Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL

2018

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA (COMPASSION FATIGUE) EN LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE MALLORCA

MARIA ELENA CUARTERO CASTAÑER

Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL

2018

Programa de Doctorado en Psicología

Universitat de les Illes Balears

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA (COMPASSION FATIGUE) EN LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE MALLORCA

María Elena Cuartero Castañer

Directores de Tesis:

Dra Margalida Inés Gili Planas y Dr José Francisco Campos Vidal

Tutora:

Dra Margalida Inés Gili Planas

Doctora por la Universitat de les Illes Balears

“No se puede ayudar a otros sin arriesgarse uno mismo”

Carl Rogers

AGRADECIMIENTOS:

Ya en el momento final, una mira atrás y recuerda con cariño todas aquellas personas que, de una manera u otra, han hecho posible que presente esta tesis doctoral.

En primer lugar quería dar las gracias a mis directores de tesis, Margalida Gili y Quico Campos, por guiarme y acompañarme a lo largo de este duro y emocionante proyecto personal y profesional. A Quico, por su paciencia, comprensión y apoyo. Por disfrutar tanto o más que yo en este proyecto y por estar desde el primer al último minuto. A Margalida, por orientarme y supervisar, tan acertadamente, cada uno de mis pasos.

A Pepa Cardona, por ser la primera en creer en mí, por su generosidad, por su rigurosidad y su cariño. Por ser mi referente y por compartir su conocimiento e ilusión conmigo.

A mis compañeras y amigas, Tatiana Casado y Ana Cañas. A Tatiana por ser una fuente inagotable de energía, generosidad y motivación. A Ana por transmitir ese positivismo tan necesario, por poner el alma en todo y por su infinita disponibilidad.

A Xelo Vañó, por ser un ejemplo profesional y personal. A Joan Albert por sus palabras de apoyo. A Lali Romero, por su buen hacer y su cariño. A Neus Crespí, por ser una fuente de inspiración y poner el corazón en todo lo que hace.

A Teresa Gispert por sus traducciones y correcciones en inglés. A Juanjo Montaño por sus clases de estadística y al resto de miembros del equipo de investigación *"Conflicte, Canvi, i Treball Social"*.

A las compañeras y docentes de la UTEM. Sonia, Julia, Lorena, Ida, Bea y Eliana por recibirme y acompañarme en mi estancia pre-doctoral en Santiago de Chile.

A mis alumnos/as de Trabajo Social, a los/las profesores/as del Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la UIB y a todos/as los/as profesionales y entidades que han participado en esta investigación.

En el área más personal, a mis padres Xisca y Juan por dármelo TODO en la vida y por respetar mis decisiones. A mi hermana, mis sobrinas y el resto de mi gran familia.

A todos/as mis amigos/as, que son muchos y muy buenos/as. Gracias por ser mi otra familia.

Por último, a Jaume Piña, por hacer de mis ilusiones un proyecto de vida conjunto. Gracias por tu amor y tu apoyo incondicional.

A todas las personas que han formado y forman parte de mi vida. Esta tesis tiene un poco de cada uno/a de ellos/as.

GRACIAS

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS 12

ÍNDICE DE FIGURAS 15

ÍNDICE DE ABREVIATURAS 17

RESUMEN 18

RESUM 20

ABSTRACT 22

ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL 24

INTRODUCCIÓN 27

PRIMERA PARTE: REVISIÓN DE LA LITERATURA 32

CAPÍTULO I: EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS 33

1.1 La dimensión relacional del Trabajo Social de Casos 34

1.2 Evolución del Trabajo Social de Casos 39

1.3 La relación de ayuda 44

1.4 Dimensiones de la alianza terapéutica 48

1.5 Bases relacionales en la práctica del Trabajo Social de Casos 50

CAPÍTULO II: LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA 59

2.1 Capacidades y actitudes profesionales en la relación de ayuda 60

2.2 Origen y evolución de la Empatía 62

2.3 Definiciones de la Empatía 67

2.4 Dimensiones y Modelos de la Empatía 71

2.5. Capacidad empática vs. actitud empática 78

2.6 Neurología de la Empatía **80**

2.7 Medición de la Empatía **84**

2.8 Niveles de la Empatía **88**

2.9 La Empatía en la relación de ayuda **90**

2.10 La Ecpatía **94**

CAPÍTULO III: DESGASTE POR EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA **98**

3.1 Calidad de vida profesional **99**

3.2 Desgaste por Empatía y/o Fatiga por Compasión **103**

3.3 Origen y evolución del Desgaste por Empatía **103**

3.4 Definición de Desgaste por Empatía **109**

3.5 Factores de riesgo y factores de protección del Desgaste por Empatía **113**

3.6 Instrumentos de medida del Desgaste por Empatía **116**

3.7 Modelos explicativos del Desgaste por Empatía **118**

3.8 Signos y Síntomas del Desgaste por Empatía **122**

3.9 Delimitación conceptual del Desgaste por Empatía **125**

3.9.1 Burnout **125**

3.9.2 Estrés Traumático Secundario **128**

3.9.3 Traumatización Vicaria **128**

3. 9.4 Estrés Postraumático **130**

3.9.5 Transferencia y Contratransferencia **130**

3.9.6 Contagio Emocional **131**

3.10 Satisfacción por Compasión **132**

3.11 Incidencia y prevalencia del Desgaste por Empatía en el Trabajo Social **134**

3.12 Mecanismos paliativos del Desgaste por Empatía **138**

3.12.1 Autocuidado profesional **141**

3.12.2 Autocuidado personal **149**

SEGUNDA PARTE:METODOLOGÍA Y RESULTADOS **152**

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA **153**

4.1 Justificación y delimitaciones **154**

4.2 Preguntas de investigación **156**

4.3 Objetivos generales y específicos **157**

4.4 Hipótesis **159**

4.5 Diseño y procedimiento **159**

4.6 Población y muestra **164**

4.7 Criterios de inclusión y exclusión **168**

4.8 Variables de estudio **169**

4.9 Escalas de valoración e instrumentos de medida **172**

4.9.1 Cuestionario de variables sociodemográficas **173**

4.9.2 Escala de conductas de autocuidado: EAP **173**

4.9.3 Escala de Calidad de Vida Profesional: IV-ProQOL **175**

4.9.4 Inventario de Desgaste por Empatía: IDE **180**

4.9.5 Índice de Reactividad Interpersonal: IRI **184**

4.10 Análisis estadístico **187**

4.11 Consideraciones éticas **190**

CAPÍTULO V: RESULTADOS **191**

5.1 Análisis de fiabilidad y normalidad **192**

5.2 Objetivo 1: análisis del perfil sociodemográfico **194**

5.2.1 Análisis de los aspectos personales, laborales y formativos de la muestra **195**

5.3 Objetivo 2: Prevalencia del Desgaste por Empatía, Satisfacción por Compasión y Burnout **214**

5.3.1 Prevalencia del Desgaste por Empatía, Satisfacción por Compasión y Burnout **214**

5.3.2 Análisis entre el nivel de Desgaste por Empatía, Satisfacción por Compasión y variables sociodemográficas **217**

5.3.3 Análisis entre el Desgaste por Empatía según el colectivo en el que ejercen los/as trabajadores/as sociales **220**

5.3.4 Evaluación de la prevalencia del Desgaste por Empatía según las dimensiones: Involucración Profesional Cuidado Personal y Vulnerabilidad **221**

5.3.5 Correlaciones entre el Desgaste por Empatía y la Involucración Profesional, Cuidado Personal y Vulnerabilidad **224**

5.3.6 Análisis entre los niveles de Desgaste por Empatía y la Satisfacción por Compasión **225**

5.3.7 Análisis entre los niveles de Desgaste por Empatía y Burnout **225**

5.4 Objetivo 3: mecanismos de autocuidado generales y específicos **226**

5.4.1 Ranking de los mecanismos de autocuidado personal y profesional **226**

5.4.2 Análisis entre los mecanismos de autocuidado, los niveles de Desgaste por Empatía y Satisfacción por Compasión **230**

5.4.3 Análisis entre los niveles de autocuidado y las variables sociodemográficas **231**

5.5 Objetivo 4: dimensiones de la Empatía **232**

5.5.1 Análisis de relaciones entre las dimensiones de la Empatía y los niveles de Satisfacción por Compasión y Desgaste por Empatía **233**

5.5.2 Análisis de las relaciones entre las dimensiones de la Empatía y los niveles de Involucración Profesional y Vulnerabilidad **234**

5.5.3 Análisis de relaciones entre las dimensiones de la Empatía y las variables sociodemográficas **236**

5.6 Objetivo 5: variables predictoras del Desgaste por Empatía **239**

TERCERA PARTE : DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES **244**

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN **245**

6.1 Discusión **246**

6.1.1 Datos personales y laborales de la muestra **246**

6.1.2 Prevalencia del Desgaste por Empatía y Satisfacción por Empatía **251**

6.1.3 El autocuidado y su relación con el Desgaste por Empatía **253**

6.1.4 La Empatía y su relación con el Desgaste por Empatía **255**

6.1.5 Variables predictores del Desgaste por Empatía **260**

6.2 Análisis de las hipótesis **265**

6.2.1 Hipótesis 1 **265**

6.2.2 Hipótesis 2 **265**

6.2.3 Hipótesis 3 **266**

6.2.4 Hipótesis 4 **267**

6.2.5 Hipótesis 5 **267**

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES **269**

7.1 Conclusiones **270**

7.2 Fortalezas del estudio **273**

7.3 Limitaciones del estudio **275**

7.4 Líneas de trabajo futuras **277**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **280**

ANEXOS **310**

Anexo 1: Cuestionarios **311**

Anexo 2: Carta invitación **321**

Anexo 3: Hoja consentimiento informado **324**

Anexo 4: Carta comité Bioética **325**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Modelos de la primera y segunda cibernética	**40**
Tabla 2	Capacidades y recursos de los/as trabajadores/as sociales de Casos	**56**
Tabla 3	Escalas de medición de la Empatía	**87**
Tabla 4	Diferencias entre trauma y crisis (Rocamora, 2012)	**107**
Tabla 5	Factores de riesgo del Desgaste por Empatía en trabajadores/as sociales	**114**
Tabla 6	Factores de protección del Desgaste por Empatía en trabajadores/as sociales	**115**
Tabla 7	Señales del Desgaste por Empatía y sistema CASIC	**124**
Tabla 8	Diferencias conceptuales entre el Desgaste por Empatía y Burnout	**127**
Tabla 9	Investigaciones sobre Trabajo Social y Desgaste por Empatía en los últimos 10 años	**135**
Tabla 10	Estrategias de autocuidado profesional (Lee y Miller, 2013)	**148**
Tabla 11	Estrategias de autocuidado personal	**151**
Tabla 12	Centros del sector de discapacidad que han participado en la investigación	**164**
Tabla 13	Centros del sector de Servicios Sociales Comunitarios de atención primaria que han participado en la investigación	**165**
Tabla 14	Centros del sector socio-jurídico que han participado en la investigación	**165**
Tabla 15	Centros del sector de inclusión social que han participado en la investigación	**166**
Tabla 16	Centros del sector de salud que han participado en la investigación	**166**
Tabla 17	Centros del sector de salud mental que han participado en la investigación	**167**
Tabla 18	Centros del sector de menores y familia que han participado en la investigación	**167**
Tabla 19	Centros del sector de mujer que han participado en la investigación	**167**
Tabla 20	Centros del sector de personas mayores que han participado en la investigación	**168**
Tabla 21	Centros del sector de dependencia que han participado en la investigación	**168**
Tabla 22	Interpretación de puntuaciones de SC según ProQOL IV	**177**
Tabla 23	Interpretación de puntuaciones de DpE según ProQOL IV	**179**
Tabla 24	Interpretación de puntuaciones de Burnout según ProQOL IV	**180**

Tabla 25	Análisis de fiabilidad	**192**
Tabla 26	Normalidad de las variables cuantitativas continuas	**193**
Tabla 27	Muestra según población	**195**
Tabla 28	Datos sociodemográficos de los/as trabajadores/as sociales	**196**
Tabla 29	Datos laborales de los/as trabajadores/as sociales	**200**
Tabla 30	Pruebas de Chi-cuadrado entre el rango de casos de atención directa y el colectivo	**203**
Tabla 31	Casos de carga emocional elevada según colectivo	**204**
Tabla 32	Distribución del tiempo en el trabajo	**205**
Tabla 33	Tipos de intervención según contextos de intervención	**206**
Tabla 34	Pregunta de respuesta múltiple: perfil del cliente y edad	**208**
Tabla 35	Distribución de la muestra según lugar de trabajo	**209**
Tabla 36	Apoyos por parte de la entidad	**210**
Tabla 37	Horas de formación interna según lugar de trabajo	**212**
Tabla 38	Tipo de formación	**213**
Tabla 39	Buscar tiempo para el autocuidado ante situaciones de sobrecarga emocional	**214**
Tabla 40	Estadísticos descriptivos de SC, DpE y Burnout	**215**
Tabla 41	Prevalencia de la SC, DpE y Riesgo de Burnout según puntos de corte ProQOL IV	**215**
Tabla 42	Relaciones entre DpE y datos sociodemográficos	**218**
Tabla 43	Relaciones entre DpE y datos sociolaborales	**218**
Tabla 44	Niveles de DpE según colectivo de trabajo	**220**
Tabla 45	Prueba de homogeneidad de varianza. DpE y colectivos	**220**
Tabla 46	ANOVA de un factor. DpE y colectivos	**221**
Tabla 47	Estadísticos descriptivos: Involucración Profesional, Cuidado Personal y Vulnerabilidad	**222**
Tabla 48	Correlaciones entre DpE, Involucración Profesional, Cuidado Personal y Vulnerabilidad	**224**
Tabla 49	Correlaciones entre DpE y SC	**225**

Tabla 50	Correlaciones entre DpE y Burnout	**225**
Tabla 51	Frecuencia de actividades de autocuidado personal y profesional	**228**
Tabla 52	Niveles de autocuidado según colectivo	**229**
Tabla 53	Correlaciones de autocuidado y DpE	**230**
Tabla 54	Correlaciones de autocuidado y SC	**230**
Tabla 55	Relaciones entre el autocuidado y datos sociodemográficos	**231**
Tabla 56	Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la Empatía	**232**
Tabla 57	Correlaciones entre la SC, DpE y las dimensiones de la Empatía	**234**
Tabla 58	Correlaciones entre las dimensiones de la Empatía, la Vulnerabilidad, Cuidado Personal y la Involucración Profesional	**235**
Tabla 59	Relaciones entre las dimensiones de la Empatía y las variables sociodemográficas	**236**
Tabla 60	Estadísticos descriptivos entre los colectivos y las dimensiones de la Empatía	**238**
Tabla 61	Resumen del modelo	**239**
Tabla 62	ANOVA del modelo	**239**
Tabla 63	Coeficientes del modelo	**240**
Tabla 64	Correlaciones entre “soy una persona demasiado sensible”, niveles de DpE y dimensiones de Empatía	**242**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Interrelaciones de las dimensiones del SOATIF	**49**
Figura 2	Las dimensiones de la Empatía según Davis (1980)	**72**
Figura 3	Modelo Organizacional (Davis,1996)	**75**
Figura 4	Diagrama de Calidad de Vida según Stamm (2005)	**101**
Figura 5	Diagrama de Calidad de Vida según Stamm (2010)	**101**
Figura 6	Propuesta teórica de la Calidad de Vida Profesional según Stamm (2010)	**102**
Figura 7	Terminología e historia de los conceptos relacionados con Desgaste por Empatía (Newell, Nelson-Gardell, y MacNeil, 2015)	**108**
Figura 8	Síntomas del Desgaste por Empatía según Acinas (2012)	**112**
Figura 9	Modelo del Desgaste por Empatía de Figley (1995, 1997, 2002)	**119**
Figura 10	Diseño de la investigación	**163**
Figura 11	Propuesta de estudio: relación entre las variables y el DpE	**172**
Figura 12	Distribución de la muestra según sexo	**197**
Figura 13	Distribución de la muestra según edad	**197**
Figura 14	Distribución de la muestra según estado civil	**198**
Figura 15	Distribución de la muestra según núcleo de convivencia	**198**
Figura 16	Distribución de la muestra según número de hijos/as	**199**
Figura 17	Distribución de la muestra según cargas en el domicilio	**199**
Figura 18	Distribución de la muestra según experiencia laboral	**201**
Figura 19	Distribución de la muestra según jornada laboral	**202**
Figura 20	Distribución de la muestra según casos de atención directa	**203**
Figura 21	Distribución de la muestra según colectivo y carga emocional	**204**
Figura 22	Distribución de la muestra según tipos de intervención	**205**
Figura 23	Distribución de la muestra según contextos de intervención	**206**

Figura 24 Distribución de la muestra según colectivo **208**

Figura 25 Distribución de la muestra según edad del cliente **209**

Figura 26 Distribución de la muestra según lugar de trabajo **210**

Figura 27 Apoyos por parte de la entidad **211**

Figura 28 Distribución de la muestra según formación en el lugar de trabajo **212**

Figura 29 Distribución de la muestra según tipo de formación **213**

Figura 30 Distribución de la muestra según frecuencia de autocuidado al percibir sobrecarga emocional **214**

Figura 31 Prevalencia de la Satisfacción por Compasión ProQOL IV **216**

Figura 32 Prevalencia del Desgaste por Empatía ProQOL IV **216**

Figura 33 Prevalencia del riesgo de Burnout ProQOL IV **217**

Figura 34 DpE medio según colectivos **221**

Figura 35 Gráfico distribución Involucración Profesional **222**

Figura 36 Gráfico distribución Vulnerabilidad **223**

Figura 37 Gráfico distribución Cuidado Personal **223**

Figura 38 Frecuencias de prácticas de autocuidado **226**

Figura 39 Frecuencia medias de conductas de autocuidado personal y profesional **229**

Figura 40 Gráfico Empatía según edad **237**

Figura 41 Gráfico de regresión del modelo **240**

Figura 42 Gráfico de dispersión del modelo **241**

Figura 43 Variables que influyen en el DpE según la presente investigación **264**

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- CP: Cuidado Personal
- CS: Centro de Salud
- DpE: Desgaste por Empatía
- DT: Desviación Típica
- EAP: Escala de Autocuidado Psicólogos Clínicos
- ESAPE: Escala de Desgaste por Empatía
- F: Fantasía
- FC: Fatiga por Compasión
- IDE: Inventario de Desgaste por Empatía
- IMAS: Institut Mallorquí d' Afers Socials
- IP: Involucración Profesional
- IRI: Índice de Reactividad Interpersonal
- M: Media
- MP: Malestar Personal
- N: Muestra
- NE: Neuronas espejo
- PE: Preocupación Empática
- ProQOL: Escala sobre la Calidad de Vida Profesional
- SC: Satisfacción por Compasión
- SS.SS: Servicios Sociales
- TP: Toma de Perspectiva
- TS: Trabajo Social
- TSC: Trabajo Social de Casos
- V: Vulnerabilidad

RESUMEN

El Desgaste por Empatía, también conocido como Fatiga por Compasión, es la consecuencia natural derivada de trabajar con personas que sufren. Se ha demostrado que establecer vínculos y relaciones terapéuticas con personas y/o familias que experimentan situaciones traumáticas o doloras puede tener consecuencias sobre el profesional que ofrece su apoyo. Los y las trabajadores/as sociales están expuestos a la escucha de las historias de trauma, angustia y dolor que narran los clientes y las familias con los que trabajan. La aceptación, el respeto y la individualización, criterios y valores que rigen la práctica del Trabajo Social de Casos, solo pueden llevarse a cabo a través del establecimiento de una alianza terapéutica sincera y una actitud empática por parte del/de la trabajador/a social hacia la experiencia de los clientes y familias.

La presente investigación parte de la necesidad de conocer las consecuencias derivadas de trabajar con el sufrimiento humano en la profesión del Trabajo Social. Uno de los objetivos principales de la investigación es conocer la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los Centros de Servicios Sociales de Mallorca. Otros objetivos consisten en analizar si las prácticas de autocuidado personales o profesionales son útiles para reducir el riesgo de Desgaste por Empatía y conocer si existe relación entre el Desgaste por Empatía y las diferentes dimensiones de la Empatía (Fantasía, Toma de Perspectiva, Malestar Personal y Preocupación Empática) o la Involucración Profesional y la Vulnerabilidad.

La presente investigación consiste en un estudio transversal cuantitativo. Una muestra de 270 trabajadores/as sociales de casos que ejercen en Mallorca han completado un cuestionario compuesto por cinco escalas: un cuestionario sociodemográfico que incluye tanto aspectos personales como profesionales; la Escala de autocuidado (EAP), el Inventario sobre Calidad de Vida Profesional (ProQOL), la escala de Desgaste por Empatía (IDE) y el Índice de

Reactividad Interpersonal (IRI). El tratamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS.

Los resultados de la investigación indican que un tercio de los/as trabajadores sociales encuestados se sitúan en niveles de riesgo altos de Desgaste por Empatía. El autocuidado y la Satisfacción por Compasión han obtenido relaciones significativas inversas respecto a la dimensión del Desgaste por Empatía. Los hallazgos también indican la existencia de relación significativa positiva entre los niveles de Empatía y los niveles de Desgaste por Empatía. En el modelo de regresión lineal se observa que variables como la Vulnerabilidad, la Preocupación Empática, el Cuidado Personal, la pérdida de sueño, el sentirse atrapado en el trabajo o la concepción sobre la sensibilidad son variables predictoras del Desgaste por Empatía.

Los hallazgos de la investigación avalan la importancia de continuar estudiando el fenómeno del desgaste en la práctica del Trabajo Social e implantar programas formativos y de prevención sobre el Síndrome del Desgaste por Empatía tanto en la comunidad universitaria como en los Centros de Servicios Sociales públicos y privados.

RESUM

El Desgast per Empatia, també conegut com Fatiga per Compassió, és la conseqüència natural derivada de treballar amb persones que estan sofrint. S'ha demostrat que crear vincles i relacions terapèutiques amb persones i/o famílies que experimenten situacions traumàtiques o doloroses pot tenir conseqüències sobre el professional que ofereix el seu suport. Els i les treballadors/es socials estan contínuament exposats a l'escolta de les històries de trauma, angoixa i dolor que narren els clients i les famílies amb les que treballen. L'acceptació, el respecte i la individualització, criteris i valors que regeixen la pràctica del Treball Social de Casos, sols poden dur-se a terme a través de l'establiment d'una aliança terapèutica sincera i una actitud empàtica per part del/ de la treballador/a social cap a les experiències dels clients i les famílies.

La present investigació sorgeix de la necessitat de conèixer les conseqüències derivades de treballar amb els sofriment humà des de la professió del Treball Social. Un dels objectius principals de la investigació és conèixer la prevalença del Desgast per Empatia en els/les treballadors/es socials dels Centres de Serveis Socials de Mallorca. Altres objectius consisteixen en analitzar si les pràctiques d'autocura personal o professional són útils per reduir el risc del Desgast per Empatia i conèixer si existeix relació entre del Desgast per Empatia i les diferents dimensions de l'Empatia (Fantasia, Presa de Perspectiva, Malestar Personal i Preocupació Empàtica) o la Involucració Professional i la Vulnerabilitat.

La present investigació consisteix en un estudi transversal quantitatiu. Una mostra de 270 treballadors/es socials de casos que exerceixen a Mallorca han completat un qüestionari format per cinc escales: un qüestionari sociodemogràfic que inclou tant aspectes personals com professionals; l'Escala d'Autocura (EAP); l'inventari sobre la Qualitat de Vida Professional

(ProQOL), l'escala de Desgast per Empatia (IDE) i l'Índex de Reactivitat Interpersonal (IRI). El tractament de les dades es realitza amb el programa estadístic SPSS.

Els resultats de la investigació indiquen que un terç dels/de les treballadors/es socials enquestats se situen en nivells alts de Desgast per Empatia. L'autocura i la Satisfacció per Compassió obtenen relacions significatives inverses respecte a la dimensió del Desgast per Empatia. Els resultats també indiquen l'existència de relació significativa positiva entre els nivells d'Empatia i els nivells de Desgast per Empatia. En el model de regressió lineal s'observa que les variables Vulnerabilitat, la Preocupació Empàtica, la Cura Personal, la pèrdua de somni, el sentir-se atrapat a la feina o la concepció sobre la sensibilitat són predictors del Desgast per Empatia.

Aquets resultats avalen la importància de continuar estudiant el fenomen del desgast en la pràctica del Treball Social e implantar programes formatius i de prevenció sobre els Síndrome del Desgast per Empatia tant a la comunitat universitària com als Centres de Serveis Socials públics com privats.

ABSTRACT

Compassion Fatigue is the natural consequence of working with people who suffer. It has been shown that establishing links and therapeutic relationships with people and/or families who experience traumatic or painful situations can have consequences on the professional offering their support. Social workers are exposed to the stories of trauma, anguish and pain narrated by clients and families with whom they work. The acceptance, respect and individualization, criteria and values that govern the practice of Social Case Work, can only be carried out through the establishment of a sincere therapeutic alliance and an attitude of empathy on the part of the social worker towards the experience of customers and families.

This research is based on the need to know the consequences of working with human suffering in the Social Work profession. One of the main objectives of the research was to know the prevalence of Compassion Fatigue among social workers in the Social Services of Mallorca. Other objectives consisted in analysing whether personal or professional self-care practices were useful to reduce the risk of Compassion Fatigue and to know if there was a relationship between Attrition for Empathy and the different dimensions of empathy (fantasy, perspective taking, personal discomfort and empathic concern) or professional involvement and vulnerability.

The present investigation consisted in a quantitative cross-sectional research. A sample of 270 caseworkers that practice in Mallorca completed a questionnaire comprised of five scales: a Sociodemographic Questionnaire that included personal and professional aspects; the Self-care Scale (EAP); the Inventory of Quality of Professional Life (ProQOL), the “Inventario de Desgaste por Empatía” (IDE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). The data was processed using the statistical program SPSS.

The results of the investigation indicated that one third of the social workers surveyed were at high risk levels of Compassion Fatigue. Self-care and Compassion Satisfaction obtained significant inverse relationships with respect to Compassion Fatigue. Also, the findings indicate the existence of a positive relationship between levels of empathy and levels of Compassion Fatigue. In the linear regression model it was observed that variables such as Vulnerability, Empathic Concern, Personal Care, loss of sleep, feeling trapped in work or conception about sensitivity were predictive variables of Compassion Fatigue.

The research findings support the importance of continuing to study the phenomenon of attrition in the practice of Social Work and implement training and prevention programs on the Syndrome of Compassion Fatigue both in the university community and in public and private Social Services.

ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL

La presente investigación está organizada en tres partes y 7 capítulos.

Primera parte: revisión de la literatura

El Capítulo I se centra en el encuadre teórico del Trabajo Social de Casos, área en la cual ejercen los/as profesionales de la muestra del presente estudio. En este apartado se define el Trabajo Social de Casos; se describen los principios sobre los cuales se sustenta la práctica del Trabajo Social; se revisa la evolución del Trabajo Social de Casos desde sus inicios hasta las vanguardias; se desarrollan los conceptos de relación de ayuda y alianza terapéutica como aspectos clave de la práctica profesional y, por último, se describen las bases sobre las cuales se desarrolla un Trabajo Social de Casos situado en modelos post-estructurales.

El Capítulo II se centra en el concepto de la Empatía, capacidad y actitud imprescindible en cualquier proceso relacional y base sobre la que se sustenta el Desgaste por Empatía, (objetivo de estudio de la presente investigación). En este capítulo se exploran las diferentes definiciones aportadas a lo largo de la historia; se presentan sus dimensiones y se plantean los diferentes modelos explicativos; se analizan las diferentes formas de medición de la Empatía. En el último apartado se describe el término Ecpatía y se pone atención en la Empatía como elemento clave en la relación de ayuda.

El Capítulo III desarrolla el Síndrome del Desgaste por Empatía, concepto central de la investigación. A lo largo del capítulo se describe el concepto y su evolución en los últimos años; se describen los factores de riesgo, los síntomas y los principales modelos explicativos sobre los cuales se desarrolla el síndrome. Debido a la confusión terminológica existente se ha decidido incorporar un apartado que diferencia el concepto del Desgaste por Empatía de otros tales como el Burnout, el Estrés Postraumáutico o la Traumatización Vicaria, Contagio Emocional y Contratransferencia. Se dedica un apartado al concepto de la Satisfacción por

Compasión y se hace un repaso sobre las últimas investigaciones publicadas que ahondan en los conceptos de Trabajo Social y Desgaste por Empatía a lo largo del mundo. Por último, se revisan los conceptos de autocuidado profesional y personal como mecanismos paliativos del Desgaste por Empatía.

Segunda parte: metodología y resultados

La segunda parte está compuesta por las cuestiones metodológicas y los resultados. En el Capítulo IV se describen los motivos que sustentan la investigación; las preguntas de investigación formuladas previa ejecución del estudio; los objetivos generales y específicos que guían la investigación y las principales hipótesis. En este capítulo también se describen las características de la muestra; los criterios de inclusión y exclusión y las principales variables del estudio. A lo largo del capítulo se presentan el cuestionario sociodemográfico más las cuatro escalas que forman el instrumento final. Las descripciones de los principales análisis estadísticos, junto a las consideraciones éticas, forman el último apartado de este capítulo.

A lo largo del Capítulo V se presentan las pruebas de fiabilidad y normalidad de los instrumentos, además de los resultados organizados a través de los diferentes objetivos específicos que guían la investigación.

Tercera parte: discusión y conclusiones.

En el Capítulo VI se discute sobre los resultados y son comparados con resultados de conclusiones semejantes. A continuación se procede a confirmar o descartar las hipótesis iniciales.

En el Capítulo VII se presentan las limitaciones, las fortalezas del estudio y las futuras líneas de trabajo a las que da pie la presente investigación. Por último, se describen las

conclusiones de la investigación. En la última parte de la investigación, se pueden encontrar las referencias bibliográficas citadas a lo largo de la investigación en formato APA y anexos tales como el cuestionario, las hojas de consentimiento informado, el informe de bioética y las cartas de invitación y de presentación.

INTRODUCCIÓN

Los/as trabajadores/as sociales de casos son profesionales de la relación de ayuda que, a través de la alianza terapéutica y la Empatía, conectan con sus clientes y familias para acompañarles en su proceso de cambio. Por la naturaleza de su trabajo, los/as trabajadores/as sociales están expuestos diariamente a la escucha de gran cantidad de información de elevado contenido emocional y lidian continuamente con situaciones de alta tensión y/o conflictividad. Trabajar con situaciones de abusos sexuales a niños/as, violencia de género, personas con enfermedades terminales, familias o personas y niños/as en crisis, son solo algunos de los ejemplos en los cuales los/as trabajadores/as sociales intervienen a lo largo de su actividad profesional. La ansiedad, el miedo, la culpa, la vergüenza, el enojo, la depresión, la tristeza o la ira son las emociones (R. Lazarus y Lazarus, 2000) que predominan entre las personas que solicitan los servicios del/de la trabajador/a social. Se ha demostrado que tanto la forma de desarrollar el trabajo como las tareas que implica la profesión del Trabajo Social suponen un riesgo para la generación de desgaste (Adams, Figley, y Boscarino, 2008; Lázaro, 2004; Pelon, 2017).

En los despachos de los/as trabajadores sociales el sufrimiento está presente a través de las historias narradas y sentidas que fluyen de las conversaciones. Reconducir el malestar que sufre el cliente y/o familia hacia una situación emocional más positiva no es tarea fácil y, en algunas ocasiones, se convierte en un complejo y minucioso acompañamiento emocional. En el Trabajo Social la atención a las personas va más allá de un mero intercambio material. Los/as trabajadores/as sociales son uno de los principales recursos que los gobiernos sitúan en primera línea para solventar los problemas de las personas y familias que conforman la sociedad. Las prestaciones y recursos son fundamentales, pero también lo es su bienestar emocional. En Trabajo Social de Casos, una práctica relacional exitosa y eficaz requiere dedicar tiempo a la escucha próxima y sincera de la historia que narra la persona-familia, generando un

acercamiento emocional recíproco (Shemmings, 2017). Vincularse con personas en situación de malestar requiere conocimiento, predisposición profesional e involucración personal por parte del/ de la trabajador/a social.

Los principios del Trabajo Social de Casos, tales como la aceptación, la autodeterminación, el respeto o la individualización conforman una base sobre la cual se sostienen relaciones de confianza, comprensión y seguridad. Las vanguardias se alejan de la concepción del/de la trabajador/a social como agente que opera cambiando a la persona o familia, para situarlo/a como una figura participante del proceso de cambio. Desde esta perspectiva, la interacción entre "trabajador/a social-cliente/familia" conforma un nuevo subsistema el cual se nutre mutuamente. El progreso de los modelos afianzados en las prácticas del Trabajo Social, requiere que los/as profesionales centren su atención en el cliente y las familias, abriéndose a la comprensión del significado que tienen los acontecimientos en sus vidas. Esa apertura de mirada no solo permite observar el significado del sufrimiento, sino que también reconoce las motivaciones, las capacidades y los recursos que tienen esos clientes y familias para afrontar dicho malestar (Ituarte, 2017). Así, el intercambio emocional entre cliente-trabajador/a social, la creación de un significado a través de las estructuras narrativas que tienen lugar en la conversación (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001), la confirmación existencial de lo que se está narrando (Rogers, 1984) y la creación de una base de apoyo (Blom, 2002), serán fundamentales para el éxito de las relaciones de ayuda.

El Trabajo Social es una de las profesiones humanas por excelencia que puede generar tanto satisfacción como desgaste en los profesionales que la ejercen. Trabajar con historias de dolor abre la puerta a sentir y experimentar lo que sienten los clientes y ello, inevitablemente, puede tener consecuencias negativas sobre el/la profesional, como es el caso del Desgaste por Empatía (Fatiga por Compasión). La falta de recursos personales e institucionales para gestionar el sufrimiento propio y el de los clientes y familias, se pueden traducir en sufrimiento

y malestar en el/la profesional. La Empatía, capacidad psicofisiológica que permite sentir y percibir el bienestar y malestar del otro (Davis, 1980), es la aliada para poder generar conexiones emocionales eficaces con los clientes y las familias; pero la falta de control y conciencia sobre ella puede tener consecuencias negativas sobre la salud emocional y física del/de la profesional.

Es importante dejar claro desde el primer momento que esta investigación no se centra en las instituciones, en las leyes, en políticas de servicios sociales o en prestaciones. Esta investigación se centra en las consecuencias de escuchar historias de dolor y sufrimiento por parte de las personas o las familias afianzadas en la relación sincera que se crea entre ambos. Aunque no se puede obviar que la falta de recursos o apoyo por parte de las instituciones o el exceso de carga de trabajo tienen consecuencias en la práctica del profesional, esta es una investigación más concreta que pone el foco en las consecuencias del vínculo. Es importante diferenciar entre el concepto de Desgaste por Empatía, consecuencia natural derivada de la escucha de situaciones de dolor o trauma de las personas con las que se trabaja (coste de cuidar) y el Burnout, respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal generalmente asociado a dificultades con el entorno laboral en la profesión de ayuda. A lo largo del marco teórico se trabajará con más minuciosidad la diferenciación conceptual del Desgaste por Empatía, la cual ha suscitado mucha controversia a lo largo de los años.

Esta investigación pone en relación tres grandes aspectos; la relación del ayuda en el Trabajo Social de Casos (Capítulo I); la Empatía como capacidad y actitud fundamental en los procesos relacionales (Capítulo II) y por último las consecuencias tanto positivas (Satisfacción por Compasión) como negativas (Desgaste por Empatía) derivadas del trabajo relacional con personas en situación de malestar o trauma (Capítulo III).

La presente tesis doctoral parte de la necesidad de conocer las consecuencias del Trabajo Social Relacional, el cual trata de acompañar y aliviar el sufrimiento de personas y familias que

experimentan situaciones de crisis o trauma. Durante años, el foco de atención se ha situado sobre el cliente y su familia, obviando que el establecimiento de un vínculo sincero y cercano, necesario en la práctica del Trabajo Social de Casos, tiene efectos sobre el/la profesional. En los últimos años, se ha empezado a poner atención sobre la calidad de vida del/de la profesional, partiendo de la premisa que el bienestar del/de la profesional tiene efectos sobre su trabajo, sobre el cliente y en consecuencia sobre el servicio.

Hace más de veinticinco años que empezó a utilizarse el término Fatiga por Compasión -posteriormente llamado Desgaste por Empatía- el cual ha tomado fuerza en áreas como la medicina o enfermería. En algunos países europeos, Estados Unidos, Canadá o Israel se encuentran algunas investigaciones sobre el Desgaste por Empatía en la práctica del Trabajo Social. Todas ellas evidencian y concluyen la necesidad de conocer más sobre este fenómeno. En España se han desarrollado varias investigaciones sobre Desgaste por Empatía pero, hasta el momento, ninguna específica en el área del Trabajo Social de Casos. La mayor parte de los estudios realizados sobre la evaluación de la prevalencia del Desgaste por Empatía coloca a los trabajadores/as sociales en situación de riesgo. La falta de investigaciones a nivel español con muestras de trabajadores/as sociales genera dificultades para comprender como se desarrolla el síndrome entre este colectivo.

Respondiendo a la necesidad manifiesta de conocer más sobre el Desgaste por Empatía (Brown, Ong, Mathers, y Decker, 2017; Itzick y Kagan, 2017; Kapoulitsas y Corcoran, 2014; McFadden, Campbell, y Taylor, 2015) se presenta la siguiente investigación, la cual pretende vincularlo con conceptos tales como la Empatía, el autocuidado, Satisfacción por Compasión, vulnerabilidad e implicación profesional. Esta investigación pretende ayudar a comprender mejor el Desgaste por Empatía en la profesión del Trabajo Social. Un primer paso de la presente investigación pretende conocer el nivel de prevalencia del Desgaste por Empatía entre los/las trabajadoras sociales, además conocer sus relaciones con la Empatía, la Satisfacción por

Compasión, la Vulnerabilidad, la Involucración Profesional y el autocuidado.Un segundo paso, ya no objeto de la presente investigación, consistiría en diseñar e implantar programas específicos para prevenir el Desgaste por Empatía.

PRIMERA PARTE: REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I:
EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

TRABAJO SOCIAL DE CASOS

1.1 LA DIMENSIÓN RELACIONAL DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

La Junta General de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW), reunidas en julio del 2014 en Melbourne, aprobaron la definición de Trabajo Social:

> El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a las diversidades son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, ciencias sociales, humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y mejorar el bienestar. (FITS, 2014, p. 1).

Así, como afirman las autoras Zamanillo y Gaitán (1991), la profesión del Trabajo Social surge a raíz del reconocimiento que hace la sociedad sobre la necesidad de ofrecer ayuda a las personas y familias que lo requieren a través de instituciones, servicios o centros organizados. El Trabajo Social desde sus inicios ha sido una profesión de apoyo, cuidado y ayuda (Banda, 2009), donde su cometido es facilitar que todas las familias y personas fortalezcan sus potencialidades, enriquezcan sus historias de vida y puedan prevenir situaciones indeseadas (Cardona, 2012).

El Trabajo Social de Casos se ubica como uno de los diferentes niveles de intervención que, junto a la dimensión grupal y comunitaria, ha desarrollado el Trabajo Social en sus más de cien años de historia. Sea desde una aproximación individual, de pareja o familiar, el trabajo de

casos, en la dimensión relacional en la que se posiciona la presente investigación, siempre se ha caracterizado por el desarrollo de una estrecha relación entre el/la profesional y los clientes. Esta relación, no exenta de dificultades, es viable y fructífera en el tiempo si se ha desarrollado una adecuada alianza de ayuda o, en términos clásicos, una adecuada alianza terapéutica (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006; Hamilton, 1960; Safran y Muran, 2005; Tallman y Bohart, 1999).

Como se evidenciará más adelante, el desarrollo de la alianza implica, entre otras variables y otros factores, la comprensión del mundo afectivo-emocional del cliente y la comprensión de los significados atribuidos a la situación de dificultad que está viviendo. El desarrollo de la capacidad empática del profesional deviene clave para la aplicación de esta estrategia relacional.

Para esta investigación se considera adecuado fijar desde el principio la posición desde la cual entendemos la práctica del Trabajo Social de Casos. El interés de esta investigación persigue alejarse de las prácticas burocráticas basadas en lógicas propias de prácticas de prestación y contraprestación. Así, la relación entre necesidades, recursos y políticas sociales no es, para la presente tesis, el eje vertebrador del Trabajo Social de Casos. Por el contrario, se entiende que aquello que caracteriza en la actualidad la práctica del Trabajo Social en las sociedades avanzadas, se fundamenta en la revalorización y la reconsideración de la dimensión relacional del Trabajo Social. Por ello, esta investigación se sitúa desde la perspectiva de un Trabajo Social Relacional en el cual toman sentido el desarrollo de prácticas colaborativas, el alejamiento de diagnósticos y etiquetamientos, la reconsideración al alza de las competencias y capacidades de las personas, el trabajo de "caminar y hablar" (Madsen, 2014; Madsen y Gillespie, 2014) y el reposicionamiento del profesional como un acompañante, singularmente respetuoso y profundamente curioso en relación a las personas y las vidas de aquellos con los cuales entabla una relación y una alianza.

Así mismo, en este trabajo se considera la estrecha relación del Trabajo Social Relacional y la dimensión clínica y terapéutica del mismo (Paquin, 2009). Compartimos con Coletti y Linares (1997) una clara perspectiva de la dimensión terapéutica de la práctica del Trabajo Social: "Toda actividad humana dirigida a disminuir, aliviar o suprimir el sufrimiento de los otros, induciendo o facilitando cambios físicos, psicológicos o relacionales, es terapéutica" (p.18). Por ello, entendemos la relación entre trabajador/a social y cliente como la base de la práctica del Trabajo Social de Casos.

El Trabajo Social de Casos intenta dar respuesta a las diferentes situaciones que plantean las personas y familias. Como indica Cardona (2012), el proceso metodológico de intervención:

> Se acompaña de un proceso de ayuda que facilita conectar, transitar, reflexionar y tomar conciencia junto a la persona/familia sobre sus necesidades, problemas y fortalezas con el fin de que el cliente-familia, si quiere y se encuentra en el momento propicio para ello, pueda iniciar un proceso de cambio o mejora de su malestar con la ayuda del trabajador/a social. (p.43)

Diariamente los despachos de los/as trabajadores/as sociales de todo el mundo se llenan de personas y familias que narran sus historias de dolor y sufrimiento humano en todas sus manifestaciones a partir de necesidades, dificultades, problemas y conflictos. Según Campos (2007, en Cardona, 2017) "las necesidades generan conflictos; los problemas vienen ligados a dificultades y a necesidades, o los conflictos son generadores de problemas, necesidades y dificultades" (p.70). Campos (2007) señala:

- Las necesidades son aquellas situaciones problema en las cuales se pone en riesgo la supervivencia de algún elemento material del cliente (falta de recursos económicos, materiales, falta de inclusión o pérdida de autonomía, entre otros). Es importante destacar que el acomodo o el alivio del malestar no pasa exclusivamente por atender las

necesidades materiales sino que hay que tener en cuenta el componente más afectivo o emocional que va ligado a esta necesidad.

- Las dificultades son aquellas "situaciones problema en las cuales las personas o familias no encuentran los medios (internos o externos) o las estrategias de afrontamiento adecuadas para transformar dicha situación, sea por falta de conocimientos, información, recursos personales, acceso a medios externos o cualquier otra fuente" (p.69).

- Los problemas son aquellas situaciones definidas "objetivamente que no tienen, en el momento presente, una solución y en consecuencia es irreversible e inamovible" (p.69). Cabe señalar que el problema genera múltiples dificultades.

- Los conclictos son aquellas situaciones problema en las cuales dos o más personas "manifiestan visiones divergentes sobre la naturaleza de la situación generadora de malestar y en consecuencia pugnan simétricamente sobre la manera más favorable de resolución manteniendo visiones unilaterales que satisfacen sus intereses particulares" (p.70).

El Trabajo Social incluye problemas, necesidades, conflictos y dificultades pero también incluye cambios, soluciones y esperanzas. Salcedo (2000) dice que el Trabajo Social es:

> Una profesión que trata con la intimidad de las personas de una manera muy especial. Cuando una persona cuenta a un trabajador social sus dificultades se trata de sus dificultades personales lo que está abriendo a la mirada de otra persona, relatando quizá aquello que más le angustie o le avergüence, quizá cosas que no ha contado ni a las

> personas más allegadas. Así, se está haciendo vulnerable ante otra persona y está confiando en que lo que está poniendo en sus manos no se convierta en fuente de más dificultades. De modo que al confiar en el trabajador social, el cliente está dejando de verlo como a un extraño y lo está convirtiendo en alguien del que se puede esperar que colabore en la resolución de sus dificultades. (p.81)

Se observa cómo desde las distintas miradas, la actitud empática en un denominador común en las buenas prácticas para establecer una relación de ayuda. Las demandas por parte del cliente y familias pueden ser mayor o menormente calificables según los informes emitidos por el Consejo General del Trabajo Social (2014). No obstante, el principio de individualización, presente a lo largo de la historia del Trabajo Social (Biestek, 1966; Tuerlinckx, 1973b), recuerda la singularidad de cada uno de los clientes y familias. Así, este principio recuerda que cada cliente es distinto, es decir, que se diferencia de todos los seres humanos tanto por su aspecto físico como por su aspecto psicológico. Congruentemente, Julia Tuerlinckx (1973a) al hablar de los clientes afirmaba que "su ambiente, su estructura y sus actitudes internas respecto a ese mundo exterior que le rodea e influye sobre él, son diferentes de tal manera que las reacciones, la evolución y el futuro de ese hombre le distinguen de cualquier otro ser" (p.26), y continúa revelando que "las necesidades del hombre se diferencian de una época a otra, de un medio a otro e incluso de un individuo a otro, porque las necesidades de un individuo no son únicamente objetivas, sino que se encierran en sí elementos subjetivos"(p.27).

Uno de los principios del Trabajo Social de Casos, es reconocer a cada cliente como único, distinto a cualquier otro. Los rasgos de personalidad, las capacidades, las actitudes y aptitudes, las historias que han vivido, las vivencias, la situaciones sociales y los aspectos más biológicos

o genéticos marcan la evolución y el desarrollo de las personas (Fernández-García y Ponce de León, 2005).

1.2 EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

Este apartado no tiene intención de profundizar en la historia del Trabajo Social de Casos, pues no es el objetivo de este estudio. La intención del presente apartado es situar la investigación dentro de un marco del Trabajo Social de Casos y un Trabajo Social Relacional.

En la presente investigación se considera que el desarrollo del Trabajo Social de Casos en los últimos cincuenta años está determinado por un cambio paradigmático propiciado por la asunción de las teorías, metodologías y éticas que crecieron, se desarrollaron y se expandieron dentro del denominado enfoque sistémico. Sobre este enfoque se han asentado gran variedad de modelos como el Estructural, el Intergeneracional, la Escuela de Milán, la Terapia Estratégica, la Terapia Breve del MRI, y otros más post-estructuralistas como el Modelo Narrativo, el Colaborativo o el Centrado en Soluciones (Sluzki, 2014). No se pueden nombrar estos modelos sin recordar las contribuciones de los y las trabajadores/as sociales en cada uno de ellos: Braulio Montalvo en el Modelo Estructural; Mónica McGoldrick y Betty Carter en el Modelo Intergeneracional; Peggy Papp o Lynn Segal en la Terapia Breve; Insoo Kim Berg, Steve De Shazer, Mattehew Selekman o Eve Lipchik en el Modelo Centrado en Soluciones y Michel White en el Modelo Narrativo (Cardona, 2012).

El desarrollo, tras la Segunda Guerra Mundial, de conocimientos y epistemologías acerca de los sistemas complejos (Howe y Von Foerster, 1975), facilitó un cambio de visión a partir de la creación, el mantenimiento y el cambio en los problemas humanos. Auspiciados por la insatisfacción que producían los modelos tradiciones individualistas, los cambios sociales sufridos en las sociedades avanzadas, el nacimiento y expansión de las teorías de la

comunicación, la Teoría General de Sistemas y el nacimiento de la cibernética, se propició un cambio de paradigma del conocimiento que se distancia de la tradición psicodinámica y de las rigideces del conductismo clásico.

La novedad del enfoque sistémico residió en la hipótesis de que determinados comportamientos, situaciones de necesidad o dificultad de la persona-familia, representaban e introducían la existencia de relaciones interpersonales disfuncionales que se iban generando en un contexto interactivo que iba desde el interior del sistema familia a las relaciones con otros sistemas (Cardona, 2005). Bajo la mirada sistémica, María Dal Pra (1994) describe que "el/la trabajador/a social no entra en relación con un individuo, sino con un sistema más o menos complejo, más o menos articulado en subsistemas, y se convierte en uno de los elementos que interactúan con los demás" (p.27).

Debido a sus múltiples influencias y matizaciones, resultar difícil clasificar los distintos modelos teóricos, aunque de forma general se pueden diferenciar dos grandes perspectivas a lo largo de la historia: la cibernética de primer orden, la cibernética de segundo orden y las proposiciones influenciadas por el post-estructuralismo. En la Tabla 1 se puede observar los diversos modelos de orientación sistémica clasificados según su posición en la cibernética.

Tabla 1
Modelos de la primera y segunda cibernética

Cibernética de primer orden	**Cibernética de segundo orden**
Modelo Estructural Modelo Multigeneracional Modelo Vivencial-Comunicativo Modelo Estratégico de Palo Alto Escuela de Milán	Modelo Familiar Estratégico Modelo Centrado en Soluciones Modelo Colaborativo Modelo Narrativo

Desde la perspectiva de la cibernética de primer orden, la creación de conocimiento y la observación del mundo, se parte del supuesto de que la realidad es independiente del sujeto que

la está analizando. Desde esta visión hay una realidad frente al observador, manteniendo así la idea de que existe una realidad objetiva que puede ser tomada y aprehendida (Cardona, Cuartero, y Campos, 2017). Bajo esta mirada el/la profesional tiene un rol neutral y su trabajo consiste en identificar, diagnosticar y tratar desde procesos de ayuda unidireccionales. Esta perspectiva parte de juicios de valores que son respaldados por la narrativa dominante del contexto sociocultural. El observador (trabajador/a social) es una cámara que registra lo que ocurre fuera sin rendir cuentas a su propia participación en el proceso de observación (Sluzki, 1987). Los primeros trabajos de la cibernética de primer orden se basaban en procesos de corrección de desviaciones, es decir, en la retroalimentación negativa, postulando cómo los sistemas operan para mantener su organización (Sluzki, 1987). Las reglas familiares, los mitos y los patrones (Sluzki, 1987), al igual que la divergencia entre lo normal y lo patológico, lo que está bien y lo que está mal (Cardona et al., 2017), son algunos ejemplos de prácticas o posturas aceptadas en la cibernética de primer orden.

Desde la cibernética de segundo orden se refuerza el papel que desempeña el profesional en la realidad que observa. Plantea que no es posible conocer un sistema con independencia de su observador, por lo tanto el observador es parte de lo que observa. Esta visión aleja al profesional observador del concepto de neutralidad y reconoce que lo observado está sesgado por la ideología, género, cultura y biografía del propio observador (Feyerabend, 2003). Así, el profesional "no es un agente que opera sobre la familia cambiándola sino que es un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados" (Sluzki, 1987, p. 67). La visión ya no es unidireccional ni correcta sino que se amplía al introducir la mirada de la otra persona cuyo valor es equiparable al de la otra persona (Cardona et al., 2017). Se trata de una postura respetuosa dentro de un proceso cooperativo en el cual todo se ajusta y se construye. A diferencia de la cibernética de primer orden, en la de segundo orden, el énfasis se desplaza a los procesos de amplificación positiva y los procesos sistémicos de cambio (Sluzki, 1987).

Desde esta postura, las sesiones de trabajo son descritas como conversaciones donde el profesional busca interesarse por una visión del mundo aportada por la persona y/o familia. Así, los descubrimientos y los cambios que resultan de la conversación son propiedad de la persona y/o familia, "siendo el resultado de su propia participación en co-evolución con las ideas que se fueron facilitando entre el profesional y la familia a lo largo de la entrevista" (Sluzki, 1987, p. 68).

Tal y como afirma Elkaim (1996), las obras de Humberto Maturana (1980), Francisco Varela (1984), Ernst von Glasersfeld (1998), y Heinz von Foerster (1998) fueron la inspiración para la creación de una nueva corriente llamada "Constructivismo", la cual se fue expandiendo entre los/las diferentes profesionales que ejercían con familias. El Constructivismo afirma que "el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso interactivo a través del cual el sujeto interpreta la información externa contruyendo modelos explicativos" (Santiago, 2013, p. 343). Este punto de partida radical, se basa en que la realidad es una construcción individual, que se contruye (en sentido interaccional) entre el sujeto y el medio (Ceberiro y Watzlawick, 1998; Watzlawick, 1998). El Constructivismo lleva a comprender que cada persona tiene un mapa del mundo, una representación que le permite contruir lo que percibe como una realidad.

Ya dentro del proceso de expansión de la segunda cibernética -y con una fuerte crítica al Constructivismo- aparece el "Construccionismo Social" el cual se va consolidado a lo largo de los años. El Construccionismo Social se basa en una actitud tolerante, comprensiva y colaborativa, y entiende que la realidad se construye entre el sujeto y el medio. Bajo esta mirada, no existe una diferencia entre el observador y el observado sino una relación de carácter recursivo. Esta visión post-moderna considera que la persona está inmersa en una realidad de múltiples perspectivas y no existe una única verdad sino "otras verdades".

Gergen (2006, 2009) se encuentra entre los principales representantes del

Construccionismo Social. Dicho autor, "propone que las significaciones, el sentido de sí mismo y las emociones nacen de un contexto intrínsecamente relacional: las identidades producidas por las narraciones surgidas de intercambios comunes, remitiendo, en efecto, a las narraciones del yo a las relaciones sociales más que a las elecciones individuales" (Elkaim, 1996, p. 2).

O'Hanlon (2001), hace referencia a cuatro grandes oleadas epistemológicas en el marco de las relaciones de ayuda y la psicoterapia. La primera oleada se centraba en la patología, la explicación unánime y la sabiduría del profesional. La segunda oleada se centraba en el problema, la tercera oleada se concentraba en soluciones mientras que la cuarta impulsa relaciones que comprenden la colaboración, la co-construcción, el relato, la narrativa, la conversación, los puntos fuertes, las posibilidades y el respeto. Desde la cuarta oleada, se deja de observar al cliente por su "problema" o "dificultad" para orientar la mirada a la "persona".

Los Modelos Narrativos (White y Epston, 1993), el Modelo Colaborativo (Anderson, 1999) o el Centrado en Soluciones (De Shazer, 1992), sumergidos en la segunda cibernética, el Construccionismo Social y/o en la cuarta oleada, han tomado fuerza en los últimos años, convirtiéndose en las vanguardias del Trabajo Social de Casos. Pese a ello, la historia del Trabajo Social de Casos ha ido evolucionando igual que lo ha hecho la sociedad. Actualmente el Trabajo Social de Casos se estudia y se debería ejercer desde una segunda cibernética, o más allá, como dice O'Hanlon (2001), desde una cuarta oleada. Como indica Alfonsa Rodríguez "las nuevas perspectivas incluyen lentes, formas de mirar, que permiten comprender al otro tomando en consideración el género, la cultura, la etnia, la clase social, etc." (2007, p. 125). El Trabajo Social de Casos de hoy se basa en modelos que reconocen la experticia de las personas con las que trabajan; que reconocen sus valores, sus capacidades, sus potencialidades y sus puntos fuertes y que sitúan al profesional como un acompañante ubicado al lado, no al frente ni delante. Es desde esta mirada y esta posición que la investigadora del presente estudio diseña, elabora y analiza la presente investigación.

1.3 LA RELACIÓN DE AYUDA

Hace más de cincuenta años, Rogers (1984) definía la relación de ayuda como aquella en la que uno de "los participantes intenta hacer surgir en una o en ambas partes una mejor apreciación de sus recursos latentes y el uso funcional de estos"(p.46). Rogers no entendía la relación de ayuda sin Empatía, consideración positiva incondicional, veracidad y congruencia (Friedlander et al., 2006).

De Bray (1973) afirmaba que el buen contacto entre trabajador/a social y cliente es fundamental en el proceso de ayuda. Para la autora, la relación es una interacción dinámica que se produce entre los sentimientos y actitudes del caseworker (o trabajador/a social de casos) y el cliente. Se trata de la acción recíproca percibida y dirigida por el/la trabajador/a social con el objeto de ayudar al cliente y/o familia a lograr una adaptación más beneficiosa en su entorno.

En los años setenta, tal y como explica Salcedo (2000), se produjo una discusión entre las escuelas de Trabajo Social de Casos sobre como consideraban el propio "objeto de la relación". Así como explica Salcedo (2000) algunos autores, como Biestek, Perlman o Hollins defendían que el principal objetivo era valorar y apoyar al cliente-familia a mejorar en su adaptación al ambiente; mientras que otros como Plant, Ragg o Wilkes salvaguardaron que la relación profesional no debía ser un medio para solucionar los errores que concebía y ejecutaba el cliente para así conseguir una mejor adaptación de éste. Estos últimos pensaban que entre el cliente y el/la trabajador/a social debía crearse una relación igualitaria y amistosa donde se pudieran analizar los problemas sociales, se evaluaran los distintos modos en que se puede participar en la sociedad favoreciendo así que el propio cliente decidiera si quería o no integrarse en ella (Salcedo, 2000). Compton y Galaway (citados en Iannitelli y Mestres, 2005) entendían la relación de ayuda como un tipo de relación en la que se expresa una preocupación real por los otros. Para ellos se trataba de una relación basada en el interés y el deseo por

comprender y trabajar desde el compromiso; en la aceptación, en la empatía y en la autenticidad, por la comunicación clara, por propósitos conocidos y aceptados por ambas partes y por la autoridad y poder tanto del cliente como del profesional.

Desde el enfoque sistémico el profesional debe intentar crear un vínculo con los distintos miembros de la familia que pueden tener percepciones, necesidades y actitudes muy diferentes sobre el problema (Moreno y Fernández, 2014). El profesional deberá trabajar activamente desde el primer contacto con la persona y/o familia para desarrollar con ellos una conexión y un clima de colaboración, confianza, respeto que permitan el establecimiento de objetivos comunes de trabajo y una motivación para implicarse y avanzar en el proceso. Para Lazarus (2000), la relación de ayuda o la relación terapéutica es la tierra sobre la que arraigan las técnicas. La relación sirve para educar, motivar, generar, formular y separa problemas de las soluciones. Friedlander, Escudero y Heartherington (2006) sugerían que el núcleo de una buena práctica a nivel profesional se basaba en una relación recíproca y próxima entre el/la profesional y el cliente y/o familia. Payne (1997) dice que la relación en el Trabajo Social de Casos es como el barco que navega desde el/la Trabajador/a Social hacia el cliente y regresa.

Madsen (2018), desde un enfoque Colaborativo basa su trabajo en el respeto, la conexión, la curiosidad y la esperanza. Considera que tener en cuenta al cliente es el núcleo de la ayuda eficaz. Esta relación de ayuda implica no solo escuchar, sino también buscar formas de implicar a los clientes como participantes activos para combinar sus competencias con las del profesional llegando a ser –conjuntamente- más eficaces (Madsen, 2018). Desde un enfoque narrativo, White (2002a) señala que la relación entre el cliente y el profesional está constituida sobre la habilidad, el saber y el poder, relativamente inflexible, del profesional, donde se fomentan las relaciones recíprocas basadas en la influencia mutua, profesional-persona, de las narraciones que confluyen en la conversación terapéutica.

Para White (2002a) una concepción recíproca del proceso terapéutico ayuda a la generación de descripciones intensas y completas de las vidas de las personas-familias y evita que se utilicen descripciones pobres o se planteen objetivos deficitarios. “Una concepción recíproca contradice la idea de que las personas tienen deficiencias en sus saberes, habilidades y cualidades personales que sólo pueden ser abordados recurriendo a las habilidades, saberes y cualidades del profesional” (White, 2002b, p. 91). Se entiende que establecer relaciones con el cliente desde una concepción recíproca es una expresión de compromiso ético en el ejercicio profesional (Cardona, 2017).

Como se ha venido comentando, independientemente de los modelos que rijan la intervención del/de la trabajador/a social, o la combinación de varios de ellos, la relación que se establece entre el/la trabajador/a social y las personas requiere una atención especial. Variedad de estudios destacan el papel de “la relación de ayuda” en el transcurso del proceso de intervención entre el cliente y el/la trabajador/a social, identificándolo como un predictor de éxito. La importancia de la conexión relacional se sustenta sobre la empatía, respeto, esperanza, autenticidad y relación terapéutica (Duncan, Hubble, y Miller, 2003; Duncan, Miller, Wambold, y Hubble, 2010; Madsen, 2018). Una investigación empírica realizada por Miller y Duncan (2000) indica que los factores que predicen el cambio y el éxito de la intervención dependen en un 30% de la relación que se establece entre el profesional y el cliente. También indican que el 40% depende de características intrínsecas del cliente, un 15% en las esperanzas y expectativas del cliente y el otro 15% en las técnicas y modelos que usa el/la profesional en la intervención. Es congruente que las propuestas avanzadas acerca de la práctica de la relación de ayuda y del Trabajo Social de Casos se orienten hacia posiciones colaborativas y narrativas, con una indudable influencia de las tesis post-estructuralistas.

Para Ituarte (2017):

> La relación se va creando poco a poco, en una tarea de co-construcción a partir del primer encuentro y para que pueda ser terapéutica requiere el establecimiento de un vínculo afectivo que permita al cliente adentrarse en la exploración de la situación, en la cual pueda sentirse reconocido en su singularidad, razonablemente seguro, no juzgado sino aceptado y validado en su experiencia personal, sabiendo-sobre todo, sintiendo que cuenta con el acompañamiento y el apoyo del trabajado/a social en la tarea de descubrir nuevas formas de pensar y sentir y de encontrar nuevos significados a sus vivencias y experiencia. (p.34)

Como afirma Cardona (2005), solo es posible ver desde la proximidad, y no hacerlo significa no hacerse cargo de la situación. Conectar con el malestar y sufrimiento de los clientes permite entender al/a la trabajador/a social qué está sucediendo y de qué forma lo está sintiendo, y así ayudar al cliente-familia de un modo más preciso y congruente. El "no experimentar", "no sentir", "no doler", comporta una pérdida de referencia con los principios del Trabajo Social de Casos y la pérdida de uno mismo como profesional (Cardona, 2005).

De acuerdo con Carmina Puig:

> A menudo se exige a los profesionales tomar distancia y separar de forma artificial la vida del trabajo, pero este mandato es contraproducente porque niega la realidad y el riesgo. Los profesionales siempre, siempre subjetivos en tanto que sujetos, sufren, sienten, tienen esperanzas e ilusiones. Es desde el sujeto encarnado en el profesional que se crea empatía y se puede atender al otro. La conciencia del riesgo y de los límites es lo que permite escuchar y aproximarse al otro, y comporta la necesidad de pensar y generar recursos protectores (2015, p. 175)

1.4 DIMENSIONES DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

La relación basada en la alianza de ayuda construye un vínculo entre profesional y cliente donde ambos son importantes y donde aprenden mutuamente, siendo este hecho el que genera la confianza del cliente en una relación constructiva (Casement, 1990). La alianza es la colaboración mutua entre el profesional y la persona, con carácter emocional y conductual (Friedlander et al., 2006). Es importante reconocer que la capacidad del profesional para establecer una buena relación con sus clientes es sumamente importante y difícil (Moreno y Fernández, 2014). En el proceso de ayuda, el/la trabajador/a social desde el primer contacto con la persona y/o familia deberá esforzarse activamente para establecer una conexión y un clima colaborativo de confianza y respeto, que permitan establecer objetivos comunes y motivación para el proceso. La alianza sirve de soporte a las intervenciones a lo largo de todo el proceso.

Friedlander, Escudero y Heatherington (2006) desarrollan cuatro dimensiones que componen la alianza. Dichos autores son los creadores del SOATIF, un sistema para la observación de la alianza terapéutica en la intervención con personas y familia. Para estos autores, la alianza se compone de:

- *El enganche en el proceso terapéutico.* En esta dimensión la persona o familia atendida por el profesional de la relación de ayuda encuentra sentido al tratamiento, se involucra en el proceso y trabaja coordinadamente con el profesional. Ambos han construido los objetivos y cualquier tarea que se plantee en el proceso puede renegociarse. La persona-familia cree/n que el proceso es significativo y pueden ser de gran utilidad en su proceso de cambio personal.

- *La conexión emocional con el terapeuta.* Los clientes consideran que el profesional que los atiende es una persona significativa en sus vidas y perciben que la relación que se

establece entre ambos se asienta en elementos como la confianza, el interés y el sentido de pertenencia. El cliente siente que el profesional, en este caso el/la trabajador/a social, está cerca para acompañarles durante su proceso. El cliente confía en los conocimientos del profesional y nota como éste comparte aspectos y valores que él describe durante sus encuentros.

- El sentido *de compartir el propósito dentro de la familia*. Los clientes y familias consideran que están trabajando conjuntamente con el/la profesional para mejorar sus dificultades y conseguir objetivos comunes. El tiempo dentro de los espacios terapéuticos es valorado como positivo y necesario, y surge sentimiento de unidad familiar durante el proceso, considerado conjunto.

- *Seguridad dentro del sistema terapéutico.* Las familias y los clientes sienten que pueden exponerse y abrise a las posibilidades que se puedan llegar a dar. Se sienten cómodos y tienen expectativas sobre como vivir nuevas experiencias y aprender a lo largo del proceso.

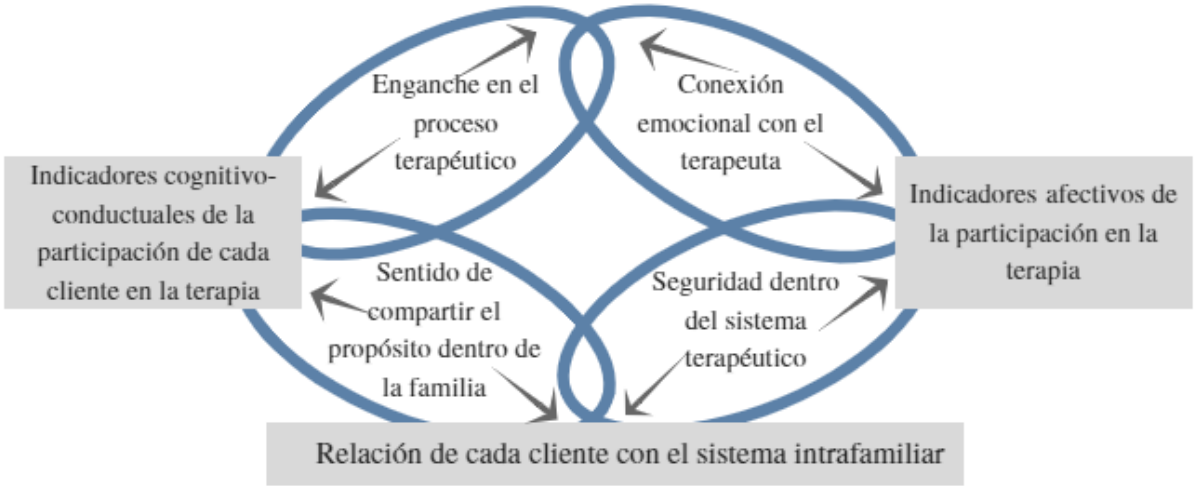

Figura 1: Interrelaciones de las dimensiones del SOATIF (Friedlander et al., 2006, p. 64).

La dimensión de conexión emocional entre el profesional y el cliente toma importancia en la presente investigación, pues sin este componente de la alianza será difícil comprender cómo vive la persona lo que le está sucediendo. La conexión emocional en el proceso de ayuda se basa en generar alivio, interés, confianza, gratitud y afecto por la persona.

Kuel, Newfield y Joanning (1990) realizaron un estudio en el que participaron un total de 37 clientes para averiguar cúales de todas las acciones realizadas dentro de las sesiones terapéuticas eran las mejor valoradas. Los resultados indicaron que variables como el interés, la preocupación, la comprensión que el/la profesional había manifestado ante la familia o el cliente habían sido fundamentales para que éstos se sintieran cómodos, más satisfechos y mostraran una mayor predisposición al cambio.

1.5 BASES RELACIONALES EN LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

Para construir un espacio de conversación cooperativo es necesario generar un espacio donde la persona percibe que la relación de ayuda es fluida, basada en el respeto, la confianza y el afecto (Cardona et al., 2017). A continuación se desarrollan una serie de criterios-guía para facilitar un marco cooperativo en la relación de ayuda entre el/la trabajador/a social y el cliente y/o familia. Estas bases relacionales han sido construidas a partir de aportes de diferentes autores (Cardona et al., 2017; Madsen, 2018; Moreno y Fernández, 2014; O'Hanlon, 2001; White, 2006, 2007) y contribuciones propias:

- *El/la Trabajador/a social se sitúa en la posición de colaborador durante el proceso de ayuda.*

Desde los modelos construccionistas el/la trabajador/a social asume una posición de colaborador (Moreno y Fernández, 2014) alejándose de la posición de experto. Abandonar la "posición de experto" o posición de superioridad puede ayudar al/a la profesional de la relación de ayuda a establecer un nuevo rol, uno más colaborativo, que le permita ayudar al cliente a visualizar y avanzar hacia la vida que desea vivir atendiendo a sus problemas o necesidades (Madsen, 2018). Cuando el profesional adopta una posición de "no saber" considera que el verdadero experto es la persona o familia y por lo tanto el papel del/de la profesional consiste en establecer un diálogo que facilite una abertura hacia nuevas perspectivas (Anderson, 1999).

- *Generar una relación de respeto con las personas desde el primer contacto.*

Todos los momentos del proceso de intervención entre el/la trabajador/a social y el cliente o familia son importantes, pero se deben destacar muy especialmente los primeros encuentros o primeros contactos. Es en las primeras conversaciones cuando el cliente y/o familias, temeroso, angustiado y/o triste puede experimentar mayor tensión ante un profesional aún desconocido. El/la trabajador/a social debe tratar de generar un contexto de ayuda basado en la colaboración y la alianza. Definir objetivos y metas de forma conjunta; explicar y redefinir los diferentes pasos de la intervención o del proceso según la situación y las necesidades de la persona-familia; solicitar constantemente la opinión para que las personas participen en la contrucción del proceso de cambio son elementos fundamentales para que se genere este tipo de relación. Otro elemento a tener en cuenta es el de trabajar los cambios, visibilizándolos y dándoles el reconocimiento que se merecen para empoderar a la persona durante el proceso.

- *Los encuentros de estudio construyen una investigación colaborativa.*

Las entrevistas de estudio dejan de ser un intercambio unidireccional para la recogida de información, para convertirse en espacios de conversación donde la información se va construyendo a partir de una curiosidad genuina. Así, como afirma Madsen (2018):

> La ayuda práctica combinada con conversaciones significativas está profundamente influenciada por la forma en que los trabajadores/as se posicionan así mismo en relación a las familias, y puede funcionar mejor cuando éstos tienen una sensibilidad especial a las historias que dan forma a la experiencia que las personas tienen de sus propias vidas. (p.379)

El/la trabajador/a social comparte a través de las recapitulaciones las impresiones resultado de las conversaciones derivadas de los encuentros donde se han ido ajustando visiones entre la mirada del/de la profesional y la de los clientes. La recapitulación y el ajuste dejan de ser meras técnicas para convertirse en una forma de hacer, una forma de relacionarse con el cliente que permite reconocer su sabiduría y colocarlo en una posición de persona competente. Tal y como indica Alfonsa Rodríguez (2007), se trata de convertir las afirmaciones, los consejos e indicaciones en preguntas reflexivas proponiendo un esquema vincular a la relación de ayuda, donde se alternen las complementariedades para un resultado final simétrico o paritario.

- *Tener en cuenta la influencia de la cultura y el contexto social e interaccional de la situación problema y en la identidad de las personas.*

Tal y como afirma Ituarte (2017) centrarse en el cliente significa tomar conciencia de su singularidad, reconocer que cada sujeto es único e irrepetible y por tanto la relación que se establecerá con él también, así:

> Dos mujeres víctimas de violencia de género, dos familias cuyos hijos adolescentes maltratan a sus padres o dos grupos de tratamiento de duelo, por poner unos ejemplos,

> pueden ser similares. Sin embargo, la realidad de cada uno de ellos es diferente, atendiendo tanto a las circunstancias personales (físicas, psicológicas, psicosociales, culturales, laborales, económicas…) como a los contactos relacionales (existencia o no de red de apoyo familiar o de amigos, posibilidades de acercar a otros expertos, recursos propios o del contexto etc.) (Ituarte, 2017, p. 33)

- *La definición del problema debe surgir de conversaciones y preguntas entre el profesional y el cliente.*

Cuando la demanda y la definición del problema está construida por el propio cliente, y no impuesta por el profesional, esta cobra más sentido y relevancia. Fomentar la participación del cliente en todo el proceso es una premisa clave para una intervención más exitosa (Friedlander et al., 2006). El papel del/de la trabajador/a social consistirá en guiar un diálogo colaborativo donde se planteen diversas preguntas reflexivas para ayudar al cliente y/o familia a visualizar y concretar tanto el proceso como la dirección hacia el cambio deseado.

- *Centrar las conversaciones en los logros, capacidades, los recursos de la persona/familia.*

La práctica desde la perspectiva del fortalecimiento significa que todo lo que realice el/la trabajador/a social estará basado en facilitar el descubrimiento, la exploración y el uso de las fortalezas y los recursos de los clientes con el fin de apoyarlos en la consecución de los objetivos que él mismo ha planteado y aceptado (Segado, 2011). El/la trabajador/a social se centra en las fortalezas y las potencialidades sin minimizar o negar los problemas que explica el cliente. A través de conversaciones se van promoviendo el descubrimiento de las fortalezas, competencias y capacidades del cliente, que posiblemente han sido ensombrecidas por el problema.

- *Escuchar y validar la experiencia del cliente en sus intentos para el cambio.*

Al reconocer a los clientes como expertos de sus viviencias, también se reconoce que han realizado intentos eficaces o ineficaces para solucionar los problemas que han ido surgiendo en sus vidas. Es importante conocer su propia teoría del cambio e ir validando sus experiencias a la vez que se establecen conversaciones sobre aquellos aspecto que han favorecido el "seguir adelante" o simplemente "no retroceder". La propia vida del cliente está cargada de experiencias que pueden y deben ser reconocidas y validadas.

- *Solicitar feedback en los diferentes momentos del proceso de ayuda.*

Desde la óptica colaborativa se reconoce como prioritario solicitar feedbacks al cliente y/o familia tanto al final de las entrevistas como en los diferents momentos del proceso. Este tipo de prácticas generan competencia y a la vez crean una proximidad con los clientes. Solo solicitando y reconociendo la opinión del cliente a lo largo del proceso se podrá ajustar la intervención y trabajar desde las necesidades reales y consensuadas del cliente y/o familia.

- *Discutir la resistencia al cambio.*

La resistencia es el conjunto de acciones que se dan en el sistema terapéutico, que de se dan con el objetivo de impedir la consecución de los objetivos de la persona-familia con respecto a la intervención terapéutica. El sistema terapéutico incluye al cliente y/o familia, al/a la profesional y la institución o centro dónde se desarrolla la intervención (Anderson y Stewart 1988, citados en Moreno y Fernández, 2014). A partir de la definición se puede concluir que la resistencia no está en la familia sino en la interacción que se genera entre el profesional y el contexto de la intervención (Moreno y Fernández, 2014). Desde esta base se entiende que la

resistencia al cambio no debe ser observada de forma unilateral, sino más bien como un obstáculo entre el/la trabajador/a social y la persona-familia.

- *Introducir equipos reflexivos, o de apoyo que puedan aportar nuevos puntos de vista.*

Poder contar con un equipo de apoyo para los casos más complicados o emocionalmente cargantes, puede ayudar a aportar distintos puntos de vista que potencien y refuercen el cambio (Moreno y Fernández, 2014). La relación con el cliente y la familia no es exclusiva, sino que los demás profesionales, previa aceptación del cliente, pueden participar en diversos momentos del proceso, ya sea con ceremonias de definición (White, 2007) o supervisión (Hawkins y Shohet, 2000).

- *Compromiso ético en la intervención.*

La aceptación de una demanda por parte de un cliente implica una responsabilidad y un compromiso por parte del/de la trabajador/a social que le atiende. El cliente tiene derecho a tomar sus propias decisiones y cometer sus propios errores. El papel del/de la trabajador/a social consistirá en "comprender su experiencia y ayudarlo a que él/ella lo comprenda para acompañarlo en una parte de su recorrido vital y hasta donde lo permita y acordemos con él/ella" (Ituarte, 2017, p. 38).

Bajo estas premisas intrínsecas en un proceso de ayuda colaborativo, la relación de ayuda debe guiarse en todos los casos, aún más si cabe en los más complejos, por prácticas cooperativas, realizando anclajes en los puntos de conexión y ampliando la curiosidad genuina hacia pequeños puntos de acuerdo (Cardona et al., 2017; Lipchik, 2005; Madsen, 2018; O'Hanlon, 2001). Tal y como señala Fombuena (2011) "el trabajo social podría ganar respeto y legitimidad de los usuarios y de las instituciones si consiguiera transmitir el interés real que

siente hacia las personas con dificultades y con las trayectorias vitales frecuentemente complejas y dolorosas" (p.67).

El/la trabajador social de casos deberá contar con una serie de capacidades, competencias y recursos para llevar a cabo un Trabajo Social Relacional. En la Tabla 2 se recogen algunos de ellos:

Tabla 2

Capacidades, competencias y recursos del trabajador/a social de casos

- Creatividad y flexibilidad para incorporar ideas o estrategias (Ceberio y Linares, 2005)
- La curiosidad genuina por conocer al otro (White, 2002b)
- Dominio de la comunicación verbal y la capacidad de hablar el lenguaje del cliente (Ceberio y Linares, 2005)
- El sentido del humor, que cree un ambiente distendido y alivie tensión (Ceberio y Linares, 2005)
- Capacidad para apoyar a las personas para que sean capaces de proponer sus puntos de vista (CDTS, 2007)
- La humildad y pérdida de poder en el proceso (White y Epston, 1993)
- Flexibilidad mental para observar y explorar competencias ocultas en los discursos dominantes (White, 2002a)
- Saber escuchar y observar (Fernández-García y Ponce de León, 2005)
- Facilidad para detectar lenguaje corporal y usar el propio cuerpo como recurso terapéutico (Ceberio y Linares, 2005)
- El uso del lenguaje metafórico (Ceberio y Linares, 2005)
- Reconocer su propia subjetividad (White, 2002a)
- Minucioso (Fernández-García y Ponce de León, 2005)
- Compromiso ético con la profesión, con sus clientes y con él/ella mismo (Ituarte, 2017)
- Capacidad para investigar, evaluar, analizar y utilizar el conocimiento más actual en las prácticas de Trabajo Social (CDTS, 2007)

El/la trabajador/a social requiere de un conjunto de competencias para atender de manera adecuada a los clientes que solicitan su ayuda. El/la trabajador/a social no solo se interesa por una demanda mayor o menormente definida, sino que se interesa de forma genuina por una narración, un relato sobre cómo esta persona se relaciona con el problema, lo que

significa para ella, su entorno, su cultura y cómo interioriza lo que le está ocurriendo. El cliente experimenta amor, odio, sufrimiento, desesperación o angustia, una experiencia única que es la suma de las experiencias anteriores (Tuerlinckx, 1973a). Las historias que relata el cliente son exclusivas, pues solo él/ella las ha vivido. Ante acontecimientos semejantes, las personas reaccionan de forma diferente. El papel del trabajador/a social de casos no solo debe acercarse al cliente sino también reconocerlo, comprenderlo y respetarlo a partir de sus diferencias individuales (Tuerlinckx, 1973a) y mantener conversaciones constructivas donde los conocimientos del cliente son rescatados y valorados.

Para Fernández-García y Ponce de León (2005) la expresión y combinación de sentimientos es otro principio fundamental en el Trabajo Social de Casos. Así, el/la trabajador/a social convive con un sinfín de emociones propias y del cliente que son el reflejo conductual de situaciones problema que están entrelazadas con otras emociones que despertará el proceso de intervención. Toda necesidad, problema, dificultad o conflicto lleva asociado un componente emocional. Una pérdida de trabajo, el diagnóstico de Alzheimer de un mimebro de la pareja, la pérdida de una madre o el diagnóstico de una enfermedad terminal en un hijo/a generarán angustia, tristeza, rabia, ansiedad, pena, temor o bloqueo dependiendo de la persona que lo experimente y entonces se "crea un binomio inseparable entre el problema y la expresión emocional del mismo" (Fernández-García y Ponce de León, 2005, p. 53). Bajo este principio el trabajador/a social deberá facilitar la confianza para que se puedan liberar tales sentimientos, comprender la situación y profundizar en la comunicación y la expresión de ellos. Como afirman Lazarus y Lazarus (2000) "comprender las emociones propias o ajenas es comprender las maneras en que las personas interpretan la importancia de acontecimientos cotidianos en sus vidas y cómo estos acontecimientos afectan a su bienestar personal" (p.17).

Una de las principales funciones del/de la trabajador/a social de casos es la de crear un clima cálido y de cordialidad en el que la persona y/o familia pueda encontrar un espacio donde

poder reflejar sobre sus expresiones emocionales y que el/la trabajador/a social lo pueda concebir bajo las premisas de sensibilidad y comprensión (Fernández-García y Ponce de León, 2005), creando de forma conjunta un espacio donde se puedan contruir alternativas o visiones distintas a las inicialmente narradas.

Según White y Epston (1993) la identidad de las personas se crea a partir de una selección de relatos acontecidos en el tiempo en torno a un tema que conforman una historia influida por la cultura dominante. Ambos autores insisten en que las personas son multihistoriadas y el papel del profesional de la relación de ayuda, en este caso el/la trabajador/a social, consistirá en ayudar a rescatar otros relatos de la vida de los clientes que ayuden a construir historias diferentes; historias de capacidad. Desde esta óptica, los problemas son relacionales y por ello el Trabajo Social de Casos, previo permiso, generará conversaciones sobre la relación de la persona con el problema y sobre la influencia del problema en la persona y en la cultura.

En el marco del Trabajo Social de Casos, realizar intervenciones de calidad que perduren en el tiempo, sólo es posible con una actitud empática, una escucha activa-sincera (Shemmings, 2017) y con curiosidad genuina ante las historias, normalmente de dolor y de resistencia, que relatan los clientes y familias. Esta predisposición del/de la trabajador/a social será fundamental para conectar con el cliente y con su historia; la base de tal conexión será la Empatía (capítulo II), pero las consecuencias del vínculo no son solo positivas (capítulo III) pues en ocasiones implican desgaste.

CAPÍTULO II:

LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA

LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA

2.1 CAPACIDADES Y ACTITUDES PROFESIONALES EN LA RELACIÓN DE AYUDA

Para llevar a cabo una profesión enmarcada en la relación de ayuda de forma adecuada se requieren una serie de capacidades y actitudes básicas. El Manual de acompañamiento del Trabajo Social (2003), editado por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, señala algunas de las capacidades y actitudes que deben fomentarse en la práctica relacional. Entre ellas se describen como necesarias: estar bien informado; capacidad de análisis; capacidad de relación interpersonal; la claridad y transparencia; respeto; confianza; creatividad; flexibilidad y Empatía. De entre todas estas capacidades y actitudes profesionales descritas se destaca el papel de la Empatía.

Para el buen funcionamiento de cualquier relación interpersonal deben existir unos niveles mínimos de Empatía (Marroquín, 2002). Será imposible generar una interacción relacional adecuada con el otro sin que al menos uno de los participantes tenga la capacidad de captar emociones de alegría, enfado o rabia en la otra persona.

> La empatía facilita al trabajador social el intentar ponerse en el lugar de las personas que atiende, para poder comprender su situación desde su misma perspectiva, pero sin sustituirlas en su responsabilidad, evitando tomar decisiones por ellas y no imponiendo ninguna actividad que, todavía, no se encuentre en disposición de realizar. (Rodríguez et al., 2003, p. 33)

En la actualidad, pocos conceptos han sido tan estudiados como la Empatía. Áreas como la psicología, la filosofía, la educación, la biología y la neurociencia, entre otras, han estudiado

este concepto ofreciendo multitud de definiciones y modelos de análisis. A día de hoy no se encuentra un consenso ni en su definición ni en sus teorías, las cuales muestran mucha controversia entre los propios investigadores/as. Algunos parten de que la Empatía tiene una base afectiva (Decety y Lamm, 2006) o emocional mientras que otros parten de la idea de que es un proceso cognitivo (Wispé, 1986). Existe debate sobre si la Empatía es una actitud o una capacidad; la literatura más actual parte de modelos integrativos que aúnan ambos constructos (Barker, 2008; Davis, 1980). En el siglo XXI los investigadores más innovadores basan sus modelos en teorías fundadas en la neurociencia (Iacoboni, 2009; Rizzolatti y Sinigaglia, 2008) mientras que los más clásicos se centran en teorías de la evolución humana (Plutchik, 1992). Siguiendo con la dicotomización del concepto, se debate sobre si la Empatía es un proceso consciente (Premack y Woodruff, 1977) o inconsciente (Preston y de Waal, 2002).

La presente investigación se centra en las consecuencias de la relación de ayuda dentro del marco profesional del Trabajo Social. Desde esta perspectiva será importante destacar el papel que juega la Empatía dentro de esta relación. A la Empatía existente entre el profesional de la relación de ayuda y el cliente será referenciada como "Empatía Terapéutica". Antes de llegar al concepto de la Empatía Terapéutica en la relación de ayuda será necesario conocer qué es la Empatía y cómo se genera. Linley (2003) afirma que conocer y aprender a regular la Empatía dentro de un proceso de ayuda, ayuda a promover la experiencia y aumenta la sabiduría. Desde esta visión, la Empatía podría jugar un papel importante en la prevención de la Traumatización vicaria y el Desgaste por Empatía.

La Empatía es particularmente importante en la práctica del Trabajo Social. Según las investigaciones de Gerdes y Segal (2011), los clientes que experimentan Empatía a través de la interacción con el/la trabajador/a social tienen mejores resultados en sus procesos de cambio. Las teorías evolutivas, sociológicas y de neurociencia se utilizan para describir los orígenes de la Empatía como un proceso históricamente adaptativo e interactivo. Mientras tanto, las teorías

del Trabajo Social enfatizan la Empatía como una estrategia de ayuda interpersonal y principio organizador esencial para la práctica del Trabajo Social (King, 2011).

A lo largo de este capítulo se realizará un recorrido por el concepto, resaltando las definiciones más importantes y los constructos que la componen. A la vez, se repasarán sus modelos e instrumentos de medida más destacados. Finalmente, se pondrá atención en la Empatía Terapéutica como parte de la fórmula del éxito en una relación de ayuda.

2.2 ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA EMPATÍA

La capacidad humana para empatizar se ha venido estudiando desde el siglo pasado a través de una gran variedad de corrientes (psicología, medicina, neurología, educación, trabajo social…) lo que ha llevado a abrir diferentes líneas de estudio. Tal y como afirma Castillo (2016b), el uso coloquial de la palabra podría hacer pensar que se trata de un constructo sencillo y de fácil compresión. Actualmente se sabe que la Empatía es un concepto polisémico, por lo que su complejidad a nivel neuronal, fisiológico y emocional es alta. En este apartado se realizará un recorrido histórico sobre la evolución del concepto Empatía.

A lo largo de la historia, el concepto de la Empatía se ha estudiado desde dos grandes corrientes. En sus inicios era estudiada desde una visión cognitiva y, con el paso del tiempo, se fue acentuando una segunda visión de carácter afectivo o emocional. Se han encontrado grandes defensores y detractores de cada una de estas corrientes. A finales del siglo XX los primeros autores empezaron a unir ambas visiones (Davis, 1980; Hoffman, 1976) consiguiendo un concepto más completo.

Remontándonos a las raíces históricas del concepto Empatía, observamos que el término deriva del griego *em-patheira*, que significa “sentir en” o “sentir dentro”. La noción de la

empatía se aplicó por primera vez en el contexto de la apreciación artística. Es en el siglo XIX y comienzos del XX donde empieza a ser considerada como esencial para comprender la estética, considerándose un estímulo creativo para los artistas. Tal explicación tomó sentido con el concepto *Einfühlung*, posteriormente traducido al inglés como *sympathy*. Las primeras definiciones de *Einfühlung* se referían a los tipos de sentimientos que podrían percibirse en el campo, incluidos los cambios y las sensaciones propioceptivas (Rothschild, 2006). Así, hasta el siglo XX la Empatía era un concepto ligado a la filosofía estética (Bermejo, 2012) relacionándolo con la idea de que una persona pudiera verse profundamente afectada por la disposición anímica de algo (Rothschild, 2006). De la mano de pensadores cono Tichener, Scheler y Stein, empezó a relacionarse con aspectos más filosóficos y psicológicos (Bermejo, 2012).

Existe discusión sobre cuál fue el autor que acuñó por primera vez el término Empatía. Algunos autores como Davis (1996) y Wispé (1992) le otorgan el privilegio a Titchener en 1909. Aunque mayoritariamente se afirme que Titchener acuñó el término, a día de hoy no se sabe cuál era el sentido que quería otorgarle (Eisenberg y Strayer, 1992).

Según Eisenberg y Strayer (1992), Lipps fue el primer pensador que organizó el concepto en el campo de la psicología, concluyendo que los sujetos se proyectaban en las configuraciones percibidas. En 1903 Lipps (citado en Wispé, 1986) señaló que "la empatía se produce por la imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro" (Fernández-Pinto, López-Pérez, y Márquez, 2008, p. 284). Lipps afirmaba que existían dos esferas de conocimiento: el conocimiento de los objetos y el conocimiento de uno mismo. Tanto Lipps como Titchener creían que la imitación interna era el mecanismo por el cual se producía la Empatía, concepto conocido actualmente como mimetismo (Davis, 1996). Para Lipps "uno se conocía así mismo a través de la percepción y conocía los objetos a través de la información sensorial" (Eisenberg y Strayer, 1992, p. 29).

Durante los primeros años del siglo XX el concepto de la Empatía fue despegándose de la esfera artística y calando en el campo psicológico. En 1929, Köhler sostuvo que la Empatía era más la comprensión de los sentimientos de los demás que un intercambio de ellos (Fernández-Pinto et al., 2008). Para él, los procesos que conducían al intercambio afectivo ya no eran esenciales. Según Köhler, comprender a otras personas podría llevarse a cabo simplemente viendo e interpretando sus acciones, sus movimientos y sus señales físicas (Davis, 1996).

A principios de los años treinta, Piaget avanzaba en sus teorías del desarrollo infantil. Según su teoría, los niños en edades tempranas, son seres incapaces de diferenciar entre las experiencias de uno mismo y las de los demás. Con los años y el avance en las etapas de desarrollo cognitivo, se vuelven capaces de suprimir su perspectiva egocéntrica para distinguir su propio pensamiento del de los demás (Piaget y Inhelder, 1956). Este nuevo punto de vista marcó un cambio importante en la dirección de la investigación sobre la Empatía (Davis, 1996). Fue en 1934 cuando Herbert Mead le dio relevancia a la capacidad de aprender a vivir de manera efectiva en un mundo altamente social. El investigador señaló la capacidad de las personas para asumir el papel de otras, entendiendo la Empatía como medio para comprender cómo ven el mundo (Davis, 1996).

En 1947, Fenichel empieza a hablar de la Empatía como identificador del otro (Davis, 1996; Fernández-Pinto et al., 2008). Fue alrededor de los años 40 cuando empezó a relacionarse la Empatía con la "agudeza visual" (Davis, 1996), es decir, la "precisión de la percepción" de los demás. Esta línea de investigación duró apenas una década, ya que en 1950 se descubrió que la técnica más popular para evaluar la precisión tenía serios problemas metodológicos.

En 1949, Dymond introdujo el término "adopción de perspectiva" y, bajo esta misma concepción, Hogan describió en 1969 la Empatía como una aproximación para percibir lo que acontece en las mentes de las demás personas (Fernández-Pinto et al., 2008).

Hasta la época de los años sesenta no se instaura la dimensión afectiva en la comprensión de la Empatía. Autores/as como Stotland en 1969, Mehrabian y Epstein en 1972 o Wispé 1978, se aproximaron a una definición de la Empatía en el campo de lo emocional (Fernández-Pinto et al., 2008).

Kohut ha liderado investigaciones defendiendo la Empatía en todo tipo de relaciones interpersonales (Rothschild, 2006). El concepto de Empatía de Kohut (1971) se basa en "ponerse en la piel" de la otra persona. Kohut descubrió que cuando lograba entender qué es lo que sentía el cliente y tenía la oportunidad para demostrarlo a través de la reflexión verbal precisa, el paciente solía mejorar (Rothschild, 2006). Kohut elaboró un método verbal sobre experiencia subjetiva del paciente, donde la Empatía y la reflexión verbal eran claves para el proceso comunicativo.

Davis (1980) fue el primer investigador que agrupó las dimensiones cognitiva y afectiva, creando una definición más integradora. Davis propuso una visión multidimensional de la Empatía que obtuvo una amplia aceptación en el mundo académico. Este mismo autor concretó el concepto creando un instrumento para medirla, el "Interpersonal Reactivity Index" (Davis, 1983). Con una visión integradora, Davis (1983) propone que la Empatía es un constructo formado por cuatro dimensiones, dos afectivas y dos cognitivas. En la visión cognitiva distingue la *Fantasía* y la *Toma de Perspectiva*, mientras que en la afectiva incluye el *Malestar Personal* y la *Preocupación Empática.*

En los años noventa, Batson (1991) e Igartua y Páez (1998) introducen la perspectiva situacional (Fernández-Pinto et al., 2008). Batson deja a un lado el aspecto más cognitivo y la describe cómo la emoción que se desprende ante un estímulo concreto (Batson, 1991). Por su parte, Igartua y Páez (1998) engloban la visión cognitiva y afectiva desde la perspectiva situacional. Los factores situacionales son mediados por las habilidades cognitivas, las cuales

permiten discernir cúal es la acción más adecuada que debe seguirse frente a la situación concreta con los demás, sin dejar de lado las experiencias vividas y las reflexiones.

A principios de los años noventa se empieza a introducir el estudio de la Empatía desde la perspectiva de la inteligencia emocional (Fernández-Pinto et al., 2008). Este concepto tomó fuerza tras la publicación del *Best-Seller* mundial "Inteligencia Emocional" de Daniel Goleman (1996), aunque fue utilizado previamente primera vez por Salovey y Mayer (1990). Estos autores se refieren a cualidades como "la comprensión de nuestros propios sentimientos, la empatía por los sentimientos de los demás y la regulación de la emoción de forma que intensifique nuestras vidas" (Candela, Barberá, Ramos, y Sarrió, 2002, p. 165). La crítica más potente que se le hace a este enfoque es que solo observa la Empatía como una habilidad o capacidad cognitiva, dejando de lado los aspectos más emocionales (Fernández-Pinto et al., 2008).

En el siglo XXI, el concepto de la Empatía ha seguido suscitando interés en infinidad de campos de estudio como la neurología, la biología y la psicología. Preston y De Wall (2002) retoman la perspectiva evolucionista desarrollada inicialmente por Plutchik (1992), haciendo hincapié en la relación entre la Empatía humana y la animal (López, Filippetti, y Richaud, 2014). Esta perspectiva, inicialmente presentada por Darwin hace más de un siglo (Goleman, 2006), defiende que el estar conectado a los demás es una necesidad de la vida en grupo y que tal convivencia tiene ventajas evolutivas. Bajo estas concepciones, se desarrolla la teoría sobre la vinculación emocional innata entre madres e hijos como base para las relaciones humanas. Los hallazgos del neurocientífico Rizzolatti y su equipo sobre las neuronas espejo (Rizzolatti y Sinigaglia, 2008), fueron claves para confirmar la capacidad innata de la Empatía.

En la actualidad se está apostando por líneas de desarrollo donde la Empatía se presenta como una habilidad comunicativa que facilita la adaptabilidad y la cohesión en el grupo. En

este sentido, la Empatía está implícita en la escucha, en el mensaje que se recibe y en las acciones de respuesta, posibilitando así el encuentro humano (Muñoz y Chaves, 2013).

Actualmente ya no se discute sobre si la Empatía es cognitiva o emocional, ya se asume que se compone de ambos aspectos. En la actualidad se la describe como una habilidad comunicativa, una capacidad del ciudadano para convivir en sociedad, o un aspecto que forma parte de la inteligencia emocional (Muñoz y Chaves, 2013).

2.3 DEFINICIONES DE EMPATÍA

Actualmente, el concepto "Empatía" es utilizado de forma coloquial en conversaciones cotidianas. La mayor parte de la población cree conocer su significado y lo utiliza como sinónimo de "conectar con", "*feeling*", "buena sintonía con", "escuchar" o "comprender" entre otros. La vulgarización del concepto ha provocado que la Empatía sea un concepto escurridizo que provoca tanto interés como confusión (Eisenberg y Strayer, 1992). Un estudio reciente realizado por Cuff, Brown, Taylor y Howat (2014) desveló las diferentes definiciones existentes a través de una exhaustiva revisión sistemática. Únicamente en inglés se encontraron cuarenta y tres definiciones distintas.

Según afirman las autoras Eisenberg y Strayer (1992), no existe una definición correcta sobre la Empatía; solamente existen definiciones diferentes. El único acuerdo en la literatura relativo al concepto de Empatía es que existe un amplio desacuerdo sobre su definición (Rothschild, 2006). A continuación se redactan algunas definiciones con diferentes enfoques.

Partiendo de un enfoque más afectivo encontramos la clásica definición de Eisenberg y Strayer:

> Le empatía implica compartir la emoción percibida en otro, "sentir con" otro. Esta reacción afectiva vicaria puede ocurrir como respuesta a unas claves perceptibles externas, indicadoras del estado afectivo de otro (p. ej., las expresiones faciales de una persona), o como resultado de la inferencia del estado emocional en base a claves indirectas (ej., la naturaleza de la situación del otro). Así, definimos la empatía como una respuesta emocional que brota del estado emocional del otro y que es congruente con ese estado emocional del otro, pudiendo empatizar con una alta gama de sentimientos. (Eisenberg y Strayer, 1992, p. 15)

Según Davis (1983), la Empatía es esa capacidad psicofisiológica que nos permite sentir y percibir el bienestar y el malestar del otro desde una perspectiva cognitiva y emocional. Según Rogers (1984) la Empatía supone percibir y experimentar el mundo privado del cliente "como si" fuera el propio.

Una de las definiciones más utilizadas en la actualidad (Sánchez-Queija, Oliva, y Parra, 2006) es la de entender la Empatía como una reacción emocional elicitada y congruente con el estado emocional del otro, asemejándose así a lo que los demás sienten o pueden llegar a sentir (Holmgren, Eisenberg, y Fabes, 1998). Sánchez-Queija, Oliva y Parra (2006) critican tal definición al afirmar que carece de los conceptos como simpatía, malestar personal y adopción de perspectiva. Ellos prefieren utilizar la definición creada por Mehrabian y Epstein (1972) donde se entiende la Empatía como la experiencia vicaria del estado emocional de los demás.

Decety y Jackson (2004) describen la Empatía como la experiencia natural y subjetiva entre los sentimientos expresados por uno mismo y los de los demás, sin perder de vista a quién pertenecen esos sentimientos. Para ellos, la Empatía no solo incluye la experiencia emocional de los demás, sino que además implica el reconocimiento y comprensión de estos.

González de Rivera (2005), indica que "la empatía es fundamental para establecer relaciones íntimas, y constituye el principio de conexión entre los seres humanos" (p.3). Afirma que su funcionamiento es necesario para la identidad de los grupos y que solamente a través de ella podemos llegarnos a sentir partícipes de la experiencia de los demás. Continúa indicando que la Empatía es "la función mental que nos permite no estar centrados en uno mismo y ver las cosas desde el punto de vista de otras personas" (González de Rivera, 2005, p. 5).

Rosthschild (2006), desde una visión más psicoterapéutica, entiende la Empatía como un tejido conector que favorece la buena relación y facilita el desarrollo de la confianza con los clientes, permitiendo acoger los sentimientos del otro como propios.

Baron-Cohen (2012) señala que la Empatía se produce cuando "suspendemos nuestro enfoque de atención único centrado exclusivamente en nuestra mente y, en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble que también entra en el otro" (p.27). Completa la definición con "la Empatía es nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente y responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada" (p.28) incorporándole aspectos del proceso y del contenido.

En el área de las relaciones de ayuda se considera que la Empatía "es la capacidad de ser sensible, comprender, darse cuenta de los sentimientos, pensamientos, experiencias y significados de otra persona, sin que estos sentimientos, pensamientos y experiencias hayan sido necesariamente comunicados de manera objetiva y explícita" (Bermejo, 2012, p. 17).

Moya Albiol (2014), afirma que la Empatía favorece la tolerancia, el respeto y la solidaridad generando así mayor felicidad en las personas. El autor apuesta por Empatía como producto de la interacción entre factores ambientales y biológicos inmersos en constante modificación. Para Moya (2014), la Empatía contribuye al desarrollo ético y moral y afirma que los humanos son cada vez más empáticos.

La gran cantidad de definiciones nos lleva a poder clasificar la Empatía como una capacidad, una reacción, un proceso, una variable de interacción, un rasgo de la personalidad o una actitud (Castillo, 2016b). Como se verá en los siguientes apartados, para la presente investigación se utilizará una concepción de la Empatía que aúna la capacidad con la situación y la emocionalidad junto con el reconocimiento del tú y el yo. Por este motivo se considera que la definición que mejor combina estos aspectos sería la de Cuff:

> La empatía es una respuesta emocional (afectiva) que depende de la interacción entre el rasgo capacidad e influencia de la situación. Los procesos empáticos se desencadenan automáticamente pero también son conformados por procesos de control de arriba hacia abajo. La emoción resultante es similar a la percepción de uno (directamente experimentado o imaginado) y la comprensión (empatía cognitiva) del estímulo emoción, con el reconocimiento de que la fuente de la emoción no es propia. (Cuff et al., 2014, p. 1159).

Añadir que la Empatía debe considerarse dentro de un contexto evolutivo y social, siendo una cualidad humana imprescindible para vivir en sociedad (Maín, Rondón, Tauber, Viñuela, y Zamponi, 2009). Como afirma Carpena (2016):

> La empatía no es una idea romántica, ni una cualidad de algunos, ni una aportación espiritual de otras culturas, sino una capacidad humana que ha ido cambiando a lo largo de la evolución y que puede seguir haciéndolo. La empatía puede ser desarrollada y la educación tiene un papel fundamental en ello, tanto como el marco en el que se desarrolla. El camino empieza por la empatía con uno mismo, continúa con las personas cercanas y, trascendiendo al propio grupo, debe llegar a sentimientos universales con consciencia de formar parte de una gran familia: la humanidad. (p.15)

2.4 DIMENSIONES Y MODELOS DE LA EMPATÍA

Tal y como se ha demostrado en el apartado anterior, hasta la década de los ochenta existía poco consenso sobre la multidimensionalidad de la Empatía. A lo largo de la historia del concepto, han existido dos grandes posturas (emocional-afectivo o cognitivo) las cuales han tenido tanto defensores como detractores. Para autores como Deutsch y Madle, la Empatía se entiende como un proceso cognitivo, mientras que Feshbach, Bateson, Coke y Hoffman lo consideran primordialmente afectivo (Muñoz y Chaves, 2013).

Cabe señalar que el aspecto afectivo-emocional de la Empatía puede ser un sentimiento vicario o compartido respecto a las vivencias de otras personas, las cuales pueden llegar a provocar en el sujeto conductas positivas (altruismo) o a emociones más perjudiciales tales como la angustia o la aversión (Davis, 1980, 1983; Eisenberg y Strayer, 1992; Muñoz y Chaves, 2013).

En 1980, Davis empieza a estudiar la Empatía desde un enfoque multidimensional que incorpora la unión de las dimensiones cognitivas y afectivas. Según Davis, (1980, 1983) solo desglosando el constructo en variables puede medirse correctamente. Después de años de investigación, Davis concreta que las dimensiones cognitivas están compuestas por sub-constructos como la Toma de Perspectiva y la Fantasía. Para el aspecto emocional se basa en la Preocupación Empática y el Malestar Personal. En la figura 2 pueden observarse las definiciones que le da el autor a cada una de ellas.

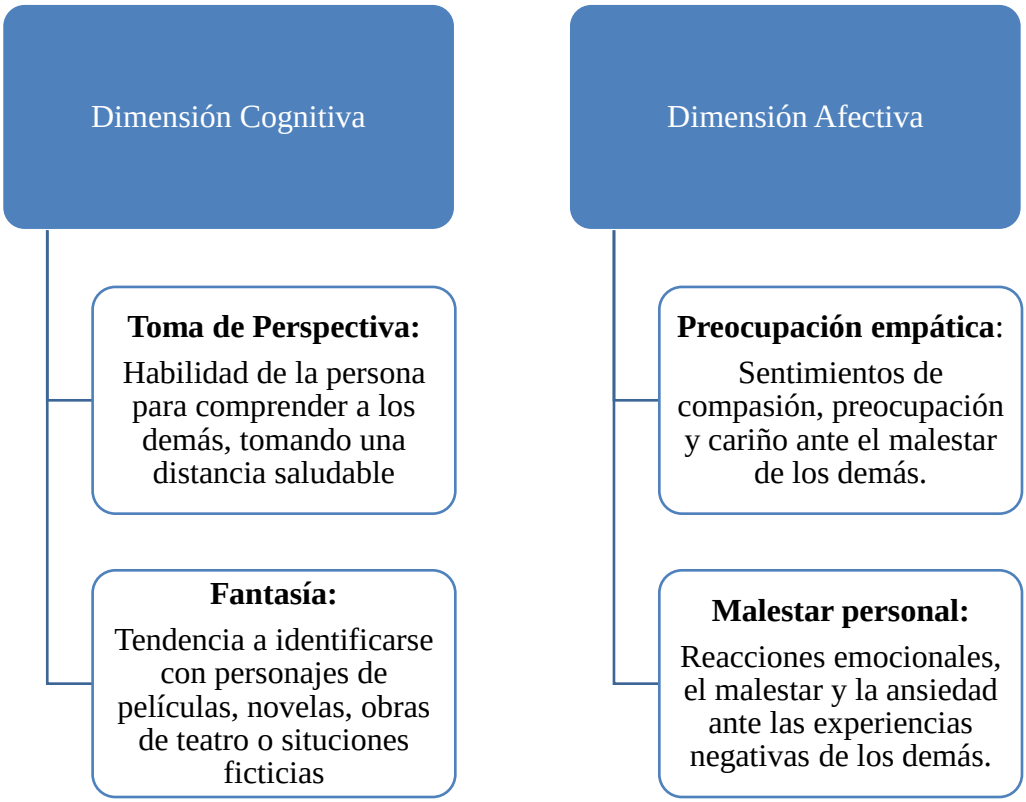

Figura 2: Las dimensiones de la Empatía según Davis (1980). Elaboración propia.

Decety y Jackson (2004), críticos con el modelo de Davis, propusieron un modelo de Empatía que implica el procesamiento paralelo y distribuido en una serie de mecanismos computacionales disociables. Para ellos las dimensiones que componen la Empatía están formadas por cuatro macrocomponentes, que se basan en sistemas neuronales específicos. El componente "intercambio afectivo" comprende reacciones automáticas basadas en la observación del otro. La "autoconciencia" es entendida por los autores, como la capacidad de la persona para diferenciar las experiencias propias. La "flexibilidad mental" o toma de perspectiva es comprendida como el proceso cognitivo de imaginar la perspectiva del otro. El último componente es la "regulación emocional", descrita como la capacidad de una persona para sentir sentimientos de otra sin sentirse abrumado por ello.

Los últimos avances en esta área han sostenido que la empatía va más allá de la respuesta automática, lo que lleva a incorporar un quinto componente (Lietz et al., 2011) llamado "actitud empática" (Gerdes, Lietz, y Segal, 2011; Lietz et al., 2011). Este componente tiene alta relevancia en el área de la relación de ayuda, ya que incorpora una respuesta emocional consciente ante el comportamiento y las emociones de los demás.

En 1996 Davis propuso un modelo llamado "Modelo organizacional", en el que explicaba los antecedentes, procesos y consecuencias de la Empatía (Davis, 1996). El objetivo del modelo que se presenta a continuación es enfatizar la conectividad de los diversos constructos que relacionan las respuestas del individuo y las experiencias del otro.

Si se observa la figura 3, se pueden identificar los cuatro constructos propuestos por Davis:

- *Los antecedentes*, referidos a las características del observador, el objetivo o la situación.
- *Los procesos,* referido a los mecanismos particulares por los cuales se producen los resultados empáticos.
- *Las respuestas intrapersonales*, referidas a las respuestas cognitivas y afectivas producidas en el observador que no se manifiestan en un comportamiento hacia el objetivo.
- *Las respuestas interpersonales,* serían las respuestas de comportamiento dirigidas al objetivo.

Para Davis es importante la configuración de la figura 3, ya que las influencias más potentes son las ejercidas por los constructos más próximos entre sí. En los antecedentes señala a la persona, debido a sus capacidades biológicas (como por ejemplo la capacidad intelectual), la historia de aprendizaje vivida (la socialización de los valores y comportamientos) o las

diferencias individuales (como tendencia a participar en procesos relacionados con la Empatía o experimentar resultados empáticos).

Davis incluye en su modelo el aspecto situacional. Para el autor, las respuestas hacia otra persona surgen de algún contexto situacional específico. Ejemplo de situaciones podrían ser la lectura de un periódico, una conversación cara a cara o la observación de una conversación.

Según plantea Davis (1996), el segundo constructo dentro del modelo organizacional consiste en procesos específicos que generan resultados empáticos en el observador. Los procesos no cognitivos son aquellos que requieren poca o nula actividad cognitiva, ejemplo de ello serían la reacción circular primaria o la imitación motora. Los procesos cognitivos sencillos, son los que necesitan una ligera capacidad cognitiva por parte del observador. Ejemplo de ello sería el condicionamiento clásico o el etiquetado. Por otra parte, los procesos superiores o avanzados ya requieren un tipo avanzado de actividad cognitiva. En estos casos Davis, se refiere a la asociación del lenguaje, la toma de perspectiva o la Empatía cognitiva.

Dentro del tercer constructo, Davis incluye las respuestas afectivas (reacción emocional experimentadas por el observador en respuesta a la experiencia observada por el objetivo) y las no afectivas (resultados de naturaleza no afectiva, como los juicios interpersonales o la precisión interpersonal). Por último, las respuestas interpersonales pueden clasificarse en conducta de ayuda, agresión o conducta social.

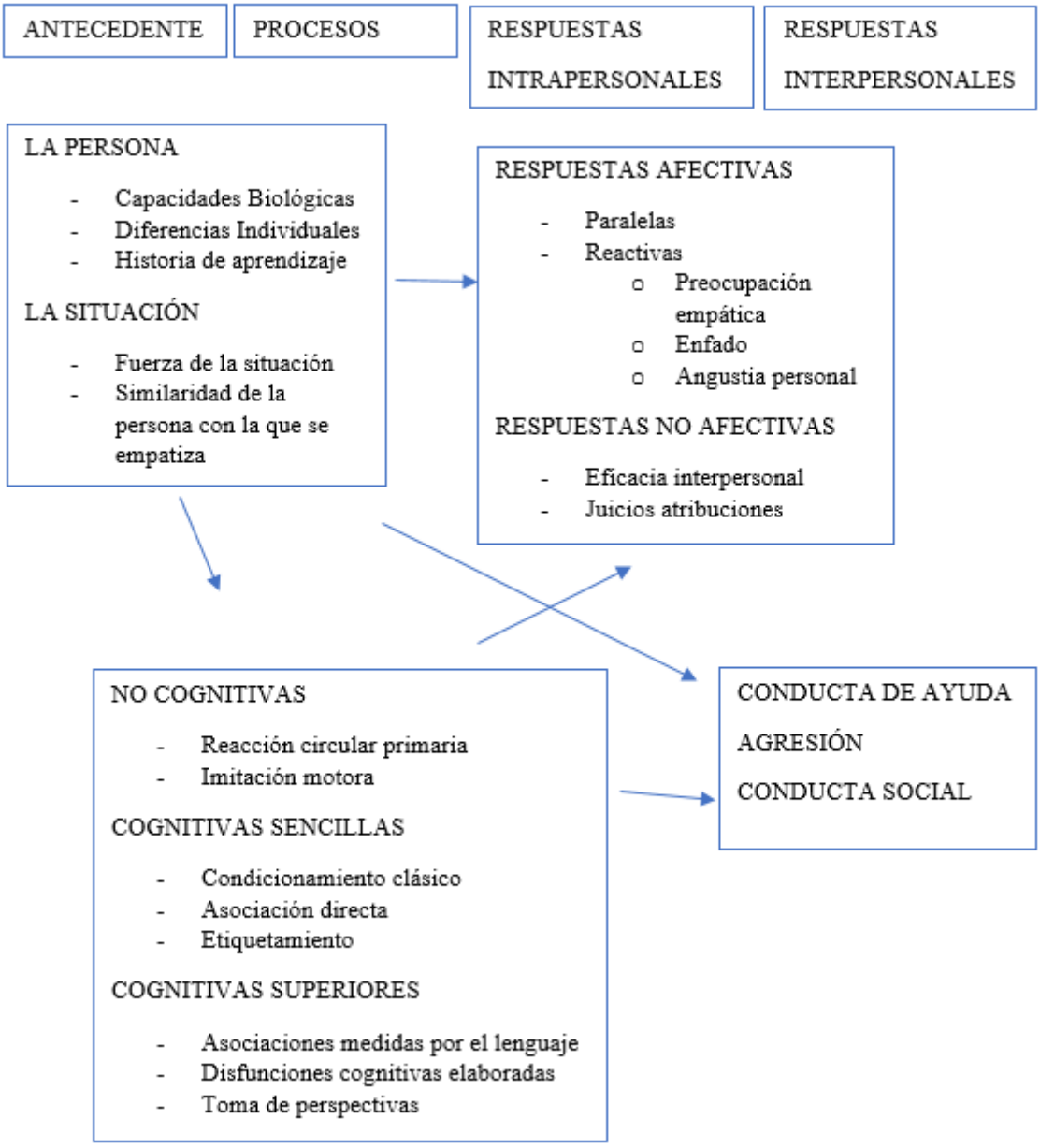

Figura 3: Modelo Organizacional de Davis, (1996, p.13)

Los avances en el campo de la neurociencia han permitido la implantación de modelos más biológicos como el *Modelo de la Percepción/Acción* de Preston y Waal (2002) o la *Teoría de la Simulación* (Gallese, 2001). En el *Modelo de la Percepción/Acción* la Empatía es entendida como un proceso automático no consciente que pone el acento en la percepción directa (López et al., 2014). Así, la acción y la percepción están entrelazadas funcionalmente

desde el nacimiento del ser humano generando una actividad cortical y subcortical en el cerebro. La imitación es una evidencia de la conducta de la asociación innata entre ambos.

Congruentemente con este modelo, encontramos la *Teoría de la Simulación* (López et al., 2014), la cual pone énfasis en comprender a los demás utilizando la propia mente (Gallese, 2001; López et al., 2014). Gallese alega que cuando se lleva a cabo una determinada acción se pueden predecir sus consecuencias a través de "un proceso de equivalencia motriz". Eso es posible a través de un mecanismo automático no consciente (Gallese, 2001; López et al., 2014) que permite comprender a los demás sin necesidad de razonar. Bajo esta concepción, ver al otro como similar, permite activar el sustrato neuronal y crear lazo sociales.

Dentro del enfoque cognitivo, otra línea de investigación mundialmente reconocida es la *Teoría de la Mente*. Los primeros en apostar por esta teoría fueron Premack y Woodruf (1977) quienes a finales de los años setenta intentaron demostrar, a través de experimentos en laboratorios, que los chimpancés podían comprender la mente humana (Call y Tomasello, 2008; Tirapu-Ustárroza, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao, y Pelegrín-Valero, 2007). El concepto de "teoría de la mente" describe la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus creencias e interacciones (Tirapu-Ustárroza et al., 2007). Las investigaciones como la *Teoría de la Mente,* surgen de estudios de patologías como el asperger o el autismo en las que se encuentran alternaciones en el funcionamiento cerebral (Muñoz y Chaves, 2013; Tirapu-Ustárroza et al., 2007). Esta teoría se sustenta empíricamente en los estudios sobre la activación de zonas prefrontales del cerebro durante la conexión con el otro. Ya es popularmente conocido que la corteza prefrontal es la encargada de procesar información y comparar elementos. Durante el proceso de contactar con el otro, la corteza prefrontal atribuye estados mentales a uno mismo y a los demás, es decir, se trata de un proceso metacognitivo de pensar sobre los contenidos de la mente de otra persona (López et al., 2014). Dentro de la Teoría de la Mente, la "mentalización" (Frith y Frith, 2006), -entendida como leer en el

comportamiento lo que está pasando en la mente de otros- y la "Toma de Perspectiva" -entendida como capacidad de entender una situación desde diferentes puntos de vista- juegan un papel importante.

Aunque los modelos de Percepción/Acción y Simulación se relacionen con aspectos automáticos y poco razonados, y las teorías cognitivas (*Teoría de la mente*) lo hagan desde una perspectiva más racional, no tienen por qué ser teorías contrapuestas. Es posible combinar ambas teorías sin que sean incongruentes entre ellas.

Partiendo de la revisión de otros modelos teóricos de la Empatía, las españolas Fernández, López y Márquez (2008) proponen un extenso modelo llamado *Modelo Integrador Multidimensional de Empatía*. El modelo incluye tanto procesos cognitivos (Adopción de Perspectiva y Comprensión Emocional) como afectivos (Estrés Empático o Alegría Empática). Estos últimos pueden ser de carácter positivo (Alegría Empática) o negativo (Estrés Empático). Este modelo tiene en cuenta perspectivas sociales y disposiciones, a la vez que rescata aspectos como el estrés empático y la compasión. La explicación del modelo es completa pero de difícil evaluación.

De entre todos los posibles modelos existentes, para la presente investigación, se selecciona el Modelo Organizacional de Davis con su concepto multidimensional de la Empatía. Aun existiendo modelos más actuales, se considera que el modelo de Davis es el que ha tenido más recorrido en áreas como la psicología y el Trabajo Social, lo que facilita su estudio y comparación. Además, estos modelos combinan aspectos cognitivos y afectivos que facilitan la compresión del concepto.

2.5 CAPACIDAD EMPÁTICA VS. ACTITUD EMPÁTICA

En sus inicios, la Empatía generaba debate sobre si era una capacidad (recursos y aptitudes que tiene un individuo para desempeñar una determinada tarea o cometido) o una actitud (comportamiento que emplea un individuo para hacer algo). Actualmente, sabemos que en el campo de la relación de ayuda, se necesitan ambas. Así, la Empatía se comprende como una capacidad que incluye elementos cognitivos y afectivos, comunicativos y/o conductuales, sin dejar de obviar que a la vez es un proceso activo, consciente e intencional (Bermejo, 2012). En el marco de este estudio se considera importante remarcar esta diferencia conceptual, ya que por una parte está la aptitud que cada individuo pueda tener y, por otra, la voluntariedad de quererla llevar a cabo.

Los estudios basados en la neurociencia nos han dado las claves para comprender que la Empatía tiene un mecanismo complejo situado en el cerebro ofreciendo la capacidad de los seres humanos de empatizar entre ellos. Disfunciones en esta zona cerebral eliminan dicha capacidad impidiendo identificar lo que la otra persona piensa o siente. Los seres humanos están capacitados biológicamente para ser empáticos (Baron-Cohen, 2012; Goleman, 1996; Muñoz y Chaves, 2013; Plutchik, 1992; Rizzolatti, Fadiga, Gallese, y Fogassi, 1996; Rothschild, 2006) lo que ha posibilitado la supervivencia de la especie humana como individuos que viven en comunidad.

No obstante, como actitud, la Empatía lleva a una persona a reconocer aspectos del mundo interior de otra, incluyendo sus emociones y los significados que les atribuye en base a su experiencia (Bermejo, 2012). La actitud empática, dentro del marco de la relación de ayuda, es la que va a ayudar a no juzgar ni a culpabilizar, posibilitando transmitir mensajes reales, aceptados por el otro. A través de la actitud empática existe una disposición interior de la

persona que se traduce en habilidades como la escucha activa o la respuesta comprensiva. Entonces, se trata de una disposición necesaria para propiciar un tipo de intervención significativa y eficaz que permita acompañar a la persona-familia en su proceso.

Para la presente investigación, enmarcada en el proceso de la relación de ayuda, no se entiende una capacidad empática sin su congruente actitud empática. Un/a trabajador/a social puede tener altas capacidades empáticas, pero si durante la entrevista con el cliente no mantiene la atención plena, estas capacidades no toman sentido.

Hay que destacar que la Empatía puede fomentarse a través del entrenamiento en estrategias de comportamiento empático. Como afirma Castillo (2016b) será importante poner atención tanto en los aspectos fisiológicos (afectivos), cognitivos como conductuales derivados del proceso empático. Ejemplos de tales entrenamientos pueden ser chequear las emociones que se observa en el cliente antes de darles un significado, para ello técnicas como "solicitar un *feedback*" o el uso de "recapitulaciones" para confirmar la información verbal y no verbal comprendida pueden ser de gran utilidad durante el transcurso de las entrevistas. Aprender a generar climas adecuados para que el cliente se sienta lo más relajado posible y pueda expresarse con comodidad, pueden fomentar los procesos empáticos. Así, conductas como el contacto visual, el volumen de la voz, los gestos, expresiones de interés, respuestas positivas (Kelly, 1992) o técnicas como el *joinning* o la acomodación pueden fomentar un clima propicio para establecer la relación de ayuda.

La autoconciencia también es un elemento a tener en cuenta durante el proceso empático. Como se explica más adelante, la Empatía también tiene un papel inconsciente, por lo que prestar atención consciente a los procesos involuntarios ayudará a valorar de forma más precisa tanto lo que se percibe como lo que se siente. Dejar espacios para la reflexión y la toma de conciencia sobre los efectos de la relación de ayuda puede ayudar a prevenir situaciones indeseadas.

Por último, el manejo de las dimensiones de la Empatía puede ayudar a establecer procesos empáticos más equilibrados. Así, el incremento de la Toma de Perspectiva (que ayuda a diferenciar los sentimientos del cliente de los del profesional) y la disminución del Malestar Personal ante los acontecimientos de otra persona sin ver reducida la alianza terapéutica, puede ayudar a establecer procesos de atención más eficientes sobre el cliente-familia y hacia el propio profesional.

2.6 NEUROLOGÍA DE LA EMPATÍA

En las últimas décadas los avances en el área de la neurociencia han crecido exponencialmente. En la actualidad se cuenta con tecnología de neuroimagen que permite ver las conexiones neuronales a tiempo real. Estos avances permitieron investigar el funcionamiento cerebral en actividades muy específicas.

A mediados de los años noventa, un equipo de investigadores italianos (Rizzolatti et al., 1996) se encontraba en la Universidad de Parma estudiando las conductas de captación de los monos (Rothschild, 2006). A través de la conexión de electrodos en los cerebros de los monos, estudiaban el movimiento neuronal frente a la visualización de diversas acciones. De manera fortuita, descubrieron que el mono activaba la misma zona neuronal al hacer una acción que al ver a alguien haciéndola. Este hallazgo científico despertó gran curiosidad ya que por primera vez encontraron evidencias entre el vínculo existente entre el emisor y el receptor. Los resultados hallados en esas células especializadas requerían un nuevo concepto al cual se le dio el nombre de Neuronas Espejo (NE).

En la actualidad se sabe que las NE tienen la finalidad básica de reconocer y comprender las acciones y expresiones de las demás personas permitiendo que éstas puedan orientar sus

respuestas llevando a cabo conductas empáticas y, a la vez, generar relaciones interpersonales que se asienten en reconocer a los demás (Muñoz y Chaves, 2013). Los científicos contemplan las neuronas espejo como una base para el desarrollo del lenguaje.

Como se anunció anteriormente, desde esta óptica más neurobiológica de la Empatía, recientemente aparecieron la Teoría de la Simulación o el Modelo de la Percepción/Acción. Ambas teorías están basadas en la percepción automática de las emociones y encuentran un apoyo empírico en las NE. Precisamente, Gallese, creador de la teoría de la Simulación (Gallese, 2014) formó parte del descubrimiento de las NE (Rizzolatti et al., 1996).

Las primeras investigaciones mostraban que la forma de simulación de las NE era automática y se alejaba de procesos complejos. Actualmente se sabe que las NE se encuentran principalmente en la amígdala y en neocortex. La amígdala es el centro desencadenante de la mayoría de acciones emocionales mientras que el neocortex es el responsable del razonamiento. En la zona inferior del cerebro encontramos el tronco cerebral que tiene la función de controlar las respuestas automáticas. "La estrecha conexión entre las tres áreas sugiere la existencia de un vínculo rápido y poderoso que facilita la coordinación instantánea entre el pensamiento, el sentimiento y la acción" (Goleman, 2006, p. 93). La existencia de estas conexiones lleva a cabo rápidos cálculos sociales que nos indican cómo nos sentimos con determinadas personas, cómo se sienten ellos con nosotros y la respuesta que podemos ofrecer. Estas conexiones neuronales generan conexiones entre la vía inferior y la superior:

> La vía inferior, a través de las NE ultrarrápidas, funciona como una especie de sexto sentido que nos permite sentir, aunque sea de modo difuso y sin ser claramente conscientes de la conexión, lo que sienten los demás. Esta especie de empatía primordial instantánea desencadena una respuesta emocional ajena a toda intervención del pensamiento (Goleman, 1996, p. 101).

> La vía superior se activa cuando prestamos una atención deliberada a la persona con la que estamos hablando para comprender mejor lo que está ocurriendo y modificar, de ese modo, nuestro estado de ánimo, algo que depende fundamentalmente de nuestro cerebro pensante, en particular de los centros prefrontales. En este sentido, la vía superior amplía y flexibiliza el repertorio y fijo de respuestas de la vía inferior. A este segundo proceso Goleman lo llama exactitud empática. Así pues, mientras la vía inferior nos proporciona una afinidad emocional instantánea, la superior genera una sensación social más compleja que, a su vez, facilita una respuesta más apropiada. (Goleman, 2006, p. 102)

En un espacio comunicativo, como es el de la relación de ayuda, la interacción nos permite establecer conexiones y solicitar retroalimentaciones continuas a partir de las expresiones faciales y del tono de voz que nos van reorientando. La vía superior (la mente pensante) nos ayuda a racionalizar y no transgredir ciertos límites.

Posteriores investigaciones han revelado que la Empatía no es sólo un fenómeno psicológico sino también un fenómeno físico (Rothschild, 2006). La Empatía va más allá de un mero proceso cognitivo, ya que integra tanto el aparato cognitivo (mente) como el somático (cuerpo). Según Rothschild (2006) el término que ayuda a definir este concepto es la *empatía somática*, la cual se expresa a través de la división motora del sistema nervioso y esto es percibido mediante el sistema nervioso sensorial.

Un sentimiento como, por ejemplo, la tristeza o la alegría tiene una manifestación somática observable vinculada (Rothschild, 2006). Estas expresiones faciales y postura corporal que se manifiestan visiblemente al experimentar un sentimiento se adquieren mediante una distribución de tensión y relajación muscular. A su vez, cada sentimiento conlleva un patrón particular de actividad no observable asociado, como por ejemplo cambios del sistema nervioso autónomo (por ejemplo, aumento o disminución del ritmo cardíaco). Las características observables de la expresión facial y la postura pueden ser copiadas conscientemente o

inconscientemente, lo que induce a reacciones y sentimientos asociados al sistema nervioso autónomo. De este modo la actividad de las NE puede explicar el mimetismo inconsciente (imitación de un bostezo). Esta sincronía instintiva puede tener un rol evolutivo para la supervivencia de las especies. Bajo esta visión desarrollada por Rothschild coge importancia el concepto "contagio emocional". Este fenómeno permite que los sentimientos que se observan en los demás se compartan y de esta forma propician que se pueda comprender lo que le sucede a la otra persona.

Se considera importante mencionar la Empatía Somática en el transcurso de la investigación ya que en espacios terapéuticos, donde la atención en el otro es plena, de forma consciente e inconsciente se copian expresiones de los clientes. Bajo esta hipótesis, tales expresiones tienen efectos somáticos sobre el profesional que si no se trabajan pueden tener consecuencias importantes (Rothschild, 2006).

Las teorías basadas en la neurociencia como el Modelo de la Percepción/Acción (Preston y de Waal, 2002) "no son suficientes para explicar la compleja serie de inferencias que somos capaces de realizar con respecto a los estados mentales de los demás y la predicción de sus conductas" (López et al., 2014, p. 47). Las neuronas espejo están preparadas para rastrear los cambios de estados emocionales pero son insuficientes para comprender las actitudes o preferencias de los demás (Frith y Frith, 2006; López et al., 2014). Para el trascurso de esta investigación es importante tener presente el funcionamiento neuronal de la Empatía. Gracias a este tipo de teorías se sabe que de forma involuntaria e inconsciente el cerebro humano es capaz de conectar con otros. Esta conexión se realiza ante las emociones presentes y las consecuencias que conllevan.

Las emociones no pueden clasificarse en buenas o malas, ya que todas son biológicamente imprescindibles (Corbera, 2017). Lazarus y Lazarus (2000) distinguen entre quince emociones diferentes y entre algunas de ellas se encuentran las emociones de tipo

desagradable (enojo, envidia y celos) las emociones de tipo existencial (ansiedad, miedo, culpa y vergüenza) y las emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables (alivio, esperanza, tristeza y depresión). Recientemente una investigación realizada por Cerros (2016) demuestra que las emociones más frecuentes en las sesiones de Trabajo Social son la tristeza y la depresión. Puede ser peligroso trabajar en espacios donde predominan este tipo de emociones sin tomar conciencia de las consecuencias que tienen sobre el bienestar del profesional.

Si el profesional no toma conciencia de la dimensión automática de la Empatía y pone medidas para hacerla consciente puede verse afectado por ella. Así como afirma Rothschid (2006), "la empatía inconsciente es el mecanismo de la infección emocional" (p.45). Durante el transcurso de una entrevista, el/la trabajadora social, de forma inconsciente, pueda "absorber" los sentimientos de dolor del cliente. Tal absorción forma parte de un proceso natural dentro de la relación de ayuda (Campos, Cardona, y Cuartero, 2017). La dificultad se manifiesta cuando esta "absorción" es inconsciente y empieza a tener consecuencias somáticas sobre el profesional. Se considera necesario que los profesionales que se dedican a ayudar sean conscientes de lo que implica el contacto con el otro.

2.7 MEDICIÓN DE LA EMPATÍA

La existencia de dos enfoques diferenciados en el estudio de la Empatía (disposicional y situacional) genera controversia entre los/as investigadores/as que creen que la mejor forma de evaluar la Empatía es a través de autoinformes (investigación cuantitativa) y los que creen en las medidas de ejecución (Fernández-Pinto et al., 2008), como por ejemplo "la observación" investigación cualitativa.

En la actualidad el concepto de la Empatía está muy desarrollado aunque el número de instrumentos de medida es más limitado. Aún se acota más si se pretende que la escala tenga buenas propiedades psicométricas y esté validada al español.

Las primeras escalas que se desarrollaron tenían una visión más cognitiva y dejaban de lado los aspectos más emocionales. Dos de las más destacadas fueron la "*Dymond Rating Test of insight and Empathy*" de Dymond (1949) y la "*Hogan Empathy Escale (EM)*" de Hogan (1969). Ambas tenían buena consistencia interna (Fernández-Pinto et al., 2008) aunque únicamente se encuentran en inglés.

Por otra parte, el "*Questionnare Measure of Empathy (QMEE)*" de (Mehrabian y Epstein, 1972), "*Balanced Emotional Empathy Scale (BESS)*" de (Mehrabian, 1997) y "*The Toronto empathy questionnaire*" de (Spreng, McKinnon, Mar, y Levine, 2009) son escalas con una visión más afectiva.

Las escalas "*Jefferson Scale of Pshysician Empathy*" de Hojat et al. (2001) y la "*Ethnocultural empathy Scale*" de Wang (2003) son instrumentos que miden la Empatía en un grupo específico por lo que no es adecuado usarlas en otros colectivos.

Más recientemente aparecen escalas con una visión multidimensional. En este caso encontramos la popular escala de Davis (1980) "Índice de reactividad interpersonal. IRI" que fue adaptada al español por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxeberría, Montes y Torres (2003). Según el análisis de propiedades psicométricas realizado por Mestre, Frías y Samper (2004), cuenta con la validez necesaria para su utilización.

Las autoras del "*Empathy Assessment Index (EAI)*" (2011) apuestan por un enfoque multidimensional que cuenta con dimensiones como la respuesta afectiva, la regulación emocional, la toma de perspectiva, la actitud empática y la conciencia. Se trata de un instrumento con buenas propiedades psicométricas pero que hasta día de hoy no ha sido

adaptado al español. El "Test de Empatía Cognitiva y Afectiva. TECA" fue desarrollado para personas de habla hispana (Fernández-Pinto et al., 2008) y aun contando con buenas propiedades psicométricas no, está tan extendido como el IRI.

La escala de "Coeficiente de Empatía" (Baron-Cohen, 2012; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004), traducida al español, cuenta con dos versiones, una para adultos y otra para niños. Esta escala, al puntuar valores bajos, permite identificar personas con posibles síndromes de asperger o autismo.

A continuación se presenta una tabla resumen con los principales instrumentos de medida de la Empatía (Baron-Cohen, 2012; Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Davis, 1980; Dymond, 1949; Fernández-Pinto et al., 2008; Hogan, 1969; Hojat et al., 2001; Igartua y Páez, 1998; Lietz et al., 2011; López et al., 2014; Mehrabian, 1997; Mehrabian y Epstein, 1972; Spreng et al., 2009; Wang et al., 2003).

Tabla 3 *Escalas de medición de la Empatía*		
Escala	**Autor/año**	**Observaciones**
Dymond Rating Test of insight and Empathy	Dymond (1949)	Enfoque cognitivo
Hogan Empathy Escale (EM)	Hogan (1969)	Enfoque cognitivo
Questionnare Measure of Empathy (QMEE)	Mehrabian y Epstein (1972)	Enfoque afectivo
Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)	Davis (1980)	Visión multidimensional
Balanced Emotional Empathy Scale (BESS)	Mehrabian (1997)	Enfoque afectivo
Escala de Empatía e identificación con los personajes	Iguartua y Páez (1998)	Visión situacional
Jefferson Scale of Pshysician Empathy	Hojat et al. (2001)	Escala específica
The Ethnocultural Empathy Scale	Wagan et al. (2003)	Escala específica
Empathy Quotient (EQ)	Baron-Cohen y Wheekwright (2004)	Visión multidimensional
Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)	Fernández-Pinto et al. (2008)	Visión multidimensional
The Toronto Empathy Questionnaire	Spreng et al. (2009)	Enfoque afectivo
The Empathy Assessment index (EAI)	Lietz et al. (2011)	Visión multidimensional

Después de estudiar los posibles instrumentos existentes se decidió utilizar el instrumento Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) en la presente investigación. Las pocas investigaciones sobre Empatía y Trabajo Social existentes (Castillo, 2016a) han utilizado el IRI para su análisis. El IRI incluye tanto aspectos afectivos como cognitivos a la vez que aporta resultados sobre la Empatía general. Su minuciosa traducción al español (Pérez-Albéniz et al., 2003) y sus resultados psicométricos (Carrasco, Delgado, Barbero, Holgado, y del Barrio, 2011) avalan su utilización.

2.8 NIVELES DE LA EMPATÍA

Dependiendo del instrumento de medida que se use, los niveles de Empatía y la categorización que se haga de ellos serán distintos. Como se anunció anteriormente, Davis (1980), realiza una categorización según cuatro subconstructos (Toma de Perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Malestar Personal), mientras que otros autores como Baron-Cohen (2012) utilizan una medida más unificada del constructo.

Para Baron-Cohen (2012), todos los seres humanos nos encontramos en algún lugar del espectro de la Empatía. Dicho autor identifica seis niveles de Empatía. Niveles cero de Empatía, son atribuidos a personas narcisistas, psicópatas o personas con trastorno límite de la personalidad. Por el contrario, valores cercanos a seis son asociados con personas que presentan una Empatía extraordinaria. Personas con valores altos centran su atención en los otros y se ofrecen a ayudar a los demás continuamente. Según Baron-Cohen, personas con niveles entre uno y dos son personas a las cuales les resulta complicado anticiparse a los sentimientos del otro y con tendencia a involucrarse en problemas. A medida que va aumentando el nivel, los valores de Empatía van subiendo y se van asociando con conductas más sociales, basadas en comprender los diferentes puntos de vista de los demás y asociadas a la amistad. Según Baron-Cohen, los niveles cero y seis son los menos frecuentes en la población general, mientras que los niveles tres y cuatro son los más popularizados.

Ciertas investigaciones, algunas desde la teoría del apego, confirman que la Empatía se desarrollará de manera más fácil en las personas en las cuales se han cubierto sus necesidades afectivas y emocionales a lo largo de sus primeros años de vida (Marcia, 1992).

Existe consenso entre los/as investigadores/as en torno a la idea de que algunos componentes de la Empatía están asociados a rasgos de la personalidad (Fernández-Pinto et al.,

2008) como el neocriticismo, la introversión o el estrés empático (Batson, 1991; Eisenberg y Fabes, 1990).

La mayoría de investigaciones señalan que las mujeres tienen puntuaciones superiores en comparación con los hombres (Baron-Cohen et al., 2006). Este tipo de afirmaciones se asientan en investigaciones clásicas como las de Hoffman (1977) o Davis (1983). Estudios más recientes (Alonso, Caro, Erazo, y Díaz, 2013; Pérez-Albéniz et al., 2003; Rueckert y Naybar, 2008; Sánchez-Queija et al., 2006; Willer, Wimer, y Owens, 2012) siguen avalando que las mujeres tienen niveles de Empatía superiores al de los hombres. En el estudio de Jonason, Lyons, Bethell y Ross (2013) se relacionó las bajas tasas de Empatía en el sexo femenino con el narcisismo. En el caso del sexo masculino se relacionó con psicopatía.

De los estudios realizados por Baron-Cohen (2012) y su equipo se puede extraer que los/las alumnos/as que han escogido estudios relacionados con las ciencias humanas obtienen niveles de Empatía ligeramente superiores a los de la población general. En esta misma línea, Rothschild afirma que los/as profesionales de la relación de ayuda generalmente tienen puntuaciones más altas que personas que han escogido otro tipo de profesiones (Rothschild, 2006).

En la presente investigación se utiliza el instrumento IRI por lo que se obtendrán resultados tanto de la Empatía en total como de cada una de sus dimensiones (Fantasía, Toma de Perspectiva, Malestar Personal y Preocupación Empática). Cada una de las dimensiones podrá ser comparada tanto con variables sociodemográficas (sexo y edad) como con variables de las otras dimensiones. Comparando los resultados de este estudio con los de otras investigaciones se podrá confirmar o descartar conclusiones como la de que las mujeres tienen niveles empáticos más elevados que los hombres.

2.9 LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA

Hasta el momento se ha planteado la Empatía como elemento básico en las relaciones de interacción humana que permeabiliza la sociedad. En este apartado se pretende poner el foco de atención en el uso de la Empatía dentro del proceso de ayuda relacional.

El Trabajo Social es una profesión humana que a través del contacto ofrece apoyo a personas, familias o grupos que presentan necesidades de diversa índole. En este espacio, la Empatía recobra importancia al ser la base de una relación sana y exitosa. Los clientes y sus familias acuden a solicitar ayuda, o no, por causas negativas o dolorosas que afectan a sus vidas. Los sentimientos de angustia, tristeza y tensión están presentes diariamente en los despachos de los/as trabajadores/as sociales. La Empatía, en el área profesional es nutricia, estimulante y reparadora (Erskine, Moursund, y Trautmann, 2012), es decir, la Empatía se considera curativa por sí misma (Castillo, 2016b). Ayudar o, en ocasiones, simplemente escuchar, se sustenta en una relación de calidez, cercanía y comprensión, donde el contacto emocional es la clave. Una relación con este tipo de características sólo es posible si el profesional presenta una actitud empática sustentada en una escucha activa. Solo en ese clima de confort es posible que la persona o familia se sienta con fuerzas para expresar lo que siente de una forma sincera. La Empatía se hace más presente cuando el profesional es capaz de escuchar la narración a la vez que mira y comprende lo que le sucede al cliente. Al escucharlo de forma sincera y atenta puede conectar y comprender la historia. El tipo de ayuda dependerá de la historia narrada y, por ende, si la historia no es comprendida por el profesional la forma de ayudar no se ajustará a las necesidades implícitas y explícitas del caso. Para poder realizar un buen codiagnóstico (Cardona et al., 2017) del caso es necesario partir de la co-construcción de la historia y eso no es posible si no hay una compresión de la misma. La relación de ayuda únicamente será una

relación significativa si se basa en la alianza y la colaboración; la alianza y la colaboración no serán posibles sin una actitud empática por parte del profesional.

> La mayor parte de las investigaciones sobre empatía "se han realizado en el ámbito de la psicoterapia a partir de Rogers, analizando el impacto clínico de la adopción de una actitud empática, sin embargo sus conclusiones pueden ser extrapolables a otros ámbitos profesionales como el trabajo social" (Castillo, 2016b, p. 90).

Desde sus inicios, autores de la talla de Rogers (1984) o Carkhuff (1969) sitúan la Empatía como la base necesaria para la conquista del éxito en cualquier tipo de relación de ayuda (Giordani, 2003). Carkuff (1969), considera la Empatía como la plataforma en la cual se apoyan el uso adecuado y significativo de las demás variables relacionales. Rogers (1984) señala que la Empatía es una condición esencialmente necesaria en cualquier proceso relacional profesional, ya que el profesional debe experimentar una comprensión estrecha y empática de la percepción del mundo del cliente y/o familia. Los estudios actuales coinciden en que la Empatía es fundamental para la efectividad de la práctica profesional (Lietz et al., 2011; Neumann et al., 2009). Cuando el cliente narra sus experiencias, el profesional de la relación de ayuda, debe estar disponible y centrado en el mundo del cliente tal y como este lo entiende y experimenta (Erskine et al., 2012).

> El terapeuta debe ser capaz de sentir el enojo, temor o confusión del cliente como si fueran propios, pero sin asociarlos con su propio enojo, temor o confusión. Cuando el terapeuta capta con claridad el mundo del otro y se desplaza en él libremente, puede comunicarle su comprensión de lo que el cliente ya sabe y transmitirle también los significados de su experiencia que éste mismo ignora. (Rogers, 1984, p. 250)

Sea cual sea la combinación de problemas y angustia experimentada por el cliente, y sea cual sea la perspectiva teórica que guía la intervención, el elemento principal para una buena

relación es el contacto. El contacto en la relación de ayuda "es como la infraestructura en un edificio: rara vez está a la vista, pero asegura y aguanta todo lo que hay sobre el terreno" (Erskine et al., 2012, p. 46). Ese contacto empático propicia el escenario necesario para que el cliente pueda sentir, recordar, probar, experimentar, equivocarse, llorar, reír… de una forma segura.

En el marco de la relación de ayuda, la Empatía se convierte en un elemento fundamental a la hora de comprender y ayudar a la otra persona (Castillo, 2016a). En esta línea, la actitud empática ayuda a no juzgar ni culpabilizar a la persona evitando justificación o autoengaño por parte del otro (Rodríguez et al., 2003). "El sobrefondo de la empatía es la preocupación y el respeto, lo que provocan la disolución de la hostilidad, la ira y la desconfianza, sobre todo cuando estas emociones surgen de manera explosiva" (Mnookin, Peppet, y Tulumello, 1996, p. 3).

Tal y como afirma Bermejo (2012), la escucha activa no es un accidente en la Empatía Terapéutica. La escucha activa es "la expresión de la recepción propia de la hostilidad empática y compasiva que trasciende el plano de la palabra y del oír y se encarna en todos los sentidos" (Bermejo, 2012, p. 88). Escuchar con todas las dimensiones del cuerpo implica percibir, pensar, sentir, actuar y adaptar el cuerpo a las necesidades del otro (Bermejo, 2012). Las historias relatadas son significativas tanto por lo que cuenta como por lo que no se cuenta pero podría ser contado (Ramos, 2001) y en este sentido oír sin percibir ni sentir dejaría fuera parte del relato. Como afirma Nichols (1995), cuando los sentimientos se convierten en palabras y estas son compartidas y confirmadas, se genera un estado tranquilizador y de agradecimiento mutuo.

Según Marroquín (2002) a lo largo de la historia, la Empatía Terapéutica se ha posicionado en dos visiones distintas. La primera visión comprende la Empatía como una "relación preliminar" considerándola como un prerrequisito relacional más que una auténtica variable terapéutica de intervención (Beck, 1979, citado en Marroquín, 2002). La segunda

visión define la Empatía como un elemento central y claro en el cambio terapéutico. Por sí sola, la primera visión queda incompleta. Los encuentros entre el profesional y el cliente son únicos y genuinos y únicamente a través de la inmersión en su experiencia (Marroquín, 2002) puede construirse una relación confortable en la que sea posible empezar a trabajar.

Egan, (1976 citado en Bermejo, 2012) utiliza el término de "empatía avanzada" como sinónimo de la comunicación congruente con la comprensión de la experiencia del otro. Esta Empatía avanzada se concreta en devolver los sentimientos y significados comprendidos durante la conversación a través de respuestas centradas en la persona. Así, entendemos que la comunicación empática requiere tanto de la escucha activa como de la respuesta empática.

La respuesta empática, congruente con la escucha activa, forma parte de la relación terapéutica. Consiste en devolver la compresión de lo captado durante la conversación. Técnicas como el *joinning*, la reformulación, el reencuadre o la retroalimentación son necesarias en el transcurso de las entrevista. En Trabajo Social, al igual que en otras disciplinas, este tipo de técnicas son utilizadas para ir confirmando la comprensión de la historia contada por parte del cliente. Grant (2014) utiliza el concepto de "reflexión empática" para la capacidad de comprender las respuestas emocionales de los demás y usar las habilidades cognitivas para procesar las propias respuestas. Otros autores usan este concepto como *feedback* o recapacitación (Cardona, 2012).

Las ventajas de la Empatía en la relación de ayuda son diversas y fundamentales. En palabras de Dietrich (1986) "la empatía favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad, intensifica el diálogo crítico con sus propias vivencias, alivia la carga afectiva al exteriorizarla, favorece la aceptación de sí mismo y despoja de las apariencias y las máscaras" (p.62). Para Tausch y Tausch (1987) estimula la exploración de la historia, genera sentimientos y experiencias relevantes, favorece la autoconfrontación y transforma de forma constructiva tanto al cliente como al profesional. Para Castillo (2016b) las

ventajas se fundamentan en que la persona se siente ayudada, comprendida a la vez que percibe al profesional como una persona comprensiva que lo acepta y lo estimula. Para Madrid (1997) los efectos más importantes de la comunión basada en la Empatía se basan en el hecho de que la persona se siente valorada y reconocida .

A lo largo de la historia se ha utilizado el concepto simpatía como sinónimo de Empatía. Precisamente una de las referentes mundiales en Trabajo Social, Perlman (1980) utilizó el concepto simpatía como sinónimo de empatía en su libro *Trabajo Social Individualizado*. Actualmente se entiende la simpatía como una matriz de convivencia y táctica de aprobación del otro sin llegar a la compresión íntima que caracteriza a la Empatía (Bermejo, 2012). La simpatía puede utilizarse como sinónimo de gentileza pero no de Empatía.

Como se acaba de exponer, son muchos los beneficios de la Empatía, tantos que la relación de ayuda pierde sentido sin la Empatía. Para el desarrollo de esta investigación es importante poner atención en la relación de ayuda entre el trabajador/a social y el cliente o familia. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre el/la trabajador/a social se podrá generar o no el Desgaste por Empatía.

2.10 LA ECPATÍA

Aunque hasta el momento se ha planteado el concepto de la Empatía como una capacidad y actitud positiva y necesaria en el campo de la relación de ayuda, no se puede obviar que en la profesión del Trabajo Social, cuando la persona, familia o grupo solicitan ayuda es, generalmente, por motivos de necesidad. La Empatía nos da esa capacidad necesaria para poder comprender el mundo del otro pero, cuando se trata de dolor y sufrimiento este contacto puede resultar peligroso. Stanley y Sethuramalingam (2015) indican que la Empatía se encuentra en

la frontera entre ser la virtud para ayudar y la de causante del desgaste profesional. Será igual de importante desarrollar habilidades que nos permitan aumentar la capacidad empática como desarrollar otras que permitan limitar su expresión.

González de Rivera (2005) propone el término "Ecpatía" para hablar de la acción mental compensatoria que nos protege de la inundación afectiva. Tal habilidad nos permite no dejarnos arrastrar por las emociones ajenas y poner límites en la relación con el otro.

La Ecpatía proviene del griego *ek-patheira*, traducción que significa "sentirse fuera" (González de Rivera, 2004, 2005). "Es la intervención consciente de compensar la Empatía sanamente, regulando el grado de implicación emocional con el otro" (Bermejo, 2012, p. 46). La Ecpatía es el polo opuesto de la Empatía. Como continúa señalando Bermejo (2012), se define como "un proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones incluidas por otro" (p.46). Es importante destacar que "la Ecpatía no es lo mismo que la frialdad, indiferencia o dureza afectiva, características de las personas carentes de Empatía, sino que es una maniobra o acción mental positiva compensadora de la Empatía, y no una mera carencia" (González de Rivera, 2005, p. 4).

Tanto la Empatía como la Ecpatía son igualmente imprescinbibles. Mientras la primera sitúa a la persona en el lugar del otro, la segunda nos hace ser conscientes de nosotros mismos y nos protege de la inundación afectiva.

> A la vez que se requiere un proceso de identificación actitudinal, se requiere también la capacidad de separarse saludablemente, superando la tentación de convertirse en el salvador del prójimo y pagar con el propio esfuerzo aquello de lo que el protagonista es mi interlocutor y no yo. (Bermejo, 2012, p. 46)

Para evitar el contagio emocional y las identificaciones proyectivas, se hace imprescindible tomar conciencia del proceso empático y ecpático. En ocasiones, entre la

distancia emocional (Ecpatía) y la aproximación emocional (Empatía) se puede generar una tensión paradójica difícil de gestionar (Campos, Cardona, Bolaños & Cuartero 2014).

Tanto la Empatía como la Ecpatía pueden o deben ser entrenadas. Para la mejora de este proceso" será importante detectar los sentimientos; la percepción de la otridad y su delimitación con los propios sentimientos y la devolución de los sentimientos ajenos a su fuente y la liberación de los propios procesos mentales de su influencia" (González de Rivera, 2004, p. 3). En la misma línea, Rogers expone que la Empatía supone sentir el "mundo privado del cliente como si fuera el propio", pero sin perder en ningún momento la cualidad de "como si" (Rogers, 1984, p. 250).

Basados en las fases de Katz (1963 citado en Bermejo, 2012), se presentan una serie de pasos necesarios durante la ejecución de un proceso cognitivo-afectico adecuado. La primera fase es la "identificación" con el cliente y la situación de éste. Se trata de un proceso de aproximación e identificación con la otra persona en el cual se comprende el relato desde la perspectiva del otro. El segundo momento es la "incorporación" en el receptor de lo que ha sido narrado por el emisor. La escucha empática de las historias de dolor calan dentro del otro pudiendo experimentar un dolor semejante al que sufre la persona que atiende. La tercera fase es la "repercusión" y en ella se despiertan emociones y recuerdos de la biografía de la persona que escucha. Puede que resurjan historias pasadas que estén conectadas con lo que cuenta el emisor. El último paso sería la "separación", que se podría asemejar a un desapego emotivo para que el receptor pueda reencontrar su propia identidad. Esta última fase tiene total relación con el constructo Ecpatía definido anteriormente. Obviar este último paso puede tener consecuencias como el Desgaste por Empatía o el Burnout. Ambos conceptos serán estudiados en siguientes apartados.

El manejo de la Empatía cobra especial atención en esta investigación. Profesionales con altos niveles de Empatía que no manejan adecuadamente la Ecpatía pueden, con mayor

facilidad, ser afectadas por el síndrome del Desgaste por Empatía. Eisenberg y Eggum (2009) señalan que el buen manejo de la Empatía se asocia con una mayor preocupación empática prosocial y menor desgaste emocional (Thomas, 2013).

CAPÍTULO III:

EL DESGASTE POR EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA

EL DESGASTE POR EMPATÍA EN LA RELACIÓN DE AYUDA

3.1 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

La práctica del Trabajo Social requiere que los profesionales desarrollen un vínculo y un compromiso con sus clientes, comprendiendo sus estados de ánimo a través de la creación de una relación empática. Como se ha descrito en el capítulo I, solo es posible realizar un buen trabajo desde esa postura cercana, atenta y sincera. El Trabajo Social se caracteriza por "ayudar", "acompañar", "apoyar", "reconfortar", "empoderar" a personas y familias que están atravesando situaciones de malestar. Los/as trabajadores/as sociales son el recurso que se encuentra en primera línea en el sistema de atención a la ciudadanía y por ello requieren de la supervisión, vigilancia y apoyo de las instituciones (Boscarino, Figley, y Adams, 2004). En ocasiones la satisfacción de ayudar al otro se puede encontrar en tensión con el nivel de malestar percibido ante las narrativas de dolor y angustia que relatan los clientes y familias con los que se trabaja. Para Boyle (2011) ayudar a los demás es un privilegio, aunque, como afirma la autora, no se debería obviar que esta ayuda supone un "coste" para quien proporciona dicho apoyo.

Actualmente, es un hecho probado que trabajar de manera empática con personas que están afectadas por experiencias traumáticas o dolorosas puede tener consecuencias negativas sobre el/la profesional que las atiende (Badger, Royse, y Craig, 2008; Figley, 1995). También es un hecho probado que las personas que han escogido profesiones relacionales sienten satisfacción al ayudar a los demás (Stamm, 2012). La mayor parte de las investigaciones existentes ponen su atención en el cliente o paciente estudiando sus enfermedades, sus relaciones o las causas de su malestar. En los últimos años se ha generado una ligera tendencia a prestar atención a la salud de los profesionales que atienden a estos clientes o pacientes. El concepto de "Calidad de Vida Profesional" ha sido reconocido en el área de la salud (Urzúa y

Caqueo-Urízar, 2012). Es importante poner atención en la Calidad de Vida de los/as Profesionales, tanto en aspectos laborales como personales. Niveles bajos de Calidad de Vida del Profesional no solo tienen consecuencias sobre la salud física y psicológica del mismo profesional, sino que sus efectos pueden reducir el compromiso con sus clientes y modificar su actitud en el trabajo, generando falta de interés y absentismo (Collins y Long, 2003). Contrariamente, buenos niveles de calidad de vida pueden generar aumento de la implicación laboral, generando beneficios en los/as clientes y los servicios (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, y Aiken, 2011).

El concepto general de Calidad de Vida Profesional es un concepto complejo que se puede asociar tanto a características del ambiente de trabajo (organizacionales y tarea que se desempeña), a características personales del propio trabajador/a y/o a la relación entre el profesional y un evento traumático vivido de forma directa o indirecta (Stamm, 2010). En el año 2005, Stamm definió la Calidad de Vida del Profesional como un producto de factores tanto negativos como positivos. Dentro de los efectos negativos derivados de la práctica laboral relacional incluía la Fatiga por Compasión (FC) o Desgaste por Empatía (DpE) y el riesgo de sufrir Burnout (Stamm, 2005b). A los efectos positivos derivados de la práctica laboral les llamó Satisfacción por Compasión (SC). En la figura 4, se observa el esquema que la autora elaboró para organizar los conceptos de la Calidad de Vida Profesional, que, como se explicará más adelante, pueden ser medidos con el instrumento de Calidad de Vida Profesional ProQOL creado por la misma autora. Debido a que la mayoría de las investigaciones se han realizado con la versión IV (y sus revisiones) y que dicha versión está debidamente validada al español, para la presente investigación se parte del esquema de la figura 4. En esta investigación se entenderá la Calidad de Vida Profesional como un concepto que engloba tanto la SC como el riesgo de sufrir Burnout, así como la FC/DpE. En muchos estudios el concepto FC es utilizado como sinónimo de Estrés Traumático Secundario (STS), por lo que no es de extrañar que en

muchas investigaciones se utilice de forma indistinta tanto STS como FC, y en la presente investigación DpE. Según la autora, aunque existen matices entre las definiciones, no existe una delimitación clara para determinar que se trate de conceptos diferentes (Stamm, 2010).

Figura 4: Diagrama de calidad de Vida según Stamm (2005, p.4)

Con los años, Stamm fue puliendo el modelo y en 2010 presentó una nueva versión la cual subdivide la FC en Riesgo de sufrir Burnout y STS (ver figura 5). La implantación del modelo vino seguida de la versión quinta del instrumento ProQOL. Aunque las versiones IV y la V son casi idénticas, se diferencian en que la versión V presenta un mayor refinamiento en la forma en que se describen las preguntas y una simplificación de la escala de puntuación.

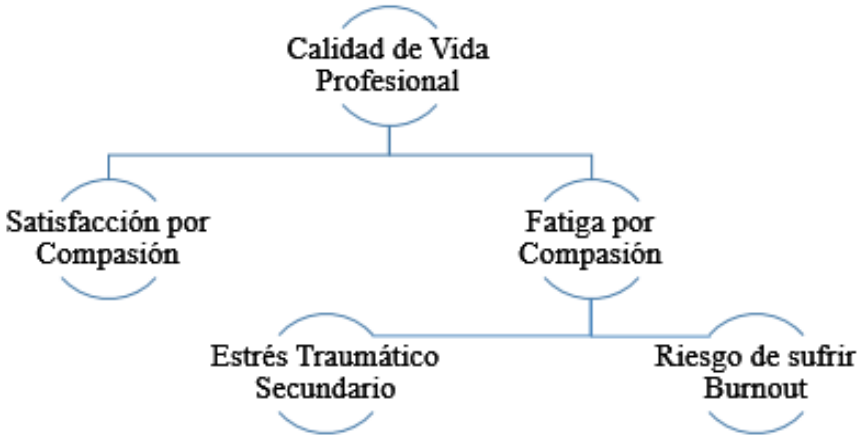

Figura 5: Diagrama de Calidad de Vida Profesional según Stamm (2010, p.8)

Stamm (2010) propone un análisis teórico sobre el concepto de Calidad de Vida Profesional (figura 6). La autora explica que la Calidad de Vida Profesional está relacionada con el entorno laboral, con el entorno del cliente y con el entorno del/de la propio/a profesional

(o cuidador/a). De la calidad de dichos entornos se derivarán aspectos positivos, como Satisfacción por Compasión y/o aspectos negativos, como el Desgaste por Empatía. Según el diagrama, el Desgaste por Empatía podrá derivar en cansancio o frustración y enfado, variables previas al estado de depresión. Situaciones de traumatización, tanto de exposición primaria (vivirlo), como de exposición secundaria (escuchar u observar lo que le ocurre a otra persona) pueden influir en un aumento del Desgaste por Empatía.

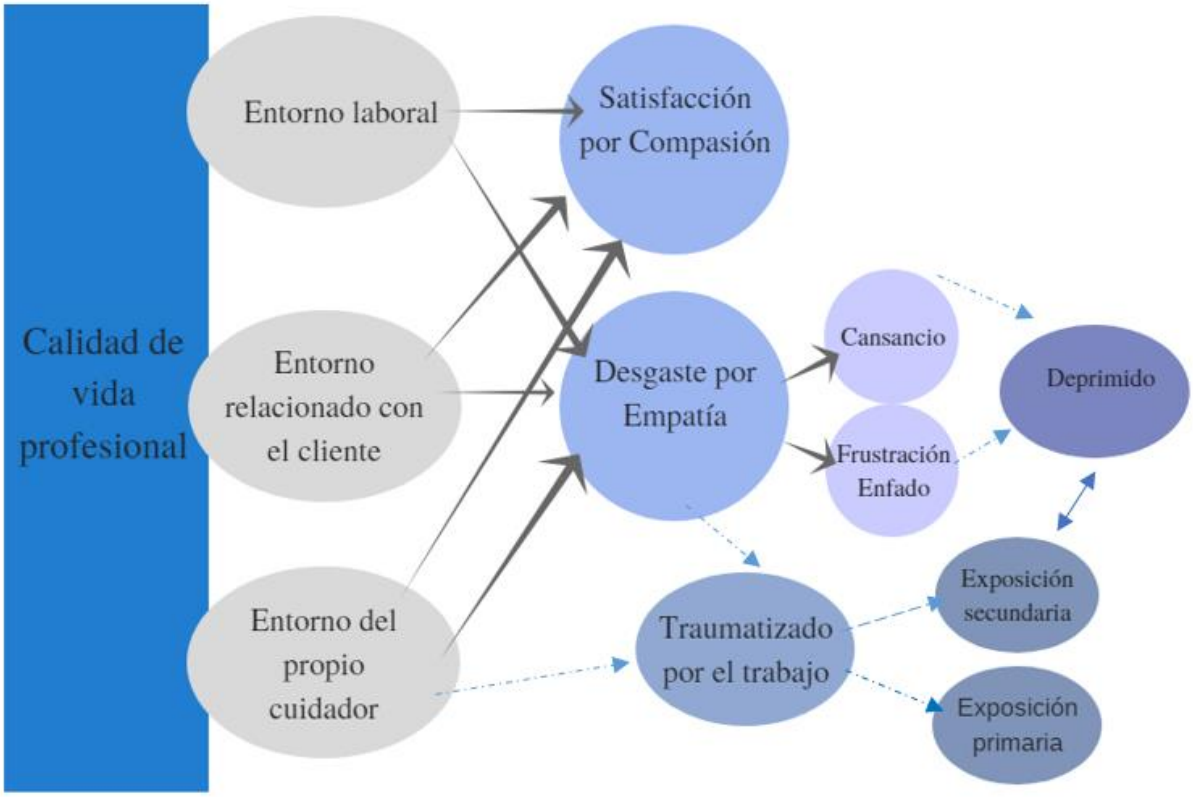

Figura 6: Propuesta teórica de la Calidad de Vida Profesional según Stamm (2010, p.10)

A lo largo del capítulo III se explicarán tanto las consecuencias negativas derivadas de la relación de ayuda (Desgaste por Empatía) como las positivas (Satisfacción por Compasión).

3.2 DESGASTE POR EMPATÍA Y/O FATIGA POR COMPASIÓN

Antes de empezar a explicar el concepto de Desgaste por Empatía es necesario hacer una aclaración. A lo largo del presente estudio el término Desgaste por Empatía será utilizado como sinónimo de Fatiga por Compasión. La Fatiga por Compasión es la traducción literal del término inglés *Compassion Fatigue.* El concepto de *Compassion Fatigue* ha sido utilizado mayoritariamente por investigadores anglófonos, convirtiéndose en un término aceptado en el ámbito científico de habla inglesa. La mayoría de artículos y tesis doctorales escritos en lengua española usan el término Fatiga por Compasión.

La compasión se ha asociado popularmente a un sentimiento pasivo, de lástima o pena ante las desgracias de la otra persona (Bermejo, 2012). A lo largo del tiempo la palabra compasión se ha utilizado en el ámbito religioso asemejándose a palabras como piedad, caridad, clemencia o misericordia. Religiones como el judaísmo y el cristianismo han dado mucha importancia a la palabra compasión a lo largo de sus textos.

La traducción literal de "Fatiga por Compasión" podría asociarse a una concepción religiosa de la idea de ayuda, situando a la persona ayudada en condiciones de inferioridad. Posicionándonos desde una perspectiva del Trabajo Social enmarcado en la segunda cibernética, se considera que la traducción más adecuada para el término *Compassion Fatigue* es Desgaste por Empatía (Acinas, 2012). Y es por este motivo que a lo largo de la investigación se utilizará mayoritariamente este término de Desgaste por Empatía.

3.3 ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL DESGASTE POR EMPATÍA

En la década de los ochenta y principios de los noventa, empezó a generarse un mayor interés sobre el impacto negativo de trabajar con personas que habían experimentado eventos traumáticos (Newell et al., 2015). Hasta esta época, toda la atención se había centrado en el

concepto de "estar quemado en el trabajo" o mundialmente conocido como Burnout. Este cambio sugería que los profesionales de la relación de ayuda, debido a la exposición crónica al trauma de sus clientes, así como a la relación empática que se establecía entre ellos, podían verse afectados negativamente por las historias de sufrimiento que experimentaban sus clientes o pacientes.

A principios y mediados de la década de los noventa, Figley empezó a utilizar el término Estrés Traumático Secundario, asociándolo con los síntomas psiquiátricos resultantes del Estrés Post-Traumático. En sus primeros escritos, Figley (1995) se preguntaba si los/as profesionales que trabajan con clientes traumatizados podían experimentar sus mismos efectos secundarios. Sus estudios concluyeron que los/as profesionales podrían experimentar los síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático del cliente, pero en un grado mucho menor. Inicialmente Figley se refería a este concepto como Traumatización por Preocupación y posteriormente derivó en Estrés Traumático Secundario.

Se atribuye por primera vez el concepto de Fatiga por Compasión a Joinson (1992), quien, a través de sus estudios sobre Burnout en el área de la enfermería, empezó a interesarse por esta nueva vertiente del trabajo relacional. Aunque en sus inicios el término Fatiga por Compasión no fue utilizado de forma clara, Joinson empezó a identificar algunas de sus características como la irritabilidad, el empeoramiento de la salud o la fatiga crónica (Campos-Méndez, 2015; Potter et al., 2010).

La Fatiga por Compasión (Desgaste por Empatía) fue un término que evolucionó a partir de los trabajos anteriores relacionados con el Trauma y el Estrés Traumático Secundario. En sus inicios, el propio Figley (1995) afirmaba que el Desgaste por Empatía era idéntico al Trastorno de Estrés Traumático Secundario (STS) aunque años después matizó tal afirmación indicando que el DpE era un "término más sencillo de usar" (Bride, Radey, y Figley, 2007).

Aún existiendo sutiles diferencias entre los conceptos de DpE y STS, pueden encontrarse multitud de artículos que utilizan el término de forma indistinta. Inicialmente el DpE se vincula a profesiones como la enfermería (Houck, 2014; Ledoux, 2015) o medicina (Dasan, Gohil, Cornelius, y Taylor, 2015), pero también se ha estudiado en muchos otros colectivos (Fernando y Consedine, 2014) como la psicología (Guerra y Pereda, 2015; Sodeke-Gregson, Holttum, y Billings, 2013), Trabajo Social (Wagaman, Geiger, Shockley, y Segal, 2015), voluntariado (Thieleman y Cacciatore, 2014) o hasta en veterinaria (Hanrahan, Sabo, y Robb, 2017) o clero (Jacobson, Rothschild, Mirza, y Shapiro, 2013). Cualquier profesión que implique una relación de ayuda basada en la Alianza Terapéutica y la Empatía con personas que sufren, puede ser susceptible de sufrir DpE (Figley, 2002; Rothschild, 2006). Específicamente en el área de Trabajo Social, diversidad de estudios han demostrado el riesgo que tienen los/as trabajadores/as sociales de sufrir algún tipo de desgaste debido a la naturaleza de su profesión relacional (Badger et al., 2008; Bride, 2007; Cohen y Gagin, 2005; Joubert, Hocking, y Hampson, 2013).

Actualmente, el término DpE está mayoritariamente asociado a profesiones de la salud (enfermería o medicina), mientras que el concepto Estrés Traumático Secundario se utiliza en áreas de emergencia (policías, bomberos o profesionales que dan apoyo en catástrofes). Según Moreno-Jiménez, Carmona, Blanco y Meda (2013) :

> Mientras la Fatiga por Compasión puede aparecer en los profesionales de la atención médica, social y en general en todas las actividades profesionales de ayuda emocional intensa, el Estrés Traumático Secundario aparece principalmente en los profesionales de situaciones de emergencias, sean del tipo que sean, naturales, urbanas o sociales. (p.201)

Las definiciones más actuales del DpE no se centran exclusivamente en la psicología del "trauma" (Campos-Méndez, 2015), sino que amplían su definición a profesionales que

trabajan dando apoyo a sus clientes, quienes se encuentran en situación de “crisis”, “dolor”, “sufrimiento” o “estrés” (Smart et al., 2014). Debido a la confusión sobre la significación entre trauma y la crisis se considera necesario matizar las definiciones entre estos conceptos.

En psicopatología, la crisis es sinónimo de un fenómeno agudo, transitorio, repentino y espectacular en sus manifestaciones somáticas. Según Rocamora (2012) las tres características que mejor definen las crisis son el desequilibrio, la temporalidad y la capacidad interna de caminar hacia “un más o un menos”. La crisis supone un peligro por el dolor que conlleva la pérdida de lo que se va a perder o se perdió (Rocamora, 2012). Embarazos no deseados, esterilidad, infancias complicadas, pérdidas de trabajo, viudedad, muerte, envejecimiento, adicciones, enfermedades agudas o crónicas tales como VIH o cáncer, divorcios o separaciones excepcionales, enfermedades en la infancia o crisis en algún momento del ciclo evolutivo, son ejemplos de crisis vitales universales que la mayoría de personas atraviesan a lo largo de sus vidas (Rubin y Bloch, 2000). Durante el transcurso de una crisis la persona experimenta “incredulidad, enojo, tristeza, olvido, culpa, miedo, aislamiento social, incremento del consumo de alcohol y drogas, euforia, quejas de dolor, perturbaciones del sueño y pensamientos intrusivos” (Rubin y Bloch, 2000, p. 37).

Un evento traumático está considerado como algo destructivo en la vida de un individuo, su familia y su comunidad. Estos eventos pueden ser vividos en primera persona (exposición primaria al trauma) o vividos de forma secundaria al escuchar o ver los relatos de personas, familiares o clientes (exposición secundaria: Estrés Traumático Secundario). Ejemplos de experiencias traumáticas pueden ser violaciones, incestos, violencia, accidentes graves, desastres naturales, guerras, terrorismo, experiencias severas relacionadas con el trabajo o enfermedades que pongan en peligro la vida (Rubin y Bloch, 2000). Al igual que la crisis, el trauma va ligado a una serie de reacciones somáticas, cognitivas y emocionales.

En la Tabla 4 se pueden observar las diferencias entre el trauma y la crisis.

Tabla 4 *Diferencias entre trauma y crisis (Rocamora, 2012 p. 29)*	
Trauma	**Crisis Vitales**
Situación extraordinaria Compartida por varias personas	Situación ordinaria Solitaria
Produce una alarma pública Temporalmente altera la estructura social	Raramente es percibida por los demás La estructura social permanece inalterada
Aparecen los roles de "víctima", "héroe" y "curiosos"	El evento de la crisis provoca que la gente que rodea a la persona se movilice
El evento, a veces es previsible (un huracán) pero la mayor parte de las veces es arbitrario	Con frecuencia es algo anticipado, pero la crisis es vivida como algo impactante y que puede suceder a los demás pero no a uno mismo
Casi siempre es una amenaza para la vida	Algunas veces puede poner en riesgo la vida Implica siempre la pérdida del modo de vivir
El elemento de la decisión humana casi siempre se halla ausente	Muy raramente se encuentra implicada una elección y siempre está ausente la posibilidad de elegir una reacción espontánea

Los/as trabajadores/as sociales continuamente están lidiando con este tipo de situaciones en su día a día laboral. En las áreas de infancia en dificultad, situaciones traumáticas como trabajar con niños y niñas abusados por adultos, son frecuentes. En el área de la "mujer", se trabaja especialmente en la prevención y actuación con mujeres víctimas de violencia de género, que en algunas ocasiones acaban con la muerte de la misma. Los/as trabajadores/as sociales del área de salud ven y comparten junto a los enfermos y sus familiares los últimos días de la vida. También son partícipes de vivencias tales como niños/as con cáncer, muertes neonatales o problemas en el parto. Los/as profesionales del área de discapacidad, dependencia o envejecimiento están continuamente expuestos a fallecimientos, crisis familiares por el dolor de las enfermedades degenerativas de sus familiares o a trabajar con padres que acaban de tener un hijo/a quien le han diagnosticado daños cerebrales irreversibles. Los/as trabajadores/as del área judicial o integración dan apoyo a personas y adolescentes con consumo de drogas o que han sido víctimas o agresores/as de actos vandálicos. Trabajar con personas refugiadas que por motivos de guerra han dejado sus casas, sus ciudades y hasta a sus hijos, hermanos o padres en

sus países de origen, también son ejemplos de las narraciones de dolor que escuchan estos/as profesionales. Los/as trabajadores/as sociales de los servicios de atención primaria son expertos en trabajar multitud de casos de distinta índole junto a sus clientes y sus familias. En ocasiones trabajan con víctimas de atentados terroristas como el atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid (Martín, Montes, y Berasategui, 2004; Moreno, 2004) o los atentados acaecidos el 17 de agosto de 2017 en Barcelona. Los/as trabajadores/as sociales viven a través de sus clientes y familiares situaciones de crisis y traumas, lo que los sitúa en víctimas potenciales del Desgate por Empatía (Bride et al., 2007).

En un artículo publicado recientemente, Newel, Nelson-Gardell y MacNeil (2015) representaron en el tiempo la aparición de los diferentes términos asociados al DpE a lo largo de los últimos cien años (figura 7).

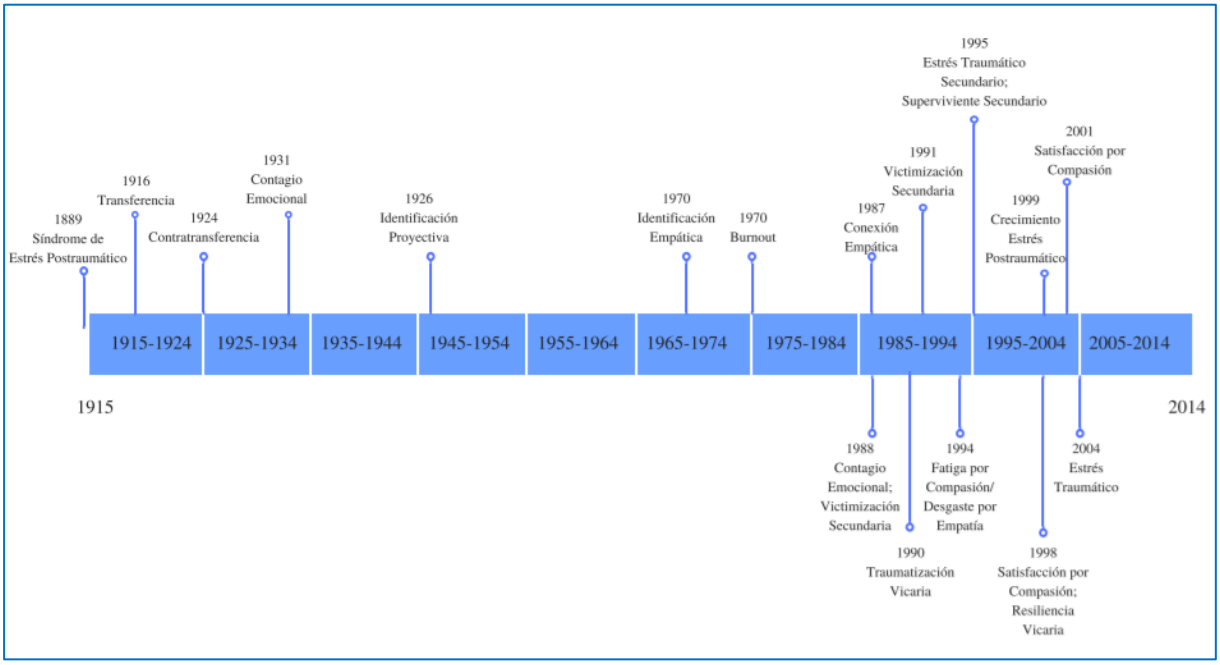

Figura 7:Terminología e historia de los conceptos relacionados con Desgaste por Empatía (Newell et al., 2015).

Por la confusa relación existente desde su origen, el DpE se ha usado de forma intercambiable pero errónea con el Trauma Vicario y el Estrés Traumático Secundario (Newell

y Nelson-Gardell, 2014). La revisión de la literatura en esta área revela que los tres términos son utilizados para describir las consecuencias negativas en la salud de los profesionales cuando trabajan con clientes traumatizados (Newell et al., 2015). Co-victimización, Contagio Emocional, Superviviente Secundario, Victimización Secundaria, Estrés Traumático o Identificación Proyectiva son algunos de los conceptos que, de forma errónea, se han utilizado a lo largo de la historia como sinónimos de DpE. En el siguiente apartado se propondrán diferentes definiciones del concepto de DpE, para posteriormente diferenciarlo de otros conceptos.

Figley (2007) afirma que, a diferencia de otros síndromes, el DpE (capítulo III) se caracteriza por su relación directa con la Alianza Terapéutica (Capítulo I) y la Empatía (Capítulo II) que se ponen en práctica en la relación terapéutica. Si la Empatía y la Alianza Terapéutica no están presentes, es poco probable que se pueda generar un cambio en el cliente o que el profesional pueda llegar a padecer Desgaste por Empatía.

A día de hoy, Figley (1995) y Stamm (2005b) son dos de los principales referentes en el campo del DpE. Ambos crearon instrumentos para medirlo, aunque actualmente el más popularizado es el ProQOL creado por Stamm (2010).

3.4 DEFINICIÓN DE DESGASTE POR EMPATÍA

El DpE no es una enfermedad mental; más bien es considerado como una respuesta de comportamiento que resulta de ayudar o desear ayudar a otra persona sufriendo dolor o trauma (Gilmore, 2012). Figley (1995) define el DpE como “las conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado por otra persona significativa” (p.45). Según Figley la compasión y la Empatía son las capacidades básicas para

realizar un buen trabajo con personas que sufren. A la vez, ambas capacidades son las claves para ser afectados por el trabajo relacional.

Para Acinas (2012) el DpE es "la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos" (p.8). Acinas destaca el aspecto "tratable" del fenómeno, considerando que los "profesionales que trabajan con personas que sufren pueden combatir, no sólo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento" (Acinas, 2012, p. 8).

Bourassa (2009) se refiere al DpE como un conjunto de síntomas y efectos potencialmente dañinos que se manifiestan en los profesionales que trabajan con clientes que sufren. Los profesionales que trabajan con víctimas de abuso físico o sexual, violencia o desastres provocados por el ser humano pueden ser víctimas potenciales de este fenómeno. Stebnicki (2007) lo define como el resultado de un estado de agotamiento emocional, mental, físico y ocupacional que ocurre cuando las propias historias del cliente (sobre enfermedades crónicas, discapacidad, trauma, duelo o pérdida) hieren y reabren heridas del profesional.

Para Boyle (2015) el DpE es el "costo de cuidar" a los demás durante su proceso de dolor emocional "viendo y sintiendo" su dolor. Para Gilmonte (2012) se trata de una compleja emoción experimentada por los profesionales que atenta contra su equilibrio emocional mientras sostienen en una mano la desesperación de sus clientes y en la otra la esperanza por ayudarlos. Para Zamponi (2009) se define como "un estado de tensión y preocupación hacia los clientes traumatizados, caracterizado por la reexperimentación del acontecimiento traumático o por evitación y entumecimiento de los recuerdos presentes asociados al cliente" (p.6).

McHolm (2006) define el DpE como un estado emocional de decaimiento físico, agotamiento social y espiritual que supera al profesional provocándole una disminución generalizada en su deseo, capacidad y energía para sentir y cuidar a otros. Para Gil y Weinberg (2015) se trata de las consecuencias de la explosión directa a los detalles de un evento traumático a través de la relación con la víctima primaria. Lynch y Lobo (2012) se refieren a éste como un estado de agotamiento y disfunción biológica social y psicológica, resultante de la exposición prolongada al estrés compasivo y lo que este evoca.

El DpE, a diferencia del agotamiento, no se trata del resultado de estar ocupado. Por el contrario, se produce a partir de gastar altos niveles de energía y experimentar compasión durante un largo período de tiempo tras la escucha y/u observación del sufrimiento de los clientes-pacientes, a menudo sin ver que los pacientes-clientes mejoren (Gilmore, 2012; McHolm, 2006).

Los encuentros terapéuticos intensos pueden causar angustia psicológica y fomentar niveles de DpE entre los profesionales que proporcionan apoyo (Adams, Matto, y Harrington, 2001; Bride y Figley, 2007; Gil y Weinberg, 2015; Hesse, 2002). En la reciente investigación realizada por Gil y Weinberg (2015) los resultados proporcionaron evidencias sobre la importancia de dirigir la atención hacia el apoyo de los profesionales de la relación de ayuda con estrategias de afrontamiento y recursos internos para hacer frente al DpE.

Los hallazgos de los diferentes estudios indican que trabajar con clientes que experimentan trauma, dolor o sufrimiento conlleva a que los/as profesionales que lo atienden se vean afectados emocionalmente, llegando a provocar síndrome de DpE. El grado de involucración (la generación de una alianza terapéutica), la actitud y capacidad empática, además del grado de exposición al dolor ajeno, entre otras variables, jugarán un papel importante a la hora de padecer o no el síndrome. Los profesionales que experimentan DpE

absorben el peso emocional de los eventos traumáticos o experiencias dolorosas llegando a afectar su identidad personal y profesional (Berzoff y Kita, 2010).

Según describe Acinas (2012), el DpE se caracteriza por tres grandes grupos de síntomas los cuales son semejantes al del Estrés Post-Traumático. Estas consecuencias pueden derivarse de la exposición a un acontecimiento doloroso y pueden aparecer súbitamente y sin aviso. Los síntomas intrusivos se refieren a pensamientos e imágenes asociados con experiencias dolorosas del cliente. Los síntomas evocativos se manifiestan con pérdida de energía, evitación de los compañeros en espacios extra-laborales, consumo de fármacos o evitación a la exposición del dolor del cliente. El último grupo lo conforman síntomas de activación fisiológica tales como el incremento de la ansiedad, la impulsividad o el aumento de la frustración. En apartados posteriores se ampliará y concretará la información sobre los síntomas del DpE.

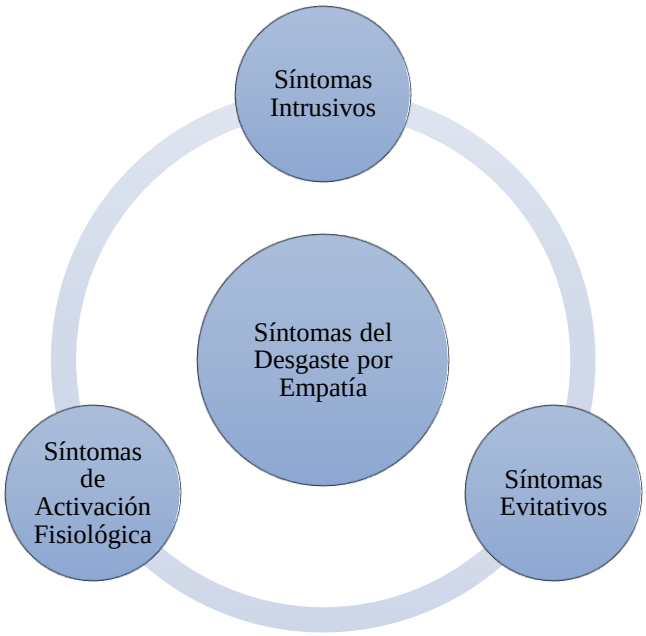

Figura 8: Síntomas del Desgaste por Empatía.a partir de Acinas (2012).

3.5 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN DEL DESGASTE POR EMPATÍA

Es tan importante conocer el concepto del DpE como describir sus riesgos. Aunque la mayoría de estudios realizados sobre DpE se han realizado en el área de enfermería o la práctica de la psicoterapia, a día de hoy, ya disponemos de estudios específicos vinculados a la práctica del Trabajo Social. Los factores de riesgo descritos en estas investigaciones van en la misma línea que las demás profesiones.

Las historias de trauma o dolor no resueltas en la vida del profesional no son un prerrequisito para desarrollar DpE (Hesse, 2002), sin embargo, los estudios demuestran una correlación directa entre el pasado del profesional y el desarrollo del síndrome (Bourassa, 2009; Jenkins y Baird, 2002; Nelson-Gardell y Harris, 2003). Investigaciones como las de Nelson-Gardell y Harris (2003) o las de Kinzel y Nanson y Cunningham (2003) demuestran que los profesionales que han sido víctimas de algún trauma son más susceptibles a experimentar síntomas de DpE como resultado del trabajo con historias de dolor de sus clientes. Según Hesse (2002), estos resultados indicarían que la contratransferencia tiene la capacidad de aumentar el riesgo de sufrir DpE.

Collins y Long (2003) afirman que un solo episodio de exposición a un evento traumático por parte del trabajador/a social puede generar DpE. Aun así, es más probable que la exposición continua ante clientes que sufren las consecuencias del trauma supone mayor riesgo de padecer desgaste (Boscarino et al., 2004; Figley, 2002). Estudios como el de Hyman (2004) señalan que la cantidad de tiempo que el profesional está expuesto al contenido de dolor de los clientes correlaciona directamente con las probabilidades de sufrir DpE. En la misma línea, se realizó un estudio que reveló que las mujeres terapeutas que tienen tasas de atención más altas eran las más vulnerables a sufrir desgaste (Brady, Guy, Poelstra, y Brokaw, 1999).

Las tablas 5 y 6 se han realizado a partir de la revisión de libros y artículos sobre DpE en el área de Trabajo Social publicados en revistas científicas durante los últimos veinte años. En la tabla 5 se incorporan los factores de riesgo que, según los resultados de las investigaciones, pueden incidir en el Desarrollo del DpE. Opuestamente, en la Tabla 6 se han agregado aquellos factores que ayudan mitigar el DpE.

Tabla 5
Factores de riesgo del Desgaste por Empatía en trabajadores/as sociales

- Niveles altos de angustia (Kagan y Itzick, 2017; Thomas, 2013)
- Mal ambiente en el trabajo (Itzick y Kagan, 2017; Kagan y Itzick, 2017)
- Niveles altos de Empatía (Baranowsky, 2002; Bourassa, 2009; Showalter, 2010)
- Trabajar en el área infancia en dificultad (S. Dagan, Ben-Porat, y Itzhaky, 2016; Nelson-Gardell y Harris, 2003; Sprang, Clark, y Whitt-Woosley, 2007)
- Historias de trauma no resueltas en la vida del profesional (Bourassa, 2009; S. Dagan et al., 2016; Hesse, 2002; Simon, Pryce, Roff, y Klemmack, 2005; Thieleman y Cacciatore, 2014)
- Altos niveles de carga de trabajo (Badger et al., 2008; K. Dagan, Itzhaky, y Ben-Porat, 2015)
- Altas horas de exposición al dolor ajeno (Boscarino et al., 2004; Bourassa, 2009; Brady et al., 1999; Bride, Robinson, Yegidis, y Figley, 2004; Figley, 2002; Gil y Weinberg, 2015; Hyman, 2004)
- Insuficientes prácticas de supervisión (Adams et al., 2001; Gil y Weinberg, 2015)
- Identificación con los clientes (Gil y Weinberg, 2015)

Tabla 6
Factores de protección del Desgaste por Empatía en trabajadores/as sociales

- Altos niveles de Satisfacción por Compasión (Butler, Carello, y Maguin, 2017; Caringi et al., 2017; Itzick y Kagan, 2017; Itzick, Kagan, y Ben-Ezra, 2018; Pelon, 2017; Ray, Wong, White, y Heaslip, 2013; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, y Kazanjian, 2013; Thieleman y Cacciatore, 2014)
- Llevar a cabo prácticas de autocuidado de forma frecuente (Ahern, Sadler, Lamb, y Gariglietti, 2016; Bride et al., 2007; Brown et al., 2017; Butler et al., 2017; Choi, 2011; S. Dagan et al., 2016; Dekel y Baum, 2010; Ghesquiere, Plichta, McAfee, y Rogerss, 2018; Thieleman y Cacciatore, 2014)
- Empoderamiento psicológico (Choi, 2017; Schuler, Bessaha, y Moon, 2016)
- Distancia emocional adecuada entre el cliente y el profesional (Badger et al., 2008)
- Tener espacios en el trabajo para compartir opiniones (Rohan y Bausch, 2009)
- Apoyo de los compañeros de trabajo (Choi, 2011)
- Apoyo de los supervisores o jefes (Choi, 2011)
- Estar bien informado/a sobre cuestiones laborales (Choi, 2011)
- Trabajo en equipo (Rohan y Bausch, 2009)
- Altos niveles de formación (Simon et al., 2005)
- Alta experiencia profesional (Dagan et al., 2016)
- Resiliencia (Acinas, 2012)

Los estudios realizados recomiendan que los/as trabajadores/as sociales que están expuestos al dolor se sus clientes a través de una relación directa, apliquen medidas para paliar las consecuencias naturales del DpE antes de que intensifiquen y que deriven en trastornos más graves como el Burnout (Bourassa, 2009; Everall y Paulson, 2004; Inbar y Ganor, 2003). El riesgo de no tomar medidas preventivas y esperar a sufrir sus consecuencias, supondrá un mayor coste físico y emocional para el profesional.

3.6 INTRUMENTOS DE MEDIDA DEL DESGASTE POR EMPATÍA

El *Mississippi Scale for Combat-related Post-Traumatic Stress Disorder* (Keane, Caddell, y Taylor, 1988), la *PTSD Symptom Scale* (Foa, Rothbaum, Riggs, y Murdock, 1991), el *Harvard Trauma Questionnaire* (Mollica et al., 1992) o el *Penn Inventory for PTSD* (Hammarberg, 1992) son algunos ejemplos de la variedad de instrumentos que se crearon para medir los efectos del trauma cuando en 1980 se reconoció el Estrés Post-Traumático en el DSM-III (Moreno-Jiménez, Morante, Losada, Rodriguez, y Garrosa, 2004).

La IES, *Impact of Events Scale*, (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979) y el *IES-R , Impact on Events Scale*, (Weiss, 2007) aunque no miden directamente DpE, sí que han sido utilizados en estudios relacionados incluyendo las variables intrusión y activación. En el caso del IES-R también se incorpora la variable evitación. El TABS, *Trauma Attachment and Belief Scale* (Pearlman, 2003) fue diseñado para identificar aspectos relacionados con la psicología del trauma así como temas interpersonales e intrapersonales que pueden surgir en el proceso terapéutico. El WAS, *World Assumption Scale*, (citado en Bride et al., 2007) ha sido una escala utilizada para el seguimiento de la distorsión cognitiva en situaciones de trauma. Aunque inicialmente estos instrumentos se crearon para valorar las consecuencias del trauma directo sobre las personas, también se han utilizado en investigaciones relacionadas con exposición secundaria al trauma (Bride et al., 2007).

Actualmente, hay escasez de instrumentos que midan únicamente la dimensión de DpE. Entre los instrumentos específicos para medir las consecuencias negativas en el profesional debido al coste de cuidar encontramos la *Secondary Traumatic Stress Scale* (Bride y Figley, 2007) creada por Bride y Figley en 1999. Esta escala fue creada para estudiar las consecuencias del trauma secundario en trabajadores/as sociales y otros profesionales de ayuda (Moreno-Jiménez et al., 2004). Se trataba de una escala de autoadministración diseñada para evaluar la

frecuencia de intrusión, evitación y síntomas de activación asociados a la exposición de situaciones traumáticas por parte de profesionales.

En 2002 se creó el ProQOL, *Professional Quality Life Scale* (Stamm, 2005a), instrumento específico para valorar los niveles de DpE. En los últimos diez años se han actualizado sus versiones hasta llegar a la quinta. Con los años se ha convertido en el instrumento más utilizado a nivel mundial para medir los niveles de DpE y SC. Este instrumento ha sido traducido a gran variedad de idiomas y validado en diferentes países. Se trata de un instrumento de autoinforme que consta de tres subescalas. El mismo instrumento es capaz de medir Burnout, SC y DpE. La capacidad de poder medir aspectos tanto positivos como negativos ayuda a comprender mejor la incidencia del síndrome. Adams, Boscario y Figley (2006) validaron la escala con trabajadores/as sociales que habían participado en tareas de apoyo durante el acto terrorista del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York.

Recientemente, Zamponi, Viñuela, Rondon, Tauber y Main (2009) presentaron un nuevo instrumento denominado *Inventario de Desgaste por Empatía*, también conocido como IDE o ESAPE. Este instrumento está directamente creado en español y fue validado en Argentina. La escala de 27 ítems que evalúa la Involucración Personal, el Cuidado Personal y la Vulnerabilidad dando una puntuación total en DpE. Este último instrumento se ha utilizado en varias tesis (Bernabé, 2013) y algunos artículos científicos (Alecsiuk, 2015).

Para la presente investigación se escogieron la Escala de Calidad de Vida Profesional ProQOL IV (Stamm, 2005a) y el Inventario de Desgaste por Empatía (Zamponi et al., 2009). Por una parte el ProQOL ofrece la posibilidad de comparar los niveles de DpE con la dimensión de SC mientras que el IDE ofrece la posibilidad de tener más información sobre variables que influyen en el síndrome.

3.7 MODELO EXPLICATIVO DEL DESGASTE POR EMPATÍA

En 1995 Figley publicó un libro en colaboración con otros autores. En él se pueden ver algunos de los modelos explicativos sobre el síndrome de DpE planteados hasta la actualidad.

Dutton y Rubinstein (1995) proponen un modelo teórico donde confluyen cuatro componentes: evento traumático, reacciones ante dicho evento, estrategias de afrontamiento y contexto ambiental y personal (Morett, 2005). Beaton y Murphy (1995) desarrollaron un modelo de similares características en el que destacaban los factores organizacionales y los individuales. El conflicto de rol, las normas culturales o el tipo de organización formaban parte de los factores organizacionales mientras que la formación, la experiencia y el apoyo se entendían como factores individuales.

El modelo más reconocido y que se adapta mejor a esta investigación es el creado por Figley (Figley, 1995, 1997, 2002). Bajo este modelo se sustenta la teoría de que para poder llegar a padecer DpE deben darse una serie de factores como la capacidad y actitud empática del profesional junto a la exposición directa a la narrativa de dolor que describe el cliente. En la figura 9 se observa el proceso de desarrollo del DpE y las variables que influyen en este. Este modelo parte de la concepción de que tanto la Empatía como la implicación emocional son elementos que generan un trabajo eficaz frente a situaciones de malestar o sufrimiento.

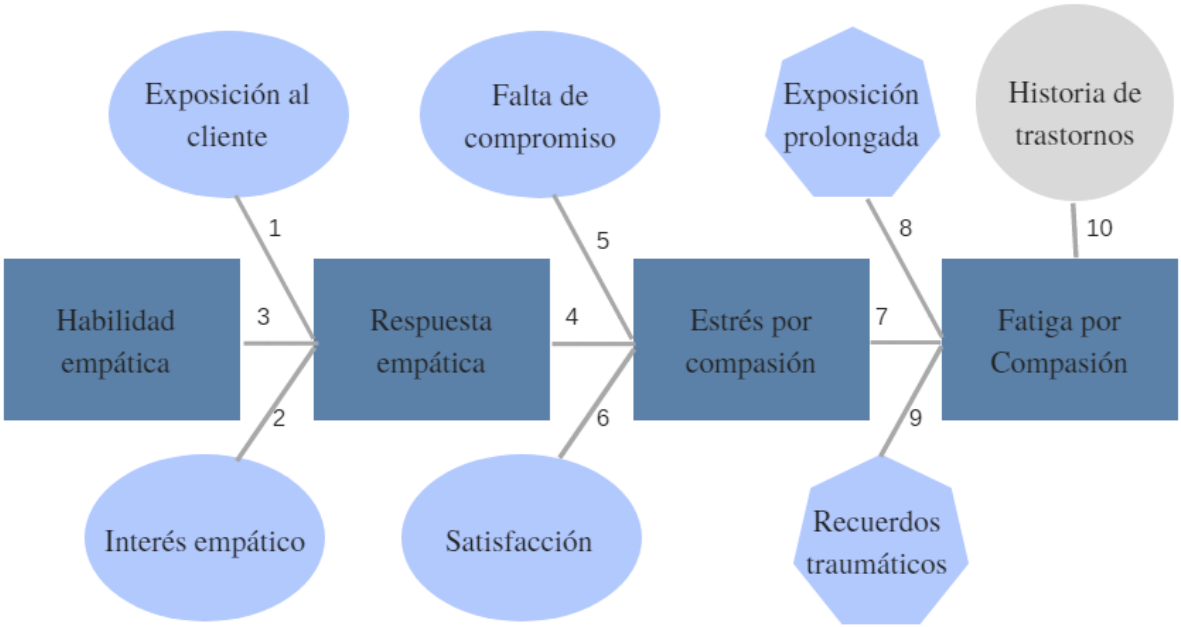

Figura 9: Modelo del Desgaste por Empatía de Figley (1995, 1997, 2002)

A partir de la habilidad empática y el interés empático frente a la exposición del cliente, se genera una respuesta empática necesaria para el buen desarrollo del proceso de apoyo. Tanto aspectos positivos como negativos pueden influir en el transcurso de la respuesta empática, generando una primera fase de estrés por compasión. La exposición prolongada por parte del profesional al sufrimiento de su cliente, más los recuerdos traumáticos que ha podido sufrir el profesional, pueden derivar a un agravamiento del estrés por compasión, originando Fatiga por Compasión (DpE). A continuación se detallan cada uno de los pasos necesarios para el desarrollo del proceso según Figley (1995, 1997, 2002) traducido y adaptado por Moreno-Jiménez (2004).

- *Paso 1.* La apertura del cliente-familia significa la exposición al dolor ajeno la cual observa la experimentación del sufrimiento de la familia o cliente al cual se atiende.

- *Paso 2*. Figley, al señalar la implicación empática, se refiere a la motivación a responder a la familia o cliente. La capacidad empática es insuficiente por sí sola si no existe una motivación de atender a los otros. La forma en la que escuchamos y atendemos a los clientes puede entrenarse y mejorarse.

- *Paso 3.* La actitud empática es la aptitud del profesional a través de la cual puede experimentar el dolor de la persona-cliente. La ausencia de Empatía impedirá el desarrollo de estrés por compasión impidiendo padecer síndrome de DpE. Así, para Figley, la Empatía es tanto un requisito necesario para establecer una relación exitosa con el cliente como el causante de la vulnerabilidad del/de la profesional ante los costes de la relación de ayuda.

- *Paso 4.* La respuesta empática se refiere al nivel de esfuerzo que realiza el profesional para mitigar el dolor del cliente mediante la relación de ayuda. En el transcurso del proceso el profesional puede experimentar sentimientos tales como dolor, rabia, enojo, tristeza o emociones sentidas y expresadas por el propio cliente. Es poco frecuente entre los/as profesionales del Trabajo Social evaluar el coste de tal respuesta, ya que principalmente la atención está puesta en mitigar el dolor del otro obviando el que pueda experimentar el propio profesional. Para Rothschild (2006), para el éxito del proceso terapéutico, es tan importante prestar atención al dolor ajeno como al propio.

- *Paso 5.* La falta de compromiso es un factor que frena el proceso de desarrollo del DpE. Es el espacio donde el profesional puede distanciarse de la tristeza y dolor del cliente. Aunque Figley no se refiera a ello como tal, podemos asemejarlo al proceso ecpático descrito por González de Rivera (2004). Figley se refiere a la habilidad y esfuerzo

consciente y relacional para separarse de los pensamientos, sentimientos y emociones del cliente, para situarse en los suyos.

- *Paso 6.* La satisfacción responde a los beneficios de la relación de ayuda. Permite reconocer hasta dónde llega la responsabilidad del profesional y dónde empieza la del cliente, generando motivación para continuar con el proceso de ayuda.

- *Paso 7.* El estrés por compasión es el residuo de la energía emocional derivada de la respuesta empática ofrecida por el profesional ante el dolor del cliente. Este estrés inicial ya tiene consecuencias negativas sobre la salud del profesional. Si en este momento no se ponen en funcionamiento los mecanismos paliativos necesarios, será relativamente sencillo continuar el proceso hasta llegar al DpE.

- *Paso 8.* Los/as trabajadores/as sociales que realizan tareas de intervención directa, están diariamente expuestos al dolor ajeno. La exposición al dolor del otro no se trata de una tarea puntual, sino de una actividad que se prolonga en el tiempo. La exposición prologada a las historias de pena, dolor, angustia, malestar o trauma de los clientes es un factor que induce al desgaste.

- *Paso 9.* Los recuerdos traumáticos hacen referencia a las experiencias vividas con otros clientes que han vivido situaciones semejantes de dolor o bien a experiencias personales que evocan angustia. Cuando estos recuerdos reaparecen causan una reacción emocional que conecta con sentimientos de tristeza, rabia o angustia. Las historias de los clientes que sufren situaciones semejantes a experiencias que forman parte de la vida del profesional, aceleran el proceso de desgaste. Un ejemplo puede ser el trabajar con

clientes o pacientes que sufren un cáncer, y recordar que un familiar o amigo próximo falleció por la misma enfermedad. Inevitablemente esta conexión generará dolor sobre el profesional y si de forma consciente no es trabajada, puede tener consecuencias en el proceso.

- *Paso 10.* El último paso puede agravar e incidir más aún sobre el síndrome de DpE. Los cambios en la rutina y el manejo de la responsabilidad pueden afectar directamente sobre el profesional. Por lo general, situaciones puntuales de enfermedades o cambio en la vida pueden tolerarse de manera adecuada; sin embargo, cuando el profesional se encuentra ya en esta fase del proceso, estos cambios pueden suponer grandes retos difíciles de superar.

Con los años Figley (2014) ha modificado ligeramente el modelo, renombrándolo como modelo de Resiliencia de la Fatiga por Compasión. El modelo de Figley es compatible con el desarrollo del trabajo de los profesionales del Trabajo Social, pues incorpora elementos como la capacidad empática, el interés empático y la exposición prolongada al dolor del cliente.

3.8 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL DESGASTE POR EMPATÍA.

A lo largo de la historia del síndrome de DpE se han ido atribuyendo toda una serie de signos y síntomas característicos que pueden ser clasificados de formas distintas. Frecuentemente los profesionales de la relación de ayuda centran su atención en el cliente obviando su propio dolor o malestar. Para algunos profesionales las prácticas de autocuidado personal y profesional son actividades poco frecuentes (Lee y Miller, 2013). Los profesionales que sufren DpE se ven afectados a nivel físico, cognitivo, conductual, relacional y emocional. Muchos de los

profesionales que están afectados por el síndrome continúan desempeñando sus trabajos viendo afectados su satisfacción y rendimiento. Si ante los primeros signos no se toman soluciones para desacelerar el proceso, es fácil terminar padeciéndolo. Si estos signos se agravan a través de una mayor exposición al trauma o bien con condiciones laborables poco adecuadas, el síndrome podrá derivar en Burnout (Stamm, 2002).

El sistema de clasificación CASIC sobre las señales de DpE (Campos, Cardona, Bolaños, y Cuartero, 2015) creado a partir de las aportaciones de Mathieu (2012) ha sido actualizado en la presente investigación con aportaciones de otros/as autores/as (Campos-Méndez, 2015; Campos, Cardona, y Cuartero, 2017a; Coetzee y Klopper, 2010; Gilmore, 2012; Moreno-Jiménez et al., 2004), dando como resultado la tabla 7. En esta tabla se clasifican los signos del DpE según su incidencia en aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos.

Tabla 7 *Señales del desgaste por empatía y sistema CASIC* (a partir de Campos-Méndez, 2015; Campos et al., 2015; Coetzee y Klopper, 2010; Gilmore, 2012; Mathieu, 2012)	
Conductuales	Evitación de los clientes Retraimiento Hipervigilancia Absentismo Consumo de fármacos
Afectivas	Rabia, ira e irritación Sentimientos de negatividad Agotamiento emocional Crisis nerviosa Incapacidad para tolerar emociones fuertes Deseo de abandono del trabajo Falta de motivación Niveles bajos de sensibilidad Sensación de sentirse sobrepasado
Somáticas	Agotamiento físico Cefalea y migraña Tensión muscular Dolor de estomago Dolor en el pecho Disminución de la respuesta inmunológica Depresión Aparición de tendencia hipocondríaca Insomnio
Interpersonales	Conflictos interpersonales en la red íntima Incapacidad de desarrollar aspectos de la vida fuera del trabajo Despersonalización Indiferencia Ausencia de disfrute del ocio Insensibilidad
Cognitivas	Exagerado sentido de la responsabilidad Dificultades en la toma de decisiones Tendencia a olvidar Descenso del compromiso con el cliente Deterioro de la auto-imagen Miedo irracional Sueños y pesadillas recurrentes Falta de concentración

3.9 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA FATIGA POR COMPASIÓN

3.9.1 BURNOUT

Desde los inicios del concepto, el DpE ha generado cierta polémica. Investigadores/as han criticado este nuevo constructo indicando que se trata de una subdimensión del Burnout (Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, y Smith-MacDonald, 2017). Aún existiendo estas controversias, son muchos los autores que defienden el DpE como una dimensión diferente al Burnout (Acinas, 2012; Bourassa, 2012; Figley, 1997; Smart et al., 2014). Stamm (2005c) define el DpE como una posible categoría previa al Burnout y al STS. Ambos conceptos, DpE y Burnout, están íntimamente ligados, por lo que en multitud de ocasiones se han utilizado de forma errónea (Potter et al., 2010).

El concepto Burnout fue inicialmente definido por Freudenberger en 1974 para describir el "estado de agotamiento físico y mental" observado entre los/as voluntarios/as de un hospital. Más tarde, Maslach (2001) lo desarrolló en profundidad definiendo sus tres dimensiones características: cansancio emocional, despersonalización y disminución de la realización personal. La prolongada exposición a un ambiente estresante y demandante es estructuralmente propicia para generar Burnout.

Burnout es una pérdida progresiva de idealismo, energía y objetivos como resultado de estrés laboral (Figley, 1997). Maslach (1996) lo definió como un síndrome que incorpora tres dimensiones, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal que puede producirse en personas que trabajan en contacto con clientes o pacientes.

A pesar de las diferentes concepciones sobre la génesis y el mantenimiento del Burnout, se encuentran algunas características comunes en la mayoría de definiciones (Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap, y Kladler, 2001): sus síntomas se relacionan con el trabajo; se

presenta en personas sin patologías previas; los síntomas se asocian con agotamiento, depresión y agotamiento emocional; aparecen síntomas atípicos debido al distrés físico, y se produce una rebaja de la efectividad y del rendimiento del trabajo debido a actitudes y conductas de carácter negativo.

La diferencia más importante entre el Burnout y el DpE es la influencia del entorno laboral (Sodeke-Gregson et al., 2013). Mientras que el DpE se basa en la relación entre el profesional y el cliente basada en la alianza terapéutica y a través de la Empatía, el Burnout puede incorporar otras variables ajenas a esta relación. Después de revisar la literatura científica que abarca ambos fenómenos se ha completado la tabla 8 creada por Acinas (2012), con más argumentos sobre las diferencias existentes entre ambos conceptos.

Tabla 8
Diferencias conceptuales entre el Desgaste por Empatía y Burnout (a partir de Acinas, 2012)

	Desgaste por Empatía	Burnout
Ejes	Reexperimentación, evitación o embotamiento e hiperactivación o hiperarousal (Acinas, 2012)	Agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización (Acinas, 2012; Maslach et al., 1996, 2001)
Se encuentra en relación con	Trastorno de estrés postraumático (Acinas, 2012)	Estrés laboral (Acinas, 2012)
Consecuencias	Quien lo padece puede seguir cuidando e involucrándose en el entorno laboral pero aunque con dificultades (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, y Mount, 2009; Slocum-Gori et al., 2013)	Desfase entre lo que se espera y lo que se consigue (Benito, Arranz, y Cancio, 2011; Campos-Méndez, 2015)
Causas	Relación con esquema cognitivo profesional (Acinas, 2012) Resultado del choque emocional de la escucha empática de la historia de dolor narrada por el cliente (Nelson-Gardell y Harris, 2003)	Relación con condiciones laborales (Acinas, 2012) Es el resultado de los resultado estresores del ambiente de trabajo (Nelson-Gardell y Harris, 2003)
Origen	En el profesional de la relación de ayuda (Campos-Méndez, 2015; Nelson-Gardell y Harris, 2003; Slocum-Gori et al., 2013; Smart et al., 2014)	En las características de la organización (Campos-Méndez, 2015; Newell y Nelson-Gardell, 2014; Stamm, 2005b)
Interacción con	Interacción empática entre el profesional y el paciente (Campos-Méndez, 2015; Figley, 1995; Kearney et al., 2009)	Interacción entre el profesional y el entorno laboral (Campos-Méndez, 2015; Maslach et al., 2001; Nelson-Gardell y Harris, 2003)
Concepto	Estado (Acinas, 2012)	Proceso (Acinas, 2012)
Evolución	Súbito, rápido, sin señales previas, abrupto y agudo (Acinas, 2012; Figley, 1995; Forster, 2009)	Progresivo, acumulación en el tiempo por contacto intenso (Acinas, 2012; Arvay y Uhlemann, 1996; Forster, 2009; Nelson-Gardell y Harris, 2003)
Pronóstico	Mitigación más rápida respecto al Burnout (Figley, 1995)	Mitigación más lenta respecto al Desgaste por Empatía (Figley, 1995)
Manifestación	Menos insidiosa (Acinas, 2012)	Circunstancia extrema (Rothschild 2006) y agravamiento posterior (Acinas, 2012)
Nivel emocional	Sentimiento de indefensión, sensación de aislamiento de apoyos (Acinas, 2012)	Resultado de extenuación emocional (Acinas, 2012)
Profesional	Únicamente puede darse en profesionales de ayuda (Campos-Méndez, 2015; Smart et al., 2014) En contraposición Rothschild (2006) dice que puede darse en cualquier persona que sufre fruto de su trabajo en el cuidado de los otros.	Puede darse en cualquier tipo de profesión (Campos-Méndez, 2015; Smart et al., 2014; Stamm, 2005b)
Instrumento más popular	ProQOL (Stamm, 2010)	MBI (Maslach et al., 1996)

3.9.2 ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Estrés Traumático Secundario es un término utilizado para describir el fenómeno por el cual las personas se traumatizan, no al experimentar directamente un evento traumático, sino al escuchar u observar un evento traumático experimentado por otra persona. Según describen Baird y Kracen (2006) el Estrés Traumático Secundario son los síntomas psicológicos adquiridos por la exposición a personas que sufren los efectos del trauma. Se trata de un proceso mediante el cual una persona que observa el sufrimiento de otra, experimenta las mismas respuestas emocionales (Moreno-Jiménez et al., 2004).

Como se ha explicado en el apartado anterior, el STS ha sido utilizado como sinónimo del Desgaste por Empatía o Fatiga por Compasión desde sus inicios. Con el tiempo el STS se ha relacionado más con los eventos traumáticos mientras que el DpE se ha centrado en situaciones de dolor sufrimiento o crisis por parte de los clientes o pacientes. Tanto las consecuencias como los riesgos que lo inducen son los mismos en ambos casos.

3.9.3 TRAUMATIZACIÓN VICARIA

El término Traumatizacion Vicaria se introdujo por primera vez en la literatura científica en la década de 1990 (Newell et al., 2015). El desarrollo de este término fue influenciado por los trabajos de Pearlman sobre los supervivientes de abusos sexuales e incesto. Pearlman aplicó el término vicario para reconocer que un terapeuta podía experimentar vicariamente aspectos o traumas del cliente tal como si le hubiera ocurrido a él mismo (Rothschild, 2006). La Traumatización Vicaria puede entenderse como los cambios en los esquemas cognitivos o creencias, expectativas y suposiciones del terapeuta debidos a la exposición de material gráfico

y doloroso que presentan los clientes (McCann y Pearlman, 1990). Basado en la teoría constructivista del autodesarrollo, el trauma vicario representa los posibles cambios cognitivos en el/la profesional, modificando su visión del mundo y generando dificultades en las áreas de seguridad, intimidad, confianza y espiritualidad (Pearlman y Mac Ian, 1995).

La principal diferencia entre DpE y Traumatización Vicaria radica en los cambios cognitivos que se producen en el profesional que experimenta la segunda. Un profesional que experimenta DpE no tiene porqué ver modificado su sistema de creencias respecto al fenómeno que afecta a sus clientes. Por ejemplo, profesionales víctimas del trauma vicario que trabajan con niños/y niñas abusados sexualmente por sus padres, podrían asociar la figura del "hombre" a "incesto" generando toda una serie de reacciones emocionales y cognitivas ante la presencia de éste. Se sugiere que la Traumatización Vicaria podría resultar una interrupción completa de la capacidad de proporcionar atención hacia su propia persona, quedando esencialmente agotados sus recursos psicológicos para atender al cliente y a su cuidado personal (Newell et al., 2015; Pearlman y Mac Ian, 1995).

Al igual que en investigaciones sobre el Burnout, las primeras investigaciones sobre Trauma Vicario se han identificado con características personales y organizacionales. Existe un estudio donde Bell, Kulkarni y Dalton (2003) sugieren que las prácticas de supervisión, el autocuidado, la mejora de la educación, la disminución de la carga de trabajo y el apoyo grupal son elementos clave para prevenir el Trauma Vicario.

3.9.4 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En 1980 la Asociación Americana de Psiquiatría introdujo por primera vez el término de Estrés Post-Traumático (TEPT) en el DSM-III. Este término se aplica comúnmente a las personas traumatizadas por uno de los muchos tipos de eventos traumáticos que se pueden experimentar. El trastorno de TEPT se refiere al sufrimiento de la persona por su propio evento traumático. La principal diferencia entre el DpE y el TEPT es la exposición al acontecimiento traumatizante. Mientras el DpE consiste en una exposición indirecta, en el caso del TEPT se trata de una exposición directa y mucho más grave.

3.9.5 TRANSFERENCIA y CONTRA-TRANSFERENCIA

La contra-transferencia se refiere a las reacciones del terapeuta ante un cliente, que tienen origen en el propio pasado del profesional (Rothschild, 2006). La contra-transferencia puede ser vista como una respuesta consciente e inconsciente que fluye del cliente hacia el terapeuta, sobre todo si la naturaleza de la transferencia está conectada con la historia pasada del profesional. Así, la contra-transferencia pasa a ser el modo en el que el/la profesional reacciona ante las transferencias de su cliente. Figley (1995) señala que el DpE incluye cierto grado de contra-transferencia entre el cliente y el/la profesional aunque no se limita únicamente a ésta.

> La transferencia y la contra-transferencia se consideran como derivados de la relación conjuntamente creada entre el cliente y el terapeuta, una experiencia que es más interpersonal que intrapsíquica. En otras palabras, según este punto de vista, la transferencia del cliente crea la contra-transferencia del analista, y en sentido contrario la contratransferencia del analista crea la del cliente (Rothschild, 2006, p. 30)

Actualmente no está claro si la transferencia y contra-transferencia son fenómenos positivos o negativos. Para Figley la contra-transferencia solamente puede darse en espacios de psicoterapia y se trata de una reacción por transferencia de las emociones negativas del cliente que deben ser evitadas, ya que entiende que ésta impide valorar de forma objetiva informaciones o acontecimientos que le ocurre al cliente. En un terreno más neutral, Rothschild (2006) y Kohut (1971) afirman que tanto la transferencia como la contra-transferencia pueden ser tanto positivas como negativas, dependiendo de la naturaleza del evento que se transfiera. Sin embargo, en el proceso clásico del psicoanálisis freudiano, el fenómeno de la transferencia fue descrito como un fenómeno positivo. El terapeuta, a través de su mente en blanco, era capaz de conectar con la mente de su cliente y captar lo que le ocurría (Newell et al., 2015).

3.9.6 CONTAGIO EMOCIONAL

Se trata de un proceso mediante el cual la persona que observa directamente el sufrimiento del otro experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales reales o esperadas de la otra persona (Figley, 1995). Popularmente es conocido como “hacerse propias las emociones de los demás”. Para Hoffman (1977, citado en Fernández-Pinto et al., 2008) el contagio emocional es una forma de Empatía superficial que consiste en resonancias emocionales con la otra persona sin comprender sus emociones ni cuál es su situación.

3.10 SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN

Hasta el momento, en este capítulo, únicamente se han comentado los aspectos negativos derivados de una relación de ayuda. No es menos cierto que, aunque la relación próxima con personas pueda suponer desgaste para el/la profesional, también existe una parte gratificante que deriva de la relación. En la actualidad, pocos estudios (Pooler, Wolfer, y Freeman, 2014) se centran en destacar y reflexionar sobre lo que hace sentir felices y orgullosos a los/as profesionales de la relación de ayuda. Mayoritariamente las investigaciones ponen el foco de atención en evaluar los efectos nocivos derivados del cuidado de personas que están experimentando dolor físico o emocional. Estudios como el de Newell, Nelson-Gardell y MacNeil (2015) estudian la Empatía como la fuerza que impulsa el trabajo dentro del marco de la relación de ayuda. Para trabajar diariamente con personas que sufren se debe tener algún componente motivador ya que en caso contrario es fácil sufrir desgaste propio del trabajo. Para Newel (2015) este componente motivador es la Empatía. Figley y Radey (2007) sugerían en sus artículos la importancia de potenciar los aspectos positivos del trabajo para incrementar la fortaleza del cliente, del trabajador y de la institución.

Para hablar del componente positivo debemos referirnos al término Satisfacción por Compasión (SC). La SC fue definida por Stamm (2005a) como la recompensa positiva derivada del trabajo de ayuda. Según Conrad y Keller-Guentherconrad (2006), la SC se refiere a los aspectos del trabajo que resultan gratificantes y satisfactorios para el profesional de la relación de ayuda. La presencia de niveles de SC en los/as profesionales genera efectos positivos sobre el/la propio/a profesional, los clientes, los/as compañeros/as de trabajo, la organización social y la comunidad en general (Stamm, 2005). Desde esta óptica, se entiende la SC como la recompensa de la práctica clínica y relacional, y la importancia de apreciar y valorar el trabajo (Newell et al., 2015). Acinas (2012) la define como el gozo de trabajar ayudando a los demás,

asociándolo al proceso de sanación recíproco entre el profesional y el cliente; la autoconexión interna; la conexión con los/as semejantes; el sentido incrementado de la espiritualidad y el elevado grado de Empatía.

La SC es un medio eficaz para reducir el DpE (Wagaman et al., 2015) ya que proporciona la motivación, la resistencia, el interés, el sentido de logro en ayudar a los clientes y familias (Bride et al., 2007). Mientras que el DpE es entendido como el "coste de cuidar", la SC es entendida como "la recompensa positiva de cuidar" (Inbar y Ganor, 2003). La SC es utilizada como la antítesis del DpE (Stamm, 2005) y diferentes investigaciones demuestran que niveles altos de SC se asocian con niveles bajos de DpE (Butler et al., 2017; Hunsaker, Chen, Maughan, y Heaston, 2015; Ray et al., 2013). Por desgracia no existe una fórmula específica para aumentar los niveles de SC.

Los/as trabajadores/as sociales se pueden beneficiar indirectamente de la SC (Wagaman et al., 2015), a través de la mejora de la relación con el cliente, el crecimiento personal y la mejora de los resultados en la intervención (Pooler et al., 2014). Mantener una mirada positiva genera empoderamiento del/de la profesional y, en consecuencia, de la persona-familia, enganche en la relación, seguridad, motivación y energía para continuar trabajando (Newell y Nelson-Gardell, 2014). La parte grata de la práctica es la que mantiene el/la profesional en su lugar de trabajo y le permite disfrutar de su espacio laboral, de la relación con sus clientes y de sus logros. Niveles altos de SC implican sentirse feliz, sentir que se tiene éxito, estar contento/a con el trabajo que se realiza y querer seguir ejerciéndolo (Stamm, 2010).

3.11 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA EN TRABAJO SOCIAL

Diversas investigaciones destacan la necesidad de poner mayor atención en las consecuencias de la relación de ayuda en el ámbito del Trabajo Social (Bride et al., 2007). Diez años atrás, Bourassa (2009) ya criticaba la poca presencia de estudios sobre DpE en la profesión de Trabajo Social. Revisando la literatura científica a nivel mundial, se observa que durante los últimos cinco años el tema del DpE ha tomado más fuerza en el área de la práctica del Trabajo Social, aunque aún se considera insuficiente (Bride, 2007).

Se considera importante mencionar que en 2007 la revista *Clínica Social Work* publicó una edición especial sobre el fenómeno del Desgaste por Empatía en el Trabajo Social (Bride y Figley, 2007). Actualmente, la mayoría de estudios se centran en áreas de enfermería y/o medicina, donde algunos de ellos incluyen muestras de trabajadores/as sociales.

En las últimas publicaciones sobre DpE y Trabajo Social, algunos/as investigadores/as apuestan por revisiones sistemáticas (Baldschun, 2018; Toh et al., 2018), revisión de casos (Campbell, 2007; Hesse, 2002; Naturale, 2007; Smith, 2007; Tyson, 2007), mientras que otras apuestan por investigaciones más cuantitativas. En la tabla 9 se clasifican algunos de los artículos más influyentes durante estos últimos años en cuanto al DpE en trabajadores/as sociales. Como se observa, en España no existen investigaciones que relacionen ambos aspectos.

TABLA 9 *Investigaciones sobre Trabajo Social y Desgaste por Empatía en los últimos 10 años.*			
	Autores/as -referencia	**Muestra**	**País**
2018	(Itzick et al., 2018)	501 TS de diferente áreas	Israel
	(Ghesquiere et al., 2018)	TS de servicios de protección a adultos	EE.UU.
2017	(Kostouros y Wenzel, 2017)	Estudiantes de TS	Canadá
	(Kagan y Itzick, 2017)	494 TS de diferentes áreas	Israel
	(Pelon, 2017)	55 TS de hospicios	EE.UU.
	(Butler et al., 2017)	195 estudiantes TS	EE.UU.
	(Caringi et al., 2017)	256 TS clínicos	EE.UU.
	(Itzick y Kagan, 2017)	373 TS de salud y Comunitarios	Israel
	(Choi, 2017)	154 TS de infancia y familia	EE.UU.
	(Crowder y Sears, 2017)	14 TS de diferente áreas	Canadá
	(Brown et al., 2017)	151 profesionales y estudiantes	EE.UU.
2016	(S. Dagan et al., 2016)	255 TS de protección al menor y TS de servicios sociales	Israel
	(Ahern et al., 2016)	5 TS (investigación cualitativa)	Reino Unido
	(Schuler et al., 2016)	152 TS de servicios públicos y privados	EE.UU.
2015	(Dagan et al., 2015)	217 TS del área de familia	Israel
	(Decker, Brown, Ong, y Stiney-Ziskind, 2015)	Estudiantes de TS	EE.UU.
2014	(Kapoulitsas y Corcoran, 2014)	6 TS (Estudio cualitativo)	Australia
	(Thieleman y Cacciatore, 2014)	41 profesionales y voluntarios	EE.UU.
2013	(Ray et al., 2013)	169 profesionals	EE.UU.
	(Thomas, 2013)	171 TS clínicos	EE.UU.
2012	(Bourassa, 2012)	9 TS gerontología. (Cualitativo)	EE.UU.
2011	(Harr y Moore, 2011)	Estudiantes de TS	EE.UU.
	(Choi, 2011)	154 Trabajadores de bienestar infantil	EE.UU.
2009	(Rohan y Bausch, 2009)	21 profesionales ámbito sanitario, incluidos TS. (Cualitativa)	EE.UU.
2008	(Badger et al., 2008)	121 TS de atención a situaciones trauma	EE.UU.

Los estudios avalan que los/as trabajadores/as sociales, por la naturaleza de su trabajo relacional y la carga emocional de su trabajo, son profesionales que tienen riesgo de sufrir DpE. Por ello, varios estudios manifiestan la importancia de continuar estudiando este fenómeno en el Trabajo Social en general (Badger et al., 2008; Bride, 2007) o por especialidades como salud (Cunningham, 2003; Dane y Chachkes, 2001; Pockett, 2003), gerontología (Bourassa, 2012; Leon, Altholz, y Dziegielewski, 1999), emergencias (Cacciatore, Carlson, Michaelis, Klimek, y Steffan, 2011; Gagin, Cohen, y Peled-Avram, 2005), o drogodependencias (Fahy, 2007).

Thomas (2016) realizó un estudio con estudiantes de Trabajo Social y encontró tasas de experiencias traumáticas en sus historias de vida mayores que en la población general. Ello parece indicar que las personas que han experimentado situaciones dolorosas puedan sentirse más identificadas con otras víctimas, y por ello escoger estudios relacionados con la relación de ayuda.

Varios estudios han encontrado altos niveles de DpE en los/as trabajadores sociales (Caringi et al., 2017). Simon, Pryce, Roff y Klemmack (2005) encontraron que los/as trabajadoras sociales del área de oncología presentaban niveles altos de DpE y que tal variable estaba íntimamente relacionada con la SC. En esta misma línea de investigación Joubert, Hocking y Hampson (2013) observaron prevalencia del DpE en trabajadores/as sociales del área de salud, específicamente en el área de oncología. Los estudios realizados por Thomas (2013) en una muestra de trabajadores clínicos demostraron las relaciones significativas entre la prevalencia del DpE y los niveles de angustia.

Diversos estudios evidencian que la naturaleza del caso con el que se trabaja tiene mayor o menor impacto sobre el profesional. Los estudios de Lowe (2016) respaldan la idea de que trabajar con infancia en dificultad (malos tratos o abusos infantiles) incrementa el riesgo de padecer DpE. Conrad y Kellar-Guenther (2006) encontraron alta prevalencia de DpE entre el personal de protección a la infancia del condado de Colorado en Estados Unidos. Nelson-

Gardell y Harris (2003) también estudiaron los efectos psicológicos negativos que sufrían los/as trabajadores/as sociales que se vinculaban con los/as niños/as que habían sido abusados, maltratados/as o desentendidos/as en los centros de bienestar infantil norteamericanos.

La mayor parte de los estudios en el área del Trabajo Social respaldan la hipótesis de que la Satisfacción por Compasión se comporta como un factor de protección ante el DpE (Butler et al., 2017; Ray et al., 2013; Simon et al., 2005). Es decir, a mayores niveles de SC menores niveles de DpE.

En el 2008, Badger, Royse y Craig (2008) realizaron un estudio exploratorio sobre el DpE en 121 trabajadores/as sociales que trabajaban en el área de trauma y crisis. Los hallazgos revelaron que la separación emocional y el estrés laboral eran predictores del DpE. La reciente investigación realizada por Kagan y Itzick (2017) confirma que la angustia personal y el DpE correlacionan positivamente. Por otra parte observaron que la mejora en esta área supone incrementar los niveles de Satisfacción por Compasión, lo que se traduce en beneficios en la comunidad, la entidad y los clientes. Investigaciones como la de Butler, Carello y Manguin (2017) identifican el estrés como un precursor del Burnout y DpE mientras que las de Itzick y Kagan (2017) señala su posible relación con los factores psicológicos del propio profesional.

El estudio realizado por Schuler, Bessaha y Moon (2016) comparaba los niveles de empoderamiento entre los/as trabajadores/as de los Servicios Sociales públicos y privados. Los hallazgos revelaron que los/as trabajadores/as sociales del ámbito privado estaban menos empoderados y ello tenía repercusión directa sobre los niveles del DpE.

Se han realizado varios estudios con estudiantes de Trabajo Social en los cuales se concluye que dichos estudiantes, futuros trabajadores/as sociales, son sensibles al malestar ajeno y ello los induce a poder padecer DpE (Kostouros y Wenzel, 2017).

3.12 MECANISMOS PALIATIVOS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

A lo largo del capítulo I se ha descrito la necesidad, en el marco del Trabajo Social, de construir un vínculo a través de una relación de ayuda cálida, sincera y empática con el cliente. En el presente capítulo, se ha evidenciado que trabajar desde esta perspectiva comporta un desgaste personal y profesional que puede tener consecuencias negativas sobre la salud del/de la trabajador/a social. Se entiende así que el DpE, respuesta natural en un proceso relacional, puede comportar riesgos sobre la salud del/ de la profesional si no es debidamente compensado. Según indica la literatura, para realizar este proceso de compensación será necesario introducir mecanismos de autocuidado.

En varios estudios, el autocuidado ha sido una variable compensadora del DpE que ha favorecido a aumentar los niveles de Satisfacción por Compasión (Radey y Figley, 2007). También se ha comprobado que la mejora de la Satisfacción de los profesionales tiene repercusión sobre el servicio y sus clientes (Baldschun, 2018; Itzick et al., 2018; Partab, 2010).

Cox y Steiner (2013b) publicaron un libro titulado “Autocuidado y Trabajo Social” en el cual se reconoce el papel fundamental de las prácticas de autocuidado frente a síndromes como el Burnout, la Traumatización Vicaria o el Desgaste por Empatía. Las autoras reconocen la importancia de implementar este tipo de prácticas de autocuidado profesional en respuesta a las amenazas sobre la estabilidad de los/as trabajadores/as sociales y los Centros de Servicios Sociales. Señalan la importancia de que tanto las administraciones públicas, entidades privadas y universidades, aboguen por ofrecer seminarios de capacitación que brinden educación sobre los signos y síntomas del Desgaste por Empatía. La Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW) de los Estados Unidos en sus numerosas publicaciones reconoce el papel fundamental que tienen las prácticas de autocuidado en la profesión del Trabajo social (Saxo, 2017). Ni en el Libro Blanco de Trabajo Social (ANECA, 2004), ni en el Código Ético del

Trabajo Social (FITS, 2018), ni en el Código Deontológico del Trabajo Social (Consejo General del Trabajo Social, 2015) se hace mención concreta a este tipo de prácticas.

Tal y como afirman los estudios de Newel, et al. (2015) la falta de autocuidado profesional entre los profesionales de la relación de ayuda puede tener consecuencias graves incrementando o acelerando los síndromes de DpE o Burnout. Bourassa (2009) apuesta por las prácticas de autocuidado para neutralizar la naturaleza del momento estresante como medida para prevenir el DpE. Conocer y reconocer el DpE son pasos claves en el proceso del síndrome (Bourassa, 2009), por lo que se recomienda a los profesionales educación en esta área (Rothschild, 2006). Para prevenir o paliar tal desgaste es importante empezar a centrar la atención en la salud del profesional e ir definiendo límites y marcando pautas sobre nuestra práctica personal y profesional (Cuartero, 2018).

El déficit en el autocuidado, el trauma no resuelto, la incapacidad de control sobe factores estresantes en el trabajo y la falta de satisfacción son los cuatro principales factores que pueden inducir a padecer DpE (Figley, 1995). Wagaman, Geiger, Shockley y Segal (2015) afirman que las estrategias de autocuidado sirven para prevenir y gestionar los riesgos asociados al DpE. Figley (2002) recomienda que las personas que trabajan en Servicios Sociales de atención a personas se esfuercen por mejorar su propio bienestar personal, familiar, emocional y espiritual al tiempo que responden a las demandas y necesidades de sus clientes. Para Radey y Figley (2007) el autocuidado es un mecanismo que incide positivamente sobre la salud, los recursos físicos, intelectuales y sociales.

Existe poca literatura con base empírica sobre el papel del autocuidado como mecanismo preventivo y de bienestar de los/as trabajadores/as sociales. En áreas como la psicología clínica, el autocuidado ha tenido mayor relevancia, pero el autocuidado personal y profesional ha sido un gran desconocido durante mucho tiempo en el marco del Trabajo Social (Lee y Miller, 2013). McLean, Wade y Encel (2003) subrayan la necesidad no sólo de conocer

las prácticas de autocuidado, sino también de crear pasos prácticos para minimizar el impacto negativo en el área laboral. Así como afirman Radey y Figley (2007), para ayudar a los demás primero uno debe cuidarse a sí mismo. De forma puntual, en Estados Unidos, se han creado programas de apoyo para profesionales del Trabajo Social, como el creado por Cruz Roja Americana para trabajar los efectos de los desastres naturales y la relación con sus clientes (Cronin, Ryan, y Brier, 2007). Estudios como los de Newell y Nelson-Gardell (2014) subrayan la importancia de fomentar las prácticas de autocuidado entre los estudiantes de Trabajo Social como medidas de prevención. Concretamente en España, la Comunidad Autónoma de Aragón, publicó un manual para el cuidado y autocuidado de los profesionales de la intervención directa (Bernard, Pérez, Díaz, Garcia, y Villagrasa, 2012) el cual recogía estrategias de autocuidado individual profesional grupal e institucional destinadas a los profesionales de los equipos que trabajan con familias en riesgo psicosocial y que tienen menores a su cargo.

El autocuidado ha sido descrito como una habilidad (Collins, 2005), un proceso (Lee y Miller, 2013) y hasta como un comportamiento (Stebnicki, 2007) que promueve un sentido subjetivo del bienestar (Jordan, 2010), alivio del estrés (Brucato y Neimeyer, 2009) y resiliencia ante la prevención del DpE (Stebnicki, 2007).

Lee y Miller (2013) presentan un extenso trabajo de sistematización sobre el autocuidado, concluyendo con una serie de pautas prácticas que pueden ayudar a paliar situaciones futuras peligrosas. Al igual que Pearlman y Saakvitne (1995), Lee y Miller (2013) diferencian las prácticas de autocuidado en dos dimensiones: las personales y las profesionales. Las estrategias personales son aquellas que el profesional puede realizar en su vida privada, mientras que las estrategias profesionales son las que se llevan a cabo en un contexto laboral.

3.12.1 EL AUTOCUIDADO PROFESIONAL

El autocuidado profesional se entiende como el proceso de involucración y enganche intencional de prácticas que promueven el efectivo y apropiado uso de uno mismo en el rol profesional (Lee y Miller, 2013). Para Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2011) el autocuidado está referido a las competencias del profesional para promover la salud física, la salud emocional y la calidad de vida para así detectar, enfrentar y resolver situaciones asociadas al desgaste laboral. Según Radey y Figley (2007), el autocuidado es considerado como el principal factor para aumentar los efectos positivos junto con los recursos físicos, intelectuales y sociales del profesional, disminuyendo así el DpE.

Este tipo de autocuidado específico del área laboral puede llevarse a cabo a través de actividades como la formación, la creación de espacios de supervisión, regulación de carga de trabajo, dotar de recursos adecuados o dar oportunidades de desarrollo profesional a los empleados (Hesse, 2002). Estas prácticas tienen repercusiones positivas sobre la salud del profesional y favorecen el bienestar en el contexto laboral. Es importante que las entidades puedan promover un ambiente cálido, amigable y acogedor donde los trabajadores sientan que pueden confiar y apoyarse en sus compañeros en momentos de dificultad (Radey y Figley, 2007).

Para Lee y Miller (2013) el buen manejo del autocuidado profesional incluiría aspectos como el manejo de la carga laboral, la atención del rol profesional, la atención en las reacciones derivadas en el profesional, el apoyo y soporte proporcionado a los profesionales y el desarrollo de actividades que fomenten la renovación de energía profesional.

MEJORAS EN EL MANEJO DE LA CARGA DE TRABAJO

El manejo de la carga de trabajo consiste en la implantación de estrategias que permitan al profesional ser consciente del manejo de las tareas de trabajo y el tiempo que tarda en realizarlas. Este tipo de prácticas facilitan una mejor organización en relación a las necesidades de los clientes y lo que se puede hacer. Ejemplos de estas estrategias pueden incluir paros en la jornada laboral, tomar vacaciones, clasificar las tareas de trabajo por horas. Organizar y priorizar tareas son buenas estrategias para reducir el estrés generado por el trabajo. Además, las pequeñas pausas después de atención de casos de alto contenido emocional y el refuerzo positivos de los compañeros también funcionan como mecanismos paliativos del DpE en el área laboral (Bourassa, 2009).

ATENCIÓN EN EL ROL PROFESIONAL

Prestar atención al rol profesional es importante en profesiones como el Trabajo Social. Es frecuente que en el espacio laboral un/a trabajador/a social realice diferentes funciones a la vez. Los/as trabajadores/as sociales deben trabajar desde valores basados en el código ético, los cuales incorporan estrategias y limitaciones en su ambiente laboral (Lee y Miller, 2013). Estar dispuesto/a a reconocer estas limitaciones puede favorecer la creación de estrategias que mejoren situaciones desgastantes.

ATENCIÓN EN LAS REACCIONES Y AUTOCONOCIMIENTO

Rothschild (2006) reivindica la importancia del conocimiento del propio cuerpo para los/as profesionales que trabajan con personas angustiadas o traumatizadas. Conocer aspectos relacionados con las reacciones conscientes e inconscientes del cuerpo frente al dolor ajeno permite adquirir instrumentos necesarios para la contención de los clientes y el autocuidado del

profesional. Los/as trabajadores/as sociales deben enfrentarse a muchas situaciones angustiantes y por ello se considera necesario un autoconocimiento en sus reacciones en el trabajo.

El autoconocimiento es descrito como competencia profesional básica para la práctica que exige a los profesionales un alto grado de conocimiento personal para poder trabajar en el marco de una relación de ayuda (Báñez, Besa, García, y Mas, 2016). Así, el autoconocimiento nos permite una conciencia de la configuración de la identidad y del modelo de práctica profesional. Es importante conocer "qué es lo que aporta el/la trabajador/a social" y "qué es lo que aporta el cliente" para llevar a la práctica una buena intervención y a la vez poder reflexionar y separar emociones (Cuartero y Cañas, 2017). Para un buen autococimiento se debe iniciar un recorrido introspectivo y reflexivo en el cual la persona construye su propia narrativa a partir de su experiencia vital, sus valores, los sentimientos, los temores o sus preferencias. El autoconocimiento requiere de una exploración multidimensional del "yo"a lo largo del tiempo.

El autoconocimiento permite al profesional saber cuáles son los límites de la relación e identificar qué es lo que aporta el cliente y qué es lo que aporta el/ella a la relación. Tal y como afirma De Robertis (2006) detrás de cualquier técnica y/o actuación está la persona que la lleva a cabo, existiendo una relación constante entre la personalidad del profesional y la técnica en cuestión.

Es importante que el/la trabajador/a social reconozca y recuerde que lleva consigo mismo/a sus propios sentimientos, emociones y recursos a la relación que crea con el cliente. El profesional que no es capaz de diferenciar sus propios sentimientos de los del cliente, y se siente a merced de ellos, tendrá más riesgo de sufrir DpE (Jacobson, et al., 2013). Así pues, si un/a trabajador/a social no es capaz de ir auto-chequeando su práctica, no le será difícil caer en las redes de la contratransferencia (Rothschild, 2006).

APOYO PROFESIONAL

La estructura de soporte profesional permite a los/as trabajadores/as sociales construir espacios de trabajo que fomenten el rol profesional. Las estructuras de apoyo permiten dotarse de los recursos necesarios para la mejora del bienestar laboral (Lee y Miller, 2013).

Las estrategias de apoyo al/la profesional pueden incluir actividades como la identificación de compañeros/as que puedan dar soporte en algunos espacios de trabajo; espacios formativos continuos específicos sobre la práctica laboral; creación de eventos entre profesionales de la misma red asistencial; participar en conferencias; espacios de supervisión internos o externos a la entidad; reuniones de equipo semanales para trabajar los casos más complejos y crear programas específicos que contribuyan a paliar los efectos del desgaste laboral. Los estudios de DePanfilis (2006) sugieren la necesidad de que los gerentes y directores/as creen las condiciones laborales óptimas para ayudar a los trabajadores a procesar el impacto negativo laboral.

Diversos estudios realizados sobre la efectividad del apoyo profesional demuestran que los profesionales que disponen de este tipo de espacios y apoyos por parte de la entidad (espacios de supervisión y reuniones de equipo) tiene mayores niveles de Satisfacción y, en consecuencia, menores niveles de desgaste (Wagaman et al., 2015).

Radey y Figley (2007) señalan las reuniones de equipo como espacios donde se puedan compartir experiencias más dificultosas con los clientes que se encuentran en situaciones angustiosas. Estos espacios entre compañeros/as pueden ser un espacio de apoyo crítico en el cual también puedan compartirse experiencias exitosas. Para Fraidlin y Rabin (2006) el equipo es el mejor experto para identificar signos de angustia tanto personales como colectivos y tratarlos para mitigar los efectos del DpE.

Carmina Puig ha dedicado parte de su trayectoria profesional al estudio de la supervisión y el autocuidado en la profesión de Trabajo Social (2015, 2016, 2017). Según indica la autora, la supervisión es "un trabajo sobre el trabajo, un meta-trabajo que se situa en la interfaz entre el aprendizaje, la formación, la educación y el apoyo en una organización o institución" (Puig, 2011, p. 48). La definición que propone Puig "abandona la idea de control y da paso a una supersivión centrada en la revisión reflexiva de las intervenciones sociales o socieducativas"(2011, p. 49).

Los estudios de McFadden, Campbell y Taylor (2015) afirman que los espacios de supervisión en los Centros de Servicios Sociales suponen un apoyo importante que puede actuar como un factor de protección ante el desgaste laboral. En la misma línea se encuentran los estudios de Choi (2011) los cuales señalan la importancia del apoyo entre compañeros, los equipos de supervisión y estar bien informados, como mecanismos para mitigar el DpE. Ghesquiere, Plichta, McAffe y Rogers (2018) tras sus investigaciones con trabajadores del área de protección en edad adulta consideraron que las sesiones de supervisión y al autocuidado son herramientas útiles para minimizar el Burnout y el DpE. La investigación realizada por Cox y Steiner (2013a) refuerza la idea de que tanto los espacios de supervisión como la creación de cultura organizacional donde los/as trabajadores/as sociales se puedan dar permiso para procesar y compartir los sentimientos y percepciones en respuesta al dolor del cliente. Fernández Barrera (1997) en su libro "La supervisión en el Trabajo Social" explica como los espacios de supervisión de apoyo pueden mitigar los efectos del trabajo emocionalmente absorbente tanto en trabajadores/as sociales expertos como noveles. Para White (2002a) la supervisión ayuda los profesionales a romper con conversaciones internalizadoras y con las prácticas asociadas al yo. En estos espacios de supervisión los/as profesionales tienen la oportunidad de conversar sobre su propia experiencia laboral y, a la vez, explorar los efectos que tienen estas experiencias y como influyen en su trabajo y en sus vidas (White, 2002b).

Hawkins y Shohet (2000) describen que la supervisión tiene tres principales funciones: la función normativa, la función de gestión o normativa y la función de apoyo o restauración. La función formativa sirve como ayuda para que el profesional desarrolle habilidades y conocimientos. La función de gestión o normativa consiste en un control de calidad del trabajo que se realiza con la persona. La función de apoyo o restauración indica que las relaciones de ayuda y las terapéuticas en general pueden afectar a los profesionales. A través de la supervisión, el/la profesional puede hacerse más consciente de cómo le afecta el trabajo relacional, sus riesgos y oportunidades y las formas de autocuidarse (Rodríguez-Vega y Fernández-Liria, 2014).

Las investigaciones realizadas por Bourassa y Clements (2010) sobre grupos de apoyo terapéutico y DpE, han demostrado que éstos ejercen una mejora en el bienestar del profesional. Según Gil (2015) los profesionales más entrenados y mejor formados pueden anticipar y manejar mejor el DpE.

DESARROLLO, REVITALIZACIÓN Y GENERACIÓN DE ENERGÍA PROFESIONAL

Mantener energía, coraje, ilusiones sobre uno mismo en el trabajo es fundamental (Lee y Miller, 2013). Este tipo de estrategias deben estar adaptadas a cada profesional y pueden incluir acciones como: la mejora del ambiente laboral; revisar resultados positivos conseguidos con clientes, (dibujos de niños, notas de agradecimiento…); recordar con los/as compañeros/as buenas experiencias; investigar; crear y participar en propuestas innovadoras relacionadas con retos y tomar parte de eventos participativos relacionados con el trabajo. Este tipo de estructuras de apoyo son útiles para fomentar el buen ambiente entre los/as compañeros/as de trabajo y responsables de equipos o programas.

La falta de tiempo, la presión por cumplir objetivos, la dureza y emocionalidad de los casos o las demandas de los clientes pueden generar mucha presión en el/la trabajador/a social. Este impacto es a veces obviado o no se afronta ni se gestiona de forma eficiente (Benito et al., 2011) generando angustia, estrés y malestar en el propio profesional. La tabla 10, creada por Lee y Miller (2013) aporta una serie de pautas adaptables y realistas que pueden ayudar a los/as trabajadores/as sociales a mejorar sus prácticas de autocuidado profesional.

Tabla 10
Estrategias de autocuidado profesional
Traducción y adaptación propia de Lee & Miller (2013)

Estructura	Prácticas	Plan para implementar estrategias
Manejo de la carga de trabajo	Tomarse pequeños descansos a lo largo del día de trabajo.	Después de ver a mis clientes me tomo un descanso de dos minutos para centrarme en mi respiración
	Prestar atención a la cantidad de información. No hablar de trabajo cuando no estoy en el trabajo	Después de las 18:30, no conectar más con temas de trabajo
Atención en el rol profesional	Reconocer que el cliente es el autor de su vida	Durante la entrevista con el cliente, informo que yo quiero que el propio cliente elija y reformule su situación acorde con los valores del trabajo social
	Identificar cúal es mi papel en un trabajo de equipo multidisciplinar.	Al empezar una reunión de equipo multidisciplinar, debo iniciar la práctica identificando el rol de cada participante y reconocer la experiencia de cada uno en el tema
Atención en las reacciones	Prestar atención al cansancio relacionado con las experiencias de los niños o familias del servicio	Cuando me siento cansado/a, busco un tiempo para dedicarle a mi cansancio (revistas, o soporte de un colega) y recordarme a mí mismo/a la resiliencia de los propios clientes
	Autoconocimiento personal y profesional	Realizar actividades de autoconocimiento como Gestalt que permitan mejorar y reflexionar sobre uno mismo
	Prestar atención cuando conecto con una historia de trauma o estresores del pasado	Ir a terapia una vez por semana
Apoyo profesional	Buscar supervisión regular	Crear un calendario con los horarios de mis sesiones de supervisión (por ejemplo, los miércoles a las 15h)
	Defender las necesidades formativas en mi trabajo	Solicitar espacios formativos en mi trabajo
Desarrollo profesional	Leer material relacionado con el desarrollo profesional	Cada semana leer un artículo científico relacionado con mi práctica
	Ir como mínimo a conferencias 2 veces al año	En el mes de enero identificar dos conferencias en las que poder participar
Revitalización y generar energía	Organizar mi lugar de trabajo para que sea más placentero	Identificar tres formas posibles de hacer mi lugar de trabajo más placentero y un mes después reevaluarlo según su utilidad
	Recordarme a mí mismo/a la pasión por mi trabajo con cosas tangibles	Cuando me siento desanimado/a, recordaré aquellos aspectos exitosos compartidos con mis clientes

3.11.2 EL AUTOCUIDADO PERSONAL

El autocuidado personal se entiende como un proceso de involucración y enganche intencional a través de prácticas que promueven la salud y el bienestar de uno mismo (Lee y Miller, 2013). Invertir el tiempo en la familia y amigos, tener *hobbies*, practicar deporte, mantener una alimentación sana, el descanso, la meditación-relajación, la escritura reflexiva y dejar espacios para uno mismos con actividades que favorecen el bienestar personal (Benito et al., 2011). Para Pearlman y Saakvite (1995) las estrategias de autocuidado personales deben estar centradas en identificar actividades que disminuyan el estrés laboral.

En las prácticas de autocuidado personal se pueden incluir actividades tan diversas como la realización del ejercicio físico (Pettit, Grover, y Lewinsohn, 2007), la alimentación sana (Gentry, 2003, citado en Guerra, Rodríguez, y Morales, 2008) o realizar actividades de sociabilización realizando actividades recreativas con familiares y amigos (Salston y Figley, 2003).

La pérdida de conexión, sentido o esperanza, puede ser señal de Desgaste por Empatía. El descanso mental y corporal puede ser un elemento reparador o preventivo para tales consecuencias. La relajación, meditación o yoga son ejemplos de actividades que ayudan a relajar la mente y desconectar de los problemas diarios de forma temporal. Actualmente, el término *mindfulness*, conocido como meditación consciente, se ha popularizado, identificándolo como prácticas preventivas del desgaste laboral. Se han realizado varios estudios para determinar los efectos de las prácticas de *mindfulness* sobre los/as trabajadoras sociales, y se ha concluido que tiene efectos positivos sobre el bienestar del/de la profesional. La práctica de meditación consciente incrementa los niveles de SC y disminuyen los niveles de DpE (Brown et al., 2017; Crowder y Sears, 2017; Decker et al., 2015; Thieleman y Cacciatore, 2014).

Algunos estudios han relacionado la autoestima de los/as profesionales con algún tipo de desgaste laboral (Cox y Steiner, 2013a). Parece que mayores niveles de satisfacción podrían correlacionar con mayores niveles de autoestima (Trowbridge y Lawson, 2016). Una autoestima bien cimentada permite ayudar a otros desde la confianza, la aceptación y el crecimiento personal (Satir, 1998). La autopercepción hace tomar conciencia de los diversos aspectos de la propia personalidad implicando rasgos físicos y psicológicos, cualidades morales, necesidades, conocimiento de nuestros recursos, capacidades y límites, fuerzas y debilidades (Monbourquette, 2004). Una buena autopercepción crea confianza en el/la profesional para afrontar las demandas laborales desde un enfoque más positivo.

Siguiendo la estructura de la tabla anterior creada por Lee y Miller (2013), y consultando varias fuentes que describen el autoconocimiento personal (Benito et al., 2011; Guerra et al., 2008; Lee y Miller, 2013) se elabora la siguiente tabla 11 específica para el autocuidado personal (Cuartero, 2018).

Para concluir el capítulo se toman las palabras de Carmina Puig:

> Los profesionales y sus intervenciones constituyen el recurso más valioso de los dispositivos de atención a las personas. Cada días los/as trabajadores/as sociales se enfrentan a historias de superación, pero también de dolor, de frustración que son duras de soportar y los confrontan con ellos mismos. Por ellos su autocuidado y el cuidado organizacional se vuelven imprescindibles. (2017, p. 183)

Tabla 11

Estrategias de autocuidado personal

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

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

SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍAY RESULTADOS

CAPÍTULO IV:
METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

4.1 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIONES

En la actualidad existen variedad de estudios sobre el DpE en profesiones tales como la enfermería, la medicina o la psicología, pero son escasos los estudios que analizan el nivel de DpE en los/las profesionales del Trabajo Social. Cabe mencionar que en los últimos cinco años ha aumentado ligeramente el número de investigaciones que relacionan la profesión del Trabajo Social y el DpE, especialmente en países como Israel (Itzick y Kagan, 2017; Itzick et al., 2018; Kagan y Itzick, 2017), Canadá (Crowder y Sears, 2017; Kostouros y Wenzel, 2017) y Estados Unidos (Berzoff y Kita, 2010; Butler et al., 2017; Caringi et al., 2017; Choi, 2017; Ghesquiere et al., 2018; Pelon, 2017). Aún así, apenas se encuentran un centenar de artículos científicos sobre DpE que incluyan a trabajadores/as sociales en su muestra. En España encontramos varias investigaciones sobre DpE en profesionales de salud (Campos-Méndez, 2015; Sansó et al., 2018), aunque en la disciplina del Trabajo Social las investigaciones son inexistentes.

Diversas investigaciones (Boscarino et al., 2004; Bourassa, 2009; Dekel y Baum, 2010; Jacobson et al., 2013; Naturale, 2007) demuestran que los/las profesionales del Trabajo Social que realizan intervención directa con personas que experimentan dolor, sufrimiento o atraviesan situaciones de crisis o trauma, están especialmente en riesgo de experimentar alguna forma de desgaste. El nivel de Empatía (Baranowsky, 2002; Bourassa, 2009; Wagaman et al., 2015), el tiempo de exposición al dolor (Bourassa y Clements, 2010; Bride et al., 2004; Hyman, 2004), la naturaleza del caso (Newell et al., 2015; Sprang et al., 2007) y los años de experiencia laboral (Dagan et al., 2016), entre otros, son variables que pueden influir en el riesgo de sufrir DpE. Por la naturaleza de la profesión del Trabajo Social, todas las condiciones anteriores pueden darse, por lo que no es extraño que la mayoría de estudios realizados indiquen que los/as trabajadores/as sociales son un colectivo en situación de riesgo.

Aun existiendo evidencias de que el DpE puede ser un riesgo para los/as trabajadores/as sociales, no hay investigaciones españolas que lo avalen. La presente investigación pretende explorar este hueco científico relacionando la profesión del Trabajo Social en España con el síndrome de DpE. Conocer el nivel de prevalencia del DpE y los mecanismos preventivos o paliativos puede resultar de gran interés para el bienestar de los/as profesionales, para los/as clientes/as y para el mismo centro (Kagan y Itzick, 2017). Como se ha observado en la tabla 12 del Capítulo III, las consecuencias del DpE pueden afectar de forma negativo a nivel conductual, afectivo, físico, relacional y cognitivo. Según Bourassa y Clements (2010), si los síntomas del DpE no se afrontan, podrían surgir problemas éticos en relación con los clientes ya que la salud física, emocional y/o psicológica del/de la profesional puede verse afectada. En situaciones más extremas, donde no se reconoce ni se ha tratado el desgaste propio de la profesión de ayuda, el/la profesional podría llegar a plantearse el abandono de la profesión (Bourassa y Clements, 2010). Debido a que los/as profesionales del Trabajo Social cumplen con muchos de los factores de riesgo del DpE, junto con los efectos perjudiciales del síndrome y la falta de estudios en España, se considera fundamental empezar a profundizar en esta área de investigación.

Con el presente estudio se pretende evaluar el nivel de prevalencia del síndrome de DpE en el colectivo de trabajadores/as sociales de casos de Mallorca. Además, se pretende conocer qué variables predictoras influyen en el fenómeno y evaluar si los/as trabajadores/as sociales las llevan a cabo. Como se ha explicado en el Capítulo III, el DpE es un síndrome multicausal, es decir, puede producirse por multitud de factores. Las limitaciones de tiempo y forma no permiten evaluar todas las posibles variables que influyen en el DpE, por lo que se han seleccionado algunas de ellas. Para la presente investigación se han escogido las variables que, según la literatura científica, tienen mayor relación con el síndrome (niveles de Empatía, Involucración Profesional, Vulnerabilidad, autocuidado y variables sociodemográficas). Se han

dejado fuera del estudio variables tales como la inteligencia emocional, la resiliencia o las historias de trauma personal, las cuales podrían estudiarse en futuras investigaciones.

4.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación que se plantean previo al diseño de investigación son:

1. ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los/as trabajadores/as sociales que ejercen en Mallorca?
2. ¿Cuáles son los niveles de prevalencia del DPE en los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?
3. ¿Cuáles son los niveles de prevalencia de la SC en los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?
4. ¿Hay diferencias entre los niveles de DpE de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca según el colectivo con el que trabajan?
5. ¿Existe relación entre los niveles de Burnout y los niveles de DpE?
6. ¿Cuáles son los niveles de Vulnerabilidad, Cuidado Personal e Involucración Profesional en los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?
7. ¿Existe relación entre los niveles de DpE y los de SC?
8. ¿Cuáles son los mecanismos de autocuidado personales y profesionales que utilizan de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?
9. ¿Existe relación entre los niveles de DpE y los niveles de autocuidado personal y profesional de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?
10. ¿Cuáles son los niveles de Empatía según sus dimensiones en los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?
11. ¿Existe relación entre los niveles de DpE y las dimensiones de la Empatía en los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?

12. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para sufrir DpE en los/as trabajadores/as sociales de Mallorca?

4.3 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A partir de las preguntas de investigación se plantean los siguientes objetivos generales y específicos:

1. **Conocer las características del perfil sociodemográfico de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca**

   1.1 Describir el perfil de los/as trabajadores/as sociales que ejercen en Mallorca analizando aspectos personales, laborales y formativos.

2. **Evaluar la prevalencia del DpE, la SC y el Burnout en los/as trabajadores/as sociales de centros de Servicios Sociales de Mallorca.**

   2.1 Evaluar la prevalencia del DpE, la SC y el Burnout en la muestra de trabajadores/as sociales.

   2.2 Analizar las relaciones existentes entre el nivel de DpE y la SC de los/as trabajadores/as sociales con las variables sociodemográficas.

   2.3 Analizar la prevalencia del DpE de los/as trabajadores/as sociales según el colectivo en el que ejercen.

   2.4 Evaluar la prevalencia de las dimensiones Vulnerabilidad, Recursos de Cuidado Personal e Involucración Profesional en la muestra de trabajadores/as sociales.

   2.5 Analizar las relaciones existentes entre los niveles de DpE y la Vulnerabilidad, Recursos de Cuidado Personal e Involucración Profesional.

2.6 Analizar las relaciones existentes entre los niveles de DpE la SC en la muestra de trabajadores/as sociales.

2.7 Analizar las relaciones existentes entre los niveles de DpE y los niveles de Burnout en la muestra de trabajadores/as sociales.

3. Identificar los mecanismos de autocuidado generales y específicos que contribuyen a paliar los niveles de Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales.

3.1 Establecer un ranking de los mecanismos de autocuidado personal y profesional utilizados por los/las trabajadores sociales de Mallorca.

3.2 Analizar relaciones entre los mecanismos de autocuidado que llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales y los niveles de DpE y SC.

3.3 Analizar las relaciones existentes entre los niveles de autocuidado y las variables sociodemográficas.

4. Establecer relaciones entre las dimensiones de la Empatía de los/as trabajadores/as sociales y el nivel de DpE.

4.1 Analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de la Empatía y los niveles de SC y DpE.

4.2 Analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de DpE, Vulnerabilidad, Involucración Profesional y las dimensiones de la Empatía.

4.3 Analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de la Empatía y las variables sociodemográficas.

5. Identificar las variables predictoras del DpE en la muestra de trabajadores/as sociales de centros de Servicios Sociales de Mallorca.

4.4 HIPÓTESIS

1. Los/as trabajadores/as sociales de Mallorca tienen riesgo alto de sufrir DpE al ser un colectivo que está expuesto diariamente a la escucha del dolor ajeno.
2. Los/as trabajadores/as sociales que puntúen niveles más altos en las dimensiones de DpE serán los que tienen baja tendencia al autocuidado personal y profesional.
3. Los/as trabajadores/as sociales que puntúen niveles más altos en las dimensiones de DpE serán los que tienen puntajes más altos en las dimensiones de Empatía.
4. El colectivo de trabajadores/as sociales que ejercen su profesión trabajando con perfiles de "infancia en dificultad" obtendrán resultados más altos en DpE que el resto de TS que ejercen en otros colectivos.
5. Los años de experiencia laboral, el nivel de formación, el sexo de los/as trabajadores/as sociales influirá en sus resultados de DpE.

4.5 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

El siguiente estudio consiste en una investigación descriptiva transversal realizada en una muestra de trabajadores/as sociales de diferentes centros públicos y privados de Mallorca.

El primer paso de la investigación consistió en la revisión del contenido teórico a través de la búsqueda sistemática de artículos científicos en las revistas más relevantes, revisión de actas de congresos y la revisión de los libros. Una vez revisada y estudiada toda la literatura existente sobre el tema se definieron las primeras hipótesis, las preguntas de investigación y los objetivos.

Antes de realizar la recogida de datos se llevó a cabo un pilotaje del cuestionario a través de un comité de expertos. Este comité estaba compuesto por tres trabajadoras sociales y cinco profesores/as de universidad relacionados con el área de estudio. Los ocho miembros realizaron los cuestionarios y debatieron sobre la idoneidad de los instrumentos, el tiempo y la forma de presentación. Finalmente el cuaderno de recogida de datos se compuso de cinco cuestionarios (anexo 1) que incluían las diferentes variables de estudio. Una vez definido el instrumento final se observó que el tiempo estimado para realizarlo oscilaba entre los 20 y los 35 minutos, lo que se consideró un tiempo adecuado.

En el momento de definición de la muestra se observó que no existía una base de datos o registro oficial con los datos de los/as trabajadores/as sociales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, por lo que se tuvo que crear. A través de llamadas telefónicas se fueron excluyendo aquellos/as trabajadores/as sociales que no cumplían los criterios de inclusión y así se configuró una lista con todos/as los/as trabajadores/as sociales que ejercían su profesión en relación al área de Trabajo Social de Casos con diferentes colectivos y ámbitos. Una vez creados los listados con la población objeto del estudio se realizaron los primeros contactos con las entidades para invitar a los/as trabajadores/as sociales a participar en la investigación. Se crearon cartas de invitación las cuales incluían una hoja informativa del estudio explicando las características de la investigación y las principales consideraciones éticas (anexo 2). Las cartas se mandaron por e-mail a los responsables de los centros invitándoles a participar en el estudio. Una vez confirmada la participación, se realizaba una llamada telefónica para confirmar la cita.

En el caso de entidades públicas como el Consell Insular, el Govern de les Illes Balears o el Ayuntamiento de Palma se contactó directamente con las autoridades responsables y se solicitó una reunión para explicar la investigación y formalizar el acceso a los diferentes profesionales que trabajan en las entidades. En el caso de ayuntamientos más pequeños o centros privados, se contactó con los/as responsables de cada área para gestionar el contacto.

Antes de las visitas se confirmó que los futuros participantes tuvieran las cartas de invitación y las hojas informativas.

Para facilitar la participación e incrementar la tasa de respuesta se optó por realizar visitas a los centros de trabajo. Fue en el mismo centro donde se administraron los cuestionarios, aprovechando los espacios propios de los/as trabajadores/as (despachos o salas de reuniones) adecuados en cuanto a condiciones de luz, sonido y variables ergonómicas. La presente investigadora fue la responsable de visitar todos los centros y pasar los cuestionarios in-situ a todos/as los/as participantes. De esta forma se aseguró que todas las dudas fueran respondidas de la misma forma. La recogida de datos se realizó principalmente entre los meses de septiembre de 2016 y marzo del 2017. La recogida de datos de algunas entidades se realizó fuera del plazo estimado (mayo 2017) debido a dificultades burocráticas que impedían el acceso a los profesionales. La participación en el estudio fue confidencial y voluntaria.

Antes de la entrega de la carpeta con el cuestionario, se leía en voz alta el consentimiento informado (anexo 3) haciendo hincapié en la confidencialidad y voluntariedad de la investigación. Ambos/as, investigadora y participante firmaban conjuntamente el consentimiento informado.

El proceso de recogida de datos se realizó de igual forma en todos los centros:

1- Presentación de la investigadora y del estudio
2- Explicación de las consideraciones éticas de la investigación y solicitud de la firma del consentimiento informado
3- En caso de haber más de una persona realizando el cuestionario a la vez se solicitaba silencio y no se permitía hablar entre los participantes durante el proceso de realización

4- Entrega de una carpeta cerrada con el cuestionario y un bolígrafo. Los cuestionarios no llevaban marcas de identificación
5- En caso de duda la persona participante debía levantar la mano y la investigadora atendía su consulta
6- Una vez finalizado el cuestionario se cerraba la carpeta y se entregaba a la investigadora
7- Se agradecía la participación y se entregaba un obsequio por la participación (un punto de libro)

Durante el proceso de contacto declinaron la invitación de participación un total de 10 entidades y no se puedo realizar contacto alguno con cuatro de ellas. Durante el proceso de respuesta del cuestionario, dos participantes decidieron no continuar y retirar su colaboración. Un total de 270 participantes respondieron el cuestionario con una alta tasa de respuesta en todas las preguntas.

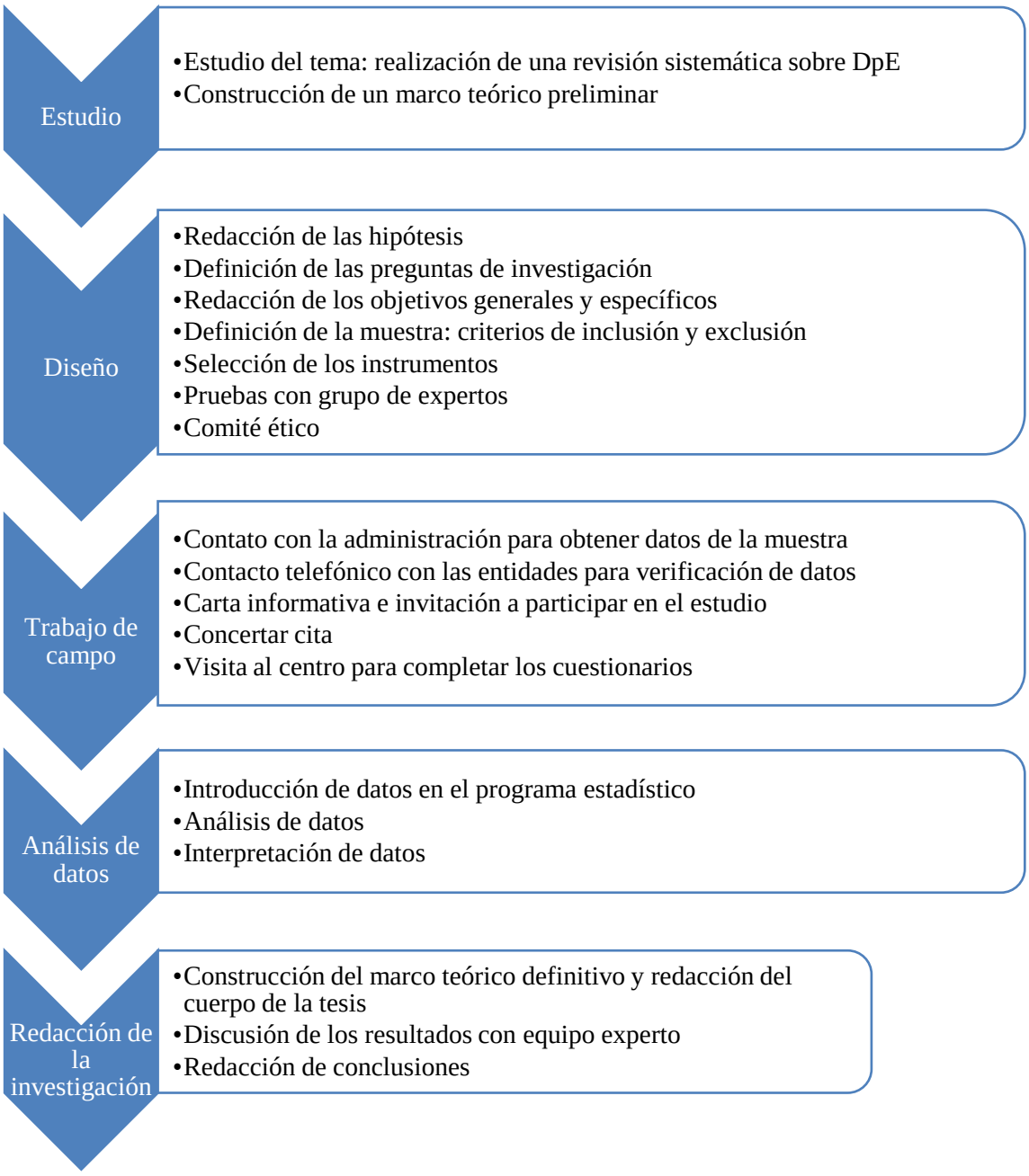

Figura 10: Diseño de la investigación. Elaboración propia

4.6 POBLACIÓN Y MUESTRA.

En el presente estudio han participado un total de 270 trabajadores/as sociales. La población de trabajadores/as sociales de Mallorca que cumplía los criterios de inclusión al estudio ascendía a un total de 339. Realizando el cálculo del tamaño de la muestra con un margen de error del 3%, un nivel de confianza del 95% y una variabilidad conocida del 50%, se estima que la población mínima recomendada para este estudio sería de 258 sujetos. En el presente estudio se supera este mínimo con 12 sujetos llegando a obtener resultados de un 76% de la población. Con el presente tamaño muestral se certifican las condiciones aceptadas para su generalización (confianza, variabilidad y error).

Los 270 sujetos se pueden clasificar según el sector de población con el que trabajan:

Tabla 12
Centros del sector de Discapacidad que han participado en la investigación

Sector	Área	Centro
Discapacidad	Discapacidad visual	ONCE
	Atención temprana	ASPACE
		Gaspar Hausen
		Centro Base
		Mater
		Aproscom
	Inserción	AMADIP Esment
	Discapacidad Física	ASPROM
		ASPAYM
	Discapacidad Intelectual	AMADIBA
		ASDICA
	Enfermedades renales	ALCER
	Enfermedades raras en la infancia	ABAIMAR
	Accidentes cerebrales	REHACER
	Valoraciones, evaluación y seguimiento	IMAS

Tabla 13

Centros del sector de Servicios Sociales comunitarios de Atención Primaria que han participado en la investigación

Sector	Área	Centro
Servicios Sociales Comunitarios de atención primaria	Ayuntamiento de Palma de Mallorca	CMSS Ciutat Antiga CMSS Est CMSS Estacions CMSS Litoral de Llevant CMSS Llevant Nord CMSS Llevant Sud CMSS Mestral CMSS Nord CMSS Ponent
	Mancomunidades	M. Raiguer M. Nord M. Pla M. Tramuntana M. Llevant M. Mitjorn *Pueblos que no forman parte de las mancomunidades.
	Organizaciones sin ánimo de lucro	Cruz Roja Illes Balears. Asambleas Locales.
		Cáritas

Tabla 14

Centros del sector socio-jurídico que han participado en la investigación

Sector	Área	Centro
Servicios Socio-jurídicos	Servicios de Atención social de los Juzgados	IRES
	Tutela Jurídica	Fundación Aldaba
	Fiscalía de Menores	Juzgado de Menores
	Violencia Filioparental	CAIB
	Anatómico Forense	Equipo Psicosocial Anatómico Forense

Tabla 15 *Centros del sector de inclusión social que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Inclusión Social	Atención a personas que viven en la calle	Cruz Roja UMES
		Red de Inclusión Social EAPN
	Refugiados	Cruz Roja Illes Balears
	Inserción laboral	Fundación Deixalles
	Inmigración	Cáritas
	Prestaciones Mínimas	IMAS
	Atención a la drogodependencia	
	Inserción social e inmigración	

Tabla 16 *Centros del sector de salud que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Salud	Hospitales	Hospital Son Espases
		Hospital Son Llàtzer
		Hospital Comarcal Inca
		Hospital General
		Hospital Sant Joan de Deu
		Hospital Joan March
		Hospital de Cruz Roja
	Centros de Salud de Palma de Mallorca	CS Can Redó
		CS Pere Garau
		CS Son Gotleu
		CS Escola Graduada
		CS Escorxador
		CS Son Cladera
		CS Son Rullan
		CS Rafal Nou
		CS Coll d'en Rebassa
		CS Can Pastilla
		CS Arquitecte Bennàssar
		CS Son Ferriol
		CS Santa Catalina
		CS Sa Vileta
		CS Son Pizà
		CS Valldargent
		CS Emili Darder
		CS Casa del Mar
		CS Son Cladera

Tabla 17 *Centros del sector de salud mental que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Salud Mental	Ambulatoria, Hospitalización y Residencial	Hospital de Manacor (USM y UCR)
		Hospital de Inca (USM y UCR)
		Hospital Son Llàtzer (Emili Darder, Pere Garau y ESAC)
		Hospital Son Espases (Cruz Roja, Son Pizà, Serralta)
		Hospital Psiquiátrico

Tabla 18 *Centros del sector de menores y familia que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Menores y Familia	Atención a la familia	Dirección General de Familia. Gobierno de las Illes Balears
	Atención al ciudadano	IMAS
	Secciones territoriales	
	Adopción	
	Acogimiento familiar	
	Jurídico-Técnica	
	Urgencias	
	Centros de protección	El Temple
		Nazareth
		Pare Montalvo
		Quart Creixent
		Minyones

Tabla 19 *Centros del sector de la mujer que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Mujer	Violencia de género	Cruz Roja: TAM
	Prostitución	Casal Petit

Tabla 20 *Centros del sector de personas mayores que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Personas Mayores	Residencial	Llar Bonanova
		Residencia Son Oms
		Residencia Llar d'Ancians
		Residencia Huialfas
		Residencia Reina Sofia
		Llar de Manacor
		Llar de Llucmajor
		Residencia NOVAEDAT Inca
		Residencia NOVAEDAT Sant Joan
		Residencia NOVAEDAT Can Picafort
		Residencia NOVAEDAT Montuïri
	Apoyo en domicilio	Cruz Roja
	Atención a la dependencia y accesibilidad	IMAS

Tabla 21 *Centros del sector de dependencia que han participado en la investigación*		
Sector	**Área**	**Centro**
Dependencia	VIH	Siloé
	Fundación de la Dependencia	CAIB

4.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión al estudio fueron los siguientes:

1- Estar en posesión del título de Trabajo Social: todos/as las profesionales que participaban en la investigación debían ser diplomados o graduados en Trabajo Social.

2- Estar trabajando en su puesto de trabajo con una antigüedad mínima de un mes (según las indicaciones del instrumento ProQOL IV el/la profesional debe hacer referencia a su experiencia laboral de los últimos treinta días).

3- Estar en un lugar de trabajo donde se realizan tareas de intervención directa (escucha, asesoramiento e intervención con personas). Todos los profesionales debían tener contacto con las personas o familias.

Los/as trabajadores sociales que cubrían cargos de gestión y no tenían horas de atención directa con los clientes no eran objeto de sufrir DpE, por lo que no eran incluidos en la muestra. Antes de realizar el cuestionario los trabajadores/as sociales debían confirmar que cumplían los tres criterios.

Los/as participantes del estudio trabajaban en diferentes centros con diferentes colectivos (personas mayores, adultos, jóvenes o infancia) y diferentes temáticas (salud, salud mental, dependencia, discapacidad, familia en dificultad…). Se puso el foco de atención en los efectos derivados de la relación de ayuda entre trabajador/a social y cliente en situación de malestar y, por este motivo, no se concretó en un solo perfil profesional. Esta amplia variedad de perfiles profesionales nos podría indicar si existen diferencias entre los propios trabajadores/as sociales según la naturaleza de los casos con los que trabajan (perfil profesional).

4.8 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables independientes se obtuvieron a partir de un cuestionario sociodemográfico (elaboración propia) que contenía preguntas sobre características personales y de carácter profesional. Estas variables fueron tratadas como variables cuantitativas o cualitativas ordinales o categóricas según la naturaleza de la pregunta. Posteriormente algunas de las variables cuantitativas se trataron como categóricas agrupando las diferentes respuestas en subcategorías.

Variables sociodemográficas de carácter personal

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Núcleo de convivencia
- Número de hijos en el núcleo familiar
- Personas a cargo en el domicilio

Variables sociodemográficas de carácter laboral

- Años de finalización de los estudios
- Años de experiencia laboral como trabajador/a social
- Años que lleva ejerciendo en el actual lugar de trabajo
- Jornada laboral
- Rango de casos aproximados de atención directa atendidos mensualmente
- Nivel de carga emocional de los casos
- Distribución del tiempo en la jornada laboral (atención directa, gestión, proyectos comunitarios, trabajo con grupos…)
- Tipos de intervenciones según contexto de intervención
- Rango de edad de los clientes que atienden con más asiduidad
- Perfil del cliente que atiende con más asiduidad
- Lugar de trabajo
- Apoyos ofrecidos por parte de la entidad
- Horas de formación en los últimos cinco años
- Nivel de formación

- ¿Cuando se siente sobrecargado emocionalmente, intenta buscar tiempo para su propio autocuidado?

Las preguntas sobre los apoyos ofrecidos por el centro, el tipo de cliente y la edad del cliente eran preguntas de respuesta múltiple.

Variables dependientes

Estas variables estaban relacionadas con el síndrome de DpE. La variable principal, DpE, fue estudiada a través de los instrumentos de Calidad de Vida Profesional, ProQOL-IV.

- Nivel de Satisfacción por Compasión (Instrumento ProQOL IV)
- Nivel de Burnout (Instrumento ProQOL IV)
- Nivel de autocuidado (Escala de Autocuidado EAP)
- Nivel de Vulnerabilidad (Inventario de Desgaste por Empatía IDE)
- Nivel de Cuidado Personal (Inventario de Desgaste por Empatía IDE)
- Nivel de Involucración Profesional (Inventario de Desgaste por Empatía IDE)
- Nivel de Empatía total (Índice de Reactividad Interpersonal IRI)
- Nivel de Toma de Perspectiva (Índice de Reactividad Interpersonal IRI)
- Nivel de Preocupación Empática (Índice de Reactividad Interpersonal IRI)
- Nivel de Fantasía (Índice de Reactividad Interpersonal IRI)
- Nivel de Malestar Personal (Índice de Reactividad Interpersonal IRI)

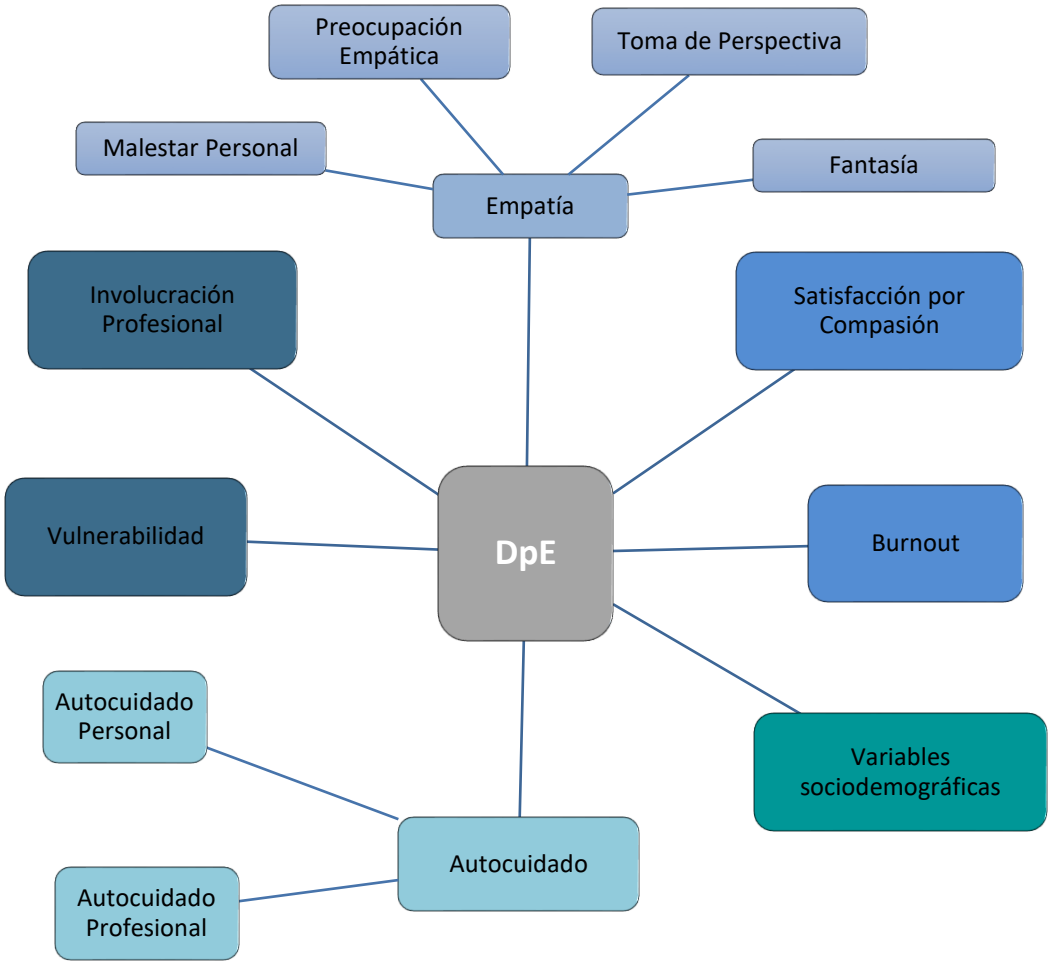

Figura 11. Propuesta de estudio. Relación entre las variables y el DpE. Elaboración propia.

4.9 ESCALAS DE VALORACIÓN E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para esta parte del estudio, los/as trabajadores/as sociales respondieron un cuestionario formado por varios instrumentos.

4.9.1 CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

El cuestionario sociodemográfico contaba con 20 preguntas sobre características personales del/de la trabajador/a social (sexo, edad, estado civil, número de hijos, cargas familiares, núcleos de convivencia…) y datos laborales (jornada laboral, número de casos que se atienden mensualmente, colectivos con los que ejerce, tipos de modelos de intervención, gestión de horas, formación y carga emocional de casos que se atienden). Estas preguntas fueron planteadas a partir de los hallazgos encontrados en investigaciones anteriores (Alecsiuk, 2015; Baranowsky, 2002; Bourassa, 2009; Bride et al., 2004; Geoffrion, Morselli, y Guay, 2016; Hyman, 2004; Nelson-Gardell y Harris, 2003; Sprang et al., 2007) para confirmar o refutar conclusiones sobre la muestra de trabajadores/as sociales.

Las preguntas ofrecían opciones de respuesta dicotómica, respuesta de varias alternativas, respuesta abierta y preguntas cerradas de respuesta múltiple. Algunas preguntas, como el porcentaje de casos de carga emocional, el estado civil o el lugar de trabajo, se recodificaron en grupos más amplios.

4.9.2 ESCALA DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO (EAP)

Para el estudio de las estrategias de autocuidado se utilizó una adaptación de la escala de conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos EAP (Guerra et al., 2008). Los autores entienden el autocuidado a través de una visión pragmática, incluyendo las conductas asociadas a la disminución y prevención del desgaste laboral (Guerra et al., 2011, 2008).

El EAP corresponde a un instrumento inspirado en la visión conductual del autocuidado que mide la frecuencia de emisión de condiciones y conductas de autocuidado (Guerra et al., 2011). Es una escala unifactorial de 10 ítems que comprende preguntas sobre conductas de cuidado en el ámbito personal y en el profesional. Los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 representan conductas de autocuidado y los ítems 3 y 10 incorporan condiciones de autocuidado. Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008), elaboraron la EAP seleccionado los 10 ítems dirigidos a evaluar conductas de autocuidado que en estudios anteriores presentaban relaciones inversas al desgaste laboral. Las características psicométricas indican que la EAP es un instrumento fiable y válido. La escala obtuvo una validez convergente al asociarse significativa e inversamente con el Estrés Traumático Secundario (r=-0.71) y niveles de depresión (r=-0,61) (Guerra et al., 2008).

La medida utilizada es una escala de likert de cinco puntos que va desde 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente). Los resultados se pueden analizar por preguntas o por la suma total de las respuestas (de 0-40). Esta escala obtuvo un Alfa de Cronbrach del 0.79 (Guerra et al., 2011), y se seleccionó este instrumento por su fiabilidad y consistencia. A la vez, es un cuestionario sencillo de responder y que contempla dimensiones que engloban autocuidado dentro y fuera del trabajo. Otro criterio que ayudó a seleccionar el instrumento fue que se trata de una escala elaborada por profesionales que conocían el tema del DpE, y que se construyó con la finalidad de combatir el desgaste.

Aun siendo un instrumento elaborado inicialmente para el colectivo de psicólogos clínicos, se consideró oportuno realizar una adaptación al colectivo de trabajadores/as sociales. Se solicitó permiso a los autores de la escala y posteriormente se realizó la adaptación siguiendo las directrices recomendadas para la traducción y adaptación de test (Muñiz, Elousa, y Ronald, 2013). Debido a la semejanza entre la práctica profesional de Psicología Clínica y las sesiones de Trabajo Social se observó que la mayoría de ítems respondían a conductas aplicables en

ambas profesiones. Únicamente se modificaron las preguntas 1, 4 y 10, en las cuales se substituyó la palabra Psicología por Trabajo Social, psicoterapeuta por Trabajador Social y clínico por social (anexo 1).

Ítems:

1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas con su profesión? (congresos, cursos, diadas…)
2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos?
3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del humor?
4. ¿Con qué frecuencia conversa con sus compañeros de trabajo acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo que está haciendo en sus casos?
5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?
6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de tiempo libre fuera del trabajo (familia y/o amigos)?
7. ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico (deporte)?
8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, yoga, *mindfulness*…)?
9. ¿Con qué frecuencia mantiene una alimentación sana?
10. ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja es adecuado (cómodo, íntimo y calmado)?

4.9.3 ESCALA SOBRE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (PROQOL IV)

La escala ProQOL IV calcula 3 dimensiones distintas: el DpE , la SC y el Burnout. La escala total está formada por 30 ítems con una escala de likert de 6 posibles respuestas que van desde

0 (nunca) a 5 (siempre). Cada una de las dimensiones está compuesta por diez ítems formulados de forma directa o indirecta que se calculan al sumar las puntuaciones obtenidas por cada participante. El objetivo de esta escala es medir el riesgo a sufrir Burnout, DpE (consecuencias negativas) y SC (consecuencia positiva) dentro de un proceso de relación de ayuda. Según Stamm (2005c) el ProQOL es un instrumento que está avalado por más de 200 artículos revisados por pares. En la página oficial de ProQOL solamente se encuentra la versión IV traducida al español. La versión española del instrumento ha sido validada aportando buenos resultados en sus propiedades psicométricas (Galiana, Arena, Oliver, Sansó, y Benito, 2017). Aunque la autora (Stamm 2002) recomienda el uso de los puntajes continuos (puntuación numérica) para el tratamiento estadístico de los resultados, en la versión IV se han publicado los resultados medios de la población y sus cuartiles. Dicha clasificación permite interpretar los resultados según bajos, medios y altos. Tal y como indica la autora, la escala ProQOL no ofrece un diagnóstico, sino más bien una guía en cuanto a experiencias positivas y negativas.

Se seleccionó este instrumento por su extendido uso, por su validez, consistencia y por evaluar tanto aspectos positivos y negativos.

DIMENSIÓN 1: SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN:

La SC es el placer que el profesional recibe al ejercer su trabajo. Puntuaciones altas de esta subescala indican alta satisfacción laboral mientras que puntuaciones bajas se relacionan con bajos niveles de contentamiento. La escala está formada por los ítems 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 y 30.

- 3. Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente.
- 6. Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que he ayudado o ayudo.

- 12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
- 16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de ayuda.
- 18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a.
- 20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
- 22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
- 24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
- 27. Considero que soy un buen profesional.
- 30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

La presente escala tiene un Alfa de Cronbach de 0.87, por lo que se considera satisfactoria (Stamm, 2005b). Según Stamm (2005b) los resultados de la SC pueden clasificarse en niveles bajos, medios o altos. La autora también señala que los/las profesionales que puntúen menos de 32 debería reflexionar detenidamente sobre el motivo que les lleva a tener niveles bajos de satisfacción laboral. Estas medidas nos dan una orientación sobre los niveles de cada participante. Los resultados obtenidos en cada escala también pueden utilizarse como variables cuantitativas.

Tabla 22
Interpretación de puntuaciones de SC según ProQOL IV

Puntuaciones medias	**Niveles de SC**
De 0 a 32	BAJO
De 33 a 41	MEDIO
Más de 42	ALTO
Puntuación media: 37	

DIMENSIÓN 2. DESGASTE POR EMPATÍA:

El DpE es el aspecto negativo de ayudar a quienes experimentan estrés y sufrimiento traumático. La dimensión de DpE se calcula sumando las puntuaciones de los ítems: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 y 28.

- 2. Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
- 5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
- 7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
- 9. Creo que he sido afectado/a negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
- 11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
- 13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
- 14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
- 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado o ayudo.
- 25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.
- 28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumátizadas.

La dimensión de DpE tiene una Alfa de Cronbach de 0,80 (Stamm, 2005c). Al igual que en las otras dimensiones, los resultados de DpE pueden clasificarse en niveles bajos, medios o altos. Los resultados pueden usarse como variables cuantitativas (usando la suma numérica de los ítems) o bien de forma cualitativa (alto, medio, bajo) según los puntajes propuestos por la autora.

Tabla 23 *Interpretación de puntuaciones de DpE según ProQOL IV*	
Puntuaciones medias	**Mi nivel de DpE**
De 0 a 7	BAJO
De 8 a 17	MEDIO
Más de 18	ALTO
Puntuación media: 13	

DIMISIÓN 3: RIESGO DE SUFRIR BURNOUT

El riesgo de sufrir Burnout es asociado con sentimientos de desesperanza y dificultad para llevar a cabo un trabajo efectivo. Estos sentimientos negativos generalmente tienen un inicio gradual y pueden asociarse con una carga de trabajo muy alta o un entorno de trabajo sin apoyo (Stamm, 2005).

Los manuales del ProQOL indican que la dimensión del Burnout tiene un Alfa de Cronbach de 0.72. Como se presentará en el capítulo V, estos resultados distan de los obtenidos en la presente investigación.

Para calcular las dimensiones del Burnout deben sumarse los resultados de los ítems 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 y 29 previa inversión de las preguntas 1, 4, 15, 17 y 29. En los casos indicados los valores 1 pasan a ser 5; los valores 2 pasan a ser 4; los valores 3 se mantienen en 3; los valores 4 pasan a ser 2 y los valores 5 se convierten en 1.

- 1. Soy feliz.
- 4. Me siento vinculado/a a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
- 8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado o ayudo.
- 10. Me siento “atrapado/a” por mi trabajo.

- 15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
- 17. Soy la persona que siempre he querido ser.
- 19. Por causa de mi trabajo me siento agotado/a.
- 21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
- 26. Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema de servicios sociales.
- 29. Soy una persona demasiado sensible.

Tabla 24
Interpretación de puntuaciones de Burnout según ProQOL IV

Puntuaciones medias	**Nivel de Burnout**
De 0 a 17	BAJO
De 18 a 27	MEDIO
Más de 28	ALTO
Puntuación media: 22	

Según Stamm (2002), los niveles superiores a 28 suponen un riesgo importante para el/la profesional,que debería tomar medidas específicas para contrarrestar este malestar en el entorno laboral.

4.9.4 INVENTARIOS DE DESGASTE POR EMPATÍA (IDE)

El objetivo de este instrumento es evaluar la capacidad empática profesional y el nivel de DpE que pueden presentar los/las profesionales de la relación de ayuda.

El inventario de DpE (IDE), también conocido por escala de agotamiento por Empatía (ESAPE) fue diseñado en Argentina por Maín, Rondón, Tauber, Viñuela y Zamponi (Zamponi et al., 2009). Esta escala permite obtener un puntaje total de DpE, del cual puede obtenerse un

diagnóstico sobre el funcionamiento empático y el riesgo de contraer DpE. Se trata de un cuestionario multidimensional del cual subyacen tres dimensiones:

1. *Vulnerabilidad:* esta dimensión indica la medida en que el profesional se siente afectado por su trabajo tanto a nivel físico, psíquico, emocional o social. Niveles bajos actúan como protectores mientras que niveles de altos indican una situación de riesgo.

2. *Recursos de cuidado personal:* esta dimensión indica la medida en que el profesional cuenta con recursos personales y técnicos para afrontar el desgaste bio-psico-físico derivado resultante del trabajo relacional. Niveles bajos de esta dimensión indican buenos recursos para el cuidado personal, mientras que niveles altos indican falta de dichos recursos.

3. *Involucración personal:* esta dimensión evalúa el grado de involucración en la relación entre el profesional y su cliente. La falta de involucración perjudicaría la calidad de la relación, pudiendo interferir en los resultados del trabajo (Alecsiuk, 2015). Por contra, altos niveles de involucración también podrían ser perjudiciales provocando DpE.

La versión final del instrumento obtuvo un Alfa de Cronbach de entre 0.70 (Maín et al., 2009) y de 0.80 (Alecsiuk, 2015). El instrumento está formado por veintisiete ítems, la suma de los cuales nos indica un puntaje total de DpE. En la presente investigación estos valores no son analizados debido a que ya se obtienen con la dimensión de DpE del instrumento ProQOL. Los resultados se evalúan mediante una escala likert con cuatro posibles opciones de respuesta (0- muy de acuerdo, 1- de acuerdo. 2- en desacuerdo y 3- muy en desacuerdo).

Para mejorar la calidad de la escala, los autores aplicaron preguntas inversas. Previo a la suma de los ítems, deben invertirse los valores obtenidos en las preguntas señaladas según los criterios: 0=3; 1=2; 2=1; 3=0.

La dimensión **Vulnerabilidad** (V) está compuesta por ocho ítems (3, 4, 7, 10, 13, 16, 19 y 22), de los cuales el 3, el 4, el 7, el 10, el 13 y el 19 deben invertirse previo a la suma. Los ocho ítems que conforman esta dimensión son:

- 3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis clientes/pacientes.
- 4. Me sobreinvolucro con determinados clientes/pacientes con el objetivo de ayudarlos.
- 7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.
- 10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis clientes/pacientes.
- 13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis clientes/pacientes me cuentan.
- 16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.
- 19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.
- 22. Recurro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.

La dimensión **Cuidado Personal** (CP) está formada por los ítems 1, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 25 y 27). En este caso, los ítems que deben invertirse son el 11, el 17 y el 23.

- 1. Mantengo el cuidado de mi salud.
- 6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.
- 8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño.

- 11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos.
- 14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.
- 17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias penosas de mis clientes.
- 20. No presento síntomas somáticos.
- 23. Aumento de peso de modo llamativo.
- 25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.
- 27. Puedo despegarme del cliente/paciente una vez que termina el encuentro.

En la dimensión de **Involucración Profesional** (IP) los ítems seleccionados son el 2, 5, 9, 12, 15, 18, 21, 24 y 26. Los ítems 2, 5, 9, 12, 15, 18 y 26 deben invertirse según las indicaciones anteriores.

- 2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis clientes/pacientes.
- 5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis clientes/pacientes más allá de mis funciones profesionales específicas.
- 9. Siento que mis clientes/pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi asistencia profesional.
- 12. Me cuesta mantener la concentración.
- 15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.
- 18. Prefiero evitar el trabajo con determinados clientes/pacientes.
- 21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis clientes/pacientes.
- 24. Pienso que realmente ayudo a mis clientes.
- 26. Me cuesta levantarme por las mañanas.

El instrumento fue seleccionado debido a sus bondades psicométricas y por ser el primer instrumento en lengua española que, desde la perspectiva del DpE, evalúa la Involucración Profesional, recursos de Cuidado Personal y nivel de Vulnerabilidad.

4.9.5 ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (IRI)

Davis (1983), diseñó el instrumento "Índice de Reactividad Interpersonal" (IRI). Este instrumento permite estudiar la Empatía desde una perspectiva multidimensional (Castillo, 2016b) entendiéndola como un concepto complejo. La escala está compuesta por factores cognitivos (Toma de Perspectiva y Fantasía) y emocionales (Preocupación Empática y Malestar Personal). Sólo mediante la medición (por separado) de tales dimensiones pueden evaluarse sus efectos individuales (Davis, 1980).

La versión traducida y validada al español por Pérez-Abéniz, de Paul, Etxebarría, Montes y Torres (2003) está formada por 28 ítems y respeta las 4 dimensiones de la versión original (Davis, 1983).

- La escala Toma de Perspectiva (TP) mide la habilidad para comprender la perspectiva de otra persona.
- La Fantasía (F) es la capacidad imaginativa del encuestado para ponerse en situaciones ficticias.
- La Preocupación Empática (PE) evalúa aspectos emocionales tales como la preocupación, la compasión y el cariño frente al dolor y al malestar de otras personas.
- Por último, el Malestar Personal (MP) mide la reacción emocional, el malestar y la ansiedad ante las experiencias de dolor y sufrimiento de las otras personas.

El instrumento presenta propiedades psicométricas satisfactorias (Mestre et al., 2004; Pérez-Albéniz et al., 2003). Tanto las Alfas de Crombach del instrumento original (entre 0.70

y 0.78) como el posterior análisis confirmatorio realizado por los investigadores arrojaron resultados adecuados (Pérez-Albéniz et al., 2003). Cada dimensión está formada por 7 ítems, algunos de ellos, formulados de manera inversa.

La dimensión de **Toma de Perspectiva** está formada por los siguientes ítems:

- 3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.
- 8. Intento tener en cuenta cada una de las partes u opiniones en un conflicto antes de tomar una decisión.
- 11. A menudo intento comprender a mis amigos/as imaginándome cómo ven ellos/as las cosas.
- 15. Si estoy seguro/a de que tengo la razón en algo no pierdo el tiempo escuchando los argumentos de los demás.
- 21. Creo que todas las cuestiones se pueden ver desde dos perspectivas e intento considerar ambas.
- 25. Cuando estoy disgustado/a con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento.
- 28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si yo estuviera en su lugar.

La dimensión de **Fantasía** la forman los siguientes ítems:

- 1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder.
- 5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela.
- 7. Generalmente soy objetivo/a cuando veo una película o una obra de teatro y no me suelo “meter” completamente en ella.
- 12. Es raro que yo me “meta” mucho en un buen libro o en una película.

- 16. Después de ver una obra de teatro o cine me he sentido como si fuera uno de los personajes.
- 23. Cuando veo una buena película, puedo muy fácilmente, situarme en el lugar del protagonista.
- 26. Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí.

La dimensión de **Preocupación Empática** está formada por los siguientes ítems:

- 2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo.
- 4. A veces no me siento muy preocupado/a por otras personas cuando tienen problemas.
- 9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerle.
- 13. Cuando veo a alguien herido/a o que se ha hecho daño tiendo a permanecer tranquilo/a.
- 14. Las desgracias de otras personas no suelen angustiarme mucho.
- 18. Cuando veo que alguien está siendo tratado/a injustamente no suelo sentir mucha pena por él/ella.
- 20. A menudo estoy bastante afectado/a emocionalmente por cosas que me ocurren.
- 22. Me describiría como una persona bastante sensible.

La dimensión de **Malestar Personal** está formada por los siguientes ítems:

- 6. En situaciones de emergencia me siento aprensivo/a e incómodo/a.
- 10. A veces me siento indefenso/a cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.
- 17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto mucho.
- 19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de una emergencia.
- 24. Tiendo a perder el control durante las emergencias.

- 27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo.

Para calcular los puntajes totales primero deben invertirse lo ítems: 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18, 19 (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1). Una vez se invierten los valores se realiza un sumatorio total para conseguir el nivel de Empatía total. Para calcular los valores de cada dimensión deben sumarse los siete ítems que las conforman.

El instrumento fue seleccionado por su gran difusión en el mundo científico, además de por los buenos resultados psicométricos en la versión española.

4.10 ANÁLISIS DE DATOS

Todos los resultados obtenidos en los cuestionarios fueron introducidos a una matriz de Excel (versión: Windows 2015) donde se invirtieron los puntajes negativos y posteriormente se calcularon los resultados totales de las escalas según las propuestas de los autores. Una vez obtenidos los resultados de las escalas se subió la matriz al programa estadístico SPSS v.20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para su análisis.

La investigación comprende una metodología selectiva transversal y un modelado estadístico sobre el DpE en trabajadores/as sociales. Los resultados de las escalas se han utilizado de forma cuantitativa (puntaje total numérico) o categórico (según la clasificación de la autora). Los resultados se fueron analizando según los objetivos planteados en la investigación.

La descripción de las variables se realizó mediante la utilización de estadística descriptiva y el análisis exploratorio de datos. Se realizaron correlaciones entre variables para conocer las relaciones entre las mismas, así como comparaciones de medias. Se realizó el

modelado estadístico mediante regresión lineal múltiple para establecer el poder explicativo y predictivo de las variables sociodemográficas y psicosociales sobre el DpE.

El riesgo α nominal máximo asumido en todos los análisis ha sido el habitual del 5% (α=0.05). Los análisis estadísticos realizados fueron:

- Pruebas de fiabilidad: estas pruebas se realizaron para el análisis de la consistencia interna de los instrumentos, estimando la fiabilidad de cada uno de ellos a través de los Alfas de Cronbach.

- Pruebas de Normalidad a través del Test de Kolmogorov-Smirnov: se ha utilizado para establecer si las variables cuantitativas se distribuyen según la curva normal. Asimismo, se tuvo en cuenta que los manuales de referencia de los instrumentos utilizados indican que las variables medidas siguen la distribución normal en las poblaciones de origen.

- Tablas de contingencia: fueron aplicadas para el estudio de variables cualitativas del intrumento sociodemográfico.

- Análisis descriptivo: este tipo de pruebas se realizaron a partir de la estadística clásica descriptiva y análisis exploratorio de datos. Se realizaron tablas de frecuencias y gráficos de barras.

- Análisis correlacional: este tipo de pruebas se realizaron para conocer el grado de asociación entre variables y su nivel de significación. Se utilizaron pruebas paramétricas (Correlación de Pearson) y no paramétricas (Spearman) dependiendo de la normalidad de las escalas.

- Pruebas de comparación de medias T-Student y U Mann-Whitney: se ha utilizado la prueba T de Student en los instrumentos que cumplían los criterios de normalidad e independencia, y U Mann-Whitney para los instrumentos que no cumplían los criterios de normalidad e independencia. Adicionalmente, se realizó la Prueba de Levene para determinar la homocedasticidad u homogeneidad de variancias de los grupos comparados.

- Análisis de la variancia unifactorial ANOVA y Kruskall-Wallis: ha sido utilizado para contrastar más de dos medias. Cuando se cumplían los criterios de normalidad, homocedasticidad e independencia se utilizaron ANOVAs, mientras que en los casos en que estos criterios no se cumplían se utilizaron la prueba Kruskall-Wallis. Se realizó la Prueba de Levene para determinar la homocedasticidad u homogeneidad de los grupos comparados.

- Análisis de Regresión Lineal Múltiple: este análisis se utilizó para examinar el valor explicativo y predictivo de las variables estudiadas respecto a los niveles de las subescalas de DpE en el colectivo de trabajadores/as sociales. Se ha complementado con pruebas con los supuestos de independencia, supuestos de colinealidad, diagnóstico de casos y supuestos de distribución normal. Previo al modelaje se convirtieron las variables cualitativas del cuestionario sociodemográfico en variables ficticias (variables *dummy*). Dicho análisis se realizó mediante el método *Stepwise* incluyendo todas las variables reflejadas en la investigación y eliminando las variables con valores t más bajos y los valores significativos mayores a 0,05. Se realizaron hasta 5 modelos antes de seleccionar el modelo que se presenta a continuación. Para los modelos previos se introdujeron las variables de “sexo”, “edad”, “número de hijos”, “cargas en el

domicilio" además de las variables laborales como "jornada laboral", "tipos de contexto de intervención", "carga emocional de los casos", "horas de formación", "lugar de trabajo", "colectivos de trabajo" y "años de experiencia". También se introdujeron las preguntas de las variables de Burnout, el nivel de Autocuidado junto a sus variables; la Involucración Profesional, Vulnerabilidad, Recursos de Cuidado Personal, además de las dimensiones de la Empatía (Toma de Perspectiva, Malestar Personal, Fantasía, y Preocupación Empática). Los primeros modelos tenían una R^2 de entre 0.212 hasta 0.618.

2. 11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación está respaldada por la Comisión Ética de la Universitat de les Illes Balears, la cual dio su conformidad en junio de 2016 (anexo 4). Todos los datos han sido tratados de forma confidencial sin ofrecer resultados que puedan identificar a los participantes.

Previo a la realización de los cuestionarios todos/as los/as participantes recibieron una charla de cinco minutos por parte de la investigadora en la que se les explicaba las pautas de la investigación. Todos/as los/as participantes rellenaron un formulario de consentimiento informado donde se detallaban los aspectos más importantes de la investigación.

CAPÍTULO V:
RESULTADOS

RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y NORMALIDAD

Los instrumentos seleccionados para la presente investigación se encuentran validados en español aunque con diversidad de colectivos. Para una mayor certeza sobre la consistencia y fiabilidad de los instrumentos se consideró oportuno analizar las características de propiedades psicométricas de cada uno de los instrumentos. A continuación se presenta una tabla con el resumen con los valores Alfa de Cronbach.

Tabla 25
Análisis de fiabilidad

Instrumento	**Alfa de Cronbach**
Escala de autocuidado	0,70
ProQOL SC	0,85
ProQOL DpE	0,79
ProQOL Burnout	0,54
IDE Inventario de Desgaste por Empatía	0,71
IRI Índex de Reactividad Interpersonal	0,73

La escala de autocuidado, los instrumentos ProQOL (SC, DpE), IDE y el índice IRI muestran niveles de fiabilidad aceptables (iguales o mayores a 0.7). La dimensión de Burnout ofrece niveles de fiabilidad cuestionables por lo que, para mantener el rigor científico en el estudio se decidió excluir esta dimensión del análisis bivariado incluyendo únicamente las preguntas del constructo como variables independientes.

Posteriormente a la realización de las pruebas de fiabilidad de los instrumentos se sometieron las variables cuantitativas a la prueba de Kolmogorov-Smirnov para valorar su grado de normalidad. En la tabla 26 se pueden ver los resultados obtenidos.

Tabla 26
Normalidad de las variables cuantitativas continuas

Instrumento	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig.	Normalidad
Sociodemográfico	Edad, Rango de casos		SI
Autocuidado	1,330	0,058	SI
SC	1,676	0,007	NO
DpE	1,295	0,700	SI
Burnout	0,954	0,323	SI
IDE	1,330	0,060	SI
IRI	0,754	0,620	SI

Para una significación del 95%, los valores de significación superiores a 0.05 indican que la variable sigue una distribución normal, mientras que los valores inferiores a 0.05 muestran una distribución no normal. La Satisfacción por Compasión es la única variable que presenta una distribución no normal. Para el análisis de esta variable se usaron pruebas no paramétricas. El resto de variables muestran normalidad, por lo que se escogieron pruebas paramétricas para su análisis.

Para una mejor organización de los resultados de la investigación, éstos se ordenan según los objetivos generales y específicos que se han planteado en el capítulo anterior.

5.2 OBJETIVO 1: ANÁLISIS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

El primer objetivo que se plantea es conocer el perfil sociodemográfico de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca. Para ello, se analizan los estadísticos descriptivos de cada uno de los resultados obtenidos en las preguntas del cuestionario sociodemográfico.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra está formada por 270 trabajadores/as sociales que ejercen su profesión en los centros públicos y privados de Servicios Sociales de Mallorca en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (España). Todos/as los/las profesionales encuestados están ejerciendo como trabajadores/as sociales en centros de Servicios Sociales. Algunos atienden a población general, como pueden ser los/as trabajadores/as sociales de Servicios Sociales Comunitarios, también llamados Centros de Atención Primaria. Otros se encuentran trabajando en servicios más específicos donde pueden atender a un colectivo en concreto o bien a un rango de edad. La variabilidad de casos y tipos de cliente que atienden los/as trabajadores/as sociales suele ser elevada ya que un mismo trabajador/a social atiende a nivel individual, grupal, familiar o comunitario, lo que incluye variedad de clientes y casos. Por este motivo es difícil clasificar a los/as trabajadores/as sociales según grupos. En la tabla 27 se hace una primera clasificación según la naturaleza del servicio donde ejercen, aunque no significa que trabajen exclusivamente con este colectivo. Resulta interesante desglosar la muestra en colectivos para poder hacer pruebas estadísticas y valorar si existen diferencias significativas entre ellos.

De forma previa a la investigación se hizo una aproximación para medir la población, es decir, todos/as los/as trabajadores/as sociales de Mallorca que cumplían los criterios de

inclusión. A partir de aquí, se realizó el contacto con cada uno de ellos y se les invitó a participar en el estudio. En la columna "perdidos en el proceso" aparecen los casos que no han querido o podido formar parte de la muestra del estudio. En algunos casos las causas se debía a bajas laborales (motivo desconocido), en otra falta de interés en el estudio o impedimento por parte de la dirección del centro.

Tabla 27
Muestra según población

N = 270	Población	Perdidos	Muestra	Porcentaje
Servicios Sociales Somunitarios	122	19	103	38,1
Socio-Jurídico e Inclusión Social	40	15	25	9,3
Salud y Salud Mental	46	7	39	14,4
Menores, Familia y Mujer	36	8	28	10,4
Personas mayores	24	5	19	7
Discapacidad	35	8	27	10
Dependencia	36	7	29	10,7
Total	339	69	270	100

5.2.1 ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS PERSONALES, LABORALES Y FORMATIVOS DE LA MUESTRA (objetivo específico 1.1)

A continuación se detallan los datos estadísticos del cuestionario sociodemográfico.

Tabla 28 *Datos Sociodemográficos de los/as trabajadores/as sociales*		
N = 270	**N**	**Porcentaje**
Sexo		
Hombre	28	10,4
Mujer	242	89,6
Edad		
20-29	22	8,1
30-39	90	33,3
40-49	92	34,1
50-59	59	21,9
Más de 60	7	2,6
Estado Civil		
Soltero	108	40,0
Casado o pareja de hecho	127	47,0
Divorciado	30	11,1
Viudo	5	1,9
Núcleo de convivencia		
Solo	46	17,0
Con padres	11	4,1
Pareja	59	21,9
Pareja e hijos	120	44,4
Monoparental	24	8,9
Otras situaciones	10	3,5
Número de hijos en el domicilio		
0	109	40,4
1	61	22,6
2	83	30,7
3	12	4,4
Más de 3	5	1,9
Otras personas a cargo en el domicilio		
Sí. Habitualmente	17	6,3
Sí. De manera intermitente	22	8,1
No	231	85,6
Total	270	100

SEXO: la muestra estuvo formada por 270 sujetos, de los cuales, un 89.6% (242 mujeres) son mujeres frente a un 10.4% (28) de hombres. Existe una diferencia de muestra importante entre ambos sexos, pero estos resultados no son extraños ya que la profesión de Trabajo Social siempre ha sido muy feminizada.

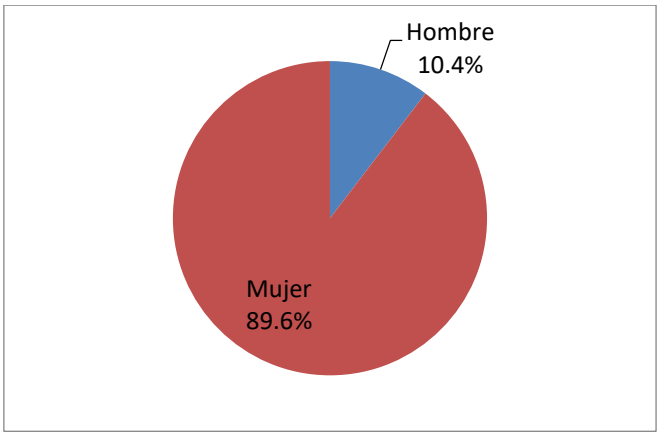

Figura 12: Distribución de la muestra según el sexo

RANGOS DE EDAD: la mayor parte de los/as trabajadores/as sociales se encuentran entre las franjas de edad de 30-39 años (33.3%) y 40-49 años (34.1%) la cual coincide con la etapa de crianza de los hijos. El 21.9% corresponde a la franja de edad de 50-59 y solamente el 8.1% de los/as trabajadores/as sociales tienen menos de 30 años. En menor frecuencia se encuentran los/as trabajadores/as sociales mayores de 60, representando el 2.6% de la muestra. Nos encontramos con una muestra de edad media poco envejecida.

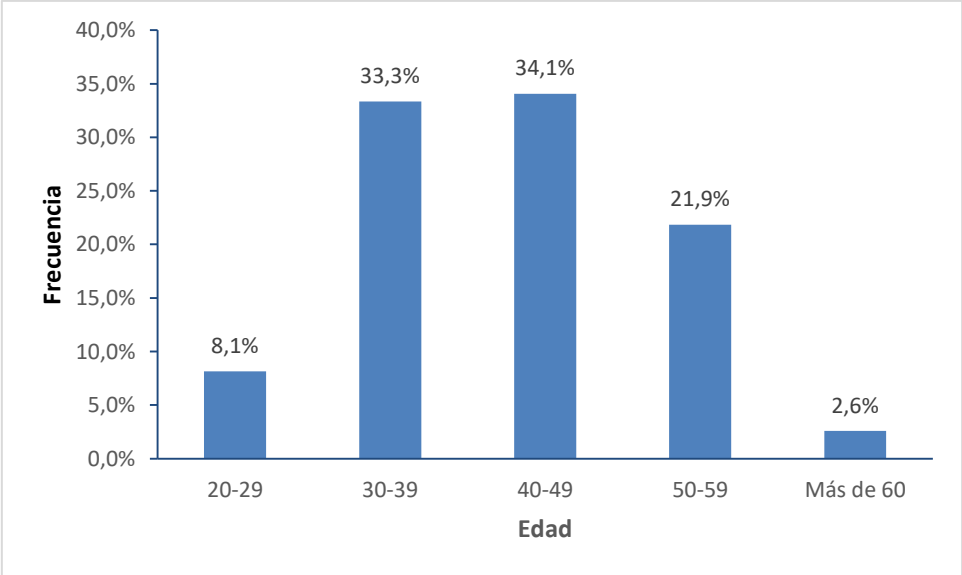

Figura 13: Distribución de la muestra según edad

ESTADO CIVIL: mayoritariamente los/as trabajadores/as sociales conviven en pareja (47.1%), ya sean "casados" (41.8%) o bien "pareja de hecho" (5.2%). El 40% de la muestra manifiesta estar soltero mientras que el 11.1% está divorciado/a. Cinco de los/as participantes (1.9%) son viudos/as.

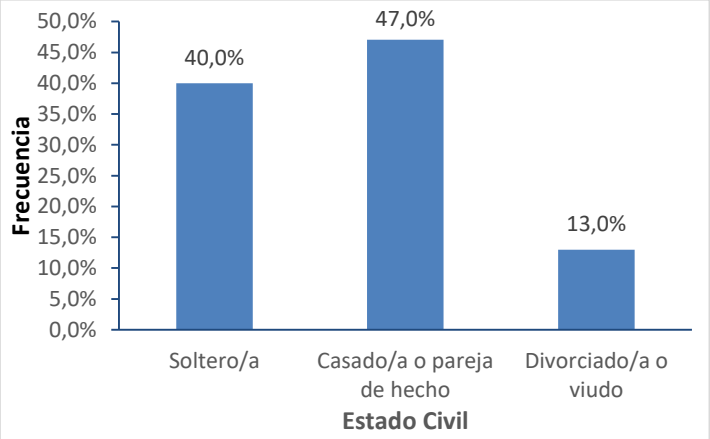

Figura 14: Distribución de la muestra según estado civil

NÚCLEO DE CONVIVENCIA: en mayor proporción (83%) los/as trabajadores/as sociales participantes conviven en un entorno familiar, ya sea con sus padres (4.1%), con pareja (21.9%), con pareja e hijos y otros familiares (44.1%) o familia monoparental. Por último, el 17.1% viven solos.

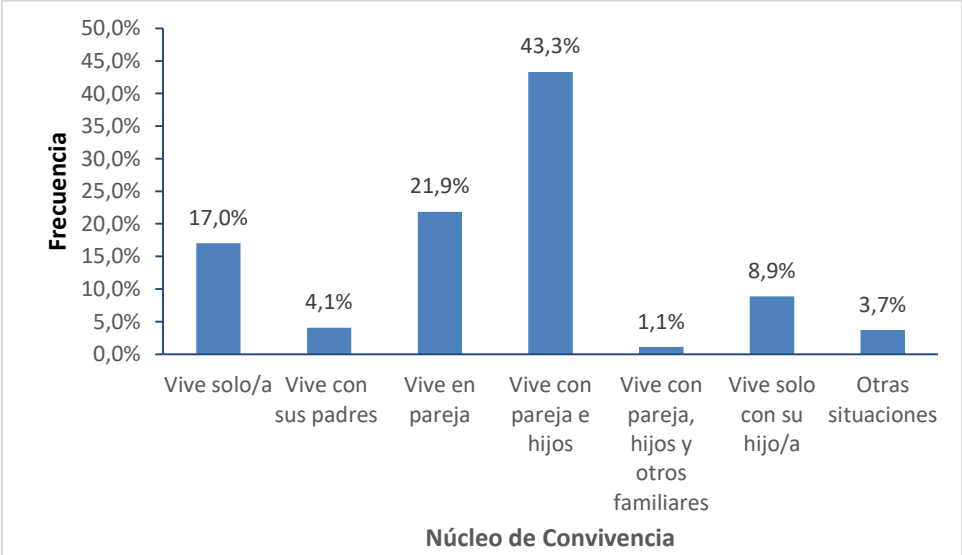

Figura 15: Distribución de la muestra según núcleo de convivencia

NÚMERO DE HIJOS EN EL DOMICILIO: en concordancia con los resultados anteriores, un total de 40.4% de los profesionales no convive con hijos en su domicilio. La media de hijos es de 1.99 (DT=0.95). Los/as participantes que tienen familia numerosa suponen el 6.3% de la muestra.

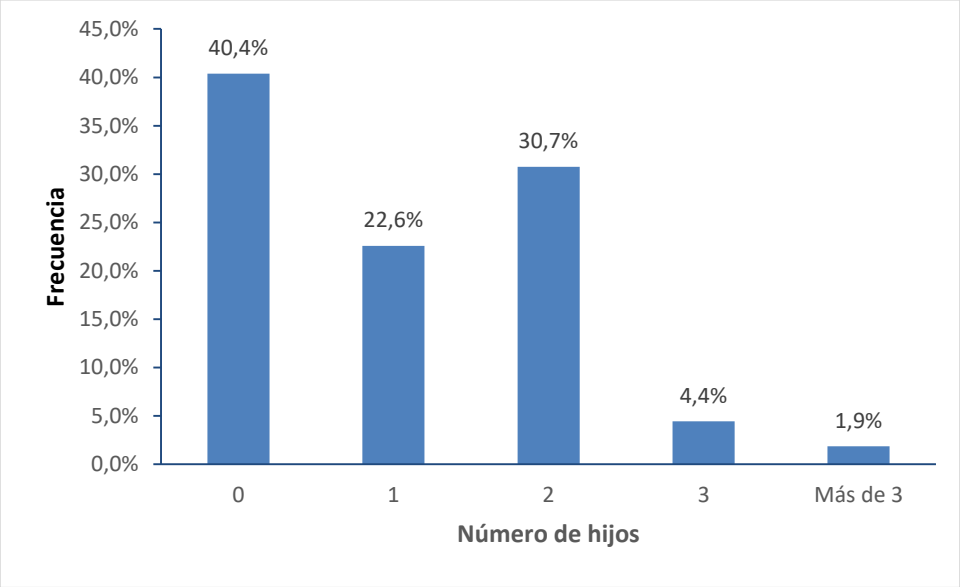

Figura 16: Distribución de la muestra según número de hijos/as

PERSONAS A CARGO: el 86.8% de los/as encuestados no tiene familiares a cargo. El 6.4% dice convivir con ellos de forma habitual, y el 8.3% de forma temporal.

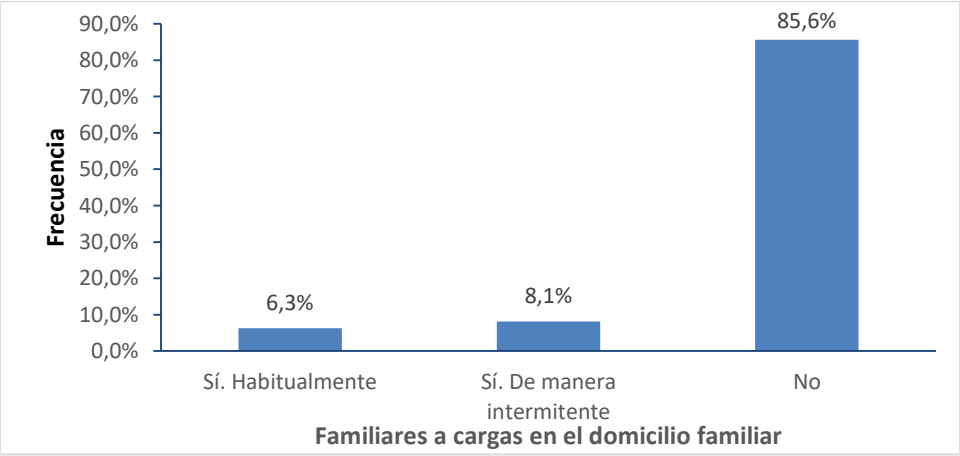

Figura 17: Distribución de la muestra según cargas en el domicilio

DATOS LABORALES

En el cuestionario sociodemográfico se pregunta sobre cuestiones relacionadas con el entorno laboral y la formación.

Tabla 29
Datos laborales de los/as trabajadores/as sociales

N=270	Frecuencia	Porcentaje Válido
Años de finalización de los estudios de Trabajo Social		
Menos de 2 años	4	1,5
De 2 a 5 años	14	5,2
Entre 5 y 10 años	46	17,0
Más de 10 años	206	76,3
Años de experiencia laboral en la categoría de trabajador/a social		
Menos de 1 año	6	2,2
De 1 a 5 años	36	13,3
Entre 5 y 10 años	59	21,9
Más de 10 años	169	62,4
Años ejerciendo en el mismo lugar de trabajo		
Menos de 6 meses	13	4,8
De 6 meses a 1 año	16	5,9
De 1 a 5 años	54	20,0
Más de 5 años	187	69,3
Jornada Laboral		
Media jornada	5	1,9
3/4 de jornada	22	8,1
Jornada completa	234	86,7
Sobrepasa jornada completa	9	3,3
Total	270	100

AÑOS DE FINALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y EXPERIENCIA PROFESIONAL:

en la muestra se observa un alto grado de experiencia de los profesionales. El 76.3% terminó sus estudios hace más de 10 años y el 1.5% son profesionales recién graduados. El 62.4% tiene una experiencia profesional superior a una década en la categoría de trabajador/a social y el 69.3% lleva más de 5 años en su actual puesto de trabajo. De estos datos, se percibe una alta estabilidad en el lugar de trabajo y en la profesión.

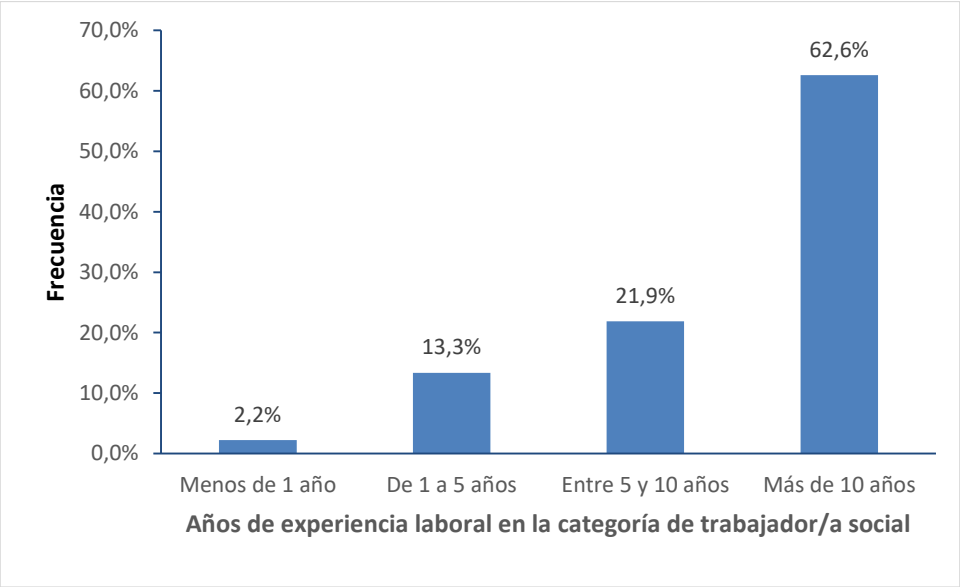

Figura 18: Distribución de la muestra según experiencia laboral como TS

JORNADA LABORAL: un dato importante a tener presente a la hora de analizar los datos es el cómputo total de horas que el/la trabajador/a social está expuesto a su lugar de trabajo y, en consecuencia, a la escucha de historias de sufrimiento. Se pregunta a los/as participantes el número de horas reales que pasan en el trabajo y se observa que mayoritariamente (86.7%) los/as trabajadores/as sociales tienen una jornada completa, lo que significa entre 32 y 36 horas laborales a la semana. En algunas ocasiones, los/as trabajadores/as sociales (de forma voluntaria o por presión) realizan jornadas laborales más largas que las marcadas en su contrato, por este motivo en esta pregunta se hace el inciso de "real". La media es de 36.9 horas trabajadas por mes (DT=3.7). El mínimo de horas semanales es de 15 y el máximo 50. Solamente el 1.9% manifiesta tener jornadas de entre 15 y 18 horas semanales. El 3.3% de los/as profesionales reconoce superar las horas máximas de trabajo por las que está contratado/a.

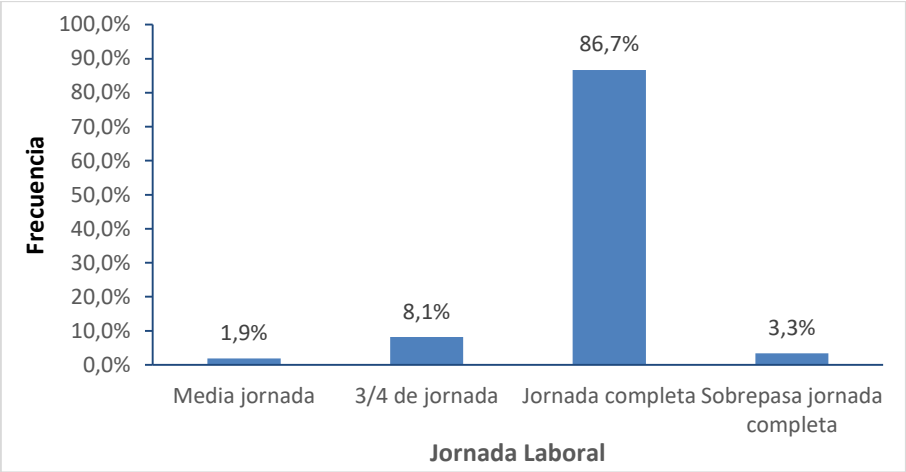

Figura 19: Distribución de la muestra según jornada laboral

CASOS DE ATENCIÓN DIRECTA MENSUAL: en relación con las horas de trabajo se pregunta el número de casos que el/la profesional atiende mensualmente, ya sean casos nuevos, antiguos o de seguimiento. Los datos revelan que los/as trabajadores/as sociales tienen alto volumen de casos. El 20% de los encuestados dice atender entre 1 y 25 casos mensuales, lo que en profesionales contratados a jornada completa supondría poder dedicar una hora semanal a cada caso. El 37% declara que atiende entre 26 y 50 casos mensuales. Los datos revelan que el 43% de los profesionales lleva más de 50 casos mensuales, mientras que el 13.7% está por encima de los 100 casos. En porcentajes de casos tan elevados (superar los 100) se calcula que, con una media de 36 horas mensuales, no se puede dedicar más de una hora mensual al caso incluyendo horas de atención y de gestión.

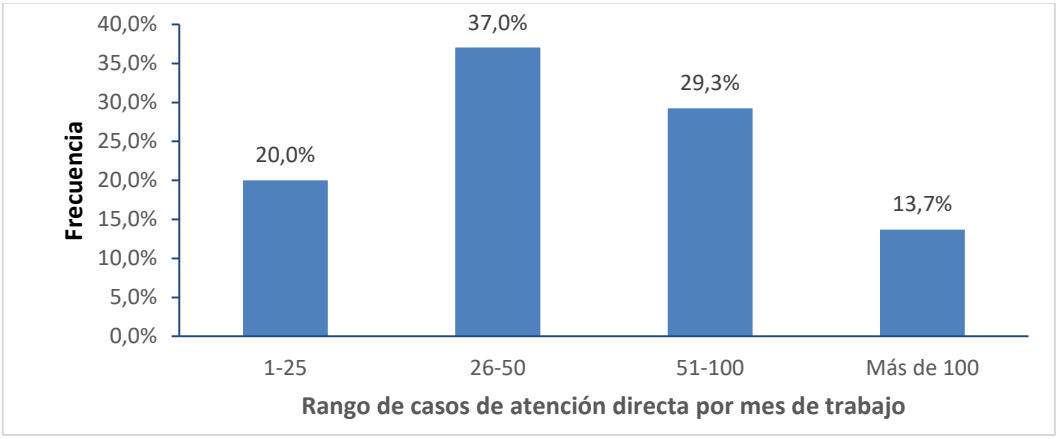

Figura 20: Distribución de la muestra según casos de atención directa

Al realizar una tabla de contingencia entre el rango de casos de atención directa y el colectivo con el cual trabajan se observa una asociación significativa entre las variables [$X^2(1,N=268)=135.37$, $p<.001$]. El colectivo con mayor número de casos son los centros de Servicios Sociales Comunitarios, seguidos de los/as trabajadores/as sociales que trabajan en el área de dependencia, discapacidad o personas mayores.

Tabla 30
Pruebas de chi-cuadrado entre el rango de casos de atención directa y el colectivo

	Valor	**gl**	**Sig. asintótica (bilateral)**
Chi-cuadrado de Pearson	63,737[a]	24	0,000
Razón de verosimilitudes	62,794	24	0,000
Asociación lineal por lineal	1,512	1	0,219
N de casos válidos	268		

a. 16 casillas (45,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
b. La frecuencia mínima esperada es ,75.

CARGA EMOCIONAL DE LOS CASOS CON LOS QUE TRABAJA: en relación a la pregunta anterior sobre el número de casos que se atiende mensualmente se solicita a los participantes que indiquen el porcentaje de casos con elevada carga emocional. Los/as trabajadores/as sociales manifiestan que el 50.38% de los casos que trabajan tienen una carga emocional elevada. Al realizar una ANOVA entre los casos de carga emocional elevada y el colectivo se observa que los datos presentan diferencias estadísticas significativas [$F(4,258)7.44$, $p<0.01$]. Al realizar el Post-hoc, la prueba de Bonferroni indica diferencias significativas entre el grupo de "Menores, Familia y Mujer" y el grupo de "Servicios Sociales Comunitarios".

El conjunto de trabajadores/as sociales que trabajan con "Menores, Familia y Mujer" son los que manifiestan tener un número de casos emocionalmente más intensos que el resto (ver tabla 31). Seguidamente el otro colectivo que manifiesta trabajar con un mayor porcentaje

de casos de carga emocional elevada es el de "Salud y Salud Mental" con un 60.92 de media. Los Servicios Sociales Comunitarios, caracterizados por la gran variedad de casuísticas que atienden, obtienen la media más baja.

Tabla 31
Casos con carga emocional elevada según colectivo

Colectivo	N	M	DT
Servicios Sociales Comunitarios	100	43,46	24,811
Inclusión Social y Jurídico	25	54,88	30,774
Salud y Salud Mental	38	60,92	29,428
Menor, Familia y Mujer	28	70,54	30,652
Discapacidad, Personas Mayores y Dependencia	72	45,03	28,526
Total	263	50,38	29,096

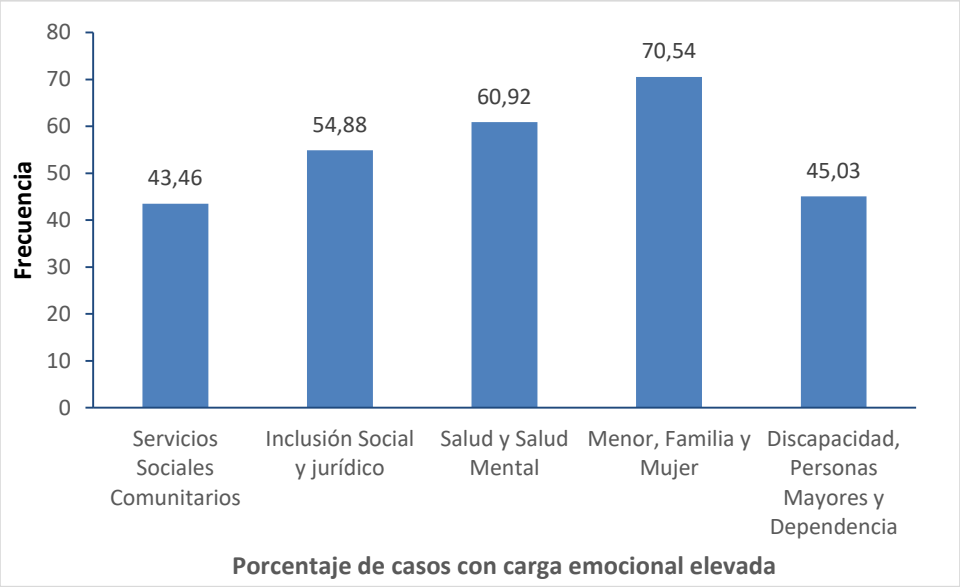

Figura 21: Distribución de la muestra según colectivo y carga emocional

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO SEGÚN TIPOS DE INTERVENCIÓN: los/as trabajadores/as sociales manifiestan dedicar mayor tiempo (M=61.28, DT=22.13) a las prácticas de intervención directa con personas y/o familia. La siguiente tarea que desempeñan con mayor frecuencia es la de gestión administrativa y coordinación (M=26.47; DT=18.63).

Las tareas de supervisión de casos (M=4.60, DT=8.11), trabajo con grupos (M=3.96, DT=5.56) y desarrollo de proyectos comunitarios (M=3.21, DT=7.28) se realizan de forma puntual.

Tabla 32
Distribución del tiempo en el trabajo

Tipo de tareas	N	M	DT
Prácticas directas con personas y familias	268	61,28	22,135
Gestión y/o tareas administrativas / coordinación	268	26,47	18,639
Supervisión	268	4,60	8,117
Trabajo con grupos	268	3,96	6,556
Desarrollo de proyectos comunitarios	268	3,21	7,287

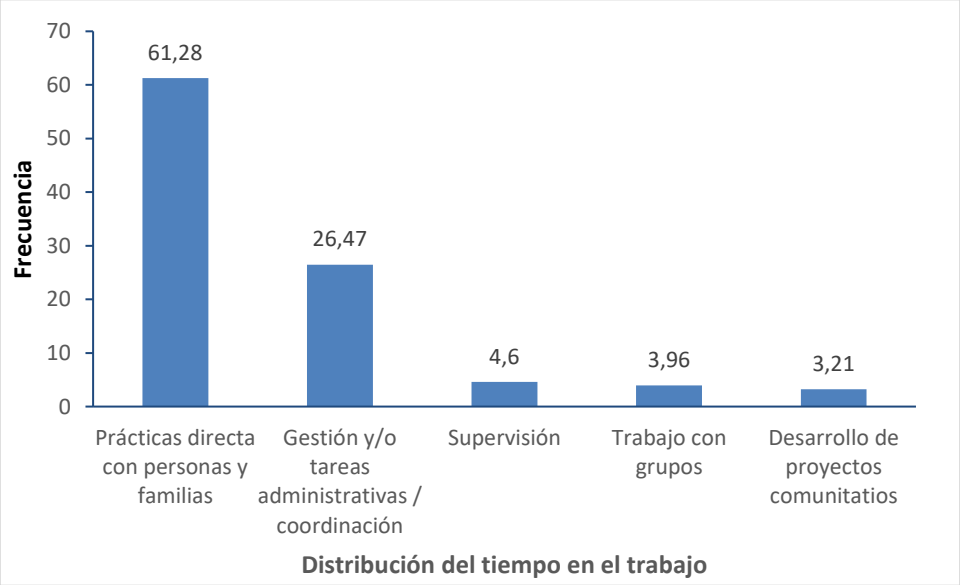

Figura 22: Distribución de la muestra según tipos de intervención

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO SEGÚN CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN: respecto a las horas de intervención directa (entrevistas) los/as trabajadores/as sociales se manejan en diferentes contextos de intervención. Según los resultados, los/as trabajadores/as sociales se dedican en mayor medida a tipos de intervenciones en contextos informativos (M=27.59, DT=20.19), seguido de la asistencia (M=25.31, DT=18.85). En tercera posición, se encuentra el contexto de asesoramiento relacional (M=20.73, DT=18.63). En menor medida aparecen los contextos de Trabajo Social Clínico (M=7.03, DT=13.86), mediación (M=5.69, DP=13.33),

evaluativo (M=5.82, DT=8.05), control (M=4.43, DT=10.46) y formativo (M=3.04, DT=10.46).

Tabla 33
Tipo de intervenciones según contexto de intervención

Contexto de intervención	N	M	DT
Informativo	267	27,59	20,196
Asistencial	267	25,31	18,853
Asesoramiento Relacional	267	20,73	18,639
Trabajo Social Clínico	267	7,03	13,866
Mediación	267	5,69	8,505
Evaluación	267	5,82	13,334
Formativo	267	3,04	7,606
Control	267	4,43	10,461

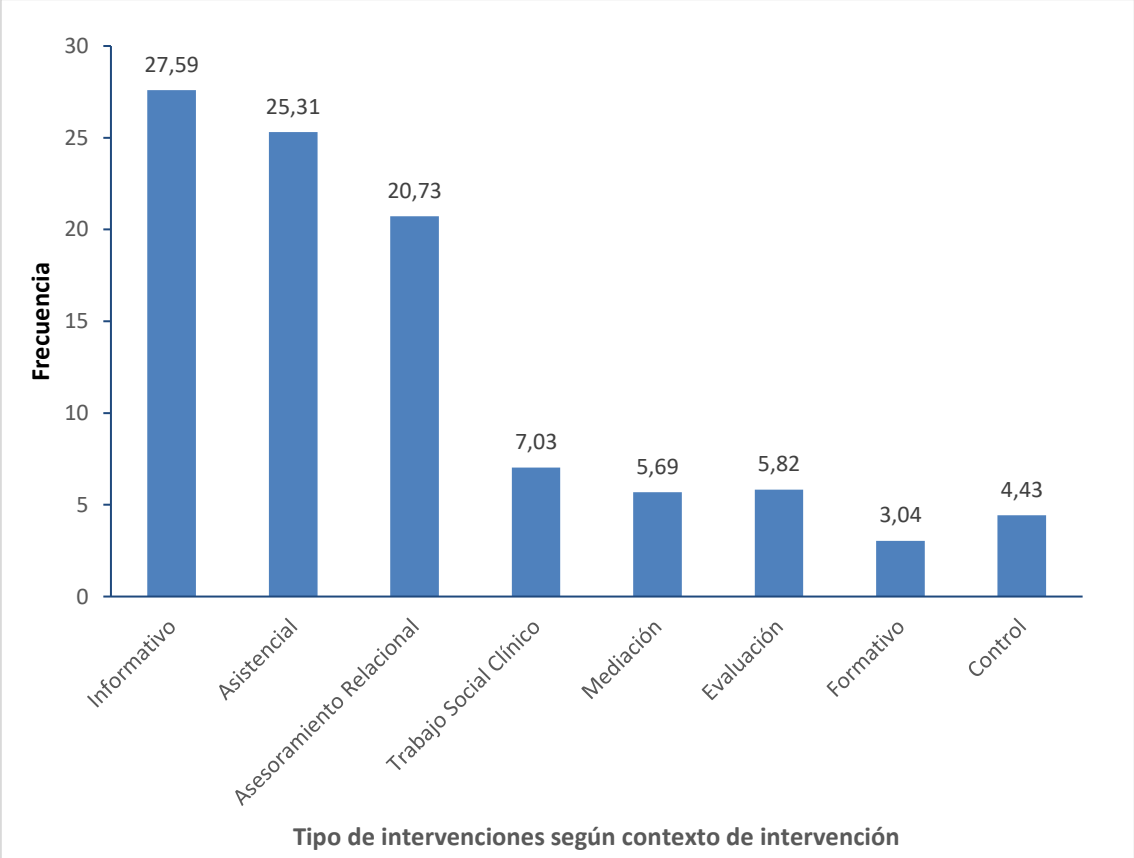

Figura 23: Distribución de la muestra según contextos de intervención

PERFIL DEL CLIENTE CON EL QUE TRABAJAN: el perfil del cliente puede clasificarse según varios criterios, en el presente estudio se pidió a los/as trabajadores/as sociales que señalaran los rangos de edad y las problemáticas con las que trabajaban con más asiduidad. Esta distribución se realizó a partir de preguntas de respuesta múltiple, ya que un/a mismo profesional puede trabajar con diferentes perfiles de clientes.

- Las áreas de "Familia e Infancia" las cuales incluyen tareas de atención a la familia, protección a la infancia, atención a situaciones de vulnerabilidad y apoyo a la pobreza, entre otros, son la tipología de demandas que más atienden (34%).
- El área de "Discapacidad, Dependencia y Personas Mayores" es el colectivo con segunda mayor frecuencia (28.9%). Estos casos incluyen demandas de acompañamientos al final de la vida, gestión de recursos asistenciales, apoyo en la dependencia, entre muchos otros.
- En tercera posición (17%) se encuentra el colectivo del área de "Salud", que incluye cuidados paliativos, servicios sociosanitarios y salud mental.
- Los colectivos menos trabajados son los de "Inclusión" (14.4%). Este tipo de demanda incluye el trabajo con personas reclusas, personas inmigrantes y adicción a algún tipo de drogas.
- Al referirnos al área de "Mujer" (5.1%) se trabaja desde aspectos tan diversos como colectivos de mujeres que ejercen la prostitución o violencia de género. Estas demandas son las menos frecuentes entre la muestra encuestada.
- Un 0.6% manifiesta trabajar con otros colectivos no especificados.

Tabla 34 *Pregunta de respuesta múltiple: Perfil del cliente y edad*			
N = 270	**N**	**Porcentaje**	**Porcentaje de casos**
Colectivos con los que trabajan			
Familia e infancia (Atención a la familia, protección a la infancia, vulnerabilidad y pobreza)	423	34,0	159
Salud (Paliativos, socionanitarios, salud mental)	212	17,0	79,6
Mujer (violencia de género y prostitución)	64	5,1	24,1
Discapacidad, dependencia y personas mayores.	360	28,9	135,4
Inclusión (reclusos, inmigración, drogodependencias)	179	14,4	67,4
Otros	7	0,6	2,6
Edad del cliente que se atiende con más frecuencia			
Infancia	55	10,4	20,4
Adolescencia y jóvenes	104	19,6	38,5
Adultos	219	41,3	81,1
Personas mayores	152	28,7	56,3

Respecto a la edad del cliente atendido, se observa que mayoritariamente se trabaja con población adulta (41.3%) y personas mayores (28.7%). En menor grado se trabaja con adolescentes (19.6%) e infancia (10.4%).

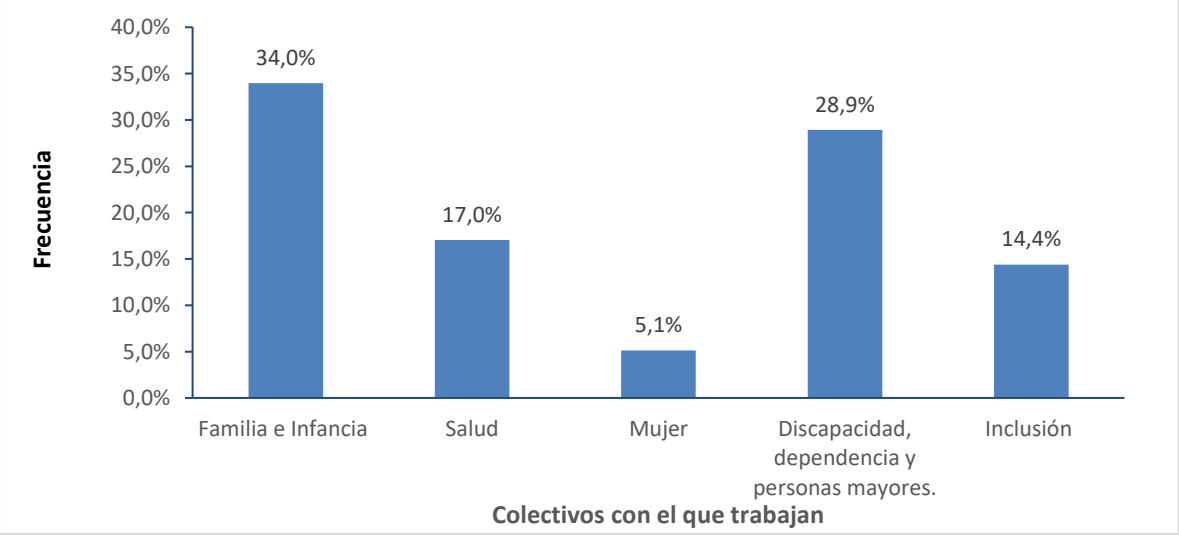

Figura 24: Distribución de la muestra según colectivo

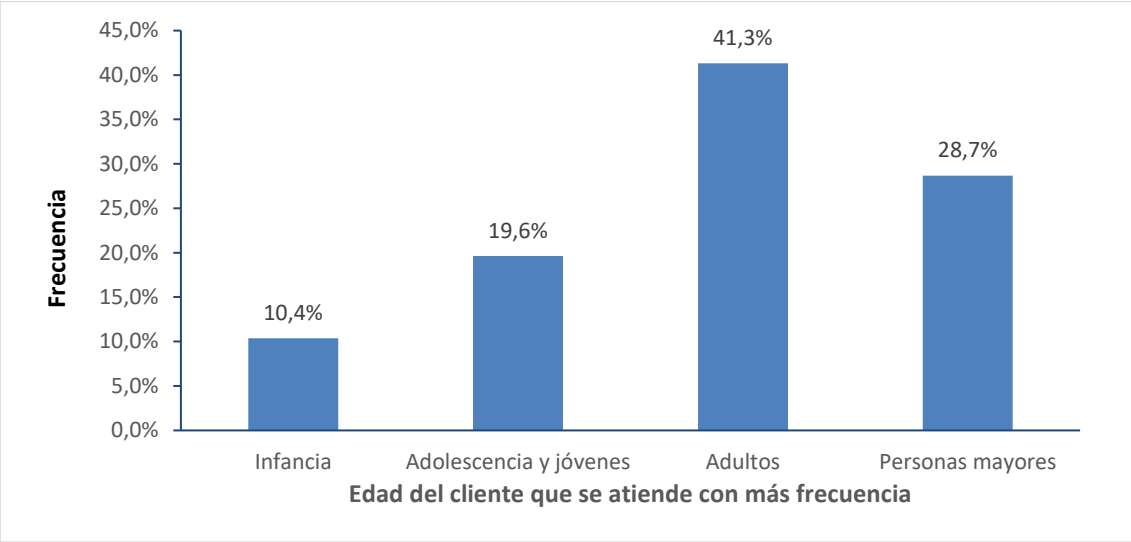

Figura 25: Distribución de la muestra según edad del cliente

ENTIDAD EN LA QUE TRABAJAN: como se observa en la tabla 35 el 65.5% de los/as trabajadores/as sociales de la muestra trabajan en entidades públicas, frente al 34.5% que lo hace en entidades de carácter privado.

Tabla 35
Distribución de la muestra según lugar de trabajo

N = 270	Frecuencia	Porcentaje válido	Entidad	Frecuencia	Porcentaje válido
Entidad Pública	177	65,5%	Ayuntamiento	84	31,1
			Consell Insular	27	10,0
			Govern de les Illes Balears	66	24,4
Entidad Privada	93	34,5%	ONG	53	19,6
			Empresa privada	25	9,3
			Contratación externa de servicios	8	3,0
			Otros	7	2,6
Total	270	100,0	Total	270	100

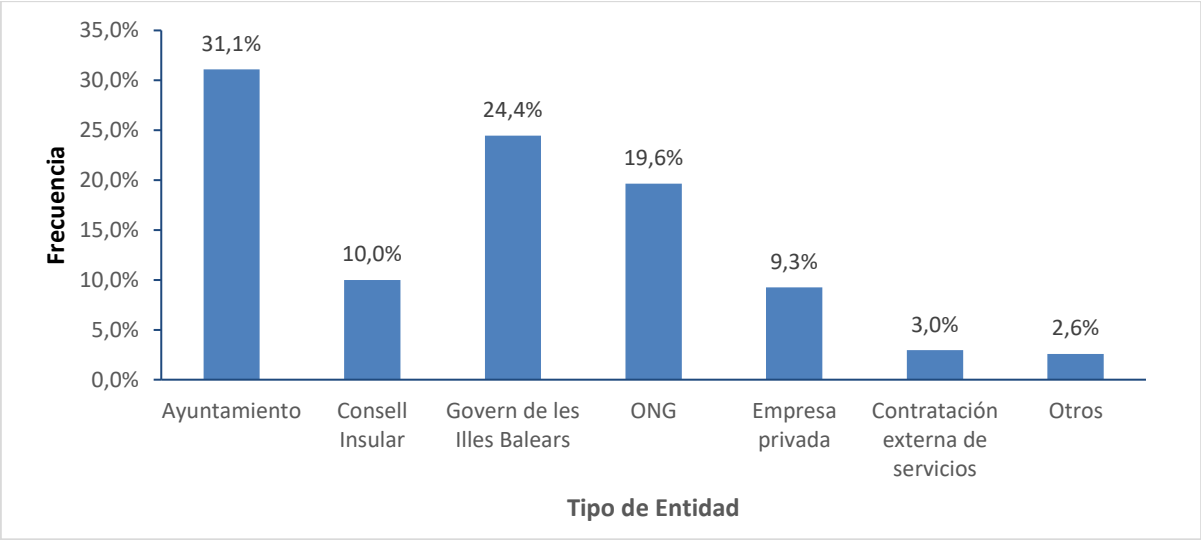

Figura 26: Distribución de la muestra según lugar de trabajo

TIPOS DE APOYO EN LOS CENTRO DE SS.SS: para averiguar el tipo de apoyo que presta la entidad en la que se trabaja, se realizó una pregunta de respuesta múltiple en la que se enumeraban una serie de posibles apoyos. Mayoritariamente el soporte ofrecido por las entidades en las que trabajan los/as encuestados/as se basa en espacios de formación interna (29.2%) y coordinación (26.9%). La supervisión formal de casos se reduce a un 12.6% y la administrativa a un 8.5%. El 1.8% manifiesta que su entidad no proporciona ningún apoyo a su trabajo. El 11.7% de las entidades ponen facilidades a sus empleados para que se puedan formar fuera de su entorno laboral y el 9.4% han financiado alguna formación extra laboral.

Tabla 36
Apoyo por parte de la entidad

	N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Supervisión administrativa	58	8,5	21,7
Espacios formales de supervisión	86	12,6	32,2
Espacios de coordinación	184	26,9	68,9
Formación interna	200	29,2	74,9
Financiación para formación externa	64	9,4	24,0
Facilita la formación externa	80	11,7	30
No proporciona apoyos	12	1,8	4,5

El 86.4% de los encuestados manifiesta que este tipo de apoyos les resultan provechosos, mientras que el 10.6% dice ser "poco provechosos". El 3% restante manifiesta que su entidad no le proporciona ningún soporte.

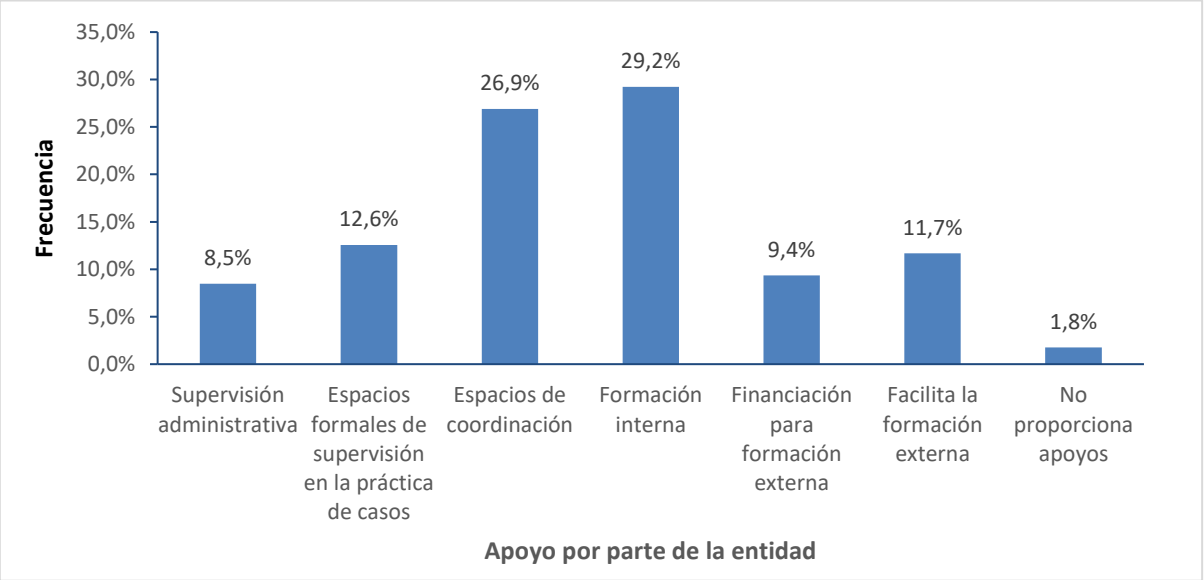

Figura 27: Apoyos por parte de la entidad

FORMACIÓN: el 96.6% de los/as profesionales encuestados manifiestan haber realizado algún tipo de formación relacionada con su puesto de trabajo durante los últimos 5 años. Solamente el 3.7% manifiesta no hacerlo.

Si revisamos los datos según el tipo de entidad, se observa que las ONGs (M=102.83, DT=155.9) y las empresas privadas (M=83.60, DT= 137.5) ofrecen más formación interna que las entidades públicas. Según señalan los datos, los ayuntamientos son los centros de trabajo donde menos formación interna se ofrece (M=57.86, DT=89.52). Los datos no presentan diferencias estadísticamente significativas en el patrón de respuesta entre el tipo de entidad y la formación [F(1,268)=2.34,p>.01].

Tabla 37 *Horas de formación interna según lugar de trabajo*			
	N	**M**	**DT**
Ayuntamiento	84	57,86	89,528
Consell Insular	27	79,33	95,698
Govern de les Illes Balears	66	76,62	89,080
ONG	53	102,83	155,960
Empresa privada	25	83,60	137,595
Contratación externa de servicios	8	73,75	60,460
Otros	7	145,71	164,099
Total	270	78,55	112,844

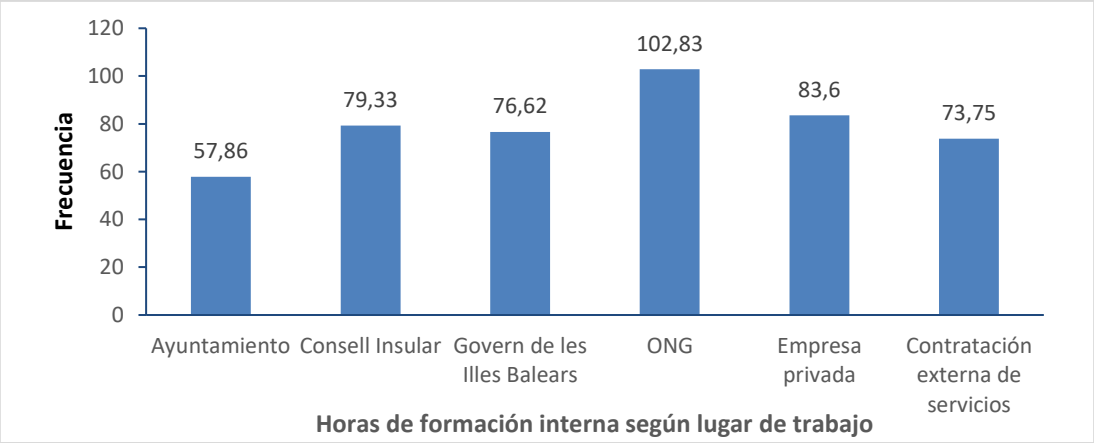

Figura 28: Distribución de la muestra según formación en el lugar de trabajo

El tipo de formación más frecuente en el colectivo de trabajadores/as sociales de Mallorca son formaciones cortas de menos de 30 horas (41.6%). Cabe mencionar que la mayoría de entidades que superan un cierto número de trabajadores están obligados a impartir este tipo de formación. En menor porcentaje encontramos los expertos universitarios (12.4%), los Postgrados (11.8%) y los Másters (11.2%). El 2.2% de la muestra manifiesta tener otra licenciatura aparte de la diplomatura en Trabajo Social. Desde el cambio de normativa y la entrada del Plan Bolonia se observa que el 9% de los/as antiguos/as diplomados/as han obtenido la nueva titulación de grado.

Tabla 38 *Tipo de formación*			
	Nº	**Porcentaje**	**Porcentaje de casos**
Grado	32	9,0	14,5
Licenciatura	8	2,2	3,6
Cursos de menos de 30 horas	148	41,6	67,0
Experto universitario	44	12,4	19,9
Especialista	22	6,2	10,0
Postgrado	42	11,8	19,0
Máster	40	11,2	18,1
Otros	20	5,6	9,0
Total	356	100,0	161,1

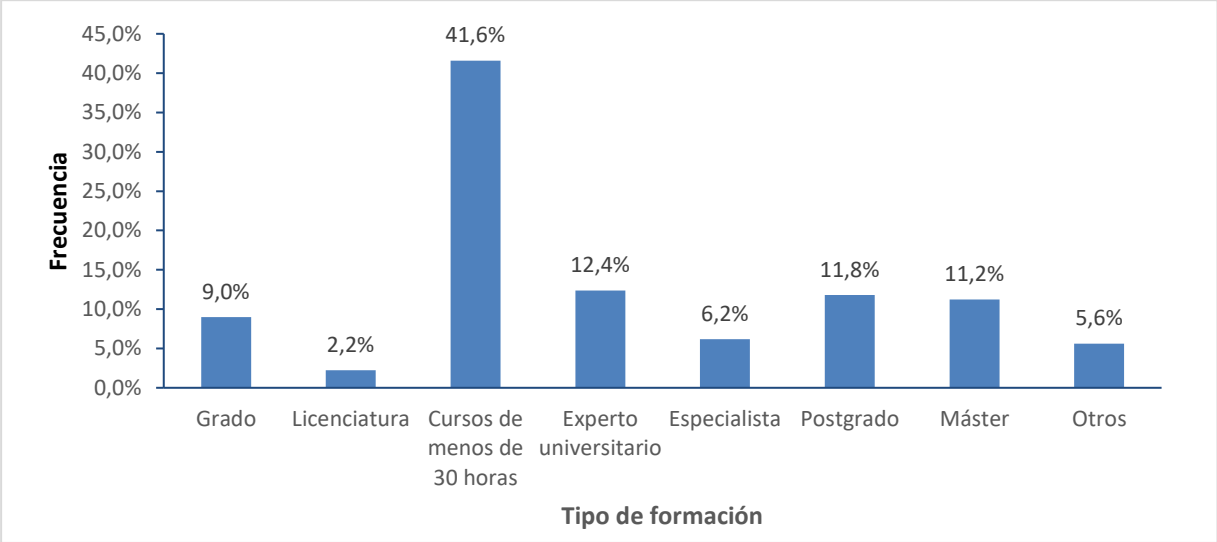

Figura 29: Distribución de la muestra según tipo de formación

AUTOCUIDADO Y SOBRECARGA: además de incluir un test específico sobre prácticas personales y profesionales de autocuidado se preguntó a los participantes la frecuencia con la realizaban prácticas de autocuidado ante situaciones de sobrecarga emocional percibida. El 40% reconoce realizar prácticas de autocuidado cuando percibe sobrecarga. En menor proporción (31.5%) ejecutan están prácticas de autocuidado de forma ocasional. El 21.5% siempre busca tiempo para su autocuidado frente al 5.6% que lo hace “casi nunca” o “nunca” (0.7%).

Tabla 39 *Buscar tiempo para el autocuidado ante situaciones de sobrecarga emocional*		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Nunca	2	0,7%
Casi nunca	15	5,6%
Ocasionalmente	85	31,5%
Frecuentemente	108	40,0%
Siempre	58	21,5%
Total	268	99,3%
Perdidos	2	0,7%
Total	270	100,0%

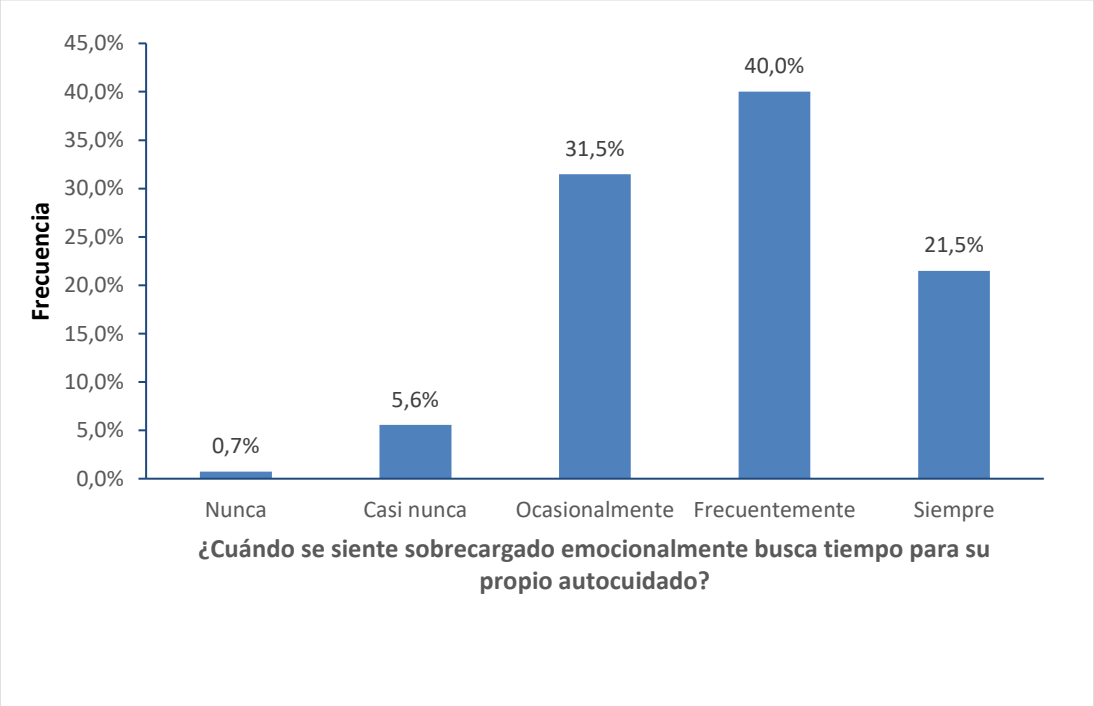

Figura 30: Distribución de la muestra según frecuencia de autocuidado al percibir sobrecarga emocional

5.3 OBJETIVO 2: ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA, SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN Y BURNOUT

5.3.1 PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA, SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN Y BURNOUT (objetivo específico 2.1)

A continuación se presentan los resultados de la prevalencia de la SC, del DpE y el Burnout según los puntajes obtenidos en el instrumento ProQOL IV. Aunque se recomienda usar los puntajes continuos, se puede realizar una categorización orientativa según las medias obtenidas en diferentes investigaciones. La autora (Stamm, 2002) presenta los puntos de corte medios de la población estudiada, los cuales se pueden clasificar según bajo, medio y alto. Los niveles bajos coinciden con los resultados inferiores al cuartil 25, los niveles medios se sitúan en el cuartil 50 mientras que los altos son los superiores al cuartil 75 (Stamm, 2005b).

Tabla 40
Estadísticos descriptivos SC, DpE y Burnout

	M	DT	N
Satisfacción por Compasión	37,40	6,159	270
Desgaste por Empatía	15,39	6,095	270
Burnout	23,67	5,333	270

Tabla 41
Prevalencia de la SC, DpE y Riesgo de sufrir Burnout según puntos de corte ProQOL IV

N = 270	**Frecuencia**	**Porcentaje válido**
Satisfacción por Compasión		
Bajo	51	18,9%
Medio	148	54,8%
Alto	71	26,3%
Total	270	100,0
Desgaste por Empatía		
Bajo	23	8,5%
Medio	159	58,9%
Alto	88	32,6%
Total	270	100,0
Riesgo de sufrir Burnout		
Bajo	35	13%
Medio	168	62,2%
Alto	67	24,8%
Total	270	100,0

PREVALENCIA DE LA SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN: la puntuación media de la dimensión de SC fue de 37.47 (DT=6.05), lo que representa niveles de SC medios-altos. Según las medias aportadas por el instrumento ProQOL IV la media de la población general es de 37,

resultado muy semejante al obtenido en la presente investigación. En la figura 31 se observa como el 54.8% de la muestra puntúa niveles medios de SC; el 26.3% niveles altos y el 18.9 % niveles bajos.

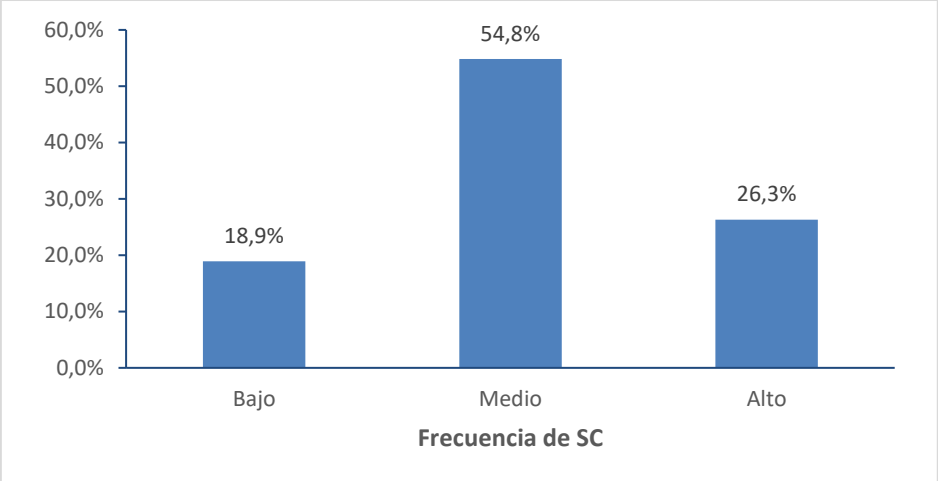

Figura 31: Prevalencia de Satisfacción por Compasión (ProQOL IV)

PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA: la puntuación media de la dimensión de DpE fue de 15.47 (DT=6.318) lo que representa niveles de DpE medios-altos. La media de la población general según la versión IV del instrumento ProQOL es de 13, por lo que se observa que los/as encuestados/as están sobre la media. En el gráfico 32 se observa como el 8.5% de la muestra tiene niveles bajos de DpE; el 58.9% en valores medios y el 32.6% en riesgo alto.

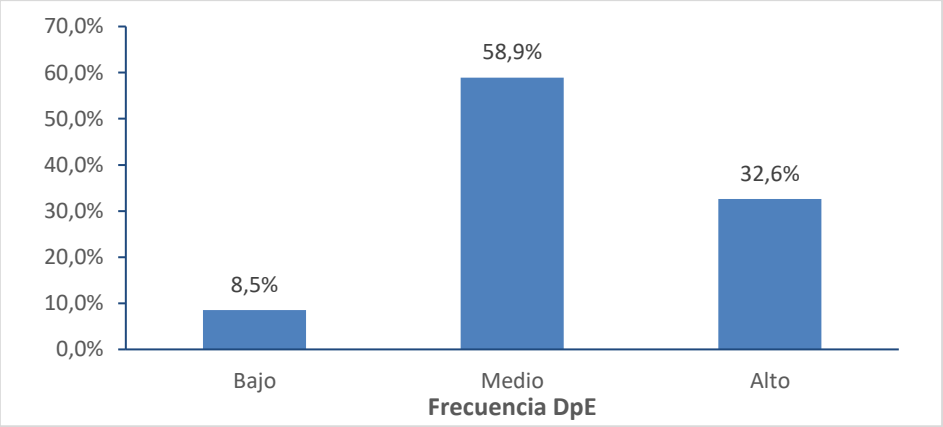

Figura 32: Prevalencia de DpE (ProQOL IV)

PREVALENCIA DEL BURNOUT: el nivel medio de riesgo de sufrir Burnout según el manual de la versión IV del ProQOL es de 22, mientras que los resultados obtenidos sitúan a los encuestados en 23.67, puntuación ligeramente superior. Los niveles de Burnout nos indican que el 62.2% de los/as trabajadores/as sociales encuestados tienen un riesgo medio de sufrir Burnout, mientras que el 24.8% se encuentra en riesgo alto. El 13% presenta riesgo bajo.

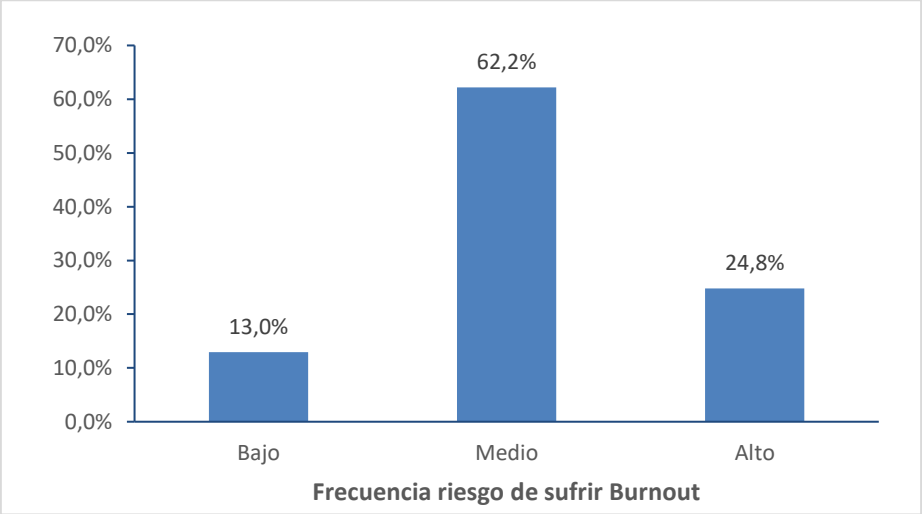

Figura 33: Prevalencia del riesgo de Burnout (ProQOL IV)

5.3.2 ANÁLISIS ENTRE EL NIVEL DE DESGASTE POR EMPATÍA, SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (objetivo específico 2.2)

El sexo, la edad, el estado civil o las cargas en el domicilio no muestran diferencias estadísticamente significativas en el patrón de respuesta. Aun no existiendo significatividad estadística, se observa una tendencia en que las mujeres tienen mayores niveles de SC y DpE que los hombres. También se observa una tendencia de que, a menor edad mayores niveles SC y menores de DpE.

Tabla 42
Relaciones entre DpE y datos sociodemográficos

Variable	Categoría	SC			DpE		
		M	DT	P	M	DT	P
Sexo	Hombre	35,89	6,86	0,266[d]	15,11	5,1	0,816 [t]
	Mujer	37,57	6,06		15,43	6,2	
Edad	20-29	39,55	6,80	0,217[B]	13,55	5,02	0,192[A]
	30-39	37,10	6,59		16,21	6,74	
	40-49	36,62	6,46		15,69	6,14	
	50-59	38,46	5,18		14,25	5,01	
	Más de 60	35,71	8,4		15,14	6,12	
Estado civil	Soltero/a	37,11	6,41	0,836[B]	15,98	6,3	0,591[A]
	Casado/a	37,59	5,96		14,29	8,33	
	Divorciado/a o viudo/a	37,57	6,19		16,8	11,3	
Cargas en el domicilio	Habitualmente	36,41	4,529	0,154[B]	16,53	6,46	0,703[A]
	Intermitente	39,32	6,297		15,41	6,12	
	No	37,32	6,228		15,33	6,11	

SC: Satisfacción por Compasión / DpE: Desgaste por Empatía / P: Valor / M: media / DT: desviación típica/ [A:]Anova / [B:] Kruskal-Wallis/ [t:] t-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene/ [d:] U de Mann-Whitney

Tabla 43
Relaciones entre el DpE y los datos laborales

Variable	Categoría	SC			DpE		
		M	DT	P	M	DT	P
Años de finalización de los estudios	Menos de 2	38,00	8,287	0,775[B]	14,25	4,031	0,399[A]
	De 2 a 5	38,29	7,162		14,21	4,677	
	De 5 a 10	38,00	6,117		16,70	7,811	
	Más de 10	37,19	6,092		15,20	5,762	
Años de experiencia laboral como TS	Menos de 1	40,17	4,446	0,476[B]	15,17	4,916	0,297[A]
	De 1 a 5	37,92	6,570		16,39	6,851	
	Entre 5 y 10	37,42	6,532		16,42	7,018	
	Más de 10	37,08	5,963		14,91	5,548	
Entidad	Pública	38,65	6,079	**0,005[B]**	15,62	5,446	0,204[A]
	Privada	36,74	6,148		17,13	6,07	
Buscar tiempo para su propio autocuidado cuando se siente sobrecargado emocionalmente	Nunca	35,00	4,243	0,046[B]	20,00	2,415	**0,000[A]**
	Casi nunca	37,73	6,787		18,87	9,680	
	Ocasionalmente	36,31	6,321		16,60	6,134	
	Frecuentemente	37,22	6,194		15,47	5,415	
	Siempre	39,45	5,420		12,67	5,042	
Rango de casos de atención directa	1-25	38,35	6,106	0,383[B]	14,44	5,565	0,322[A]
	26-50	36,61	6,077		14,82	6,066	
	50-100	37,48	6,208		17,91	5,419	
	Más de 100	37,83	6,474		18,50	4,870	
Nivel de carga emocional de los casos		50,38	29,096	0,076[s]	50,38	29,096	-0,09[p]
Supervisión de casos		2,58	1,042	**0,200[s]**	2,58	1,042	0,098[p]
Horas de formación		78,55	112,84	0,088[s]	78,55	112,84	-0,50[p]

SC: Satisfacción por Compasión / DpE: Desgaste por Empatía/ P: Valor / M: media / DT: desviación típica/ [A]: Anova / [B]: Kruskal-Wallis (sig 0.05) / [s:] Spearman / [p:] Correlación de Pearson

En la tabla 43 se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación a la SC y la entidad en la que se trabaja. Tales diferencias muestran como los/las trabajadores/as de empresas públicas (ayuntamientos, Consell Insular y Govern de les Illes Balears) tienen mayores niveles de SC que los que trabajan en centros de gestión privada.

Ante la pregunta de "Busca tiempo para su propio autocuidado cuando se siente emocionalmente sobrecargado" se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa en el patrón de respuesta [$F(4,263)=5.63$ $p<.001$]. Al encontrar diferencias en las varianzas se opta por la prueba Games-Howell en el post-hoc. Los/as profesionales que manifiestan no atender con prácticas de autocuidado a su sobrecarga son los que tienen peores resultados en los niveles de SC y mayores niveles de DpE. Se interpreta que "hacer caso omiso" a los momentos de sobrecarga emocional derivados del trabajo tiene consecuencias perjudiciales en cuanto a satisfacción y desgaste.

Se observa que las horas de formación realizadas en los últimos 5 años no tienen significatividad estadística en relación a los niveles de DpE y SC. El rango de casos de atención directa tampoco muestra significación estadística, por lo que llevar mayor o menor número de casos parece no tener relación con los niveles de DpE y SC. El nivel de carga emocional de los casos atendidos no muestra significatividad, aunque los valores de r se acercan tendencialmente a 1. En cambio, se observa que los/as profesionales que "supervisan sus casos" con más frecuencia, tienen niveles de SC más elevados [$r\ (268)=0.20$, $p<0.01$].

5.3.3 ANÁLISIS ENTRE EL DESGASTE POR EMPATÍA SEGÚN EL COLECTIVO EN EL QUE EJERCEN LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES (objetivo específico 2.3)

Para analizar el nivel de DpE que tienen los/as trabajadores/as sociales según el colectivo en que se trabaja se realiza una ANOVA. En contra de la literatura, se observa que los/as trabajadores/as sociales que trabajan con colectivos de "Menores, Familia y Mujer" tienen los niveles medios de DpE (M=14.14, DT=4.9) más bajos que el resto de trabajadores/as sociales, aun siendo el colectivo que confirmó tener mayor porcentaje de casos de alta carga emocional. En la tabla 44 se puede observar que el colectivo que tienen puntuaciones de DpE más elevados son los que trabajan en el área de Inclusión Social y Jurídica.

Tabla 44
Desgaste por Empatía según colectivos de trabajo

N = 270	N	M	DT	Error típico
Servicios Sociales Comunitarios	103	15,91	6,377	0,628
Inclusión Social y Jurídico	25	16,96	7,436	1,487
Salud y Salud Mental	39	15,54	5,670	0,908
Menor, Familia y Mujer	28	14,14	4,912	0,928
Discapacidad, Personas Mayores y Dependencia	73	14,55	5,764	0,666
Total	270	15,39	6,095	0,371

Aun existiendo diferencia en las medias, al realizar la prueba ANOVA (tabla 46) se obtiene una significación superior a 0.05, por lo que los datos no presentan diferencias estadísticamente significativas en el patrón de respuesta entre los grupos analizados. Para la prueba de homogeneidad de varianzas (tabla 45) la significación es de 0.136 por lo que se acepta la H_o. [F(14,265)=1.26,p>.01]. Se confirma que no existen diferencias significativas entre la variable DpE y los colectivos de trabajo de los profesionales encuestados.

Tabla 45
Prueba de homogeneidad de varianzas. DpE

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1,764	4	265	0,136

Tabla 46 *ANOVA de un factor / DpE*					
	Suma de cuadrados	**gl**	**Media cuadrática**	**F**	**Sig.**
Inter-grupos	187,504	4	46,876	1,267	0,283
Intra-grupos	9806,881	265	37,007		
Total	9994,385	269			

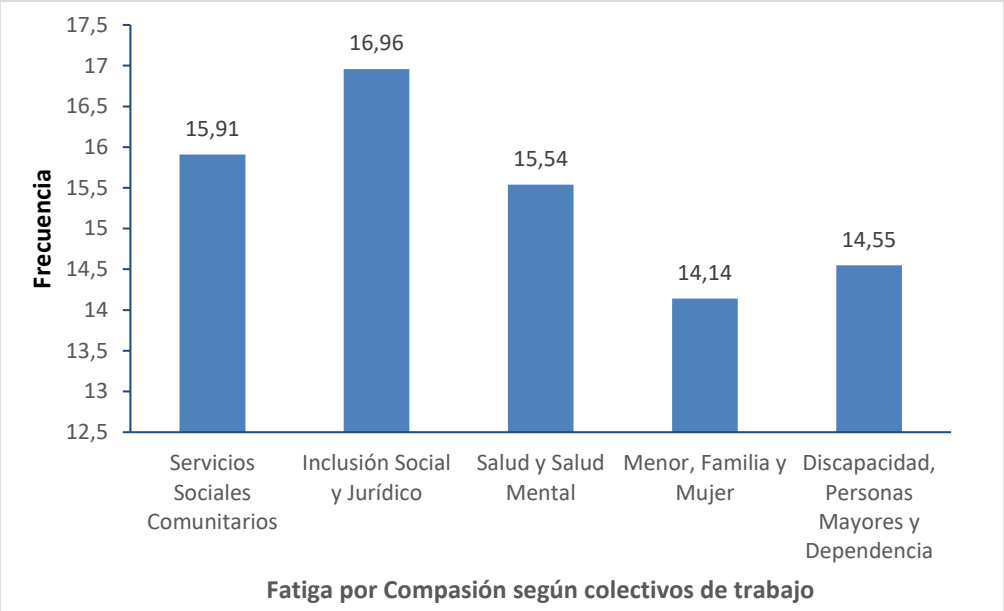

Figura 34: DpE media según colectivos

5.3.4 EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA: INVOLUCRACIÓN PROFESIONAL, CUIDADO PERSONAL Y VULNERABILIDAD (objetivo específico 2.4)

Para el análisis del objetivo específico 2.4 se ha utilizado el instrumento IDE. En el caso de la Involucración Profesional la puntuación oscila entre 0 y 27, indicando que los niveles más altos suponen riesgo para el trabajador. Niveles bajos también indicarían dificultades para implicarse con el trabajo y los clientes. La segunda dimensión, recursos para el Cuidado Personal, oscila entre 0 como (puntuación mínima) y 30 (puntuación máxima). Los niveles bajos de esta dimensión indican buen manejo de los recursos de cuidado mientras que puntuaciones altas serían situaciones de riesgo por falta de recursos en esta dimensión. En el caso de la

Vulnerabilidad la puntación mínima sería de 0 mientras que la máxima es de 24. Niveles altos de esta dimensión situarían a los profesionales en situación de riesgo. En la tabla 47 podemos observar las medias de cada una de las dimensiones. En el caso de la Involucración Profesional la media es de 8.48 (DT=3.20), los recursos de Cuidado Personal 10.33 (DT=4.24) y la Vulnerabilidad 8.92 (DT=2.93). Se observan niveles medios bajos en las tres dimensiones. En el caso Cuidado Personal niveles bajos indican ausencia de riesgo.

Tabla 47
Estadísticos descriptivos

	M	DT	N
Involucración Profesional	8,48	3,20	270
Cuidado Personal	10,33	4,24	270
Vulnerabilidad	8,92	2,93	270

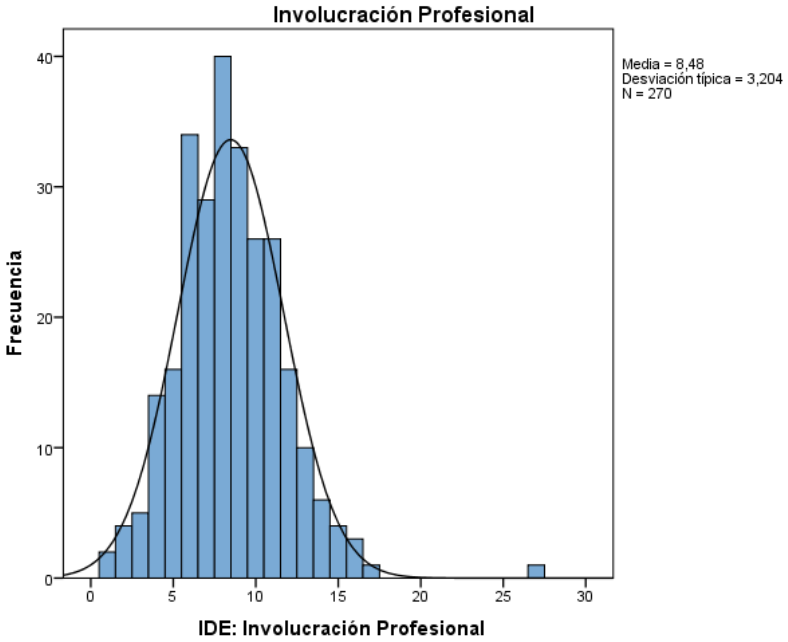

Figura 35: Gráfico Involucración Profesional

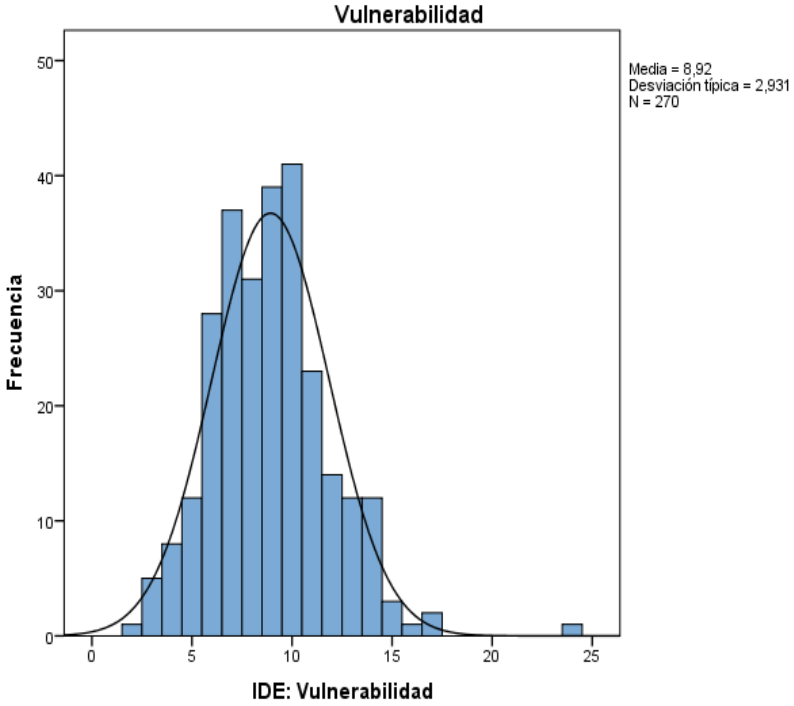

Figura 36: Gráfico Vulnerabilidad

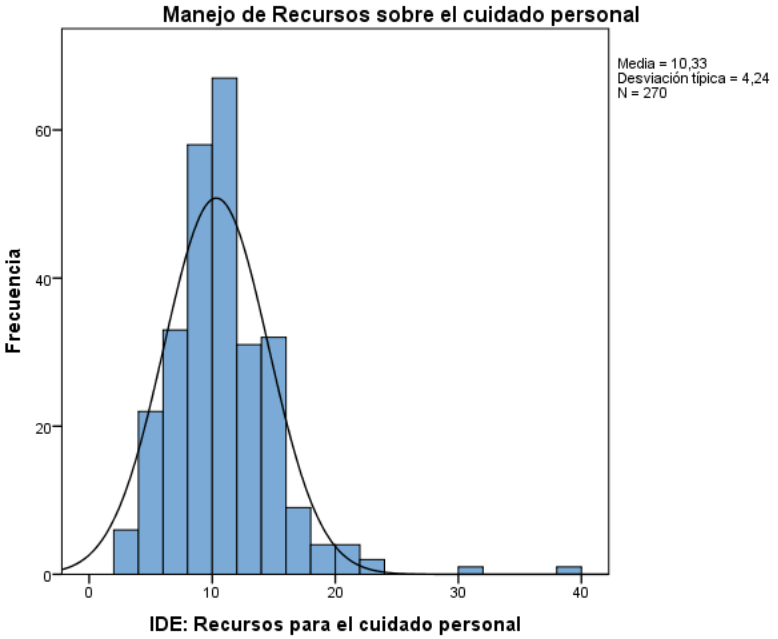

Figura 37: Gráfico Cuidado personal

5.3.5 CORRELACIONES ENTRE EL DESGASTE POR EMPATÍA Y LA INVOLUCRACIÓN PROFESIONAL, CUIDADO PERSONAL Y VULNERABILIDAD (objetivo específico 2.5)

En la tabla 48 se pueden observar correlaciones positivas fuertes entre las dimensiones del DpE del instrumento ProQOL y los niveles de Vulnerabilidad [r(268)=-0.45, p<.01], recursos para el Cuidado Personal [r(268)=-0.44, p<.01], e Involucración Profesional [r(268)=-0.44, p<.01]. Así, al aumentar las tres dimensiones (Involucración Profesional, Vulnerabilidad y Cuidado Persona), también lo hacen los niveles de DpE.

Tabla 48
Correlaciones entre DpE, Involucración Profesional, Vulnerabilidad y Cuidado Personal

N= 270		**DpE**	**IP**	**CP**	**V**
DpE	r	1,000	0,446**	0,442**	0,456**
	Sig.		0,000	0,000	0,000
	N	270	270	270	270
IP	r	0,446**	1,000	0,383**	0,485**
	Sig.	0,000		0,000	0,000
	N	270	270	270	270
CP	r	0,442**	,383**	1,000	0,395**
	Sig.	0,000	0,000		0,000
	N	270	270	270	270
V	r	0,456**	,485**	0,395**	1,000
	Sig.	0,000	0,000	0,000	
	N	270	270	270	270
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).					
V: Vulnerabilidad / IP: Involucración Profesional / CP: Cuidado Personal / DpE: Desgaste por Empatía					

5.3.6 ANÁLISIS ENTRE LOS NIVELES DE DESGASTE POR EMPATÍA Y LA SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN (objetivo específico 2.6)

Tabla 49
Correlaciones entre DpE y SC

		SC	DpE
SC	Coeficiente de correlación	1	-,243**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	270	270
DpE	Coeficiente de correlación	-,243**	1
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	270	270

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Sc: Satisfacción por Compasión / DpE: Desgaste por Empatía

Se encontró una correlación media negativa entre los niveles de DpE y los niveles de SC [r(268)=-0.24, p<.01], por lo que se puede concluir que existe una relación inversa entre ambos constructos; al aumentar la SC disminuye el DpE.

5.3.7 ANÁLISIS ENTRE LOS NIVELES DE DESGASTE POR EMPATÍA Y BURNOUT (objetivo específico 2.7)

Al realizar la prueba de correlación de Pearson entre los niveles de Burnout y los niveles de DpE se encontró una correlación grande positiva [r(268)=0.59, p<.01], lo que significa que a mayores niveles de Burnout, mayores niveles de DpE.

Tabla 50
Correlaciones entre DpE y Burnout

		Burnout	DpE
Burnout	r	1	0,598**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	270	270
DpE	r	0,598**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	270	270

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DpE: Desgaste por Empatía / r: correlación de Pearson

5.4 OBJETIVO 3: MECANISMOS DE AUTOCUIDADO GENERALES Y ESPECÍFICOS

5.4.1 RANKING DE LOS MECANISMOS DE AUTOCUIDADO PERSONAL Y PROFESIONAL (objetivo específico 3.1)

La muestra de trabajadores sociales puntuó una media de 24.79 (Moda= 25 y DT= 4.39) en frecuencia de prácticas de autocuidado personales y profesionales. Estas dimensiones se encuentran comprendidas entre valores 0 (nunca se realizan prácticas de autocuidado) y 40 (máxima puntuación en prácticas de autocuidado). El 3.3 % de los encuestados manifiesta tener prácticas de autocuidado "casi nunca", el 41.1% tiene conductas de autocuidado ocasionalmente (entre 4-6 veces al mes), el 52.6% de la muestra las mantiene de forma frecuente (2 veces por semana) y únicamente el 3% de la muestra declara practicarlas de forma muy frecuente (4-5 veces por semana). Se puede observar que los trabajadores/as sociales de Mallorca tienen una tendencia hacia la responsabilidad para reconocer cuando se encuentran sobrecargados y poner medidas para paliarlo.

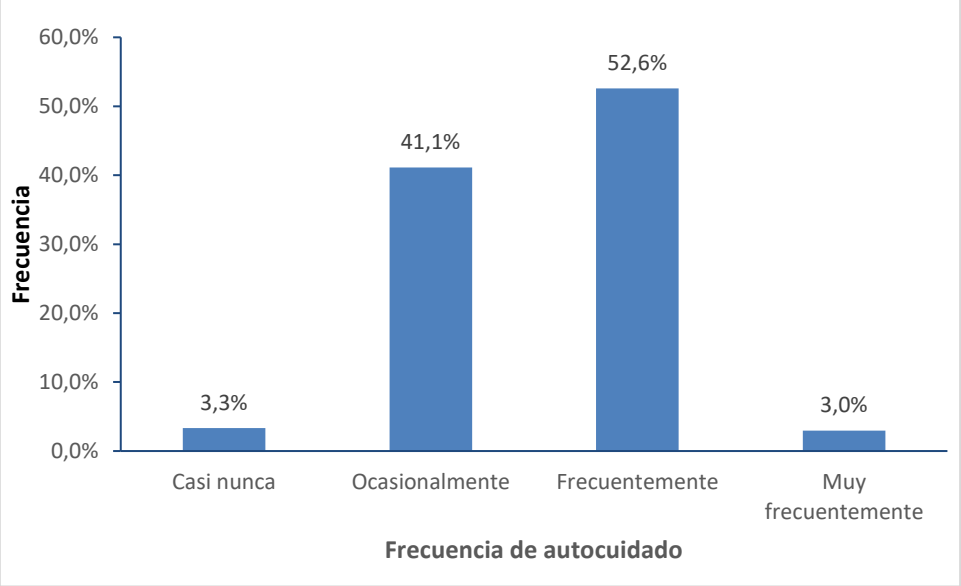

Figura 38: Frecuencia de prácticas de autocuidado

La conducta de autocuidado personal más frecuente es la de realizar actividades de tiempo libre con familia y amigos fuera del trabajo (M = 3.37, DT = 0.72) y la alimentación sana (M=2.96, DT=0.70). Respecto a la supervisión de casos se observa que los/as trabajadores/as sociales lo hacen de forma frecuente con un 45.2%, aunque si lo comparamos con la pregunta del sociodemográfico observamos que esta es una conducta que se hace de forma espontánea entre los propios profesionales, ya que los centros de Servicios Sociales manifiestan una baja tendencia a proporcionar estos espacios de manera formal (12.6%). Los estadísticos describen que hay mayor tendencia a la coordinación del trabajo (26.9%) que a la supervisión o apoyo en los casos por parte de los equipos multidisciplinares.

La conducta de autocuidado profesional que más llevan a cabo es el uso de humor en espacios de trabajo (M = 2.98, DT = 0.89) aunque manifiestan dedicar menor tiempo a las actividades recreativas con compañeros de trabajo (Nunca: 14.4%; Casi Nunca; 23.7%; ocasionalmente; 47.8%). La conducta que menos realizan son las prácticas de crecimiento espiritual como pueden ser el *mindfulness*, el yoga, la meditación consciente o relajación, el 58.1 % manifiesta practicarlo “nunca” o “casi nunca”.

En la tabla 51 sobre la frecuencia de actividades de autocuidado personal y profesional se describen el porcentaje de frecuencia de cada una de las conductas y sus respuestas

Tabla 51
Frecuencia de actividades de autocuidado personal y profesional

Actividades de autocuidado personal y profesional	Porcentaje de frecuencia				
	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a su actividad profesional?	1,9	11,9	55,6	25,9	4,8
¿Con qué frecuencia supervisa sus casos?	5,6	8,9	24,1	45,2	16,3
¿Su ambiente laboral permite el uso del humor?	0,7	5,9	18,9	43,3	31,1
¿Con qué frecuencia conversa con sus compañeros de trabajo acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo que está haciendo en sus casos?	0,4	4,1	22,2	49,6	23,7
¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	14,4	23,7	47,8	11,1	3
¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de tiempo libre fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0	2,6	7	41,7	48,9
¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico (deporte)?	4,1	16,3	28,5	34,4	16,7
¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, yoga, mindfulness…)?	29,6	28,5	22,66	13,3	5,9
¿Con qué frecuencia mantiene una alimentación sana?	4	3	15,9	62,2	18,5
¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja es adecuado (cómodo, íntimo y calmado)?	4,8	15,6	32,2	36,7	10,7

En la figura 39 se observa la frecuencia de cada una de las actividades de autocuidado. Las barras de color azul indican las conductas de autocuidado profesional mientras que las rojas el autocuidado personal.

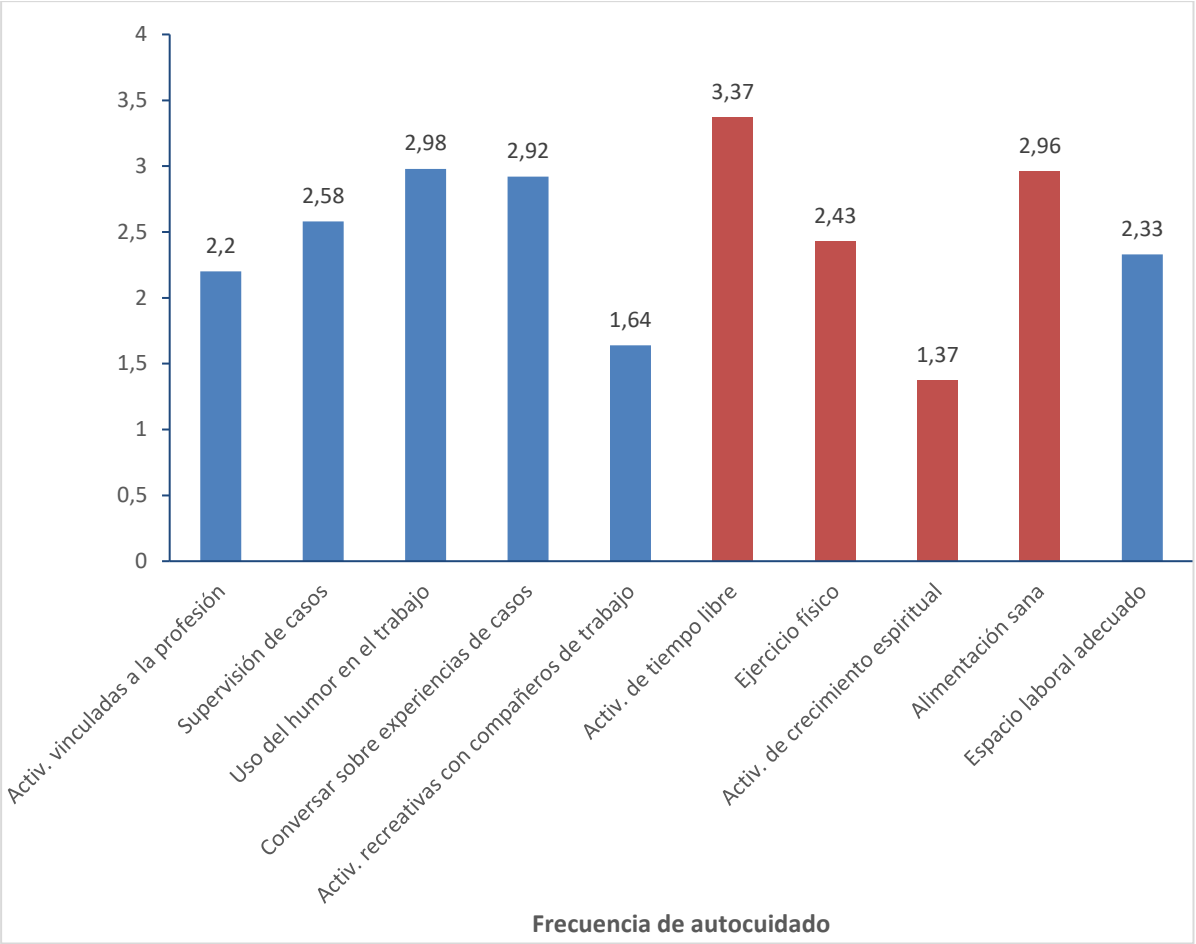

Figura 39: Frecuencias medias de conductas de autocuidado personal y profesional

Tabla 52 *Niveles de autocuidado según colectivo*		
N = 270	**M**	**DT**
Servicios Sociales Comunitarios	24,83	4,176
Inclusión Social y jurídico	24,84	4,997
Salud y Salud Mental	23,28	4,707
Menor, familia y mujer	26,68	4,234
Discapacidad y dependencia	24,79	4,186
Total	24,79	4,392

Las trabajadoras sociales (el 100% son mujeres) que trabajan con "Menores, Familia y Mujer" tienen mayor tendencia al autocuidado (M=26.68, DT= 4.42) que los/as trabajadores/as que ejercen su profesión en otros colectivos [$F(4,265)=2.50, p<0.05$].

5.4.2 ANÁLISIS ENTRE LOS MECANISMOS DE AUTOCUIDADO, LOS NIVELES DE DESGASTE POR EMPATÍA Y SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN (objetivo específico 3.2)

En las tablas 53 y 54 se observa que existen correlaciones significativas entre el DpE, la SC y el nivel de autocuidado de los/as trabajadores/as sociales participantes. Para un nivel α=0.01 se obtiene una correlación negativa débil [r (268)= -0.16, p<.01] entre el nivel de autocuidado y DpE. Se confirma que al aumentar los niveles de autocuidado, los niveles de DpE se pueden ver reducidos.

Tabla 53
Correlaciones entre autocuidado y DpE

N = 270		Autocuidado	DpE
Autocuidado	Correlación de Pearson	1	-,159**
	Sig. (bilateral)		,009
	N	270	270
DpE	Correlación de Pearson	-,159**	1
	Sig. (bilateral)	,009	
	N	270	270

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tal y como se observa en la tabla 54, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa entre los niveles de autocuidado y la SC [r (268)= 0.28, p<.01]. Se confirma que aumentar las prácticas de autocuidado aumenta la SC.

Tabla 54
Correlaciones entre autocuidado y SC

N= 270		Autocuidado	SC
Autocuidado	Coeficiente de correlación	1	,287**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	270	270
SC	Coeficiente de correlación	,287**	1
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	270	270

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

5.4.3 ANÁLISIS ENTRE LOS NIVELES DE AUTOCUIDADO Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (objetivo específico 3.3)

Tabla 55
Relaciones entre autocuidado y los datos sociodemográficos

Variable	Categoría	Autocuidado		
		M	DT	P
Sexo	Hombre	23,86	4,503	0,238[t]
	Mujer	24,89	4,376	
Edad	20-29	26,09	5,520	**0,001[A]**
	30-39	24,00	4,176	
	40-49	24,45	4,582	
	50-59	26,44	3,359	
	Más de 60	21,29	3,684	
Estado civil	Soltero/a	25,04	4,804	0,820[A]
	Pareja de hecho	24,50	3,991	
	Divorciado/a o Viudo/a	24,70	4,733	
Número de hijos/a	0	25,14	4,683	0,517[A]
	1	24,39	4,232	
	2	24,39	4,140	
	3 o más	25,58	3,288	

SC: Satisfacción por Compasión / DpE: Desgaste por Empatía/ P: Valor / M: media / DT: desviación típica/ [A:]Anova / [t:] t-Student

En la tabla 55 se puede observar relaciones significativas entre la edad y las prácticas de autocuidado [F(4,265)=4.806, p<0.1]. Los resultados revelan que las edades comprendidas entre 30-50 años son las que menos prácticas de autocuidado llevan a cabo, mientras que las edades inferiores o mayores incrementan sus prácticas. Al realizar una tabla de contingencia entre la edad y el número de hijos se obtiene resultados significativos [X^2(1,N=265)=49.44,p<.001]. En toda la muestra analizada solamente hay una persona con menos de 30 años que tenga hijos. De los resultados se concluye que las prácticas de autocuidado se ven reducidas entre los 30-40 años y vuelven a aumentar a partir de los 50, es decir, en la etapa de crianza de los hijos las prácticas de autocuidado disminuyen significativamente.

No se observan relaciones significativas entre el número de hijos, el estado civil o el sexo y las prácticas de autocuidado. Aun así, puede observarse que las mujeres (M=24.89, DT=4.37) tienen niveles medios de autocuidado superiores a los hombres (M=23.86, DT=4.50).

5.5 OBJETIVO 4: DIMENSIONES DE LA EMPATÍA

En la escala de reactividad interpersonal (IRI) las puntuaciones máximas alcanzables serían de 35 por cada una de las dimensiones (Toma de Perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Malestar Personal). En el caso de la Empatía total la puntuación máxima ascendería a 140.

Los valores medios de Toma de Perspectiva son de 27.04 (DT=3.686), mientras que los de Fantasía son 22.74 (DT= 5.1). En el caso de las dimensiones emocionales, el Malestar Personal tiene una media del 26.31 (DT= 3.672) mientras que la Preocupación Empática tiene un valor medio de 16.77 (DT= 4.711). La puntuación total de la Empatía tiene una media de 92.87 (DT=11.291).

Tabla 56
Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la Empatía

N = 270	Mínimo	Máximo	M	DT
Toma de perspectiva	17	35	27,04	3,686
Fantasía	11	35	22,74	5,121
Malestar personal	17	35	26,31	3,672
Preocupación empática	7	31	16,77	4,711
Empatía Total	56	126	92,87	11,291

5.5.1 ANÁLISIS DE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA EMPATÍA Y LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN Y DESGASTE POR EMPATÍA (objetivo específico 4.1)

Se observan relaciones positivas entre los niveles de SC y la Toma de Perspectiva [r(268)=0.24,p<.01)] indicando que a mayor satisfacción mayor Toma de Perspectiva y viceversa. Se destaca una relación negativa [r(268) = -0.20,p<.01] entre la SC y la Preocupación Empática confirmando que frente a mayores niveles de Preocupación Empática la SC disminuye.

En cuanto al DpE observamos correlaciones positivas con la Empatía [r(268)=0.42,p<.01)]. Se confirma la hipótesis de que mayores niveles de DpE se asocian a mayores niveles de Empatía, confirmando que las personas más empáticas son las más propensas a sufrir desgaste. También se observan correlaciones positivas entre el DpE y la Fantasía [r (268)=0.29, p<.01], el Malestar Personal [r (268)=0.33,p<.01] y la Preocupación Empática [r (268)=0.41,p<.01]. Al aumentar estas tres dimensiones de la Empatía también lo hace la DpE.

Respecto a las relaciones existentes entre las propias dimensiones de la Empatía puede confirmarse una alta correlación entre todas las dimensiones con los niveles totales de Empatía: Toma de Perspectiva [r(268)=0.48,p<.01], Fantasía [r(268)=0.77,p<.01], Malestar Personal [r(268)=0.76,p<.01] y Preocupación Empática [r(268)=0.41,p<.01]. De entre todas las pruebas realizadas, se destaca la relación positiva y fuerte entre los niveles de Fantasía y el Malestar Personal [r (268)=0.47,p<.01] lo que indica que los/as profesionales con mayor imaginación para situarse dentro de historias ajenas son los/as que tienen mayor tendencia al malestar.

Tabla 57
Correlaciones entre la SC, DpE *y las dimensiones de la empatía*

N = 270		SC	DpE	TP	F	MP	PE	Emp
SC	r / r_s	1,000	-,243^{**s}	,245^{**s}	,045^{s}	,022^{s}	-,200^{**s}	,031^{s}
	Sig.		,000	,000	,457	,721	,001	,616
	N	270	270	270	270	270	270	270
DpE	r / r_s	-,243$^{** s}$	1	-,060^{p}	,291^{**p}	,334^{**p}	,411^{**p}	,425^{**p}
	Sig.	,000		,323	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
TP	r / r_s	,245^{**s}	-,060^{p}	1,000	,227^{**p}	,312^{**p}	-,102^{p}	,489^{**p}
	Sig.	,000	,323	.	,000	,000	,095	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
F	r / r_s	,045^{s}	,291^{**p}	,227^{**p}	1	,476^{**p}	,226^{**p}	,777^{**p}
	Sig.	,457	,000	,000		,000	,000	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
MP	r / r_s	,022^{s}	,334^{**p}	,312^{**p}	,476^{**p}	1	,280^{**p}	,760^{**p}
	Sig.	,721	,000	,000	,000		,000	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
PE	r / r_s	-,200^{**s}	,411^{**p}	-,102^{p}	,226^{**p}	,280^{**p}	1,000	,411^{**p}
	Sig.	,001	,000	,095	,000	,000	.	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
Emp	r / r_s	,031^{s}	,425^{**p}	,489^{**p}	,777^{**p}	,760^{**p}	,411^{**p}	1
	Sig.	,616	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	270	270	270	270	270	270	270

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

SC: Satisfacción por Compasión / DpE: Desgaste por Empatía/ TP: Toma de Perspectiva/ r: Correlación de Pearson / r_s : Spearman / Sig: Significación bilaterial / PE: Preocupación Empática / MP: Malestar Personal / TP: Toma de Perspectiva / V: Vulnerabilidad / F: Fantasía / Emp: Empatía total / ^{s} : Spearman / ^{p}: Pearson

5.5.2 ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA EMPATÍA Y LOS NIVELES DE INVOLUCRACIÓN PROFESIONAL, CUIDADO PERSONAL Y VULNERABILIDAD (objetivo específico 4.2)

En la tabla 58, se correlacionan las dimensiones de la Empatía (Toma de Perspectiva, Malestar Personal, Fantasía y Preocupación Empática) con las Dimensiones de Vulnerabilidad, recursos de Cuidado Personal e Implicación Profesional. En ella se pueden observar:

- Una correlación positiva grande entre los niveles de Vulnerabilidad y los niveles de Implicación Profesional, lo que significa que a mayores niveles de Vulnerabilidad mayores niveles de Implicación Profesional [r (268) = 0.48, p<.01]. Según indican los

resultados existe correlación positiva entre los niveles de Vulnerabilidad y la Fantasía [r (268) = 0.22, p<.01], el Malestar Personal [r (268) = 0.32, p<.01], la Preocupación Empática [r (268) = 0.37, p<.01] y la Empatía total [r (268) = 0.36, p<.01]. Se puede concluir que las personas más empáticas tienen más riesgo a ser Vulnerables ante los efectos del DpE.

- En el caso de la Implicación Profesional se observan correlaciones positivas con la Fantasía [r (268) = 0.17, p<.01], la Preocupación Empática [r (268) = 0.40, p<.01] y la Empatía total [r (268) = 0.22, p<.01], por lo que al aumentar esta dimensión también lo hacen las otras. Además se observa un correlación negativa pequeña entre los niveles de Involucración Profesional y la Toma de Perspectiva [r (268) = -0.20, p<.01].
- En cuanto a los recursos de Cuidado Personal se pueden concluir que la falta de recursos para el autocuidado (niveles altos de autocuidado) relaciones positivas con respecto a los niveles de Preocupación Empática [r (268) = 0.21, p<.01].

Tabla 58
Correlaciones entre las dimensiones de la Empatía, la Vulnerabilidad, Cuidado Personal y la Involucración Profesional

N=270		V	IP	TP	F	MP	PE	EMP
V	r	1	,485**	-,017	,228**	,329**	,374**	,361**
	Sig.		,000	,784	,000	,000	,000	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
IP	r	,485**	1	-,205**	,177**	,120*	,402**	,220**
	Sig.	,000		,001	,004	,050	,000	,000
	N	270	270	270	270	270	270	270
CP	r	,370**	,344**	,049	,123*	,143*	,218**	,209**
	Sig.	,000	,000	,423	,044	,019	,000	,001
	N	270	270	270	270	270	270	270

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

r: Correalción de Pearson / Sig: Significación bilaterial / IP: Involucración Profesional / PE: Preocupación Empática / MP: Malestar Personal / TP: Toma de Perspectiva / V: Vulnerabilidad / F: Fantasía / Emp: Empatía total /CP: Cuidado Personal

5.5.3 ANÁLISIS DE RELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA EMPATÍA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (objetivo específico 4.3)

Tabla 59
Relaciones entre las dimensiones de la Empatía con las variables sociodemográficos de la muestra

Variable	Categoría	EMPATÍA		
		M	DT	P
Sexo	Hombre	90,32	11,804	0,208[t]
	Mujer	93,16	11,218	
Edad	20-29	12,970	9,970	**0,01**[A]
	30-39	11,659	11,659	
	40-49	11,783	11,783	
	50-59	9,662	9,662	
	Más de 60	8,261	8,261	
Número de hijos/a	1	92,86	11,933	0,754[A]
	2	91,72	12,025	
	3	93,45	10,312	
	Más de 3	94,83	8,789	

SC: Satisfacción por Compasión / DpE: Desgaste por Empatía/ P: Valor / M: media / DT: desviación típica/ [A:]Anova / [t:] t-Student asumiendo igualdad de varianzas por la prueba de Levene

Las medias obtenidas en la tabla 59, indican que existe una tendencia en la cual las mujeres puntúan niveles más altos de Empatía que los hombres. Esta tendencia concuerda con la mayoría de los estudios realizados entre Empatía y sexo. Aun así, en la prueba T-Student no se observan diferencias estadísticamente significativas en el patrón de respuesta [t(268)=-1.26,p>.001].

Según los resultados obtenidos, el número de hijos no influye en el nivel de Empatía [F(3,261)=0.39,p>.01]. Contrariamente, sí se observan diferencias estadísticamente significativas en el caso de la edad [F(4,265) = 3.34, p<.05]. Las pruebas post-hoc revelan que a mayor edad menor nivel de Empatía. En el gráfico 40, se observa la tendencia decreciente de la edad con los niveles de Empatía.

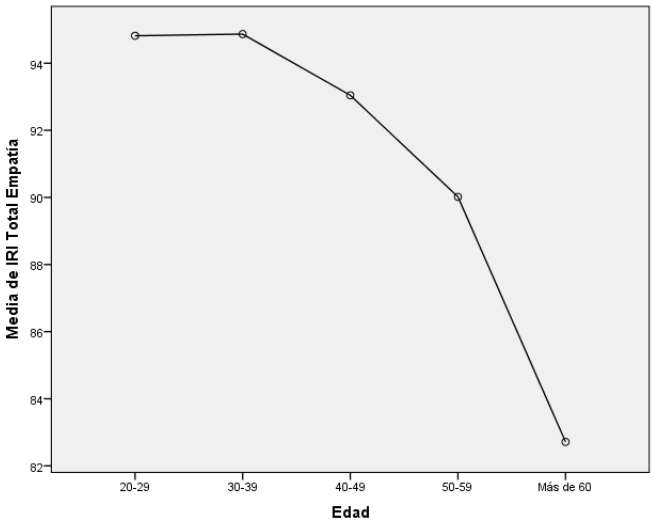

Figura 40: Gráfico de la Empatía según edad

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el patrón de respuesta analizados entre los colectivos de trabajadores/as sociales y el nivel de Empatía [$F(4,265)=0.40, p>.05$]. Aun así, analizando las medias se observa que los colectivos que trabajan con "Menores, Familia y Mujer" son los que puntúan niveles de Empatía totales más bajos. Si analizamos los resultados por dimensiones observamos que el nivel de Preocupación Empática del colectivo de menores y familia es más bajo que el de otros colectivos y, en consecuencia, su nivel de malestar también disminuye.

Tabla 60

Estadísticos descriptivos entre colectivos y dimensiones de la Empatía

		N	M	DT
Empatía	Servicios Sociales Comunitarios	103	92,20	11,244
	Inclusión Social y Jurídico	25	95,40	12,234
	Salud y Salud Mental	39	91,97	11,373
	Menor, Familia y Mujer	28	90,64	10,881
	Disc. Dep. y Personas Mayores	75	94,23	11,136
	Total	270	92,87	11,291
Toma de Perspectiva	Servicios Sociales Comunitarios	103	26,62	3,921
	Inclusión Social y Jurídico	25	27,88	3,321
	Salud y Salud Mental	39	26,10	3,754
	Menor, Familia y Mujer	28	27,50	4,105
	Disc. Dep. y Personas Mayores	75	27,67	3,134
	Total	270	27,04	3,686
Fantasía	Servicios Sociales Comunitarios	103	22,61	5,061
	Inclusión Social y Jurídico	25	23,88	4,969
	Salud y Salud Mental	39	21,97	5,441
	Menor, Familia y Mujer	28	22,68	5,565
	Disc. Dep. y Personas Mayores	75	22,96	4,969
	Total	270	22,74	5,121
Malestar Personal	Servicios Sociales Comunitarios	103	26,17	3,782
	Inclusión Social y Jurídico	25	26,84	3,965
	Salud y Salud Mental	39	26,74	3,385
	Menor, Familia y Mujer	28	25,46	3,085
	Disc. Dep. y Personas Mayores	75	26,43	3,785
	Total	270	26,31	3,672
Preocupación Empática	Servicios Sociales Comunitarios	103	16,80	4,396
	Inclusión Social y Jurídico	25	16,80	5,156
	Salud y Salud Mental	39	17,15	4,545
	Menor, Familia y Mujer	28	15,00	4,899
	Disc. Dep. y Personas Mayores	75	17,17	4,963
	Total	270	16,77	4,711

Disc: Discapacidad / Dep:Dependencia

5.6 OBJETIVO 5: VARIABLES PREDICTORAS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

El mejor modelo, el cual se presenta a continuación, obtiene una R^2 = 0.634 [F(2,662)=75.759,p≤0,0] lo que significa que la variable dependiente (DpE) se encuentra explicada en un 63.4% por las variables independientes. Se observa que las variables sobre la "pérdida de sueño ante las experiencias traumáticas de los clientes", "sentirse atrapado en el trabajo", "considerarse una persona demasiado sensible", "la Preocupación Empática", el "Recursos para el Cuidado Personal" y la "Vulnerabilidad" puntúan niveles de significatividad inferiores a 0.05 y mayores valores t. Observamos un Durbin-Watson de 2.035, valor próximo a 2, por lo que podemos determinar que los residuos no se encuentran correlacionados significativamente y que los valores en cada variable para cada individuo no están influenciados por las puntuaciones en las otras variables del modelo (hay independencia entre los residuos del modelo). Respecto al supuesto de colinealidad, observamos en la tabla 63 que el valor de FIV oscila entre 0.1097 y 1.456 y, al ser valores cercanos a 1, se determina que no hay multicolinealidad. Si ponemos la atención en la tolerancia observamos niveles cercanos a 1, lo que significa que la variable no está relacionada con las independientes que ya han entrado en el modelo.

Tabla 61
Resumen del modelo

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. De la estimación	Durbin-Watson
0,796[a]	0,634	0,626	3,721	2,035

Las variables predictoras son: Vulnerabilidad; Soy una persona demasiado sensible; Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado o ayudo; Preocupación empática; Cuidado Personal; Me siento "atrapado/a" por mi trabajo.

Tabla 62
ANOVA del Modelo

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	6292,886	6	1048,814	75,759	0,000[b]
Residual	3627,136	262	13,844		
Total	9920,022	268			

a. Variable dependiente: Desgaste por Empatía
b. Variables predictoras: (Constante), Vulnerabilidad, Soy una persona demasiado sensible, Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado o ayudo, Preocupación empática, Cuidado Personal, Me siento "atrapado/a" por mi trabajo.

Tabla 63
Coeficientes[a] del Modelo

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Intervalo de confianza de 95,0% para B		t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	L. inf	L. sup			Toler.	FIV
(Constante)	3,967	1,409	1,193	6,742	2,815	0,005		
Pierdo el sueño	2,011	0,256	1,287	2,206	7,866	0,000	0,744	1,34
Me siento "atrapado/a" por mi trabajo.	1,747	0,233	1,508	2,515	7,485	0,000	0,760	1,31
Soy una persona demasiado sensible	-0,702	0,205	-1,105	-,299	-3,43	0,001	0,912	1,09
Preocupación empática	0,215	0,054	,126	,513	4,010	0,000	0,821	1,21
Cuidado Personal	0,154	0,063	,030	,279	2,436	0,016	0,776	1,28
Vulnerabilidad	0,319	0,098	,109	,320	3,247	0,001	0,687	1,45

a. Variable dependiente: Desgaste por Empatía

En los gráficos se puede observar el contraste de la normalidad de los residuales. Ambos resultados indican el buen ajuste del modelo.

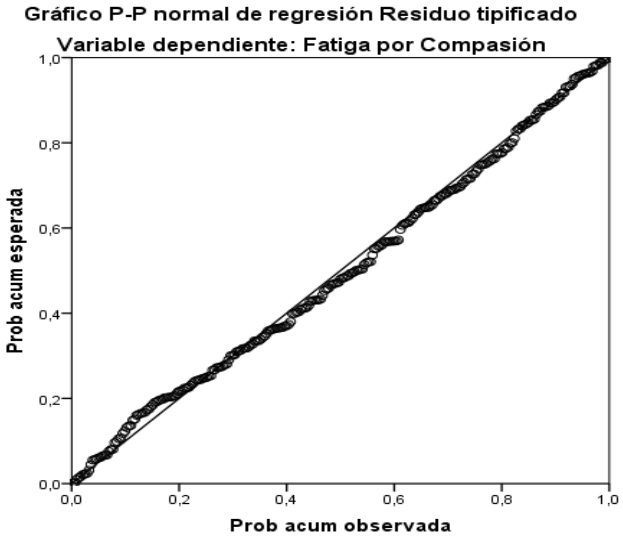

Figura 41 : Gráfico de regresión

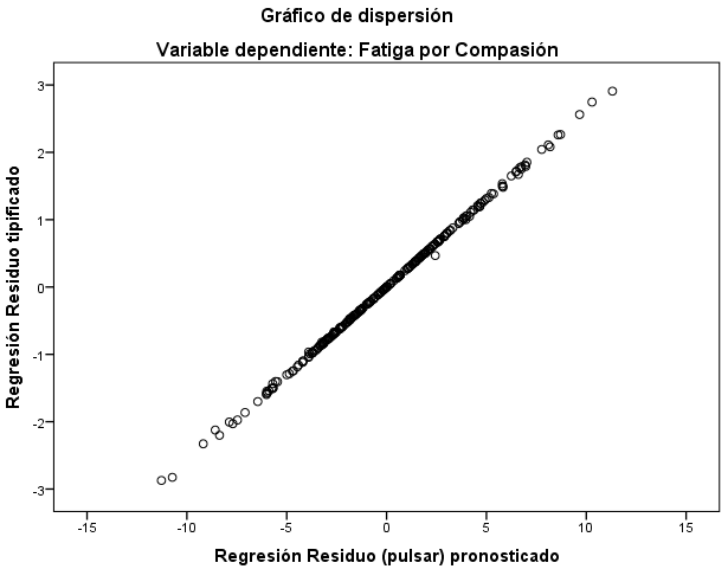

Figura 42: Gráfico de dispersión del modelo

De los resultados de este modelo podemos concluir que:

- El nivel de DpE varía en 3.967 por cada unidad que aumenta la variable "Perder el sueño por las experiencias traumáticas de las personas que ayudo" (M= 1.63, DT=1.032). Los/as trabajadores/as sociales que pierden el sueño por las experiencias traumáticas de sus clientes tienen mayor riesgo a sufrir DpE.

- El nivel de DpE varía 1.747 por cada unidad que aumenta la variable "Sentirse atrapado en el trabajo". Esta variable está relacionada con el Burnout por lo que es congruente con los resultados de otros estudios, los cuales confirman que a mayor DpE mayor Burnout. En esta pregunta la media de los/as trabajadores/as sociales puntúa 1.46 (DT= 1.116) lo que significa niveles bajos ("raramente" o "algunas veces") en esta dimensión. Se entiende que los/as trabajadores/as sociales que se sienten más atrapados en el trabajo son los que tienen mayores niveles de DpE y viceversa.

- Un resultado sorprendente es la relación entre los niveles de DpE y la pregunta sobre la percepción de la propia sensibilidad. Como se puede observar en la tabla 63 se trata de una variable inversa por lo que se decidió hacer pruebas posteriores para comprender mejor el comportamiento de esta variable. En la tabla 64, se puede observar como las personas que se consideran más sensibles son las que tienen menores niveles de Empatía y por ende tienen valores más bajos de Malestar Personal y Preocupación Empática. En este caso la relación es inversa por lo que los/as trabajadores/as sociales que se consideran más sensibles son los que tienen puntuaciones más bajas de DpE. Por cada grado que aumenta la variable dependiente (DpE) la variable sobre la percepción de la sensibilidad personal disminuye 0.702.

Tabla 64

Correlaciones entre "soy una persona demasiado sensible" y otras variables

N=269		**DpE**	**IP**	**V**	**TP**	**F**	**MP**	**PE**	**EMP**
Soy una persona demasiado sensible.	r	-,310**	-,199**	-,253**	-,138*	-,243**	-,356**	-,222**	-,367**
	Sig	,000	,001	,000	,024	,000	,000	,000	,000
	N	269	269	269	269	269	269	269	269

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

R: Correlación de Pearson / Sig: Significación bilateral / DpE: Desgaste po Empatía / IP: involucración profesional / V: Vulnerabilidad / F: Fantasía / MP: Malestar Personal / PE: Preocupación Empática / Emp : empatía total

- En cuarto lugar se encuentra la "Preocupación Empática". Esta es una dimensión que forma parte del constructo de la Empatía. Esta dimensión puede obtener resultados que oscilan entre 5 y 35. Al analizar los resultados vemos que los niveles medios están en torno a 16.73 (DT= 4.07). A primera vista pueden parecer niveles medios, pero si los comparamos con las otras medias de las dimensiones de la Empatía (Toma de perspectiva: M= 27.04, DT= 6.686; Malestar personal: M=26.1, DT= 6.672 y Fantasía: M=22.74, DT=5.121) observamos que es la dimensión con resultados más bajos. Si los

comparamos con otros estudios realizados (Alecsiuk, 2015; Castillo, 2016a; Thomas, 2013) sorprende que esta dimensión tenga resultados tan bajos en el caso de los/as trabajadores/as sociales. En el apartado de discusiones se razonará la posible explicación a que los niveles de Preocupación Empática en los/as trabajadores/as sociales sean más bajos que la media de otros estudios. El DpE varía 0.215 por cada unidad que aumenta la variable de preocupación empática.

- Los recursos de Cuidado Personal es otra variable predictora de la DpE. El DpE varía 0.154 por cada grado que aumenta la variable de Cuidado Personal. Cabe recordar que concretamente en el instrumento IDE el "Cuidado Personal" se refiere al conjunto de variables relacionadas con la salud, la toma de medicación y el sueño. Aun pareciendo contradictorio por la terminología, según los autores (Maín et al., 2009) esta dimensión se evalúa de la siguiente manera: mayores niveles de "cuidado personal" significan mayor riesgo. La media de esta dimensión puede oscilar entre 0-30, y la media obtenida es de 10.26 (DT= 4.07). Estos resultados indican que las personas con menos recursos para el Cuidado Personal son las más propensas a sufrir DpE.

- La última variable que explica el modelo es la de Vulnerabilidad. Cómo más vulnerable sea el/la trabajador/a social mayor riesgo de sufrir DpE. Observamos que la variable dependiente varía 0.319 por cada unidad que aumenta la vulnerabilidad.

TERCERA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

6.1 DISCUSIÓN

6.1.1 DATOS PERSONALES Y LABORALES DE LA MUESTRA

El análisis de los resultados revela que se trata de una muestra formada mayoritariamente por mujeres de entre treinta a cincuenta años edad y que viven en pareja. Estos resultados no son insólitos, pues el Trabajo Social es una profesión feminizada desde sus inicios. Tal y como afirma Banda (2009), el Trabajo Social desde su nacimiento es una profesionalización de las actividades de apoyo, cuidado y ayuda en la que el género ha condicionado y condiciona su funcionamiento, su desarrollo y su presencia social.

Al ser una muestra de edad intermedia (de 30-50) se observa que los/as trabajadores/as sociales mayoritariamente conviven con pareja e hijos/as o únicamente con pareja. En menor proporción se encuentran las familias monoparentales y únicamente y un porcentaje inferior al 5% reside en el domicilio con sus progenitores. Más de la mitad de los/as trabajadores/as sociales encuestados tiene uno o dos hijos/as.

En general los/las trabajadores/as sociales manifiestan no tener otras personas a cargo en el domicilio familiar, además de sus hijos/as. El 6.4% sí las tiene, mientras que el 8.3 % las tiene de forma intermitente. Siendo una población mayoritariamente joven y con hijos/as a cargo se puede interpretar que los padres, madres, suegro/as de los/las trabajadores/as sociales son aún jóvenes y pueden residir de forma independiente. También, los/as trabajadores/as sociales son profesionales que dominan el tema de las prestaciones y ayudas sociales por lo que seguramente estarán informados sobre las distintas ayudas para favorecer la autonomía de sus mayores.

En cuanto a la experiencia laboral se puede observar que se trata de una muestra con alta experiencia y que lleva tiempo ejerciendo en su puesto de trabajo en la categoría de trabajador/a social. Los recién graduados sólo representan un 1.5% de la muestra encuestada. El 76.3% finalizó sus estudios hace más de diez años y el 62.4% tiene más de diez años de experiencia en la profesión. La tasa de rotación laboral es baja, ya que el 69.3% lleva más de cinco años ejerciendo en su puesto de trabajo, frente al 4.8% que lleva menos de seis meses.

Los/as trabajadores/as sociales encuestados, mayoritariamente, tienen contratos de jornada completa que puede oscilar entre las 32 y las 36 horas semanales aproximadamente. En esta pregunta se introdujo el concepto "jornada laboral real" para conocer si los/as profesionales sobrepasaban las horas de trabajo estipuladas por el contrato. El 3.3% sobrepasaba las horas de contrato permitidas, con una media de 10 horas mensuales.

Todos/as los/as participantes encuestados ejercen como trabajadores/as sociales de casos, atendiendo de forma directa a clientes y familiares con sus diversas problemáticas. La valoración general indica que los/as trabajadores/as sociales encuestados tienen alto volumen de casos, ya que aproximadamente la mitad de la muestra total tiene a cargo más de 50 casos al mes entre nuevas altas y seguimientos. El colectivo con mayor carga de trabajo son los/as profesionales que ejercen en el área de "Servicios Sociales Comunitarios".

Los/as trabajadores/as sociales que trabajan con el colectivo de "Infancia, Familia y Mujer" son los que refieren mayor número de casos con carga emocional elevada a su cargo. Según describe este colectivo, el 70.54% de los casos con los que trabajan conllevan un nivel de carga emocional elevado. El colectivo de trabajadores/as sociales que ejercen en "Servicios Sociales Comunitarios" -en comparación con el resto de profesionales- es el que manifiesta tener menor número de casos de carga emocional elevada, aun así indican que un 43.46% de los casos que atienden son de carga emocional elevada. El área de "Salud y Salud Mental" es el segundo colectivo con mayor número de casos con carga emocional elevada, seguido del área

de “Inclusión Social y Jurídica” y del de “Discapacidad, Personas Mayores y Dependencia”. En general la media oscila entre un 70.54% y un 43.46%, por lo que se puede concluir que los/as trabajadores/as sociales que trabajan de forma directa se enfrentan diariamente a casos emocionalmente cargantes.

Se preguntó a los/as profesionales cómo distribuían la jornada laboral y se observó que los/as trabajadores/as sociales mayoritariamente invertían el tiempo en la realización de prácticas de intervención directa con las personas y familias que atienden. Las prácticas de intervención directa se conocen comúnmente como entrevistas o sesiones cara a cara. Así, el 61.28% del tiempo de los/as trabajadores/as sociales se invierte en la realización de entrevistas frente al 26.47% que se dedica a gestión de tareas administrativas, gestión o coordinación de programas u otras actividades. Aun siendo un colectivo seleccionado por ejercer como trabajadores sociales de casos, los datos indican que estos profesionales dedican un 4.6% de la jornada laboral a actividades grupales y un 3.96% al desarrollo de proyectos comunitarios.

Los contextos de intervención informativos, asistenciales y los de asesoramiento relacional son lo que tienen mayor presencia en las jornadas laborales de los/as trabajadores/as sociales. Aun tratándose de contextos de intervención diferentes, todos ellos requieren de la creación de una relación significativa entre el profesional y la persona (Cardona, 2012). Proporcionalmente, los contextos de intervención como el de control, el formativo, el evaluativo, el de mediación o el clínico, están menos presentes en las intervenciones de los/as profesionales de la isla. El informe ISSE (Consejo General del Trabajo Social, 2014) indica que, en 2013, el 55% de las demandas a nivel español se realizaron dentro de los contextos de intervención “formación y orientación”.

En la profesión del Trabajo Social es complicado hacer clasificaciones por colectivos debido a la gran variedad de casos y diversidad de personas y temáticas con las que trabajan. Aun así, a lo largo del estudio se han realizado dos tipos de clasificaciones distintas. La primera,

es la realizada por la propia investigadora, la cual organizó la muestra en cinco colectivos diferentes: Servicios Sociales Comunitarios; Salud y Salud Mental; Personas Mayores, Discapacidad y Dependencia; Infancia, Familia y Mujer e Inclusión Social y Ámbito Jurídico. Esta clasificación se realizó según la naturaleza del servicio en el cual ejercen los/as trabajadores/as sociales, aun siendo conscientes de que un profesional de Servicios Sociales Comunitarios puede trabajar con el colectivo de mujer, infancia o inmigración. Para comprender mejor el tipo de colectivos con los que trabajan mayoritariamente dichos profesionales se realizó una pregunta de respuesta múltiple en la cual podían señalar el tipo de casos que atendían con mayor frecuencia. Los resultados indican que los/as profesionales trabajan mayoritariamente con infancia y familia, discapacidad, dependencia y personas mayores. Estos resultados siguen la misma línea que los resultados obtenido en el informe ISSE (Consejo General del Trabajo Social, 2014) donde indicaban que la mayor parte de las demandas se realizan en el área de autonomía personal e intervención y apoyo familiar. Las demandas relacionadas con estos colectivos son las más frecuentes en los Centros de Servicios Sociales públicos y privados de la isla. La población adulta, con un 41.3% de representatividad, parece ser el colectivo más atendido por los/as trabajadores/as sociales.

Aunque mayoritariamente los profesionales encuestados trabajan en entidades de carácter público, en la muestra hay una cierta representatividad de empresas privadas o entidades sin ánimo de lucro. La presencia de estas entidades de carácter privado apoya la labor pública de las entidades como los ayuntamientos, Consell Insular o Govern de les Illes Balears. En muchos casos, los servicios privados reciben fondos públicos para llevar a cabo proyectos específicos. Según los resultados, la mayor parte de las entidades de titularidad privada dedican su atención al colectivo de personas mayores y discapacidad. En los resultados publicados en la última memoria del Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS, 2017) se puede observar que en 2017 se destinaron un total de 2.966.672,60 euros a entidades sociales. Entre las entidades

receptoras de dichas subvenciones, el 43% del importe se dedica al área de discapacidad, el 29% a inclusión social, el 19% a dependencia y el 9% a familia y menores. En la misma línea que los resultados obtenidos, el primer informe ISEE (Consejo General del Trabajo Social, 2014) evidencia que el 86.8 % de los Centros de Servicios Sociales españoles son de titularidad pública, mientras que el 9.6 % son de titularidad privada y el 3.4% son de titularidad pública con gestión privada .

Al preguntar a los profesionales sobre el tipo de apoyo recibido por parte de sus entidades manifiestan que el apoyo más extendido es la formación interna aunque ello no significa que sea formación específica de Trabajo Social. Únicamente el 12.6% de la muestra indica disponer de espacios de supervisión de casos en sus centros de trabajo. La supervisión, teóricamente clasificada como importante en las profesiones de atención directa (Rodríguez-Vega y Fernández-Liria, 2014), tiene poca representatividad en los centros de Servicios Sociales públicos y privados de la isla.

Los resultados indican que las entidades de carácter privado ofrecen mayor número de horas de formación a sus profesionales. Solicitando información sobre los estudios complementarios al diplomado o graduado en Trabajo Social, se observa que los profesionales tienden a realizar mayoritariamente cursos de menos de treinta horas, que podrían asociarse con la formación interna del trabajo o los cursos organizados por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de las Illes Balears. Según los resultados, hay una baja tendencia a la formación superior (máster, post-grado o especialista universitario) por parte de los profesionales de la isla. Los bajos niveles formativos pueden deberse al limitado catálogo formativo en el marco del Trabajo Social que se ofrece en la isla. Actualmente, la Universitat de les Illes Balears no dispone de un Máster, Postgrado o Doctorado específico en materia de Trabajo Social. Por las condiciones geográficas de las islas, realizar algún tipo de formación específica supone salir de la isla u optar por formación on-line.

Al preguntar por la tendencia de autocuidado ante situaciones de sobrecarga emocional, el 40% manifiesta hacerlo de forma frecuente. En general los datos indican una cierta tendencia a las prácticas de autocuidado frente a la detección de situaciones laborales emocionalmente cargantes. Esta pregunta está relacionada indirectamente con el nivel de conciencia sobre los límites personales y el estrés emocional. Aunque aparentemente pueda parecer que hay hábito sobre el autocuidado, tendría que analizarse en qué momento se realizan estas medidas de cuidado. Tal vez, los profesionales puedan ejercer este tipo de prácticas en el momento en que su nivel de saturación es elevado y no como práctica recurrente y preventiva.

6.1.2 PREVALENCIA DEL DESGASTE POR EMPATÍA Y SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN

Al categorizar los resultados del DpE según los puntos de corte propuestos por la autora (Stamm, 2005b) se han observado niveles mayoritariamente medios y altos de DpE. Según el manual de uso del ProQOL IV, los/as profesionales que han obtenido puntuaciones superiores a 17 deberían tomarse un tiempo para reflexionar sobre las consecuencias del trabajo en su vida. Como se observa en la figura 32, el 32.6% de los/as trabajadores/as sociales se encuentran sobre esta puntuación, lo que supondría aproximadamente un tercio de los profesionales encuestados. Así, según los resultados**,** aproximadamente el 33% de los/as trabajadores/as sociales de casos de la isla están en situación de riesgo alto, y por tanto están experimentando consecuencias asociadas al DpE.

Las características del DpE lo describen como un síndrome abrupto, de rápida aparición y sin señales previas (Acinas, 2012; Figley, 1995; Forster, 2009). Por lo tanto, profesionales que en el momento de la encuesta no estaban en riesgo, sí lo podrían estar a día de hoy. Las

características del DpE implican un seguimiento continuo y la aplicación de una serie de medidas preventivas que eviten su aparición.

Los niveles de SC encontrados en la muestra son mayoritariamente medios-altos, lo que significa que los profesionales están satisfechos con poder ayudar a las personas a través de su labor profesional. Los resultados hallados van en la misma línea que otras investigaciones realizadas en Mallorca, donde aun siendo estudios cualitativos, revelan que los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de la isla tienen altos niveles de satisfacción (Mestre-Miquel, 2015). Al correlacionar los niveles de SC con los niveles de DpE se obtuvo una correlación negativa significativa, lo que indica que la variable SC actúa como amortiguador de la prevalencia del DpE. Estos mismos resultados son observados en la mayoría de estudios realizados con el Instrumento ProQOL (Butler et al., 2017; Hunsaker et al., 2015; Ray et al., 2013) donde la SC tiene una tendencia opuesta al DpE. Según indica Stamm, (2005c) los/as profesionales que obtienen puntuaciones menores a 33 deberían dedicar un tiempo a valorar el motivo por el cual su profesión no les genera satisfacción y ver qué consecuencias tiene sobre sus vidas personales y profesionales. En la presente investigación solamente el 18.9% de toda la muestra se sitúa en niveles inferiores a este valor.

La variable "riesgo de sufrir Burnout", se sitúa mayoritariamente en niveles medios (62.2%) y altos (24.8%), dejando únicamente al 13% de la muestra en riesgos bajos. Como se indica en las tablas de resultados del capítulo anterior, los/as trabajadores/as sociales encuestados están ligeramente por encima los resultados medios del instrumento ProQOL IV en cuanto a esta dimensión. Según las indicaciones de la autora, los/as trabajadores/as sociales que han obtenido puntuaciones superiores a 27 deberían tomarse un tiempo para reflexionar sobre el motivo que les lleva a obtener puntuaciones altas y valorar qué medidas se pueden tomar al respecto. Al igual que en otras investigaciones (Butler et al., 2017; Sansó, 2015), los nivel de Burnout y los niveles de DpE se correlacionan positivamente. De los resultados se

concluye que mayores niveles de Burnout se asocian con mayores niveles de DpE. También se ha encontrado una correlación negativa entre los resultados de Burnout y los de SC, por lo que los niveles altos de SC pueden influir en disminuir los niveles de Burnout.

En general, comparando los valores obtenidos con los puntos de corte presentados por Stamm (2005c), se observa que la muestra encuestada presentaba niveles altos-medios de SC, DpE y riesgo de sufrir Burnout. Aunque los/as trabajadores/as sociales de Mallorca sientan satisfacción por la labor que realizan en sus trabajos, también se sitúan en una posición de riesgo medio-alto DpE, al estar expuestos diariamente a situaciones de dolor y angustia por parte de los clientes y las familias que atienden. La prevalencia media-alta de DpE encontrada en la presente investigación se asemejan a otros estudios realizados con muestras de trabajadores/as sociales (Butler et al., 2017; Caringi et al., 2017; Conrad y Kellar-Guenther, 2006; Simon et al., 2005).

6.1.3 EL AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON EL DESGASTE POR EMPATÍA

En cuanto a las prácticas de cuidado personal, las acciones que se realizan con mayor frecuencia son las actividades de tiempo libre con familias y amigos, seguidos de hábitos como la alimentación sana. Los/as trabajadores/as sociales de la muestra tienen menor tendencia a realizar deporte comparado con otras actividades. La práctica menos realizada, con diferencia, es la de practicar actividades de meditación consciente o relajación tales como *mindfulness.* En los últimos años este tipo de prácticas se han vuelto populares debido a los beneficios que se les asocian. En concreto, en el área de Trabajo Social se han realizado varios estudios que demuestran que la práctica de este tipo de actividad comporta beneficios sobre la salud del/de la profesional (Ahern et al., 2016; Brown et al., 2017; Crowder y Sears, 2017).

En cuanto a las prácticas de autocuidado profesional se observa que los/as trabajadores/as sociales incorporan el uso del humor como práctica habitual en sus jornadas laborales. Según Ceberio y Linares (2005), en el área de Trabajo Social, se hace necesario el uso del humor ya que genera un ambiente distendido y alivia la tensión.

Los resultados indican que los/as profesionales se apoyan en sus compañeros para supervisar y conversar sobre casos. Esos datos se contradicen con la pregunta del sociodemográfico dónde se pregunta a los/las profesionales sobre el tipo de apoyo que brinda la entidad en la que trabajan. Los datos indican que los/las trabajadores/as sociales buscan estos espacios de manera informal, consultando y supervisando sus propios casos con compañeros/as del equipo, pero no tienen establecido en sus puestos de trabajo un espacio formal y regular para dicha intervención. Todos los estudios realizados a nivel de supervisión, revelan sus beneficios, demostrando que las prácticas de supervisión generan mayor seguridad en el/la trabajador/a y reducen los niveles de DpE (Bourassa y Clements, 2010; Choi, 2011; Cox y Steiner, 2013b; Ghesquiere et al., 2018; McFadden et al., 2015). El instaurar formalmente estos espacios de supervisión de forma regular podría generar buenos resultados en la práctica profesional traduciéndose en mejoras en la calidad del servicio.

Las prácticas relacionadas con "participar en actividades vinculadas a la profesión" son menos frecuentes en la muestra de trabajadores/as sociales. Estos resultados pueden deberse a la dificultad por encontrar prácticas específicas de Trabajo Social en la isla debido a la baja oferta existente. Otra razón podría asociarse a que las pocas prácticas que se imparten suelen organizarse fuera del horario laboral y ello dificulta la conciliación de la vida personal con la laboral.

Aunque las actividades recreativas con familia y amigos sí son prácticas muy habituales en la vida de los/as encuestados/as, las actividades recreativas con compañeros/as de trabajo

son escasas. Fomentar el buen ambiente laboral con actividades recreativas o lúdicas promueve el bienestar en el entorno laboral (Guerra et al., 2008).

Al igual que la investigación realizada por Ghesquiere, Plichta, McAfee y Rogers (2018), se observa que el incremento de prácticas de autocuidado personal y profesional está asociado con la reducción del DpE. En el presente estudio también se ha demostrado la relación positiva entre las prácticas de autocuidado y el aumento de la SC. Los mismos resultados se han encontrado en investigaciones como las de Butler, Carello y Maguin (2017). Según los resultados de esta y otras investigaciones se puede indicar que las prácticas de autocuidado tienen beneficios significativos para el profesional y su práctica, por ello es conveniente que las instituciones puedan facilitar la incorporación regular y formal de este tipo de prácticas. (Choi, 2017; Lee y Miller, 2013).

6.1.4 LA EMPATÍA Y SU RELACIÓN CON EL DESGASTE POR EMPATÍA

Diversas investigaciones asocian el sexo femenino a mayores niveles de Empatía (Alonso et al., 2013; Baron-Cohen et al., 2006; Davis, 1983; Hoffman, 1977; Rueckert y Naybar, 2008; Willer et al., 2012). En la presente investigación no se han obtenido relaciones significativas aunque sí se observa una tendencia a ello. Al igual que en otras investigaciones (Castillo, 2016a; Hoffman, 1990) los resultados han revelado que, en la muestra estudiada, los niveles Empatía disminuyen con la edad. Especialmente se encontró una disminución importante en la dimensión Fantasía, relacionada con la capacidad imaginativa.

Se han encontrado varios estudios realizado con el Instrumento IRI (Alecsiuk, 2015; Badger et al., 2008; Castillo, 2016a; Mestre et al., 2004; Pérez-Albéniz et al., 2003; Thomas,

2013), los cuales permiten comparar los niveles de Empatía obtenidos en la presente investigación con colectivos semejantes.

Al comparar los resultados obtenidos con la investigación realizada por Aurora Castillo (2016b) en una muestra de estudiantes de Trabajo Social se observa que los resultados son similares en las dimensiones cognitivas pero dispares en las emocionales. Mientras que la muestra de alumnos/as de Trabajo Social de universidades españolas tienen niveles de Preocupación Empática que oscilan entre 31.7 en el caso de las mujeres y 29.4 en el caso de los hombres; la puntación media de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca se encuentra en 16.77, siendo niveles considerablemente más bajos. También se puede observar que los niveles de Malestar Personal en la muestra de estudiantes oscila entre 14.0 en mujeres y 13.3 en hombres mientras que en la presente investigación los resultados medios se encuentran en 26.31, ampliamente superiores.

Al comparar los resultados de la presente investigación con los de una muestra de adolescentes españoles (Mestre et al., 2004) puede observarse que los/as trabajadores/as sociales participantes obtienen puntuaciones superiores en todas las dimensiones menos en la de Preocupación Empática. Mientras la puntuación de la muestra de adolescentes asciende a 18.25, la de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca es de 16.77.

Al comparar los resultados obtenidos con 171 trabajadores sociales clínicos estadounidenses, (Thomas, 2013), se siguen observando niveles relativamente bajos de Preocupación Empática en la muestra de la presente investigación. En el caso de los/as trabajadores/as sociales estadounidenses, los niveles de Preocupación Empática (M=20.13) puntúan 3.36 puntos menos que la de los/as trabajadores/as sociales de Mallorca (M=16.77). En el caso del Malestar Personal se pueden observar resultados inversos: mientras los/as trabajadores/as sociales norteamericanos obtienen resultados medios de 7.44 en esta dimensión, los resultados de los trabajadores/as sociales de la muestra son de 26.31.

Al igual que las investigaciones realizadas por Badger, Royse y Craig (2008), se ha observado que mayores niveles de Empatía se asocian positivamente con el riesgo a sufrir DpE. En la investigación realizada por Thomas (2016), era la dimensión de Malestar Personal la que se asociaba directamente con el riesgo de padecer DpE. En la presente investigación también se encuentra relación positiva entre ambas variables, por lo que niveles altos de Malestar Personal se asocian con niveles altos de DpE.

Thomas (2013), afirma que las personas con niveles óptimos de Empatía, aun experimentando emociones intensas, son traducidas en niveles de Preocupación Empática prosociales, es decir, relativamente altos (Eisenberg y Eggum, 2009) y niveles bajos de Malestar Personal. Recordando las definiciones de los conceptos explicados en el capítulo II, la Preocupación Empática es entendida como los sentimientos de compasión, preocupación y cariño hacia el otro. El Malestar Personal se entiende como las reacciones emocionales de malestar y ansiedad ante las experiencias negativas de los demás. Los resultados de la presente investigación revelan la relación entre ambas dimensiones emocionales, por lo que mayores niveles de Preocupación Empática se asocian con mayores niveles de Malestar Personal.

Tal y como concluyen los resultados de un estudio realizado en una muestra de 121 trabajadores/as sociales norteamericanos, llevado a cabo por Badger, Royse y Craig (2008), la distancia emocional, reduce la probabilidad de sufrir DpE. Estos resultados se han confirmado en el presente estudio, ya que una de las variables directamente relacionada con el DpE era el nivel de Preocupación Empática. Tal y como confirman Badger, et al. (2008) la práctica del Trabajo Social implica la construcción de una alianza terapéutica entre el/la trabajador/a social y el cliente, lo que se debería traducir en niveles altos de preocupación por el otro. Como se explica en el capítulo I, la ejecución de un Trabajo Social situado en modelos de la segunda cibernética, implica que el/la trabajador/as social forma parte del sistema y se involucra para insertarse en la visión del mundo que aporta el cliente y la familia (Sluzki, 1987). Desde esta

perspectiva se hace necesaria la implicación del/de la profesional en la relación a partir de la construcción de una relación de ayuda basada en el respeto, la confianza, pero también en la curiosidad genuina y la preocupación por el malestar del otro.

En 2012 se presentaron los resultados de una investigación realizada por Cardona en trabajadores/as sociales de Servicios Sociales Comunitarios de Mallorca. Así como afirma la autora, los niveles de "generar conexión emocional con el cliente" y "generar seguridad en la relación" fueron criterios muy valorados por los/as trabajadores/as sociales pero con baja realización en sus intervenciones. Debido a que la muestra de la presente investigación se caracteriza por alta continuidad en sus lugares de trabajo (el 69.3 % lleva más de 5 años en el lugar de trabajo), se podría interpretar que muchos de los profesionales que participaron en esa primera investigación también lo hicieron en la presente. En esta misma línea, las investigaciones realizadas por López-Curbelo (2006) y sus compañeros/as revelan que niveles altos de atención emocional se corresponden con niveles altos de Preocupación Empática. Partiendo de la hipótesis anterior, se podrían asociar los niveles bajos de Preocupación Empática con niveles bajos de conexión emocional entre los/as trabajadores/as sociales y los clientes. Así como se describe en el modelo SOATIF (Friedlander et al., 2006) -explicado en el capítulo I la falta de conexión emocional tiene consecuencias sobre el enganche del proceso terapéutico. La presente investigación no puede aclarar si los niveles bajos de Preocupación Empática por parte de los profesionales tienen repercusión sobre la intervención realizada con sus clientes, pues eso no era objetivo de este estudio. Aun así, tal y como se explica en el marco teórico se considera que, para la ejecución de un buen proceso de intervención en Trabajo Social de Casos, en necesario el establecimiento de una buena alianza.

En la presente investigación los niveles de Involucración Personal y Vulnerabilidad se sitúan mayoritariamente en niveles bajos, lo que según los autores del instrumento (Zamponi et al., 2009) está asociado con niveles bajos de DpE. Los mismos autores indican que tanto la

falta de Involucración Profesional como el exceso afectan a los resultados del trabajo, por lo que es necesario un cierto grado de Involucración. La investigación realizada por Alecsiuk (2015) con una muestra formada por 158 profesionales de la salud (psicólogos y psiquiatras) utilizó las escalas IRI y IDE y obtuvo resultados congruentes pero inversos a los del presente estudio. La muestra de Alecsiuk, presentó altos niveles de Preocupación Empática que correlacionaron positivamente con niveles altos de Vulnerabilidad, es decir, a mayor Preocupación Empática, mayor Vulnerabilidad. En la presente investigación se obtuvieron niveles bajos de Vulnerabilidad, que se relacionaron positivamente con los niveles bajos de Preocupación Empática. También se encontraron relaciones inversas entre los niveles de Toma de Perspectiva e Involucración Profesional, indicando que los/as trabajadores/as que mejor captan la perspectiva del otro -desde una distancia saludable- son los que se involucran menos con sus clientes.

Después de reflexionar sobre los resultados obtenidos se podrían plantear dos posibles vías de discusión. La primera es asociar los bajos niveles de Preocupación Empática e Involucración Profesional (de la presente investigación) con los niveles medios de Burnout obtenido en la muestra. Se entiende que el aumento de los procesos burocráticos y carga de trabajo, demostrados con el elevado número de casos que llevan los/as trabajadores/as sociales encuestados, implica la reducción de otros espacios propios de la actividad laboral. A la pregunta de "¿Se siente abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar?" (ProQOL: pregunta 21) la respuesta más seleccionada fue "con frecuencia". La falta de tiempo para dedicarles a los clientes y sus familias, puede afectar de manera directa al proceso relacional.

Una segunda vía de discusión abriría la hipótesis de que la distancia emocional y los niveles bajos de Involucración Profesional que se establecen entre los/as trabajadores/as sociales de la muestra y los clientes, juega un papel de protección en el bienestar de los/as

profesionales encuestados/as. Sobre esta segunda hipótesis se podría sustentar el hecho de que los profesionales que tienen mayor volumen de carga emocional en sus casos (trabajadores/as sociales del área de Infancia, Familia y Mujer) son los que, en contra de todo pronóstico, mostraban menores niveles de DpE y menores niveles de Preocupación Empática. Ante la falta de recursos preventivos eficientes, los/as trabajadores/as sociales disminuyen su nivel de conexión, y en consecuencia de preocupación, para no ser absorbidos por el malestar y sufrimiento de sus clientes y familias. Si esta hipótesis se confirmara, se podría indicar que la falta de Involucración Profesional, correspondiente con los bajos niveles de Preocupación Empática, se debe a mecanismos de protección. Faltaría saber qué consecuencias tiene estos resultados en la práctica.

6.1.5 VARIABLES PREDICTORAS DEL DESGASTE POR EMPATÍA

A priori los/as profesionales encuestados puntuaban valores altos en algunos de los criterios estudiados como "factores de riesgo" (ver tabla 5): altos niveles de carga de trabajo, insuficiencia en las prácticas de supervisión, trabajar con infancia y familia en dificultad y altas horas de exposición al dolor ajeno. Según la literatura revisada (Adams et al., 2001; Dagan et al., 2015; Hyman, 2004) estos indicadores situarían a la muestra en un escenario de riesgo ante el DpE. Efectivamente, se encontraron valores de DpE superiores a la media, lo que sitúa a los/as trabajadores/as sociales de la muestra en una población de riesgo alto ante los efectos del DpE. También se pudieron observar algunos de los factores de protección (ver tabla 6) reconocidos por la literatura, tales como la alta SC (Butler et al., 2017), niveles medios de autocuidado (Choi, 2011) y alta experiencia profesional (S. Dagan et al., 2016).

En las investigaciones realizadas durante los últimos años, tanto el autocuidado como la SC se han posicionado como variables que contrarrestan los efectos del DpE (Butler et al.,

2017; Conrad y Kellar-Guenther, 2006). En la presente investigación, las dimensiones de autocuidado y SC se correlacionaron significa e inversamente con el nivel de DpE, sin embargo no formaron parte del último modelo de regresión. La dimensión de Burnout también demostró resultados significativos positivos con el DpE, es decir, así como confirma Stamm (2005b) los altos niveles de DpE pueden ir asociados a altos niveles de Burnout.

Variables como el sexo, el estado civil, el número de hijos, las cargas en el domicilio familiar o la entidad en la que trabajan, no mostraron significación en relación al DpE. En contra de otras investigaciones realizadas en muestras de trabajadores/as sociales, tampoco se obtuvieron relaciones significativas entre las horas de formación (Simon et al., 2005), la edad (Dagan et al., 2016), el nivel de carga emocional de los casos atendidos (Sprang et al., 2007), el rango de horas de atención directa (Gil y Weinberg, 2015) o la experiencia laboral (Dagan et al., 2016).

Según el modelo de regresión realizado en la presente investigación, las variables que mayor predicen el riesgo a sufrir DpE son "la pérdida de sueño por las experiencias traumáticas de los clientes", "considerarse una persona demasiado sensible", "sentirse atrapado por el trabajo", "los niveles de Preocupación Empática", el "Cuidado Personal" y la "Vulnerabilidad".

Las tres primeras variables (pérdida de sueño por las experiencias traumáticas de los clientes, considerarse una persona demasiado sensible, sentirse atrapado por el trabajo) forman parte de la variable Burnout descrita por Stamm (2005a) en el cuestionario ProQOL. Debido a la discutible fiabilidad de esta dimensión (Alfa de Cronbach= 0.54) se decidió no incorporar la dimensión total de Burnout, sino introducir sus variables. La pérdida de sueño por las experiencias traumáticas, según Stamm (2005a) es una variable que forma parte del Burnout aunque en el inventario Maslach (1996) no aparece tal variable. Siendo o no parte del Burnout, según el presente modelo, la pérdida de sueño ante el malestar de los clientes es la variable que más induce a padecer DpE. Se puede afirmar que los/as trabajadores/as sociales que tienen

tendencia a perder el sueño con las experiencias de sus clientes son los que puntúan niveles más altos de DpE.

La variable "sentise atrapado por el trabajo", según Stamm (Stamm, 2005b) es otra variable de la escala de Burnout y que incorpora como tal en la subescala del instrumento ProQOL. Esta variable, aun no descrita idénticamente, sí parece tener mayor consenso frente a otros instrumentos que miden Burnout (Maslach et al., 1996). Para Stamm el DpE, es un paso previo al Burnout, por lo que dimensiones que forman parte de éste, inevitablemente, influirán previamente en el riesgo de sufrir DpE. Al estudiar las correlaciones entre los niveles de Burnout y DpE (ver tabla 50), se observaba una correlación fuerte entre ambos, lo que podría validar el modelo de Stamm sobre Calidad de Vida Profesional.

En el caso de la variable "soy una persona demasiado sensible" se observa una relación inversa (negativa) con los niveles de DpE. Según los resultados obtenido en la tabla 64, las personas que tienen una percepción sobre sí mismas de "ser demasiado sensibles" incongruentemente son las que tienen menores niveles de Empatía, las que puntúan niveles más bajos de Malestar Personal ante las narrativas de dolor de sus clientes y las que se sienten menos preocupadas por ellos. A su vez, esta concepción se traduce en una menor Involucración Profesional. Los resultados parecen indicar que las personas que tienen una concepción de sí mismas de ser "demasiado sensible" son las que establecen mecanismos correctores que se traducen en mayor distancia emocional. Por el contrario, los/as trabajadores/as sociales que no tienen esta concepción de ellos/as mismos no establecen este tipo de mecanismos preventivos.

Al igual que en la investigación de Alecsiuk (2015) los niveles de Preocupación Empática también son predictores del DpE y de la dimensión Vulnerabilidad. Badger, Royse y Craig (2008) a través de su modelo de regresión lineal determinan que la separación emocional juega un papel protector en cuanto al riesgo de sufrir DpE. Los mismos investigadores señalan las consecuencias negativas de este tipo de separación emocional en el marco de la relación de

ayuda. De acuerdo con ellos, se entiende que una distancia emocional elevada podría comprometer la relación con el cliente (Badger et al., 2008), pues este distanciamiento emocional no es congruente con modelos de la segunda cibernética. Los/as investigadores/as (Badger et al., 2008) continúan indicando que será importante enseñar a los/as trabajadores/as sociales -desde sus inicios- a manejar el control sobre sus emociones y regular los niveles de Empatía y Ecpatía desde la conciencia mejorando sus niveles de autocuidado y permitiendo establecer una conexión terapéutica adecuada. No se trata de generar gran distancia emocional y baja preocupación para evitar el DpE, se trata de aprender a tener mejor autocontrol sobre las emociones (Cuartero y Casado, 2016) pudiendo tener altos niveles de Empatía que se traduzcan en niveles altos de Preocupación y niveles bajos de Malestar. Como afirma Castillo (2016b) en los estudios de Trabajo Social de las universidades se considera que la Empatía es una materia transversal en todas asignaturas, pero ello no se traduce en asignaturas concretas o temario específico en los planes de estudio. De acuerdo con Rothschild (2006), el conocimiento sobre el cuerpo y la mente es relevante para cualquiera que trabaja con personas angustiadas y sólo con un buen control y dominio de éste se puede conseguir una buena conexión emocional con un bajo desgaste.

Como se ha indicado en el capítulo anterior, la dimensión recursos para el Cuidado Personal, forma parte del cuestionario IDE y está descrita de forma opuesta a la lógica del instrumento. A criterio de la presente investigadora debería describirse de forma inversa para evitar confusiones terminológicas. Para los autores de la escala (2009), niveles altos de "cuidado personal" se asocian con falta de recursos personales y técnicos para prevenir o afrontar el desgaste biopsicosocial propio del trabajo de ayuda. De esta forma, se entiende que, las personas que han puntuado niveles más altos en esta dimensión, y por tanto tienen carencia en recursos para prevenir y afrontar el desgaste, son las que han obtenido niveles más elevados de DpE.

La Vulnerabilidad, es el último factor más asociado al DpE, entendiéndose que las personas que se perciben más afectadas por el trabajo profesional son las más propensas al DpE. En las investigaciones de Alecsiuk (2015) esta dimensión también se asoció a los niveles de Preocupación Empática, encontrando una relación directa entre ellos. Así, a mayor Vulnerabilidad, mayor Preocupación Empática.

A continuación se representa gráficamente los factores, que según los resultados de la presente investigación (modelo de regresión lineal y análisis exploratorio) inciden en la prevalencia del DpE.

Figura 43: Factores de riesgo del DpE según los resultados de la investigación

6.2 ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

6.2.1 HIPÓTESIS 1: LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE MALLORCA TIENEN RIESGO ALTO DE SUFRIR DPE AL SER UN COLECTIVO QUE ESTÁ EXPUESTO DIARIAMENTE A LA ESCUCHA DEL DOLOR AJENO

Se confirma la primera hipótesis. En la presente investigación, un tercio de los profesionales superan los valores indicativos que ofrece la autora (Stamm, 2002) y por tanto se considera que están en situación de riesgo. Tanto la literatura revisada como el presente estudio sitúan a los/as trabajadores/as sociales en riesgo permanente de sufrir DpE debido a las características de su profesión (Bride et al., 2007; Choi, 2017; Ghesquiere et al., 2018; Itzick et al., 2018; Kagan y Itzick, 2017).

Debe recordarse que el DpE es un síndrome abrupto que se puede manifestar de forma rápida y sin señales previas (Figley, 1995), por lo que al cumplirse los factores de riesgo, cualquier profesional de la relación de ayuda, que escucha y se vincula con clientes que sufren, puede padecer sus consecuencias.

6.2.2 HIPÓTESIS 2: LOS/AS TRABAJADORES/AS QUE PUNTÚEN NIVELES MÁS ALTOS EN LAS DIMENSIONES DE DPE SERÁN LOS QUE TIENEN BAJA TENDENCIA AL AUTOCUIDADO PERSONAL Y PROFESIONAL

Después del análisis de los resultados se puede concluir que existe relación entre las prácticas de autocuidado y los niveles de DpE, por lo que se confirma la segunda hipótesis. Esta relación negativa indica que los/as trabajadores/as sociales que realizan con menor frecuencia prácticas de autocuidado tienen valores más elevados de DpE. Tal y como confirman la mayoría de los

estudios realizados en el área de Trabajo Social (Ahern et al., 2016; Brown et al., 2017; Crowder y Sears, 2017; Decker et al., 2015; Ghesquiere et al., 2018) las prácticas de autocuidado personal y profesionales funcionan como un mecanismo preventivo y/o paliativo ante el DpE.

6.2.3 HIPÓTESIS 3: LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES QUE PUNTÚEN NIVELES MÁS ALTOS EN LAS DIMENSIONES DE DPE SERÁN LOS QUE TIENEN PUNTAJES MÁS ALTOS EN LAS DIMENSIONES DE EMPATÍA

Al igual que las investigaciones realizadas por Badger, Royse y Craig (2008) se han encontrado correlaciones positivas medias entre el nivel de DpE y los niveles de Empatía. Ello induce a pensar que los/as trabajadores/as sociales que han obtenido niveles más altos en cada una de las dimensiones de la Empatía son los que han obtenido mayores puntajes en la dimensión de DpE.

6.2.4 HIPÓTESIS 4: EL COLECTIVO DE TS QUE EJERCEN SU PROFESIÓN TRABAJANDO CON PERFILES DE "INFANCIA EN DIFICULTAD" OBTENDRÁN RESULTADOS MÁS ALTOS EN DPE QUE LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES QUE EJERCEN EN OTROS COLECTIVOS

En contra de la literatura revisada (Dagan et al., 2016; Nelson-Gardell y Harris, 2003; Sprang et al., 2007), no solo no se ha podido confirmar la hipótesis sino que se han obtenido resultados totalmente inversos. Según los resultados de esta investigación los/as trabajadores/as sociales que trabajan con menores, familia y mujer son el colectivo de profesionales con menores niveles de DpE (ver tabla 44), aun siendo el colectivo que manifestó tratar con mayor proporción de

casos de carga emocional elevada (ver tabla 31). El estudio minucioso de los resultados ha revelado que los profesionales que manifiestan estar expuestos a mayor carga emocional son los que tienen niveles de Preocupación Empática más bajos. La baja Preocupación Empática, tal y como indica, Badger, et al. (2008) puede derivar en una mayor separación emocional y repercutir en la relación terapéutica. La separación emocional supone un mecanismo efectivo aunque, desde los modelos de la segunda cibernética, se considera poco ético e/o incongruente con la práctica del Trabajo Social. Como se planteaba anteriormente, ante falta de recursos apropiados para mantener un equilibrio emocional entre la Empatía y la Ecpatía, se puede tender a generar estrategias que favorezcan la distancia emocional entre el/la trabajador/a social y el cliente.

6.2.5 HIPÓTESIS 5: LOS AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL, EL NIVEL DE FORMACIÓN, Y EL SEXO INFLUIRÁN EN LOS RESULTADOS DE DPE

En contra de la literatura revisada (Dagan et al., 2016), no se ha encontrado relación entre los años de experiencia laboral y los niveles de DpE (ver tabla 43). Al igual que la investigación realizada por Sansó (2015) no se ha encontrado relación significativa entre la variable formación y el nivel de DpE. Investigaciones como las de Simon, Pryce, Roff y Klemmack, (2005) indicaban que la formación puede funcionar como mecanismo protector del DpE. La inexistencia de relación entre estas dos variables podría deberse a varios factores. En el cuestionario sociodemográfico no se preguntó por la temática de la formación, por lo que uno de los factores podría ser el desconocimiento de la especificidad de la formación. Tal vez, formación específica sobre “relación de ayuda” o “gestión emocional” sí se podría haber asociado con la variable DpE. Otra posible causa es la baja incidencia de formación superior en

la muestra encuestada. Como se explica en apartados anteriores, en Mallorca existe poca oferta de formación específica en materia de Trabajo Social.

Aunque la dimensión del sexo no se había señalado como factor de riesgo en ninguna de las investigaciones revisadas, se podía intuir que los niveles más altos de Empatía asociados al sexo femenino podía incitar al riesgo de DpE. La literatura revisada, asocia mayores niveles de Empatía con el sexo femenino (Baron-Cohen, 2012; Castillo, 2016b, 2016a; Hoffman, 1977) y los niveles altos de Empatía se asocian a mayores niveles de DpE (Baranowsky, 2002; Bourassa, 2009; Showalter, 2010), aun así la presente investigación no ha podido demostrar tal afirmación. Inicialmente, aun observándose una tendencia, no se encontraron relaciones significativas entre el sexo y el nivel por Empatía (ver tabla 59). Sí se encontró relación significativa entre los niveles de Empatía y los de DpE (ver tabla 57) pero al no cumplirse la primera premisa, tal relación no fue significtiva (ver tabla 42).

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

7.1 CONCLUSIONES

El presente estudio se diseñó con el objetivo de conocer el nivel de prevalencia del DpE en los/las Trabajadores/as Sociales de la isla de Mallorca, así como su relación con variables tales como el autocuidado, la Empatía, la SC, el Burnout, la Involucración Profesional, la Vulnerabilidad y otras dimensiones personales y laborales. El diseño de un modelo de regresión permite describir las variables que tienen mayor incidencia sobre este síndrome y poder disponer de información para establecer mecanismos preventivos. Las principales conclusiones definidas a partir del estudio teórico y el análisis de resultados, son:

- El DpE es un síndrome que puede afectar los/as trabajadores/as sociales que trabajan con personas que experimentan trauma, dolor, sufrimiento o malestar. Las historias de dolor de las personas, a través del establecimiento de relaciones empáticas que impliquen un nivel de alianza terapéutica, puede generar tanto SC como DpE en los profesionales que ofrecen apoyo. Según los resultados de la presente investigación, un tercio de los/as trabajadores/as encuestados puntuaron niveles altos del síndrome. El DpE puede surgir de forma rápida e inesperada por lo que trabajadores/as que en el momento de la encuesta obtuvieron puntuaciones bajas, actualmente podrían obtener resultados totalmente opuestos. Las consecuencias del DpE tienen efectos negativos en el área cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual del/de la profesional. Conocer el síndrome, sus efectos, al igual que hacer auto-chequeos, será importante para la calidad de vida profesional.

- Las prácticas de autocuidado personales y profesionales pueden ayudar a mitigar el DpE. Fomentar este tipo de prácticas tanto a nivel personal como profesional ayuda a promover el bienestar del/de la trabajador/a e, indirectamente, beneficia la relación entre el/la trabajador/a social y el cliente y la calidad del servicio. Entre las prácticas de autocuidado personal más instauradas en la vida de los/as profesionales encuestados/as se encuentra el hacer actividades lúdicas con familiares y amigos. En el caso de las prácticas de autocuidado profesional la más realizadas es el uso del humor en el entorno laboral. Por el contrario, las menos instauradas son las prácticas de crecimiento espiritual, como por ejemplo el *mindfulness*. Los diferentes estudios realizado en el área del Trabajo Social sitúan las prácticas de *mindfulness* como actividades eficaces para combatir el desgaste. La instauración de este tipo de ejercicios puede resultar beneficiosos para el colectivo, el cual muestra niveles de prevalencia de DpE elevados. Otro aspecto a destacar es la búsqueda de espacios de supervisión entre los propios trabajadores ante la falta de espacios formales por parte de las entidades. La literatura es amplia y clara respecto a los beneficios de incorporar espacios de supervisión de casos en las prácticas laborales.

- La SC se relaciona inversamente con el DpE y el Burnout. Se concibe que fomentar prácticas que mejoren el ambiente laboral y la satisfacción profesional puede incrementar los niveles de SC y por ende influir contrarrestando el DpE. Los estudios indican que el Trabajo Social es una profesión vocacional por lo que trabajar ayudando a personas que se encuentran en situación de dificultad supone una acción prosocial que genera satisfacción sobre el profesional. Esta satisfacción es la que motiva y empodera al profesional a realizar una profesión que se desarrolla dentro de espacios donde predominan emociones como la tristeza, la angustia o la rabia. Fomentar las prácticas

de autocuidado que tienen relación con el bienestar profesional genera un ambiente de trabajo más agradable que ayuda a combatir los efectos del desgaste.

- La Empatía, capacidad y actitud necesaria en cualquier proceso relacional, juega un papel importante en el desarrollo del DpE. La Fantasía, el Malestar Personal, la Toma de Perspectiva y la Preocupación Empática son las dimensiones que la componen. Trabajar desde desde modelos situados en la segunda cibernética implica un buen manejo de la Empatía, el cual requiere niveles moderados de Toma de Perspectiva y Preocupación Empática, a la vez que se necesita control sobre el Malestar Personal ante las historias del dolor de los clientes. Los bajos niveles de Preocupación Empática encontrados en los/las profesionales encuestados pueden servir de mecanismos para disminuir los niveles de Desgaste por Empatía (a menor preocupación, menos desgaste), pero van en contra de la ejecución de un trabajo relacional postmoderno. Tener un buen manejo de la Empatía puede ayudar a paliar los efectos del DpE, por lo que será fundamental fomentar su formación a través de su conocimiento conceptual, su entrenamiento, su experimentación a nivel cognitivo y emocional durante los estudios universitarios del grado de Trabajo Social, así como y durante el transcurso de la práctica profesional.

- El Trabajo Social de Casos implica la construcción de una relación significativa y colaborativa con el cliente y/o familia. Niveles excesivamente altos de Involucración Profesional pueden tener consecuencias negativas sobre el/la profesional, pero niveles bajos pueden suponer pérdida de la conexión entre el/la profesional y el cliente. De esta manera, los niveles bajos de Involucración se relacionan con niveles bajos de DpE, aunque ello supone la pérdida de la Alianza Terapéutica. La Vulnerabilidad, por el

contrario, supone una serie de condiciones que ubican al/a la profesional en situación de riesgo. Niveles medios de Involucración Profesional y bajos de Vulnerabilidad pueden ayudar a mantener una relación de ayuda comprometida, sin consecuencias negativas sobre el profesional.

- Según los resultados obtenidos en el modelo de regresión, las variables del presente estudio que influyen en el aumento del DpE son: la pérdida de sueño por las experiencias traumáticas de los clientes, sentirse atrapado en el trabajo, la alta percepción sobre la propia sensibilidad, niveles altos de Preocupación Empática, bajos recursos de Cuidado Personal y altos niveles de Vulnerabilidad. Variables como el Malestar Personal y la Satisfacción y la Toma de Perspectiva también mostraron relaciones significativas aunque no formaron parte del modelo. Debido a los preocupantes resultados obtenidos sobre la prevalencia del DpE en la profesión del Trabajo Social deben de tomar medidas tanto por parte de las universidades, entidades que forman a los/as futuros/as profesionales, como en los propios centros de trabajo para reducir los niveles de este síndrome. Conocer las variables que influyen en él es un primer paso para crear programas formativos que puedan ayudar a reducirlo.

7.2 FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Al revisar las diferentes investigaciones sobre el DpE en el ámbito del Trabajo Social, se observa que la gran mayoría de estudios concluyen con la necesidad de seguir ahondando sobre este fenómeno. Así, la presente investigación intenta arrojar luz a una demanda del mundo científico. La mayor parte de los artículos e investigaciones sobre DpE se han realizado en

profesiones como enfermería o medicina, por lo que la investigación específica en muestras de trabajadores/as sociales es escasa. La mayor parte de investigaciones realizada en muestras de trabajadores/as sociales se encuentran en países como Estados Unidos, Israel, Canadá o Argentina. Actualmente, en España no existen investigaciones que estudien en fenómeno del DpE en Trabajado Social, lo que sitúa esta investigación como novedosa. Se puede destacar que durante la fase de estudio de campo, los/as trabajadores/as sociales no sólo querían participar sino que también expresaban su interés en conocer los resultados y saber más sobre este concepto. Este tipo de demandas e interés por parte de los participantes indica una buena acogida y preocupación ante su situación laboral.

Para el desarrollo de la presente investigación se decidió utilizar una metodología cuantitativa que pudiera medir de forma objetiva las diferentes variables del estudio. El análisis estadístico permitía relacionar variables tales como el autocuidado, la Vulnerabilidad, la Implicación Profesional, la Empatía, la SC y el DpE a través del uso de instrumentos. Poder relacionar diferentes conceptos en una misma investigación sugiere una concepción más amplia del fenómeno.

El uso de instrumentos en lengua española que cuentan con buenas propiedades psicométricas refuerza el diseño del estudio. Con la aplicación de un cuestionario formado por cinco escalas se pudo obtener gran variedad de información que permitió, a través del modelo de regresión, conocer las variables predictores del DpE. El tiempo estimado para responder el cuestionario era de 30 minutos por lo que en un breve espacio de tiempo se podía conseguir diversidad de datos.

Se puede destacar como fortaleza la alta participación de los/las trabajadores sociales de casos de los diferentes centros de Servicios Sociales de Mallorca. Aunque inicialmente fue complejo contactar con todos ellos, finalmente participó el 79.6% de los/as trabajadores/as sociales que cumplían los requisitos. Si se coteja el tamaño de la presente muestra con otras

investigaciones del mismo tipo se observa que comparativamente se trata de una muestra grande. El hecho de que la investigadora se desplazara a cada uno de los centros supuso un alto coste de tiempo pero a la vez permitió conseguir un tamaño de muestra más amplio y presentar el estudio de igual forma a todos los participantes, lo que le da más robustez a la investigación.

7.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio cuenta tanto con fortalezas como con limitaciones. Durante el diseño del instrumento sociodemográfico se introdujeron las variables edad, años de experiencia laboral y años en el puesto de trabajo como variables categóricas lo que limitó el estudio de alguna de las pruebas estadísticas. También cabe destacar que las preguntas sobre formación fueron inespecíficas, por lo que al analizar los resultados no se pueden distinguir entre formación general o formación concreta del ámbito de la relación de ayuda o capacitación emocional. Haber contado con dicha información hubiese permitido sacar conclusiones más precisas respecto a la relación existe o inexistente entre el tipo de formación y el DpE.

La falta de instrumentos de autocuidado en lengua española que estuvieran compuestos por dimensiones laborales y personales, que contaran con buenas propiedades psicométricas y que además fueran específicos en Trabajo Social creó la necesidad de adaptar instrumentos del ámbito de la psicología. Aunque el EAP se creó inicialmente para profesionales de la psicología clínica, se observó que se podía adaptar al ámbito del Trabajo Social de Casos con suma facilidad. Aun obteniendo buenos resultados psicométricos, se hubiese considerado más adecuado usar instrumentos específicos para el colectivo de Trabajo Social que incluyeran variables más concretas. Una vez iniciada la presente investigación se publicó un instrumento sobre autocuidado personal y profesional en Trabajo Social (Lee, Miller, y Bride, 2016). Este

instrumento, en su versión inglesa, cuenta con buenas propiedades psicométricas aunque a día de hoy no ha sido traducido al español. En futuras investigaciones se podría valorar su inclusión.

Aunque el tamaño de la muestra fue adecuado, el colectivo de inclusión social y judicial tuvo baja representación. Se desconocen los motivos, por los cuales, gran parte de las bajas del estudio se concentraron en este colectivo. En futuras investigaciones se debería insistir más para aumentar la representatividad de este colectivo.

A pesar de que una de sus fortalezas sea que se trata de una investigación pionera en España en el ámbito del Trabajo Social, también supone una limitación al tener pocos estudios con los que comparar resultados. Se ha requerido de investigaciones realizadas en otros países, con versiones inglesas de los instrumentos para poder comparar los resultados. La gran confusión terminológica sobre el constructo ha dificultado el estudio, obligando a revisar meticulosamente cada una de las investigaciones y a seleccionar las que usaran los mismos instrumentos o describieran de igual forma el fenómeno.

Una vez revisados los hallazgos de la investigación se hubiese considerando interesante haber introducido algún instrumento que midiera la "conexión emocional" entre el/la profesional y el cliente-familia. Disponer de tal información permitiría confirmar o descartar la hipótesis de si la baja preocupación emocional se traduce en distancia emocional.

Aunque inicialmente esta investigación se planteó como una investigación cuantitativa, no se descarta el uso de metodologías mixtas en futuras investigaciones. La incorporación de investigación cualitativa permitiría ahondar de forma más precisa en algunos de los conceptos conociendo la experiencia a través de la narrativa de los/as propios/as trabajadores/as sociales.

7.4 LÍNEAS DE TRABAJO FUTURAS

Esta tesis doctoral se presenta como uno de los primeros pasos sobre la investigación del DpE en España. Aunque la presente investigación arroja luz sobre el estudio de este fenómeno también genera gran variedad de preguntas que podrían ser estudiadas en futuras investigaciones.

Continuar investigando desde una perspectiva cualitativa en los/as profesionales que han obtenido mayores puntuaciones de DpE podría dar mayor información sobre el síndrome y permitiría diseñar de forma más eficiente estrategias que ayuden a combatir o minimizar sus riesgos.

Según los hallazgos, el Burnout y el DpE tienen relación directa, por lo que minimizar los riesgos en cada una de las dimensiones favorecerá a la otra. A su vez, ambas variables tienen relación inversa con los valores de la SC. Estudiar las variables que aumentan los niveles de SC puede ser una estrategia para conocer planes y estrategias que fomenten la satisfacción y contrarresten los efectos negativos de la práctica laboral.

Según los resultados inversos obtenidos entre la relación entre el cuidado personal y profesional con el DpE será necesario fomentar este tipo de prácticas en los/las trabajadores/as sociales. Un estudio más minucioso sobre los hábitos de los profesionales ayudaría a definir mejor las áreas a fomentar.

Las investigaciones están revelando los beneficios de las prácticas de *mindfulness* en los/as profesionales de la relación de ayuda. Se ha observado que este tipo de prácticas están muy poco instauradas en las vidas de los/as profesionales encuestados. Según los resultados obtenidos en otras investigaciones, implantar programas o talleres específicos para fomentar su práctica puede repercutir positivamente sobre el/la trabajador/a sociales, el cliente y la

institución. La propuesta e implantación de tales estudios sería otra línea de investigación destinada a mitigar y prevenir los efectos del DpE.

La reproducción de este estudio en otras Comunidades Autónomas puede generar resultados que sean más extrapolables a la población de trabajadores/as sociales española. Así, conocer el nivel de prevalencia del DpE en los/las trabajadores/as del territorio español puede dar más información sobre el fenómeno.

El DpE es un síndrome complejo, que según revelan las investigaciones está compuesto por multitud de variables tanto profesionales como personales. Debido a la viabilidad de la Tesis Doctoral, la presente investigación no podía tener en cuenta todas las potenciales variables (niveles de motivación, traumas no resueltos en los profesionales, enganche emocional en el proceso terapéutico, inteligencia emocional, resiliencia…). En futuros estudios pueden seleccionarse otro tipo de instrumentos que midan otras variables y obtener más información sobre el fenómeno.

Algunas de las futuras líneas de trabajo serían la creación de programas formativos específicos que permitirán mejorar el conocimiento y manejo de la Empatía. Estas formaciones tendrían la intención de potenciar las alianzas terapéuticas entre los/as profesionales y los clientes, mejorando su nivel de preocupación, pero disminuyendo su nivel de angustia. El conocimiento del cuerpo y la mente permite tener un mayor control emocional que facilita las relaciones con personas que están en procesos de dolor, trauma o angustia. Esta formación debería impartirse tanto en los estudios universitarios en Trabajo Social como en los centros de trabajo.

A la luz de los resultados, se abre la necesidad de fomentar la relación terapéutica entre profesionales y clientes desde modelos de Trabajo Social más actuales como el narrativo o el colaborativo. Apostar por la creación de programas formativos que incluyan otras bases

relacionales puede tener buenos resultados sobre los casos pero también sobre la percepción del propio profesional.

La creación e implantación de espacios de supervisión en los centros de Servicios Sociales de la isla puede dar respuesta a una necesidad de los profesionales que actualmente están cubriendo de manera informal. Estos espacios no solo son útiles para descongestionar los casos, sino también para reflexionar sobre los efectos que estos casos tienen en el/la profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, *2*(4), 1-22.

Adams, K. B., Matto, H., y Harrington, D. (2001). The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a Measure of Vicarious Trauma in a National Sample of Clinical Social Workers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *82*(4), 363-371. doi:10.1606/1044-3894.178

Adams, R., Boscarino, J., y Figley, C. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(1), 103-108. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103

Adams, R., Figley, C., y Boscarino, J. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its Use With Social Workers Following Urban Disaster. *Research on Social Work Practice*, *18*(3), 238-250. doi:10.1177/1049731507310190

Ahern, E. C., Sadler, L. H., Lamb, M. E., y Gariglietti, G. M. (2016). Wellbeing of Professionals Working with Suspected Victims of Child Sexual Explotation. *Child Abuse Review*, *26*(2), 130-140. doi:10.1002/car.2439

Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia Emocional y Desgaste por Empatía en terapeutas(I). *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, *24*(1), 43-56. doi:10.1002/bip.1970.360091211

Alonso, L. M., Caro, S. E., Erazo, A. M., y Díaz, V. P. (2013). Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, *29*(1), 22-33.

Anderson, H. (1999). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANECA. (2004). *Libro Blanco. Título de grado en Trabajo Social*. Huelva: ANECA.

Arvay, M., y Uhlemann, M. (1996). Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling*, *30*, 193-210.

Badger, K., Royse, D., y Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health and Social Work*, *33*(1), 63-71. doi:10.1093/hsw/33.1.63

Baird, K., y Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, *19*(2), 181-188. doi:10.1080/09515070600811899

Baldschun, A. (2018). The work-related well-being of social workers in relationships-based settings: A literature-based exploration of the importance of impaired work-related well-being on case autcomes. *Socialni Prace*, *18*(1), 5-18.

Banda, T. (2009). El nacimiento de una nueva profesión: el Trabajo Social. En T. Fernández-García (Ed.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 15-108). Madrid: Alianza Editorial.

Báñez, T., Besa, S., García, E., y Mas, A. (2016). Autoconocimiento y Trabajo social reflexivo. De cómo coprotagonizar una práctica dialogada del trabajo social. En A. Guinot, C. y Ferran (Ed.), *Trabajo Social: El arte de crear vínculos* (pp. 2019-228). Bilbao: DeustoDigital.

Baranowsky, A. (2002). The silencing responce in clinical practice. On the road to dialogue. En C. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 155-170). New York: Brunner-Mazel.

Barker, R. (2008). *The social work dictionary*. Washingtom, DC: NASH Press.

Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía Cero. Nueva teoria de la crueldad*. Madrid: Alianza Editorial.

Baron-Cohen, S., Chapman, E., Auyeung, B., Knickmeyer, R., Taylor, K., y Hackett, G. (2006). Foetal testosterone and empathy: Evidence from Empathy Quocient (EQ). *Social Neuroscience*, 135-148.

Baron-Cohen, S., y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *2*(163-175). doi:10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00

Batson, D. (1991). *The altruism question: Towars a social psychological answer*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Beaton, R., y Murphy, S. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En Figley Charles (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who trear the traumatized* (pp. 51-81). New York: Brunner-Mazel.

Bell, H., Kulkarni, S., y Dalton, L. (2003). Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, *84*(4), 463-470. doi:10.1606/1044-3894.131

Benito, E., Arranz, P., y Cancio, H. (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Actualizaciones*, *18*(2), 59-65.

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

Bernabé, J. J. (2013). *Desgaste por Empatía en psicólogos (Tesis Grado)*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Bernard, M., Pérez, J., Díaz, E., Garcia, C., y Villagrasa, V. (2012). Cuidado y autocuidado de los profesionales de intervención directa. Aragón: Plan Integral de la infancia y la adolescencia de Aragón.

Berzoff, J., y Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal*. doi:10.1007/s10615-010-0271-8

Biestek, F. (1966). *Las relaciones de «casework»*. Madrid: Aguilar.

Blom, B. (2002). The social worker-client relationship -a Sartrean approach. *European Journal of Social Work*, *5*(3), 277-285. doi:10.1080/714890055

Boscarino, J., Figley, C., y Adams, R. (2004). Compassion Fatigue Following the September 11 Terrorist Attacks: A Study of Secondary Trauma among New York City Social Workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, *6*(2), 57-66.

Bourassa, D. (2009). Compassion Fatigue and the Adult Protective Services Social Worker. *Journal of Gerontological Social Work*, *52*(3), 215-229. doi:10.1080/01634370802609296

Bourassa, D. (2012). Examining Self-Protection Measures Guarding Adult Protective Services Social Workers Against Compassion Fatigue. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(9), 1699-1715. doi:10.1177/0886260511430388

Bourassa, D., y Clements, J. (2010). Supporting ourselves: Groupwork interventions. *Groupwork*, *20*(2), 7-23. doi:10.1921/095182410X551702

Boyle, D. (2011). Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. *Online journal of issues in nursing*, *16*(1). /doi:10.3912

Boyle, D. (2015). Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing*, *45*(7), 48-51. doi:10.1097/01.NURSE.0000461857.48809.a1

Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., y Brokaw, B. F. (1999). Vicarious Traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *32*(4), 386-393. doi:10.1037/0735-7028.30.4.386

Bride, B. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, *52*, 63-70. doi:10.1093/sw/52.1.63

Bride, B., y Figley, C. (2007). The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 151-153. doi:10.1007/s10615-007-0093-5

Bride, B., Radey, M., y Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 155-163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7

Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B., y Figley, C. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, *14*(1), 27-35. doi:10.1177/1049731503254106

Brown, C., Ong, J., Mathers, J., y Decker, J. (2017). Compassion fatigue and mindfulness: Comparing mental health professionals and MSW student interns. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *14*(3), 119-130. doi:10.1080/23761407.2017.1302859

Brucato, B., y Neimeyer, G. (2009). Epistemology as a predictor of psychotherapists' self-care and coping. *Journal of Constructivist Psychology*, *22*(4), 269-282. doi:10.1080/10720530903113805

Butler, L. D., Carello, J., y Maguin, E. (2017). Trauma, Stress, and Self-Care in Clinical Training: Predictors of Burnout, Decline in Health Status, Secondary Traumatic Stress Symptoms, and Compassion Satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi:10.1037/tra0000187

Cacciatore, J., Carlson, B., Michaelis, E., Klimek, B., y Steffan, S. (2011). Crisis intervention by social workers in fire departments: An innovative role for social workers. *Social Work*, *56*(1), 81-88. doi:10.1093/sw/56.1.81

Call, J., y Tomasello, M. (2008). Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in Cognitive Sciences*, *12*(5), 187-192. doi:10.1016/j.tics.2008.02.010

Campbell, L. (2007). Utilizing Compassion Fatigue Education in Hurricanes Ivan and Katrina. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 165-171. doi:10.1007/s10615-007-0088-2

Campos-Méndez, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de "burnout" en profesionales de Centros de mayores en Extremadura (Tesis doctoral)*. Universidad de Extremadura, España.

Campos, J. F. (2007). Problemas y contextos en la práctica del Trabajo Social. Manuscrito no publicado: Universitat de les Illes Balears.

Campos, J. F., Cardona, J., Bolaños, I., y Cuartero, M. E. (2015). La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar: Hipótesis para una investigación. En M. Morelli y D. De Luise (Eds.), *Voci Dal X Congresso mondiale di mediazione. Una via verso la cultura della pace e la coesione sociale*. Zona.

Campos, J. F., Cardona, J., y Cuartero, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, *24*(24), 119-136. doi:10.14198/ALTERN2017.24.07

Candela, C., Barberá, E., Ramos, A., y Sarrió, M. (2002). Inteligencia emocional y la variable género. *Revista electronica de emoción y motivación*, *5*(10), 167-182.

Cardona, J. (2005). *Proyecto docente UIB: Trabajo Social con Casos (no publicado)*. Palma de Mallorca. Universitat de les Illes Balears.

Cardona, J. (2012). *La definición del Contexto de intervención en el trabajo social de casos (Tesis doctoral)*. Universidad de las Islas Baleares.

Cardona, J. (2017). La construcción del contexto de intervención profesional. En A. Ituarte (Ed.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (pp. 67-86). Valencia: Nau Llibre.

Cardona, J., Cuartero, M. E., y Campos, J. F. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I). *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, *24*, 67-90.

Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., y Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, *23*(2), 186-195. doi:10.1037/trm0000061

Carkhuff, R. (1969). *Helping and Human Relations*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Carpena, A. (2016). *La empatía es posible. Educación emocional para una sociedad empática*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Carrasco, M. A., Delgado, B., Barbero, M. I., Holgado, F., y del Barrio, M. V. (2011). Propiedades psicométricas del interpersonal reactivity index (IRI) en población infantil y adolescente española. *Psicothema*, *23*(4), 824-831.

Casement, P. (1990). *Aprender del paciente*. Buenos Aires: Amorrotu editores.

Castillo, A. (2016a). La empatía y sus dimensiones en el alumnado del título de Grado en Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid. En G. Carbonero, Raya, Caparrós (Ed.), *Respuestas Transdisciplinares en una sociedad Glogal. Derechos humanos e innovación social.* Logroño, La Rioja.

Castillo, A. (2016b). *La enseñanza y el aprendizaje de la empatía para el trabajo social (Tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid, España.

CDTS. (2007). *La formación universitaria en Trabajo Social. Criterios para el diseño de planes de estudios de títulos de Grado en Trabajo Social*. (Conferencia de Directores/as de Centros y Departamentos de Trabajo Social y Junta de Gobierno del Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Ed.). Barcelona: Consejo Generl de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Ceberio, M., y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ceberiro, M., y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.

Cerros-Rodríguez, E. (2016). Una mirada hacia las emociones que experimentan los trabajadores sociales que atienden enfermos terminales. *Global Social Work. Social Intervention Research*, *6*(11), 78-98.

Choi, G. Y. (2011). Organizational Impacts on the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors. *Administration in Social Work*, *35*(3), 225-242. doi:10.1080/03643107.2011.575333

Choi, G. Y. (2017). Secondary Traumatic Stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *Journal of Social Work*, *17*(3), 358-378. doi:10.1177/1468017316640194

Coetzee, S. K., y Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & health sciences*, *12*(2), 235-43. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x

Cohen, M., y Gagin, R. (2005). Can Skill-Development Training Alleviate Burnout in Hospital Social Workers? *Social Work in Health Care*, *40*(4), 83-97. doi:10.1300/J010v40n04_05

Colleti, M., y Linares, J. . (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

Collins, S., y Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(1), 17. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x

Collins, W. L. (2005). Embracing spirituality as an element of professional self-care. *Journal of the National Association of Christians in Social Work*, *32*(3), 263-274.

Conrad, D., y Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, *30*(10), 1071-1080. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.009

Consejo General del Trabajo Social. (2014). *Informe de los Servicios Sociales en España. ISSE*. ESPAÑA: CGTS.

Consejo General del Trabajo Social. (2015). *Código Deontológico de Trabajo Social*. CGTS.

Corbera, E. (2017). *Un método para el bienestar emocional. Bioneuroemoción*. Barcelona: El grano de mostaza.

Cox, K., y Steiner, S. (2013a). Preserving Commitment to Social Work Service Through the Prevention of Vicarious Trauma. *Journal of Social Work Values and Ethics*, *10*(1), 52-60.

Cox, K., y Steiner, S. (2013b). *Self-Care in Social Work: A Guide for Practitioners, Supervisors, and Administrators*. Washingtom, DC: NASH Press.

Cronin, M. S., Ryan, D. M., y Brier, D. (2007). Support for staff working in disaster situations: A social work perspective. *International Social Work*, *50*(3), 370-382. doi:10.1177/0020872807076050

Crowder, R., y Sears, A. (2017). Building Resilience in Social Workers: An Exploratory Study on the Impacts of a Mindfulness-based Intervention. *Australian Social Work*, *70*(1), 17-29. doi:10.1080/0312407X.2016.1203965

Cuartero, M. E. (2018). Desgaste por Empatía: cómo ser un profesional del Trabajo Social y

no desfallecer en el intento. *Cuadernos de Trabajo Social*, *11*, In press.

Cuartero, M. E., y Cañas, A. (2017). El árbol de la vida como herramienta para el autoconocimiento del trabajador social. En *Comunidades sostenibles: Dilemas y retos desde el trabajo social* (p. Capítulo 16). Mérida: Thomson Reuters.

Cuartero, M. E., y Casado, T. (2016). Empatía y/o Ecpatía; Encontrando el equilibrio en el arte de crear vínculos. En A. Guinot, F. y Ferran (Ed.), *Trabajo social: el arte de crear vínculos* (pp. 241-250). Bilbao: DeustoDigital.

Cuff, B., Brown, S., Taylor, L., y Howat, D. (2014). Empathy: A review of the concept. *Emotion Review*, *8*(2), 144-153. doi:10.1177/1754073914558466

Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work*, *48*(4), 451-459. doi:10.1093/sw/48.4.451

Dagan, K., Itzhaky, H., y Ben-Porat, A. (2015). Therapists Working With Trauma Victims: The Contribution of Personal, Environmental, and Professional-Organizational Resources to Secondary Traumatization. *Journal of Trauma and Dissociation*, *16*(5), 592-606. doi:10.1080/15299732.2015.1037038

Dagan, S., Ben-Porat, A., y Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse and Neglect*, *51*, 203-211. doi:10.1016/j.chiabu.2015.10.008

Dal-Pra, M. (1994). Problemas de definición y referencias teóricas. En E. Bianchi (Ed.), *El servicio social como proceso de ayuda* (pp. 24-35). Barcelona: Paidós.

Dane, B., y Chachkes, E. (2001). The cost of caring for patients with an illness: contagion to the social worker. *Social work in Health Care*, *33*(2), 31-50. doi:10.1300/J010v33n02_03

Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., y Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in emergency care: A mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, *32*(8), 588-594. doi:10.1136/emermed-2014-203671

Davis, M. H. (1980). A multimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, *10*, 85.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a

multidimensional approach. *Jounal of Personality and Social Psychology*, *44*, 113-126.

Davis, M. H. (1996). *Empathy. A social psychological Approach*. New York / London: Routlege. Taylor & Francis Group.

De Bray, L. (1973). Enseñanza del casework. En L. De Bray y J. Tuerlinckx (Eds.), *La asistencia social individual* (pp. 40-122). Madrid: Aguilar.

De Robertis, C. (2006). *Metodología de la intervención en el trabajo social*. LUMEN HUMANITAS.

De Shazer, S. (1992). *Claves en Psicoterapia Breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.

Decety, J., y Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, *3*, 71-100. doi:10.1177/1534582304267187

Decety, J., y Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, *6*, 1146-1163. doi:10.1100/tsw.2006.221

Decker, J. T., Brown, J. L. C., Ong, J., y Stiney-Ziskind, C. A. (2015). Mindfulness, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction among Social Work Interns. *Social Work & Christianity*, *42*(1), 28-42.

Dekel, R., y Baum, N. (2010). Intervention in a Shared Traumatic Reality : A New Challenge for Social Workers. *British Journal of Social Work*, *40*(October 2009), 1927-1944.

Depanfilis, D. (2006). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction: Implications for retention of workers. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 1067-1069.

Dietrich, G. (1986). *Psicología general del Conselling.* Madrid: Heider.

Duncan, B., Hubble, M., y Miller, S. (2003). *Psicoterapia con casos imposibles: tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Paidós.

Duncan, B., Miller, S., Wambold, B., y Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change.* Washingtom, DC: American Psycological Association.

Dutton, M. ., y Rubenstein, F. . (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who trear the traumatized*. New York: Brunner-Routledge.

Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, *13*(2), 127-133.

Eisenberg, N., y Eggum, N. (2009). Empathic Responding: Sympathy and Personal Distress. En *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 71-83). Cambridge: The MIt Press. doi:10.7551/mitpress/9780262012973.003.0007

Eisenberg, N., y Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, *14*(2), 131-149. doi:10.1007/BF00991640

Eisenberg, N., y Strayer, J. (1992). Cuestiones fundamentales en el estudio de la empatía. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 13-23). Bilbao: Biblioteca de Psicología.

Elkaim, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica? *Perspectivas sistémicas*, *42*(julio-agosto).

Erskine, R., Moursund, J., y Trautmann, R. (2012). *Más allá de la Empatía*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Everall, R., y Paulson, B. (2004). Burnout and Secondary Traumatic Stress: Impact on ethical behaviour. *Canadian Journal of Counselling*, *38*(1), 25-35.

Fahy, A. (2007). The Unbearable Fatigue of Compassion: Notes from a Substance Abuse Counselor Who Dreams of Working at Starbuck's. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 199-205. doi:10.1007/s10615-007-0094-4

Fernández-García, T., y Ponce de León, L. (2005). Naturaleza, filosofia, valores y principios del Trabajo Social Con Casos. En T. Fernández-García (Ed.), *Trabajo Social con Casos* (pp. 33-58). Alianza Editorial.

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicologia*, *24*(2), 284-298. doi:10.6018/42831

Fernández, J. (1997). *La supervisión en el trabajo social*. Barcelona: Paidós.

Fernando, A., y Consedine, N. (2014). Beyong Compassion Fatigue: The transactional model of physician compassion. *Journal of pain and symptom management*, *4*(2), 289-298.

Feyerabend, P. (2003). *Tratado contra el método*. Madrid: Técnos.

Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized.* New York: Brunner-Mazel.

Figley, C. (1997). *Burnout in Families: The systemic cost of caring*. New York: CRC Press.

Figley, C. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(11), 1433-1441. doi:10.1002/jclp.10090

Figley, C. (2014). A generic model of Compassion Fatigue Resilience. Recuperado de http://figley.blogspot.com/.

FITS. (2014). Definición global de Trabajo Social(Federación Internacional de Trabajadores Sociales). Recuperado 15 de agosto de 2018, a partir de /www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/?lang=es

FITS. (2018). *Declaración de los principios éticos del Trabajo Social*. Global: Federación Internacional del Trabajo Social.

Foa, E., Rothbaum, B., Riggs, D., y Murdock, T. (1991). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(5), 715-723. doi:10.1037/0022-006X.59.5.715

Fombuena-Valero, J. (2011). ¿Quién es el otro del Trabajo Social? Alteridad y Trabajo Social. *Portularia*, *XI*(2), 61-68.

Forster, D. (2009). Rethinking Compassion Fatigue as moral stress. *Journal of Ethics in Mental Health*, *4*, 1-4.

Fraidlin, N., y Rabin, B. (2006). Social Workers Confront Terrorist Victims. *Social Work in Health Care*, *43*(2-3), 115-130. doi:10.1300/J010v43n02_08

Freeman, J., Epston, D., y Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.

Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.

Frith, C., y Frith, U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. *Neuron*, *50*(4), 531-534. doi:10.1016/j.neuron.2006.05.001

Gagin, R., Cohen, M., y Peled-Avram, M. (2005). Family support and victim identification in mass casualty terrorist attacks: An integrative approach. *International Journal Emergency Mental Health*, *7*(2), 125-132.

Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., y Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-

cultural diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, *53*(3), 598-604. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014

Gallese, V. (2001). The 'Shared Manifold' hypothesis. *Journal of Counsciousness Studies*, *5*, 33-50. doi:10.1159/000072786

Gallese, V. (2014). Vittorio Gallese, empatia e simulazione incarnata. Italia: VIDEOCHANNEL, Psychiatry on-line Italia.

Geoffrion, S., Morselli, C., y Guay, S. (2016). Rethinking Compassion Fatigue Through the Lens of Professional Identity. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(3), 270-283. doi:10.1177/1524838015584362

Gerdes, K. E., Lietz, C., y Segal, E. (2011). Measuring empathy in the 21st century: Development of an empathy index rooted in social cognitive neuroscience and social justice. *Social Work Research*, *35*(2), 83-93. doi:10.1093/swr/35.2.83

Gerdes, K. E., y Segal, E. (2011). Importance of empathy for social work practice: Integrating new science. *Social Work*, *56*(141), 148. doi:10.1093/sw/56.2.141

Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (2009). *Relational being, beyong self and community*. New York: Oxford University Press.

Ghesquiere, A., Plichta, S. ., McAfee, C., y Rogerss, G. (2018). Professional quality of live of adult protective service workers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, *30*(1), 1-19.

Gil, S. (2015). Is Secondary Traumatization a Negative Therapeutic Response? *Journal of Loss and Trauma*. doi:10.1080/15325024.2014.921036

Gil, S., y Weinberg, M. (2015). Secondary trauma among social workers treating trauma clients: The role of coping strategies and internal resources. *International Social Work*, *58*(4), 551-561. doi:10.1177/0020872814564705

Gilmore, C. (2012). Compassion Fatigue. What is it and how to avoid it. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, *18*(32-33).

Giordani, B. (2003). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Glasersfeld, E. (1998). Introducción al constructivismo radical. En P. Watzlawick (Ed.), *La realidad invertida* (pp. 20-37). Barcelona: Gedisa.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (2006). *Inteligencia Social*. Barcelona: Kairós.

González de Rivera, J. (2004). Empatía y Ecpatía. *Psiquis*, *25*(6), 243-254.

González de Rivera, J. (2005). Empatía y Ecpatía. *Advances in relation mental health*, *4*(2), 1-8.

Grant, L. (2014). Hearts and Minds: Aspects of Empathy and Wellbeing in Social Work Students. *Social Work Education*. doi:10.1080/02615479.2013.805191

Guerra, C., Mujica, A., Nahmias, A., y Rojas, N. (2011). Análisis psicometrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, *43*(2), 319-328.

Guerra, C., y Pereda, N. (2015). Estrés Traumático Secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas, víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicologií*, *45*(2), 177-188.

Guerra, C., Rodríguez, K., y Morales, G. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhe*, *17*(2), 67-78.

Hamilton, G. (1960). *Teoria y práctica del Trabajo Social*. México DF: Prensa Médica Mexicana.

Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, *4*(1), 67-76. doi:10.1037/1040-3590.4.1.67

Hanrahan, C., Sabo, B., y Robb, P. (2017). Secondary Traumatic Stress and Veterinarians: Human-Animal Bonds as Psychosocial Determinants of Health. *Traumatology*, *24*(1), 73-82. doi:10.1037/trm0000135

Harr, C., y Moore, B. (2011). Compassion Fatigue among social work students in field placements. *Journal of Teaching in Social Work*, *31*(3), 350-363. doi:10.1080/08841233.2011.580262

Hawkins, P., y Shohet, R. (2000). *Supervision in the helping professions*. Philadelphia: Open University Press.

Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapist. *Clinical Social Work Jounal*, *30*, 293-309.

Hoffman, M. (1976). Empathy, role-taking, guilt, and development of altruistic motives. En

T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior: Theory, research and social issues* (pp. 124-143). New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Hoffman, M. (1977). Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, *84*(4), 712-722. doi:10.1037/0033-2909.84.4.712

Hoffman, M. (1990). *Desarrollo moral y empatía: implicaciones para la atención y justicia*. Barcelona: Idea Books.

Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*(3), 307-316. doi:10.1037/h0027580

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Cohen, M., Gonnella, J., Erdmann, J., … Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, *61*(2), 349-365. doi:10.1177/00131640121971158

Holmgren, R., Eisenberg, N., y Fabes, R. (1998). The Relations of Children's Situational Empathy-related Emotions to Dispositional Prosocial Behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, *22*(1), 169-193. doi:10.1080/016502598384568

Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209-218. doi:10.1097/00006842-197905000-00004

Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *18*(4), 454-458. doi:10.1188/14.CJON.454-458

Howe, R. H., y Von Foerster, H. (1975). Introductory comments to Francisco Varela's calculus for self-reference. *International Journal of General Systems*, *2*(1), 1-3. doi:10.1080/03081077508960827

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., y Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. doi:10.1111/jnu.12122

Hyman, O. (2004). Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(2), 149-156. doi:10.1023/B:JOTS.0000022621.27014.0e

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

Iannitelli, S., y Mestres, M. (2005). Evolución historica de los métodos en Trabajo Social de Casos. En T. Fernánde-García (Ed.), *Trabajo Social con Casos* (pp. 17-32). Madrid: Alianza Editorial.

Igartua, J. J., y Páez, D. (1998). Validez y fiabilidad de una escala de empatía e identificación con los personajes. *Psicothema, 10*(2), 423-436.

IMAS. (2017). *Memòria IMAS*. Palma de Mallorca.

Inbar, J., y Ganor, M. (2003). Trauma and Compassion Fatigue: Helping the Helpers. *Journal of Jewish Communal Service, Winter/spr*, 109-111.

Ituarte, A. (2017). Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico. En A. Ituarte (Ed.), *Practicas del Trabajo Social Clínico* (pp. 19-44). Valencia: Nau Llibres.

Itzick, M., y Kagan, M. (2017). Intention to Leave the Profession: Welfare Social Workers Compared to Health Care and Community Social Workers in Israel. *Journal of Social Service Research*. doi:10.1080/01488376.2016.1246402

Itzick, M., Kagan, M., y Ben-Ezra, M. (2018). Social Worker characteristics associated with perceived meaning in life. *Journal of Social Work, 18*(3), 326-347.

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

Jenkins, S. R., y Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 423-432. doi:10.1023/A:1020193526843

Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing, 22*(116), 118-9.

Jonason, P., Lyons, M., Bethell, E., y Ross, R. (2013). Different routes to limited empathy in the sexes: Examining the links between the Dark Triad and empathy. *Personality and Individual Differences, 54*(5), 572-576. doi:10.1016/j.paid.2012.11.009

Jordan, K. (2010). Vicarious trauma: Proposed factors that impact clinicians. *Journal of Family Psychotherapy, 21*(4), 225-237. doi:10.1080/08975353.2010.529003

Joubert, L., Hocking, A., y Hampson, R. (2013). Social Work in Oncology-Managing: Vicarious Trauma-The Positive Impact of Professional Supervision. *Social Work in Health Care*, *52*(2-3), 296-310. doi:10.1080/00981389.2012.737902

Kagan, M., y Itzick, M. (2017). Work-related factors associated with psychological distress among social workers. *European Journal of Social Work, on-line*(on-line advanced). doi:10.1080/13691457.2017.1357021

Kapoulitsas, M., y Corcoran, T. (2014). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work, 14*(1), 86-101. doi:10.1177/1473325014528526

Keane, T., Caddell, J., y Taylor, K. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three Studies in Reliability and Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(1), 85-90. doi:10.1037/0022-006X.56.1.85

Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, y Mount. (2009). Self-care of Physicians Caring for Patients at the end of Life. *JAMA*, *301*(11), 1155-1164. doi:10.1001/jama.2009.352

Kelly, J. (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

King, S. H. (2011). The structure of Empathy in social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *21*(6), 679-695. doi:10.1080/10911359.2011.583516

Kohut, H. (1971). *Análisis del Self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrotu editores.

Kostouros, P., y Wenzel, J. (2017). Depictions of suffering in the postsecondary classroom. *Traumatology*, *23*(3), 250-257. doi:10.1037/trm0000110

Kuehl, B., Newfield, N., y Joanning, H. (1990). A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*, *3*(3), 310-321. doi:10.1037/h0080546

Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de Burnout) en los Trabajadores Sociales. *Portularia, 4*, 499-506.

Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao: Desclée de Brower.

Lazarus, R., y Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós Iberica.

Ledoux, K. (2015). Understanding Compassion Fatigue: Understanding compassion. *Journal of Advanced Nursing, 71*(9), 2041-2050. doi:10.1111/jan.12686

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

Lee, J., Miller, S., y Bride, B. (2016). Development and Initial Validation of the Self-Care Practices Scale (SCPS). En *Society for Social Work and research*. Washingtom, DC: SSWR.

Leon, A. M., Altholz, J., y Dziegielewski, S. (1999). Compassion fatique: Considerations for working with the elderly. *Journal of Gerontological Social Work, 32*(1), 43-62. doi:10.1300/J083v32n01_04

Lietz, C., Gerdes, K., Sun, F., Mullins Geiger, J., Wagaman, M. A., y Segal, E. (2011). The Empathy Assessment Index (EAI): A Confirmatory Factor Analysis of a Multidimensional Model of Empathy. *Journal of the Society for Social Work and Research, 2*(2), 104-124. doi:10.5243/jsswr.2011.6

Linley, P. (2003). Positive Adaptation to Trauma: Wisdom as Both Process and Outcome. *Journal of Traumatic Stress, 16,* 601-610. doi:10.1023/B:JOTS.0000004086.64509.09

Lipchik, E. (2005). *Terapia centrada en soluciones. Más allá de la técnica: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.

López-Curbelo, M., Acosta-Pérez, I., García-García, L., y Fumero, A. (2006). Inteligencia emocional en policías locales. *Ansiedad y Estrés, 12*, 463-477.

López, M. B., Filippetti, V. A., y Richaud, M. C. (2014). Empatía: Desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana, 32*(1), 37-51. doi:10.12804/apl32.1.2014.03

Lowe, C. (2016). The Professional's Influence within the Client System: Exploring Counter-Transference and Adult Attachment within the Therapeutic Relationships with Children Experiencing Abuse and Their Caregivers. *Journal of Social Work Practice, 30*(1), 59-68. doi:10.1080/02650533.2015.1035236

Lynch, S. H., y 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

Madrid-Soriano, J. (1997). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Madsen, W. (2014). Taking it to the Streets: Family Therapy and Family-Centered Services. *Family Process*, *53*(3), 380-400. doi:10.1111/famp.12089

Madsen, W. (2018). Ayuda Colaborativa: un marco para el trabajo con familias en servicios sociales. En A. Moreno (Ed.), *La practica de la terapia sistémica* (pp. 373-412). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Madsen, W., y Gillespie, K. (2014). *Collaborative Helping: A Strenghts Framework for Home-Based Services*. New York: Wiley.

Maín, V., Rondón, J., Tauber, L., Viñuela, M., y Zamponi, J. (2009). ESAPE: escala para evaluar el Sindrome de Desgaste por Empatía. Argentina: Universidad Católica de Santa Fe.

Marcia, J. (1992). Empatía y psicoterapia. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 95-116). Bilbao: Biblioteca de Psicología.

Marroquín, M. (2002). La empatía redimensionada. La compleja evolución del concepto. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, *60*(421-433).

Martín, R. M., Montes, M., y Berasategui, B. (2004). Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: La experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid) tras el 11-M. *Cuadernos de Crisis*, *2*(3), 60-71.

Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. (1996). The Maslach Burnout Inventory: Manual. doi:10.1002/job.4030020205

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

Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook*. New York: Routledge.

Maturana, H., y Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition*. New York: Reidle Publishing Company.

Maturana, H., y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Edición Universitaria.

McCann, L., y Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding tile psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, *3*, 131-

147. doi:10.1007/BF00975140

McFadden, P., Campbell, A., y Taylor, B. (2015). Resilience and Burnout in Child Protection Social Work: Individual and Organisational Themes from a Systematic Literature Review. *British Journal of Social Work*, *45*(5), 1546-1563. doi:10.1093/bjsw/bct210

McHolm, F. (2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Christian nursing*, *23*(4), 12-19.

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., y Aiken, L. H. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*. doi:10.1377/hlthaff.2010.0100

McLean, S., Wade, T. D., y Encel, J. S. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(4), 417-428. doi:10.1017/S135246580300403X

Mehrabian, A. (1997). Analysis of affiliation-related traits in terms of the PAD temperament model. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *131*(1), 101-117. doi:10.1080/00223989709603508

Mehrabian, A., y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, *40*(4), 525-543. doi:10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x

Mestre-Miquel, J. M. (2015). *Percepción del bienestar profesional de las Trabajadoras Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios de Mallorca (Tesis doctoral)*. Universidad Pública de Navarra.

Mestre, V., Frías, M., y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, *16*(2), 255-260.

Miller, S., y Duncan, B. (2000). Paradigm Lost: From Model-Driven to Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work. *Journal of Systemic Therapies*, *19*(1), 20-34. doi:10.1521/jsyt.2000.19.1.20

Mnookin, R. H., Peppet, S. R., y Tulumello, A. S. (1996). The tension between empathy and assertiveness. *Negotiation Journal*, *12*(3), 217-230.

Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., y Lavblle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in indochinese refugees. *Journal of*

Nervous and Mental Disease, 180(2), 111-116. doi:10.1097/00005053-199202000-00008

Monbourquette, J. (2004). *De la autoestima a la estima del yo profundo*. Cantabria: Sal Terrae.

Moreno-Jiménez, B., Carmona, I., Blanco, L. M., y Meda, R. M. (2013). Trauma y Trabajo: El Estrés Traumático Secundario. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Eds.), *Salud Laboral: Riesgos Psicosociales y Bienestar Laboral* (pp. 197-222). Madrid: Pirámide.

Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Losada, M., Rodriguez, R., y Garrosa, E. (2004). El Estrés Traumático Secundario: evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, *22*(1), 69-76.

Moreno, A., y Fernández, I. (2014). Destrezas terapéuticas sistémicas. En A. Moreno (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 211-262). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Moreno, D. (2004). Equipos de intervención psicosocial en emergencias de Cruz Roja Española. *Cuadernos de Crisis*, *2*(3), 43-54.

Morett, N. (2005). *El desgaste professional y el estrés traumático secundario en una muestra de bomberos (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Moya, L. (2014). *La empatía. Entenderla para entender a los demás.* Barcelona: Plataforma editorial.

Muñiz, J., Elousa, P., y Ronald, K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, *25*(2), 151-157.

Muñoz, A. P., y Chaves, L. (2013). La empatía: ¿un concepto unívoco? *Katharsis-Institución Universitaria de Envigado*, *16*, 123-143.

Naturale, A. (2007). Secondary Traumatic Stress in Social Workers Responding to Disasters: Reports from the Field. *Clinical Social Work Journal*, *35*(3), 173-181. doi:10.1007/s10615-007-0089-1

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

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., y Pfaff, H. (2009). Analyzing the «nature» and «specific effectiveness» of clinical empathy: A theoretical

overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, *74*(3), 339-346. doi:10.1016/j.pec.2008.11.013

Newell, J. M., y Nelson-Gardell, D. (2014). A competency-based approach to teaching professional self-care: An ethical consideration for social work educators. *Journal of Social Work Education*, *50*(3), 427-439. doi:10.1080/10437797.2014.917928

Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., y MacNeil, G. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, and Abuse*, *17*(3), 306-313. doi:10.1177/1524838015584365

Nichols, M. P. (1995). *El arte perdido de escuchar*. (Guilford P, Ed.). New York.

O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Paquin, G. (2009). *Clinical Social Work: A narrative Approach*. Virginia: Council on Clinical Social Work Education.

Partab, R. (2010). Reflections on Burnout and self-care management in social work. *Social Work*, *46*(4), 496-512.

Payne, M. (1997). *Modern Social Work Theory*. London: Macmillan.

Pearlman, L. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale (Manual)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Pearlman, L., y Mac Ian, P. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*, 558-565. doi:10.1037/0735-7028.26.6.558

Pearlman, L., y Saakvitne, K. (1995). Treating therapist with vicarius traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who trear the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner-Mazel.

Pelon, S. B. (2017). Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Hospice Social Work. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*. doi:10.1080/15524256.2017.1314232

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

Perlman, H. (1980). *El trabajo social individualizado*. Madrid: Rialp.

Pettit, J. W., Grover, K. E., y Lewinsohn, P. M. (2007). Interrelations between psychopathology, psychosocial functioning, and physical health: An integrative perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(2), 453-476.

Piaget, J., y Inhelder, B. (1956). *The childs conception of space*. London: Routledge & Kegan Paul.

Plutchik, R. (1992). Bases evolucionistas de la empatía. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 48-57). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Pockett, R. (2003). Staying in hospital social work. *Social work in health care*, *36*(3), 1-24. doi:10.1300/J010v36n03

Pooler, D. K., Wolfer, T., y Freeman, M. (2014). Finding Joy in Social Work II: Intrapersonal Sources. *Social Work*, *59*(3), 213-221. doi:10.1093/sw/swu020

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., y Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *14*(5). doi:10.1188/10.CJON.E56-E62

Premack, D., y Woodruff, G. (1977). Does the chimpanze have a theory of mind? *Behanioral and Brain Sciences*, *1*(4), 515-526.

Preston, S., y de Waal, F. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, *25*(1), 1-20. doi:10.1017/S0140525X02000018

Puig, C. (2011). Trabajo Social y supervisión: un encuentro necesario para el desarrollo de las competencias profesionales. *Documentos de Trabajo Social . Revista de Trabajo social y Acción Social*, *49*, 47-73.

Puig, C. (2015). Diez propuestas para cuidarse y cuidar en las profesiones sociales. Hacia la construcción de una cultura del cuidado en los profesionales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, *22*, 171-184.

Puig, C. (2016). *La supervisión en la acción social*. Barcelona: Editorial Universitat Rovira i Virgili.

Puig, C. (2017). Cuidarse para poder cuidar. Atendiendo el malestar de las profesionales sociales. *Fronteras*, *10*, 175-184.

Radey, M., y Figley, C. (2007). The Social Psychology of Compassion. *Clinical Social Work*

Journal, *35*(3), 207-214. doi:10.1007/s10615-007-0087-3

Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa.* Barcelona: Paidós.

Ray, S. L., Wong, C., White, D., y Heaslip, K. (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, work life conditions, and Burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, *19*(4), 255-267. doi:10.1177/1534765612471144

Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., y Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, *3*(2), 131-141. doi:10.1016/0926-6410(95)00038-0

Rizzolatti, G., y Sinigaglia, C. (2008). *Neuronas Espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós. doi:10.1002/0470018860

Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rodríguez-Rodríguez, A. (2007). Más allá de la perspectiva crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, *20*, 117-137.

Rodríguez-Vega, B., y Fernández-Liria, A. (2014). La supervisión. En A. Moreno (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica* (pp. 555-586). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rodríguez, C., De Lucas, S., Benítez, R., Albarca, A., García, C., y Moreno, J. (2003). *Manual para el trabajo social de acompañamiento en los itinerarios de inserción*. Madrid: Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.

Rogers, C. (1984). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.

Rohan, E., y Bausch, J. (2009). Climbing Everest: Oncology work as an expedition in caring. *Journal of Psychosocial Oncology*, *27*(1), 74-118. doi:10.1080/07347330802616043

Rothschild, B. (2006). *Ayuda para el profesional de la ayuda.* New York: Desclée de Brouwer.

Rubin, B., y Bloch, E. (2000). *Intervención en crisis y respuestas al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Rueckert, L., y Naybar, N. (2008). Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain and Cognition*, *67*(2), 162-167. doi:10.1016/j.bandc.2008.01.002

Safran, J., y Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento*

relacional. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Salcedo, D. (2000). La evolución de los principios del trabajo social. *Acciones e investigación social, 11*, 79-112.

Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185-211. doi:10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

Salston, M., y Figley, C. (2003). Secondary Traumatic Stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 167-174. doi:10.1023/A:1022899207206

Sánchez-Queija, I., Oliva, A., y Parra, Á. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicologia Social, 21*(3), 259-271. doi:10.1174/021347406778538230

Sansó, N. (2015). *Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Variables moduladoras y consecuentes (Tesis doctoral)*. Universitat de les Illes Balears, España.

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C., y Benito, E. (2018). Evaluación de una Intervención Mindfulness en Equipos de Cuidados Paliativos. *Psychosocial Intervention*, (2b), 1-8. doi:10.5093/pi2018a7

Santiago, L. (2013). Modelo sistémico aplicado a Familias. Apuntes de Terapia Familiar. Barcelona: kine.org.

Satir, V. (1998). *Autoestima. El tesoro inagotable que hay dentro de ti*. Madrid: Neo Person.

Saxo, D. (2017). NASW Specialty practice section. *The truth about Self-Care*.

Schaufeli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., y Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout measure. *Psychology and Health, 16*(5), 565-582. doi:10.1080/08870440108405527

Schuler, B. R., Bessaha, M. L., y Moon, C. A. (2016). Addressing Secondary Traumatic Stress in the Human Services: A Comparison of Public and Private Sectors. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance, 40*(2), 94-106. doi:10.1080/23303131.2015.1124060

Segado, S. (2011). *Nuevas tendencias en Trabajo Social con Familias. Una propuesta para la práctia desde el empowerment*. Madrid: Trotta.

Shemmings, D. (2017). Future proofing child protection social work. *Journal of Children's Services, 12*(2-3), 119-130.

Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *The American Journal of Hospice & Palliative Care, 27*(4), 239-42. doi:10.1177/1049909109354096

Simon, E. ., Pryce, J., Roff, L., y Klemmack, D. (2005). Secondary Traumatic Stress and Oncology Social Work. *Journal of Psychoisocial Oncology, 23*(4), 1-14.

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., y Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies, 69*, 9-24. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003

Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W., Carson, A., y Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine, 27*(2), 172-178. doi:10.1177/0269216311431311

Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Revista Sistemas Familiares, 2*, 65-68.

Sluzki, C. (2014). Prólogo: manual de terapia sistémica. En A. Moreno (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica* (pp. 12-16). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., y Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & Health Sciences, 16*(1), 3-10. doi:10.1111/nhs.12068

Smith, B. D. (2007). Shifting Through Trauma: Compassion Fatigue and HIV/AIDS. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 193-198. doi:10.1007/s10615-007-0096-2

Sodeke-Gregson, E., Holttum, S., y Billings, J. (2013). Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(supl), 1-10. doi:10.3402/ejpt.v4i0.21869

Sprang, G., Clark, J. J., y Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma, 12*(3), 259-280. doi:10.1080/15325020701238093

Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., y Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, *91*(1), 62-71. doi:10.1080/00223890802484381

Stamm, B. H. (2002). Measuring Compassion Fatigue as well as fatigue:development history of the compassion Satisfaction and Fatigue test. En C. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. New-York: Brunner-Routledge.

Stamm, B. H. (2005a). Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción por Compasión IV (versión español). *ProQOL. org*, *1*.

Stamm, B. H. (2005b). The ProQOL -vIV. The professional quality of life scale: compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales -. Recuperado 12 de enero de 2017, a partir de ProQol.org

Stamm, B. H. (2005c). The ProQOL Manual. *The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue / Secondary Trauma Scales*.

Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual (Second edition). Recuperado 15 de junio de 2018, a partir de http://www.proqol.or

Stamm, B. H. (2012). Helping the Helpers : Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Self-Care, management, and policy of suicide prevention hotlines. *Resources for community suicide prevention*. Idaho State University: Institute of Rural Health.

Stanley, S., y Sethuramalingam, V. (2015). Empathy in psychosocial intervention: A theoretical overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, *20*(1), 48-58.

Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *10*(4), 317-338. doi:10.1080/15487760701680570

Tallman, K., y Bohart, A. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. En M. Hubble, B. Duncan, y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy.* (pp. 91-131). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/11132-003

Tausch, A., y Tausch, R. (1987). *Psicoterapia de la conversación*. Barcelona: Herder.

Thieleman, K., y Cacciatore, J. (2014). Witness to suffering: Mindfulness and compassion

fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social Work (United States), 59*(1), 34-41. doi:10.1093/sw/swt044

Thomas, J. (2013). Association of Personal Distress With Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Among Clinical Social Workers. *Journal of Social Service Research, 39*(3). doi:10.1080/01488376.2013.771596

Thomas, J. (2016). Adverse childhood experiences among MSW students. *Journal of Teaching in Social Work, 36*(3), 235-255. doi:10.1080/08841233.2016.1182609

Tirapu-Ustárroza, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., y Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología, 44*(8), 479-489.

Toh, Y., Karthik, R., Teo, C., Suppiaah, S., Cheung, S., y Krishna, L. (2018). Toward Mentoring in Palliative Social Work: A Narrative Rewiew of Mentoring Programs in Social Work. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 35*(3), 523-531.

Trowbridge, K., y Lawson, L. (2016). Mindfulness-based interventions with social workers and the potential for enhanced patient-centered care: A systematic review of the literature. *Social Work in Health Care, 55*(2), 101-124. doi:10.1080/00981389.2015.1094165

Tuerlinckx, J. (1973a). La naturaleza y fundamentos del casework social. En L. De Bray y J. Tuerlinckx (Eds.), *La asistencia social individual* (pp. 22-36). Madrid: Aguilar.

Tuerlinckx, J. (1973b). Los orígenes del casework social. En L. De Bray y J. Tuerlinckx (Eds.), *La asistencia social individualizada* (pp. 8-21). Madrid: Aguilar.

Tyson, J. (2007). Compassion Fatigue in the Treatment of Combat-Related Trauma During Wartime. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 183-192. doi:10.1007/s10615-007-0095-3

Urzúa, A., y Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30*(1), 718-4808. doi:10.4067/S0718-48082012000100006

Von Foerster, H. (1998). Construyendo una realidad. En P. Watzlawick (Ed.), *La realidad invertida* (pp. 38-56). Barcelona: Gedisa.

Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., y Segal, E. A. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work, 60*(3), 201-209. doi:10.1093/sw/swv014

Wang, Y., Davidson, M., Yakushko, O., Savoy, H., Tan, J., y Bleier, J. (2003). The Scale of

Ethnocultural Empathy: Development, validation, and reliability. *Journal of Counseling Psychology, 50*(2), 221-234. doi:10.1037/0022-0167.50.2.221

Watzlawick, P. (1998). *La realidad invertida*. Barcelona: Gedisa.

Weiss, D. (2007). The impact of event scale - revised. En J. Wilson y C. So-kum (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (pp. 219-238). Boston: Springer. doi:10.1007/978-0-387-70990-1

White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2002b). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2006). *Responding to children who have experienced significant trauma: A narrative perspective.* Adelaide: Dulwich Center.

White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. New York: Pranas Chile.

White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Willer, R., Wimer, C., y Owens, L. (2012). What drives the gender gap in Charitable giving? Lowe empathy leads men to give less to povety relief. *Social Science Research, 52*, 83-98. doi:10.1016/j.ssresearch.2014.12.014

Wispé, L. (1986). The Distinction Between Sympathy and Empathy. To Call Forth a Concept, A Word Is Needed. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 314-321. doi:10.1037/0022-3514.50.2.314

Wispé, L. (1992). Historia del concepto de empatía. En N. Eisenberg y J. Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 27-48). Bilbao: Biblioteca de Psicología.

Zamanillo, T., y Gaitán, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Navarra: Verbo Divino.

Zamponi, Viñuela, Rondon, Tauber, y Main. (2009). Primer cuestionario validado para evaluar síndrome de Desgaste por Empatía. En *VI Jornadas Universitarias y III Congreso Lationoamericano de Psicología del Trabajo* (pp. 1-6). Buenos Aires: Facultad de Psicología.

ANEXOS

Anexo 1

Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca

Apreciado/a compañero/a,

Para llevar a cabo el presente estudio es importante que usted cumpla los siguientes requisitos:

◯ Estar en posesión del título de trabajador/a social (grado, diplomatura o equivalente)

◯ Estar trabajando como trabajador/a social con una antigüedad mínima de 1 mes

◯ Estar en un puesto de trabajo donde, entre otras tareas, realice algún tipo de intervención directa con sus clientes-usuarios

Le recordamos:

- El cuestionario que usted realizará consta de 5 apartados
- Tómese el tiempo que le sea necesario
- El test es totalmente anónimo
- Le pedimos máxima sinceridad

Gracias por su colaboración

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y PERSONALES

Marque con una cruz (X) una sola casilla salvo en los apartados que se le indique que puede marcar más de una respuesta.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.Sexo:

◯ Hombre
◯ Mujer

2. Edad:

◯ 20-29 ◯ 30-39 ◯ 40-49
◯ 50-59 ◯ Más de 60

3. Estado civil:

◯ Soltero/a
◯ Casado/a
◯ Pareja de hecho
◯ Divorciado/a
◯ Viudo/a

4. Núcleo de convivencia:

◯ Vive solo/a
◯ Vive con sus padres (uno o ambos)
◯ Vive en pareja
◯ Vive con pareja e hijos
◯ Vive con pareja, hijos y otros familiares
◯ Vive solo/a con su hijo/a
◯ Otra situación

5. Número de hijos en el domicilio familiar:

◯ 0 ◯ 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ Más de 3

6. Además de sus hijos ¿tiene otras personas a cargo?

◯ Sí. Habitualmente
◯ Sí. De manera intermitente
◯ No

DATOS LABORALES

7. ¿Cuantos años hace que finalizó sus estudios en Trabajo Social?

◯ Menos de 2 años ◯ De 2 a 5 años
◯ Entre 5 y 10 años ◯ Más de 10 años

8. Puede indicar los años de experiencia laboral en la categoría de Trabajador/a Social

◯ Menos de 1 años ◯ De 1 a 5 años
◯ Entre 5 y 10 años ◯ Más de 10 años

9. Indique el tiempo que lleva ejerciendo en su actual puesto de trabajo

◯ Menos de 6 meses ◯ De 6 meses a 1 año
◯ Entre 1 y 5 años ◯ Más de 5 años

10. Usted realiza una jornada laboral <u>real</u> de horas semanales.

_____

11. Indique el rango de casos aproximados de atención directa atendidos mensualmente

◯ 1-25 ◯ 26-50 ◯ 51-75 ◯ 76-100
◯ 101-125 ◯ 126-150 ◯ Más de 150

12. Del número de casos que acaba de anotar, ¿Qué porcentaje considera de carga emocional elevada?

_____ **%**

13.1 De las siguientes intervenciones indique el porcentaje de horas mensuales a las que dedica su tiempo **Puede marcar más de una casilla*

% DE HORAS MENSUALES DEDICADAS

◯ Práctica directa con personas y/o familias
◯ Gestión y/o tareas administrativas / coordinación
◯ Desarrollo de proyectos comunitarios

◯ Trabajo con grupos

◯ Supervisión

◯ Otros: _____

13.2 En cuanto a la <u>práctica directa</u> con personas y/o familias, indique el tipo de intervenciones que desarrolla <u>con más asiduidad</u>

**Puede marcar más de una casilla*

% DE HORAS MENSUALES DEDICADAS

Usted realiza intervenciones ligadas a:

◯ Dar información (contexto de intervención informativo)

◯ Tramitación de recursos asistenciales (contexto de intervención asistencial)

◯ Asesoramiento relacional (contexto de intervención en asesoramiento)

◯ Trabajo Social Clínico (contexto de intervención en asesoramiento terapéutico)

◯ Mediación (contextos de intervención en resolución de conflictos)

◯ Evaluación (contextos de intervención donde se emiten informes de evaluación de competencias)

◯ Formación/Educación (contextos de intervención formando a diferentes grupos)

◯ Control (contextos de intervención con clientes no voluntarios)

14. Indique el rango de edad del tipo de cliente que atiende con <u>más asiduidad</u> en intervenciones directas.

**Puede marcar más de una casilla*

◯ Infancia ◯ Adolescentes ◯ Jóvenes

◯ Adultos ◯ Personas mayores

15. <u>Principal</u> perfil del cliente que atiende con <u>más asiduidad.</u>

**Puede marcar más de una casilla*

◯ Atención a la familia

◯ Protección a la infancia

◯ Población en general (servicios de atención primaria)

◯ Salud

◯ Salud mental

◯ Paliativos

◯ Socio-sanitario

◯ Prostitución

◯ Violencia de género

◯ Personas / Familias en situación de dificultad económica

◯ Personas mayores

◯ Discapacidad

◯ Dependencia

◯ Exclusión / Inclusión

◯ Reclusos/as

◯ Inmigrantes

◯ Drogodependencia

◯ Otros: (especificar)

_____

16. Usted trabaja en:

◯ Ayuntamiento ◯ Consell Insular ◯ Govern de Illes Balears ◯ ONG

◯ Empresa privada ◯ Contratación externa de servicios ◯

Otros:_____

17.1 ¿La entidad en la que trabaja proporciona alguno de estos tipos de apoyos de forma regular? **Puede marcar más de una casilla*

◯ Supervisión administrativa

◯ Supervisión en la práctica de casos

◯ Espacios de coordinación y seguimiento de casos

◯ Formación interna

◯ Financiación para formación externa

◯ No financia la formación externa pero la facilita

◯ No proporciona ninguno de estos apoyos

17.2 En el caso de que su entidad proporcione alguno de estos tipos de apoyos ¿Cree que estos espacios que ha marcado son provechosos para su práctica laboral?

◯ Sí ◯ No

18.1 ¿Usted ha realizado alguna formación relacionada con su actividad profesional en los últimos 5 años?

◯ Sí ◯ No

18.2 En caso afirmativo indique el tipo de formación

**Puede marcar más de una casilla*

◯ Formación impartida por la propia entidad en la que trabaja: Indique el número de horas de formación realizada en los últimos 5 años: ☐

◯ Formación externa realizada por iniciativa personal

◯ Grado ◯ Licenciatura ◯ Cursos de menos de 30 horas

◯ Experto universitario ◯ Especialista ◯ Postgrado ◯ Máster

◯ Otro: _____

19. Cuándo se siente sobrecargado emocionalmente ¿Intenta buscar tiempo para su propio autocuidado?

◯ Nunca ◯ Casi nunca ◯ Ocasionalmente ◯ Frecuentemente ◯ Siempre

20. ¿Quiere añadir algún comentario respecto al cuestionario que acaba de realizar?

Cuestionario sociodemográfico. M.E Cuartero, 2016

ESCALA DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO PARA TRABAJADORES SOCIALES

Adaptación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) de Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008)

A continuación hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extra laborales. Responda todas las preguntas, marcando con un círculo la alternativa que refleje mejor su situación personal.

	0 NUNCA	**1 CASI NUNCA**	**2 OCASIONAL-MENTE**	**3 FRECUEN TE-MENTE**	**4 MUY FRECUENTE-MENTE**
1 ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas con su profesión? (congresos, cursos, diadas…)	0	1	2	3	4
2 ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos? (con miembros del equipo de trabajo)	0	1	2	3	4
3 ¿Su ambiente laboral permite el uso del humor?	0	1	2	3	4
4 ¿Con qué frecuencia conversa con sus compañeros de trabajo acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo que está haciendo en sus casos?	0	1	2	3	4
5 ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?	0	1	2	3	4
6 ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de tiempo libre fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	0	1	2	3	4
7 ¿Con qué frecuencia realiza ejercicio físico (deporte)?	0	1	2	3	4
8 ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, yoga, mindfulness…)?	0	1	2	3	4
9 ¿Con qué frecuencia mantiene una alimentación sana?	0	1	2	3	4
10 ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja es adecuado (cómodo, íntimo y calmado)?	0	1	2	3	4

Adaptación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) de Guerra, Rodríguez, Morales y Betta 2008

ESCALA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (PROQOL v-IV)

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción.

H. Stamm (2005)

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la relación de ayuda. Considere cada uno de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase, siendo lo más sincero posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

		0 Nunca	**1 Raramente**	**2 Algunas veces**	**3 Con alguna frecuencia**	**4 Casi siempre**	**5 Siempre**
1	Soy feliz.	0	1	2	3	4	5
2	Estoy preocupado/a por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.	0	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho/a de poder ayudar a la gente.	0	1	2	3	4	5
4	Me siento vinculado/a a otras personas, con ocasión de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5
5	Me sobresaltan los sonidos inesperados.	0	1	2	3	4	5
6	Me siento fortalecido/a después de trabajar con las personas a las que he ayudado o ayudo.	0	1	2	3	4	5
7	Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.	0	1	2	3	4	5
8	Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado o ayudo.	0	1	2	3	4	5
9	Creo que he sido afectado/a negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.	0	1	2	3	4	5
10	Me siento "atrapado/a" por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5
11	Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.	0	1	2	3	4	5
12	Me gusta trabajar ayudando a la gente.	0	1	2	3	4	5
13	Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5
14	Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.	0	1	2	3	4	5
15	Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.	0	1	2	3	4	5
16	Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de ayuda.	0	1	2	3	4	5

		0 **Nunca**	1 **Raramente**	2 **Algunas veces**	3 **Con alguna frecuencia**	4 **Casi siempre**	5 **Siempre**
17	Soy la persona que siempre he querido ser.	0	1	2	3	4	5
18	Mi trabajo me hace sentirme satisfecho/a.	0	1	2	3	4	5
19	Por causa de mi trabajo me siento agotado/a.	0	1	2	3	4	5
20	Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.	0	1	2	3	4	5
21	Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.	0	1	2	3	4	5
22	Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.	0	1	2	3	4	5
23	Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado o ayudo.	0	1	2	3	4	5
24	Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.	0	1	2	3	4	5
25	Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados.	0	1	2	3	4	5
26	Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema de servicios sociales.	0	1	2	3	4	5
27	Considero que soy un buen profesional.	0	1	2	3	4	5
28	No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumátizadas.	0	1	2	3	4	5
29	Soy una persona demasiado sensible.	0	1	2	3	4	5
30	Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.	0	1	2	3	4	5

© B. Hudnall Stamm, 1997-2005. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL). http://www.isu.edu/~bhstamm. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Translated by Maria Eugenia Morante Benadero, Bernardo Moreno Jimenez, Alfredo Rodriguez Muñoz, Universidad Autónoma de Madrid, Spain. Adaptation by M.E Cuartero y Campos, Universitat de les Illes Balears, Spain.

INVENTARIO DE DESGASTE POR EMPATÍA

Zamponi, Viñuela, Rondon, Tauber y Main (2009)

A continuación se presentan afirmaciones relacionadas con este aspecto de su trabajo profesional. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto coincide con lo que le sucede a usted. Marque con un círculo el número que usted elija

AFIRMACIONES	0 muy de acuerdo	1 de acuerdo	2 en desacuer-do	3 muy en desacuerdo
1.Mantengo el cuidado de mi salud	0	1	2	3
2. Paulatinamente pierdo el interés en afrontar problemas que presentan mis usuarios.	0	1	2	3
3. Pienso mucho en las experiencias traumáticas que me narran mis usuarios.	0	1	2	3
4. Me sobreinvolucro con determinados usuarios con el objetivo de ayudarlos.	0	1	2	3
5. Siento un deseo irrefrenable de ayudar a mis usuarios más allá de mis funciones profesionales específicas	0	1	2	3
6. No necesito medicación para afrontar el estrés laboral.	0	1	2	3
7. Mientras trabajo recuerdo experiencias personales atemorizantes de manera repentina e involuntaria.	0	1	2	3
8. No tengo dificultad para dormirme o mantener el sueño	0	1	2	3
9. Siento que mis pacientes son personas frágiles y que inevitablemente necesitan de mi ayuda profesional.	0	1	2	3
10. Fuera de mi trabajo, he recordado involuntaria y súbitamente experiencias atemorizantes de mis pacientes.	0	1	2	3
11. Cuanto más trabajo más me alejo de amigos y conocidos	0	1	2	3
12. Me cuesta mantener la concentración.	0	1	2	3
13. Mientras trabajo siento las mismas cosas que mis pacientes me cuentan.	0	1	2	3
14. Arreglo mi lugar de trabajo y disfruto de dicha tarea.	0	1	2	3
15. Tengo problemas para relacionarme con la gente.	0	1	2	3
16. Hablo con mis amigos y/o familiares sobre mis experiencias estresantes.	0	1	2	3
17. Uso respuestas evasivas para no escuchar las historias tristes y de sufrimiento de mis usuarios.	0	1	2	3
18. Prefiero evitar el trabajo con determinados pacientes.	0	1	2	3
19. Tengo manifestaciones de irritabilidad ante muy poca provocación.	0	1	2	3
20. No presento síntomas somáticos.	0	1	2	3
21. Nunca pierdo las esperanzas de ayudar a mis usuarios.	0	1	2	3
22. Recurro a un profesional para poder afrontar una situación laboral desgastante.	0	1	2	3
23. Aumento de peso de modo llamativo.	0	1	2	3
24. Pienso que realmente ayudo a mis usuarios.	0	1	2	3
25. El sufrimiento me hace más eficaz y eficiente.	0	1	2	3
26. Me cuesta levantarme por las mañanas.	0	1	2	3
27. Puedo desconectar del usuario una vez que termina el encuentro.	0	1	2	3

Zamponi & Col (2014)

ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (IRI)

Marc H. Davis (1983)

Las siguientes afirmaciones intentan conocer sus pensamientos y sentimientos en diversas situaciones. En cada una, indique hasta qué punto le describe ésta situación rodeando el número más apropiado.

ESTA SITUACIÓN ME DESCRIBE:	**5 Muy Bien**	**4 Bastante Bien**	**3 bien**	**2 Un poco**	**1 Nada Bien**
1. Sueño y fantaseo, bastante a menudo, acerca de las cosas que podrían suceder.	5	4	3	2	1
2. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia gente menos afortunada que yo.	5	4	3	2	1
3. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.	5	4	3	2	1
4. A veces no me siento muy preocupado/a por otras personas cuando tienen problemas.	5	4	3	2	1
5. Verdaderamente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela.	5	4	3	2	1
6. En situaciones de emergencia, me siento aprensivo/a e incómodo/a.	5	4	3	2	1
7. Generalmente soy objetivo/a cuando veo una película o una obra de teatro y no me suelo "meter" completamente en ella.	5	4	3	2	1
8. Intento tener en cuenta cada una de las partes u opiniones en un conflicto antes de tomar una decisión.	5	4	3	2	1
9. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerle.	5	4	3	2	1
10. A veces me siento indefenso/a cuando estoy en medio de una situación muy emotiva.	5	4	3	2	1
11. A veces intento entender mejor a mis amigos/as imaginando cómo ven ellos/as las cosas.	5	4	3	2	1
12. Es raro que yo me "meta" mucho en un buen libro o en una película.	5	4	3	2	1
13. Cuando veo a alguien herido/a o que se ha hecho daño tiendo a permanecer tranquilo/a.	5	4	3	2	1
14. Las desgracias de otros/as personas no suelen angustiarme mucho.	5	4	3	2	1
15. Si estoy seguro/a de que tengo la razón en algo, no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos de los demás.	5	4	3	2	1
16. Después de ver una obra de teatro o una película, me he sentido como si fuera uno de los personajes.	5	4	3	2	1
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa me asusto mucho.	5	4	3	2	1

ESTA SITUACIÓN ME DESCRIBE:	5 Muy Bien	4 Bastante Bien	3 Regular	2 Algo Bien	1 Nada Bien
18. Cuando veo que alguien está siendo tratado/a injustamente, no suelo sentir mucha pena por él/ella.	5	4	3	2	1
19. Normalmente soy bastante eficaz al ocuparme de una emergencia.	5	4	3	2	1
20. A menudo estoy bastante afectado/a emocionalmente por cosas que me ocurren.	5	4	3	2	1
21. Creo que todas las cuestiones se pueden ver desde dos perspectivas e intento considerar ambas.	5	4	3	2	1
22. Me describiría como una persona bastante sensible.	5	4	3	2	1
23. Cuando veo una buena película, puedo ponerme muy fácilmente en el lugar del protagonista.	5	4	3	2	1
24. Tiendo a perder el control durante las emergencias.	5	4	3	2	1
25. Cuando estoy disgustado/a con alguien, normalmente intento ponerme en su lugar por un momento.	5	4	3	2	1
26. Cuando estoy leyendo una novela o historia interesante, imagino cómo me sentiría yo si los acontecimientos me sucedieran a mi.	5	4	3	2	1
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia me derrumbo.	5	4	3	2	1
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si yo estuviera en su lugar.	5	4	3	2	1

Interpersonal Reactivity Index (Davis,1983)Traducción de Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxebarría, Montes y Torres (2003)

Gracias por su colaboración

Anexo 2

Palma, _____

A la atención de la Trabajadora Social_____,

Mi nombre es M. Elena Cuartero, soy Trabajadora Social y profesora Ayudante del Área de Trabajo Social adscrita al Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la Universidad de las Islas Baleares.

Actualmente estoy realizando mi tesis doctoral sobre el fenómeno de la *Fatiga por Compasión* también conocido como *Desgaste por Empatía*. Éste concepto, relativamente nuevo, considera y describe el desgaste que experimentan los profesionales al escuchar de una forma directa y empática las historias de sufrimiento de los usuarios-clientes (es un concepto distinto al Burnout). El objetivo de la investigación que pretendo desarrollar es el de evaluar el grado de prevalencia del Desgaste por Empatía en profesionales del Trabajo Social de diferentes sectores de la Isla de Mallorca.

Esta tesis está siendo dirigida por el Dr Francisco José Campos y Dra Margalida Gili, en el seno del Grupo de Investigación Reconocido "Conflicte, Canvi i Treball Social" de la UIB. Nunca hasta este momento se ha investigado el grado de prevalencia del Desgaste por Empatía en profesionales del Trabajo Social. Se trata, por tanto, de una investigación pionera en nuestro país.

Para mí y para el equipo de investigación del cual formo parte, es importante que el máximo número de **Trabajadores/as Sociales** de la Isla de Mallorca pueda formar parte de la investigación. Por este motivo me dirijo a ustedes para solicitar su permiso y colaboración. Sería una gran satisfacción para nosotros que usted nos puedan ceder unos minutos de su tiempo para poder realizar el estudio.

Los participantes del estudio deben cumplir 3 requisitos:

- Estar en posesión del título de trabajador/a social (grado, diplomatura o equivalente)
- Estar trabajando como trabajador/a social con una antigüedad mínima de 1 mes
- Estar en un puesto de trabajo donde, entre otras tareas, realice algún tipo de intervención directa con sus clientes-usuarios

A continuación les adjunto una hoja informativa. Comentarle que la realización de la investigación supondría unos **30 minutos** en los cuales se rellena un cuestionario. La participación de cada TS es totalmente voluntaria y confidencial.

Quedo a su entera disposición para aclarar cualquier tipo de duda. Agradezco de antemano el tiempo dedicado y solamente me queda invitarle a participar. Quedo a la espera de recibir respuesta y espero que nos podamos ver pronto.

Reciba un cordial saludo. Atentamente,

María Elena Cuartero Castañer

Área de Trabajo Social y Servicios Sociales

Universitat de les Illes Balears.

971 xx xx xx / 6xx xx xx xx

Hoja de Información para los participantes de la investigación

Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca

Por favor, lea detenidamente el siguiente documento y si acepta participar en el presente estudio firme la hoja de consentimiento informado. Con su firma acepta participar libremente en el estudio y ser conocedor/a de las características de la investigación.

PROYECTO:

Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en trabajadores/as sociales de centros de servicios sociales de Mallorca.

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

MARIA ELENA CUARTERO CASTAÑER. Profesora Ayudante del Departamento de Filosofía y Trabajo social de la Universidad de las Islas Baleares. Datos de contacto: me.cuartero@uib.es . Teléfono: 971 xx xx xx. Doctoranda del Doctorado de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares.

Directores de la investigación: Dr. José Francisco Campos y Dra. Margalida Gili

PROPÓSITO:

El Desgaste por Empatía (DpE), también denominada Fatiga por Compasión (FC), conforma un fenómeno poco estudiado en nuestro país. La definimos como las conductas y reacciones emocionales naturales derivadas de conocer un evento traumático experimentado o exposición al sufrimiento por parte de personas significativas. Algunos autores lo definen como el coste de cuidar y por lo tanto, las personas que trabajan en profesiones de ayuda son propensas a desarrollar este síndrome.

Como trabajadores/as Sociales pasamos gran parte de nuestra jornada laboral escuchando y compartiendo las historias de dolor y sufrimiento de nuestros clientes-usuarios. La exposición a estos relatos tiene consecuencias sobre nosotros mismos. Conocer en qué grado nos afecta y cómo podemos paliarlo es la única forma de mejorar personal y profesionalmente.

OBJETO DEL ESTUDIO

Este estudio pretende conocer el nivel de prevalencia del Desgaste por Empatía que tienen los/las Trabajadores/as Sociales de los diferentes sectores de intervención en la isla de Mallorca. Asimismo, también nos interesa conocer el perfil de empatía de los participantes y sus conductas de autocuidado.

PROCEDIMIENTO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el estudio se le ha hecho llegar la carta de presentación y el consentimiento informado del estudio. En caso de que usted desee participar en el estudio se le pedirá que rellene un documento que está formado por un total de 5 instrumentos.

1) Cuestionario de variables sociodemográficas (Creado especialmente para el presente estudio)
2) Escala de autocuidado para trabajadores sociales (Adaptación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) de Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008)
3) Cuestionario de Calidad de Vida Profesional. ProQOL IV (Stamm, 2009)
4) Inventario de Desgaste por Empatía IDE (Zamponi & Col, 2009)
5) Escala de Reactividad Interpersonal. IRI (Davis, 1983)

La estimación del proyecto se ha determinado en 20 meses. El tiempo de recogida de datos durará en total unos 3 o 4 meses con su posterior análisis. Los cuestionaros completados serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Una vez se haya realizado la investigación será informado de los resultados del estudio. No se podrán entregar resultados a título personal, ya que todo el material será tratado bajo el principio de confidencialidad según normativa vigente.

BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

Los participantes no recibirán retribución económica. El conocimiento de la fatiga por compasión, la evaluación de resultados y la definición de medidas que ayudan a paliarla podrán general beneficios a medio-largo plazo para los participantes del estudio y consecuentemente en las entidades en las que trabajan. Todo ello repercutirá favorablemente en la calidad de los pacientes-usuarios con los que se trabaja mejorando el servicio prestado.

Las organizaciones que decidan participaren la investigación serán reconocidas y aparecerán en el texto final en calidad de organizaciones colaboradoras.

COSTES

La participación en el estudio no supone ningún coste para usted ni para la entidad para la que trabaja. En caso de que acepten participar en el estudio solo tendremos que concertar una cita. La investigadora principal se desplazará a su entidad el día y la hora acordada. El tiempo estimado para la realización del test es de entre 30 a 40 minutos.

CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con la normativa legal vigente los resultados serán tratados con total confidencialidad. Todos los cuestionarios serán archivados y cada participante tendrá un código para que no se pueda relacionar la identidad del sujeto con los resultados.

El documento de consentimiento informado será archivado y custodiado por la investigadora, bajo su responsabilidad. Transcurridos los plazos que determine la legislación, los documentos informados serán destruidos. El resto de documentos será totalmente anónimo.

La investigadora principal se compromete a la confidencialidad de los datos. A la vez se compromete a no ceder el material a otros investigadores. Los resultados extraídos del presente estudios podrán ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general respetando siempre el principio de confidencialidad.

Se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999 y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal; BOE 19 de enero del 2008)

Gracias por su atención.

Anexo 3

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca

El objetivo del presente estudio es analizar la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los distintos centros de servicios sociales de Mallorca. Asimismo, también nos interesa conocer el perfil de empatía de los participantes y sus conductas de autocuidado.

Durante el estudio se recogerá la siguiente información: variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, núcleo de convivencia, número de hijos y cargas familiares) y variables laborales (tipo de perfil de cliente, características del centro de trabajo, tipo de intervenciones más frecuentes y formación complementaria). También se recogerán los datos de la Escala de Autocuidado para Trabajadores Sociales (Adaptación de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) de Guerra, Rodríguez, Morales y Betta (2008)), datos de la escala de calidad de vida profesional ProQol IV (Stamm ,2009), el Inventario de Desgaste por Empatía (Zamponi & Col, 2009) y la escala de Reactividad Interpersonal (Davis, 1983). Todos los cuestionarios mencionados se presentan en un solo documento con un total de 115 ítems.

Yo_____

_

(nombre completo del participante)

con Documento de identidad _____

He leído la información del estudio que figura en este documento

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que mi participación es voluntaria y que los datos recogidos se incorporarán en una base de datos informatizada de forma confidencial para poder realizar la investigación (En dicha base de datos los participantes serán identificados por un número con el fin de que sus datos no se puedan asociar a una persona identificada o identificable) y pueden ser utilizados en futuros estudios. Según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación durante el proceso de elaboración del cuestionario dirigiéndose a la investigadora. Los cuestionaros completados serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Contacto: xxxxxxxxxxxxxxxx@uib.es

Investigadora principal: Doctoranda M. Elena Cuartero Castañer / Teléfono de contacto: 971 xx xx xx

Fecha:_____/_____/201__

Firma del participante:

Firma del investigador

M. Elena Cuartero Castañer

Anexo 4

Universitat de les Illes Balears

Universitat de les Illes Balears
Serveis centrals
Núm. 4647
Data 10 JUNY 2016
Sortida

Informe del Comité de Ética de la Investigación[1] relativo a la solicitud de evaluación del proyecto de investigación titulado *Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca*, presentada por la Dra. María Elena Cuartero Castañer, del departamento de Filosofía y Trabajo Social de la UIB.

Vista la solicitud el 9 de mayo de 2016 y revisada, el 23 de mayo, la información complementaria presentada a este Comité por la Dra. Maria Elena Cuartero Castañer, con el fin de que emita el correspondiente informe.

Visto el Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), y de acuerdo con el artículo 2º de éste, el Comité es competente para analizar el citado proyecto.

De conformidad con el art. 4, letra *a)*, del Acuerdo Normativo de 13 de junio, el Comité ha revisado la documentación presentada desde el punto de vista ético y jurídico.

De conformidad con el art. 4, letra *b)*, del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha evaluado la idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y su eficiencia científica.

De conformidad con el art. 4, letra *c)*, del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha comprobado que está previsto el consentimiento informado y libre de las personas que participen en el estudio.

Por todo lo anterior, y de acuerdo con lo decidido unánimemente por el Comité en fecha 23 de mayo de 2016.

Se informa favorablemente la solicitud de evaluación del proyecto titulado *Estudio sobre la prevalencia del Desgaste por Empatía en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca*, presentado por la Dra. Maria Elena Cuartero Castañer, miembro del Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la UIB e investigadora principal del proyecto.

Palma de Mallorca, 30 de mayo de 2016

Antoni Miralles Socias
Presidente del Comité de Ética de la Investigación

Dra. Maria Elena Cuartero Castañer.

[1]El Comité de Ética de la Investigación (Comitè d'Ètica de la Recerca, CER) de la Universitat de les Illes Balears, creado a través del Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), tiene como finalidad apoyar a los investigadores cuya tarea científica implique el uso de datos procedentes de seres humanos. Es objetivo prioritario de este comité garantizar que los diseños experimentales y los protocolos propuestos cumplan la legalidad vigente y los principios éticos de respeto a la dignidad humana, confidencialidad, no discriminación y proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados. Quedan excluidos de las competencias del CER los estudios con medicamentos, regulados según el Real decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, y las investigaciones que impliquen procedimientos invasivos en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano, regulados en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Son Lledó
Campus universitari
Cra. de Valldemossa, km 7,5
07122 Palma (Illes Balears)

Tel.: +34 - 971 17 30 00 / 01
Fax: +34 - 971 17 28 52

www.uib.cat