

SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN PROFESIONALES DE LA SALUD INTEGRAL EN ENTRE RÍOS Y EN LAS REGIONES CENTRO Y NORTE DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Adriana E. Quiroga¹, Juan E. Rodríguez², María V. Main³, Leticia R. Prendes⁴, María L. Olivera⁵ y Lucas F. Giullioni⁶

RESUMEN

El Síndrome Desgaste por Empatía (SDpE) es un padecimiento susceptible en profesionales de la salud que asisten a personas que sufren (Main et al., 2009). Se caracteriza por la reexperimentación de traumas, evitación, embotamiento psíquico e hiperactivación (Figley, 1995). Este estudio tiene como objetivo evaluar dicho síndrome en profesionales de la región norte y centro de la provincia de Santa Fe, y la región de Entre Ríos. A tal efecto se seleccionó una muestra intencional, quienes respondieron al Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis, 1980) adaptado a la argentina por Müller et al., (2015), con el propósito de desestimar aquellos que puntúan bajo en Empatía; y el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE, Main et al., 2009). La muestra final quedó conformada por 657 sujetos en total. Tras una exhaustiva revisión crítica de la herramienta y actualización de los procesos de baremación, se concluye que la gran mayoría (92%) de los profesionales no presenta riesgo de padecer Síndrome de Desgaste por Empatía. Sin embargo, se identificaron diversos factores protectores y de riesgo, con significación estadística tales como la realización de actividades de autocuidado, la profesión y el ámbito de trabajo.

Palabras clave: Factores Protectores y de Riesgo, Profesionales de la Salud, Síndrome de Desgaste por Empatía.

¹ Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); aequirola@ucsf.edu.ar

² Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); juanemilio.rodriguez@ucsf.edu.ar

³ Universidad Católica de Santa Fe, Ludueña 612. CP S3560DYR, Reconquista (Santa Fe); mariamain@ucsf.edu.ar

⁴ Universidad Católica de Santa Fe, Ludueña 612. CP S3560DYR, Reconquista (Santa Fe); leticiaprendes@playcomla.com.ar

⁵ Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); lauragunico@gmail.com

⁶ Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); lucas.giullioni@ucsf.edu.ar

ABSTRACT

Compassion Fatigue Syndrome (CFS) is a condition susceptible to health professionals who assist people who suffer (Main, et al., 2009). It is characterized by the re-experiencing of traumas, avoidance, psychic dullness and hyperactivation (Figley, 1995). This study aims to evaluate this syndrome in professionals from Santa Fe province's northern and central regions and from the Entre Rios province. For this purpose, an intentional sample was selected, who responded to the Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis, 1980) adapted to Argentina by Müller, et al., (2015), with the purpose of dismissing those who score low in Empathy; and the Empathy

Burnout Inventory (IDE, Main, et al., 2009). The final sample consisted of 657 subjects in total. After an exhaustive critical review of the instrument and updating of the assessment processes, it is concluded that the vast majority (92%) of professionals are not at risk of suffering from Compassion Fatigue Syndrome. However, various protective and risk factors were identified, with statistical significance such as the performance of self-care activities, the profession and the work environment.

Keywords: *Compassion Fatigue Syndrome, Health Professionals, Protective and Risk Factors.*

INTRODUCCIÓN

En materia de políticas públicas atinentes a salud, prevención y estrategia sanitaria, para el 2020–2030 se expresan una serie de desafíos: incremento de enfermedades crónicas, accidentes y violencia, riesgos ambientales, nuevas enfermedades infecciosas; enfermedades transmisibles como el dengue y el COVID–19; envejecimiento poblacional acompañado por multimorbilidad y dependencia; incremento de la esperanza de vida; problemas de coordinación y articulación entre los subsectores; insatisfacción de las personas usuarias; condiciones de trabajo de los/as trabajadores/as, sumadas al desgaste psicofísico que deriva de la atención durante la pandemia y post pandemia, entre otros (Buriyovich et al., s.f). Estas contingencias afectan la relación entre el usuario de los servicios de salud y el profesional, como así también la capacidad empática de este último.

La empatía se define como la “sensibilidad y comprensión de los estados mentales de los demás” (Smith, 2006, p. 3). Desde una perspectiva neuro–sociocognitiva, si se permite tal denominación, en su devenir se ancla a circuitos neuronales y programas genéticamente predeterminados de percepción–acción constante del y en el medio social que los activa. La autoconciencia de sí mismo, de los otros, la autorregulación emocional y el lenguaje como vehículo que promueve la expresión y reflexión, es decir, procesos de mentalización, diferencian al hombre de la especie animal. En este sentido, la empatía humana implica una capacidad de compartir o sentir la experiencia emocional del otro y de tomar la perspectiva de ese otro, lo cual conlleva vasta flexibilidad mental; esto es, incluye habilidades tanto emocionales como cognitivas (Decety y Jackson, 2004). Esta cualidad del comportamiento humano presente en mayor o menor grado en los individuos, que no distingue género como así lo informa

el estudio sobre empatía, deseabilidad social y género de Nanda (2013); y que posibilita una convivencia social en armonía, es indispensable cultivar en aquellas actividades profesionales ligadas a la salud integral que se sustentan en un vínculo o alianza terapéutica. Por ello resulta necesario contar con herramientas objetivas que la valoren. En Argentina, Müller et al. (2015), adaptaron el Interpersonal Reactivity Index (IRI), técnica psicométrica que evalúa este constructo en adultos y que fuera elaborada por Davis (1980). Empero, ¿qué sucede cuando dicho profesional presenta un nivel alto de empatía tal, que resulta perjudicial para sí mismo y para su quehacer? Este fenómeno se asocia a lo que en el campo científico se conoce como *Compassion Fatigue*, es decir, Fatiga por Compasión (Figley, 1995) o *Síndrome de Desgaste por Empatía* (Main et al. 2009).

El Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE) es un padecimiento susceptible en profesionales de la salud que asisten a personas que sufren (Main et al., 2009). Es importante ahondar en sus raíces teóricas que se remontan a la década de los ‘80. En ese tiempo, el trauma psicológico ingresa oficialmente como diagnóstico en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III* (DSM III, 1980) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), bajo la nosología de *Trastorno por Estrés Post Traumático* (TEPT). Aunque las reacciones psicológicas frente a hechos traumáticos han sido observadas desde hace más de un siglo, el estudio del trauma psicológico ha crecido en las últimas décadas especialmente impulsado por los movimientos contra la violencia doméstica y sexual. Posteriormente, en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV* (DSM IV, 1994) la atención se focalizó hacia la reacción de la persona expuesta al hecho traumático y ya no en los requisitos que debía cumplir un evento

para ser considerado traumático. Esto significó que el hecho traumático podía ser considerado como tal no sólo por representar una amenaza para la integridad, sino porque también la respuesta de la persona implicaba temor intenso que debía estar acompañado de tres tipos de síntomas: reexperimentación del hecho traumático, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación (Cazabat y Mosca, 2002). El hecho de presenciar o conocer un acontecimiento que haya amenazado la integridad física de alguna persona, es motivo suficiente para desarrollar un estrés postraumático.

Hacia los '90 aparece un concepto más evolucionado asociado con el costo del cuidado hacia los demás en el sufrimiento emocional. Se trata del concepto de *Compassion Fatigue* anteriormente mencionado, acuñado por Charles Figley (1995). Este término fue traducido al español como Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE). Sin embargo, Cazabat y Mosca (2002) indican que el término en español no refleja exactamente lo que se entiende por *compassion*, el cual implica “un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas” (párr.15). Según el autor, la compasión y empatía son una capacidad que debe poseer el terapeuta y que simultáneamente constituye una puerta de entrada vulnerable mediante la cual ser lastimados por el trabajo.

Si bien Figley fue el primer investigador que publicó un texto referido al tema—*Compassion Fatigue: Coping with secondary Traumatic stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, 1995—, este término había sido utilizado anteriormente por algunos investigadores (Joinson, 1992; Kottler, 1992, como se citó en Figley, 1995). Estos autores hacían referencia a la importancia de la compasión en la relación con pacientes resistentes y extremadamente difíciles. Sin embargo, Figley (1995) considera que solo se limitaron

a mencionar el término y no lo desarrollaron o definieron adecuadamente. En contrapartida el autor sugiere que el concepto de *Compassion Fatigue* alude a un fenómeno particular de la relación terapéutica, y también se ha intentado explicar a través de una serie de términos tales como: victimización secundaria, estrés traumático secundario, traumatización vicaria, sobreviviente secundario. Asimismo, distingue el concepto de *contagio emocional*: “*is defined as an affective process in which ‘an individual observing another person experiences emotional responses parallel to that person’s actual or anticipated emotions’*” [Se define como un proceso afectivo en el que “un individuo que observa a otra persona experimenta respuestas emocionales paralelas a las emociones reales o anticipadas de esa persona”] (Miller et al., 1988, p. 254)” (1995, párr. 11); es decir, un proceso afectivo donde un individuo que observa a otra persona experimenta respuestas emocionales paralelas a las emociones actuales o anticipadas de la otra persona. En el caso del TEPT, el diagnóstico es posible solamente cuando la persona experimenta el trauma de forma directa—recibiendo el daño—o indirecta—como observador de la persona que sufre—; el último estadio se denomina estrés traumático secundario o *compassion fatigue*. A su vez, la victimización secundaria se refiere a una experiencia de transformación interna del terapeuta a partir del trauma ajeno, que repercute en su vida personal y profesional (Pearlman & Saakvitne, 1995; como se citó en Figley, 1995). De acuerdo con Figley, el concepto de *compassion fatigue* es un término más amigable que el desorden por estrés traumático secundario. A diferencia del TEPT, afecta a las personas que se involucran emocionalmente con traumas de otros—usualmente pacientes o familiares—, e incluye tensión y preocupación constante por los pacientes traumatizados; es decir cuando se es testigo del sufrimiento del otro en el marco de una relación interpersonal establecida. De acuerdo con el investigador

este fenómeno se caracteriza por tres grupos de síntomas:

Reexperimentación: pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente o cliente, deseo obsesivo de ayudar a ciertos pacientes, clientes o alumnos, progresiva sensación de falta de idoneidad profesional, invasión del tiempo libre por cuestiones relacionadas con el trabajo.

Evitación y embotamiento psíquico: respuesta silenciadora, evitando que el paciente o cliente manifieste claramente sus problemas; pérdida de interés en los problemas presentados por los pacientes, clientes o alumnos.

Hiperactivación o *hyperarousal*: aumento de la ansiedad, de la impulsividad y de la irritabilidad. Aumento de la sensación de mayores exigencias ante problemas semejantes, trastornos del sueño y otros trastornos psicosomáticos.

Por otra parte, las manifestaciones de este cuadro suelen confundirse con el *Síndrome de Burnout* descrito y medido por Maslach y Jackson (1981); puesto que comparten determinadas manifestaciones psicológicas y a nivel del comportamiento, tales como agotamiento emocional, cinismo, distanciamiento y evitación de los clientes, baja satisfacción en el trabajo, ausentismo, entre otros (Mathieu, 2012, como se citó en Martínez González, 2014). Sin embargo, este último responde a la confluencia de diversos estresores del ambiente laboral, en el que la habilidad empática del profesional no tiene participación como disparador. Una serie de herramientas se desarrollaron con el fin de valorar este desgaste. Según reporta Martínez González (2014), se distingue: el *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), el *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT), and *Compassion Fatigue Scale* (CFS) de Figley (1995); la *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) de Stamm

(2005); la *Compassion Fatigue– Short Scale* de Adams et al. (2006); entre otras. Cabe destacar que a escala regional Main et al. (2009) construyeron el primer instrumento que evalúa el nivel de Desgaste por Empatía en dichos profesionales: el *Inventario de Desgaste por Empatía* (IDE).

Con todo y bajo estándares de calidad psicométrica, se comenzó a describir la prevalencia del constructo y sus variables asociadas en la población precedente. Así a escala mundial se realizó un estudio meta-analítico, reportando que dicho síndrome está presente en diferentes profesiones (Cavanagh et al., 2020). Este resultado es similar a otro metaanálisis, pero atendiendo al impacto de la pandemia por COVID-19 (Lluch et al., 2022); en él, se concluyó que existe prevalencia de desgaste por empatía y que el género es un factor de riesgo, siendo las mujeres quienes presentan mayor probabilidad de contraerlo; otro factor fue la profesión—como la enfermería— y aquellas otras que abordaban de forma directa a los pacientes con COVID-19. En lo que respecta a estudios empíricos, se llevó a cabo una investigación con cardiólogos de los hospitales de Rawalpindi y Lahore en Pakistán y se halló que más de la mitad de ellos padecían SDpE; allí se señaló que aquellos médicos menores de 40 años presentaban puntajes ligeramente superiores en comparación con aquellos médicos mayores (Ghazanfar et al., 2018). En el contexto latinoamericano, se efectuó un estudio con enfermeros de cuidados intensivos en un hospital de Arequipa durante la pandemia por COVID-19 en 2021. Los resultados arrojaron que, más de la mitad de la muestra poseía un funcionamiento empático anormal con SDpE (Capacoila Diaz, 2022). En México se evaluó a profesionales de la salud que trabajaban en el Instituto Mexicano de Seguridad Social de la ciudad de Puebla durante 2020; se observó que una quinta parte de ellos se encontraban en riesgo de contraer el SDpE y se lo atribuyó a la ayuda

relacional que realizaban (Ramírez Dueñas et al., 2022). Por último, se menciona el estudio desarrollado en Paraguay con psicólogos de un hospital psiquiátrico (Agüero y Sanabria, 2021); se encontró que una proporción mayor de la muestra presentaba un funcionamiento empático normal sin riesgo a contraer el SDpE; y que sólo un 9% de los profesionales estaban en riesgo de padecerlo. Aquí también se identificó al género femenino como un factor crítico, además de las características de la población con la que se trabajaba—niños, adolescentes y situaciones de abuso— y la cantidad de pacientes atendidos a diario—más de 25—. Otro estudio contempló el Desgaste por Empatía en personal médico de la unidad de cuidados intensivos de un hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico en Ecuador; en él se observó que casi la mitad de los profesionales estaban en riesgo de contraer el SDpE a causa de la situación prolongada y los factores estresantes asociados a sus empleos (Lomas Amagua y Ubieda Masabanda, 2020).

A nivel nacional, no se han localizado investigaciones *actuales* respecto a la temática. En diversos buscadores se han ubicado algunas reflexiones teóricas respecto al Desgaste por Empatía, abordado desde diversos marcos teóricos (Albornoz, 2021; Díaz et al., 2021). Las únicas investigaciones de características empíricas y metodologías cuantitativas se llevaron adelante hace más de una década en la ciudad de Mar del Plata con profesionales del Hospital Internacional General de agudos Dr. Alende; allí se advirtió coincidentemente que son las mujeres más propensas a padecer el SDpE (Bravo et al., 2012). Otro estudio evaluó a psicólogos que trabajaban en el área clínica con adultos, pero con el objetivo de realizar baremos regionales (D’Onofrio y Depaoli, 2014). Por lo expuesto, existe un lugar de vacancia respecto a la observación actual de la temática, que contraste con lo hallado en el histórico período 2020–2021, incluso con anteceden-

tes. En este sentido, resulta relevante revisar la prevalencia del SDpE y cuáles variables podrían estar vinculadas a dicho síndrome en los profesionales de la salud integral, en las regiones de Entre Ríos, Centro de Santa Fe y Norte de Santa Fe. Alumbrar este campo, permitiría actuar de manera preventiva a través de una guía orientada a la psicoeducación, al manejo de estrategias de afrontamiento y a la resiliencia con relación a la *Compassion Fatigue*, como suele ser denominado el SDpE en la lengua anglosajona.

MATERIALES Y MÉTODO

En principio participaron de este estudio 677 profesionales de la salud—médicos, nutricionistas, odontólogos, enfermeros, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, kinesiólogos y fonoaudiólogos—, de ambos sexos, que desempeñaban sus roles tanto en el sector público como privado. Se utilizaron procedimientos no probabilísticos de tipo sujetos—tipo (Cortada de Kohan et al., 2008) para su conformación. Se excluyeron 20 casos por puntuar por debajo del percentil 25 en todas las subescalas del *Interpersonal Reactivity Index* (IRI, Müller et al., 2015): Toma de Perspectiva, Fantasía, Angustia Personal y Preocupación Empática—las dos primeras se asocian con las dimensiones cognitivas de la empatía y las otras dos con las dimensiones afectivas (Davis, 1980) y por obtener puntuaciones dentro de los rangos de normalidad en el *Inventario de Desgaste por Empatía* (IDE, Main et al., 2009)—. La muestra final la conformaron 657 profesionales de áreas de la salud con relación a lo bio—psico—social; 79% mujeres y 21% hombres, con edades media entre 38 y 41 años.

Mediante una encuesta, además del IRI (Müller et al., 2015) se implementó un cuestionario *ad hoc* para indagar variables

sociodemográficas y laborales. A su vez se administró el IDE (Main et al., 2009). Esta última técnica consta de tres subescalas: *Involucración profesional*, *Cuidado de la salud* y *Vulnerabilidad*, distribuidas en 27 ítems con formato de respuesta tipo Likert.

Para el análisis de los datos mediante el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.22, se extrajeron en primer término las estadísticas descriptivas de todas las variables. Al recopilar evidencias de parametricidad en el constructo meta, se procedió a realizar pruebas t de diferencia de medias y ANOVA entre los puntajes del IDE, del IRI y las variables de interés. También se realizaron pruebas de correlación de Pearson entre los puntajes del IDE y los puntajes de las cuatro subescalas del IRI, previo análisis crítico de las propiedades psicométricas del IDE.

RESULTADOS

Se extrajeron medidas descriptivas para las variables de interés y de los puntajes del IRI y el IDE (Tabla 1). Bajo la hipótesis de trabajo sobre la prevalencia en los profesionales de las regiones norte y centro de la provincia de Santa Fe y Entre Ríos de un funcionamiento empático con significación clínica, hallamos que en más del 92% no existe tal riesgo en oposición a los resultados advertidos en otros estudios (Capacoi-la Diaz, 2022; Ghazanfar et al., 2018; Lluch et al., 2022). En la población con riesgo de contraer SDpE no se encontraron diferencias según las distintas profesiones ($H = 4.274$; $p = .748$) tal por los tamaños acotados de cada grupo; sin embargo, en la población sin riesgo se hallaron diferencias significativas ($F = 6.437$; $p < .001$, $\eta^2 = .099$) en este sentido, siendo los psicólogos quienes se encontraban en mejor posición.

Tabla 1
Estadísticos Descriptivos del IRI y el IDE

	IRI-PT	IRI-FS	IRI-EC	IRI-PD	IDE
Mediana	25.000	19.000	27.000	14.000	31.000
Media	24.834	19.437	26.461	14.703	31.154
Error Típico de la Media	0.172	0.186	0.162	0.165	0.380
Desviación Típica	4.402	4.765	4.140	4.224	9.748
Varianza	19.373	22.701	17.139	17.846	95.021
Asimetría	0.021	0.440	-0.247	0.669	0.115
Error Típico de la Asimetría	0.095	0.095	0.095	0.095	0.095
Curtosis	-0.338	0.036	0.159	0.464	-0.070
Error Típico de la Curtosis	0.190	0.190	0.190	0.190	0.190
Mínimo	14.000	7.000	10.000	7.000	7.000
Máximo	35.000	35.000	36.000	29.000	62.000
Primer cuartil	22.000	16.000	24.000	12.000	24.000
Segundo cuartil (mediana)	25.000	19.000	27.000	14.000	31.000
Tercer cuartil	28.000	23.000	30.000	17.000	38.000

En relación con las dimensiones del IRI (Davis, 1980, 1983) en función de estos grupos, se hallaron diferencias estadísticas en la subescala Angustia Personal ($t=-4.119$; $p<.001$; $D=-0.6$), siendo el grupo en riesgo el que presenta la media superior ($\bar{x} = 17.040$).

A su vez se observaron leves diferencias en el IDE al comparar el constructo por región ($F = 4.44$; $p = .01$; $\eta^2 = .01$); la media en el constructo es escasamente superior en el norte de la provincia de Santa Fe en relación con el resto (Tabla 2).

Tabla 2
Diferencias en el IDE según Región

		Diferencia de Medias	ET	t	D de Cohen	p Tukey
Norte de Santa Fe	Centro de Santa Fe	2.41	0.81	2.97	0.25	.01
	Entre Ríos	1.81	1.37	1.32	0.19	.38
Centro de Santa Fe	Entre Ríos	-0.6	1.32	-0.46	-0.06	.89

Al mismo tiempo, se advirtió una leve disparidad con significación estadística en los puntajes de Desgaste por Empatía según: (a) las conductas de autocuidado, siendo quienes presentan conductas de autocuidado puntajes ligeramente inferiores a quienes no las

practican (Tabla 3); (b) el ámbito de trabajo, siendo los profesionales que se desempeñan en el ámbito público quienes tienen puntajes levemente superiores (Tabla 4); (c) la cantidad de horas de trabajo (Tabla 5) y (d) de pacientes atendidos (Tabla 6).

Tabla 3
Prueba de diferencia de medias en el IDE según conductas de autocuidado

	Contraste	Estadístico	gl	p Tamaño del efecto	ET Tamaño del efecto
IDE	Student	-2.66	655	-0.3	0.11
	Mann-Whitney	20334	-0.2	0.07	

Tabla 4
Diferencias en el IDE según ámbito de trabajo

	Diferencia de Medias	ET		D de Cohen	p Tukey
Público Privado	3.6	1	3.62	0.37	<.001
Ambos	2.41	1.08	2.24	0.25	.07
Privado Ambos	-1.19	0.87	-1.37	-0.12	.36

Tabla 5
Relación entre puntajes del IDE y las horas de trabajo diarias

Variable		IDE	Horas de trabajo
1. IDE	R de Pearson	—	
	Valor <i>p</i>	—	
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	—	
	ET de la Magnitud del efecto	—	
2. Horas de trabajo	R de Pearson	0,1	—
	Valor <i>p</i>	0,01	—
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	0,1	—
	ET de la Magnitud del efecto	0,04	—

Tabla 6
Relación entre puntajes del IDE y cantidad de pacientes diarios

Variable		IDE	Cantidad de pacientes
1. IDE	R de Pearson	—	
	Valor <i>p</i>	—	
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	—	
	ET de la Magnitud del efecto	—	
2. Cantidad de pacientes	R de Pearson	0,11	—
	Valor <i>p</i>	0	—
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	0,11	—
	ET de la Magnitud del efecto	0,04	—

Este último aspecto converge con lo encontrado en psicólogos de Paraguay (Agüero y Sanabria, 2021). En cuanto a la variable sexo, no existen diferencias significativas respecto a los puntajes de Desgaste por Empatía, en contraste con otros estudios

(Agüero y Sanabria, 2021; Bravo et al., 2012; Lluch et al., 2022).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La empatía puede entenderse tanto cómo un proceso top-down partiendo de una Teoría de la Mente y generando una respuesta emocional; y cómo proceso bottom-up percibiendo una emoción y controlándola desde los procesos cognitivos superiores (López et al., 2014). En este sentido, las correlaciones entre el IDE (Main et al., 2009) y todas las dimensiones del IRI (Müller et al., 2015) fueron débiles, negativas o no significativas, constituyendo una fuente de evidencia de validez divergente según los criterios establecidos por Tornimbeni et al., (2008) respecto a la calidad psicométrica de la técnica por un lado; y por otro, apoyando con contundencia el desarrollo teórico de Figley:

Helping professionals have also found that their empathy and ability to connect with their loved ones and friends is impacted by compassion fatigue (...) The most insidious aspect of compassion fatigue is that it attacks the very core of what brings helpers into this work: their empathy and compassion for others. [Los profesionales que ayudan a otros también han descubierto que su empatía y su capacidad para conectarse con sus seres queridos y amigos se ve afectada por la fatiga por compasión (...)] El aspecto más insidioso de la fatiga por compasión es que ataca el núcleo mismo de lo que lleva a los ayudantes a este trabajo: su empatía y compasión por los demás] (2012, p. 136).

Llamativamente se encontró una media mayor en la subescala Angustia Personal

en quienes se sospecha podrían estar en riesgo de contraer el síndrome. Esta dimensión de la empatía es una medida afectiva y se relaciona con sentir malestar cuando se percibe el dolor ajeno. Los estudios de Davis (1980) reportan que puntajes altos en esta escala también se relacionan con baja autoestima y un pobre funcionamiento interpersonal. De las escalas del IRI (Müller et al., 2015), es esta dimensión la que más se asocia con la vulnerabilidad emocional y con la definición de empatía de Figley (2013). A modo de hipótesis interpretamos que ese valor hallado puede evidenciar aquel momento que el autor describe a la empatía como una especie de “arma de doble filo”, en la que se empatiza mucho más con el otro a la vez que aumenta su estrés frente a esta actitud. De persistir y progresar en su magnitud puede desencadenar el síndrome y paradójicamente afectar a la empatía mermándola.

Por otra parte, se encontró que los médicos, enfermeros y kinesiólogos tienen mayores puntajes en esta dimensión del IRI (Müller et al., 2015), y los psicólogos los más bajos, estableciendo diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, son los psicólogos quienes en su mayoría integran la población sin riesgo de contraer el síndrome. Podría pensarse que los psicólogos cuentan con más herramientas para controlar los procesos afectivos de la empatía, y de esta manera estarían mejor protegidos ante el SDpE. Además, que sean los médicos, enfermeros y kinesiólogos sin riesgos a contraer el síndrome quienes presentan puntajes más altos nos haría sospechar que son más sensibles a contraerlo y, de suceder esto, se hallarían convergencias con los resultados de algunos estudios efectuados durante la pandemia por COVID-19 (Capacoila Diaz, 2022; Lluch et al., 2022; Ramírez Dueñas et al., 2022). Puede pensarse que tal vez aquellas proximidades físicas que solapan espacios personales e íntimos y su asiduidad

en determinadas profesiones, puede ser un potencial factor proclive para padecer SDpE, entre otros aspectos de índole psicológica y ambiental concomitantes.

Por último, se encontró como factores de riesgo la cantidad de horas trabajadas y cantidad de pacientes, como anteriormente se expresó. Este estudio aporta al estado actual del tema, que el ámbito de trabajo podría ser también un factor de riesgo; el ámbito público parecería exigir a los profesionales de la salud

un sobre esfuerzo de la empatía. Esto resulta congruente con la diferencia en los puntajes del IDE (Main et al. 2009) según las regiones, ya que es el norte de Santa Fe donde hay una mayor inserción en el ámbito público y la media en esta escala es superior. Se considera que las disimilitudes en la complejidad de las instituciones públicas de salud, en las partidas presupuestarias según su categoría, y lo ya señalado por Burijovich et al. (s.f) podrían explicar en parte estos resultados señalados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero, L. y Sanabria, C. H. (2021). Síndrome de desgaste por empatía en profesionales psicólogos del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, año 2019. *Revista Científica UCMB*, 1(1), 51–63.
- Albornoz, O. (2021). La fatiga por compasión y las estrategias de autocuidado en contexto de pandemia. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires*.
- American Psychological Association [APA]. (1994). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM–IV 4ta ed.).
- American Psychological Association [APA]. (1980). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM–III 3ra ed.).
- Bravo, M. J., D'Alessandro, V. y Ferro, M. (2012). *Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata, Argentina: estudio exploratorio en una población de personal profesional médico* [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, inédita].
- Burijovich, J., Sy, A., Drovetta, R., Buhlman, S. (s.f). *Nuevo pacto por la salud en la Argentina postpandemia*. Informe Foro Universitario del Futuro. Jefatura de Gabinete de ministros. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud_prevenccion_y_estrategia_sanitaria.pdf.
- Capacoila Diaz, M. E. (2022). *Resiliencia y síndrome de desgaste por empatía durante la pandemia Covid–19 en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos. Hospital nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Essalud, Arequipa 2021* [Tesis de especialización, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dfb9aa7b–55ef–4b6c–a694–c6b7e0f65278/content>.
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I. & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), Article 3. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>.
- Cazabat, E y Mosca, D. (2002). Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar. *Revista de Psicotrauma*, 1 (1), s.p.
- Cortada de Kohan, N., Macbeth, G. y López Alonso, A. (2008). *Técnicas de Investigación Científica: con aplicaciones en psicología, ciencias sociales y ciencias de la educación*. Lugar Editorial.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(85), 1–17. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/34891073_A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences_in_Empathy.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022–3514.44.1.113>.
- Decety, J. & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human

- empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. DOI:10.1177/1534582304267187.
- Díaz, M. S., González, M. L. y Kaucher, M. B. (2021). La importancia del autocuidado en psicoterapeutas desde una perspectiva conductual contextual en tiempos de pandemia: desgaste por empatía y burn out. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires*.
- D’Onofrio, M. y Depaoli, M. (2014). *Síndrome de desgaste por empatía* [Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, inédita].
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (Ed.). (2012). *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide*. Sage Publications.
- Figley, C. R. (Ed.). (2013). *Treating Compassion Fatigue* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203890318>.
- Ghazanfar, H., Chaudhry, M. T., Asar, Z. U. & Zahid, U. (2018). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue in Cardiac Physicians Working in Tertiary Care Cardiac Hospitals in Pakistan. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.3416>.
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P. & Sansó, N. (2022). The Impact of the COVID–19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. *Healthcare*, 10(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>.
- Lomas Amagua, F. C. y Ubieda Masabanda, T. P. (2020). *Efectos de la fatiga por compasión en cuidadores de pacientes paliativos. Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual en 24 profesionales de la salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de la ciudad de Quito durante el período 2020* [Tesis de grado, PUCE].
- López, M. B., Arán Filippetti, V. y Richaud, M. C. (2014). Empatía: Desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), Article 1. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>.
- Maín, V., Rondón, J., Tauber, L., Viñuela, M. y Zamponi, J. (2009). Creación de una escala–ESAPE para evaluar SDpE [Manuscrito inédito]. Universidad Católica de Santa Fe, Secretaría de Ciencia y Técnica, Santa Fe, Argentina.
- Martínez González, A. S. (2014). *Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. [Tesis de grado, Universitat de les Illes Balears, España]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/866>.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Müller, M., Ungaretti, J. y Etchezahar, E. (2015). Evaluación multidimensional de la empatía: Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al contexto argentino. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 42–53.

- Nanda, S. (2013). Are there gender differences in empathy? Undergraduate *Journal of Psychology at Berkeley*, VII, 28–34. Disponible en: <https://www.ocf.berkeley.edu/~ujpb/assets/pdf/vol7.pdf#page=40>.
- Ramírez–Dueñas, L., Fernández–Vázquez, M., Hernández–Domínguez, J., Ruge–rio–Ramos, M. y Cortés–Cuayahuilt, A. (2022). Riesgo de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 63, 83–96. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/63/63_Ramirez.pdf.
- Smith, A. (2006). Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record*, 56, 3–21. Disponible en: <https://www.dlss.univr.it/documenti/Seminario/documenti/documenti122928.pdf>.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F., de Kohan, N. C., Fernández, A. y Cupani, M. (2008). Validez. En *Introducción a la psicometría* (pp. 101–135). Paidós

Artículo recibido: 03/09/2024

Artículo aceptado: 15/11/2024