

Sección Horizontes

DESGASTE POR EMPATÍA: CÓMO SER UN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL Y NO DESFALLECER EN EL INTENTO

COMPASSION FATIGUE: HOW TO BE A SOCIAL WORK

PROFESSIONAL AND NOT BREAK DOWN IN THE ATTEMPT

Autora

M. ELENA CUARTERO*

M. ELENA CUARTERO

*Española, Trabajadora Social, Dra © en Psicología,
Académica de la Universitat de les Illes Balears, Mallorca
España, Correo Electrónico: me.cuartero@uib.es,
Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9510-8721>*

*Artículo recibido el 02 de mayo de 2018
aprobado el 13 de agosto de 2018*

Resumen

Trabajar creando vínculos con personas o familias en situación de crisis, malestar emocional, trauma o estrés puede llegar a tener consecuencias negativas sobre la salud del profesional. Los/as trabajadores/as sociales son profesionales de la relación de ayuda que, por lo general, puntúan alto en empatía y que diariamente están expuestos al dolor ajeno. La combinación de ambos factores determina que los/as trabajadores/as sociales representen un colectivo especialmente susceptible de padecer el síndrome de Desgaste por Empatía.

El presente artículo pretende dar a conocer cómo funciona la empatía en el cerebro humano, descubriendo así su naturaleza y favoreciendo su manejo. Se realiza una aproximación al síndrome del Desgaste por Empatía (o Fatiga por Compasión), describiendo sus factores predictores, proceso y consecuencias con el fin de enfrentarse a este con mayor conciencia y eficacia. Por último, se presenta una serie de mecanismos tales como la empatía, el autoconocimiento y el autocuidado personal y profesional que pueden actuar como mecanismos paliativos de tal desgaste.

PALABRAS CLAVE

trabajo social, desgaste por empatía, empatía, empatía, autocuidado, autoconocimiento

Abstract

Working by creating bonds with people and families in situations of crisis, emotional distress, trauma, or stress might have a negative impact on the professional's health. Social workers are help relationships professionals who, generally, score high in empathy and are daily exposed to other people's pain on a daily basis. The combination of both factors leads social workers to become the perfect collective to suffer from Compassion Fatigue. This article aims at making known the way empathy works in the human brain, thus becoming familiar with its nature and facilitating its management. An approximation to Compassion Fatigue describes predictive factors, its process and its consequences, in order to face it with greater awareness and efficacy. Finally, we are presented with a set of mechanisms, such as empathy, self-knowledge and personal and professional self-care, which could mitigate this Compassion Fatigue.

KEYS WORDS

social work, compassion fatigue, empathy, empathy, self-care, self-knowledge

1. INTRODUCCIÓN

Independientemente de los modelos prácticos que rijan la intervención o la combinación entre ellos, la relación que se establece entre el trabajador social y las personas requiere una mención especial. Existen numerosas investigaciones que destacan la importancia de la *relación de ayuda* durante el proceso de intervención entre el cliente y el trabajador social, identificándola como un predictor de éxito. Algunos estudios llegan a señalar que entre el 35 y el 50% del éxito de la intervención es determinada por la alianza que se establece entre el profesional y el/la cliente (Duncan, 2014). Friedlander, Escudero y Heartherington (2006) argumentan que una relación estrecha y recíproca entre el profesional y el cliente es el *núcleo* de la práctica profesional. Desde esta posición, se entiende que establecer relaciones con el cliente desde una concepción recíproca constituye una expresión de compromiso ético en el ejercicio profesional (Cardona, 2017; White, 2002).

Uno de los objetivos principales del Trabajo Social relacional es la búsqueda del bienestar de la persona-familia-grupo y/o comunidad a través del vínculo profesional-cliente. La relación entre el profesional y el cliente basada en el compromiso, la confianza, el cuidado, la autenticidad, la empatía y la aceptación resulta más eficaz y exitosa para ambas partes (Miller y Rollnick, 2013). A través de la relación de ayuda se busca crear determinado clima en el cual iniciar un diálogo que permita al cliente definirse respecto de su propia persona y sus propios problemas, liberarse y encontrar recursos para la solución de sus conflictos, activando su propia iniciativa y responsabilidad (Dietrich, 1986).

Como explica Aurora Castillo (2016), la relación de ayuda en Trabajo Social tiene un objetivo que trasciende lo personal: los sentidos del profesional se centran en la comprensión del otro para acompañarlo en su proceso y ambos, profesional y cliente, crecen relacionalmente. Serán las actitudes y la predisposición las que guíen al profesional en el ejercicio de poner sus conocimientos, habilidades y destrezas al servicio de las verdaderas necesidades del cliente o familia.

Como afirma Cardona (2005), solo desde la proximidad es posible ver; sin ella, se dificulta el proceso de asumir la responsabilidad respecto de la situación a resolver. Conectar con el sufrimiento y malestar del otro nos permite entender qué le está sucediendo y de qué forma lo está sintiendo para poder ayudarlo de un modo más preciso y congruente con los ideales de la persona. El *no experimentar*, el *no sentir*, el *no doler* comporta una pérdida de referencia de los principios del Trabajo Social de Casos (*Casework*) y la pérdida de uno mismo como profesional (Cardona, 2005).

Los trabajadores sociales continuamente lidian con situaciones de alta tensión emocional y/o conflictividad, tales como: abusos sexuales en niños/as, violencia de género, personas con enfermedades crónicas o personas y niños/as en su última etapa de vida. El malestar, el dolor crónico, la angustia, el estrés, la depresión, la tristeza, la ira, entre otros estados emocionales negativos, predominan entre las personas que solicitan los servicios del Trabajo Social. Reconducir este malestar que sufre el cliente hacia una situación emocional más positiva no es tarea fácil y en algunas ocasiones se reduce a un sencillo, pero minucioso acompañamiento emocional.

La interacción entre el trabajador social y el cliente/familia genera un nuevo subsistema que puede estar sumergido en una atmósfera tóxica. En este espacio, el sufrimiento se presenta en las historias narradas y sentidas que fluyen en las conversaciones. Debemos tener presente que, según las características del contexto de intervención para el cambio (Cardona, 2012; Cardona y Campos, 2009), la relación de ayuda está más o menos sesgada por un conjunto de emociones intensas que afectan al nuevo subsistema (Campos, Cardona y Cuartero, 2017).

Obviamente, la relación entre el profesional y el cliente implica algo más que un mero intercambio emocional. También será necesaria la creación de un significado a través de las estructuras narrativas que tienen lugar en la conversación (Freeman, Epston y Lobovits, 2001), una confirmación existencial (Rogers, 1986) y la creación de una base de apoyo (Blom, 2002). Vincularse con personas en situación de malestar requiere conocimiento, predisposición e involucramiento personal.

Sintetizando, para una práctica relacional exitosa y eficaz es necesario dedicar tiempo a la escucha próxima y sincera de la historia que narra la persona-familia, procurando generar un acercamiento emocional recíproco. Trabajar con historias de dolor abre la puerta al sentir propio y ajeno y ello inevitablemente repercute en el profesional, como sucede con el Desgaste por Empatía. La empatía será la aliada fundamental para la generación de esta conexión emocional con el cliente, pero a su vez será también la culpable del desgaste. El presente artículo pretende aproximarse de un modo sencillo a la cara más desconocida de la empatía. Conocer su configuración cerebral puede ayudar al profesional a analizar lo que siente y cómo lo siente frente a ese dolor ajeno. Tomar conciencia de las reacciones de nuestro cuerpo para responder de forma congruente y consciente con el cliente supone un ejercicio de responsabilidad.

2. LA EMPATÍA

La empatía es la acción y la capacidad de comprender conscientemente, de ser sensible o experimentar de modo vicario los sentimientos, pensamientos y experiencias que hayan sido comunicados de manera objetiva o explícita (González de Rivera, 2005). Como actitud, la empatía lleva a una persona a intentar comprender el mundo interior de otra, sus emociones y los significados que las experiencias adquieren para ella (Bermejo, 2012).

En el campo del Trabajo Social, la empatía tiene una importancia primordial, ya que sobre ella se sostiene el vínculo con el cliente, posibilitando la sensibilización, comprensión y capacidad de darse cuenta de los sentimientos, pensamientos, experiencias y significados de otra persona sin que estos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido necesariamente comunicados de manera objetiva y explícita (Bermejo, 2012).

De esta forma, la empatía se comporta como un tejido conector de una buena relación, ya que nos facilita el desarrollo de la confianza con nuestros clientes y nos permite acogerlos como propios, con nuestros sentimientos y pensamientos (Rothschild, 2006).

Establecer una relación empática con alguien parece algo natural, cotidiano y simple, pero en realidad se traduce en un complejo circuito cerebral asentado en las neuronas espejo, creado a partir de miles de años de evolución. La empatía es el resultado del éxito evolutivo (Goleman, 2006) y ha supuesto un punto clave para el desarrollo de los seres vivos, posibilitando a las personas relacionarse en parejas y grupos en el proceso de socialización (Rothschild, 2006).

Tal como afirma la teoría de la evolución de Darwin, el ser humano es el animal social por excelencia. Cuando algo funciona en esta línea, perdura en el tiempo. Aunque la neurociencia parezca una materia alejada del Trabajo Social, se debe reconocer que avanzar en el conocimiento del cerebro humano facilitaría la comprensión de reacciones naturales derivadas de las interacciones humanas, favoreciendo así el autoconocimiento.

A mediados de los años noventa, Rizzolatti y su equipo descubrieron las primeras evidencias de que existía una conexión cerebral innata entre las personas (Rizzolatti *et al.*, 1996). Este grupo de investigadores comprobó que se activa la misma zona cerebral cuando se hace-siente una acción que cuando se ve a otra persona haciendo-sintiendo la misma acción.

Al entramado celular involucrado en los procesos de conexión intersubjetiva se le llamó *neuronas espejo*, y supuso el descubrimiento más importante de las neurociencias en los últimos años. Las neuronas espejo, ubicadas

en el área de Broca del cerebro (área relacionada con el lenguaje, situada en la corteza parietal posterior), nos permiten llegar a entender a los demás y también entender cómo somos capaces de vincularnos entre nosotros desde un punto de vista mental y emocional (Lacoboni, 2009). Este hallazgo relevó el vínculo entre el emisor y el receptor (Rizzolatti y Aibid, 1998), potenciando la sensibilidad compartida capaz de representar dentro de uno mismo lo que ocurre en el otro para entender a los demás, convirtiéndonos, en parte, en ellos (Goleman, 2006).

La vía inferior y la vía superior son dos circuitos cerebrales que nos ayudan a entender el funcionamiento empático. La vía inferior se sitúa en la amígdala y se caracteriza por su rapidez, en cambio la vía superior es más lenta, deliberada y sistemática (Cuartero y Casado, 2016; Rothschild, 2006). Ambas son sumamente importantes y se complementan. La vía inferior funciona como una especie de empatía primordial instantánea, la cual rápidamente desencadena una respuesta emocional ajena a toda intervención del pensamiento (Goleman, 2006). Esta es la responsable de que los profesionales de la relación de ayuda podamos conectar con las expresiones de nuestros clientes de forma inconsciente y automática. Gracias a este mecanismo, al ver una persona sufriendo conectamos innatamente con su dolor de forma inconsciente. Es importante destacar que lo *inconsciente* es de atención, ya que una falta constante de atención a las reacciones emocionales automáticas puede llevar a contagios emocionales y a la pérdida del sentido de uno mismo.

Afortunadamente, la vía superior amplía y flexibiliza el repertorio y flujo de respuestas de la vía inferior. Esta se activa cuando prestamos una atención *consciente* a la persona con la que estamos hablando para interesarnos en qué está ocurriendo. Este mecanismo depende de la zona frontal del cerebro que proporciona una exactitud empática. “Así pues, mientras la vía inferior nos proporciona una afinidad emocional instantánea, la superior genera una sensación social más compleja que, a su vez, facilita una respuesta más apropiada” (Goleman, 2006, p. 56). Si el profesional no dedica un tiempo de atención en la vía superior para identificar cómo ha reaccionado su cuerpo ante los sentimientos de su cliente, puede que entre en un espacio peligroso y difícil de escapar. Las exigencias laborales, el número de casos, la gravedad de las demandas, entre otros, sumergen a los trabajadores sociales en dinámicas que dejan poco espacio a la reflexión.

Entonces, nos damos cuenta de que existe una configuración cerebral que determina la empatía, pero ¿todos los humanos tenemos la misma capacidad para conectar con los demás? Según Baron-Cohen (2011), todos los seres humanos nos encontramos en algún lugar del espectro de la empatía, comprendiéndose entre o (personas narcisistas, perfiles psicopáticos, personas

con trastorno límite de la personalidad, etc.) y 6 (personas con una empatía extraordinaria que se centran continuamente en los sentimientos de la otra persona y no escatiman esfuerzos para ofrecer ayuda). Los niveles 2 (personas a las cuales les resulta complicado anticiparse a los sentimientos del otro y con tendencia a involucrarse en problemas), 3 (personas con problemas de empatía, pero con conciencia de ello, aunque lo intentan ocultar evitando contacto con otras personas) y 4 (personas que no se terminan de sentir cómodas cuando se habla de sentimientos, prefiriendo solucionar los problemas de forma técnica más que con extensas conversaciones), suelen ser los más habituales en la población general. Los niveles 1 (personas que pueden llegar a hacer daño pero pueden reflexionar sobre ello y mostrar su arrepentimiento) y 5 (personas que comprenden los diferentes puntos de vista y basan sus relaciones de amistad en la intimidad emocional, en compartir confidencias, brindarse apoyo mutuo y comprensión) tienen menor incidencia. Finalmente, los niveles 0 y 6 son los menos frecuentes en la población general.

Los profesionales de la relación de ayuda generalmente tienen puntuaciones más altas de empatía que el resto de la población (Rothschild, 2006), puntuando niveles 4-5-6 de media en la escala de Baron-Cohen. La capacidad de entendernos los unos con los otros dependerá del nivel de empatía genética, pero también tenemos la posibilidad de entrenar la habilidad y promover la actitud empática, consiguiendo así incrementar los valores basales.

Se recomienda al lector que, a lo largo de vida académica o profesional, pueda completar algún test para conocer cuáles son sus niveles de empatía. Conocer estos niveles permitirá un mejor autoconocimiento y, por ende, una mejor práctica. Existe una amplia variedad de cuestionarios, pero el popularmente más recomendado es el tradicional Test de Reactividad Interpersonal IRI (Pérez-Albéniz *et al.*, 2003), creado por Davis (1983). El cuestionario IRI permite, de forma sencilla, una autovaloración en las diferentes dimensiones que componen el constructo teórico de la empatía.

Según lo descrito anteriormente, la empatía parece ser un mecanismo totalmente positivo que nos permite vivir en sociedad cuidándonos unos a los otros. Todas las emociones (positivas o negativas) son contagiosas (Rothschild, 2006). Es importante señalar que los últimos estudios indican que las emociones negativas perduran más en el cuerpo que las positivas. Muestra de ello son los resultados de una investigación belga que afirma que la tristeza puede llegar a durar 120 horas en el organismo de una persona, frente a las 35 de la alegría (Verduyn y Lavrijsen, 2014).

Si no se toma consciencia (vía superior) de todo lo anterior, los mecanismos de la empatía primordial (vía inferior) pueden llevar al trabajador social a absorber los sentimientos de malestar del cliente, afectando a su estado emocional y a su salud.

3. EL DESGASTE POR EMPATÍA COMO CONSECUENCIA DEL VÍNCULO

En los países de habla hispana se suele usar el término Desgaste por Empatía frente a su sinónimo de origen anglosajón *Fatiga por Compasión* (*Compassion Fatigue*). El Desgaste por Empatía es un término general aplicado a cualquiera que sufre a consecuencia del trabajo que realiza en un servicio de apoyo (Figley, 1995), pudiendo manifestarse en cualquier profesional de la salud, psicología o ámbito social.

La exposición al dolor de los demás y la empatía (Figley, 1995), son los dos elementos clave imprescindibles para sufrir desgaste. Los trabajadores sociales cumplen ambos requisitos. Por una parte, son profesionales con altos niveles de empatía basales que han sido entrenados en el manejo de conductas y habilidades empáticas. Por otra parte, estos profesionales se encuentran diariamente expuestos al dolor ajeno por la naturaleza de su labor. Su práctica implica, pues, que se desarrolle un grado de contacto, confianza y compromiso con sus pacientes y clientes, identificándose con sus estados de ánimo (Quezada, 2012). Por ello, y a pesar de ser profesionales preparados, pueden ser la diana perfecta para sufrir el síndrome del Desgaste por Empatía (Wagaman *et al.*, 2015).

Así como nos explica Bernabé (2013), los profesionales que trabajan con víctimas de situaciones traumatizantes o en situación de crisis son propensos a sufrir este tipo de desgaste, padeciendo un profundo sentimiento de compasión y empatía por la persona-cliente que sufre. Este sentimiento compasivo va acompañado por un fuerte deseo de resolver el dolor ajeno o resolver sus causas (Figley, 2008). Si estos sentimientos perduran en el tiempo, pueden llevar al profesional a un estado de decaimiento físico, emocional y mental evidenciado como cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia la persona con la que trabaja (Bride y Figley, 2007).

El Desgaste por Empatía correspondería al estado de agotamiento y disfunción biopsicosocial experimentado por profesionales de la relación de ayuda que utilizan la capacidad empática como base para interaccionar con las personas, familias u otros sistemas que pasan por situaciones de elevado estrés o sufrimiento (Campos-Mendez, 2015). Coetzee y Klopper (2010) lo

definen como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo como consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés.

Figley (2002) refirió el proceso del Desgaste por Empatía identificando los elementos que deben estar presentes para desencadenar el síndrome. Según señala, es necesario disponer de una actitud empática hacia el cliente (voluntad de escuchar); un cierto nivel de empatía que le permita al profesional manifestar honesta preocupación por lo que le sucede al cliente y convicción para exponerse directamente al sufrimiento de los demás. La combinación de estos factores genera una respuesta empática en el profesional influida por sentimientos de desapego y contrapuesta a una sensación de satisfacción por el trabajo que lleva a cabo. La combinación de estos elementos genera estrés que, si perdura en el tiempo, puede derivar en Desgaste por Empatía. Recuerdos traumáticos propiamente vividos por el profesional y otras exigencias de la vida diaria influirán agravando el síndrome.

Matheu (2012) presenta una completa clasificación sobre las consecuencias del Desgaste por Empatía. Tales consecuencias pueden llegar a afectar a diferentes subsistemas: *subsistema conductual* (evitación de los clientes, absentismo, consumo de psicofármacos, retraimiento, dificultades para separar la vida personal de la laboral, hipervigilancia); *subsistema afectivo* (rabia e irritabilidad, desgaste y agotamiento emocional, deterioro significativo de la capacidad empática, experiencia negativa del mundo externo, dificultades para la tolerancia de emociones fuertes); *subsistema somático* (agotamiento físico, insomnio, cefalea y migraña, disminución de la respuesta inmunológica, incremento de la somatización, aparición de la tendencia hipocondría, depresión); *subsistema interpersonal* (conflictos interpersonales en la red social íntima, incapacidad de desarrollar aspectos de la vida que no estén relacionados con el trabajo, despersonalización) y *subsistema cognoscitivo* (exagerado sentido de la responsabilidad, dificultades para tomar decisiones, tendencia a olvidar, descenso del compromiso con el cliente, deterioro de la auto-imagen, deterioro de la capacidad empática, miedo irracional).

Si no se presta la suficiente atención al Desgaste por Empatía, puede derivar en cuadros severos típicos de Traumatización Secundaria o en *Burnout* (Campos-Méndez, 2015; Campos *et al.*, 2017; Salston y Figley, 2003; Sansó, 2015; Stamm, 2005) y, en consecuencia, en el consumo de medicación relacionada con la ansiedad, bajas laborales por enfermedad y/o abandono temprano de su lugar de trabajo (Bourassa, 2009; Cunningham, 2003).

En la literatura científica hay bastante confusión y desacuerdo en las delimitaciones conceptuales del Desgaste por Empatía, hecho que entorpece

bastante su estudio. Es importante hacer un inciso para aclarar estas diferencias, especialmente evitando perpetuar la confusión entre el Desgaste por Empatía y el *Burnout*.

Patricia Acinas (2012) detalla las diferencias conceptuales entre ambos. Así, mientras los ejes del *Burnout* se centran en el agotamiento emocional, la baja realización personal y la despersonalización, los del Desgaste por Empatía se centran en la reexperimentación, la evitación e hiperactivación o el *hiperarousal* (palabra en inglés para hiperactivación). Relacionamos el *Burnout* con el estrés laboral, en cambio el Desgaste por Empatía se relaciona con el trastorno de estrés postraumático.

Las causas del Desgaste por Empatía tienen que ver con el esquema cognitivo del profesional, describiéndose como un cambio de estado súbito, agudo e imprevisible. En cambio, las causas del *Burnout* se centra en las condiciones del entorno laboral y se describe como un proceso progresivo, crónico, incapacitante y acumulativo en el tiempo (Acinas, 2012).

Los profesionales que padecen Desgaste por Empatía pueden seguir desarrollando sus labores profesionales, aunque con una mayor dificultad (Kearney *et al.*, 2009). Maslach y su equipo (2001) centran la causa del *Burnout* en la implicación del profesional con un entorno laboral hostil, mientras que Figley (1995) identifica la causa en la interacción profesional-paciente. Stamm (2010) describe una de las principales diferencias entre ambos conceptos, destacando que el Desgaste por Empatía solo puede ocurrir en profesionales de la relación de ayuda, ya que se nutre de esa relación, mientras que el *Burnout* puede darse en cualquier tipo de área de desempeño profesional.

Del análisis de múltiples investigaciones sobre el Desgaste por Empatía en diferentes disciplinas de la relación de ayuda, se deriva una lista de factores que pueden ser predictores del síndrome:

- El hecho de que el profesional haya experimentado algún tipo de acontecimiento psicológico no resuelto con anterioridad no es requisito necesario para sufrir desgaste, pero sí puede favorecerlo (Bourassa, 2009; Hesse, 2002).
- Otro factor que se correlaciona positivamente con el Desgaste por Empatía es el tiempo de exposición al dolor. Los trabajadores sociales que pasan más tiempo realizando intervención directa con sus clientes y familias son más propensos a este tipo de desgaste (Bourassa, 2009; Bride, *et al.*, 2004; Hyman, 2004).
- Los altos niveles de empatía en las personas tienen un doble efecto: propician el desempeño de profesiones de relación de ayuda y, a la vez,

exponen a los profesionales a consecuencias positivas, pero también negativas (Bourassa, 2009; Baranowsky, 2002). Altos niveles basales de empatía (5 o 6 en la escala de Baron-Cohen) poco controladas pueden incrementar los niveles del Desgaste por Empatía.

- Según los estudios realizados por Pearlman y Mac Ian 's (1995, citado en Bourassa, 2009), los profesionales más jóvenes, con menos experiencia, tienen más dificultades en el manejo de los límites, lo que determina un incremento del síndrome.
- Las investigaciones demuestran que la naturaleza del caso que se atiende afecta cognitivamente al profesional. Trabajar en el área del bienestar infantil (situaciones de trauma) es un factor que incrementa el Desgaste por Empatía (Nelson-Gardell y Harris, 2003; Sprang, Clark, y Whitt-Woosley, 2007).
- Las mujeres tienden a puntuar niveles superiores de empatía respecto de los hombres. Eso acerca aún más al género femenino a la diana del síndrome de Desgaste por Empatía (Geoffrion, Morselli y Guay, 2016; Sprang *et al.*, 2007).

Se recomienda al lector que, para chequear sus niveles de Desgaste por Empatía, pueda completar el cuestionario de calidad de vida profesional ProQOL (Stamm, 2010), validado al español en su versión IV. Este sencillo instrumento permite conocer el nivel de desgaste, diferenciándolo del de satisfacción por empatía y del *Burnout*.

4. SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN

Hasta el momento se han descrito las posibles causas negativas derivadas de una relación de ayuda, aunque no es menos cierto que dicha relación tiene su versión positiva. Esta parte más grata es la que mantiene al profesional en su lugar de trabajo y le permite disfrutar de su espacio laboral, de sus clientes y de sus logros. Para referirnos al componente positivo hay que citar el término *Satisfacción por Compasión*. Este fue definido por Stamm (2005) como la recompensa positiva, así como los sentimientos satisfactorios por contribuir con la organización, compañeros y la sociedad (Smart *et al.*, 2014). Se experimenta felicidad, éxito y satisfacción con el trabajo que se realiza y se quiere seguir realizando (Stamm, 2010).

La satisfacción por empatía actúa como un amortiguador, en contraposición al Desgaste por Empatía del *Burnout* o del Estrés Traumático Secundario (Smart *et al.*, 2014; Tremblay y Messervey, 2011). La Satisfacción por Compasión conduce a situaciones en las que los trabajadores sociales indirecta-

mente se benefician de la evolución de sus clientes, el crecimiento personal y las ganancias terapéuticas, ya que en ese espacio relacional también se comparten logros, alegría y satisfacción (Pooler, Wolfer y Freeman, 2014; Wagaman *et al.*, 2015)

Por norma general, la Satisfacción por Compasión, es decir el cúmulo de sentimientos positivos derivados de ayudar, es poco visibilizada. Pocos estudios (Pooler *et al.*, 2014) se centran en destacar y reflexionar sobre lo que hace sentir felices y orgullosos a los profesionales de la relación de ayuda. Mantener una mirada positiva y realizar estudios con este enfoque permitiría explorar un área que genera empoderamiento en el profesional y la persona-familia, y conecta con el desarrollo de seguridad, motivación y energía para continuar trabajando.

5. ECPATÍA, AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO

Parece que nos encontramos ante un camino sin salida. Por una parte, reconocemos que una intervención dentro del marco del Trabajo Social requiere de la construcción de un vínculo dentro de una relación de ayuda cálida, sincera y empática. Por otra parte, se reconoce que el trabajar desde esta posición comporta un desgaste con consecuencias negativas sobre la salud del trabajador social. Se entiende así que el Desgaste por Empatía es, por una parte, necesario e inevitable si se desarrolla una buena práctica; por otra, peligroso e inhabilitante si no se compensa (Campos *et al.*, 2016). La investigación avala nuestro optimismo. Hay salida, pero requerirá de un esfuerzo por parte del profesional y de la entidad en la que trabaja.

El profesional deberá poner atención en tres aspectos: la eempatía como herramienta del espacio relacional; el autoconocimiento como un ejercicio de toma de contacto con uno mismo y el autocuidado profesional y personal, como medidas preventivas que aportan bienestar.

Será importante que el trabajador social, además de la empatía, pueda tener en cuenta el concepto de *ecpatía* en su práctica diaria. La eempatía es un proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro (Cuartero y Casado, 2016; González de Rivera, 2005). También la podemos definir como la intervención consciente de compensar la empatía sanamente, regulando el grado de implicación emocional con el otro (Bermejo, 2012).

Es importante una aproximación relacional, pero un sobre exceso es perjudicial. Encontrar un equilibrio entre la empatía y la eempatía nos ayudará a manejar de forma más adecuada las emociones compartidas entre el profesional y el

cliente. La empatía, al igual que la empatía, puede ser entrenada como habilidad. Para la mejora de este proceso será importante considerar 3 pasos: detectar los sentimientos; percibir la otredad y delimitarla respecto de los propios sentimientos; y situar los sentimientos ajenos en su fuente, además de liberar los propios procesos mentales de su influencia (González de Rivera, 2005).

El *autoconocimiento* es un elemento clave para la realización de un ejercicio profesional adecuado. Se describe como competencia profesional básica para la práctica sistemática que exige a los trabajadores sociales un alto grado de conocimiento personal para poder trabajar en el marco de una relación de ayuda (Báñez *et al.*, 2016).

El autoconocimiento permite la conciencia de la configuración de la identidad y del modelo de práctica profesional. Detrás de cualquier técnica y/o actuación está la persona que la desarrolla, habiendo así una relación constante entre la personalidad del profesional y la técnica en cuestión (De Robertis, 1992).

El autoconocimiento requiere de una exploración multidimensional constante del yo en el tiempo debido a su evolución continua. Para ello se debe iniciar un recorrido introspectivo y reflexivo en el cual la persona construye su propia narrativa a partir de su experiencia vital, los sentimientos, los temores, sus preferencias, sus valores, etc. Este proceso nos permite saber cuáles son los límites de la relación e identificar qué es lo que aporta el trabajador social y qué es lo que aporta el cliente.

Si un trabajador social no es capaz de ir colocando balizas en el camino, será fácil caer en una identificación proyectiva y, paralelamente, puede desencadenarse una contratransferencia (Rothschild, 2006), es decir, se puede tender a creer que cualquier sentimiento (positivo o negativo) en el profesional es causado por el cliente, sin tener en cuenta que el profesional es una persona con un bagaje que aporta sus propios sentimientos-emociones a la relación.

El profesional que no es capaz de diferenciar sus propios sentimientos de los del cliente, y se siente a merced de ellos, tendrá más riesgo de sufrir Desgaste por Empatía (Jacobson *et al.*, 2013).

El *autocuidado personal y profesional* ha sido un gran desconocido durante mucho tiempo en el marco del Trabajo Social (Lee y Miller, 2013). Para prevenir o paliar el desgaste es importante empezar a centrar la atención en la salud del profesional e ir definiendo límites y marcando pautas sobre nuestra práctica personal y profesional.

Jaqueline Lee y Shari Miller (2013) presentan un extenso trabajo de sistematización sobre el autocuidado, concluyendo con una serie de pautas prácticas que pueden ayudar a paliar futuras situaciones peligrosas. Estas investigadoras diferencian las prácticas de autocuidado en dos dimensiones: las personales y las profesionales. Se entiende el autocuidado personal como un proceso para un enganche o involucración intencional sobre prácticas globales en torno a la salud y el bienestar de sí mismo. En el caso del autocuidado profesional, las prácticas se orientan hacia el enriquecimiento en el área laboral.

El entorno laboral puede tener un enorme impacto emocional debido a la falta de tiempo, la presión por cumplir objetivos, la dureza de los casos o las demandas poco realistas de los clientes. Este impacto es a veces obviado o no se afronta ni gestiona con una estrategia eficiente (Benito, Arranz y Cancio, 2011).

Lee y Miller (2013) aportan una serie de pautas adaptables y realistas que pueden ayudar al lector a mejorar sus prácticas de autocuidado profesional. En ellas se anuncian estructuras de soporte, tales como: manejo de carga de trabajo (incorporar recesos a lo largo del día, no hablar de trabajo en otros contextos), prestar atención al rol profesional (reconocer que el cliente es el autor de su vida) y a las reacciones (prestar atención cuando conecto con una historia de trauma o estresor del pasado), brindar soporte profesional y apoyo (buscar supervisión de forma regular), apostar por el desarrollo profesional (leer material relacionado con el desarrollo profesional e ir como mínimo a conferencias 2 veces al año) y dedicar esfuerzos a la revitalización y mejora de la energía (organizar el lugar de trabajo para que sea más placentero y recordarse a sí mismo la pasión por el trabajo mediante recursos tangibles).

Es necesario invertir el tiempo en la familia y amigos, cultivar hobbies, practicar deporte, mantener una alimentación sana, observar el descanso, la meditación-relajación, la escritura reflexiva y dejar espacios para sí mismo con actividades que favorezcan el bienestar personal (Benito et al., 2011).

Siguiendo la estructura creada por Lee y Miller (2013), y consultando varias fuentes que describen el autoconocimiento personal (Benito et al., 2011; Guerra, Rodríguez y Morales, 2008; Lee y Miller, 2013), se elabora la siguiente tabla específica para el autocuidado personal.

Estructura de apoyo en la práctica	Ideas que podrían construir una estructura para fortalecer el AUTOCUIDADO PERSONAL	Actividades concretas y adaptadas
Sociabilización: compartir tiempo y espacio.	Invertir tiempo de calidad con la familia.	Programar actividades en familia los fines de semana.
	Buscar espacio para la diversión y el contacto con los/as amigos/as.	Programar encuentros lúdicos con amigos. Ejemplo: una cena mensual.
	Dedicar un tiempo al subsistema conyugal.	Paseos o cenas en pareja (sin hijos ni amigos).
	Dejar un espacio semanal para practicar hobbies.	Añadir actividades lúdicas en el calendario: la pintura, la cocina, el teatro.
Actividad física	Hacer deporte de forma rutinaria (actividad física intensa).	Realizar actividades deportivas 2 veces por semana (mejor si pueden realizarse al aire libre).
Descanso mental y corporal	Introducir en la rutina semanal actividades que relajen el cuerpo y la mente.	Practicar <i>mindfulness</i> o Yoga.
	Destinar tiempo y espacio para sí mismo.	Practicar relajación 10 minutos antes de acostarse.
	En momentos de alto estrés realizar actividades para bajar la tensión.	Descargar alguna app para realizar meditación guiada.
	Respetar las vacaciones.	Programar las vacaciones laborales a principio de año.
	Descanso diario nocturno.	Dormir entre 7 u 8 horas diarias.
Autoestima	Realizar actividades que generen felicidad.	Cada dos meses realizar actividades como ir a la peluquería, fisioterapia, terapias de salud corporal.
Alimentación equilibrada y ecológica	Respetar los horarios de ingesta de comida.	Respetar los horarios de las 5 comidas del día.
	Comer productos ecológicos variados, bajos en grasas y azúcares.	Los fines de semana preparar un dietario con las comidas del resto de la semana.

Elaboración propia a partir de Benito et al. (2011); Guerra, Rodríguez, y Morales, (2008) y Lee y Miller (2013)

En las dos tablas se encuentra una propuesta de actividades que el lector deberá adaptar a sus circunstancias y preferencias. Será importante que estas actividades puedan incorporarse en los horarios estipulados y se conviertan en rutinas por lo que la autoexigencia y la disciplina jugarán un papel importante. Realizar estas actividades de forma puntual no tendrá beneficios a largo plazo.

6. REFLEXIONES FINALES

Cuando constantemente se trabaja con personas que cargan con historias de dolor o trauma, es difícil mantener la balanza equilibrada y la tendencia es que se incline hacia la parte negativa. Los trabajadores sociales son personas que escogen intencionadamente una profesión o ámbito de trabajo que implica escuchar, comprender y reaccionar ante situaciones de dolor ajeno. Muchos de ellos, sin ser conscientes, están padeciendo el Desgaste por Empatía.

Los trabajadores sociales son profesionales de la relación de ayuda que, por lo general, puntúan alto en empatía y, a la vez, son entrenados para mantener una actitud de escucha empática con el cliente-familia. El trabajo de exposición diaria ante el dolor ajeno los aventura a ser posibles víctimas de este síndrome.

Se podría caer en la errónea idea de que para evitar tal desgaste es necesario un distanciamiento respecto de la relación entre el profesional y el cliente, sin embargo esto comportaría una interferencia importante en el vínculo y en el proceso de cambio del cliente-familia. La solución pasaría, entonces, por la formación continua en el manejo de habilidades como la empatía, la escucha empática y el autoconocimiento, entre otras; chequeos regulares a partir de test validados y espacios de reflexión; y programación y autoexigencia de prácticas de autocuidado en el ámbito personal y profesional.

El *Casework* o trabajo social con casos requiere una exposición personal y entrega del propio trabajador social. El principal recurso que ponen las administraciones públicas o privadas de servicios sociales para la atención social es la labor de los trabajadores sociales. El cuidado de tales recursos debe ser óptimo.

Es extremadamente difícil organizar la vida laboral, la persona y la familiar en una sociedad globalizada. Las políticas de conciliación familiar son prácticamente inexistentes en los países de habla hispana. Tanto las empresas públicas como privadas tienden a apostar por los balances económicos positivos pasando por las reducciones de costes y dejando de lado la calidad

de los servicios y el cuidado de sus trabajadores. Todo ello hace mella en la salud del profesional y en la de los clientes-familias, que no se sienten atendidos. Tal vez las tablas anteriores puedan parecer retos inalcanzables, pero si no hay una concienciación y una exigencia por parte del propio lector, será imposible alcanzar una sociedad de bienestar social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 2, Nº 4, pp. 1-22.

Báñez, T., Besa, S., García, E. y Mas, A. (2016). Autoconocimiento y trabajo social reflexivo. De cómo coprotagonizar una práctica dialogada del trabajo social. En A. Guinot, C. y Ferran (editores). *Trabajo Social: El arte de crear vínculos* (pp. 2019-2028). Bilbao, España: DeustoDigital.

Baranowsky, A. (2002). The silencing response in clinical practice. On the road to dialogue. En C.R Figley (editor). *Treating compassion fatigue* (pp. 155-170). Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Ro.

Baron-Cohen, S. (2011). *Empatía Cero. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Benito, E., Arranz, P. y Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Actualizaciones*, Vol. 18, Nº 2, pp. 59-65.

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

Bernabé, J. J. (2013). Desgaste por empatía en psicólogos. Tesis de Maestría. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

Blom, B. (2002). The social worker-client relationship -a Sartrean approach. *European Journal of Social Work*, Vol. 5, Nº 3, pp. 277-285. doi:10.1080/714890055

Bourassa, D. B. (2009). Compassion Fatigue and the Adult Protective Services Social Worker. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 52, Nº 3, pp. 215-229. doi: 10.1080/01634370802609296

Bride, B. E., y Figley, C. R. (2007). The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, Vol. 35, Nº 3, pp. 151-153. doi:10.1007/s10615-007-0093-5

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. y Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, Vol. 14*, N° 1, pp. 27-35. doi:10.1177/1049731503254106
- Campos-Méndez, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de “burnout” en profesionales de Centros de mayores en Extremadura. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura, España.
- Campos, J., Cardona, J. y Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 24*, N° 24, pp. 119-136. doi: 10.14198/ALTERN2017.24.07
- Campos, J., Cuartero, M. E., Adrover, J. A. y Cardona, J. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos. En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparrós y C. Gimena (editores). *Respuestas Transdisciplinares en una sociedad Glogal. Derechos humanos e innovación social* (pp. 1-21). La Rioja, España: Universidad de la Rioja.
- Cardona, J. (2005). *Proyecto docente UIB: Trabajo Social con Casos*. Palma de Mallorca, España.
- Cardona, J. (2012). La definición del Contexto de intervención en el trabajo social de casos. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares, España.
- Cardona, J. (2017). La construcción del contexto de intervención profesional. En *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (Nau Llibre, pp. 67-86). España.
- Cardona, J., y Campos, J. F. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el Trabajador/a Social y el cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia, Vol. 9*, N° 2, pp. 17-35.
- Castillo, A. (2016). *La enseñanza y el aprendizaje de la empatía para el trabajo social*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Coetzee, S. K. y Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & health sciences, Vol. 12*, N° 2, pp. 235-243. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Cuartero, M. E. y Casado, T. (2016). Empatía y/o ecpatía; Encontrando el equilibrio en el arte de crear vínculos. En A. Guinot, F. y Ferran (editores). *Trabajo social: el arte de crear vínculos* (pp. 241-250). Bilbao, España: DeustoDigital.
- Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work, Vol. 48*, N° 4, pp. 451-459. doi: 10.1093/sw/48.4.451

- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 44, pp. 113-126.
- De Robertis, C. (1992). *Metodología de la intervención en el trabajo social*. Barcelona, España: El Ateneo.
- Dietrich, G. (1986). *Psicología general del Conselling*. Madrid, España: Heider.
- Duncan, B. L. (2014). The Person of the Therapist: One Therapist's Journey to Relationship. En *The Handbook of Humanistic Psychology. Theory, Research and Practice* (pp. 457-472). Londres, Reino Unido: Sage.
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Nueva York, Estados Unidos: Taylor & Francis.
- Figley, C. (2008). Traumatology. En *Encyclopedia of Violence, Peace, & Conflict* (pp. 2192-2202). doi:10.1016/B978-012373985-8.00235-X
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 58, N° 11), pp. 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona, España: Paidós.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *La alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona, España: Paidós.
- Geoffrion, S., Morselli, C. y Guay, S. (2016). Rethinking Compassion Fatigue Through the Lens of Professional Identity. *Trauma, Violence & Abuse*, Vol. 17, N° 3. doi: 10.1177/1524838015584362
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Emocional*. Madrid, España: Kairós.
- González de Rivera, J. L. (2005). Empatía y eempatía. *Advances in relation mental health*, Vol. 4, N° 2, pp. 1-8.
- Guerra, C., Rodríguez, K. y Morales, G. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (*Preliminary Validation of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists*). *Psykhé*, Vol. 17, N° 2, pp. 67-78.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapist. *Clinical social work Journal*, N° 30, pp. 293-309.

Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 17*, N° 2, pp. 149-156.

Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Madrid, España: Katz.

Jacobson, J. M., Rothschild, A., Mirza, F. y Shapiro, M. (2013). Risk for Burnout and Compassion Fatigue and Potential for Compassion Satisfaction Among Clergy: Implications for Social Work and Religious Organizations. *Journal of Social Service Research, Vol. 39*, N° 4, pp. 455-468. doi:10.1080/01488376.2012.744627

Kearney, Weininger, Vachon, Harrison y Mount (2009). Self-care of Physicians Caring for Patients at the end of Life. *JAMA, Vol. 301*, N° 11, pp. 1155-1164.

Lee, J., y Miller, S. (2013). A Self-Care Framework for Social Workers: Building Strong Foundation for practice. *Families in Society, Vol. 94*, N° 2, pp. 96-103.

Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, N° 52*, pp. 397-422.

Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. Nueva York, estados Unidos: Teylor.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford.

Nelson-Gardell, D. y Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress, and Child Welfare Workers. *Child Welfare, Vol. 82*, N° 1, pp. 5-26.

Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberría, J., Paz, M. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema, Vol. 15*, N° 2, pp. 267-272.

Pooler, D. K., Wolfer, T. y Freeman, M. (2014). Finding Joy in Social Work II: Intrapersonal Sources. *Social Work, Vol. 59*, N° 3, pp. 213-221.

Quezada, M. X. (2012). *Síndrome de desgaste por empatía en los trabajadores voluntarios del asilo de ancianos de la Ciudad de Guatemala*. Tesis de pregrado. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Rizzolatti, G. y Aibid, M. (1998). Language within my grasp. *Trend in Neuroscience, N° 21*, pp. 188-194.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. y Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, Vol. 3, N° 2, pp. 131-141.
- Rogers, C. (1986). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona, España: Paidós.
- Rothschild, B. (2006). *Ayuda para el profesional de la ayuda*. Nueva York, Estados Unidos: Desclée de Brouwer.
- Salston, M. y Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 16, N° 2, pp. 167-174.
- Sansó, N. (2015). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears, Mallorca, España.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B. y Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & Health Sciences*, Vol. 16, N° 1), pp. 3-10. doi: 10.1111/nhs.12068
- Sprang, G., Clark, J. J. y Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, Vol. 12, N° 3, pp. 259-280.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Intitute of rural health. Idaho State University (ID), Estados Unidos: ProQOL.org
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. *ProQOL.org*. Pocatello: [accesp 03 semptiempre 2014]. Recuperado a partir de http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Tremblay, M. A. y Messervey, D. (2011). The job demands-resources model: further evidence for the buffering effect of personal resources. *SA Journal of Industrial Psychology*, N° 27, pp. 10-19.
- Verduyn, P. y Lavrijsen, S. (2014). Which emotions last longest and why: The role of event importance and rumination. *Motivation and Emotion*, Vol. 39, N° 1), pp. 119-127.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C. y Segal, E. A. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, Vol. 60, N° 3, pp. 201-209.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona, España: Gedisa.