcativa en la cual tengamos en cuenta los diferentes atravesamientos del término empatía.

### 2.2. Perspectivas teóricas del concepto empatía.

Según Eisemberg & Strayer (1987) la empatía se define como la capacidad para experimentar las mismas emociones que otra persona está sintiendo. Esto implica que, (1) en una relación humana significativa, es inevitable que yo sienta lo que el otro siente; (2) el grado de compromiso e interés con la persona con la que me encuentro marca la intensidad del proceso empático; (3) las diferencias en la intensidad de la empatía está dada por las características del vínculo -la relación madre hijo, la relación de pareja, la relación de amistad, la relación entre vecinos, la relación entre compañeros de trabajo, la relación profesional, entre otras- implican diferente intensidad empática.

Desde la mirada de Goleman (2000), la empatía mantiene estrecho vínculo con la conciencia de uno mismo, por ello cuanto más conectados estemos con nuestras emociones, cuanto más capaces seamos de reconocerlas y manifestarlas, mayor capacidad tendremos para interpretar los sentimientos propios y ajenos. Esta

capacidad es necesaria para la vida e influye en la calidad de las relaciones que se mantienen entre los seres humanos.

La teoría de las emociones básicas afirma que las emociones son ante todo un fenómeno social de la especie humana (Tomkins, 1981). Como fenómeno social, las emociones tienen una serie de características y aspectos concomitantes. Uno de ellos es que las emociones son innatas, y en consecuencia, solo aprendemos a modular su manifestación. Son además fenómenos específicos para afrontar situaciones específicas y son reconocibles en forma instantánea por cualquier miembro de la especie que esté en el mismo contexto emocional del que las manifiesta. Esta capacidad para reconocer qué le pasa al otro es la empatía (Eisenberg & Strayer, 1987). Consideraremos entonces la empatía en este contexto evolutivo, social y funcional. La empatía es una cualidad humana imprescindible del vivir en sociedad. El desarrollo evolutivo de las emociones implicó el desarrollo de la habilidad empática.

La definición de empatía más utilizada es: reacción emocional elicitada y congruente con el estado emocional del otro y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir (Eisenberg, Carlo, Murphy & Van Court, 1995; Eisenberg, Zhou y Koller, 2001; Hoffman, 1987; Holmgren, Eisenberg & Fabes, 1998). La empatía implica compartir la emoción percibida en otro, "sentir con otro". Esta reacción afectiva vicaria puede ocurrir como respuesta a unas claves perceptibles externas, indicadores del estado afectivo de otro, o como resultado de la inferencia del estado emocional en base a claves indirectas, por ejemplo, la naturaleza de la situación del otro. Así, se puede definir la empatía como una respuesta emocional que brota del estado emocional de otro y que es congruente con ese estado emocional del otro. Esta definición es muy semejante a la de Hoffman (1982) e implica que se puede empatizar con una amplia gama de sentimientos.

Un punto importante a clarificar es el grado de diferenciación entre uno mismo y el otro a la hora de empatizar. Algunos teóricos asumen que la empatía incluye una distinción "como si", sugiriendo que al empatizar se produce por lo menos una diferenciación mínima entre uno mismo y el otro.

### 2.2.1. Relación con los conceptos de adopción de perspectiva, simpatía y malestar personal.

Sin embargo, esta definición no está completa si no anexamos las definiciones de otros conceptos claramente relacionados con la empatía: la adopción de perspectiva, la simpatía y el malestar personal.

La adopción de perspectiva hace referencia a la tendencia a adoptar el punto de vista cognitivo del otro. Según Feshbach, la empatía presupone dos tipos de procesos cognitivos: 1) la capacidad de discriminar y denominar estados afectivos en otras personas, y 2) la capacidad de adoptar la perspectiva y el rol de otra persona. La primera capacidad es más básica y es necesaria para la adopción de roles.

Karniol (1982), al presentar un modelo de procesamiento de información, pretendía demostrar que la adopción de roles no siempre es necesaria para la conducta prosocial. Pero resulta comprensible que la gente empatices a menudo no por haberse colocado cognitivamente en el lugar de otro sino por haber encontrado información relevante en sus recuerdos que lo capacite para entender la situación o los sentimientos del otro.

Son numerosos los procesos cognitivos que juegan un papel en la empatía. Algunos son muy simples, como los que se hallan en la asociación directa entre las claves visuales del malestar del otro y los recuerdos del malestar de uno mismo, mientras que otros modos de cognición encierran capacidades inferenciales o de procesamiento de información más sofisticadas (Eisemberg & Strayer, 1987).

La simpatía es la tendencia a preocuparse o sentir interés por el otro, la conciencia viva del sufrimiento de otra persona como algo a aliviar. Esta definición de simpatía incluye dos aspectos: el primero alude a la sensibilidad acrecentada ante las emociones de otra persona. El segundo aspecto abarca la urgencia de emprender cualquier tipo de acciones necesarias para mitigar el sufrimiento; quiere decir que en la simpatía el sufrimiento de la otra persona es sentido de manera inmediata como algo que debe ser aliviado. Esto significa que la simpatía incluye a menudo sentimientos de preocupación, aunque la percepción cognitiva consciente de que uno se haya preocupado por el estado de otro es un efecto más que una parte de la simpatía. Frecuentemente la simpatía es la consecuencia de la empatía,

si bien es posible que la simpatía (al igual que la empatía) resulte de procesos tales como la toma de perspectiva cognitiva (Wispé, 1991).

Finalmente, el malestar personal alude a la tendencia a sentirse intranquilo o incómodo en espacios interpersonales tensos que implican a otros y sus necesidades. (Eisenberg, 1995; Eisenberg, 2000; Hoffman, 1987; Underwood y Moore, 1982). Algunas personas pueden experimentar un estado aversivo, como de ansiedad o preocupación, que no es congruente con el estado del otro y que da lugar a una reacción de tipo egoísta centrada en uno mismo. Creemos que el malestar personal puede producirse independientemente de la empatía o como un efecto de una experiencia empática inicial. La empatía inicial del individuo es sentida como una reacción aversiva y en consecuencia, el individuo se centra en su propio estado afectivo.

### **2.3. La empatía a lo largo del ciclo vital.**

Se acepta en general que la empatía se desarrolla en los seres humanos desde muy pequeños. No es de distribución homogénea, ya que hay personas con mayor facilidad para empatizar que otras. Sabemos que hay relación entre la empatía, las habilidades sociales de los niños, su capacidad para aprender y la tolerancia a la frustración, y que el grado de desarrollo de esta característica en los padres influye en la evolución infantil.

Por lo tanto, ya que la capacidad empática se va desarrollando en el transcurso de la vida del sujeto en la relación que va construyendo con el otro, no cabe duda que las experiencias socializadoras tempranas influyen en la supresión o florecimiento de esta capacidad durante la infancia (Eisenberg & Strayer, 1987).

#### **2.3.1. Apego temprano.**

Un supuesto precursor temprano de la empatía tiene que ver con la intensa relación afectiva entre el bebé y su cuidador. La responsividad empática del niño pequeño a los sentimientos de otros brota de una implicación empática o contagio afectivo temprano con el estado anímico y con las emociones de la madre.

Para algunos autores los niños con un fuerte sentido de la confianza y de seguridad, derivado del apego seguro a sus padres, se manifestarían menos preocupados por satisfacer sus propias necesidades y más sensibles a los sentimientos y a las necesidades de otros que los niños con un apego menor.

### **2.3.2. El afecto parental**

Un ingrediente común de la vinculación temprana segura lo constituye la abundancia de amor y cuidados. No es de extrañar que se haya afirmado que el afecto parental, al satisfacer las necesidades emocionales del niño, juegue también un importante papel en el desarrollo de la empatía.

### **2.3.3. Empatía y género**

Estudios sobre la temática han resaltado el papel de la empatía en relación al género, comparando el grado de empatía que presentan mujeres y varones. Tales estudios han encontrado, en general, una menor capacidad empática y mayor proclividad a la conducta antisocial en los varones (González, Calvo, Benavides y Casullo, 1998). Dichos autores, evaluaron varios tipos de conducta prosocial y conducta antisocial en varones y mujeres, encontrando que los varones mostraban menor empatía, respeto y sociabilidad que las mujeres, así como mayores sentimientos de soledad, más conductas agresivas y una mayor capacidad de liderazgo percibida que las chicas.

Lara (1990) encontró que tanto hombres como mujeres, tendían a atribuir a la mujer una serie de características asociadas con la habilidad empática, mientras que al hombre una serie de características que pueden, en un momento dado ser opuestas a las mismas.

Estas diferencias por sexo en empatía y conducta antisocial han llevado a varios teóricos a tener en cuenta el papel del género en el proceso de socialización.

#### **2.3.4. Fomento de la percepción de la semejanza con otro**

Los niños responden más empáticamente a los sujetos percibidos como semejantes a ellos mismos que a los percibidos como diferentes. El animar a un niño a percibir a otros como semejantes a él mismo puede contribuir al desarrollo y a la expresión de la empatía (Eisemberg & Strayer, 1987).

Hoffman afirma que los padres deberían permitir a sus hijos estar expuestos a una amplia gama de experiencias y emociones a fin de estimular su sensibilidad ante los sentimientos ajenos. Un niño que haya sido protegido de toda experiencia desagradable o al que se le haya desanimado a manifestar expresiones abiertas de malestar, probablemente le resultará difícil empatizar con otras personas en apuros cuando su reacción emocional sea percibida como extraña o poco familiar.

La percepción de la semejanza que el niño tiene respecto a otros puede fomentarse también impulsando creencias y valores universales que subrayan la conexión entre las personas (Eisemberg & Strayer, 1987).

#### **2.3.5. El fomento de un autoconcepto positivo**

Los niños a los que se les anima a tener una buena opinión de sí mismos pueden estar más inclinados a empatizar con otros, que los niños que se preocupan de inadecuaciones personales o de otros complejos.

Un aspecto del auto-concepto positivo que puede ser especialmente útil en el desarrollo de la empatía es la percepción de uno mismo como sujeto servicial independiente y competente.

Así como las experiencias que fomentan un autoconcepto positivo y unos sentimientos de competencia pueden estimular el desarrollo de la empatía, los niños tratados de una manera poco cariñosa y perjudicial para un auto-concepto saludable estarán lógicamente menos inclinados a mostrar una conciencia y una sensibilidad frente a las emociones de los demás (Eisemberg & Strayer, 1987).

### **2.3.6. Entorno favorable para el desarrollo de la empatía**

El desarrollo de la empatía y de las respuestas afines se produce mejor, al parecer, en un entorno que: 1. satisface las necesidades emocionales del niño y desaprueba la preocupación excesiva por uno mismo, permitiendo así que las emociones y las necesidades de los otros aparezcan de manera más nítida; 2. anima al niño a identificar, experimentar y expresar una amplia gama de emociones; 3. brinda al niño numerosas oportunidades para observar e interactuar con otros sujetos que, a través de sus palabras y acciones, fomenten la sensibilidad y la responsividad emocionales de los demás.

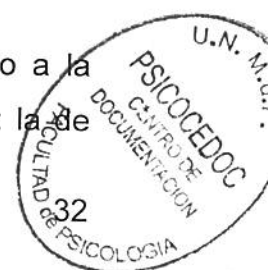
### **2.4. Consideraciones generales sobre la relación médico – paciente**

Según Vidal y Benito (2010), la relación médico - paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Esta permite al enfermo satisfacer sus deseos y necesidad de salud, y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importantes.

En todas las civilizaciones los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría del ánimo del paciente. En el antiguo Egipto se le concedía gran importancia al relato del enfermo, que exponía no solo los síntomas subjetivos, sino también las causas a las que atribuía su enfermedad. No se debe pasar por alto filósofos como Sócrates, Platón y otros que plantearon que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma.

El reconocimiento del valor de la relación médico-paciente y su importancia desde el punto de vista psicológico está entroncado gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por eso que la escuela hipocrática, con su insistencia en que el hombre no es sólo un ente físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico y su énfasis en la importancia del medio ambiente y de la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo científico de la medicina.

Así, se refleja a lo largo de la historia que la visión médica respecto a la relación en cuestión, se ha pronunciado en dos dimensiones fundamentales: la de



quienes, como Hipócrates, han considerado que estos aspectos son de primer orden, y la de los que la consideran secundaria.

Otro punto a considerar en la comprensión de la relación médico-paciente es su condicionamiento socio-histórico, puesto que ella depende de manera decisiva de la ideología y las normas éticas dominantes en la que se encuentra enmarcada, ya que toda relación interpersonal es social en su esencia y refleja el conjunto de las relaciones sociales que la determinan.

Las relaciones interpersonales tienen un carácter complejo y poseen una serie de componentes que se relacionan mutuamente: económicos, clasistas, partidistas, profesionales, jurídicos, morales, psicológicos y educacionales.

La dinámica de este tipo de relación depende de los objetivos, demandas e intereses puestos en juego en situaciones concretas, donde predomina uno u otro componente.

Al igual que otros sistemas de relaciones, la relación médico-paciente, por una parte se modifica bajo el influjo de las transformaciones históricas, y por otra, mantiene un núcleo estable en su desarrollo frente a la totalidad de los cambios sociales.

En la práctica médica, la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al sujeto sin integrar a ellos las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema, así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden estar determinándolos o al menos agravándolos. Lo correcto es considerar que ambos factores están presentes en todo problema relacionado con la salud del hombre y la sociedad. Según el caso concreto de que se trate, podrá predominar lo biológico o lo social, pero siempre se están intercomunicando y condicionando.

La comprensión correcta de esta relación tiene gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la medicina porque:

- Resulta imprescindible para la interpretación correcta de las causas y mecanismos de producción de las enfermedades del hombre.
- Constituye un elemento de orientación metodológica fundamental para alcanzar el propósito de preservar y mejorar la salud de la sociedad.

- Su tratamiento científico-filosófico adecuado constituye, además, una importante arma ideológica en la lucha entre los dos sistemas, en el campo de la medicina.
- Comprender esta relación permite esclarecer, en su justa medida, la estrecha vinculación que existe entre soma y psiquis.

## **2.5. Síndrome de Desgaste por Empatía**

El desempeño de las profesiones de servicio implica que el profesional desarrolle un alto grado de contacto y compromiso con personas que sufren. Debido a la exposición a situaciones de sufrimiento y relacionadas con estados emocionales intensos, el profesional se identifica con ellas, viéndose afectada su capacidad empática. El profesional puede entonces sufrir un proceso de desgaste de su capacidad empática, afectando sus capacidades de contacto personal y reduciendo su capacidad laboral, además de un deterioro de su bienestar psíquico y físico. Este proceso responde al Síndrome de Desgaste por Empatía, un cuadro de traumatización vicaria relacionado a los efectos negativos de brindar asistencia a personas que sufren (Figley, 1995).

### **2.5.1. Evolución del concepto SDpE**

En 1971, Figley comenzó a estudiar las consecuencias de ayudar a gente traumatizada. Realizó entrevistas sucesivas con médicos y enfermeros del ejército de la Corporación Marina norteamericana -afectados por la guerra de Vietnam- y notó que sus memorias de guerra estaban dominados por sentimientos de culpa y pesar, asociados con no salvar, no ayudar o no poder hacer suficiente por sus pacientes (Figley, 2002). Dichas pesadas memorias estaban asociadas con muchos problemas psicológicos que serían diagnosticados por primera vez como Desorden de Estrés Post Traumático (DEPT) en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM) editado en 1980. En la descripción de dicho diagnóstico, se encontraba la previsión de que alguien cercano a la persona traumatizada podría desarrollar síntomas similares como consecuencia de un

sentimiento de estrés compartido ante la situación. Esto no sólo incluye a los familiares y amigos cercanos de la persona que sufre, sino también a profesionales inmersos en la ayuda humana. Incluye a todos aquellos que sufren de ésta enfermedad crónica.

En 1995, Figley acuña el término de Síndrome de Desgaste por Empatía a un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Es una función que se activa al ser testigo del sufrimiento de otros.

### **2.5.2. Etiología del Síndrome**

Desde la publicación de su primer libro sobre desgaste por empatía (Figley, 1995) hubo una emergencia de apreciaciones nuevas sobre los costos del cuidado, y la relación entre el rol de la empatía y las previas experiencias traumáticas. El primer modelo presentado en 1995, y revisado subsecuentemente, ofrece una manera rápida de prevenir y mitigar el desgaste por empatía en las personas susceptibles a desarrollarlo.

Este modelo asume que tanto la empatía como la energía emocional son fuerzas que impulsan a trabajar eficazmente ante el sufrimiento en general. Sobre ellas se asienta el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica, y la entrega de servicios efectivos incluyendo respuestas empáticas (Figley, 1995; Figley 2002). Sin embargo, ser empático y compasivo implica un costo adicional a la energía requerida para proveer esos servicios.

A continuación se presentan las variables que, según el modelo de Figley (1995) juntas forman el modelo causal que predice el Desgaste por Empatía. Se detallan los aspectos necesarios tanto para causar desgaste por empatía, como para detectarlo y tratarlo.

*Habilidad Empática* es la aptitud del terapeuta que le permite notar el dolor en otros. El modelo sugiere que sin empatía habrá muy poco, o nada de estrés por compasión y no habrá desgaste por empatía. Sin embargo, sin empatía no habrá una respuesta empática hacia el cliente que sufre. De esta manera, la habilidad de

empalmar es la clave tanto para ayudar a otros, como para ser vulnerables a los costos del cuidado.

*Implicación Empática* es la motivación a responder a la gente que necesita ayuda. La habilidad empática es insuficiente, a no ser que exista motivación a ayudar a otros que requieren los servicios de un terapeuta comprometido. Con una implicación suficiente, el terapeuta empático se basa en su talento, entrenamiento, y conocimiento para entregar el mejor servicio posible a aquellos que lo solicitan.

*Apertura al Cliente* es experimentar la energía emocional del sufrimiento del cliente, mediante la mera exposición al mismo. Una de las razones por las que los profesionales que trabajan directamente expuestos a los clientes se trasladan a trabajos administrativos, docentes o supervisores en labores de salud mental, es debido al costo que conlleva la exposición directa al cliente. Algunos deciden abandonar la práctica directa debido a pagos adicionales, un mayor estatus o mejores condiciones de trabajo. Sin embargo, el costo asociado a la exposición al sufrimiento ajeno es muy alto, y es imposible saber cuantos han elegido abandonar la práctica directa por el alto desgaste que conlleva.

*Respuesta Empática* es el nivel de esfuerzo que realiza el terapeuta para reducir el sufrimiento externo mediante su entendimiento empático. Este darse cuenta de los sentimientos, pensamientos y conductas del cliente se consigue proyectando el self propio dentro de la perspectiva del cliente. Durante el proceso, el terapeuta puede sentir dolor, miedo, ira u otras emociones sentidas por el cliente. Allí radican tanto los beneficios como los costos de cada respuesta terapéutica. Los beneficios son obvios inmediatamente para cada estudiante recién graduado que pone en práctica sus nuevas habilidades con otros. Los costos se discuten raras veces, se debe pasar por ellos para obtener el esfuerzo necesario para enfrentar o mitigar los efectos sobre el propio self del terapeuta.

*Estrés por Compasión* es el residuo de la energía emocional de la respuesta empática hacia el cliente y es la continua demanda de acción para mitigar el dolor del cliente. Como cualquier tipo de estrés, con la suficiente intensidad puede tener un impacto negativo sobre el sistema inmune y la calidad de vida en general. Junto a otros factores puede contribuir a un desgaste por empatía, a menos que el terapeuta actúe para controlar el estrés por compasión.

*Sentido de Logro* es uno de los factores que disminuye o previene el estrés por compasión, responde en gran medida a la satisfacción que consiga el terapeuta en sus esfuerzos para ayudar al cliente. Un terapeuta con sentido de logro considera la demanda del cliente con un esfuerzo conciente y racional para reconocer donde terminan las responsabilidades del profesional, y donde empiezan las del cliente.

*Desconexión* es el otro factor que disminuye o previene el estrés por compasión. Es el grado al cual el profesional puede distanciarse de la tristeza del paciente entre encuentros. Esta habilidad también demanda un esfuerzo conciente y racional para desprenderse de los pensamientos, sensaciones y sentimientos asociados a las sesiones con el cliente, en pos de continuar la vida propia. La desconexión permite que el profesional reconozca la necesidad de cuidado de sí mismo, y lleve a cabo un programa deliberado para cuidarse.

Más allá de que el profesional se esfuerce por desconectarse y tenga un alto sentido de logro, se encontrará en riesgo de desgaste por empatía si el estrés por compasión es aún intenso. Hay tres factores más que cumplen un rol en el aumento de desgaste por empatía, a saber:

*Exposición Prolongada* es el curso del sentido de responsabilidad por el cuidado del paciente, durante un extenso período de tiempo. Es importante tomarse descansos, sin perder el manejo del tiempo, como mínimo un día y como máximo una semana. Estos descansos deben ser tomados como tales, un respiro para "el ser empático" con el cliente.

*Recuerdos Traumáticos* son las memorias que gatillan los síntomas del desgaste por empatía y reacciones asociadas, como depresión y ansiedad. Estas memorias pueden referirse a las experiencias del profesional con otros, específicamente de las demandas y tratamientos de pacientes que se encuentren muy tristes y dolidos. Cuando reaparecen, estas memorias son eventos que causan una reacción emocional. Pueden ser evocadas ante ciertos tipos de pacientes, sobre todos los que tienen experiencias similares a eventos traumáticos vividos por el profesional.

*Cambios de Vida* son los cambios inesperados en la rutina y en el manejo de las responsabilidades de la vida (ej. enfermedades, estatus social, cambios en el estilo de vida, o en responsabilidades sociales y laborales). Normalmente estas alteraciones pueden causar un cierto nivel de distrés, usualmente tolerable. Sin

embargo, cuando se combinan con los otros factores, estos cambios pueden aumentar las probabilidades de que el profesional desarrolle desgaste por empatía (Figley, 1995; Figley 2002).

### 2.5.3. Descripción del SDpE

Se han identificado una serie de síntomas presentes en el Síndrome de Desgaste por Empatía (Figley, 2002), entre los cuales se observan:

*Síntomas intrusivos:* los pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente, el deseo obsesivo de ayudar a ciertos pacientes, la progresiva sensación de falta de idoneidad profesional, la invasión del tiempo libre por cuestiones relacionadas con el trabajo, la incapacidad para hacer a un lado los temas relacionados con la actividad profesional, la percepción de los pacientes como individuos frágiles y necesitados de la asistencia de un profesional.

*Síntomas evitativos:* la respuesta silenciadora por la cual el profesional evita que el paciente manifieste claramente sus problemas, la pérdida de interés en los problemas presentados por los pacientes, cesación de actividades de autocuidado, pérdida de la energía; pérdida de la esperanza, temor a trabajar con ciertos pacientes, pérdida de la sensación de competencia y potencia, aislamiento, automedicación secreta, adicción y disfunción relacional.

*Síntomas de activación fisiológica:* están relacionados con las funciones involucradas en las emociones en general y en especial, en las emociones negativas, el aumento de la ansiedad, de la impulsividad y de la irritabilidad; aumento de la sensación de mayores exigencias ante problemas semejantes, aumento de la frustración e ira; dificultad en la concentración; modificación del peso y el apetito; trastornos del sueño y otros trastornos psicósomáticos. Estos síntomas son de aparición progresiva e insidiosa. Cuando el profesional afectado toma conciencia de tales síntomas es porque ya ha adoptado conductas adaptativas negativas, lo que indica que el síndrome se ha instalado.

La intensidad de los síntomas dependen de variables como la personalidad, el género, la profesión, la antigüedad en la misma, las condiciones de trabajo y el tipo de paciente que se atiende, entre otras.

#### 2.5.4. Diferenciación con Burn Out

El Burn Out es un estado de cansancio físico, mental y emocional, causado en el sujeto por estar involucrado, durante un largo período, a situaciones de alta demanda emocional (Pines & Aronson, 1988; Tonon, 2004), independientemente de la empatía puesta en juego y sin demandar necesariamente una exposición específica al trauma y al sufrimiento de un determinado paciente. Ha quedado establecido a través de los años, como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Uno de los efectos del Burnout es que afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al Desgaste por Empatía.

El Burnout se manifiesta a través de tres síntomas:

- Agotamiento emocional: refiere a una disminución y/o pérdida de recursos emocionales.
- Despersonalización o deshumanización: aparición de actitudes negativas o de insensibilidad.
- Falta de realización personal: suele evaluarse el trabajo en forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

La diferencia entre el Burnout y el SDpE se hace manifiesta a través de la ausencia en el segundo, del síntoma de falta de realización personal.

Mientras que el estrés laboral general que conduce al proceso de Burnout hace que nos alejemos gradualmente del trabajo, el proceso empático hace que el profesional se involucre cada vez más con sus pacientes, estudiando, consultando y dejando que el paciente invada su tiempo libre y sus espacios de acción no profesionales (Redondo, 2008; Zamponi et al. 2010).

#### 2.5.5. Aspectos del rol médico relacionados con el SDpE

Ya que nuestro trabajo de investigación se enfocará particularmente sobre una población médica, puntualizaremos cuestiones específicas que atañen a este rol profesional.

La práctica profesional médica tiene la particularidad de asumir un contacto directo e intenso con el paciente, no solo asistiendo médicamente, sino sirviendo como sostén y apuntalamiento emocional del mismo y su grupo familiar. El interés psicológico se funda en que debido a la carga emocional y el nivel de compromiso de esta labor, dichos profesionales deben mantener su equilibrio fisiológico y emocional, fundamental para el funcionamiento humano, lo cual incidirá en el óptimo desempeño de su profesión. La profesión médica, con sus enormes demandas físicas, emocionales y las características que le son propias (atención a personas que sufren) puede predisponer a médicos al Desgaste por Empatía (Vidal y Benito, 2012).

Lo que sucede habitualmente en la relación entre los profesionales de la Salud en general y los pacientes, es que el vínculo empático se desarrolla dependiendo de las capacidades naturales de cada profesional, ya que en general, éstos carecen de la formación necesaria para implementarlo, salvo en algunos ámbitos de formación en los cuales se intenta fomentar esta actitud, los cuales son más bien escasos al menos en la Argentina. (Vidal y Benito, 2012).

Que el profesional de la salud sienta lo que el paciente está sintiendo, es fundamental para que dicho paciente se dé cuenta de que es escuchado y comprendido, y por ende valorado como persona digna de ser el centro del interés del profesional-persona que lo está atendiendo.

Pero este momento de aprehensión del vivenciar del otro es un acto incompleto, a menos que el profesional tratante pueda “cortar” el momento emocional para pasar a un momento reflexivo, en el cual rápidamente tendrá que articular la emoción experimentada por él y la sentida por el paciente, con las creencias, pensamientos, ideas, modo de vivir y de ser de ese paciente, separándolas además, de las propias ideas y emociones. Es tarea del profesional realizar un “pasaje” de las vivencias afectivas que le fueron transmitidas por el paciente a su sistema cognitivo, a fin de poder comprender e interpretar el suceso. De este modo podrá transformar la información de la dinámica de la relación, en una

herramienta para comprender la situación. Aquí se evidencian los aspectos cognitivos y afectivos que conforman la empatía.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Descripción del instrumento

En 2007 los autores del IDE, Zamponi, Jesús, Maín, Valeria, Taubert, Liliana, Rondón, Juan Manuel & Viñuela, María Agustina, comenzaron a investigar el fenómeno del SDpE, y la creación de un instrumento para evaluarlo, a través de la obtención de una beca de promoción de la investigación subvencionada por el Departamento de Ciencia y Tecnología de la Universidad Católica de Santa Fe.

La primera etapa de la investigación se centró en la revisión bibliográfica sobre el estado del arte, encontrando escasas investigaciones a nivel internacional y ninguna nacional. Se confeccionó el cuestionario piloto y se procedió a la toma del mismo. La versión preliminar del instrumento, se desarrolló con el propósito de evaluar la percepción del grado de desgaste empático que experimentan los profesionales al asistir a personas que sufren. Se intentó delimitar conceptualmente el constructo partiendo de diversas fuentes (modelo teórico propuesto por Charles Figley, casos clínicos, entrevistas con profesionales de diversas áreas asistenciales), a partir de las cuales se redactaron un total de 40 reactivos que según los autores, guardaban correspondencia con la definición operacional propuesta. Los estímulos fueron escalados según el método Lickert, donde el profesional debía responder con una de cuatro posibles opciones: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Estas afirmaciones fueron sometidas a una evaluación de jueces para cumplir con los criterios de objetividad científica.

Con los 40 ítems se organizó un inventario experimental que se administró a una muestra piloto no aleatoria de 141 profesionales. Los resultados de este primer análisis, mostraron que existía correlación entre las variables originales ya que la prueba de esfericidad de Barlett obtuvo un valor de significación de .000. Por otra parte, el test de adecuación de Kaiser Meyer Olkin mostró un valor de .712, indicando una buena adecuación de la muestra al análisis factorial. Para estudiar el funcionamiento factorial de la escala se utilizó el método de componentes principales y rotación Varimax. Los resultados obtenidos tras estos primeros análisis fueron satisfactorios y permitieron continuar con la administración del instrumento. La muestra definitiva de este estudio quedó conformada por 186 sujetos.

El índice de consistencia interna mediante Alpha de Cronbach fue de 0,77; lo cual indica un nivel de confiabilidad aceptable. El Test de adecuación de la muestra Kaiser Meyer Olkin mostró un valor de 0,694 lo cual muestra que la matriz de datos es factorizable; al igual que el test de esfericidad de Bartlett que obtuvo una significación de .000. Para la extracción de factores se decidió utilizar como criterio el Test de la Pendiente de Catell, que mostró tres dimensiones subyacentes, las cuales explican el 28,38 % de la variancia. Y se consideraron sólo aquellos ítems que presentaban un pesaje igual o superior a 0.30; por tal motivo se eliminaron 5 ítems -Criterio de Stevens-. Al eliminar estos ítems se estudia por tercera vez el índice de consistencia interna de la escala, obteniendo un valor de 0,70. Se analiza nuevamente la estructura factorial y se extraen dos ítems por no cumplir con los requisitos establecidos. Finalmente el instrumento definitivo presenta un Alpha de Crombach de 0,69. Las alternativas de respuesta corresponden a un diseño Lickert de 4 opciones: muy de acuerdo; de acuerdo; en desacuerdo; muy en desacuerdo. El mismo consta de 27 ítems que se agrupan en tres factores: "Involucración Profesional", "Ciudadano Personal" y "Vulnerabilidad".

### **3.1.1. Baremos y perfiles**

Debido a que el instrumento diseñado aun no fue administrado a poblaciones sanas y enfermas para realizar baremos que definan los puntajes límites para perfiles sanos, en peligro y enfermos, se realizó una estimación inicial basada en una curva normal.

En base a la bibliografía consultada para realizar el inventario (Aron 2001; Aiken 2003), se decidió construir cuatro perfiles según el funcionamiento empático del profesional y el riesgo de contraer SDpE. Para lograrlo, se analizaron los valores percentilares de cada factor y del instrumento total correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75, puesto que de esta manera la distribución poblacional queda dividida en 4 segmentos (i.e. 0-25, 25-50, 50-75 y 75-100). En base al puntaje total obtenido, y a la combinación de los puntajes correspondientes a cada factor, el resultado arrojado concuerda con uno de los siguientes perfiles posibles:

- Perfil 1: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer SDpE.

- Perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.
- Perfil 3: Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.
- Perfil 4: Funcionamiento empático disfuncional, con SDpE.

### **3.1.2. Aplicación y corrección del IDE**

Al ser un inventario de autoinforme de aplicación rápida (entre 5/10 minutos), el IDE puede administrarse con fines clínicos, preventivos y de investigación; tanto individual como grupalmente.

En el ámbito clínico, puede ser utilizado como una vía diagnóstica de confirmación/descarte de SDpE, puesto que una correcta interpretación de los resultados por parte del profesional puede facilitar la diferenciación de un cuadro de SDpE con otros de similar sintomatología y/o etiología (e.g. Burnout, Bulling, Moobing, Desorden de Estrés Postraumático Primario y Secundario, etc.).

En el campo de la investigación, puede utilizarse para determinar poblaciones en riesgo según profesión, proximidad geográfica, género, edad, antigüedad laboral, etc. Asimismo, puede destinarse para construir baremos poblacionales específicos.

Dentro de un marco preventivo, la administración del instrumento puede destinarse a evaluar el nivel de funcionamiento empático de profesionales pertenecientes a una misma institución (personal de enfermería hospitalario), a evaluar poblaciones en riesgo, a brindar talleres de prevención, etc.

El procedimiento utilizado para el procesamiento de datos será la tabulación de los mismos en función de las diferentes variables especificadas en el objetivo particular (género, antigüedad del título, carga horaria semanal, edad, especialidad médica y atención en guardia). Estas variables fueron incorporadas al instrumento a fin de recabar información específica concerniente a nuestra población en estudio.

Los datos son arrojados por el IDE, a partir de un puntaje asignado a cada uno de los reactivos, cuya sumatoria parte de la combinación de estos últimos en función del factor que compongan. A partir de los resultados, podremos hacer lectura del tipo de perfil de funcionamiento empático que presentan los sujetos, basándonos en el puntaje total obtenido. Así mismo el puntaje obtenido, será analizado en

función de las variables anteriormente detalladas, pudiendo hipotetizar respecto de la incidencia de las mismas en el tipo de funcionamiento empático.

Los inventarios serán identificables con una clave alfanumérica a título de posibilitar a los interesados el acceso a los resultados del mismo, mientras que los datos recabados se procesaran de manera anónima. En caso de que los participantes requieran mayor información sobre este estudio podrán contactar con las investigadoras principales. Así mismo, se utilizará el mismo medio de comunicación para los interesados en recibir información respecto de los resultados del estudio.

### **3.1.3. Factores intervinientes en la constitución de los perfiles**

Factor 1: Involucración Profesional: (Continuo que evalúa el grado de involucración en la relación paciente/cliente-profesional. El buen desarrollo del trabajo profesional implica un grado razonable de involucración. Tanto el exceso como la falta de involucración perturban la calidad y el resultado del trabajo).

Factor 2: Cuidado personal: (continuo que indica en que medida el profesional cuenta con recursos personales y técnicos de cuidado personal para prevenir o afrontar el desgaste biopsicofísico propio del trabajo de ayuda).

Factor 3: Vulnerabilidad: (continuo entre poco vulnerable a muy vulnerable. Refiere a la medida en que el sujeto se percibe afectado por su trabajo profesional, manifestándose y reconociéndose tanto a nivel físico, psíquico, emocional y de relaciones sociales).

### **3.1.4. Hoja de corrección para ESAPE**

Factor 1: Involucración Profesional

$$\frac{\quad}{*2} + \frac{\quad}{*5} + \frac{\quad}{*9} + \frac{\quad}{*12} + \frac{\quad}{*15} + \frac{\quad}{*18} + \frac{\quad}{*21} + \frac{\quad}{*24} + \frac{\quad}{*26} = \frac{\quad}{9}$$

Factor 2: Cuidado personal

$$\frac{\quad}{1} + \frac{\quad}{6} + \frac{\quad}{8} + \frac{\quad}{*11} + \frac{\quad}{14} + \frac{\quad}{*17} + \frac{\quad}{20} + \frac{\quad}{*23} + \frac{\quad}{*25} + \frac{\quad}{*27} = \frac{\quad}{10}$$

Factor 3: Vulnerabilidad

$$\frac{\quad}{*3} + \frac{\quad}{*4} + \frac{\quad}{*7} + \frac{\quad}{*10} + \frac{\quad}{*13} + \frac{\quad}{*16} + \frac{\quad}{*19} + \frac{\quad}{*22} = \frac{\quad}{8}$$

**\* Se invierten los valores**

### 3.1.5. Configuración de perfiles

Perfil 1: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer SDpE.

Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

a-Que el resultado de la evaluación total sea menor a 20.

b-Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 25. (i.e. Involucración Profesional, menor o igual que 6; Cuidado Personal, menor o igual que 8; y/o Vulnerabilidad, menor o igual a 7).

c-Que ningún factor tenga un puntaje mayor a su percentil 50. O sea, el puntaje del factor Involucración Profesional no debe ser mayor a 12; el del factor Cuidado personal no debe ser mayor a 15; y el del factor Vulnerabilidad no debe ser mayor a 14.

d-En caso de no cumplirse el punto 'b' y/o 'c', por más de que el puntaje total sea inferior a 20, el diagnóstico corresponde al perfil 2 –Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.-

Perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.

Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

- a-Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor 20 y menor que 41.
- b-Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 50 (i.e. Involucración Profesional, menor o igual que 12; Cuidado Personal, menor o igual que 15; y Vulnerabilidad, menor o igual a 14).
- c-Que ningún factor tenga un puntaje mayor a su percentil 75. O sea, el puntaje del factor Involucración Profesional no debe ser mayor a 18; el del factor Cuidado personal no debe ser mayor a 22; y el del factor Vulnerabilidad no debe ser mayor a 23.
- d- En caso de no cumplirse el punto 'b' y/o 'c', por más de que el puntaje total sea un valor entre 21 y 41, el diagnóstico corresponde al perfil 3 –Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.-

Perfil 3: Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.

Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

- a-Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 41 y menor que 61.
- b-Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean mayores al valor correspondiente a su percentil 50 y menores o iguales que el valor de su percentil 75. (i.e. Involucración Profesional, mayor que 12, pero menor o igual que 18; Cuidado Personal, mayor que 15, pero menor o igual a 22; y/o Vulnerabilidad, mayor a 14, pero menor o igual que 23).
- c-Que ningún factor tenga un puntaje menor a su percentil 25. O sea, el puntaje del factor Involucración Profesional no debe ser menor que 6; el del factor Cuidado Personal no debe ser menor que 8; y el del factor Vulnerabilidad no debe ser menor a 7. En caso de que esto no se cumpla, el diagnóstico corresponde al perfil 2 – Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.-
- d-En caso de no cumplirse el punto 'b', por más de que el puntaje total sea un valor entre 41 y 61, el diagnóstico corresponde al perfil 4 –Funcionamiento empático anormal, con SDpE.-

Perfil 4: Funcionamiento empático anormal, con SDpE.

Las condiciones para diagnosticar a este perfil son:

- a-Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 61.
- b-Que el resultado de al menos dos de los tres factores sean mayores al valor correspondiente a su percentil 75 y nunca menores a su percentil 25. (i.e. Involucración Profesional, mayor que 18, pero nunca menor que 6; Cuidado Personal, mayor que 22, pero nunca menor que 8; y/o Vulnerabilidad, mayor a 23, pero nunca menor que 7). Si el puntaje de un factor es menor que el correspondiente a su percentil 25, por más que los valores de los dos restantes sean mayores a su percentil 75, el diagnóstico corresponde al perfil 3 –Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE-.

### **3.2. Descripción de la institución seleccionada**

La población elegida para evaluar la incidencia de dicho Síndrome es el personal hospitalario, concretamente médicos/as, que se desempeñan en el “Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende”, de la ciudad de Mar del Plata. Este es un establecimiento de referencia en la Región Sanitaria VIII, ya que asiste la alta complejidad de 16 partidos de la zona, entre los que se cuentan General Pueyrredón, Mar Chiquita, Tandil, Necochea, Miramar, Maipú, Lobería, Mar de Ajó, San Bernardo, Coronel Vidal, Ayacucho, General Guido, San Clemente, Pinamar, Villa Gesell, Balcarce, General Alvarado y General Madariaga. En este hospital trabajan 1000 profesionales atendiendo a diario a 1200 personas y anualmente a más de 250 mil consultas ambulatorias y 12 mil internaciones. Es el único Hospital de alta complejidad y recibe las derivaciones de toda la región, teniendo la obligación de dar respuesta a cada una de ellas.

#### **3.2.1. Población**

Según los propósitos de la investigación, se tomaran en cuenta todos los integrantes de los servicios de ginecología, cirugía general y clínica médica del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende. Habiendo conversado con algunos de los jefes de los diferentes servicios, obtuvimos la aprobación y el aval de ellos para la realización del estudio. El tipo de muestra que se utilizará será

aleatoria, se tomará parte del Universo. El hospital cuenta con 700 profesionales médicos, de los cuales serán evaluados 90 de ambos sexos en proporciones iguales, correspondientes a las especialidades ya mencionadas. Consideramos que se trata de una muestra representativa.

### 3.3. Procedimiento

En el año 2010, ante el requisito de la realización del trabajo final de grado, comenzamos a pensar la posibilidad de elaborarla en el Area de Psicología Laboral. Para ello, nos acercamos a la Mg. Ana Redondo, proponiéndole realizar un estudio referido a Burn- Out en una población de personal hospitalario. En el encuentro con dicha profesional, nos sugirió comenzar a investigar un nuevo síndrome denominado Síndrome de Desgaste por Empatía. En un primer intento nos acercamos a una institución privada, a fin de poder realizar allí dicha investigación. Sin embargo ante la negativa de ésta y otras instituciones privadas que consultamos, momentáneamente vimos suspendida la búsqueda. Al mismo tiempo, ya habíamos conectado con el Lic. Jesús Zamponi de la Universidad Católica de Santa Fe, quien junto a su grupo de investigación, estaba en plena revisión de un inventario orientado a la evaluación de dicho síndrome.

Al año siguiente comenzamos la gestión en el Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Alende".

En un primer momento nos recibió el Jefe de Docencia e investigación de dicho nosocomio. En dicha reunión, nos explicó los requisitos formales y legales que necesitábamos cumplimentar para poder desarrollar la investigación allí. Los mismos eran:

- la aprobación a través de un dictamen del comité de investigación (ver anexo),
- la aprobación a través de un dictamen del comité de bioética. Para ello confeccionamos un Procedimiento Objetivo Estándar (POE) (ver anexo) pedido por dicho comité. Por ello, participamos de la reunión del comité de bioética donde expusimos los alcances de la investigación, y en donde nos plantearon la necesidad de contar con un consentimiento informado (ver anexo) dado el tipo de investigación, siendo un requisito sine qua non.

- la autorización formal de la Dirección General.

Cumplimentado todos estos requisitos, nos reunimos con quien fuera asignado nuestro investigador local (representante del Hospital), para comenzar a delinear el trabajo de campo. En esa reunión, nos entrevistamos con los correspondientes jefes de servicio donde realizaríamos el relevamiento de datos.

Durante el mes de Julio, concurrimos diariamente al hospital a fin de poder entrevistarnos con los profesionales que participarían voluntariamente de nuestra investigación.

De esta manera, quedamos comprometidas, luego de realizadas las conclusiones, a informar de las mismas al personal de dicho nosocomio.



## 4. RESULTADOS

### 4.1. Totales de la muestra según variables

Sexo	Mujeres	45
	Varones	45
Edad	Hasta 30 años	33
	De 31- 45 años	37
	Mayores de 45 años	20
Antigüedad	De 0-5 años	43
	De 6- 15 años	23
	De 16- 25 años	6
	Más de 26 años	18
Especialidad médica	Clínicos	58
	Cirujanos	18
	Ginecólogos	14
Cantidad de horas de guardia	No hace guardia	35
	1-12 hs. Guardia	2
	12- 24 hs. Guardia	27
	24- 48 hs. Guardia	26
Cargo	Residentes	37
	Jefes	14
	Médico de planta	39

## 4.2. Análisis de datos

### 4.2.1. Tabulación de datos según perfil

Sexo	Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4		Totales
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
	0	10	30	31	14	4	1	0	
	10		61		18		1		90

Edad	Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4		Totales
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Menos de 30	0	2	13	11	7	0	0	0	33
31- 45 años	0	3	12	13	6	2	1	0	37
Mayor de 46 años	0	5	5	7	1	2	0	0	20
	10		61		18		1		90

Antigüedad	Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4		Totales
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
0-5 años	0	5	14	14	8	1	1	0	43
6 - 15 años	0	0	10	8	4	1	0	0	23
16 - 25 años	0	1	1	3	1	0	0	0	6
más de 26 años	0	4	5	6	1	2	0	0	18
	10		61		18		1		90

Especialidad	Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4		Totales
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Clínica	0	8	17	23	7	2	1	0	58
Cirugía	0	1	6	8	2	1	0	0	18
Ginecología	0	1	7	0	5	1	0	0	14
	10		61		18		1		90

Guardias	Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4		Totales
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
No	0	5	13	13	2	3	0	0	36
1- 12 hs	0	0	2	0	0	0	0	0	2
12- 24 hs	0	5	9	6	6	0	0	0	26
24- 48 hs	0	0	6	12	6	1	1	0	26
	10		61		18		1		90

Cargo	Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4		Totales
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Residente/C	0	3	12	13	7	1	1	0	37
Jefes	0	2	4	4	1	3	0	0	14
Médico de Planta	0	5	14	14	6	0	0	0	39
	10		61		18		1		90

#### 4.2.2. Tabulación de datos según los 3 factores IDE

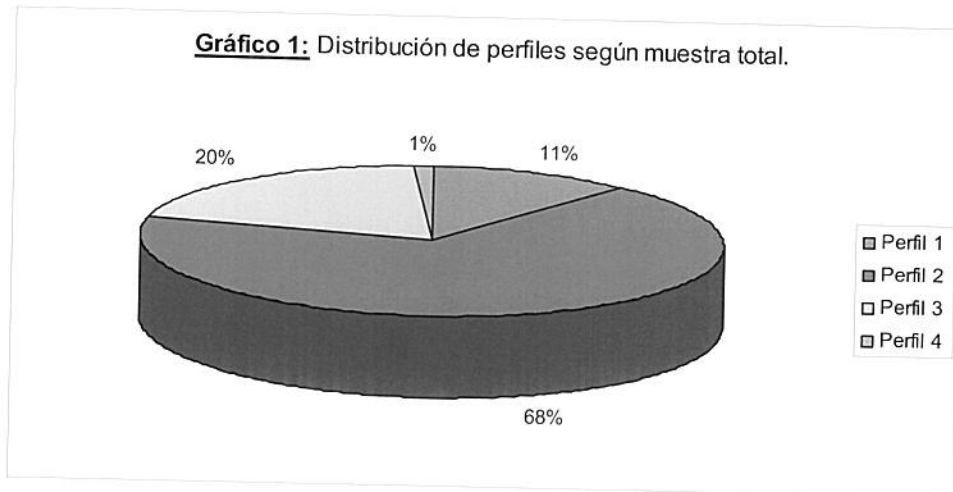
Factores	Perfiles			
	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4
Involucración profesional	0	37	52	1
Cuidado personal	38	41	11	0
Vulnerabilidad	26	56	8	0

#### 4.3. Descripción de la distribución de los perfiles según variables

##### 4.3.1. Distribución de perfiles según muestra total

A partir del procesamiento de los datos obtenidos, pudimos observar que el 68% de los sujetos relevados, se ubican dentro del perfil 2: funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. El 20% de la muestra se encuentra enmarcado en el perfil 3: funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. En un porcentaje inferior, 11%, se encuentran los sujetos que corresponde al perfil 1: funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. En último lugar, con una incidencia del 1% se encuentra el único caso que cuadra dentro del perfil 4: funcionamiento empático disfuncional con Síndrome de Desgaste por Empatía.

Por lo tanto, la mayoría de la muestra relevada (99%) posee un funcionamiento empático normal; siendo sólo el 20%, el que se encuentra en riesgo de contraer dicho síndrome.

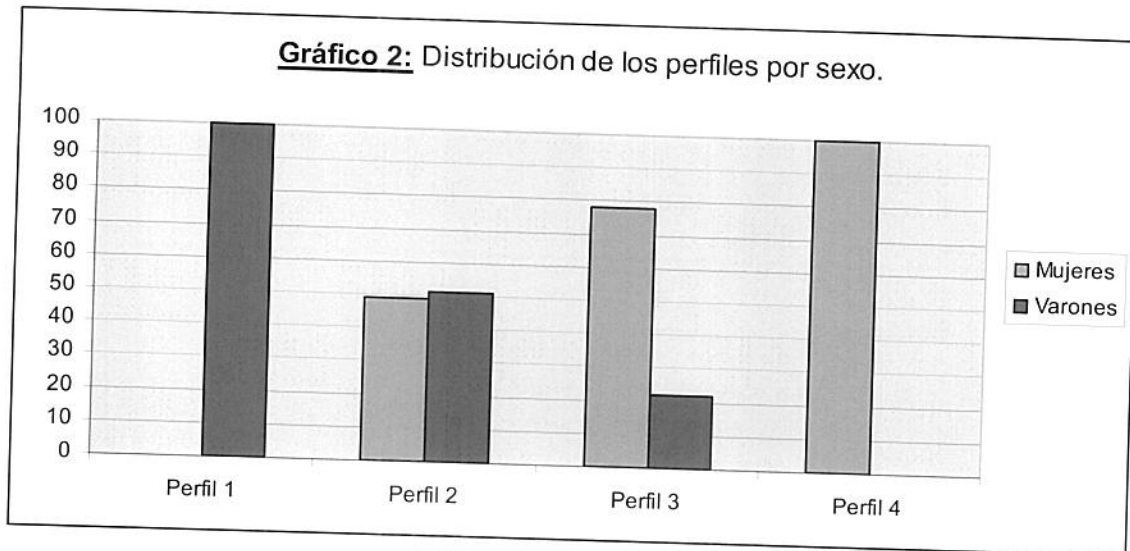


#### 4.3.2. Distribución de los perfiles por sexo

Con respecto a la variable sexo, encontramos que dentro del perfil 1 hay una composición exclusiva de varones, a diferencia del perfil 2, en donde la distribución respecto de esta variable fue equitativa (49% mujeres, 51% varones). En el perfil 3, hallamos en la muestra, un amplio predominio del sexo femenino (78% mujeres, 22% varones). Y por último, el único caso que cuadra en el perfil 4, corresponde a una mujer.

De lo anteriormente descripto, podemos ver una clara diferencia entre varones y mujeres:

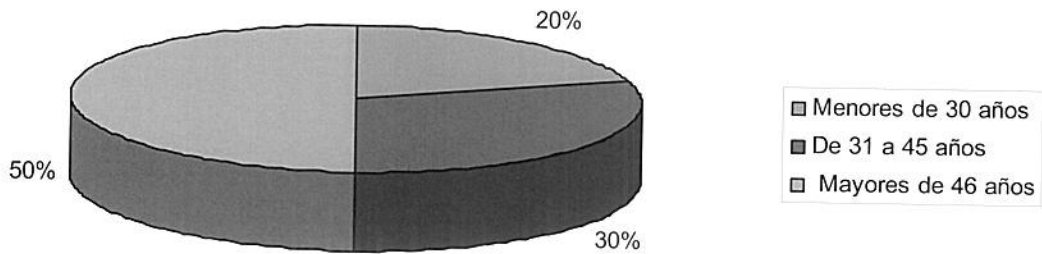
- en lo que respecta al riesgo de contraer dicho Síndrome (mayor porcentaje de mujeres en el perfil 3).
- en la ausencia que se observa dentro del perfil 1 de mujeres, y dentro del perfil 4 de varones.



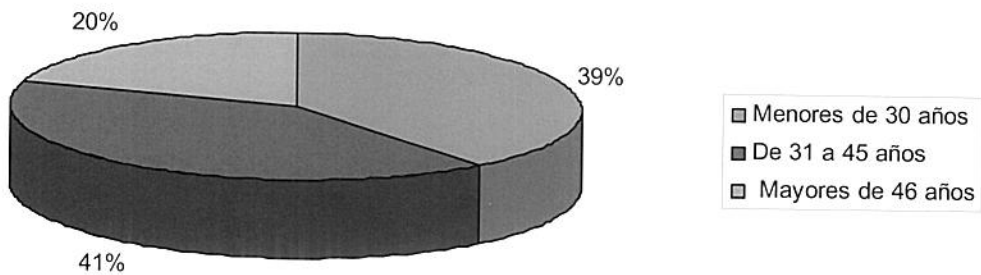
#### 4.3.3. Distribución de perfiles según rango de edad

Observando la distribución total de los perfiles según el rango de edad de los participantes, podemos ver que a medida que avanzamos en la graduación de los perfiles, disminuye el rango de edad de los que componen dichos perfiles. Es decir que en los menores de 30 años, la mayor cantidad de casos está entre el perfil 2 y 3; en las personas cuyo rango de edad es de 31- 45 años, se observa un leve aumento del número de casos incluidos a medida que aumentan los perfiles, perteneciendo a este rango de edad el único caso que se encuentra dentro del perfil 4. Mientras que para los mayores de 46 años, la tendencia es opuesta: la mitad de los sujetos que componen el perfil 1 se encuentran dentro de este rango, y se observa en los perfiles 2 y 3 una marcada disminución de casos en relación al perfil 1.

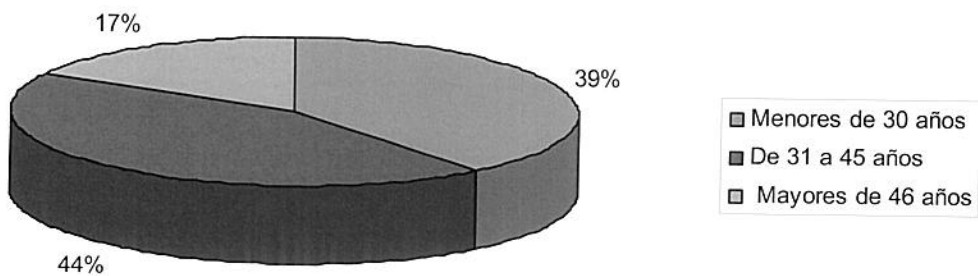
**Gráfico 3:** Distribución del perfil 1 según rango de edad.

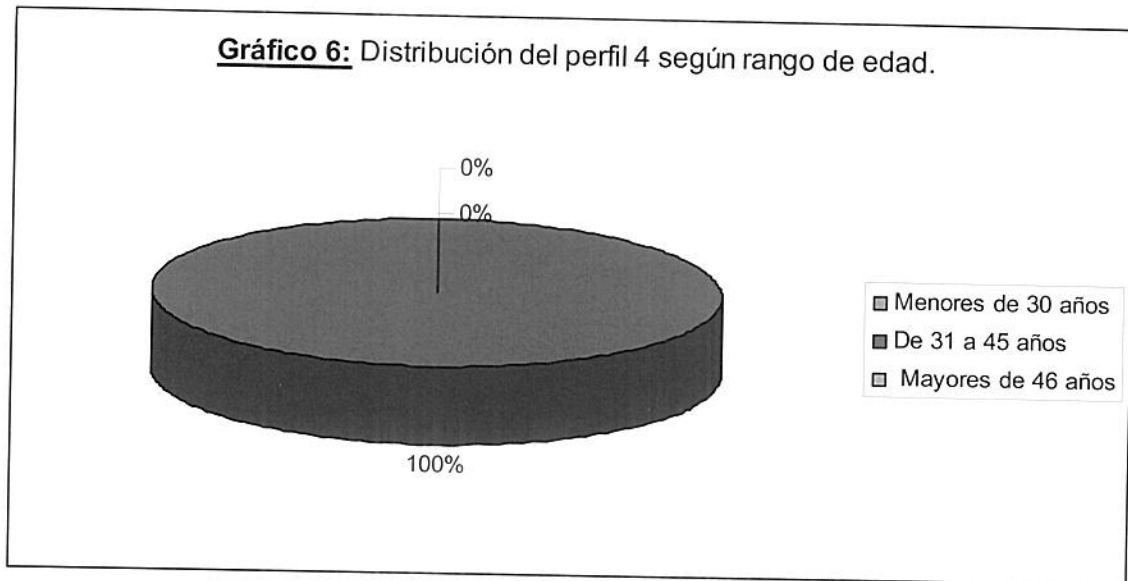


**Gráfico 4:** Distribución del perfil 2 según rango de edad.



**Gráfico 5:** Distribución del perfil 3 según rango de edad.



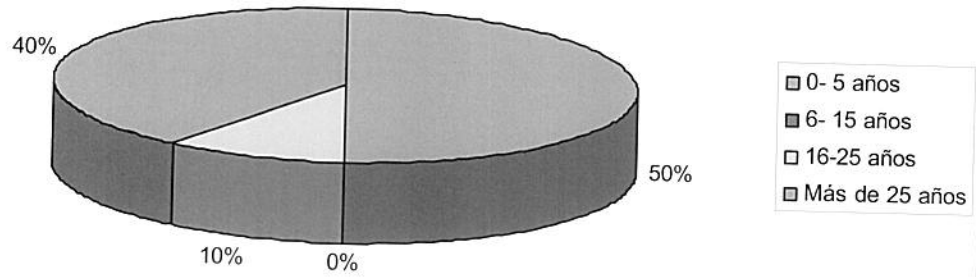


#### 4.3.4. Distribución de los perfiles según antigüedad laboral

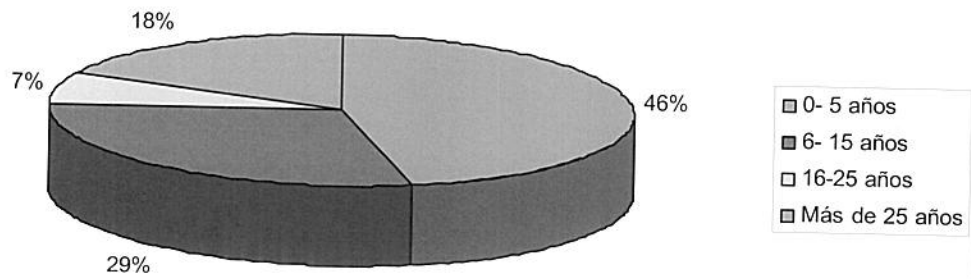
Según la variable antigüedad laboral, podemos destacar que el 50% del perfil 1 está compuesto por personas que poseen una antigüedad de 0-5 años. Esta tendencia se sostiene a través de los perfiles 2 y 3 respecto de este rango de edad. Así mismo, a este pertenece el único caso que cuadra dentro del perfil 4. Respecto al rango de 6-15 años de antigüedad laboral, vemos que está ausente en el perfil 1, aunque en los perfiles 2 y 3 su distribución es proporcional en ambas. Para el rango de antigüedad laboral de 16-25 años, observamos que se mantiene la proporción en los perfiles 1, 2 y 3. Esto se repite para la franja de más de 25 años de antigüedad.

Por lo tanto podemos decir que no vemos variaciones significativas, comparándolo con la cantidad de sujetos concretos que conforman cada rango de antigüedad.

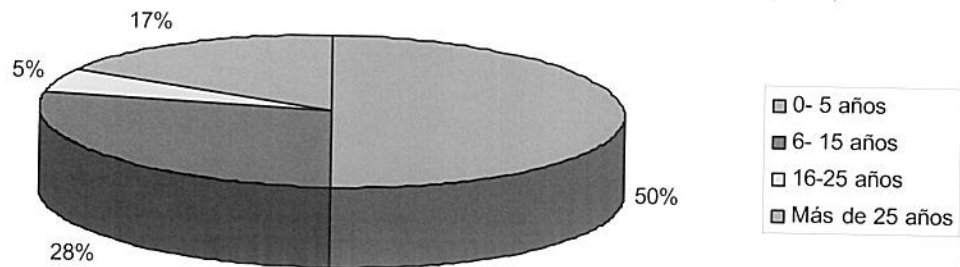
**Gráfico 7:** Distribución del perfil 1 según antigüedad laboral.



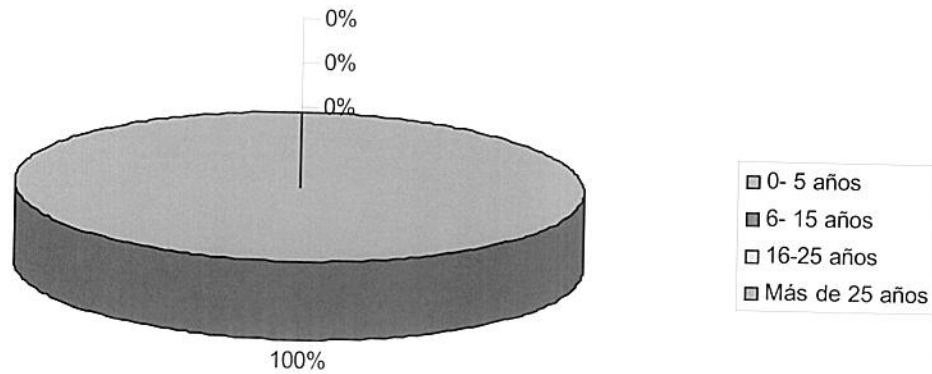
**Gráfico 8:** Distribución del perfil 2 según antigüedad laboral.



**Gráfico 9:** Distribución del perfil 3 según antigüedad laboral.



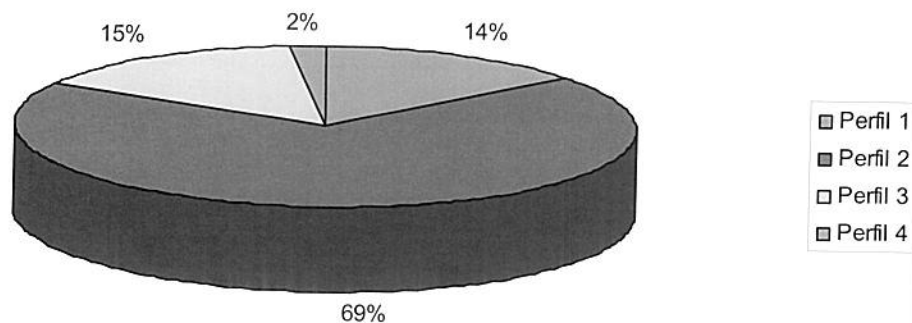
**Gráfico 10:** Distribución del perfil 4 según antigüedad laboral.



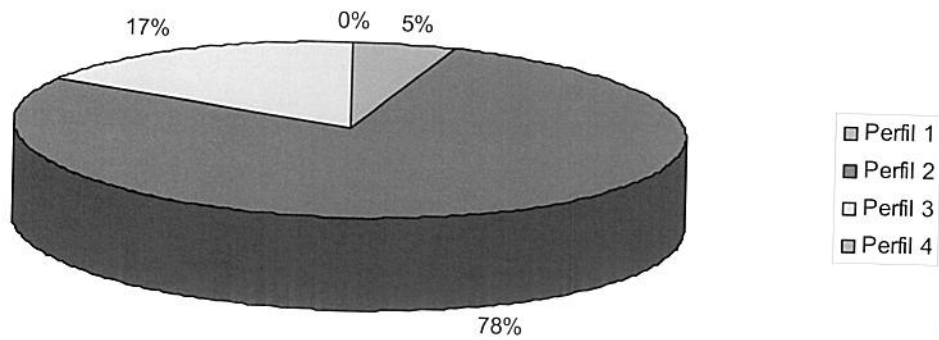
#### 4.3.5. Distribución según especialidad médica

Podemos describir que en la especialidad Clínica Médica más de la mitad de ésta muestra se encuentra ubicado dentro del perfil 2. Además, como dato a destacar, vemos que el único caso que compone el perfil 4, pertenece a dicha especialidad. El perfil 2 predomina en las tres especialidades. Con lo dicho anteriormente, podemos afirmar que prácticamente las tres cuartas partes de la muestra, poseen un funcionamiento empático de óptimo a normal, sin riesgo de contraer SDpE. Sin embargo, a partir de la observación del gráfico 13, vemos que el 43% de los ginecólogos se encuentra dentro de un funcionamiento empático normal, pero con riesgo de contraer SdPE.

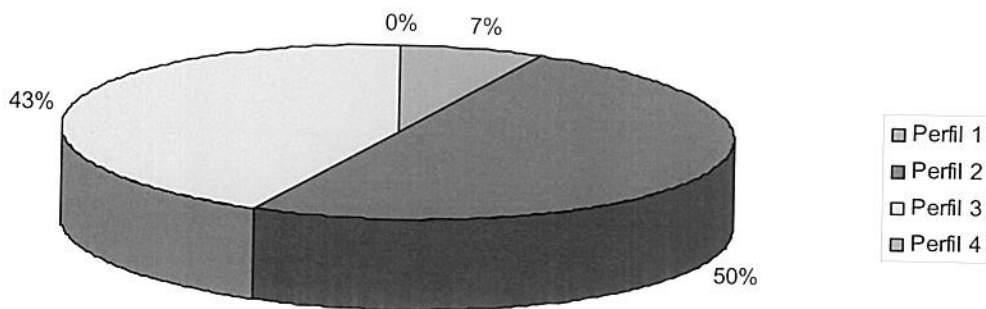
**Gráfico 11:** Distribución de especialidad Clínica Médica según perfiles.



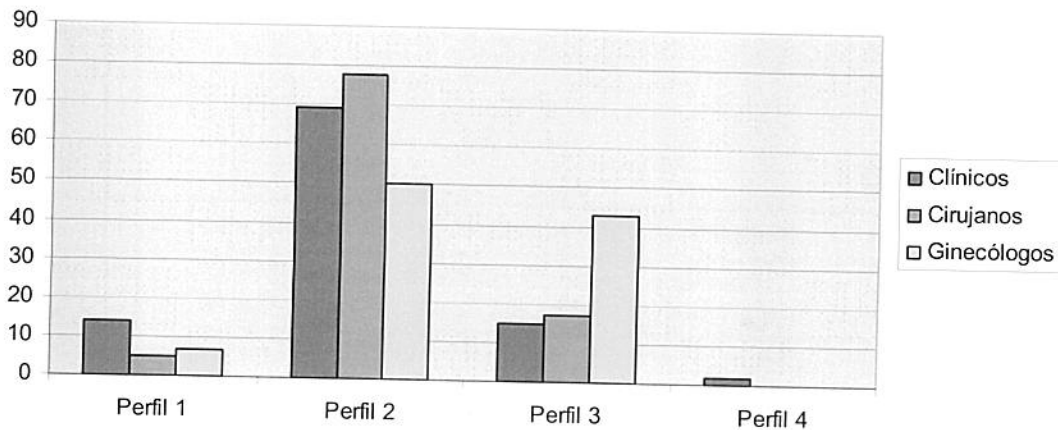
**Gráfico 12:** Distribución de especialidad Cirugía según perfiles.



**Gráfico 13:** Distribución de especialidad Ginecología según perfiles.



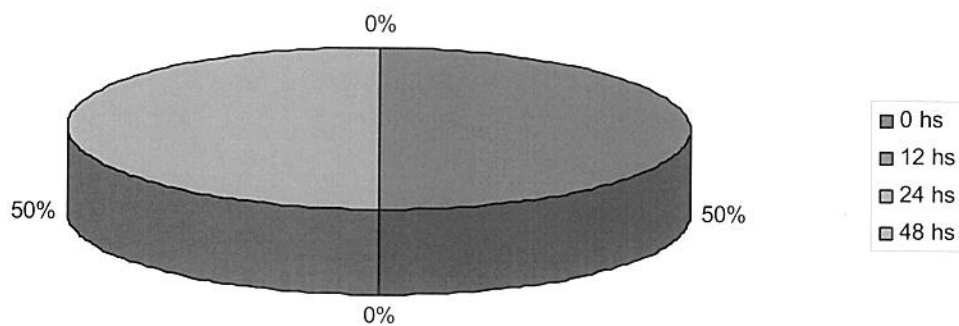
**Gráfico 14:** Distribución de especialidades médicas según perfiles.



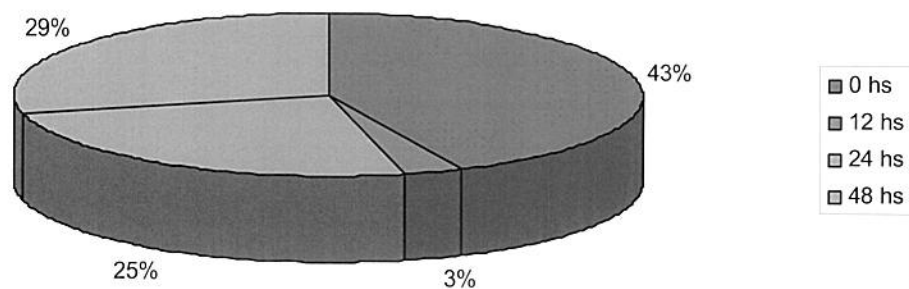
#### 4.3.6. Distribución de perfiles según cantidad de horas de guardia

Observando la serie de gráficos, podemos decir como dato significativo que no encontramos sujetos que realicen guardias de 48 hs. y se encuentren en el perfil 1. En el perfil 2 y 3, los rangos de guardias de 0, 24 y 48 hs. se distribuyen proporcionalmente. Mientras que el caso perteneciente al perfil 4, realiza guardias de 48 hs.

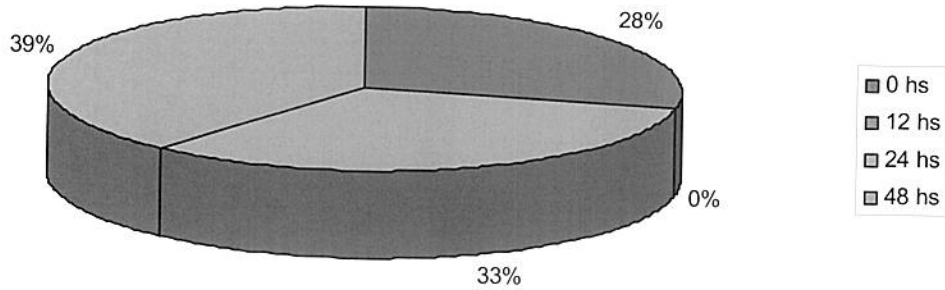
**Gráfico 15:** Distribución del perfil 1 según cantidad de horas de guardia.



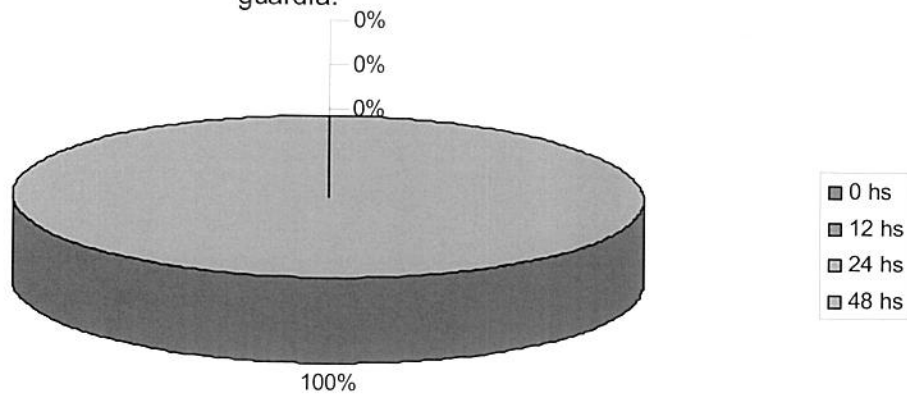
**Gráfico 16:** Distribución del perfil 2 según cantidad de horas de guardia.



**Gráfico 17:** Distribución del perfil 3 según cantidad de horas de guardia.



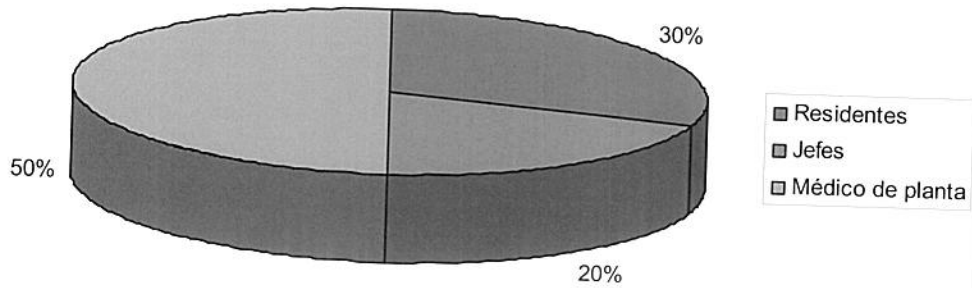
**Gráfico 18:** Distribución del perfil 4 según cantidad de horas de guardia.



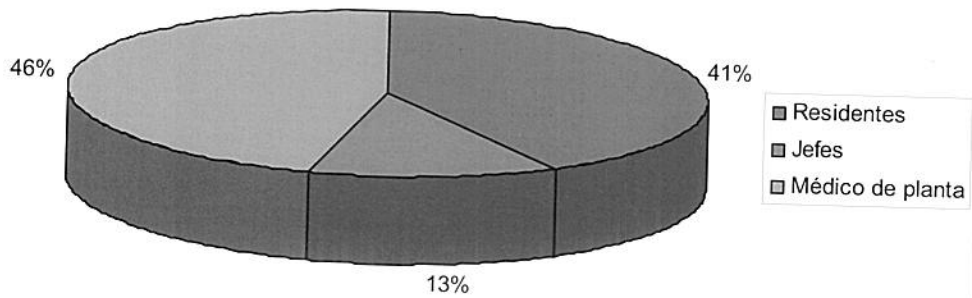
#### 4.3.7. Distribución de perfiles según cargo

Comparando la serie de gráficos con la cantidad de personas que componen la muestra, vemos que la composición es proporcional en los perfiles 1, 2 y 3; pudiendo encontrar un leve aumento del número de residentes que se ubica en el perfil 3, correspondiendo también el único caso del perfil 4, a esta categoría.

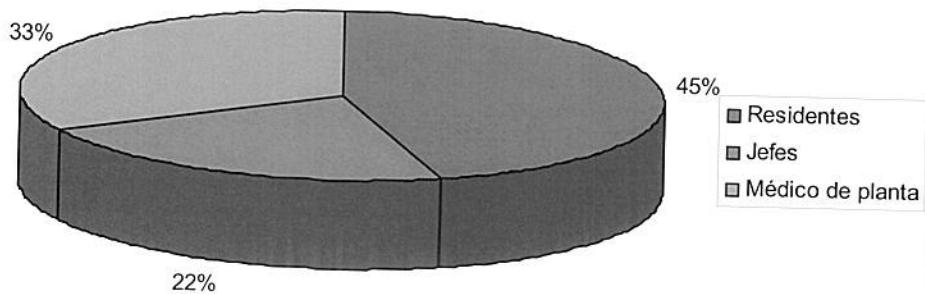
**Gráfico 19:** Distribución del perfil 1 según cargo.



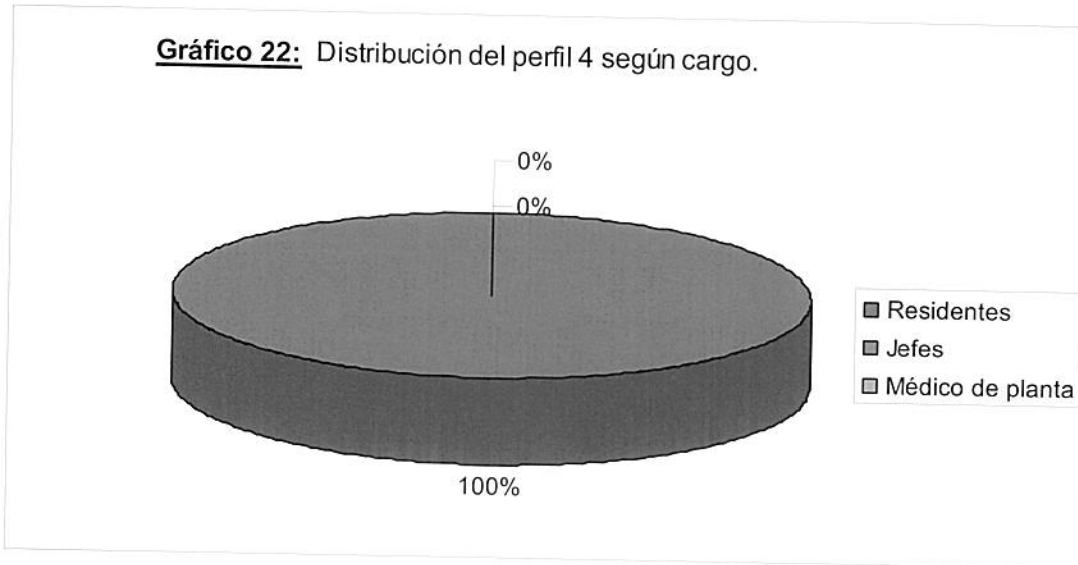
**Gráfico 20:** Distribución del perfil 2 según cargo.



**Gráfico 21:** Distribución del perfil 3 según cargo.



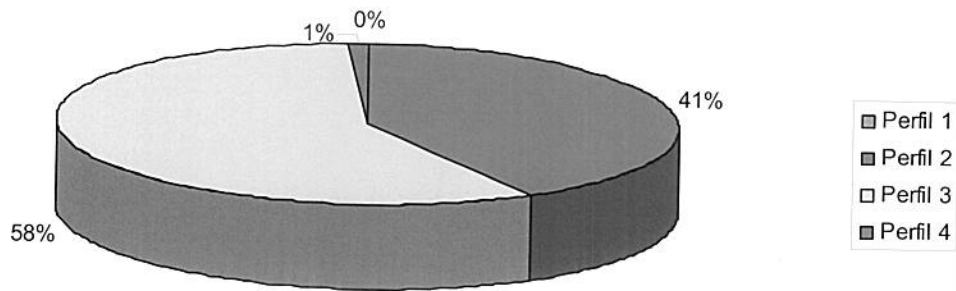
**Gráfico 22:** Distribución del perfil 4 según cargo.



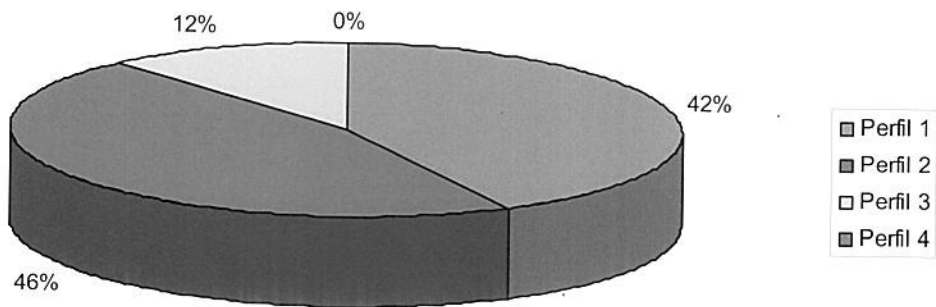
#### 4.3.8. Distribución de perfiles según factores del IDE

El análisis por factores arroja resultados significativos en relación a la distribución de la muestra obtenida según los perfiles. Podemos decir que si bien el 11% de la muestra total se encuentra dentro del perfil 1, el factor involucración profesional se encuentra ausente en este perfil. Sin embargo, se observa que el 58% de los casos de este factor se encuentra presente dentro del perfil 3: funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer SdDpE; cuando en el total de la muestra este perfil sólo representa el 20%. Por lo tanto podemos decir que el factor de involucración profesional representa, en la mayor parte de los casos, el aspecto más débil de los profesionales. Por el contrario, los factores cuidado personal y vulnerabilidad se constituyen como los recursos disponibles que le permiten defenderse a estos profesionales de verse más afectados por el SDpE.

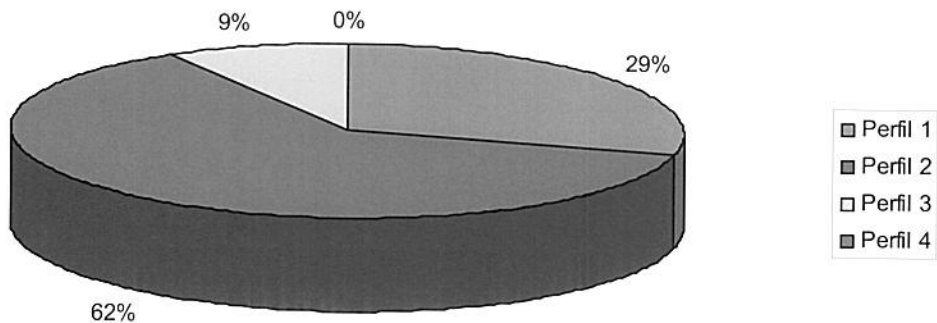
**Gráfico 23:** Distribución de perfiles según factor Involucración profesional.

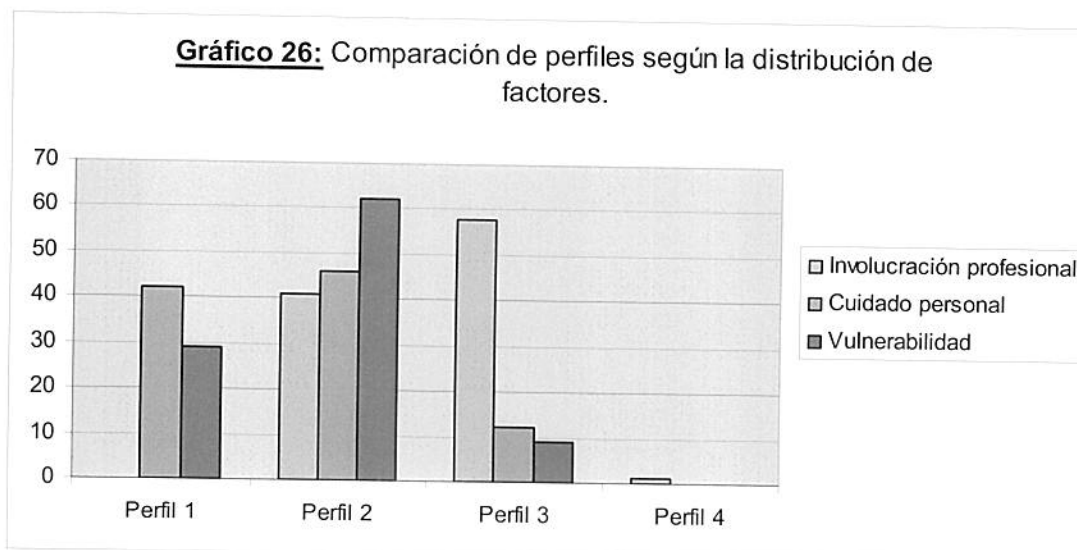


**Gráfico 24:** Distribución de perfiles según factor Cuidado Personal.



**Gráfico 25:** Distribución de perfiles según factor Vulnerabilidad.





#### 4.4. Interpretación de los datos

A partir de las reuniones preliminares con los referentes de Bioética y lo conversado con los jefes de cada servicio, pudimos arrojar la hipótesis inicial de que un porcentaje significativo de médicos se vería afectado por el síndrome en estudio. Esta hipótesis surgió de lo dicho por los actores previamente mencionados (expresiones de malestar por las condiciones de trabajo, el contexto de violencia urbana, la sobrecarga laboral, la falta de recursos, condiciones de infraestructura deficitarias, situaciones de agresión proveniente de los pacientes, etc.) A medida que avanzábamos en la toma de las encuestas ésta hipótesis en muchos casos se reforzaba, ya que también los profesionales encuestados manifestaban cierto malestar en torno a las condiciones de trabajo. En otras entrevistas presenciamos manifestaciones de otro tipo, totalmente opuestas a las afirmaciones del instrumento, tales como: *“Esto no nos pasa”*; *“Yo ni llego a escuchar los problemas de los pacientes”*; *“Esto les pasa a los clínicos, que sí hablan con los pacientes”*; *“Te vas de acá y te olvidas de todo”*. Según los resultados obtenidos por el IDE, estas afirmaciones no se asociaban al padecimiento del Síndrome de Desgaste por Empatía, ya que la mayoría de la muestra relevada poseía un funcionamiento empático normal (99%); siendo sólo el 20%, el que se encontraba en riesgo de contraer dicho síndrome.

Debido a esto, nos planteamos el desafío de poder entender los resultados de nuestro trabajo a la luz de los discursos recogidos provenientes de los diversos

actores y a nuestra vivencia allí. Para ello, acudimos a una segunda lectura que nos permitía el instrumento: la clasificación por perfiles de los factores que componen el concepto de empatía.

Al analizar estos factores pudimos ver un alto porcentaje del factor involucración profesional (58%) en el perfil 3 (funcionamiento empático normal con riesgo de contraer SDpE), y ninguno en el perfil 1 (cuando en el total de la muestra hay un 11 % de sujetos en este perfil). Este factor representa la dimensión que evalúa el grado de involucración en la relación paciente-profesional. El buen desarrollo del trabajo profesional implica un grado razonable de involucración. Según nuestra lectura de la situación podemos asociar este factor no sólo a la relación paciente-profesional, sino a todas las variables intervinientes en el actuar profesional. Dada la complejidad de la institución donde realizamos el estudio, no podemos desconocer la relevancia de los múltiples atravesamientos de la labor profesional. Por eso, creemos en congruencia con los dichos de los médicos, que en este factor se manifestaría el malestar, y que los resultados obtenidos a partir del inventario así lo expresan.

Nuestra siguiente hipótesis intentará explicar el por qué del resultado negativo de la incidencia de SDpE, aún cuando el factor involucración profesional resultó tan elevado. Aquí tiene relevancia la intervención de los dos factores restantes: cuidado personal y vulnerabilidad. El primero refiere a la dimensión que indica en que medida el profesional cuenta con recursos personales y técnicos de cuidado personal para prevenir o afrontar el desgaste biopsicofísico propio del trabajo de ayuda. Vulnerabilidad es la otra dimensión, evalúa el grado de vulnerabilidad que se activa en el trabajo profesional y refiere a la medida en que el sujeto se percibe afectado por su trabajo profesional, manifestándose y reconociéndose tanto a nivel físico, psíquico, emocional y de relaciones sociales.

Los resultados arrojados por ambos factores se ubican aproximadamente en un 90% en los perfiles 1 y 2 (funcionamiento empático óptimo a normal, sin riesgo de contraer SDpE). Estos factores podrían estar contrarrestando la incidencia del factor involucración profesional ya que como resultado final la muestra no se ve afectada por el Síndrome en estudio. Por lo tanto podemos decir que el factor de involucración profesional representa, en la mayor parte de los casos, el aspecto más débil de los profesionales. Por el contrario, los factores cuidado personal y

vulnerabilidad se constituyen como los recursos disponibles en los sujetos que les permiten defenderse de ser afectados por el SDpE.

De estos factores podemos decir que, por un lado los médicos poseen las herramientas eficaces para su cuidado personal; pero por otro lado, el factor involucración profesional que en un 58% cuadra dentro del perfil 3, sería el factor más comprometido en lo que respecta a la capacidad empática, pudiendo perturbar la calidad y el resultado del trabajo.

Del objetivo general propuesto en esta investigación podemos decir que el 68% de los sujetos relevados, se ubican dentro del perfil 2: funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. El 20% de la muestra se encuentra enmarcado en el perfil 3: funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. En un porcentaje inferior, 11%, se encuentran los sujetos que corresponde al perfil 1: funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. En último lugar, con una incidencia del 1% se encuentra el único caso que cuadra dentro del perfil 4: funcionamiento empático disfuncional con Síndrome de Desgaste por Empatía. Por lo tanto, la mayoría de la muestra relevada (99%) posee un funcionamiento empático normal; siendo sólo el 20%, el que se encuentra en riesgo de contraer dicho síndrome.

Del objetivo particular “explorar la incidencia del Síndrome según: género, edad antigüedad del título, especialidad médica y atención en guardia”; podemos decir:

- En lo que respecta al riesgo de contraer dicho síndrome según el género del profesional, encontramos mayor porcentaje de mujeres en el perfil 3, y ausencia dentro del perfil 1. Según nuestro marco teórico asociamos este resultado a la mayor proclividad de conductas empáticas en mujeres que en varones.
- Respecto de la distribución de los perfiles según la edad, no hay variaciones significativas ya que la distribución es proporcional en cada perfil.
- En relación a la antigüedad laboral no vemos variaciones significativas, comparándolo con la cantidad de sujetos concretos que conforman cada rango de antigüedad.

- En la distribución de los perfiles según especialidad médica, observamos que tanto la especialidad clínica médica y cirugía mantienen una distribución similar entre los perfiles 1,2 y 3, con un mayor porcentaje para 1 y 2, y un menor porcentaje para el perfil 3. En cambio, para la especialidad ginecológica, detectamos un porcentaje significativo en lo que respecta al perfil 3: funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer SDpE. Una posible explicación para esto sería que la gran mayoría de la muestra de esta especialidad está compuesta por mujeres (86%), remitiéndolo a la hipótesis en relación al género.
- Respecto de la distribución de los perfiles según la cantidad de horas de guardia, no hay variaciones significativas.
- Todos estos resultados se refieren a los perfiles 1, 2 y 3. Para el perfil 4 si bien cada porcentaje de las variables es del 100%, no es significativo por la razón de que está representado por un solo sujeto.

## 5. CONCLUSIÓN

Dado que el presente trabajo tenía como objetivo general reconocer y evaluar la incidencia del Síndrome de Desgaste por Empatía en la población elegida podemos afirmar la ausencia de dicho síndrome en la población estudiada.

Así mismo, en referencia al objetivo particular según el cual se buscaba explorar la incidencia del Síndrome según: género, antigüedad del título, edad, especialidad médica y atención en guardia, encontramos:

- En lo que respecta al riesgo de contraer dicho síndrome según el género del profesional, encontramos mayor porcentaje de mujeres en el perfil 3, y ausencia dentro del perfil 1.
- Respecto de la distribución de los perfiles según la edad, no hay variaciones significativas ya que la distribución es proporcional en cada perfil.
- En relación a la antigüedad laboral no vemos variaciones significativas, comparándolo con la cantidad de sujetos concretos que conforman cada rango de antigüedad.
- En la distribución de los perfiles según especialidad médica, observamos que tanto la especialidad clínica médica y cirugía mantienen una distribución similar entre los perfiles 1,2 y 3, con un mayor porcentaje para 1 y 2, y un menor porcentaje para el perfil 3. En cambio, para la especialidad ginecológica, detectamos un porcentaje significativo en lo que respecta al perfil 3: funcionamiento empático normal, con riesgo de contraer SDpE. Respecto de la distribución de los perfiles según la cantidad de horas de guardia, no hay variaciones significativas.
- Todos estos resultados se refieren a los perfiles 1, 2 y 3. Para el perfil 4 si bien cada porcentaje de las variables es del 100%, no es significativo por la razón de que está representado por un solo sujeto.

Del análisis de los factores que componen el SdPE, (vulnerabilidad, cuidado personal e involucración profesional) podemos decir que, por un lado los médicos poseerían las herramientas eficaces para su cuidado personal; pero por otro lado, su capacidad empática estaría comprometida por el resultado elevado en el factor involucración profesional, pudiendo perturbar la calidad y el resultado del trabajo.

## 6. COMENTARIOS SOBRE NUESTRA EXPERIENCIA

Es nuestra intención poder comentar en este apartado la experiencia que significó para nosotras la realización de este trabajo con todos los avatares que hemos tenido que afrontar, superar y aprender.

En primera instancia queremos rescatar la experiencia que fue para nosotras insertarnos en una institución de renombre y de magnitud como es el Hospital Interzonal de Agudos Dr. Alende. El paso por ella fue enriquecedor ya que nos permitió vivenciar el trabajo que allí se lleva a cabo, con sujetos que se encuentran en un estado de vulnerabilidad. Así mismo, esto nos permitió en cierta medida, el despliegue de nuestro rol profesional en lo que hace a posicionarnos en situación de observación y de escucha ante los emergentes de la situación.

Como investigadoras, aprendimos los pasos que son necesarios transitar para un abordaje científico y ético de la problemática que nos proponíamos estudiar (requisitos del comité de investigación y del comité de bioética, exposición teórica de los lineamientos generales del proyecto ante los mismos, entrevistas previas con los referentes de cada sector). En referencia al investigador local que nos fue asignado, queremos resaltar su dedicación e interés ante la temática y ante la evacuación de nuestras inquietudes.

En alusión al momento de procesar los datos, pudimos contar con las sugerencias y apreciaciones de nuestra directora de tesis y del autor del instrumento aplicado, quienes saciaron nuestras dudas e inquietudes que nos iban surgiendo a medida que avanzábamos en la investigación.

Nuestra experiencia a la hora de aplicar el instrumento fue buena, pudiendo generar un feedback con los profesionales, en un clima ameno de intercambio de opiniones y de posicionamientos teóricos.

Como grupo de trabajo pudimos acoplar nuestro entusiasmo, intereses y afán de logro, conciliando las diferentes opiniones respecto de las vivencias que íbamos transitando. Además, con las concepciones y miradas teóricas que cada una iba aportando pudimos enriquecernos mutuamente y arribar a un trabajo que superó nuestras expectativas iniciales.

Como interrogante nos planteamos qué tipo de intervención podríamos llevar a cabo como psicólogas respecto a los profesionales médicos de dicha institución. Pensamos en dispositivos grupales para que en las condiciones en las que su trabajo se desenvuelve, puedan desarrollar recursos que les permitan transitar su labor profesional con un grado menor de malestar y lograr un desempeño óptimo de sus habilidades.

Finalmente nos queda agradecer a todos aquellos que con sus aportes nos ayudaron a darle existencia a este trabajo de investigación.



## 7. BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. (2003). Test psicológico. Madrid: Prentice Hall.
- Aron A. & Aron E. (2001). Estadística para psicología. Madrid: Prentice Hall.
- DMS IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Eisenberg, N & Strayer, J comps (1987). La empatía y su desarrollo. Editorial Desclée de Broker.
- Eisenberg, Carlo, Murphy & Van Court (1995). Prosocial development in late in adolescence: a longitudinal study. Child development 66.
- Eisenberg, Nancy (1995). Social Development. United States. Sage Publications.
- Eisenberg, N., Zou, Q. & Koller, S. (2001). Brazilian Adolescents' Prosocial Moral Judgment and Behavior: Relations to Sympathy, Perspective Taking, Gender – Role Orientation, and Demographic Characteristics. Child Development, 72, 518-534.
- Feshbach, N. (1978). Studies of empathic behavior in children. In progress in experimental personality research. New York: Academic press.
- Figley, Charles (1995). Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized. BR NY and London.
- Figley, Charles (2002). Treating Compassion Fatigue. Routledge.
- Goleman, Daniel (2000). La Inteligencia Emocional. Editorial Vergara.
- González, Calvo, Benavides & Casullo (1998). Evaluación de la conducta social: un estudio comparativo entre adolescentes argentinos y españoles. Ponencia presentada en la sexta conferencia internacional: Evaluación psicológica: formas y contextos. Salamanca. Universidad de Salamanca.
- Hoffman, M.L. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg (Ed.), Development of Prosocial Behavior, (281-313). New York: Academic Press.

- Hoffman, M.L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47-80). New York: Cambridge University Press.
- Holmgren, R., Eisenberg, N. & Fabes, R. (1998). The Relations of Children's Situational Empathy related Emotions to Dispositional Prosocial Behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 169-193.
- Karniol, R (1982). Behavioral and cognitive correlatives of various immanent justicia responses in children: deterrent punitive moral systems. *Journal of personality and social psychology*.
- Lara M. A. (1990). Estereotipos sexuales en una población rural mestiza de México. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Maslow, A. (1982). *Las necesidades humanas y la motivación en el trabajo*. Madrid. Editorial Díaz de Santos.
- Pines, A. & Aronson, E (1988). *Carrer Burn- Out: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Pfifferling, John Henry & Gilley, Kay (2000). Overcoming Compassion Fatigue. *Family Practice Management*, Vol. 7 Issue 4, p39, 6p, 1 chart.
- Redondo, A. (2008). Psicopatología laboral: Burn-Out. XII Congreso nacional de Psicodiagnóstico. XIX Jornadas Nacionales de ADEIP. La Plata. Argentina.
- Rey, César (2003). La medición de la empatía en preadolescentes y adolescentes varones: adaptación y validación de una escala. Universidad Católica de Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Sánchez-Queija, Inmaculada; Oliva, Alfredo & Parra, Águeda (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Universidad de Sevilla.
- Schlemenson, Aldo (1988). *Análisis Organizacional y empresa unipersonal*. 1º Parte. Editorial Paidós.
- Schlemenson, Aldo (2002). *La Estrategia del talento*. Capítulo.5: La capacidad Individual. Argentina. Editorial Paidós.

- Tomkins, S (1981). The kuest for primary motives. Biography and autobiography of and idea. En Journal of personality and social psychology.
- Tonon, Graciela (2004). Calidad de vida y desgaste profesional. Espacio Editorial.
- Underwood, B. & Moore, B. (1982). Perspective-taking and altruism. Psychological Bulletin, 91, 143-173.
- Vidal y Benito, María del Carmen (2010). La Relación Médico Paciente: bases para una comunicación a medida. Buenos Aires. Argentina. Editorial Polemos.
- Vidal y Benito, María del Carmen (2012). La Empatía en la Consulta. En prensa. Buenos Aires. Argentina. Editorial Polemos.
- Wispé, Lauren (1991). La Psicología de la simpatía. Nueva York. Estados Unidos. Editorial Elliot Aronson.
- Zamponi, Jesús, Maín, Valeria, Taubert, Liliana, Rondón, Juan Manuel & Viñuela, María Agustina (2009). IDE: Inventario de Síndrome de Desgaste por Empatía. Universidad Católica de Santa Fe.

**ANEXO**

# INVETARIO DE DESGASTE POR EMPATIA IDE

ZAMPONI, VIÑUELA, RONDON, TAUBER, MAIN

Edad: .....

Sexo: .....

Profesión:.....

Antigüedad en la profesión: .....

Carga horaria semanal: .....

Especialidad Médica:.....

Guardias: 0 / 12 / 24 / 48 horas semanales

Cargo que ejerce en el servicio: Residente/ Concurrente/ Jefe de servicio/ Jefe de unidad/ Médico de Planta/ Jefe de residente

El cansancio natural que surge de la actividad profesional puede derivar de diversos factores: cantidad de horas trabajadas, el lugar físico en el que se trabaja y la relación con los pares y auxiliares. El desempeño profesional también requiere de la habilidad para entender y ayudar a los pacientes. A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con este aspecto del trabajo profesional.

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

0 = muy de acuerdo

1 = de acuerdo

2 = desacuerdo

3 = muy en desacuerdo

Se garantiza total confidencialidad de los datos proporcionados.

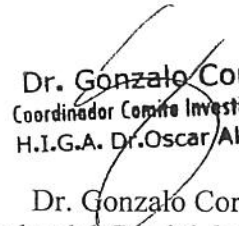
Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

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

Mar del Plata 15 de Mayo de 2012

Bravo, Maria Jose  
D'Alessandro Vanina  
Ferro Maria  
S / D

Por medio de la presente se presta autorización para la realización de la investigación "Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata-Argentina: Estudio exploratorio en una población de personal profesional medico".

  
Dr. Gonzalo Corral  
Coordinador Comité Investigación  
H.I.G.A. Dr. Oscar Alende

Dr. Gonzalo Corral  
Coordinador del Comité de Investigación  
HIGA Oscar Alende





Hospital Interzonal Especializado Materno-Infantil "Victorio  
Tetamanti"  
Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"  
Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires; Argentina

**PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (III)  
COMITÉ DE BIOÉTICA HIEMI-HIGA**

**INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE  
INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** "Síndrome de desgaste por empatía".

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (acróstico):** No.

**PATROCINANTE:** No

**SERVICIO SOLICITANTE:** Servicio de Docencia e Investigación.

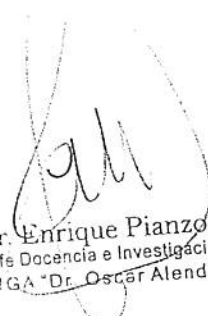
**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN SEDE DE LA INVESTIGACIÓN:** Hospital  
Interzonal General de Agudos Oscar Alende, Mar del Plata.

**DOCUMENTOS ANALIZADOS:** Protocolo de Investigación; Formulario de  
Consentimiento Informado; Hoja de Información al Paciente.

**FECHA Y LUGAR DE LA DECISIÓN:** Mar del Plata, 13 de junio de 2012.

**DECLARACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA:** Se aprueba el Protocolo de  
investigación.

**FECHA Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL CB HIEMI-HIGA:**

  
Dr. Enrique Pianzola  
Jefe Docencia e Investigación  
HIEMI-HIGA "Dr. Oscar Alende"

COMITÉ DE BIOÉTICA  
HIEMI-HIGA  
Mar del Plata, Argentina

## PUNTO B: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

### 1.- TITULO DEL PROYECTO “Síndrome de Desgaste por Empatía en

Mar del Plata- Argentina: Estudio exploratorio en una población de personal profesional médico”.

### 2.- LUGAR DE REALIZACIÓN

Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende

### 3.- AUTORIDAD RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN:

Dra. Susana Gómez.

### 4.- INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Bravo, María José

D'Alessandro Vanina

Ferro, María

### 6.- RESUMEN: *Síntesis de: Introducción, Objetivos, Material y métodos, Aspectos éticos del proyecto.*

La empatía es la capacidad innata de percibir y sentir los estados emocionales y psicológicos de las otras personas. (Figley, 1995). Para el profesional que trabaja diariamente con personas que sufren, esta disposición empática se constituye en el factor central de su labor. Al exponerse al sufrimiento ajeno, el profesional experimenta lo que experimentan sus clientes y pacientes, por lo que puede sufrir desgaste de su capacidad empática e incluso, llegar al agotamiento empático. Afecta las habilidades de contacto personal del profesional y reduce así su capacidad laboral, lo que a su vez genera impacto nocivo sobre su bienestar psíquico y físico.

Esta situación responde al Síndrome de Desgaste por Empatía, es un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente (Figley, 1995).

El presente trabajo será de tipo exploratorio- descriptivo, con el objetivo de evaluar la incidencia de dicho Síndrome en una población de personal hospitalario, concretamente médicos/as, que se desempeñan en una institución pública de la ciudad de Mar del Plata.

Se evaluará con el instrumento autoadministrado Inventario de Desgaste por Empatía (IDE). (Zamponi, 2009). Dicho instrumento mide y/o evalúa el nivel de capacidad empática disponible en los profesionales, y en que medida el trabajo de ayudar a otros que sufren los afectó positiva o negativamente. Contiene una escala de tipo Lickert con cuatro alternativas y está compuesta por 27 ítems que se agrupan en tres factores identificados como: 1. Involucración profesional, 2. Vulnerabilidad y 3. Cuidado Personal, que coinciden con el modelo teórico utilizado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Consideramos que la participación en dicha encuesta, no implica riesgos, molestias o eventos adversos previsibles que puedan afectar a su persona, asociados con su participación en la investigación.

## 7.- INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema de investigación

Justificación del estudio:

-Relevancia

-Potencia

-Algún/os antecedente/s significativo/s

Factibilidad del estudio

Aplicabilidad de resultados

La tendencia a sentirse uno mismo dentro de la situación del otro se denomina empatía, en analogía complementaria con simpatía, que es sentir junto al otro. La empatía es la capacidad innata de percibir y sentir los estados emocionales y psicológicos de las otras personas. La empatía es más intensa cuanto más importante es para la persona en cuestión el otro con quien está.

El Síndrome de Desgaste por Empatía se manifiesta en profesionales que brindan atención a personas que sufren. Estos profesionales también presentan, en un proceso de instalación insidiosa, una serie de síntomas relacionados directamente con los síntomas que atienden. El desempeño de los profesionales de servicio, implica que el profesional desarrolle un grado de contacto y compromiso con sus pacientes por el que llega a identificarse con los estados de ánimo de estos. Los médicos desgastados por empatía continúan dándose completamente a sus pacientes, encontrando cada vez más difícil la posibilidad de mantener un equilibrio sano de empatía y objetividad.

En 1971, Figley comenzó a estudiar las consecuencias de ayudar a gente traumatizada. Realizó entrevistas sucesivas con médicos y enfermeros del ejército de la Corporación Marina norteamericana -afectados por la guerra de Vietnam- y notó que sus memorias de guerra estaban dominados por sentimientos de culpa y pesar, asociados con no salvar, no ayudar o no poder hacer suficiente por sus pacientes (Figley, 2002). Dichas pesadas memorias estaban asociadas con muchos problemas psicológicos que serían diagnosticados por primera vez como Desorden de Estrés Post Traumático (DEPT) en el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM) editado en 1980. En la descripción de dicho diagnóstico, se encontraba la previsión de que alguien cercano a la persona traumatizada podría desarrollar síntomas similares como consecuencia de un sentimiento de estrés compartido ante la situación. Esto no sólo incluye a los familiares y amigos cercanos de la persona que sufre, sino también a profesionales inmersos en la ayuda humana. Incluye a todos aquellos que sufren de ésta enfermedad crónica.

En 1995, Figley acuña el término de Síndrome de Desgaste por Empatía a un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por

evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Es una función que se activa al ser testigo del sufrimiento de otros.

La práctica profesional médica tiene la particularidad de asumir un contacto directo e intenso con el paciente, no solo asistiendo médicamente, sino sirviendo como sostén y apuntalamiento emocional del paciente y su grupo familiar. El interés psicológico se funda en que debido a la carga emocional y el nivel de compromiso de esta labor, dichos profesionales deben mantener su equilibrio fisiológico y emocional, fundamental para el funcionamiento humano; lo cual incidirá en el óptimo desempeño de su profesión. La profesión médica, con sus enormes demandas físicas y emocionales, predispone naturalmente a médicos al desgaste por empatía. Los médicos ven a más pacientes, hacen más papeleo, negocian más contratos y tienen menos autonomía que antes. A esto debemos agregar la presión autoimpuesta de vivir en los niveles más altos. Estos factores causan productividad disminuida, licencias por enfermedad y turnos de mayor tiempo.

Por estos motivos resulta relevante la realización de dicha evaluación, para poder obtener una apreciación general acerca de las características de la actividad profesional y obtener datos útiles para futuras intervenciones.

## 8.- OBJETIVOS

- Objetivo general:

- Reconocer y evaluar la incidencia del Síndrome de Desgaste por Empatía en la población elegida.

- Objetivo particular:

- Explorar la incidencia del Síndrome según: género, antigüedad del título, carga horaria semanal, edad, especialidad médica y atención en guardia.

## 10.- MATERIAL Y METODOS

10. 1.- TIPO DE ESTUDIO. Características del diseño:

- Descriptivo – exploratorio

## 10.2.- POBLACIÓN A ESTUDIAR

Según los propósitos de la investigación, se tomaron en cuenta todos los integrantes de los servicios de ginecología, cirugía general y clínica médica del Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende. El tipo de muestra que se utilizará será aleatoria, se tomará parte del Universo. Estará integrada por 30 personas de cada especialidad. Teniendo en cuenta los integrantes de cada uno de los servicios mencionados, consideramos que se trata de una muestra representativa.

## 10.4.-TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

-Descripción de técnicas e instrumentos

-Validez y confiabilidad

Tres años atrás, los autores del IDE comenzaron a investigar el fenómeno del SDpE, y la creación de un instrumento para evaluarlo, a través de la obtención de una beca de promoción de la investigación subvencionada por el Departamento de Ciencia y Tecnología de la Universidad Católica de Santa Fe.

La versión preliminar del instrumento, se desarrolló con el propósito de evaluar la percepción del grado de desgaste empático que experimentan los profesionales al asistir a personas que sufren. Se intentó delimitar conceptualmente el constructo partiendo de diversas fuentes (modelo teórico propuesto por Charles Figley, casos clínicos, entrevistas con profesionales de diversas áreas asistenciales), a partir de las cuales se redactaron un total de 40 reactivos que según los autores, guardaban correspondencia con la definición operacional propuesta. Los estímulos fueron escalados según el método Lickert, donde el profesional debía responder con una de cuatro posibles opciones: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Estas afirmaciones fueron sometidas a una evaluación de jueces para cumplir con los criterios de objetividad científica.

Con los 40 ítems se organizó un inventario experimental que se administró a una muestra piloto no aleatoria de 141 profesionales. Los resultados de este primer análisis, mostraron que existía correlación entre las variables originales ya que la prueba de esfericidad de Barlett obtuvo un valor de significación de .000. Por otra parte, el test de adecuación de Kaiser Meyer Olkin mostró un valor de .712, indicando una buena adecuación de la muestra al análisis factorial. Para estudiar el funcionamiento factorial de la escala se utilizó el método de componentes principales

y rotación varimax. Los resultados obtenidos tras estos primeros análisis fueron satisfactorios y permitieron continuar con la administración del instrumento. La muestra definitiva de este estudio quedó conformada por 186 sujetos.

Posteriormente, se estudió el poder discriminativo de los ítems mediante la prueba t para muestras independientes. Esta técnica permitió conservar los reactivos que presentaban un valor de significación inferior al .005. De los 40 ítems de la prueba, solo 34 cumplieron con este criterio de inclusión.

Respecto a la validez factorial, se llevo a cabo un análisis factorial con los 34 ítems que presentaron índices de discriminación satisfactorios. Para explorar el funcionamiento factorial de la escala se utilizó el método de componentes principales y la técnica de rotación Varimax, dado que se suponía la independencia de los factores entre sí.

La prueba de esfericidad de Barlett obtuvo un valor de significación de .000 y el test de adecuación de Kaiser Meyer Olkin fue de .787, indicando una buena adecuación de la muestra al análisis factorial.

Los resultados mostraron una estructura factorial de 14 factores con valores Eigen de uno o más. Por otra parte, al explorar la distribución de la pendiente de Catell (Scree Plot) se identificaron tres dimensiones subyacentes que explican el 40,79 % de la variancia. El factor principal explica el 16,4 % de la variancia, el segundo factor el 14,95 % y el tercer factor el 9,59 %.

Una vez identificados los factores se procedió a examinar las cargas factoriales de cada reactivo en relación al factor. Siguiendo el criterio de Stevens (1992, citado en Martínez Arias, 1995) de que cada variable mostrara al menos el 15 % de variancia común con el factor, se consideraron aquellos ítems que presentaban un pesaje igual o superior a .30 en el factor. De los 34 ítems evaluados, únicamente 25 cumplieron con este criterio. Asimismo se eliminaron 4 reactivos por presentar complejidad factorial, con excepción del ítem 38 que se retuvo por tener sentido psicológico y una carga factorial mayormente significativa en uno de los dos factores (.604 y .351). Finalmente la escala quedó compuesta por 21 ítems que se agrupan en tres dimensiones: Involucración Profesional (8 ítems), Vulnerabilidad (9 ítems) y Cuidado de la Salud (4 ítems); dada la correlación que existe entre las mismas se considera que la suma de las puntuaciones de cada una de las dimensiones representa un índice general de desgaste por empatía.

Respecto a la confiabilidad, se exploró el índice de consistencia interna de los 21 reactivos y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,80, que indica un nivel de confiabilidad satisfactorio.

### Baremos y perfiles

Debido a que el instrumento diseñado aun no fue administrado a poblaciones sanas y enfermas para realizar baremos que definan los puntajes límites para perfiles sanos, en peligro y enfermos, se realizó una estimación inicial basada en una curva normal.

En base a la bibliografía consultada para realizar este estudio (Aron 2001; Aiken 2003), se decidió construir cuatro perfiles según el funcionamiento empático del profesional y el riesgo de contraer SDpE. Para lograrlo, se analizaron los valores percentilares de cada factor y del instrumento total correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75, puesto que de esta manera la distribución poblacional queda dividida en 4 segmentos (i.e. 0–25, 25–50, 50-75 y 75-100). En base al puntaje total obtenido, y a la combinación de los puntajes correspondientes a cada factor, el resultado arrojado concuerda con uno de los siguientes perfiles posibles:

- Perfil 1: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer SDpE.
- Perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.
- Perfil 3: Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.
- Perfil 4: Funcionamiento empático disfuncional, con SDpE.

### 10.5.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

#### Aplicación y corrección del IDE

Al ser un inventario de autoinforme de aplicación rápida -5/10 minutos-, el IDE puede administrarse con fines clínicos, preventivos y de investigación; tanto individual como grupalmente.

En el ámbito clínico, puede ser utilizado como una vía diagnóstica de confirmación/descarte de SDpE, puesto que una correcta interpretación de los resultados por parte del profesional puede facilitar la diferenciación de un cuadro de

SDpE con otros de similar sintomatología y/o etiología (e.g. Burnout, Bulling, Moobing, Desorden de Estrés Postraumático Primario y Secundario, etc.).

En el campo de la investigación, puede utilizarse para determinar poblaciones en riesgo según profesión, proximidad geográfica, género, edad, antigüedad laboral, etc. Asimismo, puede destinarse para construir baremos poblacionales específicos.

Dentro de un marco preventivo, la administración del instrumento puede destinarse a evaluar el nivel de funcionamiento empático de profesionales pertenecientes a una misma institución (personal de enfermería hospitalario), a evaluar poblaciones en riesgo, a brindar talleres de prevención, etc.

El IDE presenta dos versiones de administración: una impresa de corrección manual, y otra informática de corrección automática.

### 13.- ASPECTOS ÉTICOS:

Por no tratarse de un instrumento de intervención, consideramos que no se verá afectada la integridad de los participantes. Asimismo, la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, no implica riesgos, molestias o eventos adversos previsibles que puedan afectar a su persona. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

### 14.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

La instrumentación del inventario se realizará durante los meses Junio – Julio, acordando con los jefes de cada Servicio el momento oportuno a fin de no dificultar las tareas habituales de los profesionales. Durante los meses de Julio- Agosto se realizará el procesamiento y análisis de los datos recabados y la elaboración de conclusiones.

Título del estudio: “Síndrome de Desgaste por Empatía en Mar del Plata- Argentina: Estudio exploratorio en una población de personal profesional médico”.

- Investigadoras principales: Bravo, María José, D’Alessandro, Vanina y Ferro, Maria.
- Centro de Salud: Hospital Interzonal General de agudos Dr. Alende

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de docencia e investigación, el Comité de Bioética y la Dirección Médica del Hospital Regional de Agudos Dr. Alende. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Hemos intentado utilizar un vocabulario comprensible y asequible. No dude en preguntar cualquier duda que le surja al leer estas hojas informativas.

### **¿Qué objetivo persigue el presente estudio?**

El objetivo es evaluar la incidencia del Síndrome de Desgaste por Empatía en médicos/as, que se desempeñan en una institución pública de la ciudad de Mar del Plata. Este Síndrome responde a un estado de tensión y preocupación por los pacientes traumatizados, caracterizado por una re-experimentación del acontecimiento traumático o por evitación/entumecimiento de los recuerdos persistentes asociados al paciente. Se evaluará con el instrumento autoadministrado Inventario de Desgaste por Empatía (IDE). (Zamponi, 2009).

### **¿Tengo obligación de participar en el estudio?**

No, la participación en este estudio es estrictamente voluntaria y usted puede retirarse del mismo cuando lo desee.

### **¿Qué utilización se le dará a los datos recabados?**

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los inventarios serán identificables a



título de posibilitar a los interesados el acceso a los resultados del mismo, mientras que los datos recabados se procesaran de manera anónima.

### **¿Qué implica mi participación en el estudio?**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a 27 preguntas en una encuesta, con cuatro alternativas prefijadas de respuesta.

### **¿Cuánto tiempo me llevará mi participación en el estudio?**

Esto tomará aproximadamente 5/10 minutos de su tiempo, en un único encuentro.

### **¿Qué beneficios permitirá mi participación en el estudio?**

Su participación en esta investigación nos permitirá obtener una apreciación general acerca de las características de la actividad profesional y obtener datos útiles para futuras intervenciones.

### **¿Cuáles son los riesgos y consecuencias que pudiesen ocurrir debido a mi participación en el estudio?**

Consideramos que la participación en dicha encuesta, no implica riesgos, molestias o eventos adversos previsibles que puedan afectar a su persona, asociados con su participación en la investigación.

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Bioética de los Hospitales Interzonales Especializado Materno-Infantil "Victorio Tetamanti" y General de Agudos "Dr. Oscar Alende" de Mar del Plata, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación -Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- con fecha 15/07/2012, bajo el N° - , Folio - , Libro - . Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité, coordinador/a Mauricio Montrul al teléfono 499-1114".

Si Ud precisa mayor información sobre este estudio puede contactar con las Investigadoras principales: Bravo, María José, D'Alessandro, Vanina y Ferro, María de la Universidad Nacional de Mar del Plata, de la Facultad de Psicología, en el e-mail: [investigacion-sdpe@hotmail.com](mailto:investigacion-sdpe@hotmail.com). Así mismo, se utilizará el mismo medio de comunicación para los interesados en recibir información respecto de los resultados del estudio.

Yo..... declaro  
que:

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio, hablado y aclarado las dudas con el investigador.
- Soy competente.
- He recibido información suficiente.
- He sido informado por las investigadoras Bravo, María José, D'Alessandro Vanina y Ferro, Maria. Pertencientes a la Facultad de Psicología, UNMDP.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto tenga repercusiones futuras.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio”

**Firma del participante:**.....

**Aclaración:** .....

**DNI:** .....

**Fecha:**.....

Desde ya muchas gracias.



Ministerio de Educación



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Señora Directora  
Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"  
Dra. Susana Gómez  
Su despacho

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con el fin de solicitar su autorización para que tres estudiantes de la Carrera: Licenciatura en Psicología – que se detallan a continuación- puedan llevar a cabo en dependencias de ese Hospital tareas relacionadas con el Trabajo de Investigación que realizan -en el marco del Plan de Estudios de la Carrera-.

Las estudiantes **María José BRAVO** (DNI N° 31.264.347), **Vanina D'ALESSANDRO** (DNI n° 29.442.341 Y **María FERRO** (DNI n° 24.699.388) se encuentran realizando el Trabajo de Investigación, denominado: *Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata – Argentina: estudio exploratorio en una población de personal profesional médico*, bajo la supervisión de la Lic. Ana Isabel Redondo, Profesora Titular de la Asignatura Psicología Laboral de la Carrera.

La mencionada Investigación, contempla un trayecto de Trabajo de campo en el cual las estudiantes deben aplicar un instrumento denominado Inventario de síndrome de desgaste por empatía, el cual mide y evalúa el nivel de capacidad empática disponible en los profesionales. Será administrado al personal médico de los servicios de Cirugía, Ginecología y Clínica médica del hospital. Se prevé la realización de este trabajo a lo largo de 15 días, en función de la disponibilidad del personal.

Vale decir que la información obtenida a partir del trabajo mencionado, se encuentra sujeta al tratamiento confidencial que el caso amerita, y a los parámetros éticos de la disciplina, siendo su interés estrictamente académico.

Las estudiantes cuentan -al igual que el resto de los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata- con cobertura del *La Segunda. Compañía de Seguros de Personas S.A.* Dicho Seguro, cuya fotocopia se adjunta, se encuentra vigente desde el 01 de enero de 2012, hasta el 01 de enero de 2013.

Agradezco desde ya su atención al tiempo que la saludo muy cordialmente.

  
Mg. María Cristina Belloc  
Secretaría de Investigación y Posgrado  
Facultad de Psicología

Lic. MONICA A. SANCHEZ  
DIRECTORA ASOCIADA  
H.I.G.A. DR. OSCAR ALLENDE  
MAR DEL PLATA

autorizado

13/07/2012