

SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

Cátedra de radicación: *Psicología Laboral*

Supervisor: *Mgr. Redondo, Ana*

Alumnos y Matricula: *D'Onofrio, Matías 6497/04*

Depaoli, Marcela 6507/04

1.-INTRODUCCIÓN

SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA

1.1 Presentación del tema de investigación

El presente trabajo propone investigar el síndrome de desgaste por empatía.

Comenzaremos explorando el concepto empatía, luego las perspectivas teóricas y los problemas de definición del concepto.

Continuaremos examinando como se van produciendo las respuestas empáticas en los primeros años de vida, llegando a las reacciones emocionales de los adultos, para poder pensar las características que adquirirá el SDpE.

Para conocer dicho síndrome, comenzaremos con su definición y la evolución la misma, como así consideramos importante diferenciarlo de patologías similares como el Burn Out y el Estrés post traumático.

Se administrará 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 como 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 permitirá contribuir a la futura formación de baremos Nacionales a los creadores del instrumento (ESAPE).

La elección de la temática a investigar, fue a partir de tener conocimiento de dicho síndrome, por la Lic. Ana Redondo, y por considerar que el SDpE, recientemente descrito por Figley (1995) no ha sido aún suficientemente estudiado en nuestro medio, ni se han aplicado instrumentos para su evaluación. Se presume que un porcentaje significativo de profesionales puede estar afectado por el Síndrome de Desgaste por Empatía, y muchos en peligro de contraerlo.

Por otro lado conocer la incidencia del SDpE permitirá realizar diagnósticos diferenciales para distinguirlo de otros problemas psíquicos y emocionales, puntualmente de patologías similares que suelen confundirse entre si debido a una falta de discriminación precisa entre ellas -burnout, mobbing, bullying, estrés post traumático, trastornos límites de la personalidad borderline-.

Según Eisemberg y 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-.

¿Qué sucede cuando estamos largo tiempo, con una persona que sufre un estado emocional penoso, por quien sentimos un compromiso empatico intenso?

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).

El Síndrome de Desgaste por Empatía -SDpE- se manifiesta en los profesionales que brindan atención a personas que sufren. Se ha observado que los profesionales que trabajan en la atención a los traumatizados por la guerra, por los desastres naturales o a quienes son víctimas de delitos violentos o contra la honestidad, presentan, en forma casi inmediata, los mismos síntomas que sus pacientes (Figley 1995; Munroe, Shay, Makay, Rapperport & Zimering en Figley, 1995; Stamm 1995; Pearlman & Saakvine 1995). Asimismo, los profesionales que atienden a personas que sufren,

como médicos, psicólogos, abogados, contadores y en general todo profesional de la salud, también presentan una serie de síntomas relacionados directamente con los problemas que atienden. El desempeño de las profesiones de servicio, implica que el profesional desarrolle un grado de contacto y compromiso con sus pacientes y clientes por el que llega a identificarse con los estados de ánimo de éstos.

2.- MARCO TEÓRICO

Para abordar el SDpE, consideramos necesario describirlo, diferenciarlo de patologías similares como el Burn Out y el Estrés post traumático, para luego explorar su incidencia en Psicólogos que se desempeñan en el Área Clínica de la Ciudad de Mar del Plata.

2.2 Concepto de empatía

El concepto de empatía, como muchos otros, ha significado cosas diferentes para los diferentes autores. El problema central del debate conceptual ha girado sobre en qué medida la empatía incluye un componente afectivo además de uno cognitivo. Algunos autores han definido la empatía como *la habilidad cognitiva para reconocer y comprender los pensamientos, las perspectivas y los sentimientos de otro individuo*. Otra opinión diferente es que la empatía significa *la experiencia vicaria de una emoción que es congruente con la emoción de otro individuo*. Dado que el compartir la emoción ajena por el otro o al conocimiento que uno tiene del estado de otro, resulta comprensible que el papel del conocimiento en la activación empática varíe considerablemente de una situación a otra.

Para Feshbach, los componentes cognitivos y el componente afectivo de la empatía constituyen ingredientes críticos y complicadamente entremezclados de la producción de conductas sociales positivas por parte de un niño. Hoffman intenta explicar cómo los factores cognitivos y afectivos

desempeñan roles variables e interactivos en el desarrollo social y moral del niño.

2.2.1 Perspectivas teóricas y problemas relativos a la definición.

Tres son las perspectivas teóricas que pueden aplicarse al estudio del desarrollo de la empatía en los primeros años. La primera está compuesta por teorías psicoanalíticas y neoanalíticas que describen la emergencia de la empatía dentro del contexto de la intimidad emocional compartida por la madre e hijo. Debido a la dependencia del niño respecto de su madre y a la temprana relación simbiótica entre ambos, esta perspectiva considera al niño como sumamente sensible a los cambios en el afecto y en el estado anímico de la madre, los cuales pueden transmitírsele inconscientemente y de manera sutiles. Esto es posible ya que, al parecer, en las relaciones objetales tempranas falta un claro sentido de diferenciación del sí mismo-otro.

La capacidad empática del niño aumenta en sofisticación y alcance a comienzos del segundo año, a medida que se multiplican las relaciones objetales y va desarrollándose la individuación psicológica.

Hoffman ha planteado que el estado emocional de la madre puede transmitirse al bebé a través de la calidad de su manipulación física del infante, la cual se puede provocar malestar o irritación en el niño. Esto

naturalmente va acompañado de expresiones emocionales tanto vocales como faciales y, subsiguientemente, esas claves emocionales pueden transformarse en estímulos condicionados que evocan en el bebé y que pueden generar un tipo primitivo de pseudo-empatía.

La segunda perspectiva viene reflejada en el trabajo de los investigadores socio-cognitivos estimulados por la teoría evolutiva de Piaget. Se plantea que la capacidad de producir respuestas empáticas depende del desarrollo de ciertas habilidades de razonamiento cognitivo, incluidas la permanencia del objeto, la habilidad de distinguir entre los atributos psicológicos de uno mismo y de los demás, así como la destreza rudimentaria para adoptar el rol psicológico de otro. En contraste con la visión analítica, la perspectiva evolutivo-cognitiva considera improbable que la empatía auténtica pueda darse antes de los últimos años preescolares.

Varios investigadores han demostrado que, a partir de los 2 años, se da un aumento de expresiones espontáneas infantiles relativas a experiencias internas del sí mismo y de otros que reflejan una creciente valoración de los estados emocionales, tanto volitivos como cognitivos, que los individuos pueden experimentar. El tipo elemental de diferenciación sí mismo-otro en conducta verbal se forma probablemente sobre otras modalidades anteriores, no verbales, de la conducta social del bebé.

Aunque las inferencias que los niños pequeños hacen de las experiencias psicológicas de otros son mucho menos intensas en situaciones más complejas, estos tipos sencillos de inferencia psicológica pueden ser

plenamente adecuados en numerosas situaciones naturales que piden una respuesta empática.

Una tercera perspectiva se ve reflejada en las investigaciones sobre desarrollo socio-emocional temprano que describe al infante y al niño pequeños como un compañero social sumamente motivado y responsivo para quien las emociones (de sí mismo y de otros) juegan un importante papel motivador y organizador. Una contribución considerable a este punto de vista emergente lo constituye la perspectiva etológica del desarrollo temprano. Según esta perspectiva, los infantes se hallan básicamente predispuestos desde el nacimiento para emitir señales socio-emocionales y responder a las claves socio-emocionales de otros porque tales conductas aseguran la supervivencia. La conducta emocional de otros es considerada como proveedora de importantes claves informativas que tienen consecuencias motivadoras para el infante en sus transacciones con el entorno.

Las expresiones emocionales encierran una importancia especial debido a su vigorosa calidad señalizadora y a la posibilidad de organizarlas desde una edad muy temprana. Tales expresiones son, así, importantes fuentes tempranas de información social y tienen consecuencias motivaciones para los infantes, ya que regulan la manera en que éstos reaccionan ante diversos aspectos del entorno social.

2.3 Resonancia emocional y respuesta empáticas durante los primeros años.

Desde muy temprano en el primer año de vida, los bebés son capaces de experimentar resonancia o contagio emocional, es decir, de participar de la misma emoción como consecuencia de la expresión emocional de otro. Aunque estas respuestas no son empáticas, dado que no se derivan del conocimiento de la situación del otro, sin embargo son probablemente importantes precursores de la empatía. Hay que tener en cuenta también que, las respuestas a la activación de otro que son más claramente empáticas empiezan a aparecer hacia la mitad del segundo año de vida.

2.3.1 Sincronía afectiva en el juego entre madre y bebé

Numerosos estudios han dedicado atención al juego cara a cara entre madre e hijo que empieza a producirse regularmente cuando los bebés tienen 2-3 meses de edad. Esta actividad es de naturaleza puramente social, los investigadores la consideran como contextos importantes para el desarrollo temprano de destrezas sociales y de expectativas sociales. Estos episodios lúdicos entrañan una participación de afecto entre madre y bebé que puede proporcionar una base importante para el desarrollo de la empatía.

Según los investigadores, cada miembro de la pareja contribuye a estos intercambios lúdicos mediante un repertorio de conductas interactivas; y es la sincronía y la alternancia del comportamiento materno-infantil lo que ha llevado a algunos investigadores a caracterizar estos intercambios como “conversaciones no verbales” o “diálogos conductuales”. El objetivo de estos intercambios es la “sincronía afectiva positiva” entre madre y bebé; esto es, la participación conjunta en una activación positiva durante la cual los infantes manifiestan la sociabilidad excitada y comprometida que los adultos encuentran gratificante.

Malestra y Haviland ilustran esta dinámica afectiva mediante un video grabado que contiene momentos de juego cara a cara entre madre e hijo. Estos investigadores descubrieron que las madres tendían a imitar las expresiones de sorpresa, tristeza y rabia cuando ocurrían, aunque las madres rara vez expresaban emociones negativas al bebé. Así, las diadas bebé-madre mostraban considerable sincronía afectiva positiva, en parte como una consecuencia de la réplica contingente que hacía la madre de las expresiones emocionales positivas del bebé. En el transcurso del primer año, los infantes mostraban índices crecientes de expresiones positivas en el juego que, en parte, eran una función de la respuesta materna contingente al afecto infantil.

Estos datos sugieren que las madres buscaban acentuar y ampliar las respuestas emocionales positivas de sus hijos imitando contingentemente las expresiones positivas y manteniendo una actitud expresiva generalmente positiva. Tal “sintonía afectiva” positiva no sólo capta al bebé

emocionalmente sino que además puede contribuir al desarrollo de una respuesta emocional resonante por parte del bebé. Esto es, si la madre responde a las sonrisas del niño con una sonrisa imitadora y también con otras iniciativas exuberantes, es probable que como resultado se intensifique la propia activación positiva del bebé.

Aunque la posibilidad de resonancia emocional por parte del bebé en el juego cara a cara puede contribuir a una comprensión de la sincronía afectiva de la díada, resulta discutible que la respuesta del bebé pueda denominarse empática dado que no deriva de una clara apreciación de la situación o de la experiencia de la madre. Podemos decir, sin embargo, que esta experiencia temprana de resonancia emocional en el juego madre-hijo puede proporcionar una base importante para otras formas más sofisticadas de empatía en la interacción materno filial en otras fases posteriores del primer año de vida.

Por lo tanto podemos decir que, Los bebés y los infantes no son ni indiferentes a las experiencias emocionales de otros ni incapaces de comprenderlas, Los niños pueden entender las experiencias emocionales de otros desde el primer año de vida, Hacia mediados del segundo año, los infantes se manifiestan más sofisticados en sus reacciones a las experiencias emocionales de otros con una gama de iniciativas prosociales que, a menudo, van acompañadas de expresiones verbales de simpatía, Una “capacidad” para la empatía surge hacia la mitad del segundo año, En el primer medio años de vida, hay pocas pruebas de que las expresiones

faciales contengan un significado emocional para los bebés independientemente de otras claves y, por eso, hay pocas pruebas claras a favor de la respuesta empática basada en tales expresiones. Hasta la segunda mitad del primer año, los niños no empiezan a atribuir significado emocional a las expresiones faciales; es más, su discriminación de indicadores vocales de la emoción y otras modalidades expresivas y la integración de múltiples modos de comunicación emocional contribuyen probablemente a la creciente habilidad del niño para “leer” apropiadamente las expresiones de otros. La experiencia de referenciación social puede ser una vía importante para el desarrollo de respuestas auténticamente empáticas, lo que parece ocurrir durante la segunda mitad del segundo año. Una transición importante en la responsividad empática se produce cuando el niño toma conciencia de que otros poseen estados internos, subjetivos, que son diferentes de los suyos propios y que merecen atención en las interacciones sociales. El concepto de “intersubjetividad secundaria” sugiere que, ya en el primer año de vida, puede aparecer una conciencia rudimentaria acerca del estado subjetivo de otros.

3.2.2 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.

Investigadores hallaron que los estudiantes muy empáticos describían a sus padres como más cariñosos con ellos durante la infancia de cuanto los describían los estudiantes menos empáticos.

Aunque los padres son modelos importantes para el desarrollo socio-emocional de sus hijos, la inclinación del niño a empatizar puede verse estimulada también por la exposición a otros modelos, tales como maestros, compañeros o hermanos.

2.3.3 Fomento de la percepción de la semejanza con otro

Se ha constatado que los niños responden más empáticamente a los sujetos percibidos como semejantes a ellos mismos que a los percibidos como diferentes. Cuando la semejanza se define en términos de una experiencia personal compartida Barnett halló que la empatía de un niño de preescolar con un compañero infeliz aumentaba cuando el niño había tenido una experiencia desagradable similar.

Estos resultados parecen sugerir que 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. Pero como los niños, a medida que maduran, tienden a fundamentar su percepción de las semejanzas con otros en atributos más

abstractos, el estímulo, para ser efectivo, debe darse a un nivel de abstracción apropiado a cada edad.

Hoffman afirma que los padres deberían permitir a sus hijos estar expuestos a una amplia gama de experiencias y emociones a fin de estimular a 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.

2. 3.4 El fomento de un auto concepto 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. Strayer halló que la empatía de niños de 6 años iba asociada a un autoconcepto positivo.

Se descubrió que la empatía en las niñas se correlacionaba positivamente con tolerancia y permisividad maternas; y negativamente con conflicto, rechazo, castigos y control excesivo por parte de la madre. Sin embargo no

se descubrió este patrón en las díadas padre-hija, padre-hijo o madre-hijo. En un trabajo de observación natural de preescolares realizado durante 8 semanas, los niños que habían puntuado alto en manifestaciones de emociones alegres puntuaban también alto en conducta empática hacia los compañeros. Por el contrario, los niños que puntuaban alto en la expresión de emociones tristes puntuaban bajo en empatía hacia sus compañeros.

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. Los niños a los que se les ha animado y a los que se les ha brindado oportunidades para hacerse con un espíritu servicial pueden estar más inclinados a empatizar con un sujeto necesitado que sus compañeros menos competentes, debido a que perciben tener la capacidad de aliviar el malestar experimentado mutuamente.

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 zafia, 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.

Por lo tanto, 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.

La investigación sobre la creciente conciencia y responsividad del niño ante las emociones de otros se encuentra en sus comienzos.

2. 4. Las reacciones emocionales de los adultos al malestar de otro

Respecto a las reacciones emocionales en sí mismas, distinguimos dos tipos:

- 1) sentimientos de empatía (simpatía) hacia otro que se encuentra necesitados; y
- 2) sentimientos de malestar personal que son producidos al presenciar el malestar de otro.

Diferencias cuantitativas en la reacción emocional: efectos de la claridad y de la gravedad

Hay muy pocas pruebas empíricas de que la claridad y la gravedad percibidas del malestar ajeno afecten a la magnitud de las reacciones emocionales ante ese malestar.

Dada la consistencia de algunas pruebas limitadas, parece razonable concluir de manera tentativa que la claridad y la gravedad percibidas del

estado de emergencia ajeno afectan a la magnitud de las propias reacciones emocionales.

La relación más frecuentemente supuesta entre la reacción emocional al malestar ajeno y la respuesta conductual es que la reacción emocional conduce a una acción diseñada para reducir el malestar de otro, es decir, para ayudar.

Los resultados expuestos por varios autores y los resultados de varias investigaciones, proporcionan apoyo consistente a favor de la idea de que las reacciones emocionales ante el malestar de otro —especialmente las reacciones emocionales empáticas— conducen a la ayuda.

Aquellas reacciones emocionales que caen bajo la denominación general de malestar personal (sentirse alarmado, enfadado, molesto, afligido, etc) evocan motivaciones egoístas para reducir la propia activación emocional; mientras que las reacciones emocionales que caen bajo el denominador genérico de empatía (sentir empatía, compasión, bondad, ternura, etc.) evocan motivaciones altruistas para reducir el malestar ajeno.

En varios estudios se constató de manera consistente que, cuando la ayuda resulta moderadamente costosa, los sujetos que experimentan un predominio de malestar personal, como resultado de contemplar el sufrimiento ajeno, tienen una tendencia significativamente menor a ayudar a la víctima cuando piensan que ellos no van a continuar viendo sufrir a la víctima aunque no le ayuden. Este efecto de la facilidad de escapar de la

presencia del sufrimiento de la otra persona sugiere que los sujetos que experimentan un predominio relativo de malestar se hallan motivados por un deseo egoísta de reducir su propio malestar.

Son totalmente diferentes las respuestas de los sujetos que experimentan un predominio relativo de la empatía como resultado de la visión del sufrimiento de otra persona. Estos sujetos se sienten tan inclinados a ayudar a la víctima cuando piensan que no van a continuar viendo su sufrimiento como cuando piensan que sí. Al parecer, la emoción empática no evoca motivaciones egoístas de reducir la propia activación emocional. Por el contrario, la constatación de que los sujetos activados empáticamente tienden a ayudar, incluso cuando les resultaría fácil escapar de la situación inductora de empatía sin haber ayudado, sugiere que esos sujetos pueden estar experimentando una motivación genuinamente altruísta. Al parecer, su objetivo último puede consistir, al menos en parte, en aliviar el malestar de la otra persona más que el malestar propio.

Contamos con pruebas claras de que a menudo las personas actúan emocionalmente al contemplar el malestar ajeno. Además parece obvio que en estas reacciones se dan diferencias tanto cualitativas como cuantitativas. La vista de otro sujeto afligido puede llevarnos a sentir malestar personal. Pero en la medida en que adoptemos la perspectiva del otro, es probable que experimentemos una segunda emoción más orientada hacia el otro; esta emoción ha sido denominada empatía o simpatía. Finalmente hay considerables pruebas de que la respuesta emocional de malestar persona

evoca motivaciones egoístas para reducir la propia activación emocional mientras que no lo hace así la emoción empática. En la actualidad no está claro si la motivación de ayudar, asociada con la empatía, es altruista o simplemente una forma distinta de motivación egoísta.

2.5 Síndrome de desgaste por empatía

Charles Figley acuñó, en 1995 el término Compassion Fatigue, como Desgaste por Empatía. En inglés, Compassion significa: sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas"

Y, tal como resalta Figley, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo con los consultantes, y al mismo tiempo en la capacidad para ser lastimados por el trabajo

¿Qué es la Compassion Fatigue o Desgaste por Empatía? Son las emociones y conductas naturales resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por un otro significativo (Figley)

Se caracteriza por tres grupos de síntomas

- Reexperimentación
- evitación y embotamiento psíquico
- hiperactivación o hyperarousal

El Desgaste por Empatía puede derivar de la exposición a un acontecimiento traumatizante, o a una serie de ellos y puede aparecer súbitamente y sin aviso

2. 5 1Evolución del Concepto SDpE

En 1971, Fligley (2002) 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 dominadas por sentimientos de culpa y pesar, asociados con no salvar, no ayudar o no poder hacer suficiente por sus pacientes. Dichas pesadas memorias estaban asociadas con muchos problemas psicológicos que serían luego diagnosticados como Desorden de Estrés Post Traumático.

Cuando, en 1980, se publicó el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales, se presentó por primera vez el diagnóstico para el Desorden de Estrés Post Traumático -DEPT-. En la descripción del diagnóstico se encontraba la previsión de que alguien cercano a la persona traumada 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 el año 1980 se incorpora al DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés post Traumático (PTSD por sus siglas en inglés). Así reingresa oficialmente en el campo de la psicología y la psiquiatría el trauma psicológico. El Trauma es una realidad permanentemente presente a lo largo de la historia de la humanidad. Y aunque las reacciones psicológicas frente a hechos traumáticos han sido observadas desde hace ya más de un siglo, han caído más de una vez en el olvido. Recién en las últimas dos décadas, sustentado en los movimientos pacifistas y en los movimientos contra la violencia doméstica y sexual, ha crecido el interés en el estudio del Trauma Psicológico, sus consecuencias y su tratamiento.

Traumatización Vicaria, Estrés Traumático Secundario o Desgaste por Empatía: Estos términos son los que se han venido usando para nombrar el estrés postraumático sufrido por terapeutas, o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes.

2. 6 Diferenciación de SDpE con patologías similares

2. 6.1 Estrés post traumático

Con la aparición del DSM-IV se produce un cambio de paradigma, poniéndose el acento, no ya en calidad del hecho traumático (qué requisitos

debía reunir un evento para ser considerado traumático) sino que ahora lo determinante radica en la reacción de la persona expuesta al hecho traumático. Es decir que si el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de “acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, (...) y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.” (DSM-IV, 1994) y como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas:

1. Uno de reexperimentación del hecho traumático
2. Tres de evitación y de embotamiento psíquico
3. Dos de hiperactivación (hyperarousal)

se dice que sufre de un Trastorno por Estrés Post Traumático.

Según el DSM IV :

Trastorno por estrés postraumático

Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana

acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado)

El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo y de síntomas persistentes de activación (arousal). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales. Entre los acontecimientos traumáticos

que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo.

Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático comprenden (aunque no de forma exclusiva) actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder. En algunos casos, por otra parte muy poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático (p. ej., aniversarios del

suceso, clima frío y nevado o guardias uniformados en los supervivientes de los campos de la muerte; clima cálido y húmedo en veteranos de la guerra del Sur del Pacífico; entrar en cualquier ascensor en una mujer que fue violada en uno de ellos), suele experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento. La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «embotamiento psíquico» o «anestesia emocional», suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (p. ej., no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, formar una familia o, en definitiva, de llevar a cabo una vida normal).

El Desorden de Estrés Traumático Secundario -DETS- se define como los comportamientos y emociones consecuentes, resultantes de conocer una situación traumática vivida por otro significativo – es el estrés consecuente por ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada o sufriente (Figley, 1995; DSM-IV). El DETS es un síndrome con síntomas casi idénticos a los del DEPT, excepto que los síntomas de este último se relacionan con el conocimiento de un evento traumático vivido por otro significativo, mientras que los síntomas del DEPT se conectan directamente con la persona que sufre, con la persona que estuvo -o está- en peligro.

2. 6.2. Burn Out

Otra entidad que merece diferenciación es el *Burnout*. Éste es definido como un estado de cansancio físico, mental y emocional causado 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 cliente.

El término *Burn Out* se tomó de la industria aeroespacial, que significa agotamiento del combustible de un cohete como resultado del calentamiento excesivo. La traducción literal de este término es “estar quemado”.

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabaja en una clínica para toxicómanos en NY, este término alude a la idea de quemar, arder o consumirse que sufren los que están superados por las situaciones que deben enfrentar. Las “víctimas” suelen ser personas con actitudes de hiperresponsabilidad y que en las organizaciones de trabajo cumplen funciones para tapar falencias o agujeros.

El Burn Out es una patología severa que suele derivarse de stress laboral. Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización y una despersonalización.

Agotamiento emocional: cuando aparece una disminución y/ o pérdida de los recursos emocionales.

Despersonalización O Deshumanización: cuando aparecen actitudes negativas, de insensibilidad.

Falta De Realización Personal: suele evaluarse al trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Características Generales Burn out

- No Aparece De Forma Brusca: no aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.

- Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.
- Fase Irreversible: entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del Burn Out es muy delgada.

Los Efectos Del Burn Out Afectan negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por Empatía.

Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

El concepto más importante es que el Burn Out es un proceso (más que un estado) y es progresivo.

El proceso incluye:

- Exposición gradual al desgaste laboral
- Desgaste del idealismo
- Falta de logros

Los síntomas observados pueden evidenciarse como:

- Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.
- Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc.
- Relacionados con el trabajo: absentismo, falta de rendimiento, robos, etc.
- Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada.

La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales son el resultado de sus condiciones de trabajo.

El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.

Es la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro de crónico, que genera baja de la autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en algunos casos psicosis con angustia y/ o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio.

El burnout puede requerir un cambio de trabajo o carrera o un receso de las actividades por un período de tiempo indeterminado. Sin embargo, el desgaste por empatía es mayormente tratable una vez que los trabajadores lo reconocen y actúan adecuadamente (Figley, 1995).

2. 6.3. Contratransferencia y Moobing

Es necesario también marcar diferencias del SDpE con otras manifestaciones desfavorables derivadas de la actividad laboral en general y de la actividad profesional en particular. Con ello se quiere decir por ejemplo, que el desgaste por empatía no es *contratransferencia*. Esta última, según las terapias psicodinámicas, (Laplanche, J. y Pontalis, J. 1972) es una reacción emocional del terapeuta hacia el cliente –independientemente de la empatía, el trauma o el sufrimiento. Se define como un proceso de verse a uno mismo en el cliente o de sobreidentificarse con este. En contraste con el desgaste por empatía, la contratransferencia es un enlace crónico asociado a las relaciones familiares de origen y muy poco tiene que ver con la empatía hacia el cliente que sufre el trauma.

Otras diferencias encontradas es que el desgaste por empatía y la contratransferencia tienen un ataque sintomático más veloz y el desgaste por empatía y el burnout tienen una recuperación más rápida. En contraste con ambos -burnout y contratranferencia- el desgaste por empatía está asociado a un sentimiento de ayuda, compasión y confusión; existiendo un gran sentido de aislamiento en quienes brindan apoyo. Los síntomas están desconectados de causas reales y propias, ya que son impulsados por experiencias ajenas.

Otro concepto a diferenciar es un fenómeno recientemente descrito llamado *moobing* (Abajo Olivares 2006) el cuál se trata de un fenómeno de embotamiento generalizado debido a un proceso de acoso específico en el

ámbito laboral y reconocido, por tanto, como un tipo específico de violencia laboral.

2. 7 Descripción del SDpE

Específicamente, el SDpE se define como 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 (Figley, 1995).

Desde la descripción del SDpE, en el año 1995, se han identificado ya una serie de síntomas, que describiremos brevemente. Estos profesionales presentan en primer lugar *síntomas intrusivos* como:

- Pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente.
- Deseo obsesivo y compulsivo de ayudar a ciertos pacientes.
- Cuestiones relacionadas con el trabajo o los pacientes que invaden el tiempo.
- Incapacidad para hacer a un lado los temas vinculados a la actividad profesional.

- Percepción de los pacientes como individuos frágiles y necesitados de la asistencia de un profesional (“el salvador”).
- Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
- Percepción del mundo en términos de víctimas y victimarios.
- Actividades personales interrumpidas por cuestiones relacionadas al trabajo.

Se observan también *síntomas evitativos* como por ejemplo:

- Respuesta silenciadora (evitar la exposición al material traumático del paciente).
- Pérdida de la gratificación mediante actividades extralaborales/cesación de actividades de autocuidado.
- Pérdida de energía.
- Pérdida de la esperanza. Temor a trabajar con ciertos pacientes.
- Pérdida de la sensación de competencia/potencia.
- Aislamiento
- Automedicación secreta/adicción (alcohol, drogas, trabajo, sexo, comida, gastos, etc.)
- Disfunción relacional.

Finalmente, se presentan *síntomas llamados de activación fisiológica*. Estos síntomas están relacionados con las funciones involucradas en las emociones en general y en especial en las emociones negativas, a saber:

- Aumento de la ansiedad.
- Impulsividad/reactividad.
- Aumento de la percepción de exigencias/amenazas (tanto en el trabajo como en el entorno).
- Aumento de la frustración/ira.
- Trastornos en el sueño.
- Dificultad en la concentración.
- Modificación del peso/apetito
- Síntomas somáticos.

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 profesión, las condiciones de trabajo y el tipo de paciente o cliente que se atiende, entre otras.

Ante todo debemos evitar el equívoco de pensar que todo profesional que ayuda a gente que sufre inevitablemente terminará agotando sus capacidades empáticas. De modo que el instrumento que aquí se presenta mide y/o evalúa, cuánta es la capacidad empática disponible en los

profesionales, y en qué medida el trabajo de ayudar a otros que sufren los afectó positiva o negativamente.

2. 8 Etiología.

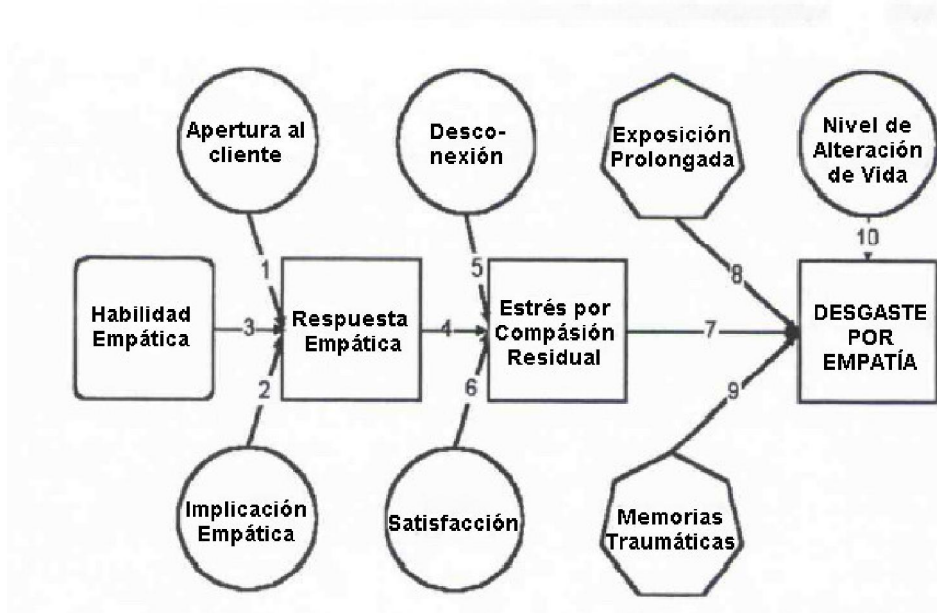
Con respecto a la etiología del síndrome, vale considerar algunas cuestiones. Desde el primer libro sobre desgaste por empatía (Figley, 1995) hubo una emergencia de apreciaciones nuevas sobre los costos del cuidado, y la relación entre el rol de la empatía y las previas experiencias traumáticas. El primer 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 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; 2002a). 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, juntas, forman el modelo que predice el desgaste por empatía (esquema 1). Se detallan los aspectos necesarios tanto para causar desgaste por empatía, como para detectarlo y tratarlo.

2.8 1 ESQUEMA 1

Variables que forman el modelo que predice el desgaste por empatía



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 empalizar 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 (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 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 consciente 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 terapeuta puede distanciarse de la tristeza del cliente entre las sesiones de terapia. Esta habilidad también demanda un esfuerzo consciente 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 terapeuta reconozca la necesidad de cuidado de sí mismo, y lleve a cabo un programa deliberado para cuidarse.

Más allá de que el terapeuta se esfuerce por desconectarse y tenga un alto sentido de logro, se encontrará en riesgo de desgaste por empatía si el estrés por 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.

Recolecciones Traumáticas. son las memorias que gatillan los síntomas del DETS y reacciones asociadas, como depresión y ansiedad. Estas memorias pueden referirse las experiencias con otros del terapeuta, específicamente de las demandas y tratamientos de clientes, o clientes 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 clientes, sobre todos los que tienen experiencias similares a eventos traumáticos vividos por el terapeuta.

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 distrés,

usualmente tolerable. Sin embargo, cuando se combinan con los otros factores, estos cambios pueden aumentar las probabilidades de que el terapeuta desarrolle desgaste por empatía.

Ante la inquietud por conocer cómo afecta este síndrome, desarrollamos un proyecto de investigación utilizando el instrumento denominado ESAPE, para medir el SDpE, que nos fue facilitado por la UCSF. Los datos obtenidos e interpretación de los mismos se expondrán en los siguientes capítulos del informe.

3.-TRABAJO DE CAMPO

3.1 Diseño Metodológico

El objetivo de la implementación del Instrumento ESAPE, es explorar la incidencia del SDpE, en psicólogos que se desempeñan en el área clínica.

Se aplicó el instrumento a continuación detallado, 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.

3.2 . Instrumento

De acuerdo a la investigación realizada por la Universidad Católica de Santa Fe Secretaría de Ciencia y Técnica por Main, Valeria; Rondón, Juan Manuel; Tauber, Liliana; Viñuela, Ma. Agustina; Zamponi, Jesús, para el Diseño de cuestionario de autoinforme que presentamos (ESAPE), se utilizaron:

3.2 1 Participantes

Para el estudio de las propiedades psicométricas de la escala la UCSF trabajó con una muestra de 186 profesionales que se desempeñan en tareas relacionadas con la atención y asistencia de personas, pertenecientes a las provincias de Entre Ríos y Santa Fe.

El grupo de mayor frecuencia, (36 %) se encuentra en un rango de 31 a 40 años de edad, un 23,7 % tiene entre 20 y 30 años, un 18,3 % entre 41 y 50 años y un 16,7 % entre 51 y 60 años. El 5,4 % restante tiene más de 61 años.

Con respecto a las profesiones, se observó que la mayoría (77 %) corresponde a profesionales que asisten directamente a las personas (médicos: 24,7 %; psicólogos: 23,7, enfermeros: 16,7 %, psicopedagogos: 3,2 %, terapistas ocupacionales: 2,7%, trabajadores sociales: 2,7 %, nutricionistas: 1,1, odontólogos: 1,1 % y psiquiatras 1,1 %). El 23 % restante

corresponde a los profesionales que realizan asistencia indirecta (19 contadores, 17 abogados, 5 sacerdotes y 2 no especificados).

En cuanto a la antigüedad profesional, el 46,8% se encuentra en un promedio de hasta 10 años de servicio, el 29 % entre 11 y 20 años, el 16,1 % entre 21 y 30 años y el 6,5 % entre 31 y 40 años de trayectoria laboral. Solo dos sujetos se encuentran en el rango que va de 41 a 50 años de antigüedad.

El 62,9 % de la muestra corresponde al sexo femenino y el 37,1 % al sexo masculino.

3.2.2 Materiales y procedimientos

Tomando como base la teoría de Figley (1995) y otras fuentes de conocimiento tanto empíricas como teóricas (casos clínicos, entrevistas a expertos, las escalas sobre burnout, estrés laboral y satisfacción laboral) confeccionaron una lista de 40 ítems pretendiendo abarcar todas las dimensiones del constructo. Posteriormente, estas afirmaciones fueron sometidas a una evaluación de jueces para cumplir con los criterios de objetividad científica.

Los estímulos fueron escalados según el método Lickert donde el profesional debía responder con una de cinco posibles opciones: nunca - pocas veces - a veces si, a veces no - frecuentemente - siempre. El total de las afirmaciones evalúan la percepción del grado de agotamiento empático que presenta el profesional.

La escala fue administrada a una muestra piloto no aleatoria de 141 profesionales pertenecientes a las provincias de Santa Fe y Entre Ríos. Se realizaron análisis de carácter exploratorio para conseguir indicadores de confiabilidad y validez. Estos datos fueron interpretados con máxima precaución dada la cantidad de sujetos que componía la muestra. Los resultados obtenidos tras estos análisis fueron satisfactorios y permitieron continuar con la administración de la prueba.

3.2.3 Construcción del Instrumento Definitivo

Se amplió la muestra y quedó constituida finalmente por 186 sujetos. Una vez recogido todo el material exploraron el índice de consistencia interna de la escala, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0,77, lo cual indicaría un nivel de confiabilidad aceptable.

Con respecto al funcionamiento factorial de la escala, se aplicó el método de componentes principales y rotación varimax, dado que se suponía la independencia de los factores entre sí. 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 los factores, utilizaron como criterio el Test de la Pendiente de Catell, que mostró tres dimensiones subyacentes (siendo que el método de autovalor había arrojado un total de 14 factores), las cuales explican el 28,38 % de la variancia.

De acuerdo al criterio de Stevens (que cada variable mostrara al menos el 15 % de variancia común con el factor) se consideraron sólo aquellos ítems que presentaban un pesaje igual o superior a 0.30; por tal motivo se eliminaron los ítems: 1, 4, 6, 11, 22 (veáse Tabla 1), quedando un total de 35 ítems.

El Alpha de Cronbach puntuó un valor de ,7858; lo que indicaría una mejor consistencia interna de la prueba. Se analizó la estructura factorial obtenida de la cual resultaron 6 ítems complejos (véase Tabla 2).

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 los ítems 7 y 36 por no cumplir con los requisitos establecidos. Finalmente el instrumento definitivo consta de 27 ítems con un Alpha de Cronbach de ,69 (Véase Tabla 3).

3.2 4 Construcción de los Baremos y justificación

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), la UCSF decidió construir cuatro perfiles según el funcionamiento empático del profesional y el riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía. 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). El perfil resultante no solo dependerá del puntaje total obtenido, sino también del puntaje correspondiente a cada factor.

A continuación se explica el proceso realizado para justificar los posibles perfiles resultantes.

Los valores numéricos posibles de respuesta para cada ítem oscilan entre 0 y 3 puntos, siendo:

- En los ítems positivos:

0 = muy de acuerdo

1 = de acuerdo

2 = desacuerdo

3 = muy en desacuerdo

- En los ítems negativos:

0 = muy en desacuerdo

1 = desacuerdo

2 = de acuerdo

3 = muy de acuerdo

El factor 1 'Involucración Profesional' posee 8 ítems, por ende el valor máximo que puede adoptar es 24. Como se observa en la figura 1, los

valores correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75 son 6, 12 y 18 respectivamente.

El factor 2 'Cuidado Personal' posee 10 ítems, por ende el valor máximo que puede adoptar es 30. La figura 2, expone que, en condiciones de población normal, los valores correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75 son 7.5, 15 y 22.5 respectivamente.

El factor 3 'Vulnerabilidad' posee 9 ítems, por ende el valor máximo que puede adoptar es 27. Como se observa en la figura 3, los valores correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75 son 6.75, 13.5 y 22.25 respectivamente.

Finalmente, el instrumento completo consta de 27 ítems. El puntaje máximo total que puede arrojar es 81. Y los valores correspondientes a los percentiles 25, 50 y 75 son 20.25, 40.5 y 60.75 respectivamente, en condiciones de población normal.

3.2.5 Configuración de perfiles

Puesto que los puntajes arrojados tanto por cada factor como por el instrumento completo serán siempre números enteros, se realizó un ajuste de los valores decimales de cada percentil: los valores que tienen un factor decimal mayor o igual que 5 serán tomados como su valor entero siguiente (e.g. 40.5 se tomará como 41) y los valores con factores decimales menores a 5 serán tomados por su valor entero (e.g. 20.25 se tomará como 20).

Arbitrariamente, y acorde con la bibliografía consultada (Aron 2001; Aiken 2003), se incluyen cuatro posibles perfiles resultantes, de acuerdo a los posibles puntajes. Los mismos se detallan a continuación:

- 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 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 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 mayor 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 21 y 41, 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-

De acuerdo a las conclusiones de la investigación realizada por la UCSF, sobre el ESAPE, cada uno de los casi 200 profesionales entrevistados, fue

que ellos mismos expresaban sorpresa al manifestar que en el momento de la entrevista, caían en la cuenta de que estaban experimentando o habían experimentado este fenómeno, con diversa intensidad, desde que habían iniciado su trabajo. Psicólogos, psicopedagogos, asistentes sociales, enfermeros, médicos, sacerdotes, pastores, parecían reflexionar profunda y gravemente cuando, para la administración de las escalas de prueba, les hacíamos una breve introducción respecto al objetivo de la investigación. Nos parecía que la mayoría de los profesionales consideraban que lo que les sucedía: cansancio, desgano y otros signos de desgaste, era algo más personal y no relacionado con su trabajo, casi algo inconfesable, que les sucedía por una deficiencia personal y no que fuese un patrón generalizado de los profesionales que trabajan con personas que sufren.

Las bondades psicométricas del instrumento presentan dos puntos de apoyo muy fuertes. Primero, se muestra como un instrumento con validez suficiente por su consistencia interna mostrada en los parámetros estadísticos con los que se construyó y que se analizaron y se expresan más arriba. Y en segundo lugar, los tres factores encontrados: involucración, cuidado personal y vulnerabilidad, son los factores presentes en la escasa literatura sobre el tema desgaste por empatía. En las pautas de prevención que expone Figley (2002) los ítems a tener en cuenta se relacionan con el cuidado personal, con la habilidad del terapeuta para deslindar su trabajo de su vida social y familiar y en las características de personalidad.

El ESAPE se constituye en el primer instrumento creado en nuestro país que permite una evaluación global de cómo y cuánto está afectada la

capacidad empática del profesional que ayuda al que sufre. Permite evaluar si el profesional obtiene básicamente satisfacción o básicamente cansancio y desgaste emocional en su trabajo. El ESAPE discrimina si un profesional está funcionando en un nivel óptimo, en un nivel medio, pero con cierto riesgo de contraer el síndrome o, si ya está claramente afectado por el síndrome de desgaste por empatía. El ESAPE puede usarse para realizar talleres de prevención, aplicando la escala a una población de profesionales por parte de expertos en el manejo de la escala y del síndrome de desgaste por empatía.

3.2. 6

ESQUEMA 2. Factores que intervienen e ítems que componen en ESAPE.

(Para observar el instrumento ver ANEXO A)

Factor	Evalúa	N° Ítem del ESAPE que lo componen
1 Involucración profesional	El grado de involucración el grado de involucración en la relación paciente/ cliente- profesional. El buen desarrollo del trabajo profesional implica un grado razonable de involucración. Tanto el exeso como la falta de involucración perturban la calidad y el resultado del trabajo	2 5 9 12 15 18 21 24 26
2 Cuidado Personal	En que medida el profesional cuenta con recursos personales y técnicos de cuidado personal para prevenir o afrontar el desgaste Bio psico físico propio del trabajo de ayuda	1 6 8 11 14 17 20 23 25 27
3 Vulnerabilidad	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 4 7 10 13 16 19 22

3. 3 Proceso estadístico.

Se procede a la sumatoria de los diferentes factores según el estudio hecho por la UCSF, cada una de dichas sumatorias corresponde a un determinado perfil. Dicha sumatoria se realizó con cada uno de los protocolos administrados. Para su posterior presentación en gráficos de barras, se realizaron procedimientos matemáticos para transformarlos en porcentajes.

Factor 1: *Involucración Profesional.*

$$\begin{array}{cccccccccc} _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & = & _ \\ 3 & & 4 & & 7 & & 10 & & 13 & & *16 & & 19 & & *22 & & 8 \end{array}$$

Factor 2: *Cuidado personal.*

$$\begin{array}{cccccccccc} _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & = & _ \\ 1 & & 6 & & 8 & & *11 & & 14 & & 17 & & 20 & & 23 & & *25 & & 27 & & 10 \end{array}$$

Factor 3: Vulnerabilidad.

$$\begin{array}{cccccccccc} _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & + & _ & = & _ \\ 2 & & *5 & & *9 & & 12 & & 15 & & 18 & & *21 & & *24 & & 26 & & & & 9 \end{array}$$

En base a la bibliografía consultada, la UCSF construyó cuatro perfiles según el funcionamiento empático del profesional y el riesgo de contraer SDpE. 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. El perfil resultante no solo dependerá del puntaje total obtenido, sino también del puntaje correspondiente a cada factor.

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 anormal, con SDpE.

Se aplicó el instrumento a continuación detallado, 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 previamente explicitados en el PLAN DE TRABAJO, de sexo, rango de edad y ámbito laboral (público o privado), antigüedad y cantidad de horas semanales trabajadas.

3.4 Muestra

La distribución de la muestra fue al azar. Se dejaron las escalas para su auto administración en el Colegio de psicólogos, Centros de salud mental privados y públicos. La muestra obtenida al principio fue de 73 profesionales, de las cuales se seleccionaron 50, 25 hombres y 25 mujeres, que cumplieran con los requisitos de rangos de edad (25-35, 36-50, mas de 50 años) y de ámbito de trabajo (Publico- privado) para su comparación. Algunas pruebas se descartaron por estar incompletas.

3.5 Esquemas descriptivos de la muestra

3.5.1 ESQUEMA 3:

Población total seleccionada para la investigación, dividida según el sexo y ámbito de trabajo (público o privado).

Rango de edad y Ámbito de trabajo	Sexo	Cantidad de casos Hombre	Cantidad de casos Mujer
	25- 35 años		
Publico		5	4
Privado		3	6
36-50 años			
Publico		5	3
Privado		4	5
50 y + años			
Publico		3	4
Privado		5	3
Total de personas:		25	25

3.5.2 ESQUEMA 4:

Cantidad de horas trabajadas semanalmente divididas según sexo.

<i>Sexo</i>	<i>hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Horas</i>		
<i>0-15 hs</i>	<i>1</i>	<i>4</i>
<i>15- 30 hs</i>	<i>7</i>	<i>10</i>
<i>30- + hs</i>	<i>17</i>	<i>11</i>

3.5.3 ESQUEMA 5:

Antigüedad en la profesión dividida según sexo.

<i>Sexo</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Antigüedad</i>		
<i>0-15 años</i>	<i>16</i>	<i>19</i>
<i>15- 30 años</i>	<i>9</i>	<i>5</i>
<i>30- + años</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

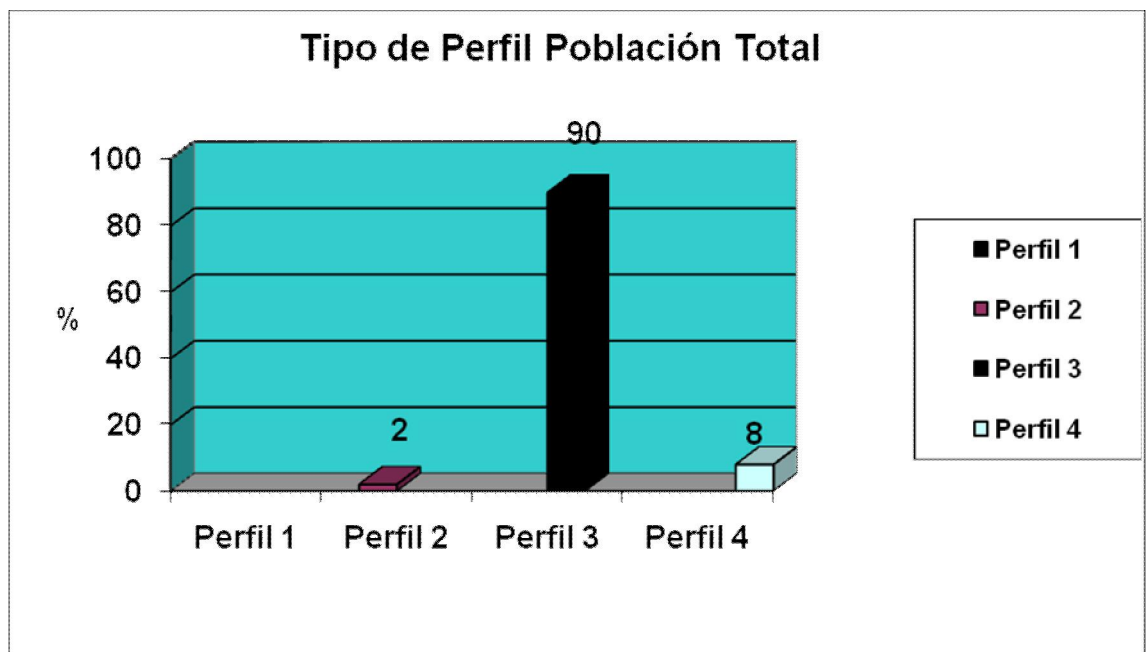
Nota .

- En el *ANEXO A* se puede encontrar la escala ESAPE
- En el *ANEXO B* se encuentran las matrices de datos, y el proceso de validación del ESAPE por la UCSF.

4.- PRESENTACIÓN DE DATOS

4.1 Gráficos representativos de los resultados

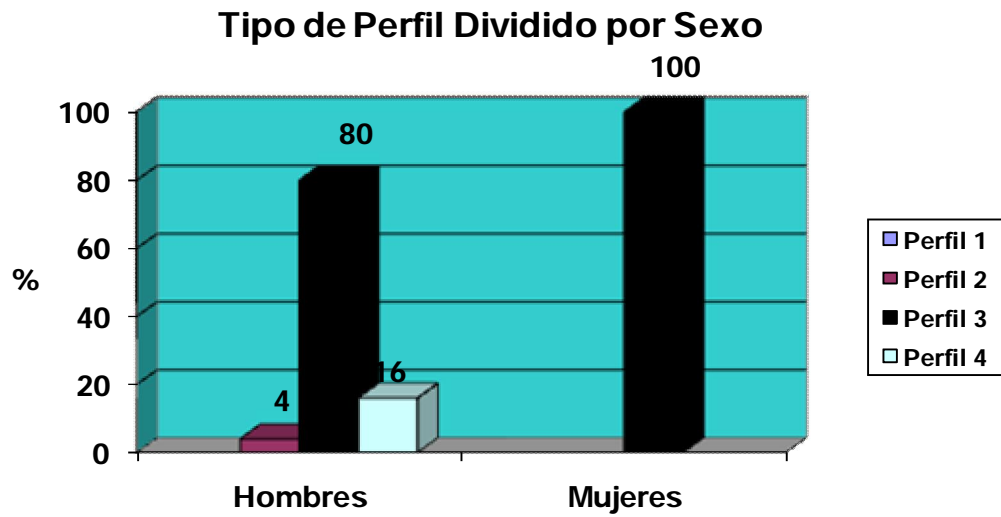
4.1.1.GRAFICO 1



Se observa que un 90 % de la población total se encuentra dentro del perfil 3, Mientras que se encontró un 8% de la población total con perfil 4: Funcionamiento empático anormal, con SDpE. Y un 2% con perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE.

4.1.2

GRAFICO 2

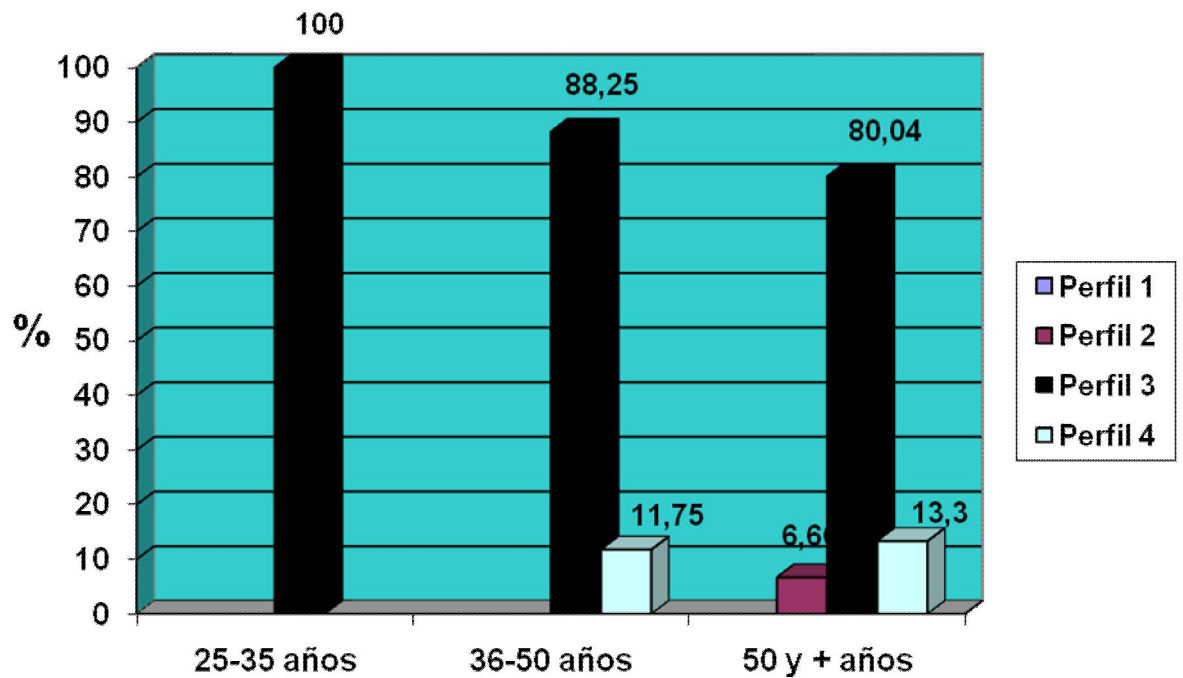


Se observa que la mayor parte de la población (100% de las mujeres y el 80% de los hombres se encuentran dentro del perfil 3:(Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.).

4.1.3

GRAFICO 3:

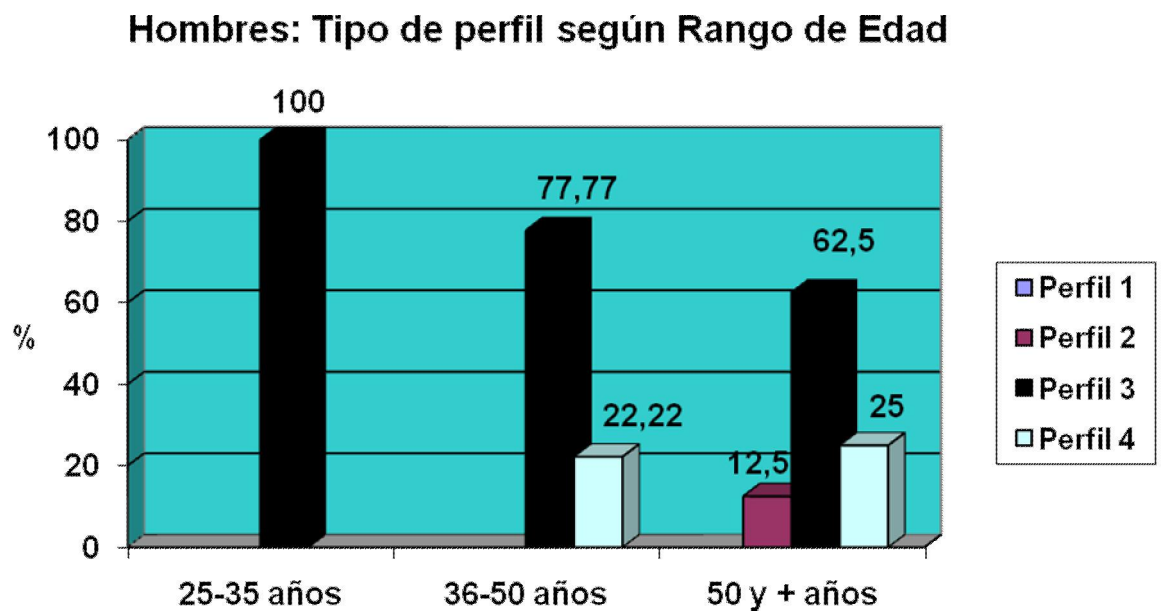
Población Total: Tipo de perfil según Rango de edad



En cuanto a los rangos de edad de la población total encontramos que en el primer rango (25 a 35 años) el 100% de la población de ese rango se encuentra en el perfil 3, mientras que en el segundo (36-50 años) el 88,25 se encuentra en el perfil 3, y el 11,75 en el perfil 4. Las edades de 50 o + años se encuentran en un 6,66 en el perfil 2, el 80,04 en el perfil 3, y el 13,3 en el perfil 4.

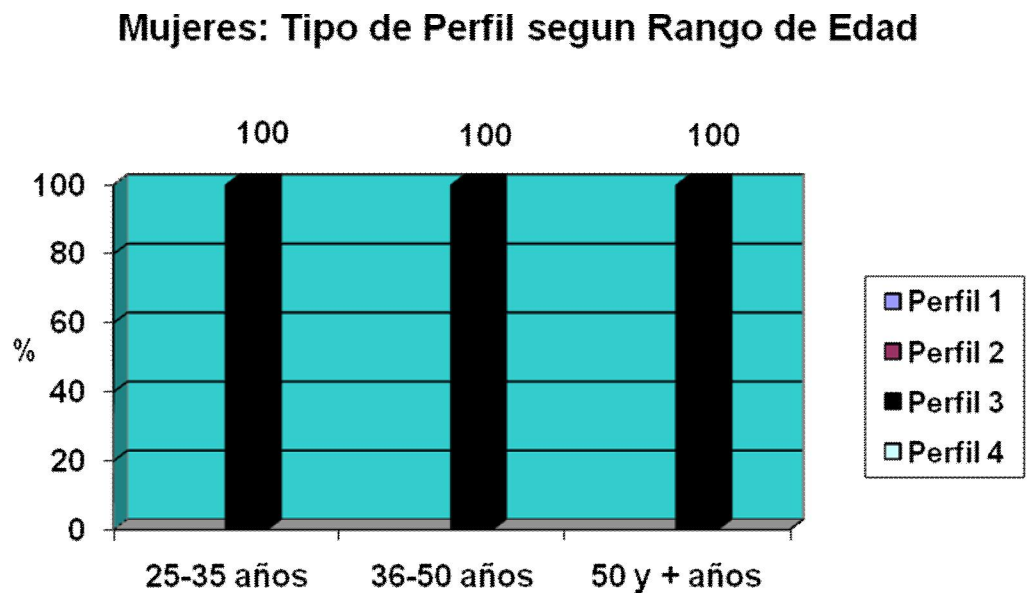
4.1.4

GRAFICO 4:



4.1.5

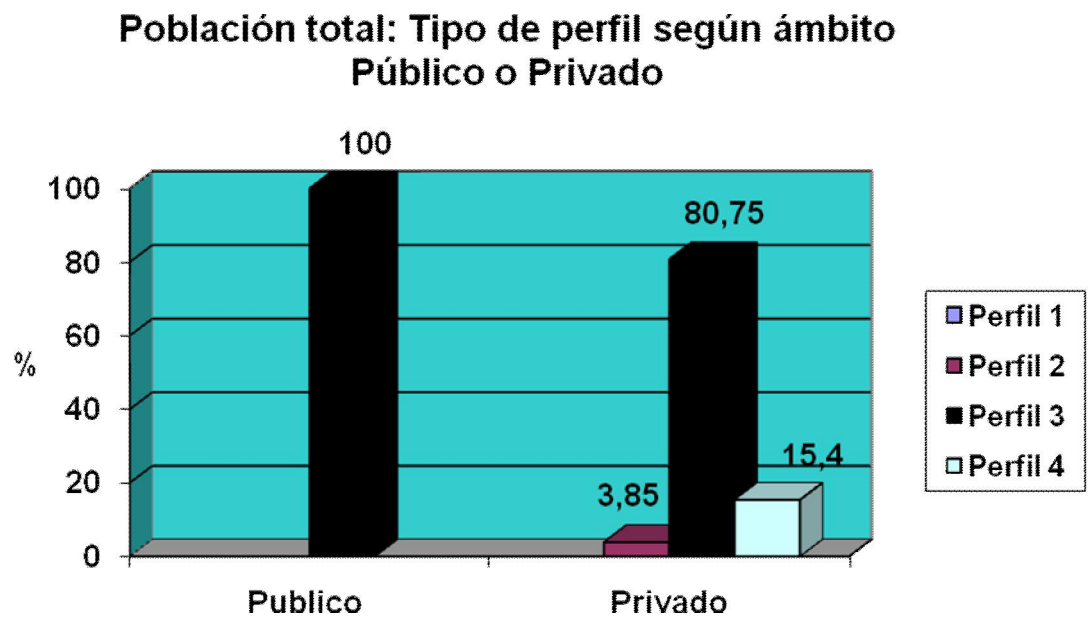
GRAFICO 5:



Las mujeres se encuentran en su totalidad en el perfil 3. Los hombres en rango de 25 a 35 años encuentran también en el 100% en el perfil 3.

4.1.6

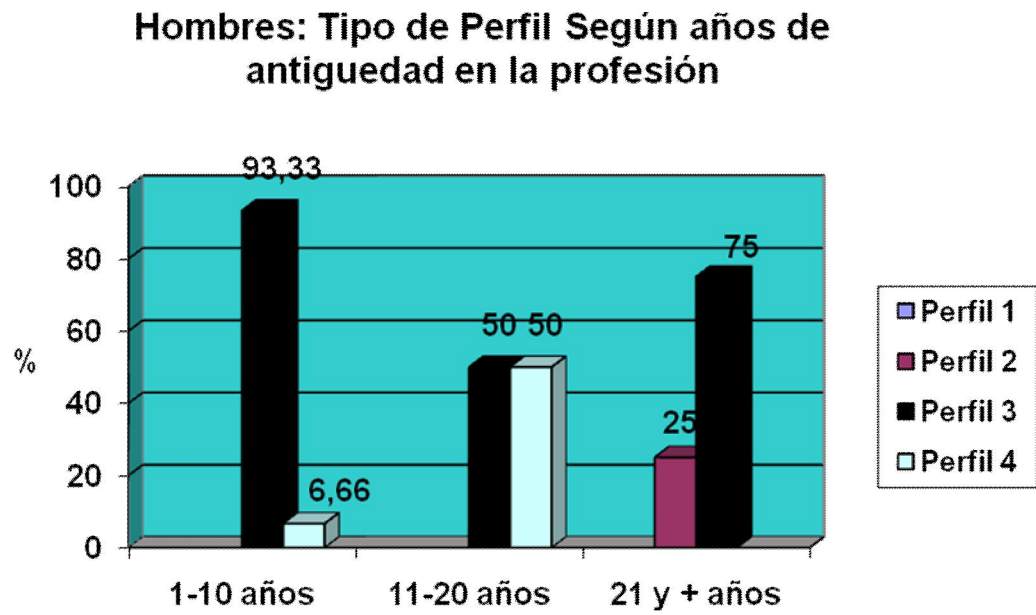
GRAFICO 6:



El 100 % de la población del ámbito público se encuentra en el perfil 3.

4.1.7

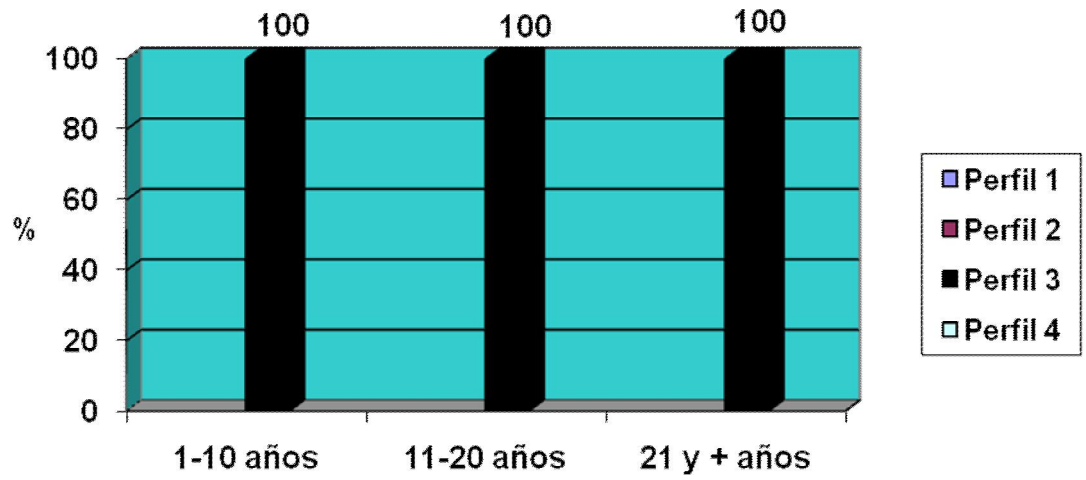
GRAFICO 7:



4.1.8

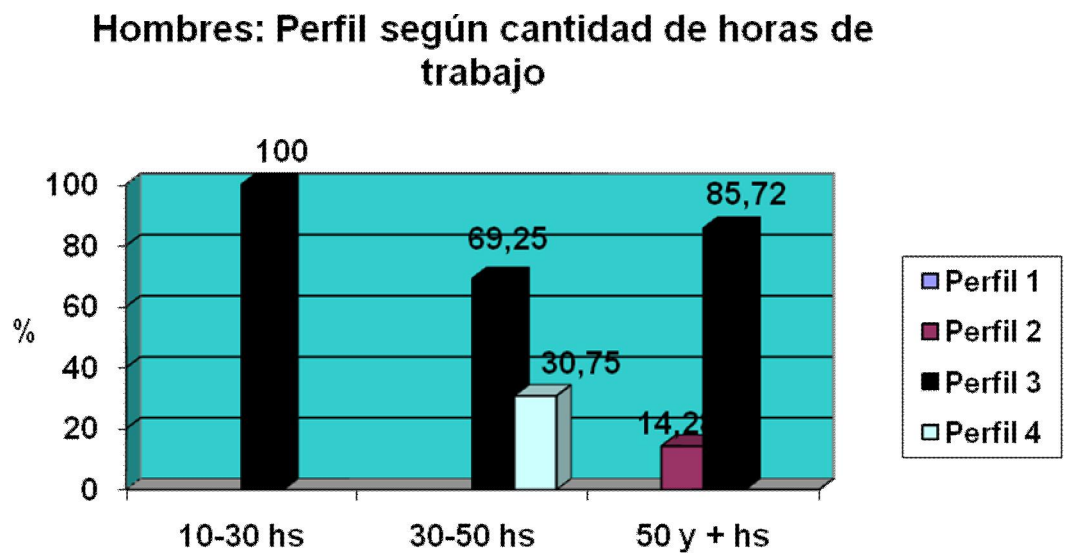
GRAFICO 8:

Mujeres: Tipo de Perfil según antigüedad en la profesión



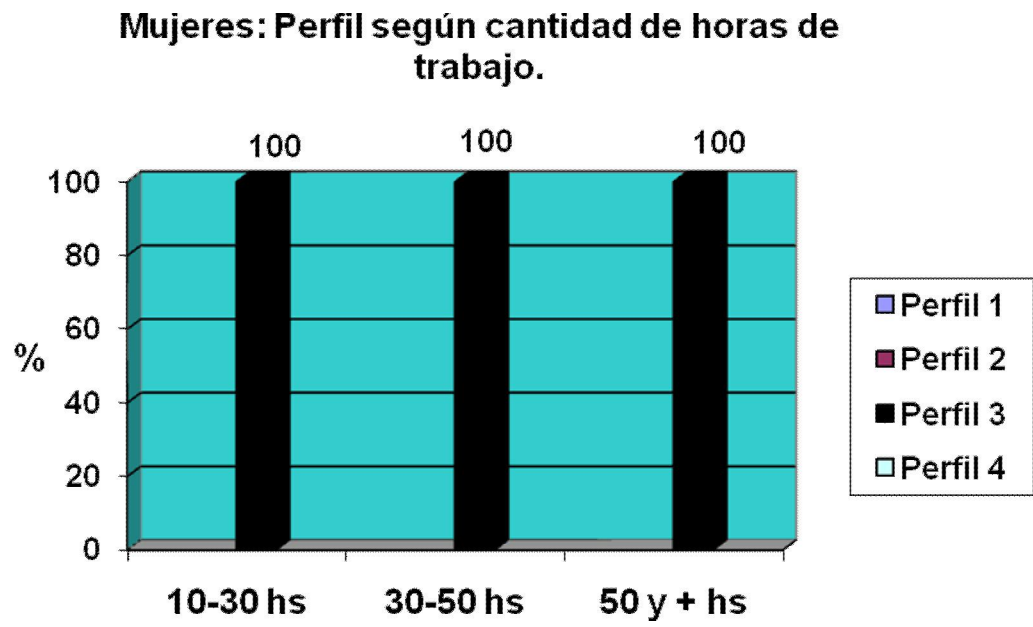
4.1.9

GRAFICO 9



4.1.10

GRAFICO 10:



5.- INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La atención puesta sobre qué les sucede, psíquica, emocional y socialmente, a los profesionales de la salud y a los que trabajan con personas afectadas por catástrofes, ha permitido, en los últimos 15 años, describir una serie de trastornos concomitantes a la práctica profesional. El Síndrome de Desgaste por Empatía se constituye en el recién llegado a la constelación de síndromes asociados a variables laborales potencialmente negativas. Los conceptos antecedentes a dicho síndrome, descriptos en relación a los efectos derivados del trabajo, como el estrés y el burnout, constituyen herramientas que permiten un abordaje general de la cuestión pero que no facilitan la identificación específica de qué es lo que sucede en estos profesionales que ayudan al que sufre. Es así que los abordajes preventivos y terapéuticos se planteaban en términos generales para todo tipo de cansancio emocional y psicofísico. El conocimiento y difusión de SDpE permite su detección a tiempo y su prevención.

El trabajo de investigación con la utilización de la escala, brinda la posibilidad de evaluar el grado de afectación por este síndrome de los profesionales que ayudan al que sufre, nos deparó una serie de sorpresas que, por una parte, nos confirmaban que estábamos en lo cierto y en el buen camino - el que ayuda al que sufre, tiene compensación emocional por su tarea pero sufre y puede sufrir consecuencias negativas en su desempeño profesional.

Lo que observamos en el campo clínico, es que algunos profesionales están seriamente agotados, otros lo están moderadamente, otros sufren altibajos, otros apenas y algunos, después de años de trabajo, a punto de

retirarse, se muestran felices, productivos, eficaces y con capacidad de disfrutar de la vida.

Podemos ver, que en el total de la población, al considerarlos según el ámbito, en el espacio privado se encuentra el total de casos con perfil Funcionamiento empático anormal, con SDpE. La población del ámbito público se encuentra en el perfil funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE.

En cuanto a la división por sexo, encontramos que todas las mujeres se encuentran en el perfil funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE, mientras que los hombres, al considerarlos según la edad, vemos que aumenta el Funcionamiento empático anormal, con SDpE, a medida que avanza la edad de la persona. Y en la población de hombres, que posee entre 11 y 20 años de antigüedades es donde mas se localiza el Funcionamiento empático anormal, con SDpE.

Debido a que el instrumento ESAPE aun no se administró a poblaciones sanas y enfermas nos pondremos nuevamente en contacto con la UCSF, para proporcionarles la muestra y las conclusiones arrojadas por la población de Mar del Plata, para la futura realización de los baremos a nivel nacional que puedan estimar con mayor certeza los resultados del instrumento.

6.- CONCLUSIÓN

La investigación realizada, nos permitió conocer el SDpE, y las características que este presenta en la población de Mar del Plata. Arrojo datos que nos sorprendieron, ya que encontramos que la mayor parte de la población se encuentra en riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía.

De los datos obtenidos, el factor Involucración profesional y el factor vulnerabilidad son los que más determinaron los perfiles encontrados en los profesionales.

En cuanto a la experiencia de realización de la tesis, nos resulto dificultoso, por un lado contactarnos con quienes desarrollaron el instrumento ESAPE en la UCSF, y en la obtención de las muestras, ya que no todas las instituciones, ni los profesionales estaban predispuestos a contestarlas.

En dicho punto también consideramos relevante expresar que muchos de los lugares y profesionales que accedieron a la toma de la muestra, manifestaron su alto interés por la temática presentada.

El problema en estudio, nos resulto altamente interesante porque a partir de el pudimos conocer características del trabajo del psicólogo clínico y de la especificidad de su rol en la salud pública y privada, ya que es la actividad que en un futuro cercano elegimos ejercer. Para el trabajo en la escucha de otro sufriente, es fundamental encontrar un profesional que brinde un servicio con responsabilidad e idoneidad. Aquí, coincidimos con la investigación de la UCSF, que sugiere para la prevención del SDpE:

- *Infórmese*, a fin de aprender más sobre los fenómenos de desgaste por empatía, traumatización vicaria y estrés traumático.
- *Únase a un grupo de estudio*. Una reunión periódica de profesionales puede convertirse en un refugio para el profesional asistencial. Si no existe forme uno usted mismo.
- *Inicie un programa de ejercicios hoy mismo* (previa consulta con un médico). La actividad física ayuda a controlar el stress y la ansiedad en forma eficaz y permite mantener el optimismo y la energía mientras se trabaja con problemas atroces.
- *Enseñe a sus colegas como contenerlo*. Hágales saber qué es lo mejor para usted cuando sufre de estrés o malestar.
- *La supervisión profesional periódica* también puede ser beneficiosa, sobre todo en los momentos difíciles.
- *Desarrolle su espiritualidad*. Es la capacidad de encontrar bienestar, apoyo y significado de un poder mayor que usted mismo, y es necesaria para la relajación (meditación, iglesia/templo/sinagoga, rituales característicos de su comunidad, talleres específicos).
- *Equilibre su vida*. Recuerde que dar lo mejor de si mismo siempre es suficientemente bueno. Usted solo puede hacer lo que puede hacer. Cuando después de 8 horas de trabajo abandona el consultorio... ¡deje el consultorio atrás! Perseverar sobre sus pacientes y sus situaciones no es saludable ni para ellos ni para usted ni para su familia. Si cuando se va del consultorio recupera energías, resultará más útil a sus pacientes.

- *Desarrolle una disciplina artística o deportiva.* Concurra a clases y practique por su cuenta; experimente y cree. Estas son actividades integradoras y gratificantes. Mantenerse activo le dará un sentimiento de reactivación mientras que evitar la actividad le hará más vulnerable a los efectos del estrés al día siguiente.

- *Trátese bien a sí mismo.* No mantenga diálogos críticos y coercitivos consigo mismo. Para poder ser un terapeuta eficaz, la primera responsabilidad es tener la herramienta de trabajo en condiciones óptimas.

- *Realice un tratamiento breve.* Una consulta a tiempo puede orientarlo respecto a qué le está pasando.

Esta tesis se enmarca en ambos integrantes, en el trayecto final de la carrera, en donde se empieza a construir un rol como futuro profesional y se va dejando el espacio de estudiante Universitario de grado, el cual plantea nuevos desafíos y oportunidades.

Si pensamos el rol de un Psicólogo clínico en su labor diaria, podríamos decir que este debe tener la capacidad de notar el dolor en otros y, a esta habilidad empática, se le debe sumar el compromiso de este y su motivación para ayudar. Es necesario que el terapeuta pueda discriminar donde terminan las responsabilidades del profesional, y donde empiezan las del consultante.

Consideramos interesante poder seguir pensando la temática y cuando la finalizábamos, nos planteábamos como interrogante si las características de las instituciones tanto públicas como privadas, podrán incidir en la salud mental de los profesionales.

Desde ya queremos agradecer a Jesús Zamponi (UCSF) por la información brindada sobre la temática, y a Ana Redondo (UNMdP) por su predisposición y seguimiento de nuestro trabajo, como así a la Lic. Haydee Oggero (UNMDP).

7.- BIBLIOGRAFÍA

Abajo Olivares, F. J. (2006) *Moobin. Acoso sexual en el ámbito laboral*. Lexis Nexos.

Abe, J y Izard, C. (1999) The Developmental Functions of Emotions: an Analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognitions and Emotions*,13 (5)

Aiken, L. (2003) Tests psicológicos. Prentice Hall.

Aron, A. y Aron, E. (2001) *Estadística para psicología*. Prentice Hall.

Becker, Dana (2000) When She Was Bad: Borderline Personality Disorder in a posttraumatic Age. *American Journal of Orthopsychiatry*. 70, (4)

DSM-IV. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson

Glaserman, M. R. (2006) El taller de la familia de origen del terapeuta. En A. Roizblatt. *Terapia Familiar y de Pareja: Mediterraneo*,

Goleman, D (2000). *La Inteligencia Emocional*. Ed. Vergara

Eibl-Eibesfeldt, I. (1993) *Biología del comportamiento humano*. Alianza.

Eisemberg, N. y Strayer, J. comps. (1987). *La empatía y su desarrollo*. Ed. Desclée de Broker.

Ekman, P. (1992) An Argument for Basic Emotion. *Cognition and Emotion*, 6

Figley, Ch. Edit. (1995) *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized*. BR NY and London.

Figley, Ch. Edit. (2002) *Treating Compassión Fatigue*. Routledge.

Izard, C. (1999) The Developmental Functions of Emotions. *Cognition and Emotion*, 13 (5) 523-49

Laplanche, J y Pontalis. (1972) *Diccionario de psicoanálisis*. Labor

Lazaruz, B. y Lazaruz, B. (1994; 2000) *Pasión y Razón*. Paidós.

Pearlman, L. y Saakvitne, K. (1995) *Treating Therapist with Vicarious Traumatization and Secondary traumatic Stress disorders*. En: Figley 1995

Main, Valeria; Rondón, Juan Manuel; Tauber, Liliana; Viñuela, Ma. Agustina; Zamponi, Jesús. (2008) *Creación de una escala – ESAPE- para evaluar SDpE*. Universidad Católica de Santa Fe. Secretaria de ciencia y técnica.

Munroe, J; Shay, J; Makay, C; Rapperport, K y Zimering, R. *Preventing Copassion Fatigue. A treatment model*. En Figley 1995

Pervin, L. (1996) *La ciencia de la personalidad*. McGraw-Hill.

Pines, A. y Aronson, E. (1988) *Carrer Burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.

Piero, J (1992) *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Edudema.

Rodríguez-Torres, R (2005) The lay distinction between primary and secondary emotions: a spontaneous categorization? *International Journal of Psychology*.

Stamm, B.H., (2002) Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue. En Figley 2002.

Tomkins, S.S. 1991 .Affect, Imagery and consciousness: the negative affects. NY. Springer. Affects, Imagery and consciousness. Anger and fear. NY. Springer. Citado en L. Pervin, (1996)

Tomkins, S. S. (1981) The quest for primary motives. Biography and autobiography of an idea. En Journal of personality and social psychology. 41. Citado en L. Pervin (1996)

Tonon, Graciela. (2004) *Calidad de vida y desgaste profesional*. Espacio editorial.

8.- ANEXO A

ESCALA ESAPE

ESAPE

Escala de Agotamiento Por Empatía

Edad:Sexo:

Profesión: Antigüedad en la profesión:

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

1 = muy de acuerdo

2 = de acuerdo

3 = desacuerdo

4 = muy en desacuerdo

Se garantiza total confidencialidad de los datos proporcionados.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración

	1	2	3	4
1. Mantengo el cuidado de mi salud.				
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.				
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.				
4. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.				
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas				
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.				
7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.				

8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño				
9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.				
10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes				
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos				
12. Me cuesta mantener la concentración.				
13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.				
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.				
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.				
16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.				
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes				
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.				
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.				
20. No presento síntomas somáticos.				
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes				

22. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.				
23. Aumento de peso de modo llamativo.				
24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.				
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.				
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.				
27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.				

ESAPE

Escala de Agotamiento Por Empatía

Edad:.....Sexo:

Profesión: Antigüedad en la profesión:

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

1 = muy de acuerdo

2 = de acuerdo

3 = desacuerdo

4 = muy en desacuerdo

Se garantiza total confidencialidad de los datos proporcionados.

Desde ya, muchas gracias por su colaboración !!

	1	2	3	4
1. Mantengo el cuidado de mi salud.				
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.				
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.				
4. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.				
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas	1	2	3	4
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.				
7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.				
8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño				
9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.				

10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes				
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos				
12. Me cuesta mantener la concentración.				
13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.				
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.				
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.				
16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.				
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes				
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.				
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.				
20. No presento síntomas somáticos.				
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes				
22. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.				
23. Aumento de peso de modo llamativo.				

24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.				
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.				
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.				
27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.				

ESCALA DE AGOTAMIENTO POR EMPATÍA

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)

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

3 4 7 10 13 *16 19 *22 8

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)

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

$$1 \quad 6 \quad 8 \quad *11 \quad 14 \quad 17 \quad 20 \quad 23 \quad *25 \quad 27$$

10

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)

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

$$2 \quad *5 \quad *9 \quad 12 \quad 15 \quad 18 \quad *21 \quad *24 \quad 26 \quad 9$$

9.- ANEXO B

MATRICES DE DATOS

Anexo 1: Primer Análisis Estadístico. Instrumento Piloto

Índice de confiabilidad: Análisis de consistencia interna

N of Cases = 125.0

N of Items = 36

Alpha = .8270

Validez factorial

Determinación de correlación de variables. Aptitud para aplicar o no el análisis factorial:

a. Prueba de Esfericidad de Barlett: 1552,984 p=.000

b. Estadístico KMO: 0,712

Extracción de componentes principales: *AUTOVALOR: 11 factores*

F1(4, 10, 13, 20) à Cuidado de la salud

F2(11, 12, 32, 33, 34 ,36) à Pérdida de interés

F3(21, 22, 23, 24, 30, 31) à Vulnerabilidad

F4(2, 5, 7, 19, 31, 36) à Re-experimentación

F5(16, 17, 25, 26, 28, 29) à Perturbaciones funcionales

F6(19, 27, 32) à Ansiedad

F7(14, 18, 19) à Competencia

F8(6, 8, 15) à Autoeficacia

F9(9, 23, 31) à Evasión

F10(35, 36) à Motivación

F11(1, 3) à Involucración

Matriz de Componentes Rotados (VARIMAX)

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-	-	-	-	-	-	.044	-	.118	.106	.851
	.068	.048	.103	.076	.075	.034		.050			
2	.329	-	.024	.616	.207	.003	-	-	-	-	-
		.216					.118	.103	.012	.076	.189
3	.783	.031	.240	.010	.147	.037	-	-	.090	.024	-
							.097	.082			.109
4	.699	-	.162	.131	.171	.152	.144	-	-	.136	-
		.129						.021	.264		.010
5	.136	-	-	.718	-	.140	.008	-	-	-	-
		.006	.021		.158			.077	.164	.047	.196
6	.004	.072	.227	.281	-	.218	.073	.574	-	.240	-
					.086				.006		.152
7	-	.173	.211	.705	.190	-	-	.030	.153	-	-
	.003					.052	.175			.010	.177
8	-	.124	.050	-	-	.020	.093	.799	.008	-	-
	.051		.171	.013						.009	.013
9	.093	.011	.124	.070	.091	.030	.096	.012	.799	-	.169
										.098	
10	.767	.243	-	.121	.012	-	-	-	.047	.011	.040
			.015			.055	.075	.053			
11	.275	.436	-	-	.267	.217	.213	.014	.033	.391	-
			.134	.017							.201
12	.228	.463	.199	-	.014	.036	.275	.224	.172	.106	-
				.019							.244
13	.484	.055	.105	.059	.037	.179	-	.379	.100	.291	-
							.065				.145
14	-	.152	.175	.132	.083	.130	.630	.036	.209	.285	-
	.007										.068
15	-	.075	-	-	-	-	.207	.560	-	-	.458
	.051		.131	.154	.041	.004			.080	.185	
16	.009	.240	.221	-	.337	.277	-	.100	.012	.033	-
				.281			.116				.166
17	.146	.056	.064	.045	.668	.102	.210	-	-	-	.005
								.238	.093	.096	
18	-	.107	-	-	-	.049	.749	.105	.057	-	.134
	.059		.125	.113	.019					.017	
19	-	-	-	-	.056	-	.647	.113	-	-	-

	.062	.070	.062	.322		.367			.120	.091	.007
20	.506	.019	.208	.256	.108	.152	.036	.081	- .571	.044	.083
21	.270	.080	.684	- .185	.056	.187	- .062	.067	- .040	.017	- .047
22	- .127	.086	.360	- .146	- .067	.553	.069	- .100	.073	.249	- .161
23	.227	.154	.438	.149	.003	.400	.175	.102	.335	.107	.075
24	.239	.195	.626	.102	.233	.153	.001	.002	.190	.053	- .016
25	.085	- .042	.140	.064	.700	.051	- .099	- .061	.150	.041	- .019
26	- .145	.342	.233	.152	.459	.255	.146	.239	- .030	.251	- .062
27	.178	.136	.093	.113	.272	.683	- .116	.200	- .068	- .094	.003
28	.159	.200	.047	.085	.527	.590	.069	.119	- .004	- .005	.065
29	.164	.081	.003	- .083	.562	- .030	- .009	.209	- .150	.442	- .133
30	.004	.059	.646	.247	.102	.010	- .028	.074	- .106	.049	- .139
31	.160	.211	.332	.368	.123	- .092	- .116	.011	- .467	- .048	.170
32	.027	.667	.176	- .180	.007	.304	.075	- .001	- .219	.077	- .121
33	.024	.734	.020	.204	.066	.032	- .008	.163	.115	- .151	.068
34	.012	.639	.415	.049	.081	- .051	- .029	.014	- .123	.297	.077
35	.104	.084	.108	- .070	.028	.014	.048	.009	- .069	.761	.113
36	.160	.551	- .006	- .312	.048	.274	.285	.026	.012	.322	.081

Anexo 2: Análisis de la última versión del instrumento

Índice de confiabilidad: Análisis de consistencia interna

N of Cases = 158,0

N of Items = 40

Alpha = ,7701

Validez Factorial

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,694
Prueba de Chi-cuadrado de esfericidad de aproximado	1878,985
Bartlett	780
gl	
Sig.	,000

Extracción de factores

Autovalor: 14

Pendiente de Catell: 3

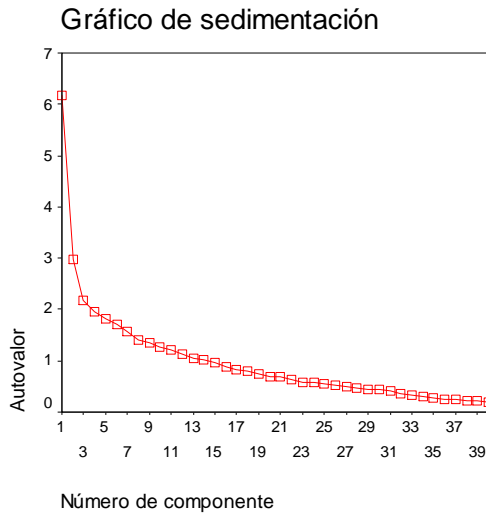
Rotación: Varimax

Varianza total explicada

Componen te	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Tota l	% de la varianza	% acumulado	Tota l	% de la varianza	% acumulado	Tot al	% de la varianza	% acumulado
1	6,18	15,46	15,467	6,18	15,467	15,467	2,9	7,408	7,408
2	7	7	22,906	7	7,439	22,906	63	5,609	13,017
3	2,97	7,439	28,380	2,97	5,473	28,380	2,2	5,544	18,561
4	6	5,473	33,286	6	4,907	33,286	44	5,440	24,000
5	2,18	4,907	37,830	2,18	4,544	37,830	2,2	5,066	29,066
6	9	4,544	42,107	9	4,277	42,107	18	5,029	34,095
7	1,96	4,277	46,027	1,96	3,920	46,027	2,1	4,791	38,887
8	3	3,920	49,529	3	3,502	49,529	76	4,432	43,318
9	1,81	3,502	52,875	1,81	3,346	52,875	2,0	4,420	47,739
10	7	3,346	56,058	7	3,183	56,058	26	4,183	51,921
11	1,71	3,183	59,087	1,71	3,030	59,087	2,0	4,015	55,936
12	1	3,030	61,885	1	2,798	61,885	12	3,842	59,779
	1,56	2,798		1,56			1,9		
	8			8			17		
	1,40			1,40			1,7		
	1			1			73		
	1,33			1,33			1,7		
	8			8			68		
	1,27			1,27			1,6		
	3			3			73		
	1,21			1,21			1,6		
	2			2			06		
	1,11			1,11			1,5		

	9			9			37		
13	1,04	2,608	64,493	1,04	2,608	64,493	1,5	3,780	63,559
	3			3			12		
14	1,01	2,536	67,030	1,01	2,536	67,030	1,3	3,471	67,030
	5			5			88		
15	,954	2,385	69,414						
16	,883	2,208	71,623						
17	,837	2,093	73,716						
18	,809	2,023	75,739						
19	,751	1,878	77,617						
20	,701	1,753	79,370						
21	,678	1,694	81,064						
22	,634	1,585	82,649						
23	,586	1,464	84,114						
24	,577	1,443	85,557						
25	,562	1,405	86,962						
26	,532	1,331	88,293						
27	,505	1,262	89,555						
28	,470	1,174	90,730						
29	,453	1,131	91,861						
30	,436	1,090	92,950						
31	,406	1,016	93,966						
32	,365	,912	94,878						
33	,340	,849	95,727						
34	,308	,769	96,496						
35	,284	,711	97,207						
36	,250	,625	97,832						
37	,243	,608	98,440						
38	,221	,552	98,992						
39	,212	,531	99,522						
40	,191	,478	100,000						

Selección de factores: test de la pendiente de Catel



Matriz de componentes rotados según el criterio de la pendiente de Catell

	Componente		
	1	2	3
1. Los clientes/pacientes difíciles me estimulan	,170	,127	-,048
2. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas	<u>,525</u>	,244	,279
3. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.	,215	-,112	<u>,302</u>
4. Cuando descanso dejo de lado los temas vinculados con mi actividad profesional.	-,073	,239	,259
5. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.	<u>,433</u>	,331	,314
6. Mi trabajo no me impide hacer cosas gratificantes.	-,001	,021	-,062
7. Al trabajar con una víctima, tengo pensamientos de violencia en contra de los victimarios.	,030	<u>,407</u>	,194
8. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.	<u>,442</u>	,035	,030
9. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.	,283	-,250	<u>,401</u>

10. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	,27 0	<u>.57</u> 7	,0 86
11. No pierdo las energías en mi trabajo.	,22 1	,07 9	,0 70
12. Cuanto más trabajo más me alejo de mis amigos y conocidos.	,10 9	,15 8	<u>.4</u> 68
13. Mantengo el cuidado de mi salud.	,09 8	,12 9	<u>.4</u> 18
14. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.	,09 6	<u>.50</u> 6	,0 66
15. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	,27 4	<u>.42</u> 9	,2 62
16. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	- ,138	- <u>.498</u>	,2 07
17. Mis ganas de comer cambian mucho.	<u>.37</u> 6	<u>.31</u> 4	,2 74
18. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.	- ,044	,06 0	<u>.5</u> 11
19. Tengo problemas para relacionarme con la gente.	<u>.56</u> 9	,10 4	,0 96
20. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.	,16 2	- ,019	<u>.5</u> 16
21. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.	,00 4	,18 7	<u>.4</u> 31
22. Siento impulsos incontrolables ...	,29 6	,28 3	,0 44
23. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes	<u>.54</u> 9	- ,031	,0 17
24. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes	,04 7	<u>.52</u> 9	,3 02
25. Pierdo el control fácilmente.	<u>.42</u> 4	<u>.34</u> 9	,2 88
26. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.	,06 7	- ,067	- <u>.38</u> 6
27. Me cuesta mantener la concentración.	<u>.55</u> 8	,26 3	,2 18
28. Aumento de peso de modo llamativo.	,19 6	,18 8	<u>.3</u> 04
29. No presento síntomas somáticos.	- ,003	,11 0	<u>.4</u> 40
30. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.	<u>.68</u> 4	- ,039	,1 56
31. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.	<u>.56</u> 0	,11 4	- ,07 6

32. Siento alivio cuando un cliente/paciente falta a consulta.	<u>9</u> , <u>44</u>	<u>5</u> , <u>30</u>	- 5, 14
33. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.	- 9,076	<u>8</u> , <u>62</u>	,3 02
34. Puedo ubicarme en el lugar de mis clientes/pacientes.	,18 3	- <u>387</u>	<u>3</u> <u>37</u>
35. Me cuesta levantarme por las mañanas.	<u>9</u> , <u>41</u>	5, 11	,0 46
36. Deseo tener más tiempo libre y menos tiempo laboral.	<u>6</u> , <u>32</u>	<u>4</u> , <u>31</u>	,0 70
37. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	- 1,187	- <u>467</u>	,1 76
38. Los problemas de mis clientes/pacientes me abruman cada vez más.	<u>2</u> , <u>40</u>	<u>5</u> , <u>51</u>	,2 45
39. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.	,08 2	<u>5</u> , <u>77</u>	,0 79
40. Voy a trabajar con mucho entusiasmo.	<u>9</u> , <u>50</u>	0, 09	,2 44

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Se extrajeron los ítems: 1, 4, 6, 11, 22 porque su pesaje es inferior a los 0.30

1. Los clientes/pacientes difíciles me estimulan

4. Cuando descanso dejo de lado los temas vinculados con mi actividad profesional.

5. Mi trabajo no me impide hacer cosas gratificantes.

11. No pierdo las energías en mi trabajo.

22. Siento impulsos incontrolables ...

Explican el 28,38 % de la varianza

Índice de consistencia interna

N of Cases = 161,0

N of Items = 35

Alpha = ,7858

Matriz de componentes rotados

	Componente		
	1	2	3
2. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas	,2 13	= <u>,555</u>	,30 4
3. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.	- ,100	,23 0	<u>,36</u> <u>6</u>
5. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.	,2 75	= <u>,491</u>	,28 6
7. Al trabajar con una víctima, tengo pensamientos de violencia en contra de los victimarios.	<u>,3</u> <u>94</u>	,00 1	,29 0
8. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.	,0 57	<u>,42</u> <u>4</u>	,18 7
9. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.	- ,246	,28 2	<u>,40</u> <u>9</u>
10. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	<u>,5</u> <u>98</u>	,21 6	,21 4
12. Cuanto más trabajo más me alejo de mis amigos y conocidos.	,1 97	,08 1	<u>,43</u> <u>0</u>
13. Mantengo el cuidado de mi salud.	,1 74	,10 3	<u>,44</u> <u>5</u>
14. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.	<u>,5</u> <u>36</u>	,03 8	,14 9
15. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	<u>,4</u> <u>30</u>	,23 8	,23 2
16. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	= <u>,517</u>	- ,103	,13 7
17. Mis ganas de comer cambian mucho.	,3 <u>82</u>	,32 5	,27 8
18. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.	,0 53	- ,064	<u>,48</u> <u>7</u>
19. Tengo problemas para relacionarme con la gente.	,1 49	<u>,53</u> <u>6</u>	,25 5
20. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.	- ,002	,14 6	<u>,48</u> <u>8</u>
21. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.	,1 64	- ,019	<u>,49</u> <u>7</u>
23. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes	,0 02	<u>,55</u> <u>7</u>	,12 8
24. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes	<u>,5</u> <u>25</u>	- ,026	,35 7

25. Pierdo el control fácilmente.	<u>.3</u>	<u>.38</u>	<u>.38</u>
	36	3	6
26. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.	-	,06	-
	,025	0	<u>.443</u>
27. Me cuesta mantener la concentración.	,3	<u>.52</u>	,14
	48	1	7
28. Aumento de peso de modo llamativo.	,2	,15	<u>.30</u>
	05	3	8
29. No presento síntomas somáticos.	,1	-	<u>.39</u>
	37	,027	2
30. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.	,0	<u>.67</u>	,19
	19	8	3
31. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.	,1	<u>.52</u>	-
	48	9	,130
32. Siento alivio cuando un cliente/paciente falta a consulta.	<u>.3</u>	<u>.44</u>	-
	37	2	,131
33. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.	<u>.5</u>	-	,30
	92	,142	6
34. Puedo ubicarme en el lugar de mis clientes/pacientes.	-	,21	<u>.41</u>
	404	3	2
35. Me cuesta levantarme por las mañanas.	,2	<u>.39</u>	-
	13	5	,004
36. Deseo tener más tiempo libre y menos tiempo laboral.	<u>.3</u>	,29	-
	77	3	,050
37. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	-	-	,21
	479	,156	2
38. Los problemas de mis clientes/pacientes me abruman cada vez más.	<u>.5</u>	<u>.33</u>	<u>.34</u>
	21	0	4
39. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.	<u>.7</u>	,01	,20
	32	2	3
40. Voy a trabajar con mucho entusiasmo.	,1	<u>.47</u>	<u>.34</u>
	43	2	1

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

*Se eliminaron los ítems complejos (17, 25, 32, 34, 38, 40) y quedaron 29.
Se obtuvo un alpha de 0,7067*

Matriz de componentes rotados

	Componente		
	1	2	3
2. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas	,276	<u>,605</u>	,191
3. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.	-	,195	<u>,413</u>
5. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.	<u>,306</u>	<u>,513</u>	,212
7. Al trabajar con una víctima, tengo pensamientos de violencia en contra de los victimarios.	<u>,391</u>	-,020	<u>,330</u>
8. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.	,059	<u>,383</u>	,265
9. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.	-	,277	<u>,449</u>
10. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	<u>,647</u>	,211	,136
12. Cuanto más trabajo más me alejo de mis amigos y conocidos.	,180	,092	<u>,483</u>
13. Mantengo el cuidado de mi salud.	,092	,120	<u>,567</u>
14. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.	<u>,587</u>	,073	,093
15. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	<u>,448</u>	,258	,183
16. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	<u>,431</u>	-,150	,075
18. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.	,063	-,087	<u>,510</u>
19. Tengo problemas para relacionarme con la gente.	,176	<u>,511</u>	,273
20. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.	-	,123	<u>,539</u>
21. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.	,239	-,096	<u>,394</u>
23. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes	,088	<u>,499</u>	,077
24. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes	<u>,610</u>	-,044	,251
26. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.	-	,125	<u>,435</u>
27. Me cuesta mantener la concentración.	<u>,323</u>	<u>,560</u>	,198
28. Aumento de peso de modo llamativo.	,102	,148	<u>,439</u>
29. No presento síntomas somáticos.	,135	-	<u>,398</u>

30. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.	,011	,673	,236
31. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.	,107	,539	,049
33. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.	,674	-,132	,177
35. Me cuesta levantarme por las mañanas.	,223	,405	,049
36. Deseo tener más tiempo libre y menos tiempo laboral.	,276	,310	,015
37. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	-,497	-,208	,264
39. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.	,743	,004	,143

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Se quita el ítem 7 por resultar complejo y pesar poco (,391). La matriz de componentes rotados varía y el ítem 36 no llega al 0,30 de correlación, así que se descarta y resulta un instrumento de 27 ítems.

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 167,0

N of Items = 27

Alpha = ,6905

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente		
	1	2	3
2. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas	,248	,224	- ,617
3. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.	- ,098	,466	,203
5. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.	,302	,211	- ,544
8. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.	,083	,252	,417
9. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.	- ,222	,455	,293
10. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	,655	,121	,211
12. Cuanto más trabajo más me alejo de mis amigos y conocidos.	,159	,519	,074
13. Mantengo el cuidado de mi salud.	,077	,574	,093
14. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.	,600	,101	,065
15. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	,436	,261	,259
16. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	- ,436	,094	- ,173
18. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.	,034	,556	- ,071
19. Tengo problemas para relacionarme con la gente.	,187	,281	,522
20. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.	- ,018	,554	,146
21. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.	,272	,399	- ,067
23. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes	,095	,101	,506
24. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes	,616	,255	- ,067
26. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.	- ,128	- ,400	,092

27. Me cuesta mantener la concentración.	,333	,229	,538
28. Aumento de peso de modo llamativo.	,122	,416	,143
29. No presento síntomas somáticos.	,097	,422	- ,057
30. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.	,015	,255	,669
31. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.	,153	- ,077	,516
33. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.	,669	,213	- ,161
35. Me cuesta levantarme por las mañanas.	,236	- ,035	,365
37. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	-	,220	- ,177
39. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.	,750	,154	,004

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

A continuación se diferencian los factores obtenidos:

Ítems	F 1	F 2	F 3
39. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.	,750		
33. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.	,669		
10. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	,655		
24. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes	,616		
14. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.	,600		
37. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	- ,520		
15. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	,436		
16. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	- ,436		
13. Mantengo el cuidado de mi salud.		,574	
18. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.		,556	
20. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.		,554	
12. Cuanto más trabajo más me alejo de mis amigos y conocidos.		,519	
3. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.		,466	
9. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.		,455	
29. No presento síntomas somáticos.		,422	
28. Aumento de peso de modo llamativo.		,416	
26. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.		- ,400	
21. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.		,399	
30. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.			,669
2. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas			- ,617
5. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.			- ,544
27. Me cuesta mantener la concentración.			,538
19. Tengo problemas para relacionarme con la gente.			,522
31. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.			,516
23. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes			,506
8. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.			,417
35. Me cuesta levantarme por las mañanas.			,305

Matriz de componentes rotados: Considerando el valor de la varianza explicada se tomaron 6 factores 42,10 %

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
2. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas	,260	<u>,521</u>	,167	,247	,071	,032
3. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.	,039	,196	,238	,088	<u>,587</u>	,051
5. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.	,326	<u>,491</u>	,010	,119	,206	,161
7. Al trabajar con una víctima, tengo pensamientos de violencia en contra de los victimarios.	<u>,368</u>	,073	<u>,380</u>	,027	,040	<u>,437</u>
8. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.	,041	<u>,428</u>	,181	,097	,068	,049
9. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.	,059	<u>,314</u>	,136	,109	,222	<u>,492</u>
10. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	<u>,572</u>	,166	,269	,011	,079	,036
12. Cuanto más trabajo más me alejo de mis amigos y conocidos.	,169	,001	,119	,088	<u>,574</u>	,182
13. Mantengo el cuidado de mi salud.	,029	,043	,200	,102	<u>,712</u>	,105
14. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.	<u>,562</u>	,053	,055	,028	,019	,016
15. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	<u>,432</u>	,183	,154	,146	,296	,081
16. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	<u>,313</u>	,023	<u>,546</u>	,058	,273	,023
17. Mis ganas de comer cambian mucho.	,155	,203	<u>,553</u>	,102	<u>,356</u>	,069
18. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.	,052	,024	,035	<u>,656</u>	,007	,117
19. Tengo problemas para relacionarme con la gente.	,251	<u>,535</u>	,042	,158	,191	,222
20. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.	,061	,148	,218	<u>,600</u>	,024	,247

21. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.	,229	,033	- ,029	<u>,582</u>	- ,061	,075
23. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes	,036	<u>,575</u>	- ,019	,129	,018	- ,173
24. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes	<u>,572</u>	- ,053	,116	,044	,284	,145
25. Pierdo el control fácilmente.	<u>,454</u>	<u>,396</u>	,056	,238	,102	,082
26. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.	- ,101	,120	- ,116	- ,105	- ,196	- <u>,468</u>
27. Me cuesta mantener la concentración.	,195	<u>,464</u>	,347	,233	,207	- ,108
28. Aumento de peso de modo llamativo.	,014	,062	<u>,530</u>	,229	,182	,178
29. No presento síntomas somáticos.	,083	- ,012	,006	<u>,526</u>	,187	- ,103
30. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.	,126	<u>,678</u>	- ,016	- ,045	,222	,166
31. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.	,160	<u>,525</u>	,199	- ,125	- ,040	,110
32. Siento alivio cuando un cliente/paciente falta a consulta.	,169	<u>,314</u>	<u>,506</u>	- ,199	,065	- ,042
33. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.	<u>,696</u>	- ,133	- ,026	,195	,165	- ,005
34. Puedo ubicarme en el lugar de mis clientes/pacientes.	- ,155	,299	- <u>,336</u>	,246	,008	<u>,386</u>
35. Me cuesta levantarme por las mañanas.	,032	<u>,383</u>	,206	,233	,056	- <u>,305</u>
36. Deseo tener más tiempo libre y menos tiempo laboral.	,206	,195	,280	- ,045	<u>,409</u>	- ,298
37. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	- <u>,464</u>	- ,176	- ,023	- ,055	,158	<u>,393</u>
38. Los problemas de mis clientes/pacientes me abruma cada vez más.	<u>,617</u>	<u>,356</u>	,068	,194	,098	,016

39. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.	<u>.771</u>	- ,008	,191	,085	- ,021	- ,079
40. Voy a trabajar con mucho entusiasmo.	,178	<u>.498</u>	- ,016	,204	,235	- ,084
1. Los clientes/pacientes difíciles me estimulan	<u>.371</u>	,258	<u>.363</u>	- ,064	- ,140	,056
4. Cuando descanso dejo de lado los temas vinculados con mi actividad profesional.	,144	- ,104	,078	<u>.431</u>	,108	- ,279
6. Mi trabajo no me impide hacer cosas gratificantes.	- ,047	- ,007	- ,087	,064	,186	<u>.508</u>
11. No pierdo las energías en mi trabajo.	,110	,269	- ,027	<u>.321</u>	- ,188	- ,133
22. Siento impulsos incontrolables ...	,097	,170	<u>.552</u>	,095	,008	,006

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Anexo 3: Gráficos de los Baremos.

Figura 1: Valores numéricos correspondientes los percentiles 25, 50 y 75 del factor Involucración Profesional, en condiciones de población normal.

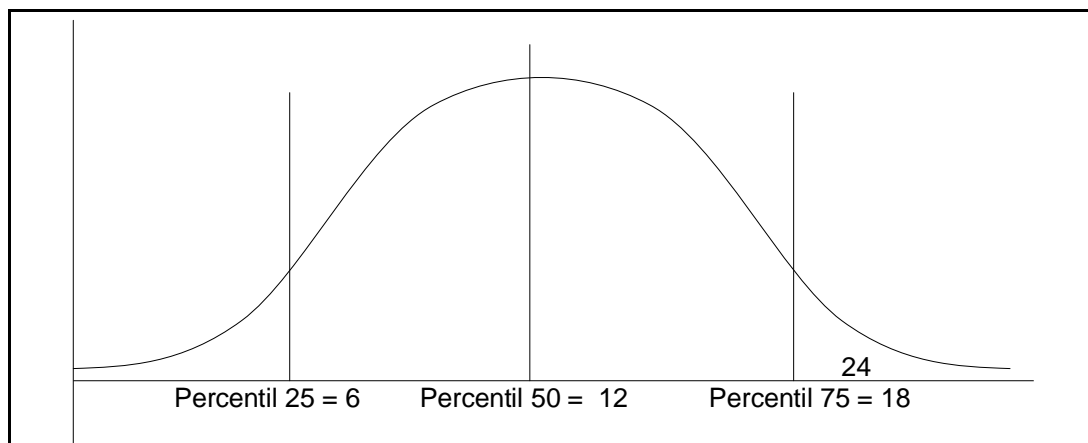


Figura 2: Valores numéricos correspondientes los percentiles 25, 50 y 75 del factor Cuidado Personal, en condiciones de población normal.

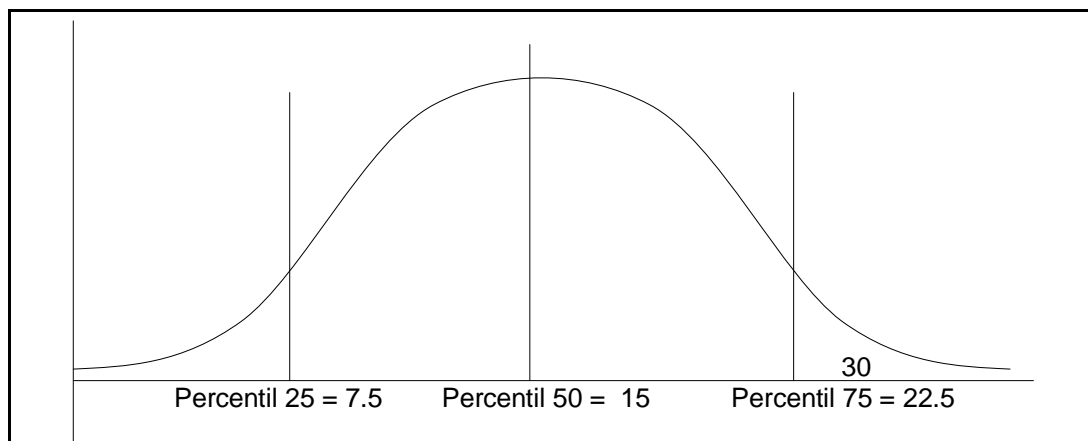


Figura 3: Valores numéricos correspondientes los percentiles 25, 50 y 75 del factor Vulnerabilidad, en condiciones de población normal.

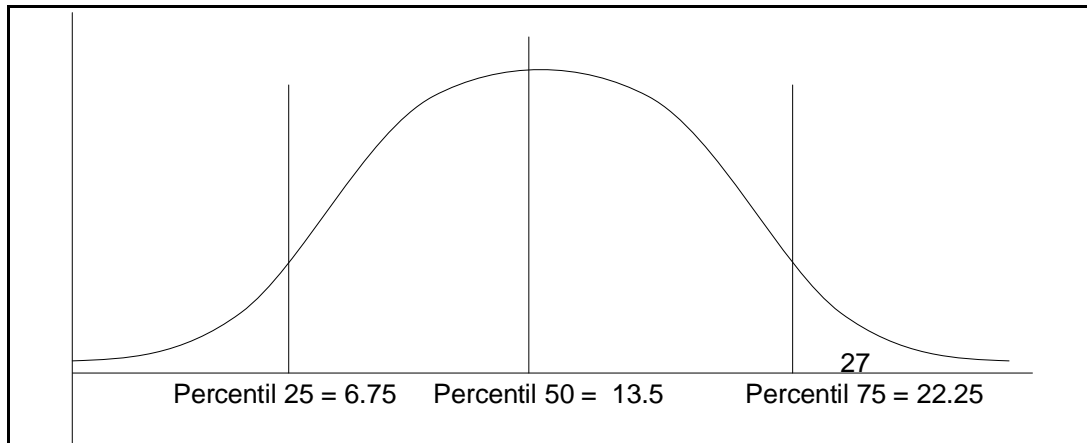


Figura 4: Valores numéricos correspondientes los percentiles 25, 50 y 75 del total de factores sumados (i.e. instrumento completo), en condiciones de población normal.

