

CUIDADO PROFESIONAL Y MECANISMOS PALIATIVOS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

Autores: Dr. José Francisco Campos Vidal; M. Elena Cuartero Castañer; Joan Albert Riera Adrover y Dra. Josefa Cardona Cardona.

Filiación profesional: Universidad de las Islas Baleares, España

E-mail: quico.campos@uib.es // orquideas26@telefonica.net

Resumen. El concepto de Desgaste por Empatía (*Compassion Fatigue*) es inexistente en la literatura científica de Trabajo Social en nuestro país. Puede definirse el *Desgaste por Empatía* como estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo lo que ello, como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con clientes o pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés. El mantenimiento del desgaste puede derivar en cuadros severos típicos de traumatización secundaria o en el inicio del Síndrome del Profesional Quemado (Burnout). En todo caso, si un profesional del trabajo social experimenta dicho fenómeno, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus clientes se ve gravemente disminuida. Ello significa que el Desgaste por Empatía es por una parte, necesario e inevitable si se desarrolla una buena práctica; por otra, peligrosa e inhabilitante si no se compensa mediante otros mecanismos, sean intencionales o no intencionales. El Desgaste por empatía no se puede prevenir pero puede y debe paliarse de forma consciente. Incrementar la capacidad de reconocer y minimizar el impacto del desgaste es una responsabilidad del profesional y de la organización en la cual trabaja. La comunicación presenta las singularidades y características del fenómeno, la confusión terminológica y conceptual existente, las distintas fases y sus desarrollos, así como el balance de saldo negativo a favor de la fatiga. Analizado el fenómeno del Desgaste por Empatía, la comunicación presenta los resultados de una búsqueda sistemática relacionada con las experiencias de autocuidado y sus resultados

Palabras clave: Fatiga por Compasión; Desgaste por empatía; Autocuidado profesional; Estrés Traumático Secundario; Relación de ayuda.

Summary. The concept of Compassion Fatigue does not exist in the scientific literature of social

work in Spain. You can define the Compassion Fatigue as a state of exhaustion and biological, psychological and relational dysfunction resulting from prolonged exposure to stress compassion and all that that, as the end result of gradual, cumulative process result of prolonged contact, continuous and intense with clients or patients, the use of self and exposure to stress. Maintaining the typical wear and tear can lead to severe cases of secondary traumatization or early Burnout. In any case, if a professional social work experience this phenomenon, their ability to empathize, connect and help their clients is severely diminished. This means that the Compassion Fatigue is on the one hand, necessary and inevitable if good practice is developed; on the other, dangerous and disabling if not offset by other mechanisms, whether intentional or unintentional. The compassion fatigue can not be prevented but it can and should be alleviated consciously. Increase the ability to recognize and minimize the impact of wear is the responsibility of the professional and the organization in which they work. The paper presents the peculiarities and characteristics of the phenomenon, existing terminological and conceptual confusion, the various phases and developments, as well as e balance deficit for fatigue. Analyzed the phenomenon of Compassion Fatigue, communication presents the result of a systematic search related to self-care experiences and outcomes

Keywords: compassion fatigue; Compassion fatigue; professional self; secondary traumatization; Helping relationship

INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de servicios sociales no depende exclusivamente de los sistemas de organización del trabajo socio-asistencial, de su financiación o de la adecuación a la demanda social expresada. Un componente de la calidad asistencial de los servicios está directamente relacionada con los profesionales que desarrollan los programas y los proyectos. La capacidad y la calidad de este capital humano se mide en relación a sus competencias, su experiencia y su capacidad psicofísica y relacional para trabajar cotidianamente con sus clientes y alcanzar los acuerdos y las metas propuestas.

Consideramos que los trabajadores sociales de los servicios comunitarios y especializados que desarrollan su actividad cara a cara con sus clientes, pueden experimentar síntomas de desgaste físico, psicológico y emocional, ya que activan intencionalmente su capacidad de empatía. Como ha demostrado Figley (2002, 2007), el desarrollo de la actitud empática tiene un coste energético y emocional que es inevitable si se quiere garantizar una práctica eficiente. Dicho coste ha sido denominado *Fatiga por Compasión* o *Desgaste por Empatía* y en ocasiones se ha relacionado con el fenómeno de la *Traumatización Secundaria*, la *Traumatización Vicaria* y el *Síndrome de Burnout*, manteniéndose todavía la confusión teórica y conceptual en la literatura científica (Rothschild, 2006). A pesar de su escasa divulgación en la literatura científica sobre Trabajo Social en nuestro país, sostenemos que el fenómeno de *Fatiga por Compasión* tiene suficiente consistencia teórica y empírica como para ser considerado una forma de riesgo laboral y personal de los trabajadores sociales.

FATIGA POR COMPASIÓN: ORIGEN, CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El primer antecedente que encontramos de un cierto interés por parte de los investigadores sobre los posibles efectos perjudiciales de la relación de ayuda con personas con una historia traumática de forma continuada se remonta a 1971. En este momento, C. Figley (1995) estudia por primera vez estas consecuencias con enfermeras que atendieron veteranos de la guerra de Vietnam en la década de los 60. Según este autor, estas profesionales tenían sentimientos de culpa y remordimiento por no haber podido "salvar" a sus pacientes. Estos recuerdos se asociaban a numerosos problemas psicológicos que en 1980, se compilaron en el DSM- III (Pichot, 1988) como Síndrome de Estrés Post-Traumático. El diagnóstico no sólo incluía la traumatización consecuencia de ser víctima de un acontecimiento altamente estresante, si no también la sufrida por las personas que apoyan a estas, como los familiares, amigos cercanos y profesionales, es decir, las que sufrían de forma indirecta el trauma (Figley, 2002). Joison ((Jiménez et al, 2004) utilizó el término *Fatiga por Compasión* para referirse al efecto nocivo de la exposición continuada de las enfermeras a las historias de dolor y sufrimiento de sus pacientes. Podemos definir la *Fatiga por Compasión* como "el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición

prolongada al estrés por compasión y todo el que ello evoca" (Lynch & Lobo, 2012, p.21-25). Para Figley (2002), "la *Fatiga por Compasión* como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás" (p.14-30). Si un profesional experimenta dicho fenómeno, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a sus clientes se ve gravemente disminuida. Dicho autor define *la Fatiga por Compasión* como "las conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado por una persona significativa, o sea, una traumatización indirecta de instauración rápida y repentina como consecuencia de ayudar a aquellos que experimentan el trauma de manera directa y primaria (Figley, 2002). McHolm (2006) añade el componente espiritual a la definición, indicando que la *Fatiga por Compasión* "describe el agotamiento emocional, físico, social y espiritual que se apodera de una persona y provoca un descenso generalizado de su deseo, capacidad y energía de sentir y tener la energía para ayudar a otro" (p.14). Coetzee & Klopper (2010), definen la *Fatiga por Compasión* como "el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés" (p.237) .

Los últimos trabajos ya no se centran en una visión restringida y vinculada al trauma, sino más bien amplían la aplicación del concepto de *Fatiga por Compasión* entendiéndola como el resultado progresivo y acumulado de un intenso contacto con las personas que sufren y por la exposición al estrés (Smart et al., 2014) y que incluyen a todos los profesionales que desarrollan una relación de ayuda (Adams, Boscarino, & Figley, 2006; Figley & Bride, 2007; Figley, Adams, & Boscarino, 2008; Dekel & Baum, 2010). Sin embargo, el denominador común de todas las propuestas relativas a su definición descansa en el concepto de empatía.

Es una evidencia que en un sistema abierto y vivo como es el sistema de ayuda formado por el trabajador social y su cliente, se produce un permanente intercambio de información, relaciones e influencias mutuas. En función de las características del contexto de intervención para el cambio (Cardona, 2012) la relación de ayuda está sesgada por un conjunto de relaciones y emociones intensas que afectan a todos los partícipes del proceso, y que se manifiestan a través de la ansiedad, el estrés y las emociones expresadas y sentidas por todos los participantes.

La evaluación del impacto de la ansiedad y el estrés (Casado, 1994), pone de manifiesto una toxicidad fisiológica real que afecta con intensidades distintas a todas las partes del sistema. Es una evidencia empírica que el incremento o decremento de la química cerebral y endocrina mantenido en el tiempo, genera un deterioro funcional y energético claramente identificado (Casado,1994): deterioro de la función hepática (por exceso de adrenalina); alteraciones de la función cardíaca (por exceso de epinefrina); disminución de la capacidad de respuesta inmune (falta de cortisol); desequilibrios en el estado de sueño, vigilia, apetito y temperatura corporal (falta de serotonina); descenso de producción de dopaminas y endorfinas, lo cual permite experimentar más dolor; disminución de la concentración de oxígeno en sangre, lo que produce agotamiento, angustia,

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

sensación de cansancio y déficit de memoria, y por último, tensión muscular prolongada y sentido de alerta prolongados que se traducen en malestar emocional y psicológico.

La dimensión fisiológica de los trastornos que se experimentan cuando se está sumido en un contexto relacional y emocional intenso y en ocasiones tóxico, nos permite aproximarnos al conjunto de ideas clave: el trabajo que desarrollan los trabajadores sociales genera un desgaste físico y mental inevitable dada la naturaleza del contexto y de las emociones en el que se desenvuelven: conflicto, tensión, estrés y dolor emocional. En consecuencia, desarrollar el rol de trabajador social conlleva un coste relacionado con la erosión y el desgaste de las capacidades y competencias. Desde nuestra perspectiva, desgaste no equivale a fatiga. Desgaste evoca términos como erosión, reponer o reparar, recargar, equilibrar o cuidar. En este sentido, el desgaste profesional, si es atendido, no genera necesariamente el fenómeno de la *Fatiga por Compasión* (Campos et al, 2014).

LAS FUENTES DEL DESGASTE

Sostenemos que una relación de ayuda eficaz requiere del desarrollo de una relación de confianza entre el profesional y las personas con las que trabaja. La relación de confianza se deriva del desarrollo de dos elementos: en primer lugar, la capacidad de empatizar con las personas, es decir, la capacidad de ponerse en el lugar del otro(s) para ver y comprender con la perspectiva de cada una de las partes, sin entrar en valoraciones y juicios (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002). En segundo lugar, la necesidad de desarrollar una alianza para el cambio entre el profesional y sus clientes, que se concreta en la cualidad y fortaleza de la relación de colaboración entre ellos y que incluye los lazos afectivos entre ambos, la confianza mutua, el respeto y el interés por el proceso de cambio, un compromiso activo por el proceso mediador y un sentido de asociación para alcanzar un común objetivo (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). Estos dos elementos, la empatía y la alianza, generan tres significativas fuentes de desgaste.

1. Escucha activa y alianza. Considerando la escucha activa como aquella predisposición a comprender e interiorizar la vivencia de las personas que experimentan una situación problema, la escucha activa se desarrolla preferentemente desde un canal narrativo. Son las historias que nos cuentan nuestros clientes las que nos permitirán aproximarnos a la naturaleza de su situación pasada y presente.

Las narrativas de las necesidades, dificultades, problemas y conflictos, las historias que nos cuentan, están inundadas de problemas, malestar y sufrimiento. Es en el marco de éstas aguas turbulentas donde el profesional debe hacer el esfuerzo de comprender colocándose en el lugar del otro (Jameson, Bodtker, y Jones, 2006) y ajustar esta comprensión aprehendiendo el significado que la situación tiene para las personas con las que trabaja.

Sin embargo, este ejercicio no es sencillo. La narrativa que desarrollan las personas están formuladas en términos de puntuación de secuencias (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) , es decir, una ordenación arbitraria y subjetiva para cada uno de ellos, mediante la cual las personas ordenan las secuencias de hechos y acontecimientos que afectan a sus vidas ya sus conflictos. Esta

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

es una de las primeras fuentes de desgaste.

La comprensión del significado de lo que están viviendo las personas no es suficiente para procurar un proceso de cambio. Desde otros ámbitos como el de la psicoterapia (Muran, Safran, Samstag, y Winston, 2005; Friedlander et al., 2009;) o el trabajo social (Cardona y Campos, 2009) se ha prestado especial atención a las relaciones entre los profesionales y sus clientes, considerando que una buena alianza tiene una influencia crucial en los resultados del trabajo de ayuda, siendo ésta el predictor más robusto para el éxito del proceso de cambio. Hablar de alianza con los clientes implica referirnos a cuatro elementos: el enganche en el proceso de ayuda, la conexión emocional con el profesional, la seguridad dentro del sistema de ayuda y el sentido que el trabajador social desarrolla de compartir el proceso con sus clientes. Estos cuatro movimientos que no vamos a describir en estos momentos, implican un desgaste psíquico y emocional para el profesional que no podemos ignorar. Vincularse, cuesta, no es un movimiento gratuito (Campos et al, 2015).

2. El uso necesario de la empatía. Entendemos a la empatía como esa capacidad psicofisiología que nos permite sentir y percibir el bien y el malestar del otro desde una perspectiva cognitiva y emocional (Davis, 1994). Posee una base neurofisiológica compleja en la cual destacan el papel de la amígdala, el circuito cerebral empático específico y las neuronas espejo (Rizzolatti y Gallese, 2006). Para Baron-Cohen (2012), “la empatía se produce cuando suspendemos nuestro enfoque de atención único centrado exclusivamente en nuestra mente y, en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble que también se centra en la mente del otro” (p. 27), y es la capacidad de identificar lo que el otro piensa o siente, y responder antes sus pensamientos o sentimientos con una emoción adecuada. Así pues, un enfoque de atención doble significa que en nuestra mente tenemos presente al mismo tiempo la mente de alguien más (Baron-Cohen, 2012). El desarrollo de la empatía significa que los clientes se sienten escuchados y valorados, reconocidos, legitimados y respetados. Es tan central que nos atrevemos a afirmar que sin el desarrollo y la puesta en juego de la empatía, el trabajo social es imposible (Richard E Adams et al., 2006).

Ahora bien, el desarrollo y la puesta en juego de la empatía mediante la escucha activa se convierten también en fuentes de desgaste del profesional. En primer lugar, se hace necesario contrarrestar el reflejo empático. Éste es espontáneo, irreflexivo e inconsciente, y se traduce en una escucha desequilibrada de las narrativas que aportan las personas. Dado que los trabajadores sociales no somos sujetos asépticos e imparciales y que tenemos historia e ideología, es inevitable que al escuchar narraciones de problemas, narraciones cargadas de sufrimiento, de dolor y malestar, tengamos una tendencia espontánea a ser más o menos empáticos con nuestros clientes. La identificación con nuestro propio género, las resonancias emocionales que se ligan a nuestra propia historia, nuestro sentido de lo que es justo o injusto, bueno o malo, todo ello nos inclina a una predisposición empática que no está equilibrada y en la cual hay víctimas y victimarios, ganadores y perdedores. Evidentemente, esta reacción empática espontánea que nos inclina a predisponer una mayor atención y escucha hacia aquella persona que identificamos como el perdedor o el maltratado,

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

debe ser corregida si queremos llevar a cabo un trabajo adecuado. Este proceso de corrección, de recolocarnos en una posición de no predisposición a la parcialidad, implica una fuente de desgaste que consideramos muy importante, ya que nos obligamos a comprender el significado de las conductas y sentimientos y especialmente de aquella persona que inicialmente nos despierta menor empatía.

Existe una segunda fuente de desgaste relacionada con la empatía que nos obliga a desarrollar un trabajo adicional para contrarrestarla. Nos referimos al impacto del uso de la escucha activa mediante el desarrollo de la actitud empática. A diferencia del reflejo empático, la actitud empática implica una predisposición consciente para comprender la posición del otro, el discurso del otro y el significado que el otro da a su discurso, sus emociones y sus vivencias. Para desarrollar una aprehensión de los significados, los profesionales deben percibir y experimentar parte del malestar que sienten las personas. Dicho en otros términos, en el marco de una relación marcada por una situación problema, el desarrollo de una actitud empática significa experimentar, en una aproximación vivencial, el sufrimiento, la angustia, el dolor o el malestar que experimentan los clientes. Una escucha activa activada por una predisposición y una actitud empática, implica percibir en si mismo parte del malestar del otro.

Acabar una entrevista con sensación de agotamiento, de angustia o de malestar es frecuente y debe considerarse como parte de la normalidad de la práctica profesional del trabajador social. Por tanto, una buena práctica implica asumir y reconocer en si mismo el malestar de los demás. Esta situación origina un importante desgaste que si no es compensado puede provocar efectos no deseados en la competencia inmediata o futura del profesional.

Fue Figley (1995) quien acuñó por primera vez el término *Compassion Fatigue* en 1995, haciendo referencia al "sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o de resolver sus causas" (p.24). Para Bermejo (2012) la compasión constituye una palabra compuesta que significa "sufrir juntos". Es una emoción del ser humano que se ve manifestada ante el sufrimiento de otro ser. Es más intensa que la empatía pues en principio, la compasión describe el entendimiento del estado emocional de otro, y se ve combinada frecuentemente con un deseo por aliviar o reducir su sufrimiento. Los rasgos del encuentro compasivo se definen como la suma de tres elementos que en conjunto constituyen el encuentro personal: la gratuidad, la proximidad, y finalmente la hondura referente a compartir la herida profunda que sufre la otra persona (Adams, Figley y Boscarino, 2008). Figley (1995) señala que la capacidad de compasión y de empatía parecen estar en el centro de la capacidad de los profesionales de la relación de ayuda para realizar el trabajo con los clientes, y al mismo tiempo, en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo.

3. La tensión entre empatía y ecpatía. Un profesional que pretenda ser eficiente no puede quedar atrapado ni comprometida por la posibilidad de identificación o sobre-involucración del profesional. Construir una distancia emocional adecuada para no identificarse o sobre-involucrarse

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

y hacer posible una relación de ayuda es imprescindible. El concepto de empatía (González de Rivera, 2004) hace referencia a nuestra capacidad de controlar la reacción empática mediante la exclusión activa de los sentimientos inducidos por los demás. Desarrollar la empatía no significa renegar de la empatía ni adoptar una actitud dispática o cínica respecto a los otros, se trata de una maniobra o acción mental positiva compensadora de la empatía y no de su carencia (González de Rivera, 2004). La práctica de la empatía nos protege de la inundación afectiva y del dejarnos llevar por las emociones de las partes mediante una forma de control intencional de la subjetividad interpersonal.

Así pues, entre la empatía que se requiere para comprender al otro y la empatía imprescindible para desarrollar la distancia emocional necesaria, nos encontramos ante una tensión paradójica entre distancia emocional y proximidad emocional que es necesario mantener. Parece evidente que tal tensión provoca una nueva fuente de desgaste. Por todo lo señalado anteriormente, podemos considerar la *Fatiga por Compasión* o el *Desgaste por Empatía* como un fenómeno inevitable y necesario en la medida que es inherente a la activación de la capacidad empática. Sin embargo, si no es contrarrestado o prevenido por los profesionales y por las condiciones de organización de la actividad profesional en los servicios, puede derivar en trastornos de Traumatización Secundaria o el Síndrome de Burnout.

SEÑALES Y SIGNOS DE LA FATIGA POR COMPASIÓN

Uno de los elementos diferenciales entre *Fatiga por Compasión* y el *Síndrome del Profesional Quemado (Burnout)* esta determinada por la dimensión temporal, siendo el *Burnout* el resultado de un proceso (crónico) mientras que la *Fatiga por Compasión* puede aparecer súbitamente (proceso agudo). La *Fatiga por Compasión* es también descrita por Figley (1995, 2002) con un conjunto de fases. Coincide con Sabo (2011) en indicar la existencia de un inicio brusco dentro de un proceso en el cual son destacables tres fases (Campos Méndez, 2015): 1. *Disconfort por compasión*, con la aparición de causas que provocan el cambio hacia el malestar; 2. *Estrés por Compasión* en progresivo aumento, superando los umbrales de tolerancia y, 3. *Fatiga por Compasión*.

De acuerdo con Figley (2002) y Moreno (2004) los signos de la fatiga por compasión o del desgaste por empatía, mantienen las tres variables sintomáticas del estrés traumático secundario, es decir, la hiperactivación, la evitación y la re-experimentación.

<i>Tabla I. Características y signos de la Fatiga por Compasión</i>		
Hiperactivación	Evitación	Reexperimentación

Problemas de sueño Irritabilidad	“No querer volver ahí otra vez” Deseo de evitar los pensamientos	Pensamientos intrusivos Sueños intrusivos
Estallidos de ira	Evitación de sentimientos	Distrés psicológico y/o fisiológico
Hipervigilancia	Evitación de conversaciones asociadas al dolor del cliente	Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas de los clientes
Incremento de ansiedad	Evitación a la exposición del material traumático del cliente	Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial
Impulsividad	Pérdida de energía	
Reactividad	Evitación de salidas extra-laborales con los compañeros	
Aumento de percepción de exigencias y de amenazas		
Aumento de la frustración	Auto-medicación y/adicciones	

Fuente: Campos Méndez, 2015

Las manifestaciones sintomáticas de la *Fatiga por Compasión* son diversas. Para Figley (2002) los síntomas de la *Fatiga por Compasión* incluyen elementos cognitivos, somáticos, afectivos, interpersonales, conductuales y espirituales. Campos Mendes (2015) elabora una clasificación sintomática extensa adaptada de Coetzee y Klopper (2010), Moreno-Jiménez (2004) y Gilmore (2012).

Tabla II. Sintomatología de la fatiga de la compasión

<p>Reacciones somáticas</p> <p>Agotamiento y pérdida de fuerza. Falta de energía. Disminución de la eficacia. Desempeño reducido. Pérdida de resiliencia. Recuperación física, más lenta y costosa. Aumento de quejas físicas. Propensión a accidentes. Insomnio. Dolores de cabeza. Malestar estomacal. Tensiones musculares. Aceleración del ritmo cardíaco. Temperatura corporal fluctuante. Dolor de espalda</p> <p>Reacciones sociales</p> <p>Insensibilidad. Indiferencia. Incapacidad para abordar o paliar el sufrimiento. Ausencia de disfrute con las actividades de ocio.</p> <p>Reacciones emocionales</p> <p>Pérdida de entusiasmo y apatía. Crisis nerviosa. Desensibilización. Ira o irritabilidad intensa. Capacidad disminuida. Deseo de abandonar. Emocionalmente sobrepasado. Sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas. Sensación de vacío o desesperanza hacia futuro. Estado de depresión la mayor parte del tiempo. Ausencia o depresión. Miedo y ansiedad ante eventos. Sonidos u olores que recuerdan. Sentimientos de paralización. Falta de motivación. Compulsiones como beber, comer y gastar en exceso.</p> <p>Reacciones espirituales</p> <p>Falta de consciencia espiritual. Desinterés por la introspección. Juicio empobrecido. Merma en el</p>

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

discernimiento. Cuestionamiento de creencias espirituales.

Reacciones cognitivas

Aburrimiento, desinterés Desorganización. Atención disminuida. Menor capacidad de concentración. Sueños y pesadillas recurrentes. Problemas de concentración. Recuerdos de cosas.

Fuente: Campos Méndez, 2015

Parece evidente que ayudar a otros tiene un coste, sea en términos fisiológicos, emocionales conductuales o relacionales (C. Figley, 1995); un coste que puede verse compensado con medidas específicas e inespecíficas de cuidado personal y profesional.

DIFERENCIANDO LA FATIGA POR COMPASIÓN

Como señala certeramente Acinas (2011), el concepto de *Fatiga por Compasión* sigue evolucionando en el marco de la Psicotraumatología. Siempre asociado a los “costes del cuidado” de otras personas y familias que de alguna manera padecen y sufren, numerosos términos utilizados han hecho posible una cierta confusión teórico-conceptual en relación a la descripción del fenómeno.

Cómo constatan las obras de Figley (Figley, 1995, 2002, Figley & Bride, 2007, Figley, 2014) el uso de varios términos relacionados la *Fatiga por Compasión* para referirse a un misma situación ha dado pie a confusiones y a un uso cuestionable de los diferentes términos. Nos referimos al síndrome de Estrés Traumático Secundario (estrés traumático derivado del contacto con la víctima o el evento traumático), al Estrés Post-traumático, a la Traumatización Vicaria, la Contratransferencia y también el conocido síndrome de *Burnout* (Lynch & Lobo, 2012), así como el contagio emocional (Fernández-Pinto, López-Pérez, & Márquez, 2008). Todos ellos, a excepción del conocido Síndrome de *Burnout*, se desarrollan en actividades relacionadas con el contacto o la atención directa con personas o situaciones altamente traumáticas. Así, la *traumatización primaria* es entendida como el impacto de un incidente traumático sobre la víctima directa de un incidente. La *traumatización secundaria* se produce en familiares o personas cercanas de la persona que sufre un acontecimiento traumático como consecuencia de la proximidad de la relación y también como el impacto que genera en los profesionales de la relación de ayuda al observar o escuchar el relato de una persona traumatizada de forma primaria (Rothschild, 2006). McCann y Pearlman (1990) cuando definen la traumatización vicaria hacen referencia a una transformación de los esquemas cognitivos y sistemas de creencias que resultan de compromiso empático con las experiencias traumáticas de los clientes que puede dar lugar a " interrupciones significativas en el sentido de una de significado, sentido, identidad y visión del mundo, así como en la propia afectan la tolerancia, las necesidades psicológicas, creencias acerca de uno mismo y otras relaciones, interpersonales, y memoria sensorial " (Pearlman y Saakvitne, 1996, p.151).

Y finalmente, el *Desgaste por Empatía*, es definido por Figley (1995) como el sufrimiento (no traumatización) producido en el profesional como consecuencia de su trabajo en un servicio de apoyo a personas que presentan un sufrimiento o disfuncionalidad, no necesariamente

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

traumatizadas. De acuerdo con las definiciones aportadas por Figley (2011) es posible identificar como el *Trastorno por Estrés Postraumático* se ve englobado dentro de los estresores primarios puesto que son resultantes de la exposición directa, en este caso al trauma o acontecimiento traumático, mientras que el *estrés traumático secundario, el vicario* y el *Desgaste por Empatía* se ven situados entre los estresores secundarios puesto que están asociados a la presencia y contacto con personas traumatizadas o afectadas por el estrés.

Aunque la *Fatiga por Compasión* comparta los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático, son conceptos diferentes puesto que el Trastorno de Estrés Postraumático impacta únicamente sobre dos de las diez regiones del cerebro constituyente del circuito de la Empatía. Las recientes investigaciones demuestran por primera vez la existencia de una correlación entre el trauma psicológico y algunos cambios concretos y perdurables en el cerebro, y muy concretamente sobre la *Corteza Orbitofrontal* (COF), así como la sobre activación de la *amígdala* (Márquez et al., 2013).

En ocasiones han considerado a la *Fatiga por Compasión* como una sub-tipología del *Síndrome de Burnout*. Diversos autores (Najjar, N., Davis L.W., Beck-Coon, K., Carney-Doebbeling, 2009) consideran que la *Fatiga por Compasión* es una forma única de Burnout, en la cual la causa del malestar no está tan relacionada con los factores estresantes del trabajo como con la respuesta empática que los profesionales que trabajan con la empatía proporcionan. Sabo (2006, 2011) describe el *Síndrome de Burnout* como un proceso gradual resultado de las respuestas que damos en nuestro entorno de trabajo, mientras que la *Fatiga por Compasión* tiene un inicio agudo que resulta de la atención a las personas que están sufriendo, producto de la experiencia de hacerse cargo, empáticamente, del malestar del otro. Por ello, un profesional que no desarrolla relaciones de ayuda, como puede ser un directivo o el miembro de un equipo de planificación, puede experimentar Burnout, pero difícilmente Fatiga por Compasión. Esta última surge y se desarrolla como consecuencia de las relaciones de ayuda entre profesional y cliente. Es por ello que el *Burnout* puede aparecer en cualquier actividad profesional, mientras que la *Fatiga por Compasión* solo está presente en las profesiones relacionadas con las relaciones de ayuda (Jacobson, Rothschild, Mirza y Shapiro, 2013 ; Stamm, 2002).

Parece evidente que en último término hay un consenso generalizado en considerar el *Síndrome de Burnout* como una respuesta acumulativa al estrés crónico en el trabajo, a largo plazo, y que tiene efectos negativos en el individuo y en el trabajo. Son claras las consecuencias básicas de este síndrome (Maslach,1982): agotamiento emocional, despersonalización y escasa realización personal. Estas consecuencias no coinciden con las que se asocian con la *Fatiga por Compasión*: la re-experimentación, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación. La *Fatiga por Compasión* es la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos (Acinas, 2012; Rothschild, 2006). Valent (2002) y

Sanmartino (2012) sostienen que la *Fatiga por Compasión* aparece cuando el profesional no puede rescatar al cliente de su sufrimiento, lo cual le provoca culpabilidad y estrés.

Aunque *Burnout* y *Fatiga por Compasión* sean dos formas de desgaste profesional diferenciadas, para algunos investigadores (Jacobson et al., 2013) pueden tener sus orígenes en la relación terapéutica. Ambos pueden también surgir con independencia de los problemas que traigan los clientes a la consulta, en el caso de que el profesional pase por alto satisfacer sus propias necesidades de compañía, descanso, horas razonables de trabajo, tiempo libre o vacaciones, ya que los elementos que constituyen la labor profesional aunque sean diferenciados, guardan relación entre sí. Para Ruzec (1993) “la *Fatiga por Compasión* es idéntica al trastorno de estrés secundario y es equivalente al Estrés Postraumático. No sólo los terapeutas y otros profesionales son vulnerables a la fatiga por compasión, también lo son la familia y los amigos” (p3).

Tabla III. Diferencias entre Fatiga por Compasión y Síndrome de Burnout

Ejes	Hiperactivación Evitación y embotamiento Re-experimentación	Agotamiento emocional Baja realización personal Despersonalización
Relacionado con	Traumatización secundaria y Trastorno por Estrés Postraumático	Estrés laboral
Causas	Relacionado con el esquema cognitivo del profesional	Relacionado con las condiciones de trabajo
Concepto	Estado	Proceso
Evolución	Súbito, rápido y sin señales previas. Abrupto y agudo	Progresivo. Acumulado en el tiempo por inmersión intensa
Manifestación	Menos insidioso	Agravamiento posterior
Nivel emocional	Sentimientos de indefensión, sensación de aislamiento y falta de apoyos	Extenuación emocional

Fuente: Campos Méndez, 2015

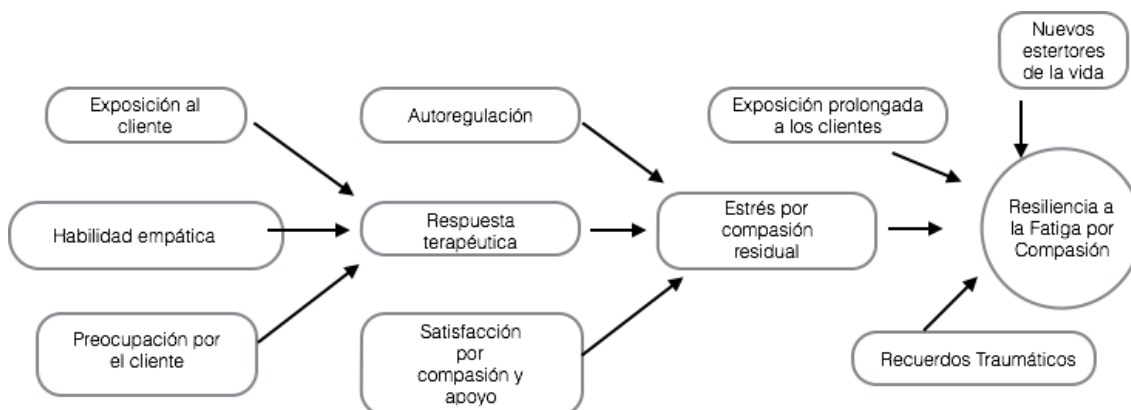
MODELO GENERAL DE RESILIENCIA A LA FATIGA POR COMPASIÓN

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

El modelo general descrito por Figley (2014) se articula de la siguiente manera:

1. *Exposición al cliente que sufre*: cuanto más exposición al cliente que sufre mayor es la respuesta empática, cuanto mayor es el estrés por compasión residual, menor es la resiliencia a la Fatiga por Compasión.
2. *Habilidad empática*: es el grado en que el profesional puede predecir de forma ajustada la emoción expuesta por el cliente y exponer emociones al cliente que reflejan servicios efectivos y con resultados.

Figura I. Modelo general de resiliencia a la *Fatiga por Compasión*



Fuente: Figley 2014

3. *Preocupación por el cliente*: es el interés en el bienestar y el éxito del cliente. Motiva al profesional a buscar la mejor respuesta terapéutica.

4. *Respuesta terapéutica*: es la que el profesional utiliza para permitir al cliente a) tener más voluntad para cambiar, b) tener menos temor, e) ser más optimista acerca del resultado de la intervención, d) sentirse apoyado. Sin embargo, dando la respuesta terapéutica adecuada, el trabajador experimenta distrés vicario del cliente que carga en el profesional, de forma medible, como Estrés por Compasión Residual.

5. *Auto-regulación*: es el grado por el cual el profesional puede manejar de forma efectiva la causa y el impacto del estrés y separar el trabajo de la vida personal; sentirse fresco cada día gracias a la habilidad del trabajador de auto-regularse.

6. *Satisfacción por Compasión y Apoyo*: es el grado en que un profesional siente un alto nivel de satisfacción personal por el trabajo con sus clientes y percibe un alto grado de nivel de apoyo y respeto por los compañeros de trabajo.

7. *El estrés residual por compasión*: es experimentado por los profesionales como reacciones de estrés a la situación difícil del cliente y la preocupación de hacer todo lo que uno pueda para ayudar al cliente que está sufriendo. Adicionalmente a la respuesta terapéutica, la autorregulación y la satisfacción por compasión y apoyo también afecta al nivel de estrés residual por compasión.

8. *Resiliencia a la Fatiga por Compasión*: es la velocidad y grado de recuperación total de una

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

adversidad del profesionales después de haber experimentado un significativo incremento en el volumen de estrés. El Modelo sugiere que es una función en 4 variables diferentes: Estrés por Compasión Residual, Exposición Prolongada a los Clientes, Manejo Efectivo de los Recuerdos Traumáticos, si hay alguno, y Nuevos Estresores de la Vida.

8.1. *La exposición Prolongada a los Clientes* es el número de clientes asignados versus el tiempo al día para proveer servicios multiplicado por el número de meses realizando estas tareas.

8.2. *El Manejo Efectivo de Recuerdos Traumáticos* es la satisfacción, auto-reportada, manejando el número (si hay) y la intensidad de los recuerdos del trauma pasado. Mientras mayor sea la satisfacción en manejar los recuerdos, mayor es la Resiliencia a la Fatiga por Compasión. No es importante solo para predecir la Resiliencia a la Fatiga por Compasión, también para predecir como de bien el profesional utiliza las lecciones del trauma pasado para ayudar a los clientes que están experimentando un trauma similar y para adaptarse al trauma.

8.3 *Nuevos Estresores de la Vida*: Acontecimientos propios del desarrollo del ciclo vital o de acontecimientos no previstos de que provocan crisis personales y familiares que afectan a los profesionales en cuanto personas.

PREVENIR Y PALIAR LA FATIGA POR COMPASIÓN

Se entiende por *Empathic discernment* o *insight empático* (Bride, Radey y Figley, 2007) a la capacidad del profesional para reconocer y reducir a tiempo la fatiga por compasión y aumentar la satisfacción por compasión mediante el equilibrio e incremento de tres factores: *el afecto, el autocuidado y los recursos*.

Figura II. Relación entre Fatiga por Compasión y Satisfacción por Compasión



Fuente: Bride, Radey y Figley, 2007

La relación entre la fatiga de la compasión y la satisfacción de la pasión no es todavía clara, aunque ha sugerido que hay un equilibrio entre los dos experiencias (Stamm, 2002). Es decir, un profesional puede experimentar tanto fatiga de la compasión y la satisfacción compasión simultáneamente, aunque si la fatiga por compasión aumenta puede abrumar la capacidad del profesional para experimentar la compasión satisfacción.

Además de reducir la satisfacción por el trabajo, los efectos de la *Fatiga por Compasión* se cree que poner en peligro el capacidad de los profesionales para ayudar efectivamente a sus clientes (Figley, 1995). Los trabajadores sociales que experimentan *Fatiga por Compasión* se cree que en mayor riesgo Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

de hacer juicios profesionales pobres como diagnósticos erróneos, mala planificación del tratamiento, o el abuso de los clientes que los que no la experimentaron (Rudolph, Stamm, & Stamm, 1997). El primer paso en la prevención o aliviar la fatiga por compasión es reconocer los signos y los síntomas de su aparición. Al monitorearse continuamente la presencia de síntomas, los trabajadores sociales pueden ser capaces de evitar los aspectos más negativos de fatiga de la compasión.

La propuesta de Bride, Radey y Figley (2007) para la prevención de la Fatiga por Compasión conjugan tres elementos:

El afecto positivo se refiere a las características de la relación que son fundamento esencial para entrar en contacto con las necesidades de los clientes: respuesta empática y alianza de ayuda. También se refiere a cubrir necesidades del profesional tales como la satisfacción por el servicio prestado y el aprecio de los demás.

El autocuidado, incluye seguir estándares reconocidos para cuidar de uno mismo (descansar, dormir ...), pero también conviene utilizar un plan de auto-cuidado diseñado individualmente y actualizarlo periódicamente. Es fundamental la auto-monitorización o bien la monitorización a través del apoyo social para conocer el nivel de satisfacción y fatiga de compasión. Un pobre autocuidado puede tener consecuencias negativas como reducir el nivel de satisfacción por compasión, dañar la salud del profesional de ayuda y de sus relaciones, así como dañar a los clientes.

Los recursos personales y sistémicos con los que puede contar el profesional de ayuda son diversos. Por ejemplo, recursos intelectuales (formación, el saber hacer de la experiencia, etc.), de salud (buena nutrición, ejercicio físico ...), sociales (amigos, compañeros de trabajo, supervisores, organización, etc.).

El impacto de la fatiga por Compasión está directamente relacionado por el comportamiento de los tres ejes a los cuales hemos hecho referencia. Si no se introducen mecanismos de compensación, sean específicos (supervisión, meditación consciente, grupos de autoayuda, etc.) o inespecíficos generales (deporte, relaciones sociales, aficiones y proyectos personales, salud, etc.), el balance entre satisfacción y fatiga siempre estará desequilibrado a favor de la fatiga. Dicho en otros términos, el coste de cuidar debe ser compensado con el autocuidado. Podemos entender por autocuidado como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.” (Ginés y Carvalho, 2010, p.307), con independencia de que este tenga un dimensión institucional (servicios que cuidan a sus trabajadores), personal (autocuidado y redes nutritivas de autocuidado) o comunitaria (entornos saludables y equilibrantes). Si esta compensación no se da, la Fatiga por Compasión prevalecerá a la Satisfacción por Compasión.

Las recomendaciones actuales a cerca de los mecanismos para prevenir, paliar y contrarrestar la Fatiga por Compasión incluyen prácticas conscientes de autocuidado inespecífico, autoreflexión y autoconsciencia, conexión con el entorno y supervisión.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

1. *Normas de Integridad para la Práctica de Auto-cuidado.* Proponerse el reposo físico y la nutrición para conseguir la reparación física del trabajo. Precisan de salud emocional, que se consigue mediante el descanso y la alimentación. Y finalmente destaca la necesidad de modulación, es decir, cada profesional debe autocontrolarse con respecto a qué y cuánto consume ya que puede poner en peligro su competencia en el trabajo. También añade que es importante obtener valoración y compensación en el sentido de buscar, encontrar, y recordar el aprecio y reconocimiento de los supervisores y clientes, pues aumenta la satisfacción en los profesionales.

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

3. *Estrategias para ganar un sentido de logro.* Estrategias para la adquisición de descanso y relajación adecuada y por otro lado, estrategias para reducir el estrés. Éstas pueden darse, según Figley (2012), mediante la adquisición de habilidades que faciliten la gestión del estrés durante las horas de trabajo y fuera de las horas de trabajo.

4. *Auto-Cuidado Personal.* En el área corporal, propone monitorear eficazmente todas las partes del cuerpo en cuanto a la tensión para implementar técnicas que reduzcan o eliminen dichas tensiones (Rothschild, 2000, 2006). Se propone establecer una serie de métodos saludables que induzcan al sueño y a su mantenimiento y métodos eficaces para asegurar una nutrición adecuada. En el área psicológica se propone implementar aquellos comportamientos y prácticas que sean eficaces para mantener el equilibrio entre el trabajo y la diversión; hacer efectivo el tiempo de relajación usando métodos como puedan ser el contacto con la naturaleza u otros estímulos calmantes, la comunicación interpersonal, la reestructuración cognitiva y la gestión adecuada del tiempo. Destaca la meditación o la práctica espiritual como formas útiles de conseguir la relajación, así como el establecimiento de métodos eficaces de auto-evaluación y auto-conciencia. Finalmente en el área social, señala la necesidad de contar con personas de confianza y de apoyo tanto fuera como dentro del trabajo.

5. *Desarrollo del Plan de Prevención.* Revisar el plan de autocuidado y procurar trabajar en base a la prevención, analizando los recursos y las resistencias para así lograr las metas, discutir los objetivos y la implementación del plan con una persona de apoyo, activar el plan, evaluar el plan semanal, mensual y anualmente y además contar con una persona de apoyo, así como también notificar los cambios producidos. Rothschild (2009) ilustra en su obra algunos ejercicios de prevención de carácter primario, pues constituyen intervenciones a realizar antes de que surjan los síntomas de Desgaste por Empatía.

6. *Conciencia corporal.* Rothschild (2000) y también Gentry (2008) proponen la habilidad para reconocer aquellas sensaciones corporales que señalen hiperactividad. Mediante la respiración es Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social.* Logroño: Universidad de La Rioja.

posible identificar una aceleración de la inhalación ante el estrés. Para aprender a tener conciencia de la activación, el autor propone una serie de actividades como la de la *conciencia corporal simple*.

7. *Establecer distancias apropiadas*. Activar dos tipos de límites que son relevantes para prevenir el desgaste por empatía: los relativos a distancias físicas o "zona de comodidad" y los que permitan sentirse adecuadamente protegido dentro de la propia piel, "armadura corporal".

8. *Control de la imaginación empática*. El hecho de imaginar las historias que relatan los clientes estimula la empatía pero puede ser problemático, pues la visualización sitúa al profesional en una posición de testigo ocular. Por lo tanto, se presenta necesario contar con la sensación de control y de dominio sobre el propio mundo y mente, para minimizar los riesgos negativos derivados de ayudar a las personas angustiadas. Entonces, aquí el autor propone ciertos ejercicios para controlar la imaginación, el imaginar o no imaginar y para saber controlar las imágenes no deseadas (Rothschild, 2000). Gentry (2008) por su parte, propone algunas medidas de prevención de carácter secundario, es decir, cuando ya se están dando algunos de los síntomas propios del Desgaste por Empatía.

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

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

11. *Narrativa*; Muchos investigadores y escritores han identificado la creación de una narrativa verbal y/o gráfico cronológico como un ingrediente importante en la curación, especialmente de los síntomas intrusivos (Tinnin, 1994; Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005; B A van der Kolk et al., 1996; Foa et al., 1999). La creación de una narrativa en forma de línea temporal de la carrera de cuidado, que identifica las experiencias en las que el cuidador fue desarrollando los síntomas del desgaste por empatía, resulta útil en la resolución de dichos síntomas. Además, Gentry (2008) propone la utilización de una cámara de vídeo para grabar esta narrativa y para que posteriormente el cuidador pueda verlo más tarde ese mismo día. Teniendo cuidado en identificar las experiencias que han dado lugar a los síntomas intrusivos mediante la construcción de una línea de tiempo gráfica.

12. *Auto-Supervisión.* Este aspecto del tratamiento se centra en la corrección de los estilos cognitivos distorsionados y coercitivos. Se ha evidenciado que una vez que el profesional contrae los síntomas negativos del desgaste por empatía, no se resuelven por completo hasta reestructurar cognitivamente las creencias distorsionadas que pueda haber adquirido sobre sí mismo y sobre el mundo. Los profesionales que se recuperan tendrán que suavizar su diálogo interno crítico y coercitivo si desean resolver sus síntomas de desgaste por empatía.

13. *La supervisión.* Análisis de la práctica profesional realizada por los profesionales que trabajan en ámbitos psicosociales. Constituye un meta-trabajo situado en la interfaz entre aprendizaje, formación, educación y apoyo en una organización o institución. El supervisor externo revisa el trabajo profesional y los sentimientos que acompañan a la actividad. Se contrastan los marcos teóricos y conceptuales con la praxis cotidiana de tal manera que en su conjunto permita una visión general sobre las actividades y condiciones profesionales. Con la supervisión es posible mejorar la intervención, detectar conflictos individuales como pueda ser el Desgaste por Empatía, y promocionar el auto cuidado personal y profesional (Puig, 2005, 2012, 2015)

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

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

El Desgaste por Empatía es por una parte, necesario e inevitable si se desarrolla una buena práctica; por otra, peligrosa e inhabilitante si no se compensa mediante otros mecanismos, sean intencionales o no intencionales. El Desgaste por empatía no se puede prevenir pero puede y debe paliarse de forma consciente. Incrementar la capacidad de reconocer y minimizar el impacto del desgaste es una responsabilidad del profesional y de la organización en la cual trabaja.

Referencias

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social.* Logroño: Universidad de La Rioja.

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos.pdf. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1–22. Retrieved from [http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos.pdf](http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Burn-out%20y%20desgaste%20por%20empatia%20en%20profesionales%20de%20cuidados%20paliativos.pdf)
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–8. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103
- Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The compassion. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 238 – 250.
- Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía Cero*. Madrid: A. Editorial.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7
- Campos, J. F., Cardona, J., Cuartero, M. E., & Cañas, A. (2014). la Fatiga por Compasión en la Práctica del Voluntariado. *Actas del 1 XVII Congreso Estatal de Voluntariado*. Retrieved January 20, 2016, from <http://voluntariadobaleares2014.es/wp-content/uploads/2014/12/Comunicaci%C3%B3n-definitiva-Quico-Campos-UIB.pdf>
- Campos, J.F., Cardona, J.; Cuartero, M.E. y Bolaños, I. (2015). La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar. En (a cura di) Danilo De Luise e Mara Morelli, *Voci dal X Congresso Mondiale di Mediazione: una via verso la cultura della pace e la coesione sociale*. Genova: Editrice ZONA.
- Campos Méndez, R. (2015, May 3). *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*. U. de Extremadura. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46176&info=resumen&idioma=ENG>
- Cardona, J. (2012). *La definición del Contexto de Intervención en el Trabajo Social de Casos*. Tesis Doctoral. Illes Balears. Retrieved from http://dfts.uib.cat/digitalAssets/286/286359_Cardona_Cardona_Josefa.pdf
- 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 How to determine a context of intervention : Inv. *Portularia*, IX(2), 17–35.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–43. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Social psychology series. Boulder: Westview.
- Fernández-pinto, I., López-pérez, B., & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas , teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(1987), 284–298.
- Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized (Routledge Psychosocial Stress Series): 9780876307595: Medicine & Health Science Books @ Amazon.com*. (T. & Francis, Ed.) (1ª ed.).
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–41. doi:10.1002/jclp.10090
- Figley, C. (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience (c). Retrieved November 20, 2014, from <http://figley.blogspot.com/es/>
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. London: Routledge.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., & Escudero, V. (2009). *La alianza terapéutica: En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(2):194-200.
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- Gilmore, C. (2012). Compassion fatigue--what it is and how to avoid it. *Nursing New Zealand (Wellington, N.Z. : 1995)*, 18(5), 32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22880364>
- Ginés, O., & Carvalho, B. (2010). Cuidados con el equipo cuidador. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 12(2-3), 297–313.
- González de Rivera, J. L. (2004). Empatía y Ecpatía. *Psiquis*, 25(6), 243 – 254.
- Jacobson, J. M., Rothschild, A., Mirza, F., & Shapiro, M. (2013). Risk for burnout and compassion. *Journal of Social Service Research*. 12/2012;394(4):455-468744627. DOI: 10.1080/01488376.2012.744627
- Jameson, J. K., Bodtker, A. M., & Jones, T. S. (2006). In Practice Like Talking to a Brick Wall : Implications of Emotion Metaphors for Mediation Practice. *Negotiation Journal*, (April 2006), 199–208.
- Jiménez, B. M., Eugenia, M., Benadero, M., Novoa, L., Carvajal, R., Hernández, E. G., & Moreno-jiménez, B. (2004). Estrés Traumático Secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69–76.
- Kolk, B. A. van der, Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, and J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma - specialissuecomplextraumaoct2006jts3.pdf. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 18,(No. 5)*, 389–399. Retrieved from http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/specialissuecomplextraumaoct2006jts3.pdf
- Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125–34. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x
- Márquez, C., Poirier, G. L., Cordero, M. I., Larsen, M. H., Groner, A., Marquis, J., Sandi, C. (2013). Peripuberty stress leads to abnormal aggression, altered amygdala and orbitofrontal reactivity and increased prefrontal MAOA gene expression. *Translational Psychiatry*, 3, e216. doi:10.1038/tp.2012.144
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. doi:10.1007/BF00975140
- McHolm, F. (2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Cristian Nursing*, 23(4), 12–19. Retrieved from <http://www.nursingcenter.com/lnc/cearticle?tid=676963>
- Moreno-Jiménez, B., & Morante, E. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215–231. Retrieved from <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud Laboral/2004el-coste-cuidar-el-traumapsconductual.pdf>
- Moviñas, A., García Díez, G y García de Silva, R. (2012). Mindfulness_atencion_plena.pdf. *Portularia*, XIII(Extra), 83–89. Retrieved from http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5939/Mindfulness_atencion_plena.pdf?sequence=2
- Najjar, N., Davis L.W., Beck-Coon, K., Carney-Doebbeling, C. (2009). Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267–27. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=8h3aAwAAQBAJ&pgis=1>
- Pearlman, Laurie A., & Saakvitne, K. W. (1996). Pearlman, Laurie A., & Saakvitne, Karen W. (1995). Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton, xix, pp.451, \$40.00. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(4), 298–299. doi:10.1080/00029157.1996.10403354
- Pichot,P. (1988). *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- Puig, C. (2005). El malestar de los profesionales, el agotamiento y la importancia de la supervisión. *Trabajo Social y Salud*, 50.
- Puig, C. (2012). Trabajo Social y Supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de competencias profesionales. *Documentos de Trabajo Social*, 49.
- Puig, C. (2015). Diez propuestas para cuidarse y cuidar en las profesionales sociales. Hacia una construcción de una cultura del cuidado en los profesionales. *Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 22. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/33645>
- Rizzolatti, G & Gallese, G. (2006, January 15). Mirror Neurons. In (L. Nadel, Ed.) *Encyclopedia of Cognitive Science*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/0470018860
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- Rothschild, B. (2006). *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York: W.W. Norton & Company. Traducción castellana: *Ayuda para el profesional de la Ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rudolph, J. M., Stamm, B. H., & Ph, D. (1997). Rudolph, J. M., Stamm, B. H., & Stamm, B. H. E. (Nov, 1997). *Compassion Fatigue A Concern For Mental Health Policy, Providers, & Administration*. Poster at the 13th Annual Meeting of the.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), manuscript 1. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Concept-of-Compassion-Fatigue.html>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- Sanmartino, E. (2012). Are you at risk for compassion fatigue? *Michigan Nurse*, 2. Retrieved from <http://www.minurses.org/news-and-events/p/openItem/5330>
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 3–10. doi:10.1111/nhs.12068
- Stamm, B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-17425-005>
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In Brunner-Routledge
- Figley, C. (Ed). *Treating compassion fatigue. Psychosocial stress series, no. 24*. (p. 227). New York: Routledge
- Tinnin, L. (1994). *Time-limited trauma therapy for dissociative disorders*. Bruncenton Mills, Wv: Gargoyl Press.
- Valent (2012) Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas and illnesses. En Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.