



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

SÍNDROME DE DESGATE POR EMPATÍA EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE LA CIUDAD DE HUAQUILLAS
PROVINCIA DE EL ORO.

ROMERO DAVILA LEONARDO VICENTE
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Síndrome de desgaste por empatía en personal de enfermería del
Hospital de la Ciudad de Huaquillas Provincia de El Oro.

ROMERO DAVILA LEONARDO VICENTE
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Síndrome de desgaste por empatía en personal de enfermería del Hospital de la Ciudad
de Huaquillas Provincia de El Oro.

ROMERO DAVILA LEONARDO VICENTE
PSICÓLOGO CLÍNICO

SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

MACHALA, 30 DE ABRIL DE 2020

MACHALA
2020

Desgaste emocional por empatía

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

1%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Rafael Landívar

Trabajo del estudiante

1%

2

Submitted to Universidad Técnica de Machala

Trabajo del estudiante

1%

3

Submitted to Infile

Trabajo del estudiante

<1%

4

rpsico.mdp.edu.ar

Fuente de Internet

<1%

5

rua.ua.es

Fuente de Internet

<1%

6

Submitted to Universidad Peruana Los Andes

Trabajo del estudiante

<1%

7

www.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, ROMERO DAVILA LEONARDO VICENTE, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Síndrome de desgaste por empatía en personal de enfermería del Hospital de la Ciudad de Huaquillas Provincia de El Oro., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 30 de abril de 2020



ROMERO DAVILA LEONARDO VICENTE
0706407301

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por brindarme su apoyo constante en este arduo camino de preparación hacia la profesionalización, a mis hermanas por encaminarme en cada ocasión que desviaba la mirada del propósito por el que inicié. Finalmente, agradecer a mis docentes, amigos y compañeros por compartir cada momento y hacer más ameno este proceso de aprendizaje.

Leonardo Vicente Romero Dávila

DEDICATORIA

El proyecto se lo dedico a mi familia, a Yolanda Macías una gran mujer a la que aprecio mucho, a mis grandes amigos de la universidad, en especial a mi compañera y amiga Betsy Mora con quien compartí parte de este proceso de investigación, vamos hacia el mismo objetivo, un saludo a la distancia.

Leonardo Vicente Romero Dávila

**SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE LA CIUDAD DE HUAQUILLAS,
PROVINCIA DE EL ORO**

RESUMEN

Autor: Leonardo Vicente Romero Dávila

C.I: 070640730-1

lvromero_est@utmachala.edu.ec

Coautor: Dr. Oscar Serrano Polo, Mg. Sc.

C.I: 070135655-2

oserrano@utmachala.edu.ec

El presente trabajo pretende determinar los factores predisponentes para la aparición del síndrome de desgaste por empatía, para ello se ha enfocado en las premisas básicas de los enfoques histórico-cultural y cognitivo-conductual, el primero aborda la vida histórica del individuo desde un plano constructivo y predictor de recursos que sirvan de soporte para el sujeto, por otro lado, la teoría cognitivo-conductual brinda una explicación amplia sobre la sintomatología y afectaciones dentro del pensamiento y la conducta. Las categorías de análisis que se plantean son: involucración personal, cuidado personal y vulnerabilidad. En el estudio participó un enfermero con 4 años en ejercicio de la profesión, además trabaja en un medio en el que mantiene contacto directo con pacientes, actualmente reside en la Ciudad de Huaquillas y labora en el hospital general de la misma ciudad. Esta investigación corresponde a un enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo), se utiliza un diseño narrativo-biográfico que servirá de apoyo para la interpretación de los detalles de la vida histórica durante el discurso emitido por el sujeto, este es complementado con un alcance descriptivo-interpretativo que permite vislumbrar los aspectos determinantes para su análisis e interpretación para fundamentar la investigación. Para proceder a abordar de forma pertinente al sujeto, se realizó un consentimiento de manera escrita en el que se estipula que la información obtenida es de carácter confidencial y con fines netamente investigativos, posterior a ello se realiza la entrevista psicológica abierta la cual fue realizada en 4 sesiones, este tipo de técnica permite que el paciente pueda narrar de forma sistemática los eventos de mayor significancia en su vida y así obtener información relevante, además, se realizó la aplicación de instrumentos de medición tales como: La escala de vida profesional ProQOL y el Inventario de desgaste por empatía (IDE) ambos instrumentos sirven como fuente de apoyo para el diagnóstico del sujeto y mantienen un estándar de validez y confiabilidad elevados. En el caso del Inventario de desgaste por empatía (IDE), se evalúa mediante 3 subescalas que intervienen para la aparición del síndrome, las mismas que han sido tomadas en cuenta como categorías diagnósticas para el abordaje del presente caso. Por otro lado, la escala de vida profesional ProQOL evalúa también 3 subescalas: satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario; entre ellas se ha utilizado los resultados obtenidos de la primer subescala, la misma que se orienta hacia el uso de la empatía en el ejercicio de la profesión y a su vez, la afectación que el uso continuo genera en el profesional de salud. Los resultados obtenidos al respecto denotan

una relación importante entre la calidad de los recursos personales del sujeto y factores tales como el ambiente laboral o la relación con los pacientes como predisponentes para el apareamiento del desgaste por empatía, además se evidencia una relación singular entre el padecimiento de un estado depresivo durante sus estudios universitarios y la presencia del malestar en la actualidad, estas evidencias del síndrome son expresadas por el profesional en salud en formas como desatención de sus funciones o tratos inadecuados en el abordaje al paciente.

Palabras clave: Desgaste, Fatiga, Empatía, Personalidad, Recursos Personales.

EMPATHY SYNDROME BY EMPATHY IN NURSING PERSONNEL OF THE HOSPITAL OF THE CITY OF HUAQUILLAS, PROVINCE OF EL ORO

ABSTRACT

Author: Leonardo Vicente Romero Dávila

C.I: 070640730-1

lvromero_est@utmachala.edu.ec

Coauthor: Dr. Oscar Serrano Polo, Mg. Sc.

C.I: 0701356552

oserrano@utmachala.edu.ec

The present work tries to determine the predisposing factors for the appearance of the syndrome of wear by empathy, for this it has focused on the basic premises of the historical-cultural and cognitive-behavioral approaches, the first addresses the historical life of the individual from a constructive level and predictor of resources that serve as support for the subject, on the other hand, cognitive behavioral theory provides a broad explanation of the symptoms and effects within thinking and behavior. The categories of analysis that arise are: personal involvement, personal care and vulnerability. The study involved a nurse with 4 years in the profession, also works in a medium where he maintains direct contact with patients, currently resides in the City of Huaquillas and works in the general hospital of the same city. This research corresponds to a mixed approach (qualitative-quantitative), a narrative-biographical design is used that will support the interpretation of the details of historical life during the speech given by the subject, this is complemented with a descriptive scope- interpretive that allows to glimpse the determining aspects for its analysis and interpretation to support the investigation. To proceed to address the subject in a pertinent manner, a written consent was made in which it is stipulated that the information obtained is of a confidential nature and with purely investigative purposes, after that the open psychological interview is conducted which was conducted in 4 sessions, this type of technique allows the patient to systematically narrate the most significant events in his life and thus obtain relevant information, in addition, the application of measuring instruments such as: The ProQOL professional life scale and the Empathy Wear Inventory (IDE) both instruments serve as a source of support for the diagnosis of the subject and maintain a high standard of validity and reliability. In the case of the Inventory of wear by empathy (IDE), it is evaluated by means of 3 subscales that intervene for the onset of the syndrome, which have been taken into account as diagnostic categories for addressing this case. On the other hand, the ProQOL professional life scale also evaluates 3 subscales: satisfaction with compassion, burnout and secondary traumatic stress; Among them, the results obtained from the first subscale have been used, which is oriented towards the use of empathy in the exercise of the profession and in turn, the impact that continuous use generates in the health professional. The results obtained in this regard denote an important relationship between the quality of the personal resources of the subject and factors such as the work environment or the relationship with patients as predisposing factors for the appearance of wear due to

empathy, in addition a unique relationship between the condition is evident of a depressive state during their university studies and the presence of discomfort at present, these evidences of the syndrome are expressed by the health professional in ways such as neglect of their functions or inadequate treatment in the approach to the patient.

Key Words: Wear, Fatigue, Empathy, Personality, Personal Resources.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	I
RESUMEN	III
ABSTRACT.....	V
CONTENIDO	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	9
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	11
1.1 Definición y hechos de interés	11
1.2 Causas del problema de estudio	13
1.3 Tipología y síntomas asociados	15
1.4 Pronóstico.....	17
1.5 Contextualización y objetivo de la investigación.....	18
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL DESGASTE POR EMPATÍA DESDE EL ENFOQUE HISTÓRICO-CULTURAL	20
2.1 Descripción del apartado teórico.....	20
2.2 Enfoque epistemológico y teoría de soporte	22
2.3 Argumentación teórica de la investigación	23
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1 Diseño de la investigación	24
3.2 Técnicas e instrumentos utilizados.....	25
3.3 Categorías de análisis	26
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	28
4.1 Involucración Personal.....	28
4.2 Cuidado Personal	30
4.3 Vulnerabilidad.....	34
5. CONCLUSIONES.....	37
6. RECOMENDACIONES	38
7. BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	44

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento Informado para Participantes.	45
ANEXO B. Escala de Vida Profesional.	46
ANEXO C. Inventario de Desgaste por Empatía.	48

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo se encuentra orientado hacia la promulgación de información relevante que sirva como sustento para las futuras investigaciones acerca del desgaste por empatía, para ello, es imperante denotar que a pesar de las consideraciones clínicas del mismo, gran parte de su aparecimiento se encuentra ligado a la situación interaccional durante el contacto que presta el profesional en enfermería a la persona que sufre, siendo así un punto clave, la calidad de la capacidad empática que la persona pone en acción durante dicha situación.

Las situaciones que se gestan dentro del ámbito laboral pueden resultar como habilitadores de la comprensión del malestar del otro, apareciendo así la motivación cotidiana de ayudar a aliviar las dolencias, o por el contrario, pueden ser precursores del aparecimiento de malestares ocasionados por haber sido expuestos constantemente a las demandas del paciente, ambas contrariedades se encuentran inherentes a la práctica clínica, pero, la asimilación y/o afrontamiento de las mismas dependerá de diferentes factores.

Las vivencias que han marcado la vida del sujeto juegan un papel fundamental, debido a que los recursos personales con los que se afronta el malestar son creados a partir de las relaciones sólidas que se hayan logrado forjar desde la infancia, las características de una personalidad eficiente que mantiene en orden o puede manejar los conflictos son reflejo de un desarrollo interaccional profundo, con experiencias que han generado estructuras estables en el tiempo y que sirven como fuente de apoyo ante la presencia de estímulos que desestabilizan el estado psicoemocional del profesional.

Ante los factores que intervienen en esta problemática, se considera indispensable sostener una indagación en cuanto a los aspectos socio-laborales y personológicos que ayuden a obtener los resultados pertinentes para la sustentación de la presente investigación. Para ello, se ha determinado la búsqueda de información que ha sido repartida en 4 capítulos para su mejor aclaración.

El capítulo I se orienta hacia la explicación más amplia del problema a estudiar, remontándose a la descripción de definiciones y la divulgación de hechos ya investigados que fundamenten el interés por el presente estudio, se comparten además las singularidades que hacen parte del tema, por lo que se tiene en cuenta los síntomas para su identificación y las características para su discriminación con otras problemáticas similares, añadido a aquello, se presenta el pronóstico, haciendo referencia a las probabilidades de poder contrarrestar el malestar presente y finalmente, la descripción del contexto del sujeto de estudio y el objetivo de la investigación.

Dentro del capítulo II se atiende la necesidad del apartado teórico que fundamente la investigación, siendo el enfoque Histórico-Cultural y el Cognitivo-Conductual los elegidos para el abordaje de la problemática, además, se detalla de manera ordenada la evolución de los aportes de cada teoría hasta llegar al sustento actual, posteriormente, se concibe la idea principal de cómo las líneas elegidas servirán para la descripción y explicación acertada del problema a estudiar.

El capítulo III por otro lado, es una explicación sistemática de los métodos y técnicas a utilizar para el abordaje del sujeto elegido para el estudio, se describe ordenadamente el apartado de sustento a los instrumentos utilizados para la recolección de la información, seguidamente se describe la forma de llevarse a cabo el estudio y finalmente, se determinan las categorías a ser analizadas, mismas que permiten una mejor comprensión de la presencia del síndrome.

La IV parte de esta investigación se enfoca en la discusión de los resultados, en este capítulo se realiza una triangulación de los resultados obtenidos, los aportes de la literatura tomada y registrada en el marco investigativo y los aportes propios como fruto de la labor de análisis e interpretación de resultados, más adelante se plasman las conclusiones guiadas por los aportes ya realizados y en búsqueda de la resolución del objetivo planteado y finalmente, las recomendaciones como producto de las deficiencias encontradas en la investigación ya concluida.

SÍNDROME DE DESGASTE EMOCIONAL POR EMPATÍA

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y hechos de interés

La empatía es un recurso de gran importancia dentro del conjunto de habilidades que debe poseer un profesional que se encarga de atender a pacientes en situaciones difíciles, ésta puede ser definida como la capacidad de comprender el sufrimiento ajeno y ponerse en “sus zapatos” logrando así reconocer las emociones, sentimientos e incluso ideas que expresa la otra persona (Martínez, Méndez y García-Sevilla, 2015). La capacidad empática, por lo tanto, es imprescindible al momento de abordar a una persona cuya dolencia merece la intervención oportuna del profesional en salud, permitiendo así un mayor acercamiento hacia el padecer del otro.

Tras los primeros escritos acerca de esta problemática, Figley (2002) realiza aproximaciones teóricas acerca de la aptitud del profesional que atiende a los pacientes que sufren, siendo la capacidad empática la singularidad compartida entre las destrezas de atención que se debe poseer para hacer frente y realizar una adecuada intervención de soporte para la persona que presenta el malestar, de esta manera, reconocer la dolencia del paciente es una labor mucho mejor comprendida y a su vez, mejor abordada por parte del profesional que atiende.

Al usar de manera continua la empatía se empieza a presentar una disminución en la misma, este efecto fue denominado por Joinson (1992) como “Compassion-Fatigue” traducido como Fatiga por compasión o Desgaste por empatía, en el cuál hacía referencia a la presencia de sentimientos de frustración e impotencia en el personal de enfermería que se encargaban de atender a los pacientes del área de emergencia hospitalaria (Gómez, Gil, Castro, Ruíz y Ballester, 2015), debido al contexto de la investigación mencionada, se evidencia que ésta sensación de incapacidad de expresar sentimientos, se genera a raíz de la atención continua y prolongada a las demandas de los pacientes en estados de crisis.

De acuerdo a Bermejo (2016) el desgaste por empatía es un síndrome que tiene su génesis en la relación constante del profesional que atiende con el paciente que ha sufrido algún

trauma y lo evoca para su sanación, esta exposición al dolor del otro provoca una reacción emocional y conductual que causa malestar y un deterioro en su vida. Al ser percibido como el resultado de un acontecimiento ajeno al sentirse afectado durante la expresión del paciente, se comprende la magnitud de la afectación al momento de colocar la actitud empática como la fuente principal de la escucha que se brinda al paciente.

Entre las diversas definiciones que se han generado a lo largo de su identificación, se expone la manifestada por Hernández (2017) quien la explica como una consecuencia inherente a la labor del cuidado de personas, teniendo ésta repercusiones en los diferentes aspectos de la vida del individuo siendo el de mayor afectación el ámbito laboral, presentándose como un estado de debilidad emocional en el que el profesional no siente el deseo o “energía” para ayudar a las otras personas.

Por otro lado, C.R. Figley quien es reconocido como precursor de ésta problemática, debido a sus trabajos a partir de la década de los 60’, considera el desgaste por empatía como un estado de tensión de la persona que asiste (Figley, 1995); en tal caso, el desgaste por empatía puede definirse como un malestar que se caracteriza por la pérdida de la capacidad de emitir respuestas empáticas, debido a la exposición prolongada al malestar o sufrimiento por el que atraviesa el paciente, presentándose así reacciones cognitivas y conductuales que afectan al desenvolvimiento en todas las áreas de la vida del profesional.

A pesar de tener algunos años desde su descubrimiento, el desgaste por empatía es un término relativamente nuevo, del cual no existen muchas investigaciones al respecto dentro del contexto nacional, esto a su vez no ha permitido que se puedan crear estrategias de prevención y atención generando repercusiones significativas en el propósito de contrarrestar este problema (Hernández, 2017). Por un lado, parece que la presencia de la empatía más que servir como recurso de apoyo en la atención a pacientes, podría observarse como la causa central del problema, tal perspectiva desestima la aproximación real del profesional con el paciente, por ello, es importante que en la relación empática que se establece no se vean inmersas emociones sino más bien el aspecto cognitivo que permite una mejor comprensión de la situación que genera el sufrimiento en la persona (Caro, San-Martín, Delgado-Bolton, y Vivanco, 2017).

Las investigaciones enfocadas en conocer el origen de este malestar son escasas, pero de ellas se destaca la realizada por Martínez y otros. (2015) en la que se da a conocer que los

primeros indicios del síndrome de desgaste por empatía se presentaban durante la etapa de formación universitaria, siendo expuestos los alumnos a situaciones de altos niveles de estrés, provocando que sus prácticas pre-profesionales al ser su primer contacto con los pacientes sean además su experiencia temprana con el desgaste por empatía.

Los profesionales en enfermería que cumplen sus roles de ayuda a la comunidad, mantienen un nivel de desgaste propio de su actividad, no obstante, los que presentan un grado de afectación mucho mayor son los que mantienen un contacto directo con personas que padecen un malestar que afecta seriamente su estado de salud, motivo por el que los profesionales que atienden a pacientes oncológicos presentan un nivel de fatiga o desgaste de mayor intensidad siendo los profesionales en el área de enfermería los más afectados (Hernández, 2017).

1.2 Causas del problema de estudio

Las causas que se asocian al desgaste por empatía se encuentran encaminadas generalmente hacia el trabajo que se realiza con las personas que sufren, por ello, se mantiene un tinte socio-laboral entendiéndose por esta, la relación que se establece al momento de intervenir con el usuario o paciente, es así que, existen diversos autores que hacen mención al respecto y lo colocan a este síndrome como un resultante de la interacción, colocando de tal manera como causa principal esta condición (Martínez y otros., 2015; Cuartero, 2018).

Desde una perspectiva neurobiológica, el proceso que se genera a raíz del acercamiento hacia la otra persona tiene sus bases en la función cerebral, siendo así, el mecanismo de imitación el eje primordial que provoca reacciones emocionales de mucha similitud a la persona que está expresando su malestar; en el cerebro, la activación y participación de la amígdala, la corteza orbitofrontal y las neuronas espejo son la fuente central de la actitud empática empleada y por ende la presencia del malestar que presenta el profesional al sentir una resonancia interna tras el malestar experimentado y referido por el paciente (Bermejo, 2016).

Laborar como un agente de servicio de salud implica el compartir experiencias con un equipo que cumple el mismo objetivo, mantener así una estabilidad emocional en la atención a pacientes que presentan diversas problemáticas es de vital importancia, ya que

el no contar con recursos personales para afrontar las dificultades que conlleva el ser parte de un equipo de atención de Salud, provoca deficiencias en cuanto a la intervención y éxito de los tratamientos destinados a mejorar el estado actual de las personas, al respecto González (2017) menciona que el estado psicoemocional de los profesionales se ve severamente afectado por las situaciones que atraviesa, permitiendo así un debilitamiento en el área laboral lo cual afecta al desenvolvimiento, de manera especial a la comunicación que se debe establecer con los pacientes para determinar el malestar que les aqueja.

El estado emocional del profesional al momento de abordar al paciente, es un determinante ante el propósito de prestar apoyo a la persona que acude, como afirma Hernández (2017) la presencia de estados depresivos o ansiosos, acompañado de dolencias somáticas propias de la actividad, actúan como predisponentes para el apareamiento de esta problemática. Además, se menciona que la existencia de rasgos altos de personalidad neurotica (neuroticismo) influyen en la atención y presencia del desgaste por empatía (Mahony, y otros, 2018).

En relación al aspecto cognitivo que contiene esta temática, se expresa que las estructuras mentales forjadas por el individuo a lo largo de su vida, juegan un papel fundamental sea como predisponentes o como recursos de apoyo que amortigüen la intensidad y brinden mejores estrategias de afrontamiento ante las situaciones cotidianas en las que se encuentra inmerso el profesional (Alecsiuk, 2015).

Las situaciones conflictivas constantes, abren en el profesional de la salud un espacio que deteriora las relaciones empáticas que pueda establecer con los pacientes, Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín y Van-der (2015) expresan ciertas situaciones tales como “el exceso de estimulación aversiva, contacto continuo con enfermos, la frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados” (p. 214).

En base a lo expuesto, se enfatiza en la capacidad resiliente como componente importante en la estructura de la personalidad y como recurso dentro del soporte que deben poseer los profesionales que se encuentran predispuestos por la condición del trabajo a padecer el desgaste por empatía, de acuerdo al estudio realizado por Navarro-Abal, López-López, Climent-Rodríguez y Gómez-Salgado (2019) se evidencia que entre mayor sobrecarga o

exposición a la dolencia del paciente, la capacidad resiliente de la persona que presta su ayuda disminuye.

1.3 Tipología y síntomas asociados

El desgaste por empatía debido a su origen en estudios realizados para la detección del burnout, mantiene características que se asemejan con diferentes problemáticas, como hace mención Vidal, Castañer y Riera (2016) el desgaste por empatía tiene términos y rasgos similares al Síndrome de Estrés Traumático Secundario, al Estrés Post-traumático, menciona además la Traumatización Vicaria, la Contratransferencia y finalmente el ya mencionado Síndrome de Burnout.

De acuerdo a lo manifestado, se evidencia una mayor semejanza con terminologías tales como el estrés traumático secundario, el cuál es también definido como Traumatización Vicaria (Guerra y Pereda, 2015) y las características predominantes en el Síndrome de Burnout (Leiter y Maslach, 2017). Las particularidades que se presentan con cada terminología se dirigen hacia el malestar que representan para el continuo desempeño del profesional, además de las reacciones que se generan a raíz de su aparición durante la exposición continua con el paciente.

La Traumatización Vicaria se define como una respuesta ante la exposición prolongada a eventos traumáticos narrados por el paciente, o a su vez, por la exposición indirecta al evento desestabilizador (Ruíz y Guerrero, 2017). El desarrollo de esta patología se encuentra íntimamente relacionado con la presencia del Trastorno de Estrés Post-traumático, debido a que la atención continua a pacientes que han atravesado experiencias de gran carga emocional, produce una reacción similar en el profesional que escucha el discurso emitido por la persona que sufre, por tal motivo, es conocido también como Estrés Traumático Secundario, siendo así una afectación colateral al padecimiento experimentado por el otro.

El Síndrome de Burnout, tiene su origen en la investigación de Freudenberg en el año 1974, en el que se describió como un estado de agotamiento físico y mental que presentaban las personas que laboraban dentro de una clínica de desintoxicación; posteriormente la temática fue desarrollada por Maslach quién profundizó asignándole

dimensiones que lo estructuran (Acinas, 2012). Por lo tanto, el Burnout o Síndrome del quemado, se define como un tipo de estrés que se caracteriza por la presencia de un cansancio persistente provocado por las demandas que el entorno laboral representa para la persona.

Las características que menciona Maslach dentro de la estructuración del Síndrome de Burnout son 3: el agotamiento emocional, la despersonalización y la escasa realización personal (Saborío y Hidalgo, 2015). Estas características engloban el actuar afectado de la persona, presentando una alteración significativa en la percepción propia sobre su labor y la pérdida de energía para continuar realizando las actividades diarias, incluso las que le proporcionan mayor grado de satisfacción.

La diferencia predominante entre el Desgaste por empatía y el Síndrome de Burnout radica en la causa directa del malestar, siendo la primera originada netamente por la relación con el paciente, mientras que el estar “quemado” se origina por la calidad del sistema de trabajo, es decir, la cantidad de las horas de trabajo y las exigencias del mismo; por ello, se enfatiza en la idea de la relación que mantiene más con el área de la desmotivación tanto cognitiva como emocional en contraste con el sentir de fatiga, debido a las circunstancias que envuelven a ambas problemáticas (Alecsiuk, 2015).

Al hacer mención al padecimiento del desgaste por empatía se tienen en cuanto diversas consecuencias de las cuales, como lo menciona Vidal y otros. (2016) la que más destaca es el deterioro o reducción de la capacidad para escuchar y soportar el padecimiento del paciente; éste síntoma se presenta junto con “impotencia, ansiedad, enojo, miedo, desesperanza, tristeza, depresión, hipersensibilidad, frustración, apatía, disminución de la concentración, actitud rígida y negativa, desorientación, preocupación excesiva, pensamientos conflictivos, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, entre otros” (González, 2017, p. 01).

Existen maneras en las que se organizan las consecuencias producidas por el desgaste por empatía en dependencia con el daño que ocasiona a las áreas que constituyen al ser humano, entre tales, se destacan las afectaciones a la esfera emocional, que se reflejan mediante la expresión de tristeza, ansiedad o susceptibilidad; esfera cognitiva, se genera apatía y una disminución de la concentración; en el área interpersonal, la persona se torna aislada y retraída; en lo conductual, se presenta evitación e hipervigilancia; en la parte

somática, se sienten dolores de cabeza y molestias estomacales; en el rendimiento laboral, se produce absentismo y una baja motivación hacia el trabajo (Martínez, 2014).

1.4 Pronóstico

El padecimiento de este síndrome no es resultante de un evento fortuito, sino más bien es el efecto de haber empleado de manera adecuada una conexión con el paciente, siendo de gran apoyo el uso de la empatía, lo cual a su vez, no significa que al presentarse como una consecuencia inherente a la labor realizada no puedan ejecutarse estrategias conscientes que ayuden a fortalecer el carácter empático y los recursos personales que el profesional posee para revertir tales efectos (Campos-Vidal, Cardona-Cardona, y Cuartero-Castañer, 2017).

Las afectaciones que se pueden presentar dependerán en gran parte de la calidad de los recursos personológicos que el individuo posea, además de la efectividad de los mecanismos desarrollados para hacer frente a este tipo de situaciones; una característica que predomina en este padecimiento es el hecho de que no es un malestar acumulativo como las tipologías antes mencionadas, sino este puede presentarse en una sola sesión y desaparecer, motivo por el que se considera una prevalencia variable que indispone intempestivamente el trabajo del profesional (Martínez, 2019).

Para lograr una adecuada acción para contrarrestar el malestar que genera el desgaste, es necesaria la participación y fortalecimiento de los recursos personales y sociales, es decir que, la calidad de las relaciones establecidas van a servir como sistemas de apoyo que impulsen o mejoren la capacidad de afrontamiento hacia el padecimiento que expresa el paciente (Ruíz y Guerrero, 2017).

A pesar de las técnicas existentes para contrarrestar los efectos del desgaste por empatía, es imprescindible optar por la prevención mediante la aplicación continua de técnicas y estrategias de autocuidado que ayuden a mejorar las respuestas que se ofrecen en el momento del malestar, además, la práctica recurrente puede servir no solo como factor preventivo sino también como un ejercicio efectivo para aminorar la sintomatología ya presente (Campos-Vidal y otros., 2017).

Al hacer mención a las técnicas de autocuidado, se enfatiza en la idea de mantener un afrontamiento proactivo y funcional del desgaste experimentado por medio de la

aplicación de actividades tales como: Enfocarse en el cuidado y atención de las necesidades básicas, disminuir en lo posible la exposición a las situaciones adversas, esto acompañado de la canalización de la sobreactivación, es decir, realizar actividades que le supongan un gasto energético, para desplazar los estados de irritabilidad o cambios de humor, además es necesaria la búsqueda de apoyo social que sirva como desahogo emocional, le ayude para la descompresión y para el procesamiento de las situaciones que le afectan, finalmente es recomendable la participación en técnicas grupales como el defusings y debriefings psicológicos (Parada, 2006).

El defusing, es una técnica de intervención grupal que se lleva a cabo generalmente con grupos de rescate después de una situación de crisis, los beneficios que presta es el de promover y facilitar oportunidades de ventilación y la reposición del profesional tras las horas de dedicación a la situación crítica, es por lo tanto, una manera eficaz de realizar una “pausa emocional” para reponerse de las situaciones conflictivas (Bang y Reiro, 2017)

El debriefing psicológico es una estrategia de intervención secundaria y estructurada que se debe llevar a cabo de manera continua durante los primeros días después de haber presentado un deterioro en la capacidad empática, esta consiste en la evocación de las situaciones que causan el malestar en el profesional atravesando por un proceso de elaboración para su asimilación, este tipo de técnicas debe ser ejecutada por un profesional de la salud mental a diferencia del defusing, además puede ser ejecutada individualmente (Prieto, Correa, Martínez y Rasua, 2016).

1.5 Contextualización y objetivo de la investigación

En las investigaciones realizadas dentro del- contexto -ecuatoriano, se destaca la llevada a cabo en la Provincia del Pichincha en la Ciudad de Quito, en la que se valoró al personal médico que realiza sus prácticas en el nivel prehospitalario, acerca de su capacidad empática y la repercusión que esta puede tener en el profesional para la atención que brinda a los pacientes. En esta investigación, se determina que la capacidad empática de los estudiantes que empiezan a realizar su práctica, es buena durante los primeros acercamientos con los usuarios, sin embargo, debido a la continua exposición, se comienza a presentar un distanciamiento motivado por la aparente necesidad de no

involucrarse emocionalmente con el paciente, además, se menciona que la información en cuanto a estrategias o técnicas aplicadas en investigaciones anteriores es escasa como para ejecutar planes que proporcionen un mejor manejo de estas situaciones (Guzmán, 2019).

En la provincia de El Oro, las investigaciones realizadas son de tipo bibliográficas, motivo por el que no existe evidencia en pacientes documentados con los cuales se haya tratado la presente problemática. En la ciudad de Machala dentro de las revisiones bibliográficas ejecutadas, se refieren netamente a la búsqueda de técnicas que ayuden a los profesionales a manejar la sintomatología experimentada por el síndrome descrito, siendo de gran importancia y como mejor recurso las técnicas de autocuidado como estrategia de prevención (Procel, Padilla y Loaiza, 2018; Buñay, 2019).

El trabajo que se pretende realizar será ejecutado mediante la colaboración de un profesional de enfermería, que dentro de su trayectoria laboral ha ejercido en el Hospital de la ciudad de Macará en el área de emergencia y hospitalización por aproximadamente 2 años, actualmente labora en el Hospital Básico de la ciudad de Huaquillas, institución en la que lleva 2 años de los cuales se ha desenvuelto en áreas como Central de esterilización o Quirófano y en el área de Preparación o Consulta externa.

El sujeto objeto de estudio, nació en la ciudad de Guayaquil, pero fue criado en el cantón Nangaritza lugar donde realizó todos sus estudios primarios y secundarios en un colegio fiscomisional, procede de una familia de clase socioeconómica media-alta, es el último de seis hijos, su familia es de tipo nuclear y está conformada por papá, mamá, tres hermanos y tres hermanas, además, es el único con profesión orientada hacia el campo de la salud. Su padre se dedica a la agricultura actualmente pero menciona haber pasado su juventud y parte de su adultez en temas concernientes a la política, por otro lado, su madre es profesora jubilada.

Para su participación en el trabajo investigativo se tomaron en cuenta los siguientes criterios de selección: 1. Tener mínimo 3 años de labor dentro de su profesión, 2. Haber realizado actividades en diferentes áreas de servicio y 3. Actualmente mantener un contacto directo de ayuda con pacientes. El presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar los factores predisponentes para la aparición del síndrome de desgaste por empatía.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL DESGASTE POR EMPATÍA DESDE EL ENFOQUE HISTÓRICO-CULTURAL.

2.1 Descripción del apartado teórico

El origen de la corriente Histórico-Cultural data de un suceso significativo en la historia de la Psicología, la llamada “Crisis de la Psicología” por Liev Semiónovich Vigotsky, quien al vislumbrar la situación crítica debido a la incursión de los métodos científicos y la aparición de innumerables teorías psicológicas que tratando de dar explicación a todos los procesos y accionar humano, no solventaban el rigor dialéctico apropiado que requiere el estudio de los procesos de construcción mentales del individuo (Tocabens, 2003; Beatón, 2018). Se estima que tras la publicación de su obra, el año de origen de la teoría propuesta se suscita entre 1926 a 1930 considerando aspectos de las funciones superiores del individuo como el foco guía para continuar con sus investigaciones sobre la formación psíquica (Maceres, 2007).

Liev Vigotsky, al coincidir con el pensamiento crítico de los comunistas Karl Marx y Hegel, dirigió sus esfuerzos a la creación de una escuela psicológica que sea capaz de integrar el aporte científico que las tantas teorías poseían y unirlas forjando un nuevo modelo que sea capaz de incluir el materialismo dialectico que le otorga el aspecto científico, además se debía perseguir el abordaje completo del objeto de estudio de la psicología, lo cual permitiría la aparición de una metodología apropiada aplicable para la ciencia psicológica (Tocabens, 2015).

Desde una perspectiva general, el enfoque Histórico-Cultural mantiene una connotación integral en relación al estudio profundo de la vida del ser humano, contempla aquellas aristas que desde diferentes teorías psicológicas se muestran ajenas unas de otras, concatena la esencia de las experiencias y las converge en estructuras direccionadoras, siendo así la vida histórica del individuo el eje central de la formación personológica y no simplemente un ente condicionado por la herencia biológica, debido a ello, se destaca el supuesto principal dentro de dicha corriente que plantea la interacción continua con las personas del entorno como la característica eminentemente necesaria para la elaboración de las estructuras mentales (Ramos y López, 2015).

El enfoque Histórico-Cultural posibilita una aproximación profunda al entendimiento del actuar humano, ofreciendo respuestas a cuestiones inherentes al proceso de formación de estructuras mentales que se ven forjadas durante el transcurso de la vida histórica-social; las experiencias y el significado de éstas en la vida de la persona, son la base que sostienen y hacen frente a situaciones de impacto que pueden llegar a desestabilizar el normal funcionamiento del individuo (Companioni, 2015).

Contemplando desde una perspectiva complementaria al campo que aborda la teoría mencionada, se resalta los aportes del enfoque Cognitivo – Conductual que mantiene fundamentos necesarios para explicar la aparición de problemáticas que afectan al ser humano en sus áreas tanto físicas como mentales y emocionales. Este enfoque es una integración de las terapias cognitivas que mantienen su base en los procesos mentales que se generan a raíz de la información que se obtiene del entorno, siendo los malestares y enfermedades originadas por las inadecuadas interpretaciones que se asimilan en las construcciones mentales que se realizan (Sarmiento, 2018).

Por otro lado, la influencia recibida por las diferentes perspectivas dentro de un enfoque conductual, como lo son, el condicionamiento clásico guiado por Iván Pavlov y John Watson como máximos exponentes, el condicionamiento operante de B.F Skinner, estas ideas un poco diferentes acerca del comportamiento humano y su génesis, manifestaban como primer orden la conducta humana, siendo esta variante y moldeable según Skinner y percibiendo al individuo como un ente que cotidianamente respondía mediante su conducta a los estímulos que eran percibidos desde el exterior (Toledo y Cabrera, 2017).

La terapia cognitiva – conductual permite reconocer los aspectos mentales en cuanto a las estructuras o esquemas formados y las distorsiones que se generan a raíz del inicio de una problemática y a su vez, analiza los cambios que se producen en la conducta humana, otorgando respuestas ante las incongruencias detectadas; el alcance de este enfoque está dado por el grado de acción que de acuerdo a los procedimientos y mecanismos que emplea para abordar completamente el problema evidenciado (Salazar, 2017).

2.2 Enfoque epistemológico y teoría de soporte

El punto de vista que comprende el enfoque Histórico-Cultural permite mantener una mejor aproximación hacia el estilo de vida y sobre todo vivencias que han generado grandes impactos en la vida del sujeto; al ser el desarrollo el eje primordial de estudio, todas aquellas concepciones y estructuras mentales forjadas hasta el momento han deshilado entre las capacidades de la persona las competencias necesarias para la ejecución de actividades y además, para permitirle un mejor desenvolvimiento en el medio social en el que se encuentra (Rodríguez, 2015).

Como menciona Gonzalez-Rey (2017) la subjetividad es una parte esencial en el estudio histórico-social del ser humano, ésta, dentro del ámbito de aprendizaje propio de las zonas de desarrollo en las que están expuestos los individuos, toma forma como espacios de inteligibilidad que generan nuevas líneas de conocimiento. La esencia del conocimiento, de acuerdo a los espacios de interacción predisponen a la persona a ceder a situaciones que sobrepasan en ocasiones las capacidades desarrolladas hasta el momento, la capacidad empática, al haber sido desarrollada a partir del contacto con el entorno, siente un declive ante su continua exposición y se enfrenta ante una zona (espacio) que puede servir como fortaleza o predisponente hacia la presencia de problemas que desestabilizan el estado cognitivo-emocional del sujeto.

En la formación profesional que reciben los estudiantes del área de la salud durante su periodo universitario, de acuerdo a lo expresado por Oria, Espinosa y Maracha (2016) se “educa la personalidad” haciendo referencia a las competencias que se brinda para hacer frente no solo a las situaciones técnicas, propias de la profesión, sino además, a las situaciones que se encuentran inherentes al trabajo de atención a pacientes con los cuales pueden sentirse afectados; seguidamente se menciona que la desmotivación es uno de los riesgos más comunes y que significan a su vez, una de las principales razones para la existencia de un deterioro en cuanto a la calidad de la atención que se ofrece.

Al estudiar el componente histórico se fundamenta con hechos de gran carga cognitivo-emocional el actuar del sujeto, y a su vez, se pueden conocer las bases de las estructuras psicológicas que se han formado hasta el momento, además, esta metodología dialéctica ayuda a conocer la motivación de la persona (Gonzalez-Rey, 2017) lo cual es

un punto esencial para el proceso de construcción personal y social al que se enfrenta durante el transcurso de la vida profesional.

En complemento al estudio de la personalidad, se resalta además las características cognitivas y conductuales que se presentan al padecer el síndrome del desgaste por empatía, siendo este enfoque imprescindible para conocer la sintomatología, su afectación en el individuo y las posibles estrategias de afrontamiento para mejorar el estado del profesional que padece este síndrome, tomando en cuenta los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales (Soto, Barrios y Molina, 2017).

2.3 Argumentación teórica de la investigación

El abordaje del desgaste por empatía desde el enfoque Histórico Cultural permite obtener información mucho más precisa de la vida del individuo, logrando apreciar la calidad de los recursos personales y las categorías de la personalidad que estructuran y dirigen su desenvolvimiento; por lo tanto, la evaluación para el problema a tratar se realiza mediante el empleo de una metodología precisa como lo es la entrevista profunda, que servirá para la recolección de información sobre los recursos personales, la capacidad resiliente, el sistema de motivos, el apego y todas aquellas categorías propias de una formación psicológica (García R. , 2017).

En complemento, al ser el Histórico-Cultural un enfoque integrador, en el cual se concibe la idea un tratamiento terapéutico más adecuado en relación a la problemática que presenta el individuo, se estima que el uso del enfoque cognitivo - conductual ofrece una variedad de técnicas que solventan la necesidad de mejorar los recursos deficientes que hayan sido detectados durante la entrevista psicológica a realizar, entre las inventivas que propone dicho enfoque se destaca el uso de las estrategias de afrontamiento (Navarro-Abal y otros., 2019) técnicas para mejorar las habilidades de comunicación (Leal-Costa y otros., 2015) técnicas de autocuidado (Hernández, 2017).

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación

Para la realización de la presente investigación se determinó hacer uso del enfoque metodológico mixto (cuantitativo – cualitativo) con el que se prevé la recolección adecuada de información, el análisis de lo evocado por el/los participante(s) y la interpretación de los resultados obtenidos. Este enfoque contempla las particularidades de cada arista metodológica, realzando los beneficios en cuanto a los aportes subjetivos y objetivos referidos por el profesional de la salud, siendo así la forma más eficaz de triangular los datos mediante un proceso sistemático y empírico para resolver contrariedades del ser humano (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010; Ortega, 2018).

Con el propósito de abordar de manera integral las respuestas emitidas por el participante se opta por seleccionar el diseño narrativo – biográfico, haciendo uso de esta forma de investigación se logra percibir en el discurso de la vida histórica del sujeto vivencias que representan gran parte de la construcción de las características de la personalidad que guían su accionar; además, este diseño permite mantener un relato estructurado en una línea temporal enfatizando en cada una de las características y/o personajes que son partícipes de la vida de la persona analizando su papel en la formación personal del individuo (García, 2018).

Para la recolección de la información se hará uso de técnicas como la entrevista abierta, con ella se puede indagar en las experiencias de mayor intensidad que han marcado significativamente la vida del sujeto, además, se empleará la escala PROQOL y el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) que servirán para brindar mayor respaldo ante la problemática que se estudia y su aparición y afectación en las diferentes áreas que componen la historia de la persona.

El alcance que se estima para la investigación es un estudio descriptivo – interpretativo, con el que es posible describir el fenómeno de estudio y a su vez, las categorías de personalidad de mayor estabilidad que se encuentran inherentes a la aparición de esta problemática, además, se llega a interpretar adecuadamente la información que el fenómeno estudiado brinda, siendo así las interacciones y las circunstancias en las que se

desenvuelve el individuo las premisas de relevancia en el proceso de formación del sujeto (Cauas, 2015).

3.2 Técnicas e instrumentos utilizados

Para la recolección de información de manera adecuada es necesario hacer uso de la entrevista como técnica principal para el abordaje del sujeto, con ella se identifica mediante el discurso abierto que se genera en la relación con el paciente las ideas y construcciones mentales de mayor relevancia y que a su vez son las que encaminan su actuar cotidiano; además, el uso de la entrevista es indispensable para la ratificación de los datos que se obtienen mediante la aplicación de pruebas psicométricas o proyectivas, es importante mencionar que a su vez, para alcanzar una Historia Clínica adecuada, es imperante el desarrollo de una entrevista profunda de calidad (Etienne, 2018).

En los primeros acercamientos hacia la selección de las personas a participar en el presente estudio, se menciona las valoraciones por parte los pacientes que asisten para su atención dentro del Hospital Básico Huaquillas, de las cuales han existido comentarios insatisfactorios, además, los compañeros de trabajo del paciente señalan que el comportamiento y actitud del profesional en enfermería en ocasiones no cumple con las demandas exigidas para su labor dentro de la institución. Posteriormente, se procedió a dialogar con el sujeto para explicar acerca del propósito de la investigación y brindar detalles de las actividades como las entrevistas y la aplicación de reactivos psicológicos a aplicar; a continuación, se le solicitó su autorización legal mediante la firma del consentimiento informado (**ver el Anexo A**) para constatar que toda la información que va a ser brindada por su parte va a tener un mero fin investigativo.

Para el abordaje adecuado de la problemática a estudiar, se prevé el uso de la siguiente técnica y aplicación de reactivos psicológicos:

La observación, esta técnica permite evidenciar de manera directa las actitudes y/o comportamiento del sujeto antes y durante el proceso a llevarse a cabo, la recopilación de esta información sirve como refuerzo de las pruebas a aplicarse próximamente, con esta técnica es posible insertarse en el ambiente del paciente y registrar qué situaciones son las que afectan mayormente al estado del sujeto objeto de estudio y además, con qué

frecuencia estas se presentan para conocer la interferencia con su desempeño laboral (Tapia-Vidal, 2020).

La escala de Calidad de vida profesional: Satisfacción de compasión y fatiga Versión 5 (PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE, ProQOL) (Hudnall Stamm, 2009-2012) (**ver el Anexo B**), dicha versión es la revisión más actual realizada a la presente prueba, consta de 30 ítems en una escala tipo Likert de 1 a 5 (1= Nunca; 2= Rara vez; 3= A veces; 4= Frecuentemente y 5= Muy frecuentemente), que se encuentran distribuidos en 3 subescalas de calificación, con una fiabilidad de la escala alfa de 0,88 en Compasión Satisfacción, en la subescala Burnout una fiabilidad de 0,75 y con respecto al Estrés Traumático Secundario se mantiene una fiabilidad de 0,81 (Campos, 2016; Sansó y otros, 2018).

Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) (**ver el Anexo C**) de Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber y Main (2011) (Universidad Católica de Santa Fé), consta de 27 ítems en una escala tipo Likert de 0 a 3 (0= Muy de acuerdo; 1= De acuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Muy en desacuerdo), posee un Alpha de Cronbach de 0,69 por lo que se considera una fiabilidad aceptable. Al realizar la valoración de la prueba se estima la importancia de 3 factores o subescalas que sirven de base para el resultado final, las subescalas son: Involucración Personal – Cuidado Personal – Vulnerabilidad. Para la obtención del resultado final se califica de acuerdo a 4 perfiles: Perfil 1: Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE) – Perfil 2: Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer SDpE – Perfil 3: Funcionamiento empático normal, en riesgo de contraer SDpE – Perfil 4: Funcionamiento empático anormal, con SDpE (Sabas, 2012; Bravo, D'Alessandro, y Ferro, 2019).

3.3 Categorías de análisis

Las categorías de análisis fueron seleccionadas en base a las subescalas que mide el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) las cuales son:

- ❖ Involucración Personal, se refiere al nivel de compromiso que el profesional brinda en la atención que se realiza en el contacto con el paciente, para ello, la empatía que emplea será un determinante para medir el grado de afectación por su participación en el sufrimiento del otro.

- ❖ Cuidado Personal, encaminado hacia la evaluación de los recursos tanto personales como técnicos con los que cuenta el profesional de los cuales se tiene en cuenta el conocimiento y empleo de técnicas y/o estrategias que le ayuden en la prevención o a su vez afrontamiento del desgaste por empatía (Martínez, 2019).

- ❖ Vulnerabilidad, se valora el estado del medio como factor determinante para la aparición del síndrome presentándose afectaciones a nivel personal, laboral, social, tanto físicos, psíquicos y emocionales.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos permiten evidenciar como las singularidades de la vida histórica del individuo actúan como predisponentes para la aparición de los síntomas del síndrome de desgaste por empatía.

4.1 Involucración Personal

Para el análisis de esta categoría se procedió a hacer uso de la información obtenida mediante la realización de la técnica de la Observación, la Entrevista Psicológica y la aplicación de la Escala de Vida Profesional (ProQOL) y el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) que fueron llevadas a cabo con el paciente.

JV: El sujeto señaló que desde su niñez nunca había sido muy bueno para entablar comunicación con las personas, motivo por el que se mantenía la mayor parte del tiempo solo, en ocasiones en las que se ha visto en situaciones que ameritan el diálogo con personas del entorno participa muy pocas veces y cuando lo hace no siempre se siente cómodo durante el tiempo que dura la conversación.

JV: menciona que mientras cursaba su carrera universitaria vivió solo pero mantenía el apoyo económico de sus padres; expresa que desde sus primeras aproximaciones al ejercicio de su profesión sentía el deseo de ayudar a las personas lo cual le motivaba, aún durante este tiempo, refiere si haber sostenido interacciones de manera cotidiana con los pacientes, siendo estas superficiales referentes al estado de salud; indica que actualmente durante el contacto con las personas que acuden a consulta se limita netamente a responder cuestionamientos que la persona le refiera sobre el trabajo que realiza para ayudarles, por lo que expresa “yo solo me limito a preguntarles sobre lo que se me pide en la documentación o sobre lo que quieren que les ayude y ya, pero por lo general prefiero no hablar con ellos”.

Mediante la técnica de la observación, se logró evidenciar que el sujeto mantenía un estado de nerviosismo durante la entrevista, además presentaba un lenguaje entrecortado y movimientos repetitivos propios de un estado de ansiedad; durante ciertas preguntas del ámbito laboral cambiaba repentinamente de actitud. Los resultados obtenidos en la Escala

de Vida profesional (ProQOL) dentro de la categoría de Satisfacción de Compasión fueron de 37 puntos, lo que indica un riesgo moderado de contraer el desgaste por empatía, por otro lado, en el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) de acuerdo al parámetro establecido siendo éste una categoría dentro de su evaluación, se muestra una puntuación de 16, lo que significa que posee en relación a las demás categorías de análisis del inventario, una mayor deficiencia en este punto.

De acuerdo a lo expresado en la literatura, el compartir un diálogo con pacientes durante la atención es una parte inherente en el trabajo de los profesionales de salud, durante las interacciones que se originan durante este tiempo se crea un vínculo mediado por el objetivo de aliviar el dolor de la persona que sufre, es por ello que, el involucrarse en el problema que atraviesa el sujeto atendido es plenamente necesario, pero, el interponer cuestiones afectivas en la labor de ayuda puede ocasionar que el profesional se sienta afectado de tal manera que esto obstaculice el desarrollo adecuado de su trabajo (Bermejo, 2016).

Según lo manifestado por Martínez y otros., (2015) es normal la presencia de un sentimiento de satisfacción ligado al servicio de ayuda que brindan a los pacientes, esto se da con mayor frecuencia durante los primeros momentos de sus prácticas pre-profesionales, pero a medida que el contacto con las dolencias de los pacientes se incrementa, la respuesta empática que estos brindan cada vez disminuye, siendo esto un predisponente para la aparición del síndrome de desgaste por empatía.

La comunicación es una señal en cuanto a la presencia de este malestar ya que el no tener el deseo o predisposición a entablar un diálogo con la otra persona conlleva a mantener conductas de rechazo hacia ellas, esta afectación es un determinante significativo en cuanto a la identificación de problemas en diversas áreas en las que se desenvuelve el sujeto, siendo así el ámbito laboral y por ende la atención que brinda, un daño directo debido por la presencia de dicho malestar (González, 2017).

Los problemas o necesidades que se presentan en la vida del sujeto se reflejan en todas las áreas de su desarrollo, es por ello que se considera imperante el mejorar la calidad de las relaciones que se establecen dentro de los círculos más próximos, para que así pueda generarse un efecto directo en los espacios que el individuo ocupa para entablar lazos con las personas que acuden por ayuda. Las experiencias tempranas con la dolencia de los pacientes, a pesar de ser un predisponente debido a la situación aversiva a la que se

enfrentan, debe poseer componentes cognitivos que permitan la asimilación de las situaciones, de manera que sea posible reorganizar la información y asimilar las crisis hasta alcanzar un grado de adaptación positivo para continuar con el servicio de apoyo.

El empleo de la empatía por parte del sujeto es escasa, este es un rasgo que se ha encontrado presente a lo largo de su vida, esta singularidad no permite que exista un acercamiento tan profundo ni tan alejado de la dolencia del paciente, pero, tampoco se puede entender aquello como lo más propicio con respecto a la atención, sino más bien, se encontraría inclinado a un manejo inadecuado del tipo de relación que se debe establecer, ya que el empleado por el sujeto en cuestión, no da cabida a una sensación de buena atención y que por el contrario, ha servido como fuente de respuestas inapropiadas a las interrogantes que se le presentan, lo cual significa que el trato a los pacientes sigue sin ser el adecuado.

4.2 Cuidado Personal

Para la evaluación de esta categoría se utilizó la técnica de la Entrevista Psicológica como pieza fundamental, evaluando en ella las siguientes categorías personológicas: Apegos y Resiliencia; además se hizo uso del Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) presentándose los siguientes resultados.

JV: De acuerdo a lo que expresa el sujeto, el conocimiento que posee sobre técnicas para manejo del estrés es nulo, manifiesta que “en la universidad si me dieron psicología incluso, pero, ya no me acuerdo nada de eso”, y prosigue “y ni aquí y en ningún lugar en el que he trabajado no nos han enseñado alguna de esas cosas para aplicar así con todos los compañeros”; por lo tanto, no existen recursos en conocimiento que le puedan servir para hacer frente a las situaciones que le sobrepasan, siendo esto un predisponente para la aparición del malestar.

En cuanto a la narrativa del sujeto, se logra contemplar la siguiente estructuración personológica como recursos personales forjados desde su infancia hasta la actualidad.

JV: El paciente refiere que en su infancia nunca tuvo una buena relación con sus progenitores, debido a que su padre se encontraba viajando constantemente y su madre aún trabajaba como docente, por tal motivo, pasaba la mayor parte del tiempo solo y compartía un poco más de tiempo con su hermana. Durante la etapa de su infancia,

expresa haber pasado situaciones muy difíciles junto con su hermana debido a una enfermedad de la madre, con la cual tenían que lidiar día a día durante las crisis que se le presentaban. En los tiempos de escuela, dice haber sido muy allegado a una compañerita con la que compartía mayormente su tiempo, manifiesta tener buenos recuerdos con ella. Dentro de su hogar, guarda recuerdos con su padre de momentos en los que compartieron y de los cuales manifiesta se dieron cuando él ya era un poco más grande, el sujeto refiere la vivencia de una situación con su padre en un bote en el que su padre lo subía para poder ir a casa, debido a que en aquel tiempo esa era la única vía de ingreso al pueblo y añade que durante el viaje iban conversando mientras lo abrazaba, además, expresa otra situación ya cuando era adolescente, en el que su padre le llevaba a trabajar en unas tierras que había adquirido, haciendo así trabajos livianos pero de los cuales manifiesta haber aprendido y guardar buenos recuerdos.

JV: Con respecto a la relación con su madre, manifiesta que ella pasaba enferma por una enfermedad psicológica, el sujeto refiere que la madre empezó con esa enfermedad a raíz de su nacimiento según lo que le habían comunicado, dice que ella sentía rechazo hacia el cuándo recién había nacido, pero conforme pasó el tiempo ya se le fue pasando, durante su niñez, la madre pasaba enferma y el poco tiempo que pasaba “estable” tenía que continuar con su trabajo en la escuela. En su adolescencia, refiere que la situación de la madre era mucho más fuerte motivo por el que pasaba gran parte de su tiempo en casa, siendo este el motivo principal por el que tanto él como su hermana tenían que hacerse cargo de su cuidado, el sujeto expresa “eso era bien complicado, mi mamá empezaba a gritar, decía que veía cosas y empezaba a hablar sola, y no había nadie más ahí, solo yo y mi hermana, mi papá pasaba viajando y casi no estaba en la casa, además mi mamá parecía que no la quería a mi hermana porque la trataba muy mal a cada rato, cuando la agarraba yo tenía que meterme para que no le pegue porque le daba duro”, el paciente pronuncia que la madre durante esos estados quedaba imposibilitada, pero cuando se encontraba estable ella era una persona muy buena, que se hacía cargo de ellos.

JV: Ya en su juventud, durante el ingreso a la Universidad, dice que aún mantenía las conductas de distanciamiento con los demás, hablaba poco con sus compañeros y casi no salía del lugar en el que vivía, durante esta etapa de su vida empezó a vivir solo, expresa “yo ya quería salir de la casa, la verdad ya quería irme y vivir solo” el sujeto manifiesta que a la edad de 19 años conoció a una chica con la que se encariñó mucho y empezó una

relación sentimental “nunca había tenido pareja y ella me gustaba demasiado” comenta que empezó a vivir con ella por 1 año aproximadamente mientras estudiaba, pero de un momento a otro ella decidió alejarse, el paciente manifiesta “yo la busqué por todos lados, la llamaba, le escribía, la iba a buscar a su casa pero nunca quería verme y hasta que un día me dijo que yo estaba obsesionado con ella y que si seguía así me iba a denunciar, que ya la deje de estar molestando”, según comenta el sujeto, esto le provocó una desestabilidad emocional lo que ocasionó que atravesara por un cuadro mixto de ansiedad y depresión, dice haber acudido donde un psiquiatra y que este le había medicado, estuvo aproximadamente 1 mes y medio con el medicamento para poder dormir.

JV: Refiere que durante su primer trabajo había tenido llamados de atención debido al consumo de alcohol ya que en ocasiones se presentó un poco ebrio, dice que aún al día de hoy cuando bebe se comporta diferente y es un poco problemático. En la actualidad, manifiesta que por el trabajo aún vive solo y que es algo que le gusta, el paciente refiere “cuando llego a mi cuarto, nadie me está esperando, llego, me acuesto y me pongo a ver películas y a revisar el teléfono hasta que me dé sueño”, el paciente dice que hace aproximadamente 2 años que su familia ya no se reúne en ocasiones especiales (navidad, fin de año) y añade que es algo que no le importa “la verdad me da igual, a mis hermanos no los veo, solo a uno que aún vive con mis papás cuando voy a visitarlos, no extraño tampoco esas reuniones”.

Con la entrevista se logró determinar que el sujeto mantiene un apego de tipo evitativo, debido a las circunstancias de su desarrollo, al poco contacto con las personas de su entorno y el escaso tiempo de calidad compartido con sus progenitores; el valor otorgado al fortalecimiento de relaciones es escaso, el paciente no demuestra tener interés en involucrarse en situaciones en las que haya de por medio un tipo de contacto cercano sea físico o emocional, además, la atención hacia los pacientes durante la realización de su trabajo. La capacidad resiliente, por otro lado, es adaptativa, pareciera se fortaleció durante su infancia y adolescencia al estar al cuidado de la madre, por el contrario, se evidencia en la crisis sentimental sufrida una deficiencia en cuanto a la capacidad de soporte siendo ésta una situación que afectó en el estado cognitivo - conductual (pensamiento, idealización, acción) que se evidencia hasta la actualidad, siendo este un factor que vigorizó el mantener un distanciamiento con las personas.

Las respuestas del IDE dieron un resultado de 15 puntos siendo ésta la categoría de menor puntuación dentro de los factores de evaluación de la prueba, lo cual indicaría que el paciente cuenta con recursos adecuados tanto personales como técnicos para hacer frente al síndrome de desgaste por empatía.

La literatura menciona que gran parte del desenvolvimiento en el ámbito laboral, dependerá de la calidad de las relaciones y los recursos de la personalidad que el sujeto haya forjado, ya que estos le servirán como herramientas de soporte ante las eventualidades cotidianas que se llegan a atender, en el caso de presentarse una crisis dentro del trabajo, el manejo de la misma se genera a raíz de las acciones antes usadas y reforzadas debido a su buena respuesta ante el problema (Ruíz y Guerrero, 2017).

Por otro lado, Navarro-Abal y otros. (2019) refieren que la resiliencia es un factor importante en esta problemática, pero enfatizan que la continua exposición a estas situaciones que sobrepasan sus límites, generan un desgaste en cuanto a la capacidad de afrontar tales problemas, entrando así la resiliencia en un especie de crisis, hasta poder llegar a alcanzar un nuevo nivel de adaptación.

Los esquemas mentales ya estructurados en la psique del sujeto, funcionan como orientadores de la conducta, siendo así de suma importancia la reestructuración de los mismos para mejorar la condición de la calidad del servicio que brinda (Alecsiuk, 2015). Un aspecto que se destaca como predisponente para padecer desgaste por empatía, es el presentar o haber presentado durante su vida episodios de ansiedad o depresión y mucho más, si éstas han sido acompañadas por malestares físicos generados por la situación laboral (Hernández, 2017).

En cuanto a los recursos técnicos, Campos-Vidal y otros. (2017) mencionan que la prevención es la mejor manera de hacer frente a la aparición de esta problemática, para ello, el uso de técnicas de autocuidado funcionan como herramientas de mayor factibilidad para conservar la salud psicoemocional de todos los profesionales, además refiere que el no hacer uso de las mismas incrementa las probabilidades de padecer este síndrome.

Las experiencias con gran carga cognitiva - emocional son las que han forjado en el sujeto las directrices de su pensamiento y conducta, a pesar de existir una aparente contradicción en cuanto a las pruebas aplicadas, la entrevista refleja las estructuras determinantes para

la labor que realiza, poniendo en evidencia las necesidades en cuanto constructos personológicos que refuercen su entrega y satisfacción a la hora de abordar a un paciente. Los esquemas mentales, y recursos personológicos como la resiliencia y los apegos son categorías deficientes en su estructura direccionadora, el sujeto no posee recursos de soporte como lazos afectivos fuertes que sirvan de apoyo en situaciones de tensión y por ende la capacidad resiliente que posee es escasa, presentándose así cada situación como un evento que juega más como un potencial desestabilizador de su salud física y emocional.

Además, se denota un gran desbalance debido al desconocimiento y en consecuencia, nulo empleo de estrategias que le ayuden a amortiguar los efectos de trabajar con personas que presentan diversos malestares, aquello crea una descomposición en cuanto a la factibilidad de los métodos que utiliza para aliviar las dolencias, es decir, podría existir una consecuencia mayor por motivo de las alteraciones propias del síndrome y esto, en complemento de la inexistencia de recursos personales eficientes podrían llegar al colapso de la salud del sujeto.

4.3 Vulnerabilidad

Los resultados fueron obtenidos mediante la aplicación de la técnica de la Observación, la Entrevista Psicológica y el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE), de los cuáles se logró evidenciar lo siguiente.

JV: El sujeto expresa llevar laborando 1 año aproximadamente en el mismo puesto de trabajo, del cual menciona no mantener mucho contacto con sus compañeros de trabajo debido a que se encuentra en un área diferente, refiere “aquí no hablo casi con nadie, solo cuando hay comunicados para reuniones tengo que salir o quedarme si es después del trabajo, pero de ahí no, no hablo casi con nadie”, las personas con las que mayormente interactúa son los pacientes que se presentan a consulta, con los cuales no tiene el agrado de entablar comunicación alguna, al respecto menciona “cuando vienen los pacientes hay veces en las que quieren hablar y hablar y a mí no me gusta eso, yo ya ni les respondo”, esta situación genera que una ambivalencia en el sujeto, debido a que refiere “Yo hay ocasiones en las que me pasa algo y quisiera contarle a alguien pero no tengo a quién”.

JV: Se hace mención a los primeros años de ejercicio de la profesión en los cuales laboró dentro de las áreas de emergencia del hospital, expresa que trabajar en esa área es muy complicado ya que se presentan casos de todo tipo, además, la exigencia de los pacientes para su atención es mucho más fuerte, motivo por el que el ambiente del lugar se vuelve denso y la predisposición de querer ayudar va disminuyendo, al respecto menciona “habían casos en los que familiares llegaban enojados y trataban mal o sino el paciente mismo se ponía bravo y no colaboraba, esto también hace dar coraje y en ocasiones hacían sentir mal con lo que decían, ya no daba ni ganas de irlos a ver para ayudarlos”. En las cuestiones del trabajo, menciona que actualmente no significa una exigencia grande y que lo pesado de la labor que lleva a cabo es la atención a pacientes que presentan problemas y se quejan de sus dolores.

El puntaje obtenido en el Inventario de Desgaste por Empatía es de 14 puntos en la subescala de Vulnerabilidad, siendo esto un referente de que presenta en un nivel poco adecuado factores que le hacen propenso a la aparición del Síndrome de Desgaste por Empatía.

Según lo expresado por Martínez y otros. (2015) el factor predominante para la aparición del desgaste por empatía es el ambiente laboral, en ella se pueden gestar las primeras aproximaciones para este padecimiento, el constante empleo de la empatía en la atención a los pacientes conlleva a una situación de estrés que indispone al profesional a continuar ejerciendo adecuadamente el trabajo que realiza cotidianamente.

Por otro lado, estar constantemente inmerso en situaciones que sobrepasan la capacidad de soporte, siendo éstas, relacionadas a las enfermedades o problemas que los pacientes refieren al momento de su atención, además, las emociones propias de la actividad, las cuales pueden hacerlo proclive a poseer un rendimiento pobre, acompañado de un deseo perenne de reestablecer el estado de salud debilitado del paciente, considerando esto como la mayor evidencia de un adecuado ejercicio de su profesión, todos estos son factores que participan directamente en la presencia del síndrome (Leal-Costa y otros., 2015).

Dentro de las acciones que ejecuta diariamente en cumplimiento del sistema laboral en el que se desenvuelve el sujeto, se hacen visible factores tales como la continua exposición a las dolencias del paciente o incluso, el haber atravesado por situaciones de conflicto con los familiares, aquellos son estímulos aversivos que incrementan la probabilidad de

desgaste; por otro lado, como manifiesta el profesional, actualmente las funciones que cumple juegan a favor del deterioro de su capacidad empática, debido a que a pesar de mantener aún contacto con los pacientes, las exigencias en cuanto al cuidado del mismo no son tan imperantes, añadido a esto, los factores como el tiempo o cantidad de trabajo, son funciones de poca complejidad y de fácil resolución.

CONCLUSIONES

- Los factores como la calidad de la atención que se le brinda al paciente, las herramientas con las que el sujeto cuenta para afrontar las situaciones adversas, y finalmente, la vulnerabilidad en cuanto al contexto que le afecta, son piezas centrales para la presencia del desgaste por empatía, además, acompañado de las vivencias poco significativas para el sujeto, no se evidencian estructuras personalógicas de soporte para afrontar las contrariedades propias de la actividad que realiza.
- En relación a la capacidad empática se determina un desarrollo deficiente de la misma, siendo los primeros años de ejercicio de la profesión los acercamientos iniciales para su disminución, motivo por el que actualmente, el sujeto es incapaz de forjar interacciones balanceadas, manteniendo siempre conductas de retraimiento e incluso actitudes hostiles durante el servicio de apoyo que brinda a los pacientes que acuden por sus dolencias.
- De acuerdo a las pautas de la investigación, no se evidencian recursos adecuados direccionados a mejorar la calidad del cuidado personal; las estructuras de apoyo tanto sociales como personales son escasas, creando apegos inseguros, lo cual provoca una inestabilidad en cuanto a su capacidad resiliente, además, el profesional no cuenta con el conocimiento apropiado para llevar a cabo estrategias que actúen como estabilizadores en las situaciones estresantes experimentadas de manera cotidiana, haciendo aún más compleja tal situación.
- Los factores laborales actualmente son un recurso que podrían mejorar la condición del sujeto, los asuntos en el trabajo son bien manejados y posibilitan un buen desenvolvimiento, no obstante, existe la deficiencia en cuanto a la atención con los pacientes, generando a su vez un desapego con las circunstancias que envuelven su cotidianeidad, la vulnerabilidad se considera normal, debido a la ambivalencia con respecto al aspecto técnico y el relacional.

RECOMENDACIONES

- Se precisa mejorar la calidad de las relaciones del profesional, mediante su incursión en programas recreativos que le permitan fortalecer las habilidades sociales y por ende, mejorar la calidad de los vínculos afectivos con las personas de sus contextos más próximos, para la reconfiguración adecuada de sus estructuras de soporte personalógico.
- Como factor preventivo se estima la realización de programas que promuevan el aprendizaje de estrategias y técnicas de autocuidado, con el fin de ampliar el conocimiento acerca de los métodos de empleo para disminuir los estragos del continuo contacto con la dolencia de los pacientes.
- Promover la realización de actividades grupales para potenciar la comunicación y mejorar la calidad de las relaciones entre los compañeros de labor, por medio de estrategias de trabajo que ayuden a fomentar la participación activa de los profesionales en las problemáticas de interés personal y socio-laboral.
- Para la acción directa ante la presencia del desgaste por empatía, es necesario la incursión del profesional a la intervención psicoterapéutica donde se pueda trabajar los recursos personales, técnicas para el manejo del estrés y además, la resolución de conflictos no resueltos que se reflejan en parte de los esquemas cognitivos expresados en la narrativa del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- Acinas. (2012). Burn-out y Desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.*, 2(4).
- Alecsiuk. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica.*, 24(1), 43-56.
- Bang, & Reiro. (2017). Análisis del papel del cinismo en la relación entre el burnout y el comportamiento de los trabajadores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.*, 33(3), 217-227.
- Beatón. (2018). La integralidad del método dialéctico en la Teoría Histórico Cultural. *Psicología Escolar e Educativa.*, 22(3), 631-641.
- Bermejo. (2016). Y a ti, ¿quién te cuida?. *Revista chilena de endocrinología y diabetes.*, 9(3).
- Bravo, D'Alessandro, & Ferro. (2019). Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata, Argentina: estudio exploratorio en una población de personal profesional médico. *Doctoral dissertation.*
- Buñay. (2019). Estrategias para evitar el desgaste emocional en los profesionales de la salud en las diferentes instituciones de emergencia. *Repositorio Universidad Técnica de Machala.*
- Campos. (2016). Estudio sobre la fatiga de compasión, satisfacción por compasión y burnout en profesionales que trabajan con alumnos con trastorno grave de conducta. *Universidad Pontificia ICAI ICADE Comillas.*
- Campos-Vidal, Cardona-Cardona, & Cuartero-Castañer. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.*, 24, 119-136.
- Caro, San-Martín, Delgado-Bolton, & Vivanco. (2017). Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile. *Enfermería Clínica.*, 27(6), 379-386.
- Cauas. (2015). Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. *Bogotá: biblioteca electrónica de la universidad Nacional de Colombia.*(2).

- Companioni. (2015). El proceso de formación profesional desde el punto de vista complejo e histórico-cultural. *Actualidades Investigativas en Educación.*, 15(3).
- Cuartero. (2018). Desgaste por Empatía: cómo ser un profesional del Trabajo Social y no desfallecer en el intento. *Cuaderno de Trabajo Social.*, 1(11), 9-30.
- Etienne. (2018). *Entrevista clínica y psicometría*. Barcelona: Editorial GEDISA.
- Figley. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. *New York: Brunner-Routledge*.
- Figley. (2002). Compassion Fatigue: Psychoterapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology.*, 58(11), 1433-1441.
- García. (2018). La metodología biográfica narrativa y posibilidades en el ámbito del docente universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales.*, 8(2), e043-e043.
- García, R. (2017). Aplicabilidad de la Teoría de la Actividad Histórico-Cultural en los estudios de comportamiento informacional. *Revista Biblios.*(67), 69-83.
- Gómez, Gil, Castro, Ruíz, & Ballester. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Ágora de Salud*.
- González. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria de Salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.*, 21(1), 4-6.
- Gonzalez-Rey. (2017). La Epistemología Cualitativa y el estudio de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Conversación con Fernando González Rey. *Revista de Estudios Sociales.*, 60, 120-127.
- Guerra, & Pereda. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología.*, 45(2), 177-188.
- Guzmán. (2019). Impacto de las prácticas prehospitalarias en el nivel de empatía y burnout de estudiantes de medicina de Quito. *UDLA. Escuela de Psicología*.
- Hernández. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*.

- Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín, & Van-der. (2015). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *In Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*, 38(2), 213-223.
- Leiter, & Maslach. (2017). Burnout and engagement: contributions to a new vision. *Burnout research.*, 5, 55-57.
- Maceres. (2007). La teoría histórico-cultural de Vygotsky: algunas acotaciones a su origen y su alcance. *Revista de Historia de la Psicología.*, 28(2), 19-25.
- Mahony, O., Ziadni, Hoerger, Levine, Baron, & Gerhart. (2018). Compassion fatigue among palliative care clinicians: findings on personality factors and years of service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®.*, 35(2), 343-347.
- Martínez. (2019). Desgaste por empatía: riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático. *Entretextos*, 2007, 5316.
- Martínez, Méndez, & García-Sevilla. (2015). Burnout y empatía en cuidadores profesionales de personas mayores. *Revista EJIHPE: European Journal of Investigation in Health Psychology and Education.*, 5(3), 325-333.
- Navarro-Abal, López-López, Climent-Rodríguez, & Gómez-Salgado. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria.*, 33(3), 268-271.
- Oria, Espinosa, & Maracha. (2016). La formación y la orientación profesional en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.*, 32(2), 262-271.
- Ortega. (2018). Enfoques de Investigación. *Métodos para el Diseño Urbano - Arquitectónico.*
- Parada, E. (2006). Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. In E. P. Torres, *Psicología y Emergencia*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Prieto, Correa, Martínez, & Rasua. (2016). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el abordaje psicosocial en situaciones de emergencia y desastres. *Revista Información Científica.*, 95(5), 818-929.

- Procel, Padilla, & Loaiza. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias.*, 4(1), 483-498.
- Ramos, & López. (2015). La formación de conceptos: una comparación entre los enfoques cognitivista y historicocultural. *Educação e Pesquisa.*, 41(3), 615-627.
- Rodríguez. (2015). La acción del poder desde lógicas emancipatorias en el plano intersubjetivo. Fundamentos con enfoque histórico-cultural. *Doctoral dissertation, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología.*
- Ruíz, & Guerrero. (2017). AFECTACIONES PSICOLÓGICAS EN PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA: ¿TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO? *Revista Puertorriqueña de Psicología.*, 28(2), 252-265.
- Sabas. (2012). Síndrome de Desgaste por Empatía en Psicólogos Clínicos. *Universidad del Aconcagua.*
- Saborío, & Hidalgo. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica.*, 32(1), 119-124.
- Salazar. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Revista Poiésis.*, 1(33), 139-145.
- Sampieri, Fernández, & Baptista. (2010). Metodología de la investigación. *McGraw-Hill Interamericana.*
- Sansó, Galiana, Oliver, Cuesta, Sánchez, & Benito. (2018). Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention.*, 27(2), 81-88.
- Sarmiento. (2018). Más allá de los enfoques: tendencias en Psicología Clínica que trascienden las barreras teóricas. *Trans-pasando Fronteras: Revista estudiantil de asuntos transdisciplinarios.*(11), 143-169.
- Soto, Barrios, & Molina. (2017). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral como predictores de calidad de la atención de enfermería hospitalaria. *Revista de Ciencia y Enfermería.*, 23(3), 99-111.

- Tapia-Vidal. (2020). Competencias comunicativas comportamentales: Propuesta de una matriz de observación para estudiantes de pedagogía en contexto de diversidad cultural. *Revista Electrónica Educare.*, 24(1), 1-18.
- Tocabens. (2003). El surgimiento del enfoque histórico cultural como alternativa marxista al problema de la crisis de la psicología. *Revista cubana de psicología.*, 20(1), 71-77.
- Tocabens. (2015). Vigotsky y la crisis de la psicología: vanguardia y contemporaneidad. *Revista Temas.*(84), 123-130.
- Toledo, & Cabrera. (2017). Corrientes psicológicas determinantes de la concepción del aprendizaje en la enseñanza médica superior. *Educación Médica Superior.*, 31(4), 1-14.
- Vidal, Castañer, & Riera. (2016). Cuidado profesional y mecanismos paliativos del desgaste por empatía. In *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social. Universidad de La Rioja.*, 132.

ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento Informado para Participantes.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a usted como participante en esta investigación, de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Leonardo Vicente Romero Dávila, egresado de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Machala, cuyo tema es **“SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL BÁSICO DE LA CIUDAD DE HUAQUILLAS, PROVINCIA DE EL ORO”**, la meta de este estudio es “Identificar los factores predisponentes para la aparición del síndrome de desgaste por empatía”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar cuestionarios (test – inventarios – encuestas) . Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Firma del Participante

Fecha

Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL)

Compasión Satisfacción y Fatiga de Compasión (ProQOL)
Versión 5 (2009)

Cuando ayudas a la gente, tienes contacto directo con sus vidas. Como habrás descubierto, tu compasión por aquellos a los que [ayudas] puede afectarte de manera positiva y negativa. A continuación, se presentan algunas preguntas sobre sus experiencias, tanto positivas como negativas, como [ayudante]. Considere cada una de las siguientes preguntas sobre usted y su situación laboral actual. Seleccione el número que refleje honestamente la frecuencia con la que ha experimentado estas cosas en los últimos 30 días.

1= Nunca 2= Rara vez 3= A veces 4= A menudo 5= Muy a menudo

- ___ 1. Estoy feliz.
- ___ 2. Estoy preocupado con más de una persona a la que [ayudo].
- ___ 3. Me satisface poder [ayudar] a las personas.
- ___ 4. Me siento conectado con los demás.
- ___ 5. Salto o me sorprenden los sonidos inesperados.
- ___ 6. Me siento vigorizado después de trabajar con aquellos a quienes [ayudo].
- ___ 7. Me resulta difícil separar mi vida personal de mi vida como [ayudante].
- ___ 8. No soy tan productivo en el trabajo porque estoy perdiendo el sueño por las experiencias traumáticas de una persona a la que [ayudo].
- ___ 9. Creo que podría haberme visto afectado por el estrés traumático de aquellos a los que [ayudo].
- ___ 10. Me siento atrapado por mi trabajo como [ayudante].
- ___ 11. Debido a mi [ayuda], me he sentido "al límite" con respecto a varias cosas.
- ___ 12. Me gusta mi trabajo como [ayudante].
- ___ 13. Me siento deprimido por las experiencias traumáticas de las personas a las que ayudo.
- ___ 14. Siento como si estuviera experimentando el trauma de alguien a quien he ayudado.
- ___ 15. Tengo creencias que me sostienen.
- ___ 16. Estoy contento con la forma en que puedo mantenerme al día con las técnicas y protocolos de [ayuda].

- 17. Soy la persona que siempre quise ser.
- 18. Mi trabajo me hace sentir satisfecho.
- 19. Me siento agotado por mi trabajo como [ayudante].
- 20. Tengo pensamientos y sentimientos felices acerca de aquellos a los que [ayudo] y cómo podría ayudarlos.
- 21. Me siento abrumado porque la carga de mi caso [trabajo] parece interminable.
- 22. Creo que puedo marcar la diferencia a través de mi trabajo.
- 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan experiencias aterradoras de las personas a las que [ayudo].
- 24. Estoy orgulloso de lo que puedo hacer para [ayudar].
- 25. Como resultado de mi [ayuda], tengo pensamientos intrusivos y atemorizantes
- 26. Me siento "empantanado" por el sistema.
- 27. Tengo pensamientos de que soy un "éxito" como [ayudante].
- 28. No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de trauma.
- 29. Soy una persona muy cariñosa.
- 30. Estoy feliz de haber elegido hacer este trabajo.

ANEXO C. Inventario de Desgaste por Empatía.

INVENTARIO DE DESGASTE POR EMPATÍA (IDE)

Zamponi, Viñuela, Rondón, Tauber, Main

Edad:Sexo:Profesión:

Antigüedad en la profesión:

Ámbito de trabajo -privado-.....publico-.....

Lugar de residencia.....

Estado civil.....

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

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

0=muy de acuerdo; 1=de acuerdo; 2=en desacuerdo y 3=muy en desacuerdo

	0	1	2	3
1. Mantengo el cuidado de mi salud.				
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.				
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.				
4. Me sobreenvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.				
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas.				
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.				
7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.				
8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño				
9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.				
10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes				
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos				
12. Me cuesta mantener la concentración.				

13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.				
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.				
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.				
16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.				
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes				
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.				
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.				
20. No presento síntomas somáticos.				
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes				
22. Recorro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.				
23. Aumento de peso de modo llamativo.				
24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.				
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.				
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.				
27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.				

FACTORES PARA LA APARICIÓN DEL DESGASTE POR EMPATÍA

RESULTADOS

Mediante la técnica de la observación se logró evidenciar que el sujeto mantenía un estado de nerviosismo durante la entrevista, además presentaba un lenguaje entrecortado y movimientos repetitivos propios de un estado de ansiedad, además, durante ciertas preguntas del ámbito laboral cambiaba repentinamente de actitud. Los resultados obtenidos en la Escala de Vida profesional (ProQOL) dentro de la categoría de Satisfacción de Compasión fueron de 37 puntos, lo cual indica un riesgo moderado de contraer el desgaste por empatía, por otro lado, en el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE) de acuerdo al parámetro establecido siendo éste una categoría dentro de su evaluación, se muestra una puntuación de 16, lo que significa que posee en relación a las demás categorías de análisis del inventario, una mayor deficiencia en este punto.

BASE TEÓRICA

De acuerdo a Bermejo (2016) el desgaste por empatía es un síndrome que tiene su génesis en la relación constante del profesional con el paciente que ha sufrido algún trauma y lo evoca para su sanación, esta exposición al dolor del otro provoca una reacción emocional y conductual que causa malestar y un deterioro en su vida. Al ser percibido como el resultado de un acontecimiento ajeno al sentirse afectado durante la expresión del paciente, se comprende la magnitud de la afectación al momento de colocar la actitud empática como la fuente principal de la escucha que se brinda al paciente.

Las investigaciones enfocadas en conocer el origen de este malestar son escasas, pero de ellas se destaca la realizada por Martínez, Méndez y García-Sevilla (2015) en la que se da a conocer que los primeros indicios del síndrome de desgaste por empatía se presentaban durante la etapa de formación universitaria, siendo expuestos los alumnos a situaciones de altos niveles de estrés, provocando que sus prácticas pre-profesionales al ser su primer contacto con los pacientes sean además su experiencia temprana con el desgaste por empatía. González (2017) menciona que el estado psicoemocional de los profesionales se ve severamente afectado por las situaciones que atraviesa, permitiendo así un debilitamiento en el área laboral lo cual afecta al desenvolvimiento, de manera especial a la comunicación que se debe establecer con los pacientes para determinar el malestar que les aqueja.

APORTES

Los problemas o necesidades que se presentan en la vida del sujeto se reflejan en todos las áreas de su desarrollo, es por ello que se considera imperante el mejorar la calidad de las relaciones que se establecen dentro de los círculos más próximos, para que así pueda generarse un efecto directo en los espacios que el individuo ocupa para entablar lazos con las personas que acuden por ayuda. Las experiencias tempranas con la dolencia de los pacientes, a pesar de ser un predisponente debido a la situación aversiva a la que se enfrentan, debe poseer componentes cognitivos que permitan la asimilación de las situaciones, de manera que sea posible reorganizar la información y asimilar las crisis hasta alcanzar un grado de adaptación positivo para continuar con el servicio de apoyo.

El empleo de la empatía por parte del sujeto es casi nula, este es un rasgo que se ha encontrado presente a lo largo de su vida, esta singularidad no permite que exista un acercamiento tan profundo ni tan alejado de la dolencia del paciente, pero, tampoco se puede entender aquello como lo más propicio con respecto a la atención, sino más bien, se encontraría inclinado a un manejo inadecuado del tipo de relación que se debe establecer, ya que el empleado por el sujeto en cuestión, no da cabida a una sensación de buena atención y que por el contrario, ha servido como fuente de respuestas inapropiadas a las interrogantes que se le presentan, lo cual significa que el trato a los pacientes sigue sin ser el adecuado.

RESULTADOS

Las respuestas del IDE dieron un resultado de 15 puntos siendo ésta la categoría de menor puntuación dentro de los factores de evaluación de la prueba, lo cual indicaría que el paciente cuenta con recursos adecuados tanto personales como técnicos para hacer frente al síndrome de desgaste por empatía.

BASE TEÓRICA

Para lograr una adecuada acción para contrarrestar el malestar que genera el desgaste, es necesaria la participación y fortalecimiento de los recursos personales y sociales, es decir que, la calidad de las relaciones establecidas van a servir como sistemas de apoyo que impulsen o mejoren la capacidad de afrontamiento hacia el padecimiento que expresa el paciente (Ruíz y Guerrero, 2017).

En relación al aspecto cognitivo que contiene esta temática, se expresa que las estructuras mentales forjadas por el individuo a lo largo de su vida, juegan un papel fundamental sea como predisponentes o como recursos de apoyo que amortigüen la intensidad y brinden mejores estrategias de afrontamiento ante las situaciones cotidianas en las que se encuentra inmerso el profesional (Alecsiuk, 2015).

En base a lo expuesto, se enfatiza en la capacidad resiliente como componente importante en la estructura de la personalidad y como recurso dentro del soporte que deben poseer los profesionales que se encuentran predispuestos por la condición del trabajo a padecer el desgaste por empatía, de acuerdo al estudio realizado por Navarro-Abal y otros. (2019) se evidencia que entre mayor sobrecarga o exposición a la dolencia del paciente, la capacidad resiliente de la persona que presta su ayuda disminuye. El estado emocional del profesional al momento de abordar al paciente, es un determinante ante el propósito de prestar apoyo a la persona que acude, como afirma Hernández (2017) la presencia de estados depresivos o ansiosos, acompañado de dolencias somáticas propias de la actividad, actúan como predisponentes para el apareamiento de esta problemática.

A pesar de las técnicas existentes para contrarrestar los efectos del desgaste por empatía, es imprescindible optar por la prevención mediante la aplicación continua de técnicas y estrategias de autocuidado que ayuden a mejorar las respuestas que se ofrecen en el momento del malestar, además, la práctica recurrente puede servir no solo como factor preventivo sino también como un ejercicio efectivo para aminorar la sintomatología ya presente (Campos y otros., 2017).

APORTES

Las experiencias con gran carga cognitiva - emocional son las que han forjado en el sujeto las directrices de su pensamiento y conducta, a pesar de existir una aparente contradicción en cuanto a las pruebas aplicadas, la entrevista refleja las estructuras determinantes para la labor que realiza, poniendo en evidencia las necesidades en cuanto constructos personológicos que refuercen su entrega y satisfacción a la hora de abordar a un paciente. Los esquemas mentales, y recursos personológicos como la resiliencia y los apegos son categorías deficientes en su estructura direccionadora, el sujeto no posee recursos de soporte como lazos afectivos fuertes que sirvan de apoyo en situaciones de tensión y por ende la capacidad resiliente que posee es escasa, presentándose así cada situación como un evento que juega más como un potencial desestabilizador de su salud física y emocional.

Además, se denota un gran desbalance debido al desconocimiento y en consecuencia, nulo empleo de estrategias que le ayuden a amortiguar los efectos de trabajar con personas que presentan diversos malestares, aquello crea una descomposición en cuanto a la factibilidad de los métodos que utiliza para aliviar las dolencias, es decir, podría existir una consecuencia mayor por motivo de las alteraciones propias del síndrome y esto, en complemento de la inexistencia de recursos personales eficientes podrían llegar al colapso de la salud del sujeto.

RESULTADOS

El puntaje obtenido en el Inventario de Desgaste por Empatía es de 14 puntos en la subescala de Vulnerabilidad, siendo esto un referente de que presenta en un nivel poco adecuado factores que le hacen propenso a la aparición del Síndrome de Desgaste por Empatía.

BASE TEÓRICA

Las causas que se asocian al desgaste por empatía se encuentran encaminadas generalmente hacia el trabajo que se realiza con las personas que sufren, por ello, se mantiene un tinte socio-laboral entendiendo por esta, la relación que se establece al momento de intervenir con el usuario o paciente, es así que, existen diversos autores que hacen mención al respecto y lo colocan a este síndrome como un resultante de la interacción, colocando de tal manera como causa principal esta condición (Martínez, Méndez y García-Sevilla, 2015; Cuartero, 2018).

Las situaciones conflictivas constantes, abren en el profesional de la salud un espacio que deteriora las relaciones empáticas que pueda establecer con los pacientes, Leal-Costa, Díaz-Agea, Tirado-González, Rodríguez-Marín y Van-der (2015) expresan ciertas situaciones tales como “el exceso de estimulación aversiva, contacto continuo con enfermos, la frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados” (p. 214).

APORTES

Dentro de las acciones que ejecuta diariamente en cumplimiento del sistema laboral en el que se desenvuelve el sujeto, se hacen visible factores tales como la continua exposición a las dolencias del paciente o incluso, el haber atravesado por situaciones de conflicto con los familiares, aquellos son estímulos aversivos que incrementan la probabilidad de desgaste; por otro lado, como manifiesta el profesional, actualmente las funciones que cumple juegan a favor del deterioro de su capacidad empática, debido a que a pesar de mantener aún contacto con los pacientes, las exigencias en cuanto al cuidado del mismo no son tan imperantes, añadido a esto, los factores como el tiempo o cantidad de trabajo, son funciones de poca complejidad y de fácil resolución.