

CUANDO EL EXCESO DE EMPATÍA NOS PONE EN RIESGO: SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA (SDpE) EN TRABAJADORES SOCIALES VENEZOLANOS

Eloy Casique Rojas*

Fecha de recepción: 16/11/2024

Fecha de aprobación: 28/12/2024

RESUMEN

El concepto de Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE) es muy común en la literatura científica del Trabajo Social latinoamericano y europeo, aunque sorprendentemente inexistente en la literatura científica venezolana. Definido como “el coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (Figley, 1995). El uso indiscriminado de varios términos relacionados al SDpE para referirse a una misma situación, ha dado pie a confusiones y al uso cuestionable de diferentes definiciones, destacando: el Estrés Postraumático, la Traumatización Vicaria y el Burnout. La presente investigación permite posicionar el término en la literatura científica venezolana con el análisis del SDpE en 70 Trabajadores Sociales venezolanos. Metodológicamente, el estudio se enmarcó dentro de un nivel descriptivo, con un diseño de campo, apoyado por una reinención metódica a la luz de las nuevas tecnologías (Investigación en Entorno Digital), con la adaptación de un instrumento de recolección de información en *google*

forms. Los datos fueron procesados y analizados con la Inteligencia Artificial

Rows. Los resultados evidencian una percepción del impacto emocional en un nivel medio - con tendencia alta; con un funcionamiento empático normal, sin riesgo de SDpE en la mayoría de los profesionales, aunque se revela un grupo minoritario que sí manifiestan el SDpE, principalmente aquellos que tienen una trayectoria profesional en desarrollo. Se recomienda crear programas de sensibilización para dar a conocer el SDpE, sus medidas de prevención y afrontamiento, así como la implementación de estrategias de intervención que conjuguen: el autocuidado, el equilibrio vida personal-laboral, el *wellbeing* y la empatía.

Palabras clave: Síndrome de Desgaste por Empatía; Trabajo Social.

* Licenciado en Trabajo Social (UDO), Magíster en Orientación de la Conducta (CIPPSV), Doctor en Educación (UPEL), Postdoctorado en Investigación (UPEL). Jefe de Bienestar Social en Empresas Purolomo de Venezuela. Secretario General, Comisión Internacional de Expertos en Bienestar Laboral CEBEL. eloycasique@gmail.com comiteinternacionalcebel1@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4845-6205>

ABSTRACT

The concept of Empathy Burnout Syndrome (SDpE) is very common in the scientific literature of Latin American and European Social Work, although surprisingly non-existent in the Venezuelan scientific literature. It is defined as “the cost of worrying about others or their emotional pain” (Figley, 1995). The indiscriminate use of several terms related to SDpE to refer to the same situation has led to confusion and the questionable use of different definitions, highlighting: Post-Traumatic Stress, Vicarious Traumatization and Burnout. The present research allows to position the term in the Venezuelan scientific literature with the analysis of SDpE in 70 Venezuelan Social Workers. Methodologically, the study was framed within a descriptive level, with a field design, supported by a methodical reinvention in the light of new technologies (Digital Environment Research), with the adaptation of an information collection instrument in Google Forms. The data were processed and analyzed with Rows Artificial Intelligence. The results show a perception of the emotional impact at a medium level - with a high tendency; with a normal empathic functioning, without risk of SDpE in most professionals, although a minority group is revealed that does manifest SDpE, mainly those who have a developing professional career. It is recommended to create awareness programs to raise awareness of SDpE, its prevention and coping measures, as well as the implementation of intervention strategies that combine: self-care, work-life balance, wellbeing and empathy.

Keywords: Empathy Burnout Syndrome; Social Work.

“La persona con un exceso de empatía es como una antena de largo alcance que absorbe y engulle cada emoción que vibra en su entorno. Lejos de gestionar semejante sobrecarga, se acaba diluyendo en las necesidades ajenas, envenenándose por exceso de compasión, hasta el punto de sentir culpabilidad por el dolor que otros experimentan”.

Valeria Sabater (2023)

| Introducción

La empatía es una cualidad imprescindible para poder relacionarse asertivamente con quienes nos rodean. Eisenberg (2000), citado en Alecsiuk (2015), la definen como una “respuesta derivada de la capacidad para comprender y ponerse en el lugar del otro, ya sea a partir de lo que se observa, de la información verbal o a través de la información que resulta del acceso a la memoria”. Ser capaz de ponerse en el lugar del otro y experimentar sus sentimientos permite comprender su situación y ayudarlo de la mejor manera posible. Sin embargo, ser excesivamente empático también es contraproducente y puede transformarse en un problema de naturaleza mayor, en algo que algunos autores denominan: el Síndrome de Desgaste por Empatía o SDpE, y que afecta negativamente la salud de los profesionales de ayuda. Aunque no se reconoce como un diagnóstico psiquiátrico en el DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*), el SDpE se ha estudiado desde principios de la década de los noventa.

El Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE) o *Compassion Fatigue* en su traducción anglosajona, según Cañas-Lerma (2020), es “*un campo de investigación aún en desarrollo*”, pero que fue definido por

primera vez por Figley en 1995, para referirse a los “*comportamientos y emociones experimentados por la y el profesional como resultado de su exposición a eventos de alta carga emocional y del estrés derivado de la Sobreimplicación del mismo por conseguir ayudarlo*” (citado por Yang, 2021). McHolm (2006), incorpora el componente espiritual a la definición, describiendo la fatiga por compasión como el “*agotamiento emocional, físico, social y espiritual que se apodera de una persona y provoca un descenso generalizado de su deseo, capacidad y energía de sentir y tener intención de ayudar al otro*”, generando así un elevado deterioro de las funciones laborales, sociales y familiares del profesional que brinda ayuda.

Seguidamente, para Figley (2002), “*la fatiga por compasión como cualquier otra forma de fatiga, reduce nuestra capacidad o nuestro interés en soportar el sufrimiento de los demás*”. El SDpE afecta de manera significativa a los sujetos que, debido a su desenvolvimiento profesional recurrente, trabajan de forma prolongada en un marco-contexto de experiencias de sufrimientos de diversa índole y que se conectan con el sentir del Otro, quedando, como resultado, en total vulnerabilidad ante la gran carga emocional percibida y recibida.

En tal sentido, es especialmente importante en aquellos ejercicios profesionales donde impera la constante exposición al dolor o a situaciones intensas de los sujetos intervención y la relación empática establecida, considerar el impacto que tiene dicha relación en la salud del profesional (Figley, 1995 citado por Cuartero, 2018).

Cabe destacar que, investigaciones sobre SDpE han demostraron que existe una interesante correlación entre el desgaste empático y varias profesiones de ayuda, tales como: Psiquiatras, Tanatólogos, Psicólogos, Psicoterapeutas, Trabajadores Sociales, entre otras; Yang, (2021), citado por Castro, Rebeca & Barrera-Algarín, (2023).

Si se profundiza en la labor del Trabajador Social, se puede decir que, uno de los principales objetivos del profesional es la búsqueda del bienestar y el desarrollo humano de las personas, familias, grupos y comunidades, a través del establecimiento de una relación profesional íntegra, que se enmarque en los principios universales de la profesión, es decir, en el reconocimiento de la dignidad inherente al ser humano, la confidencialidad, el derecho a la autodeterminación, la promoción de los DDHH y la justicia social. Cuando la relación entre el profesional y el sujeto de intervención tienen sus cimientos en el compromiso, la confianza, la autenticidad, el cuidado, la empatía y la aceptación del Otro, los resultados que se obtienen serán altamente satisfactorios para ambos actores del proceso.

Se deja en manifiesto que, el anterior proceso hace una clara invitación al reconocimiento de la irrenunciable “relación de ayuda existente en Trabajo Social” y que

sostiene un propósito que trasciende el plano personal, ya que los sentidos e intenciones del Trabajador Social se centran en la comprensión del Otro para acompañarlo en su proceso multidimensional y ambos, profesional y usuario, crecen y consolidan sus relaciones interpersonales, *“actuar desde la preocupación por el Otro, tiene una forma de manifestarse y es a través de la relación ética y a su vez un reconocimiento como exigencia moral. El individuo se sensibiliza ante la presencia del Otro independientemente de lo que éste sienta, piense, haga y sin importar el sexo, la raza, sus preferencias, condición social o cultural”* (Casique, 2023). Serán las actitudes y la disposición para actuar las que orienten al profesional en el ejercicio de poner sus conocimientos, herramientas, habilidades y destrezas al servicio de las problemáticas y necesidades reales de las personas, familias, grupos y comunidades.

Los anteriores argumentos han dado pie para el desarrollo de la presente investigación, la cual tiene como objetivo central analizar el SDpE en un grupo de profesionales del Trabajo Social en Venezuela. Considerando que los Trabajadores Sociales que desarrollan su actividad profesional de manera directa con sus clientes y/o usuarios, pueden experimentar signos y síntomas de desgaste físico, emocional y psicológico, ya que activan de forma intencional y explícita su capacidad empática, manifestando su total interés en ayudar al otro, como ha quedado demostrado en diversas investigaciones (Figley, 2002), el desarrollo de la actitud empática tiene un coste energético y emocional que es inevitable si se quiere garantizar una práctica eficaz, eficiente y efectiva.

Desde el punto de vista científico y para la generación de nuevos conocimientos, la investigación se justifica, al ser el primer ejercicio investigativo asociado con el SDpE en Trabajadores Sociales Venezolanos, así como también por la novedad en la metódica presentada, al adaptar a las nuevas tecnologías instrumentos ya validados y estandarizados, se aplicaron varios análisis estadísticos mediante el uso de la inteligencia artificial Rows IA, lo cual se detalla en el siguiente apartado. Se considera de fundamental importancia para un buen desempeño en la labor con individuos, familias, grupos y comunidades, que los Trabajadores Sociales no presenten manifestaciones asociadas al SDpE y, en el caso de presentarlas, se puedan intervenir a tiempo para no ser una

antesala a problemas posteriores que generarían mayor malestar y detrimento de la salud física, mental y emocional del profesional.

| Sintomatología asociada al SDpE

Existe una variedad de manifestaciones cognitivas, afectivas y conductuales en los profesionales que cursan con el Síndrome de Desgaste por Empatía, autores como Campos-Vidal, et al (2017), nos muestran una sintomatología asociada, pero hay que alertar que la siguiente clasificación tiene mucho parecido con el Trastorno por Estrés Posttraumático, pero se marcarán los criterios diferenciadores en el siguiente apartado.

Dimensiones	Manifestaciones
Reexperimentación: se recuerda el acontecimiento de forma repetida y con un alto grado de emocionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos intrusivos. • Sueños intrusivos. • Distrés psicológico y/o fisiológico. • Distorsiones cognitivas • Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas de los clientes. • Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional de ayuda.
Evitación y embotamiento psíquico: se tiende a un distanciamiento físico y afectivo de las personas que han padecido estos eventos traumáticos, pero también de los lugares o situaciones que puedan conducir a recordarlos.	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de evitar pensamientos. • Evitación de conversaciones asociadas al dolor del cliente. • Evitación de salidas extra-laborales con los compañeros. • No querer volver al espacio de trabajo.
Hiperactivación: estado de alerta y tensión permanente a través de fatiga, ansiedad,	<ul style="list-style-type: none"> • Estallidos de ira.

sentimientos de culpa y vergüenza, insomnio, dificultad para concentrarse.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad. • Aumento de la frustración. • Reactividad. • Hipervigilancia
--	--

Resulta interesante presentar otra clasificación, un poco más generalista, según Figley (2002):

Dimensiones	Manifestaciones
Emocionales	Impotencia, ansiedad, culpa, enojo, miedo, desesperanza, tristeza, depresión, hipersensibilidad, frustración, apatía.
Cognitivos	Disminución de la concentración, alteración de la autoestima, dificultad resolutive, actitud rígida y negativa, desorientación, tendencia perfeccionista, preocupación excesiva, pensamientos conflictivos.
Conductuales	Impaciencia, irritabilidad, poca tolerancia, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, hipervigilancia, riesgo a accidentes, propensión a perder cosas, disminución en el cuidado de la salud, disminución en el arreglo personal.
Relaciones personales	Disminución del apetito sexual, desconfianza, aislamiento, proyección del enojo o la culpa, intolerancia, sentimientos de soledad, mayores conflictos interpersonales, disminución de acciones recreativas compartidas.
Desempeño Laboral	Baja motivación, evitación de tareas, obsesión con los detalles, apatía, negatividad, desapego, conflictos con el personal, ausentismo, irritabilidad, aislamiento de los colegas.
Somáticos	Sudoración, taquicardia, dificultad para respirar, dolores, mareos, disminución de la función inmune, infecciones recurrentes, sensación de estar enfermo.

Se puede afirmar que, existen un gran número de signos y síntomas que han sido presentados por diferentes autores y que al combinarse pueden afectar el rendimiento y productividad del profesional, y más aún su estabilidad como persona. El desgaste por empatía se manifiesta en forma de fatiga física y mental e implica un intenso "cansancio", de mucha exhaustividad, así como pérdida de energía y vigor ante la tarea

de ayudar de manera empática a los sujetos que son foco de intervención.

| Diferenciando el SDpE de otras manifestaciones Cognitivas y Conductuales

La definición de la Fatiga por Compasión o Síndrome de Desgaste por Empatía se sigue redimensionando a la luz de las diferentes ciencias del

comportamiento humano, de hecho, se pueden ubicar más de 20 definiciones a nivel mundial, todas vinculadas a los “costes de una intervención” asociada a personas, familias, grupos o comunidades que de alguna manera padecen y sufren ciertas situaciones. Se debe alertar que, hay una variedad términos utilizados que han hecho posible una cierta confusión teórico-conceptual en relación a la descripción del fenómeno, atribuyéndoles significados que no le corresponden. Por ello, la importancia de diferenciar el SDpE de otras manifestaciones de porte cognitivo y conductual.

El uso de varios términos relacionados SDpE para referirse a una misma condición ha dado pie a confusiones, alteraciones, distorsiones y al uso indiscriminado de las diferentes terminologías. Nos referimos al Estrés Post-traumático, a la Traumatización Vicaria y el Síndrome de Burnout (éste último ya reconocido en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE). Todos ellos, a excepción del Síndrome de Burnout, se desarrollan en actividades relacionadas con la vinculación o la intervención directa con personas o familias en situaciones de mucha complejidad traumática.

1.2.1. El **Síndrome de Burnout**, según Barreto (2014), es un “malestar psicológico que se manifiesta en una disminución de rendimiento en el trabajo como resultado de actitudes y comportamientos desadaptativos, supone un buen predictor de la insatisfacción con el trabajo y se encuentra directamente relacionado con problemas de salud. El burnout implica atención inadecuada a los

pacientes y la presencia de una gran cantidad de errores profesionales”.

Para Sabo (2011), el Síndrome de Burnout se ve como “un proceso gradual resultado de las respuestas que damos en nuestro entorno de trabajo, mientras que el SDpE tiene un inicio agudo que resulta de la atención a las personas que están sufriendo, producto de la experiencia de hacerse cargo, empáticamente, del malestar del otro”. Por ello, un profesional que no desarrolla relaciones de ayuda, como puede ser un directivo o el miembro de un equipo de planificación, puede experimentar Burnout, pero difícilmente un SDpE. Este último surge y se desarrolla como consecuencia de las relaciones de ayuda entre profesional y el usuario. Es por ello que el Burnout puede aparecer en cualquier actividad profesional, mientras que el Síndrome de Desgaste por Empatía solo está presente en las profesiones vinculadas con las relaciones de ayuda, es decir, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras, Psicoterapeutas, entre otras.

1.2.2. La **Traumatización Vicaria**, Autores como McCann y Pearlman (1990) definen la traumatización vicaria como “una transformación de los esquemas cognitivos y sistemas de creencias que resultan del compromiso empático con las experiencias traumáticas de los clientes, que puede dar lugar a interrupciones significativas en el sentido, significado, identidad y visión del mundo, así como en la propia tolerancia, las necesidades psicológicas y las creencias acerca de uno mismo”. La Traumatización Vicaria se plantea como un efecto esponja, el cual el profesional absorbe la sintomatología y sufrimiento del sujeto de intervención y los recrea en su propia persona, convirtiéndose en cierto modo en

una víctima indirecta del caso, volviéndose en muchos momentos hipersensibles ante otras situaciones parecidas.

En otras palabras, la traumatización vicaria es la consecuencia provocada por la repetición de los impactos emocionales que ocasiona el ejercicio laboral de quien interviene en eventos traumáticos y que crean, a su vez, una implicación emocional con las experiencias traumáticas de los sujetos, además aparece de manera repentina y sus efectos pueden ser acumulativos en la vida personal y laboral de quien sufre este tipo de traumatización. En sintonía con lo que explica Bernabé (2013), en el proceso de traumatización vicaria se dan cambios en la identidad de quien lo padece con respecto a la manera de ver el mundo y en las relaciones sociales. Es un proceso dinámico que va alterando el interior de los profesionales que trabajan con el sufrimiento humano.

1.2.3. El **Trastorno por Estrés Postraumático** es una afección en la salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático, dicha trastorno es desencadenado por una situación aterradora, ya sea que la han vivido o presenciado. Los síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación, evitación de los recordatorios del trauma, pensamientos y estados de ánimo negativos; hipervigilancia y/o trastornos del sueño.

Aunque el SDpE comparta algunos síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático, son conceptos diferentes puesto que el Trastorno de Estrés Postraumático impacta exclusivamente sobre dos de las diez regiones del cerebro

constituyente del circuito de la Empatía. Las recientes investigaciones demuestran por primera vez la existencia de una correlación entre el trauma psicológico y algunos cambios concretos y perdurables en el cerebro, y muy específicamente sobre la Corteza Orbito-frontal (COF), así como la sobre activación de la amígdala (Márquez et al., 2013).

La diferencia entre el Trastorno de Estrés Postraumático y el SDpE radica en cómo se vive el trauma, pues en el Síndrome de Desgaste por Empatía el evento experimentado por el usuario o cliente es el evento traumático experimentado por el profesional través de la empatía (Bernabé, 2013). El SDpE “es la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de situaciones complejas” (Acinas, 2012; Rothschild, 2006).

Se puede afirmar que, existen interesantes diferencias entre las anteriores manifestaciones cognitivas y conductuales, resaltando la importancia de conceptualizar adecuadamente al Síndrome de Desgaste por Empatía, fue importante hacer un inciso para aclarar estas diferencias, especialmente para contribuir a la aclaratoria de la confusión entre el SDpE, el Síndrome de Burnout y el Trastorno por Estrés Postraumático.

| Aspectos Metodológicos de la Investigación

Objetivo formal: Analizar el Síndrome de Desgaste por empatía en un grupo de Trabajadores Sociales venezolanos.

Tipo y Diseño de Investigación: El presente trabajo se realizó desde un enfoque cuantitativo; con un nivel descriptivo, porque se buscó la recolección de información sobre el desgaste por empatía en Trabajadores Sociales venezolanos, enfocado en describir con precisión y coherencia cómo se manifiesta el fenómeno y sus componentes, de allí la importancia de tipificarla como una investigación De Campo. La convocatoria a esta investigación fue a través de la web, la participación de forma voluntaria y de aplicación individual. La muestra fue no probabilística, por lo que el grado de generalización de los resultados se redujo, aunque permitió realizar aproximaciones asociadas al ejercicio profesional de los Trabajadores Sociales.

Ámbito y Participantes del estudio: Trabajadores Sociales residenciados en Venezuela. La muestra estuvo constituida por 70 profesionales, seleccionados mediante un Muestreo por Criterios (Pineda, B.; De Alvarado, E.; De Canales, F., 1994). Los 3 criterios de selección para formar parte de la investigación fueron: (1) ser Trabajador o Trabajadora Social venezolano graduado, (2) estar residenciado en Venezuela y (3) estar laborando, ya sea en ámbito público, privado o en ambos.

Técnicas e Instrumentos: Se realizó una encuesta vía web y se diseñó un cuestionario auto-administrado, mediante la plataforma *google forms*, conformado por dos partes que fueron adecuadas al entorno virtual. De forma autónoma, el profesional pudo acceder al link dispuesto en diferentes redes sociales y llenar el instrumento de recolección de información.

Primera parte: aspectos sociodemográficos y laborales, a los fines de

obtener información sobre las siguientes variables: edad, el sexo, estado de residencia en Venezuela, grado académico alcanzado en el área de Trabajo Social, años de ejercicio profesional como Trabajador Social, ámbito donde se desempeña (público, privado o ambos), frecuencia de usuarios/clientes que atienden, grupo etario que asiste, nivel de intervención y tipo de situaciones o problemáticas que se abordan en la práctica cotidiana. Asimismo, se indagó si en su experiencia como Trabajador Social ha tenido situaciones que lo han afectado emocionalmente. Por otra parte, se tuvo en cuenta en qué medida puntuaron su trabajo respecto al impacto emocional percibido y si ha sido participe o no de un proceso de contratransferencia.

Segunda parte: utilización de la Escala de Agotamiento por Empatía de los Autores Zamponi, J.; Rondón, J. M. y Viñuela, M. A. (2009), el cual consta de 27 ítems, tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo”, y “muy en desacuerdo”. Además, evalúa tres dimensiones que son: involucración profesional (el grado de involucración en la relación cliente-profesional), cuidado personal (evalúa los recursos personales y técnicos del cuidado personal para prevenir o afrontar el desgaste) y la vulnerabilidad (se refiere a la medida en que el sujeto se percibe afectado por su trabajo profesional, a nivel físico, psíquico, emocional e interpersonal). La suma total de los ítems evalúa la variable: percepción del grado de agotamiento empático que presenta el profesional, además, se hace posible evaluar si el Trabajador Social obtiene satisfacción o desgaste emocional en su labor, describiendo cuatro perfiles según el

funcionamiento empático del mismo y el riesgo de contraer el Síndrome de Desgaste por Empatía (en base a la puntuación total obtenida y a la combinación de puntuaciones de cada dimensión), la escala identifica cuatro perfiles posibles y que deben cumplir con ciertos criterios, estos son:

- **Perfil № 1:** Corresponde a un funcionamiento empático óptimo, sin riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía, aplicable según las siguientes premisas:

- a) Que el resultado de la evaluación total sea menor a 20.
- b) Que los resultados de al menos dos de las tres dimensiones sean menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 25.
- c) Que ninguna dimensión tenga un puntaje mayor a su percentil 50.
- d) En caso de no cumplirse el punto 'b' y/o 'c', por más que el puntaje total sea inferior a 20, el diagnóstico corresponderá al perfil № 2.

- **Perfil № 2:** Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer desgaste por empatía, con base a los siguientes criterios:

- a) Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor 20 y menor que 41.
- b) Que el resultado de al menos dos de las tres dimensiones sea menores o iguales al valor correspondiente a su percentil 50.
- c) Que ninguna dimensión tenga un puntaje mayor a su percentil 75.
- d) En caso de no cumplirse el punto 'b' y/o 'c', por más que el puntaje total sea un valor entre 21 y 41, el diagnóstico corresponde al perfil № 3.

- **Perfil 3:** Funcionamiento empático normal con posible riesgo de contraer este tipo de

síndrome, aplicable según las siguientes premisas:

- a) Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 41 y menor que 61.
- b) Que el resultado de al menos dos de las tres dimensiones sea mayor al valor correspondiente a su percentil 50 y menores o iguales que el valor de su percentil 75.
- c) Que ninguna dimensión tenga un puntaje menor a su percentil 25. En caso que esto no se cumpla, el diagnóstico corresponde al perfil № 2 "Funcionamiento empático normal, sin riesgo de contraer el síndrome de desgaste por empatía".
- d) En caso de no cumplirse el punto 'b', por más de que el puntaje total sea un valor entre 21 y 41, el diagnóstico corresponde al perfil № 4.

- **Perfil № 4:** Funcionamiento anormal, con posible síndrome de desgaste por empatía, cuando se cumplan los siguientes criterios:

- a) Que el resultado de la evaluación total sea un valor mayor a 61.
- b) Que el resultado de al menos dos de las tres dimensiones sea mayor al valor correspondiente a su percentil 75 y nunca menores a su percentil 25. Si el puntaje de una dimensión es menor que el correspondiente a su percentil 25, por más que los valores de los dos restantes sean mayores a su percentil 75, el diagnóstico corresponde al perfil № 3.

Validez y confiabilidad: Zamponi, Rondón y Viñuela (2009) exploraron el índice de consistencia interna de la escala, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.77, lo que indica un nivel de confiabilidad es aceptable, siempre que no se altere la escala.

| Trabajo en Entorno Digital y Análisis de Datos

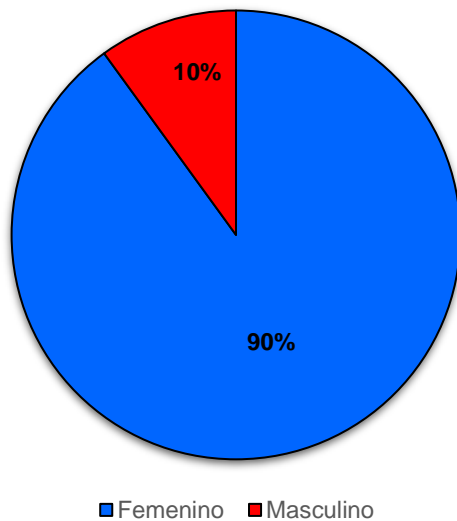
Análisis e Interpretación de los Resultados: En primer lugar, el investigador se registró gratuitamente en plataforma google forms, un software de administración de encuestas diseñado por Google, luego se trasladó la escala a dicho entorno virtual, haciendo las adecuaciones pertinentes. El cuestionario estuvo disponible en diferentes redes, mediante un link de acceso libre (Instagram, Facebook, y grupos de WhatsApp) durante dos semanas (mayo, 2024). Una vez capturada la información, se cerró el link y se descargó una data en Excel. El análisis se hizo mediante la Inteligencia Artificial Rows IA, un editor de hojas de cálculo que, gracias a su integración con ChatGPT, procesa y analiza los datos que hay en cualquier hoja de cálculo de forma sencilla y precisa, utilizando las bondades de la Inteligencia Artificial. La hoja de cálculo en Excel que se generó en google forms, se

segmentó por dimensiones para facilitar el tratamiento de los datos. Rows IA ayudó a explorar tendencias, patrones y obtener información valiosa de los datos de manera rápida y eficiente. En un primer momento se aplicaron estadísticos descriptivos, la IA confeccionó las gráficas y tablas, finalmente se aplicaron pruebas no paramétricas para explorar si hay independencia o no entre las variables estudiadas.

| Resultados

En un primer momento se presentan los hallazgos encontrados desde el punto de vista sociodemográfico, así como también el tipo de abordaje que realizan los Trabajadores Sociales, las implicaciones emocionales durante el ejercicio profesional, el grado de percepción sobre impacto emocional del trabajo que realizan a diario y si han sido parte de un proceso de contratransferencia.

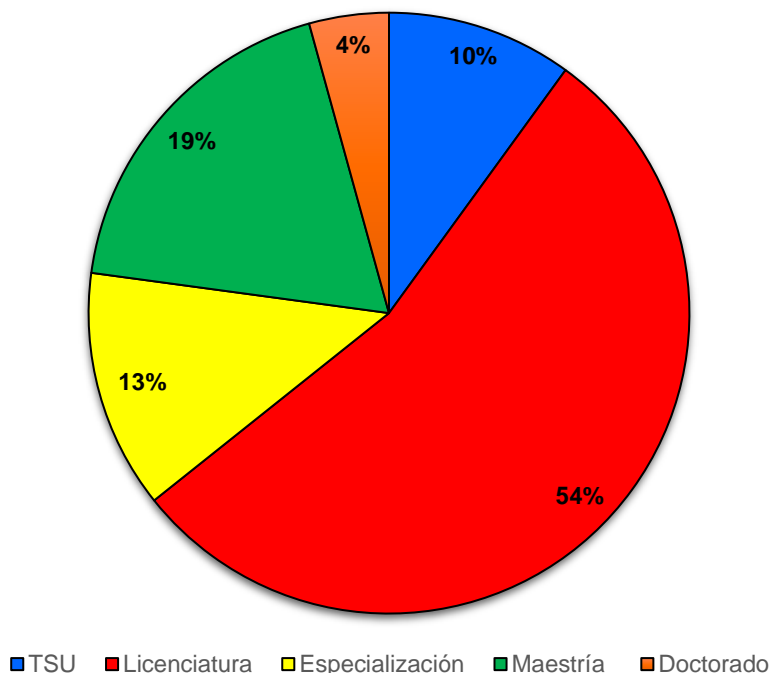
Fig. 01. Variable: sexo de los encuestados



Fuente: Rows IA.

En términos de porcentajes, teniendo en cuenta el sexo de los participantes del estudio, el 10% de los sujetos son del sexo masculino (7 personas) y 90% del sexo femenino (63 personas), tal como se observa en la Figura 01. Históricamente, esta profesión ha sido escogida y representada por mujeres.

Fig. 2. Grado de Formación Académica

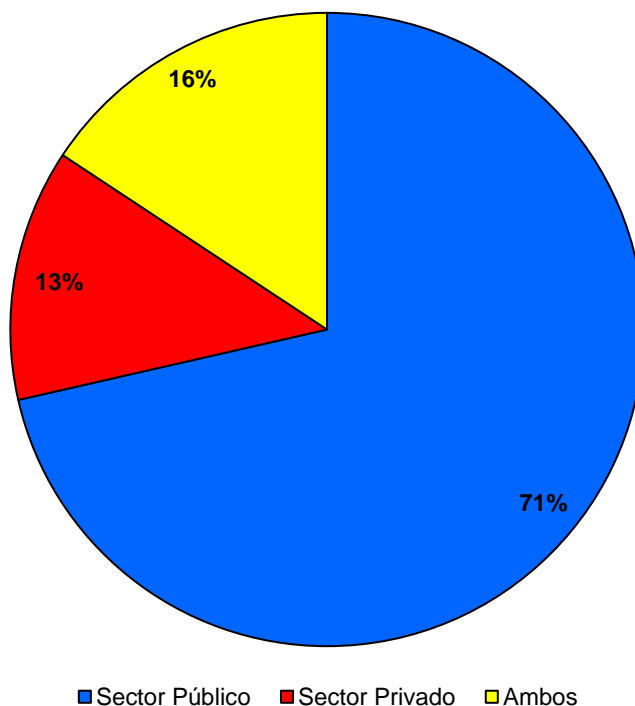


Fuente: Rows IA.

Se evidencia que un 54% de los encuestados poseen el grado académico de Licenciatura, mientras que un 36% en su conjunto poseen estudios de postgrado - Especialización (13%), Maestría (19%) y Doctorado (4%)-, en un menor porcentaje (10%) representa el nivel de Técnico Superior Universitario. En Venezuela, solo existen 4 Universidades que ofrecen estudios de Trabajo Social a nivel de Licenciatura: Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad del Zulia (LUZ), Universidad de Oriente - Sucre (UDO) y Universidad Experimental de la Gran

Caracas (UNEXCA), este último también ofrece la opción de Técnico Superior Universitario, junto al Instituto Universitario de Tecnología Mario Briceño Iragorry (IUTEMBI). Toda la formación a nivel de pregrado se rige por el sector educativo de carácter público, ya que en Venezuela no existen Universidades privadas que ofrezcan Trabajo Social, caso contrario, por ejemplo, a Colombia, Paraguay y Brasil donde existen Universidades e Institutos, tanto públicos como privados, que ofrecen la especialidad de Trabajo Social, (Rivero-Rodríguez, *et. al*, 2022).

Fig. 3. Ámbito donde se desempeña

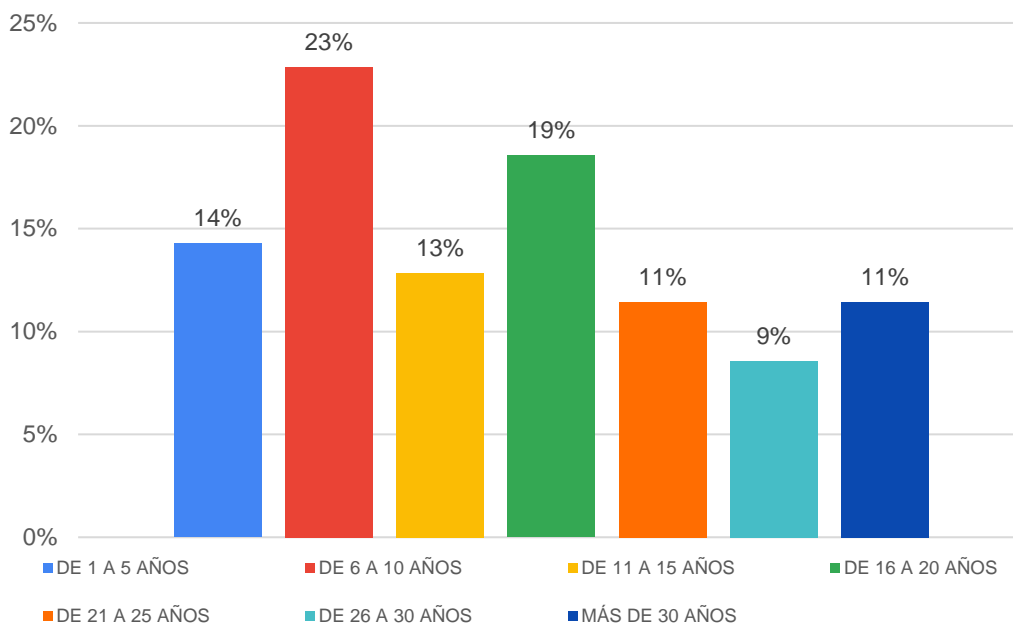


Fuente: Rows IA.

Según la gráfica anterior, el 71% de los encuestados están insertados en la administración pública de Venezuela, mientras que un 13% pertenecen al sector privado, también destaca un 16% que ejercen tanto en el ámbito privado, como en el público (ejercicio dual). Entre las instituciones del sector público donde se encuentran los profesionales del Trabajo Social están: Universidades públicas, Liceos, Escuelas, Alcaldías, Gobernaciones,

Ministerios y Centros de Salud (Hospitales y Ambulatorios); mientras que en el ámbito privado destacan: Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Agencias Internacionales vinculadas con el enfoque humanitario y Empresas Privadas. La proporción resultante en este análisis nos indica que 7 de cada 10 Trabajadores Sociales que están insertados en el campo laboral se encuentran ejerciendo en la administración pública de Venezuela.

Fig. 4. Años de Experiencia

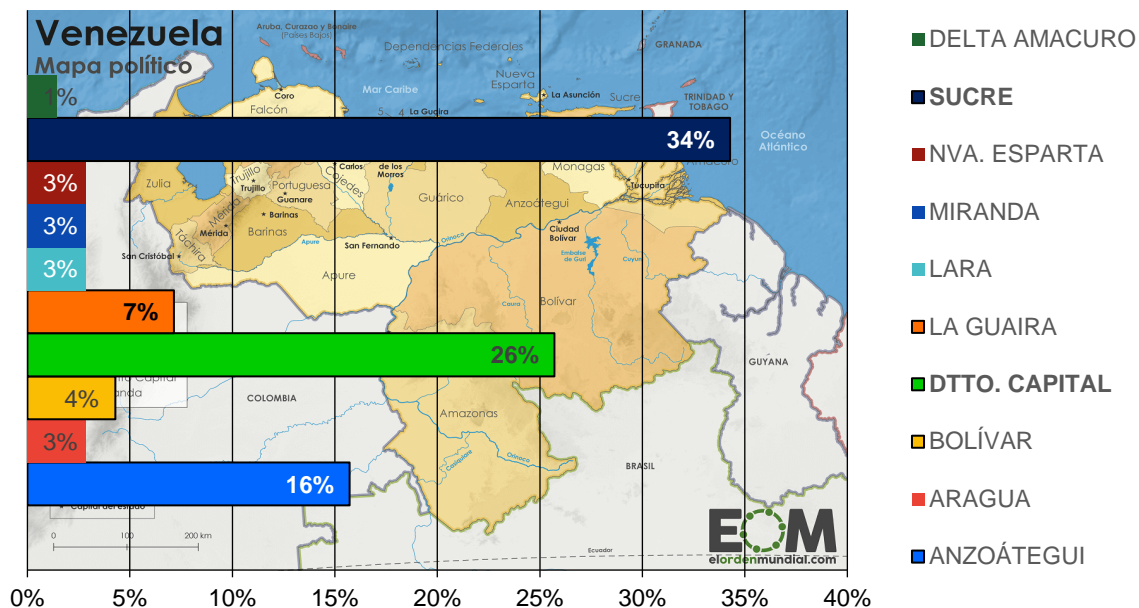


Fuente: Rows IA.

En la gráfica anterior, se puede evidenciar que el mayor porcentaje (23%), está representado por profesionales que tienen entre 6 a 10 años de trayectoria profesional, mientras que un 19% poseen entre 16 a 20 años de experiencia. En menores porcentajes se encuentran los Trabajadores Sociales de éste estudio que tienen entre 1 a 5 años (14%), entre 11 a 15 años (13%), entre 21-25 años de experiencia (11%), y más de 30 años de trayectoria: 11%.

Se puede destacar que, la población objeto de estudio (70) tiene una media de 17,1 años de experiencia. Los datos son relevantes puesto que se tiene a un grupo de profesionales que han acumulado una buena cantidad de años de experiencia profesional en el campo del Trabajo Social, logrando basar su trayectoria en las diferentes intervenciones y aproximaciones que han tenido con la realidad social circundante.

Fig. 5 Ubicación Geográfica de los Trabajadores Sociales en ejercicio

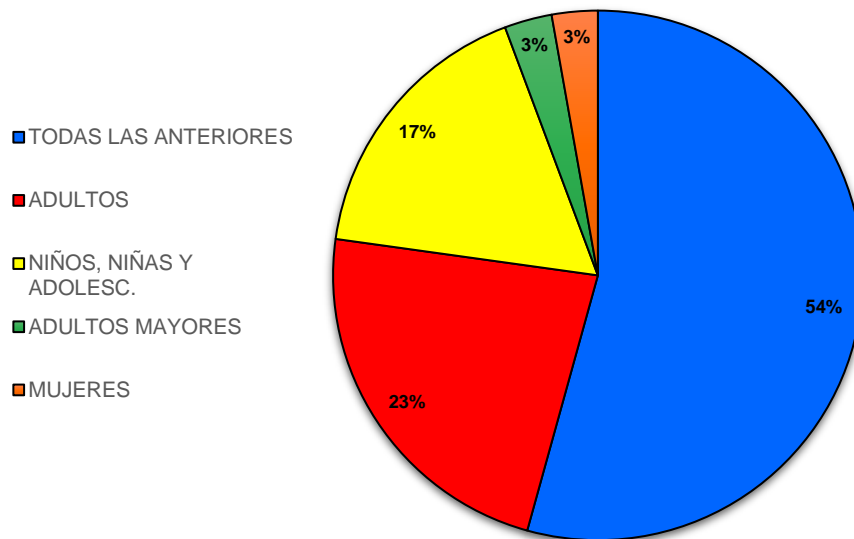


Fuente: Rows IA.

Los Trabajadores Sociales que participaron en este estudio están distribuidos en diferentes estados del País. Un 34% se encuentran en el estado Sucre, mientras que un 26% son del Distrito Capital, seguidamente un 16% se encuentran ejerciendo en el estado Anzoátegui. En menores porcentajes tenemos profesionales

en los estados: Aragua, La Guaira, Lara, Miranda, Nueva Esparta, Bolívar y Delta Amacuro. Los resultados pueden tener relación con la ubicación geográfica de las casas de estudio (Universidades) que forman Trabajadores Sociales (Distrito Capital y el edo. Sucre).

Fig. 6 Grupos de Atención

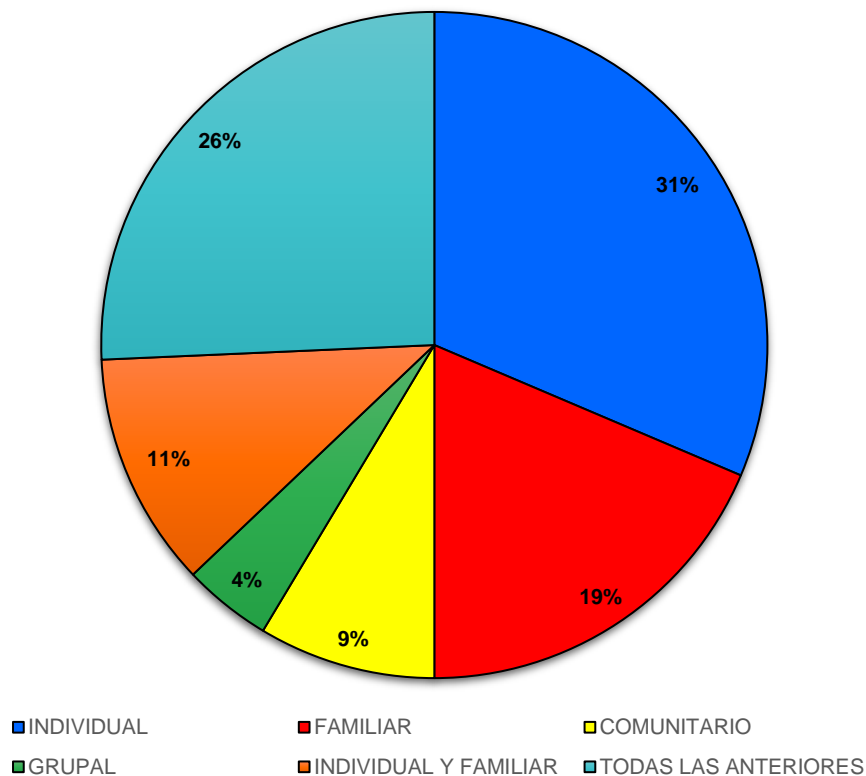


Fuente: Rows IA.

La gráfica evidencia que el 54% de los Profesionales encuestados tienen como población meta integral a los Niños, Niñas, Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores (hombres y mujeres de edad avanzada). El 17% sólo se dedica al trabajo con Niños, Niñas y Adolescentes, mientras que un 23% dirige sus intervenciones a la población adulta. En menor porcentaje (3%) a los Adultos Mayores y (3%) Mujeres. Cabe destacar que, el Trabajador Social realiza un

acompañamiento profesional sensible a las necesidades psicosociales de todos los miembros de la sociedad, y se caracteriza por acompañar personas, familias, grupos y/o comunidades a lo largo de su círculo vital, especialmente, cuando hay situaciones de vulnerabilidad o riesgo social, en procesos de cambio y de crisis, o -en definitiva- cuando se trata de mejorar la calidad de vida del ser humano.

Fig. 7 Tipos de abordaje que realizan los Trabajadores Sociales

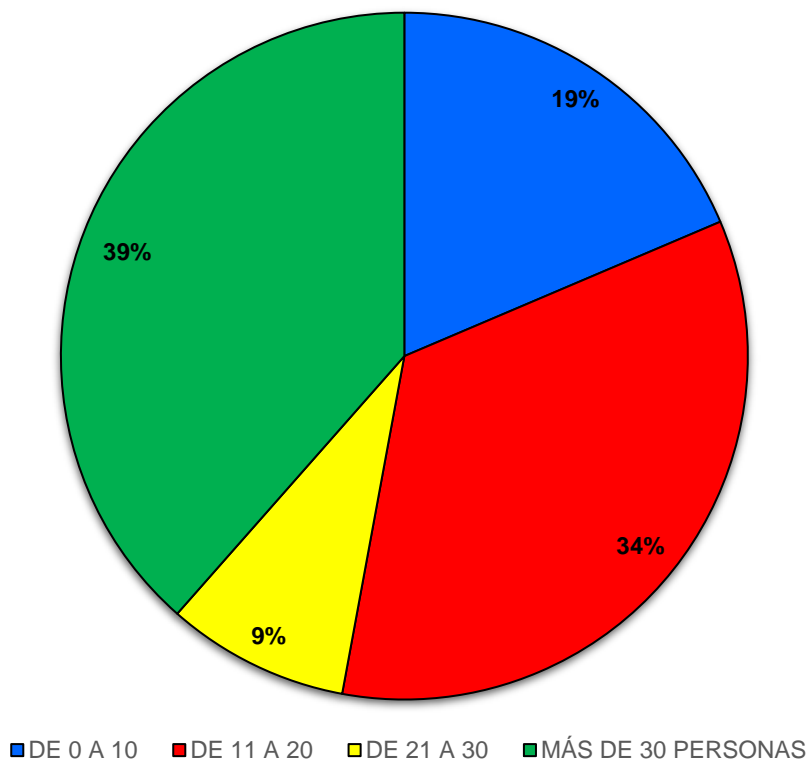


Fuente: Rows IA.

Los Profesionales del Trabajo Social realizan abordajes de forma integral, a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, tal y como lo refleja el 26% de la población encuestada. El 31% sólo realiza abordajes de forma individual, un 19% a nivel familiar y un 11% en los niveles de individuo-familia. Hay que destacar que el Trabajo Social es

una disciplina que promueve el desarrollo y la cohesión social, por tal motivo, se vincula profesionalmente con individuos, familias, grupos y/o comunidades para potenciar sus habilidades, fomentar sus capacidades de afrontar y solucionar problemas, afianzar el bienestar y desarrollarse integralmente.

Fig. 8 Cantidad de usuarios, clientes y/o sujetos que se atienden por semana

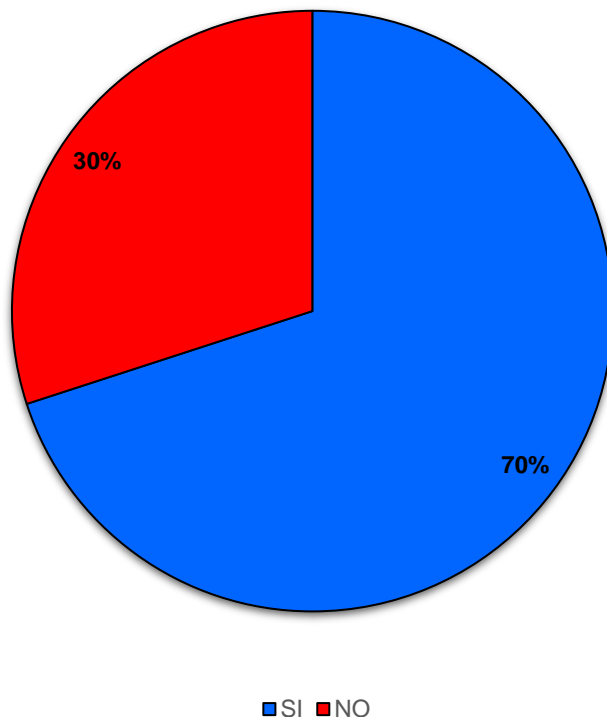


Fuente: Rows IA.

En la gráfica anterior, el 39% de los encuestados atienden más de 30 personas por semana, mientras que un 34% contabiliza entre 11 a 20 usuarios por semana, un 19% atiende de 0 a 10 clientes por semana, y en menor porcentaje (9%) semanalmente atienden entre 21 a 30

sujetos. Los datos revelados son muy importantes para contrastar si el impacto emocional percibido se debe a la cantidad de sujetos atendidos, lo cual se validará en los próximos hallazgos presentados, según las pruebas de correspondencia estadística aplicadas.

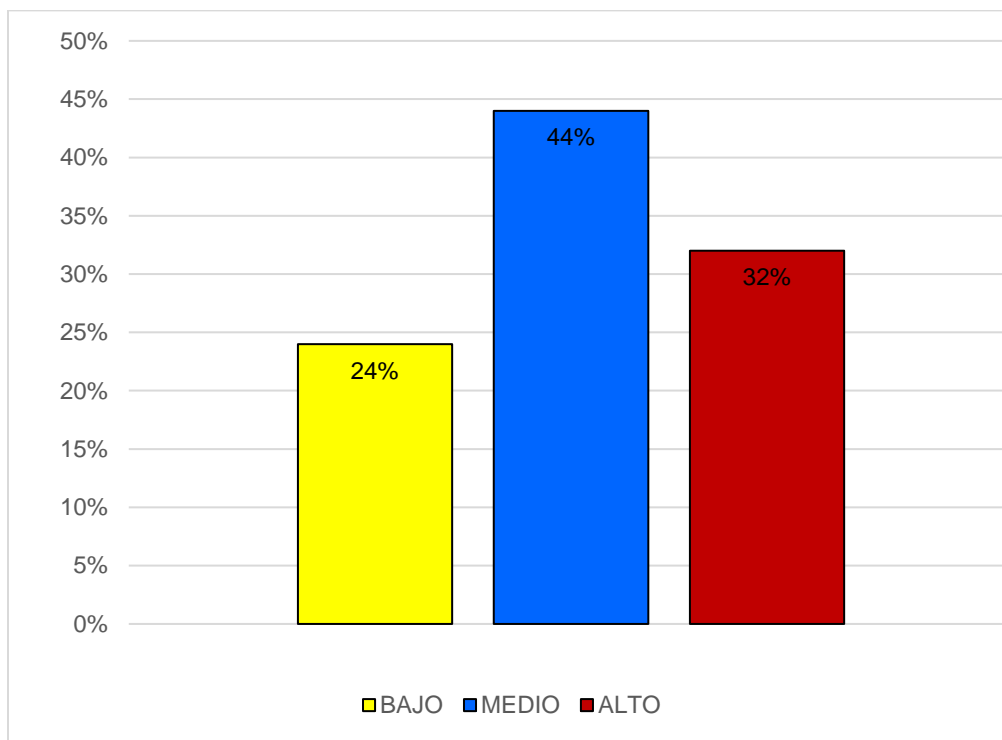
Fig. 9 Afectación emocional durante el ejercicio profesional



Se les preguntó a los encuestados ¿En su Trabajo Social ha tenido casos que lo hayan afectado mucho emocionalmente?, el 70% mencionó que en algún momento de su ejercicio profesional se han visto afectados emocionalmente, mientras que un 30% negó tales afectaciones emocionales. Según Cuartero (2018), *“la interacción entre el trabajador social y el cliente/familia genera un nuevo subsistema que puede estar*

sumergido en una atmósfera tóxica. En este espacio, el sufrimiento se presenta en las historias narradas y sentidas que fluyen en las conversaciones. Debemos tener presente que, según las características del contexto de intervención para el cambio, la relación de ayuda está más o menos sesgada por un conjunto de emociones intensas que afectan al nuevo subsistema”.

Fig. 10 Grado de percepción del impacto emocional en el trabajo



Fuente: Rows IA.

Según Figley (2002), el desarrollo de la actitud empática tiene un costo emocional y físico que es ineludible si el objetivo es asegurar una práctica eficiente (citado por Campos, Cardona y Cuartero (2017). En cuanto a la variable relacionada con el impacto emocional percibido por los TS en su ejercicio profesional, según la percepción de los participantes de esta investigación, el 44% considera que ha tenido un impacto emocional medio, mientras que un 32%

afirma que el impacto emocional percibido ha sido alto, finalmente, un 24% considera que el impacto emocional ha sido bajo. Según Sabas (2012), *“un contexto con impacto emocional es considerado en función del contacto con el sufrimiento psicológico de los sujetos, de las problemáticas con las que se trabaja, la intensidad con que se los asiste, con el grupo etario que predominantemente se atiende y con el tipo de abordaje”*.

Tabla 1. % correspondiente a las problemáticas que mayormente abordan los TS

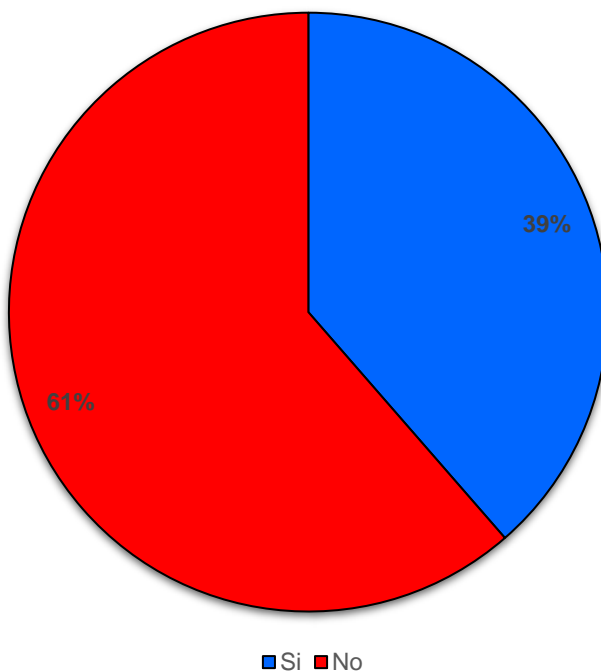
Tipología	%
Procesos de Salud-Enfermedad	14%
Violencia Intrafamiliar	12%
Afectaciones en la Salud Mental	10%
Problemas Socioeconómicos	10%
Violencia Basada en Género	10%
Adopciones, Custodias	8%
Embarazo a temprana edad	7%
Abuso Sexual	6%
Bajo rendimiento escolar	6%
Vulneración de Derechos en NNA	6%
Adicciones, Conductas Antisociales	5%
Atención a los Trabajadores	4%
Bullying o Acoso Escolar	4%
Conflictos en la Comunidad	3%
Otras Problemáticas Sociales	3%
Conflictos Laborales	2%

Fuente: elaboración propia

Como se observa, el principal abordaje (en un 14%), corresponde a los problemas de salud, asociados a diferentes enfermedades que afectan tanto al individuo como a su núcleo familiar directo (cardiovasculares, neurodegenerativas, infecciosas, respiratorias, musculoesqueléticas, endocrinas, entre otras) violencia intrafamiliar (física, psicológica y/o sexual) en un 12%, problemas de salud mental (10%), problemas socioeconómicos (10%),

violencia basada en género (10%), y en menores porcentajes se deja en evidencia los diferentes abordajes que realiza el profesional (adopciones, adicciones, embarazos a temprana edad, abuso sexual, bajo rendimiento escolar, entre otros). En su mayoría, se trata de problemáticas que implican gran sufrimiento en las personas que se han visto afectadas, impactando en su calidad de vida y bienestar, y que pueden generar en el profesional cierto impacto emocional al momento de su abordaje.

Fig. 11. Proceso de Contratransferencia



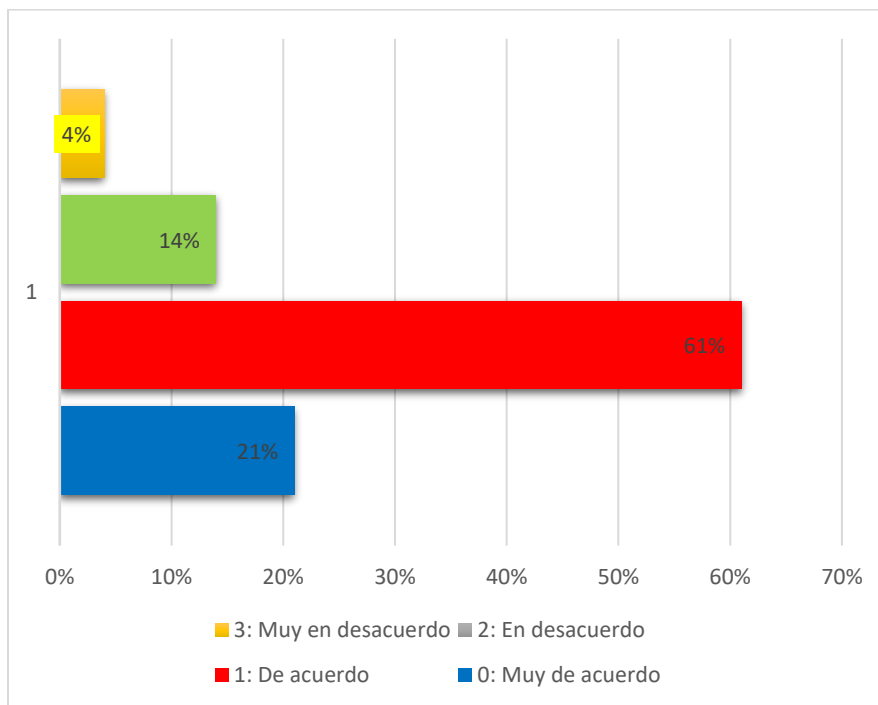
Fuente: Rows IA.

Se les preguntó a los Trabajadores Sociales investigados si han vivido alguna vez una "Contratransferencia" al momento de sus intervenciones profesionales. Los resultados demuestran que, el 61% de los encuestados niegan haber sido parte de un proceso de contratransferencia, mientras que un 39% afirman que sí han vivido dicho proceso en algún momento de su ejercicio profesional. El término propio del Psicoanálisis y contrario al de transferencia, ocurre cuando el profesional transfiere elementos de sus problemas pasados o presentes al paciente/usuario que está siendo intervenido. La contratransferencia también se refiere a los sentimientos, reacciones y actitudes emocionales que el TS experimenta hacia el paciente/usuario en el proceso de intervención, son reacciones

afectivas, ya sean inconscientes o conscientes, que experimenta el profesional respecto a determinados sentimientos de su paciente/cliente o usuario).

Es necesario marcar una postura en que el SDpE no es Contratransferencia, esta última, según las terapias psicodinámicas, (Laplanche y Pontalis, 1972), Es una reacción emocional del terapeuta hacia el cliente, independientemente de la empatía, el trauma o el sufrimiento. Se define como un proceso de verse a uno mismo en el cliente o de sobreidentificarse con éste. En contraste con el SDpE, la Contratransferencia es un enlace crónico asociado a las relaciones familiares de origen y muy poco tiene que ver con la empatía hacia el cliente que sufre el trauma.

Fig. 12. Conductas de Autocuidado (salud mental)

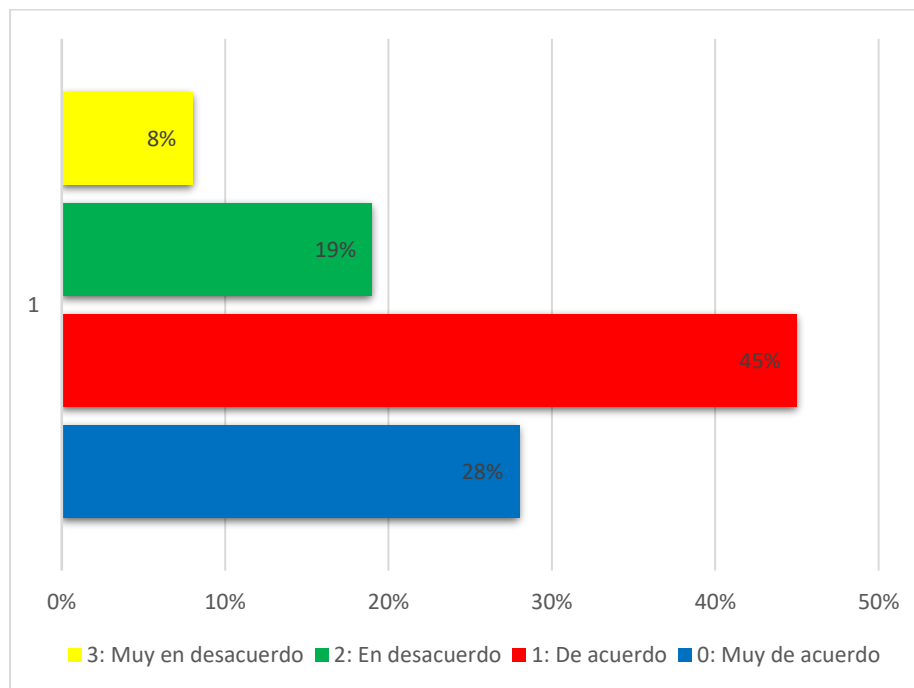


Fuente: Rows IA.

En relación a la afirmación “mantengo el cuidado de mi salud mental”, los Trabajadores Sociales, en un 61% están “de acuerdo” con la frase, mientras que un 21% están “muy de acuerdo”, sin embargo, se tiene que un 18% manifiestan una valoración negativa a la mencionada frase: un 14% sostiene estar en “desacuerdo” con el autocuidado actual de su salud mental, y un 4% están en “total desacuerdo”, se infiere que se tiene un grupo de profesionales que han descuidado su salud mental o que presentan algunas afectaciones vinculadas con su dinámica psicosocial. Es importante contrastar estos resultados con los presentados en el Informe PsicoData (2024),

de la Universidad Católica Andrés Bello, donde 2 de cada 10 venezolanos sienten niveles moderados (18%) o altos (2%) de ansiedad y depresión, con síntomas asociados a problemas como pérdida de sueño, tensión y agobio, inutilidad percibida, infelicidad, desconfianza en sí mismos y minusvalía. Por género, las mujeres presentan en mayor medida estos síntomas respecto a los hombres (23% frente a 16%). La encuesta también reveló que 49% de los venezolanos han perdido el sueño a causa de sus preocupaciones; 36% se ha sentido constantemente agobiado y en tensión; y otro 31% opinó que se ha sentido poco feliz y deprimido.

Fig. 13. Conductas de Autocuidado (salud física)

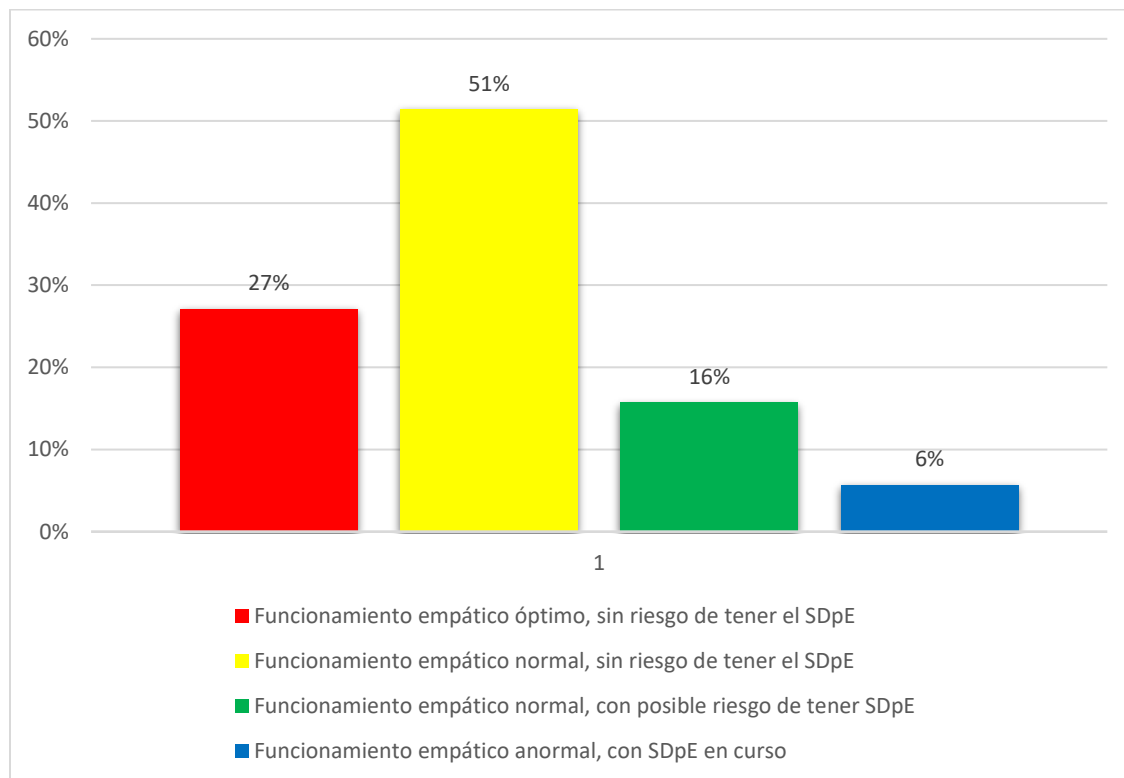


Fuente: Rows IA.

La salud física como parte del autocuidado denota las siguientes aseveraciones por parte de los Profesionales encuestados: un 45% están “de acuerdo” en que cuidan su salud física, mientras que un 28% están “muy de acuerdo”; de forma interesante, un 19% alega estar en “desacuerdo” ante tal afirmación, mientras que un 8% están “muy en desacuerdo” con la expresión: “cuido mi salud física”. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2023), “la actividad física insuficiente se ha identificado como uno de los

principales factores para la mortalidad global y se encuentra en aumento en muchos países”. El bienestar físico y mental es fundamental para poder desarrollar plenamente nuestras actividades, hacerle frente al estrés de la vida diaria, ser productivos en el ámbito laboral y personal, y con ello contribuir positivamente con la sociedad. Según los hallazgos presentados, se infiere que hay más afectaciones en la salud física que en la salud mental de los encuestados.

Fig. 14. Perfil SDpE en Trabajadores Sociales venezolanos



Fuente: Rows IA.

En relación a la variable central de esta investigación, luego de realizar la sumatoria de cada factor y según los criterios que se debieron cumplir (Zamponi, Rondón y Viñuela, 2009), se obtuvo que el 51% de los encuestados tienen un funcionamiento empático normal, sin riesgo de manifestar SDpE (perfil № 2), por otra parte, un 16% posee un funcionamiento empático normal; pero con posible riesgo al SDpE (perfil № 3), seguidamente, un 27% resalta con un funcionamiento empático óptimo; sin ningún riesgo de tener SDpE (perfil № 1), finalmente, el 6% de los encuestados presentan un funcionamiento empático

anormal con posible Síndrome de Desgaste por Empatía en curso (perfil № 4).

| Experiencia Laboral Vs. Perfiles SDpE

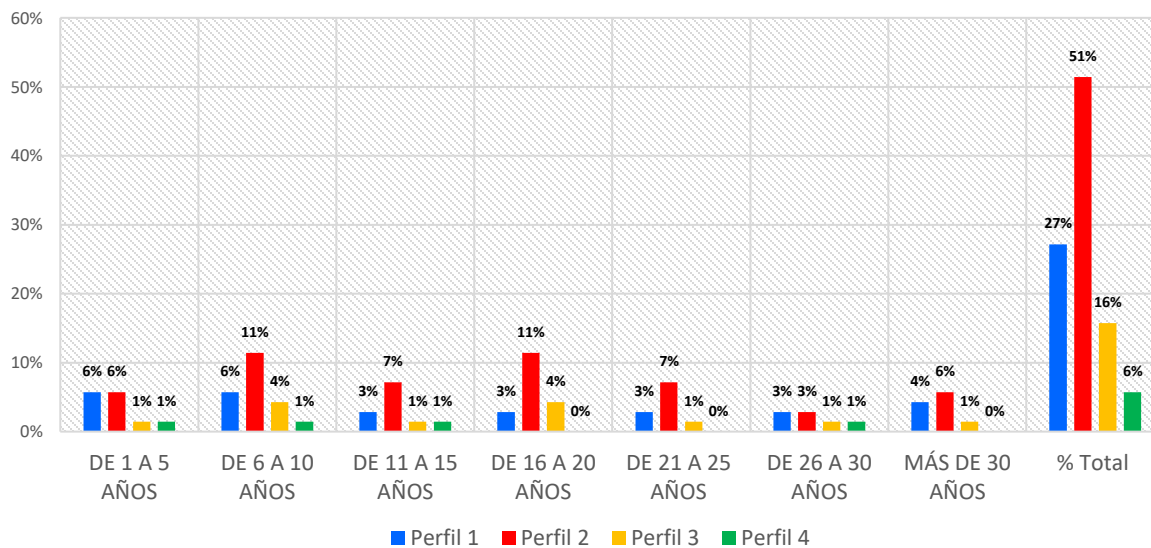
A continuación, se procedió con el segundo momento analítico, con un cruce de variables que permitió realizar el análisis de correspondencia simple, en este caso, los años experiencia laboral del Trabajador Social y la relación que tiene con los 4 perfiles del Síndrome de Desgaste por Empatía. La interacción entre las dos variables ha facilitado la identificación de diferentes patrones y tendencias.

Tabla 1: Tabla de contingencia de las variables “Experiencia Laboral” y “Perfiles SDpE”

Rango	Pe rfil 1	Pe rfil 2	Pe rfil 3	Pe rfil 4	n	%
DE 1 A 5 AÑOS	4	4	1	1	10	4%
DE 6 A 10 AÑOS	4	8	3	1	16	3%
DE 11 A 15 AÑOS	2	5	1	1	9	1%
DE 16 A 20 AÑOS	2	8	3	0	13	9%
DE 21 A 25 AÑOS	2	5	1	0	8	1%
DE 26 A 30 AÑOS	2	2	1	1	6	9%
MÁS DE 30 AÑOS	3	4	1	0	8	1%
TOTAL	19	36	11	4	70	100%
%	27%	51%	16%	6%	100%	

Fuente: elaboración propia

Fig. 14: Experiencia Laboral Vs. Perfiles SDpE



Fuente: Rows IA.

Por medio de la gráfica anterior se puede inferir que, en los profesionales que tienen menos años de trayectoria profesional (de 1 a 5 años), la gran mayoría se encuentra entre el perfil Nº 1 y Nº 2, aunque se detecta 1 caso en el perfil Nº 3 y un caso en el perfil Nº 4. Los que tienen una antigüedad entre 6 y 10 años, también se concentran en el perfil Nº 2, aunque se observó un aumento de casos concentrados en el perfil Nº 3. Este mismo patrón se repite con aquellos que llevan ejerciendo el Trabajo Social entre 16 y 20 años. Resulta relevante destacar que, a medida que aumentan los años de experiencia, disminuye la frecuencia de los perfiles SDpE con riesgo y en curso (Nº 3 y Nº 4). Esto coincide con datos científicos consultados en la web, según las cuales se

consideran que la dilatada trayectoria profesional sería un factor de resiliencia (a mayor trayectoria profesional, menor probabilidad de padecer SDpE). Según los estudios realizados por Pearlman y Mac Ian's (1995), citado en Bourassa (2009), los profesionales más jóvenes, con menos experiencia, tienen más dificultades en el manejo de los límites, lo que determina un incremento del SDpE.

Cantidad de Usuarios atendidos Vs. Percepción del Impacto Emocional Vs. Perfil SDpE.

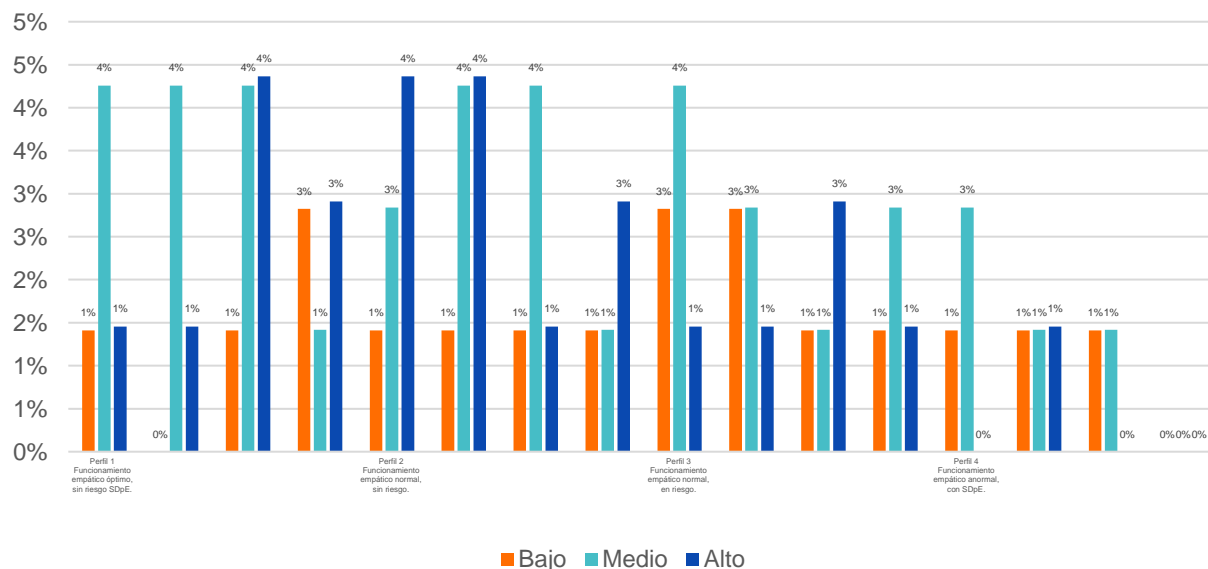
Tabla 2. Tabla de contingencia de las variables cantidad de usuarios/clientes que se atienden semanalmente, percepción del impacto emocional y perfil SDpE

Variable A: Perfiles	Variable B	Variable C: Impacto Emocional	Variable C: Impacto Emocional		
			Rango	%	Variable C: Impacto Emocional
Perfil 1 Funcionamiento empático óptimo, sin riesgo SDpE.	Cantidad de Usuarios/Sujetos	D 0 A 10	1 del total	4%	4
		D 11 a 20	1 del total	4%	4
		D 21 a 30	1 del total	4%	4
		M 31 a 40	3 del total	1%	3
		M 41 a 50	3 del total	1%	3
Perfil 2 Funcionamiento empático normal, sin riesgo.	Cantidad de Usuarios/Sujetos	D 0 A 10	1 del total	3%	4
		D 11 a 20	1 del total	4%	4
		D 21 a 30	1 del total	4%	4
		M 31 a 40	1 del total	1%	3
		M 41 a 50	1 del total	1%	3
Perfil 3 Funcionamiento	Cantidad de Usuarios/Sujetos	D 0 A 10	3 del total	4%	1

empático normal, riesgo.	en	Usuarios/Sujetos	D	%	3	3	1
			E 11 a 20 del total	%	%	%	
Perfil 4 Funcionamiento empático anormal, SDpE.	con	Cantidad de Usuarios/Sujetos	D	%	1	3	0
			E 0 A 10 del total	%	%	%	
			D	%	1	1	1
			E 11 a 20 del total	%	%	%	
			D	%	1	1	0
			E 21 a 30 del total	%	%	%	
			M	%	0	0	0
			Á S DE 30 del total	%	%	%	
			T		2	4	3
			OTAL		4%	4%	2%

Fuente: elaboración propia

Fig. 15. Cantidad de usuarios/clientes que se atienden semanalmente Vs. percepción del impacto emocional Vs. perfil SDpE-



Fuente: Rows IA.

Desde el análisis de correspondencia simple, se observa que en lo que respecta a los dos primeros perfiles (№ 1 y № 2), el

impacto emocional es percibido mayormente en un nivel medio (un 27% del total); dicho impacto se acentúa en profesionales que

atienden entre 21 a 30 usuarios o clientes por semana. En los dos perfiles con riesgo de SDpE (№ 3 y № 4), prevalece la percepción del impacto emocional en un nivel medio. En el perfil №1, los datos muestran cierta tendencia en que mientras más usuarios o clientes se atienden, la percepción del impacto emocional es mayor. Sin embargo, en el perfil № 3 y № 4, esta tendencia es inversa (entre menos usuarios, menor es el impacto emocional). Resulta relevante que la puntuación en un nivel medio-alto de impacto emocional, asciende a un 13% en el perfil № 2, prevaleciendo en aquellos que atienden más de 21 usuarios o clientes a la semana, aspecto que se considera relevante a los fines de tipificar el SDpE.

En base a lo anterior, se han revisado investigaciones que afirman que la cantidad de usuarios que se atienden semanal o quincenalmente es un factor de impacto por sobresaturación, por lo que a mayor cantidad de clientes que se atiendan, más temprana será la aparición del SDpE. Sin embargo, no deja de ser interesante en esta investigación que, a mayor riesgo del SDpE, mayor es la percepción del impacto emocional y mayor es la proporción de usuarios o clientes que se atienden semanalmente en el ejercicio profesional del Trabajo Social en Venezuela, inferencia formulada con los estadísticos descriptivos presentados.

| Conclusiones

El síndrome de desgaste por empatía es un fenómeno psicológico complejo que puede tener consecuencias significativas en la vida de quienes lo experimentan. En esta investigación, los resultados obtenidos evidencian una percepción del impacto emocional en un nivel medio-con tendencia

alta; con un funcionamiento empático normal, sin riesgo de SDpE en la mayoría de los profesionales, aunque se revela un grupo minoritario que sí manifiestan el SDpE, principalmente aquellos que tienen una trayectoria profesional en desarrollo, posiblemente se deba a la experiencia que puedan acumular una vez egresados de la Universidad.

El funcionamiento empático normal, sin riesgo, también genera un basamento de que, a mayor trayectoria profesional; menor probabilidad de padecer el SDpE. La gran mayoría de los profesionales encuestados han tenido casos que los han afectado mucho emocionalmente, considerando que, entre menos usuarios atendidos, menor es el impacto emocional que pueden recibir. Existe un grupo de profesionales que no están implementando estrategias de autocuidado, lo que puede estar influenciando negativamente en su bienestar y calidad de vida.

El SDpE puede ser causado por una combinación de factores personales, laborales y sociales. Es una evidencia notoria que en un sistema abierto y activo como es el sistema de ayuda formado por el Trabajador Social y su cliente o usuario, se produce un permanente intercambio de información, relaciones e influencias. En función de las características del contexto de intervención, la relación de ayuda pudiera estar sesgada por un conjunto de interacciones y emociones intensas que afectan a todos los participantes del proceso, y que se pudieran manifestar en el profesional como un posible Síndrome de Desgaste por Empatía.

| Recomendaciones

Es necesario que el Trabajador Social pueda sensibilizarse en tres aspectos fundamentales de su accionar: el Ser, el Hacer y el Convivir, utilizando la Ecpatía como herramienta del espacio relacional y estrategia de equilibrio establecida para protegerse a sí mismo de los posibles efectos provocados por el SDpE; el autoconocimiento como un ejercicio autónomo de toma de consciencia, destacando la capacidad de una persona para reconocer, comprender y gestionar sus propias emociones; y el autocuidado profesional y personal, como medidas preventivas que contribuyen al bienestar y la calidad de vida.

Es fundamental que el profesional, además de la empatía, pueda tener en cuenta el concepto de ecpatía en su práctica diaria y verlo como un proceso mental voluntario y recurrente de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por el Otro. Actuar de manera ecpática no significa ser indiferente o ignorar lo que pudiera estar sucediendo. La ecpatía es un recurso mental que registra la capacidad de involucrarse con los demás desde un nivel auténticamente sano, es el peso que equilibra la balanza para la protección emocional y psicológica del profesional, aplicada en su justa medida, puede evitar el surgimiento del SDpE.

Realizar más estudios a nivel nacional, incluyendo mayor cantidad de participantes para poder establecer nuevas conclusiones y tomar en cuenta diferentes factores que predisponen a los Trabajadores Sociales a sufrir SDpE, tales como: tipos de personalidad, años de profesionalización,

calidad del autocuidado y ambientes de trabajo, para poder analizar cuáles de estos pueden ser un factor de riesgo para el Trabajador Social. Se recomienda ampliar la población objeto de estudio, incorporando a profesionales de otros estados de Venezuela, ya que en esta convocatoria abierta algunas regiones no acudieron al llamado público.

Se recomienda crear programas de sensibilización para dar a conocer el SDpE, sus medidas de prevención y afrontamiento, así como la implementación de estrategias de intervención eficaz que conjuguen: el autocuidado, el equilibrio en la vida personal y laboral y el wellbeing (un enfoque integral que busca mejorar la salud física, mental y emocional de los trabajadores en el entorno laboral). Es importante que dichos programas de intervención brinden información de cómo diferenciar el SDpE de otras condiciones psicológicas derivadas del contexto organizacional.

No olvidar que una intervención profesional sana es también aprender a separar las cargas emocionales y entender cuándo los procesos de aprendizaje, frustración o superación no nos pertenecen. Si realmente deseamos colaborar con otra persona que no se encuentre bien, tenemos la responsabilidad de salvaguardar nuestro equilibrio ante cualquier circunstancia para poder seguir siendo apoyo, guía y soporte y no generar un problema mucho mayor, que afecte la salud y en consecuencia el desempeño profesional del Trabajador Social.

Referencias

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y Desgaste por Empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22. Dirección URL del documento: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24, 43-56. Dirección URL del documento: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843006> . Fecha de consulta: 30/07/24.
- Barrero, P. (2014). Cuidar bien, cuidarse bien. En A. Bonet (Presidencia), *Cuidar con buen arte. III Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria*, Valencia.
- Bernabé, S. (2013). Desgaste por empatía en psicólogos. (Estudio realizado en el colegio de psicólogos de Quetzaltenango (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango.
- Bourassa, D. (2009). Compassion Fatigue and the Adult Protective Services Social Worker. *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 52, N° 3, pp. 215-229. doi: 10.1080/01634370802609296
- Castro, R. & Barrera-Algarín, E. (2023). La inteligencia emocional y el síndrome de desgaste por empatía en los profesionales del trabajo social. *Transformación: Revista de Trabajo Social de Sevilla*. Dirección URL del documento: <https://trabajosocialevilla.es/wp-content/uploads/2023/08/Revista-7-Transformacion-COTS-La-inteligencia-emocional-y-el0Asindrome-de-desgaste-por-empatia-en0Alos-profesionales-del-trabajo-social.pdf> . Fecha de consulta: 01/04/24.
- Casique, E. (2023). El Otro en Trabajo Social: existenciales y sentido de responsabilidad desde la intersubjetividad de la Fenomenología Social. Ponencia. Primer Encuentro Andino de Investigación Disciplinar y Divulgación Científica en Pre y Postgrado de Trabajo Social. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Cañas-Lerma, A. J. (2020). La satisfacción por compasión y el desgaste por empatía en los/las voluntarios/as del ámbito socio sanitario de Mallorca. (Doctoral dissertation, Universidad de Illes Balears). España.
- Campos, J., Cardona, J. y Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 24, N° 24, pp. 119-136. http://dx.doi.org/10.14198/ALTERN2_017.24.07 <http://hdl.handle.net/10045/72150> . Fecha de consulta: 04/08/24.
- Cuartero, M., (2018). Desgaste por empatía: cómo ser un profesional del trabajo social y no desfallecer en el intento. *Cuaderno de Trabajo Social*, n.º 11, 2018. Universidad Tecnológica

- Metropolitana, Chile. Dirección URL del documento: <https://cuadernots.utem.cl/?p=247>. Fecha de consulta del artículo: 04/08/24.
- Figley, C. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–41. doi:10.1002/jclp.10090
- Informe PsicoData (2024). Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Dirección URL del documento: <https://psicologia.ucab.edu.ve/psicodata-2024/> Fecha de consulta: 07/08/24.
- Laplanche, J y Pontalis. (1972). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor. Barcelona.
- Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125–34. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x
- Márquez, C., Poirier, G. L., Cordero, M. I., Larsen, M. H., Groner, A., Marquis, J., Sandi, C. (2013). Peripuberty stress leads to abnormal aggression, altered amygdala and orbitofrontal reactivity and increased prefrontal MAOA gene expression. *Translational Psychiatry*, 3, e216. doi:10.1038/tp.2012.144
- McCann, I., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. doi:10.1007/BF00975140
- McHolm, F. (2006). Receta para la fatiga por compasión. *Revista de Enfermería Cristiana* 23(4): p 12-19, otoño de 2006. Wolters Kluwer Salud, Inc. InterVarsity Christian Fellowship.
- Pineda, B.; De Alvarado, E.; De Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo del personal de salud*, Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Rivero-Rodriguez, S., et al. (2022). ¿Qué es Trabajo Social? Los primeros vínculos de los estudiantes con la profesión: experiencias de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. *Prospectiva*, (33), 211-234. Dirección URL del documento: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i33.11092>. Fecha de consulta del artículo: 03/08/24.
- Sabas, M. L. (2012). Síndrome de desgaste por empatía en psicólogos clínicos (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Dirección URL del documento: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/537>. Fecha de consulta del artículo: 04/08/24.
- Sabater, V. (25 de agosto de 2024). El síndrome por exceso de empatía o el desgaste por compasión. Sitio web La Mente es Maravillosa. Dirección URL: <https://lamenteesmaravillosa.com/sindrome-exceso-de-empatia/>
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1. Dirección

URL del documento:

doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01

Yang, C. (2021). Autoeficacia en la enseñanza en línea, competencias de aprendizaje socioemocional (SEL) y fatiga por compasión entre los educadores durante la pandemia de COVID-19. *School Psychology Review*, 50 (4), 505–518. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2021.1903815>. Fecha de consulta: 01/08/24.

Zamponi, J.; Rondón, J. M. y Viñuela, M. A. (2009). Primer cuestionario validado para evaluar síndrome de desgaste por empatía. Trabajo presentado en las VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo: La Crisis como Oportunidad: Abordajes Creativos desde la Psicología del Trabajo, Buenos Aires. Dirección URL del documento: