

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# La fatiga por compasión y las estrategias de autocuidado en contexto de pandemia.

Albornoz, Ona.

Cita:

Albornoz, Ona (2021). *La fatiga por compasión y las estrategias de autocuidado en contexto de pandemia. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/235>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/Qw4>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA FATIGA POR COMPASIÓN Y LAS ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Albornoz, Ona

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La fatiga por compasión puede afectar el ámbito social, laboral, emocional, psicológico y físico de los profesionales sanitarios, así como derivar en una baja calidad en la relación con el paciente. El objetivo del presente artículo es analizar la implicancia del trabajo cotidiano del psicólogo en el ámbito de una pandemia que ha generado un impacto globalizado, emociones intensas, encierro y falta de libertad y un encuentro con la muerte cotidiana, con 24 horas de información y donde los requerimientos de los pacientes y el impacto en nosotros como agentes de salud requiere ser estudiado. Se diferencia burnout de fatiga por empatía o por compasión y se analizan las estrategias estudiadas para el autocuidado de los profesionales que estamos sosteniendo a otros en su sufrimiento. Los datos obtenidos muestran que las intervenciones basadas en mindfulness, meditación, inteligencia emocional y sentido de vida, son eficaces para la reducción de síntomas de fatiga por compasión, burnout y malestar emocional, así como para la mejoría de la calidad de vida y el afecto positivo. Necesitamos encontrar un camino de cuidado para poder seguir cuidando, para enfrentarnos al sufrimiento de nuestros pacientes con compasión y empatía.

## Palabras clave

Fatiga por compasion - Autocuidado - Pandemia - Estrategias terapéuticas

## ABSTRACT

### COMPASSION FATIGUE AND SELF-CARE STRATEGIES IN THE CONTEXT OF A PANDEMIC

Compassion fatigue can affect the social, work, emotional, psychological and physical environment of health professionals, as well as lead to a low quality in the relationship with the patient. The objective of this article is to analyze the implication of the daily work of the psychologist in the context of a pandemic that has generated a global impact, intense emotions, confinement and lack of freedom and an encounter with daily death, with 24 hours of information and where the requirements of patients and the impact on us as health agents need to be studied. Burnout is distinguished from fatigue due to empathy or compassion and the strategies studied for the self-care of professionals who are supporting others in their suffering are analyzed. The data obtained show that interventions based on mindfulness, meditation, emotional intelligence and sense of life

are effective in reducing symptoms of compassion fatigue, burnout and emotional distress, as well as in improving quality of life and affect positive. We need to find a path of care so that we can continue to care, to face the suffering of our patients with compassion and empathy.

## Keywords

Compassion fatigue - Quality of life - Health professionals - Pandemic

## Introducción

Inmersos en una pandemia globalizada, tal vez la más potente desde que existe internet, desde que los aviones son puentes entre países pero también portadores de virus y medios de comunicación que están 24 hs. en todo el mundo, con un virus desconocido mostrando su amenaza constante, con muertes y muertes en soledad, con experiencias de emociones intensas, encierro, falta de libertad, falta de elección en el día a día, miedo al futuro, desesperanza, incertidumbre, ansiedad de muerte, duelos sin ritos ni despedidas... sufrimiento, los psicólogos ( todos los agentes de salud) nos hemos enfrentado al sufrimiento en el hospital y en las consultas. La enfermedad frecuentemente produce sufrimiento, entendido éste como la amenaza a la integridad de la persona, que percibe que se encuentra sin recursos suficientes para afrontarla (Cassel, 2004).

Hace muchos años comenzaba a incursionar en el tratamiento terapéutico con pacientes que vivían en otros países, saliendo del encuadre cara a cara, por teléfono al principio, por internet luego y ahora desde la computadora o celular desde cualquier lugar hacia cualquier lugar, por ende no tuve el impacto de la virtualidad. Ya había estudiado hace años investigaciones que equiparaban los resultados de la terapia cara a cara con la virtual, ya había incursionado con realidad virtual en tratamiento del dolor, ya estaba dispuesta a utilizar más mensajes de wpp con los adolescentes y otros tics disponibles para realizar mi trabajo, pero nada me preparó para tanto sufrimiento. Hace muchos años que acompaño en el proceso de morir y de muerte, estoy preparada para ese camino, hace muchos años que sostengo familias que se despiden de sus seres queridos y personas que se alejan de la vida con paz, enseñándome siempre cómo vivir... pero nada me preparó para tanto sufrimiento.

Reflexionaba hace meses, que como terapeuta es la primera vez que todos mis pacientes vivencian la misma experiencia, en

diferentes países, con diferentes edades, con diferentes realidades, con diferentes culturas, las mismas emociones de vulnerabilidad, las mismas preguntas, los mismos miedos y enojos, los mismos encierros y falta de contacto humano... y es la primera vez que me atraviesan también a mi como persona.

### Desarrollo

Para comenzar a pensar sobre la temática propuesta se referencia una frase de Ferenczi, que manifestaba en su póstumo "Diario clínico" que "sin simpatía no hay curación" (1932). Cualquiera paciente que formula una demanda, debe ser atendida (sin que esto entrañe fantasía de omnipotencia terapéutica, desde luego), por ello corresponde al terapeuta buscar la "fórmula" idónea, incluso inventarla, para poder ayudarlo. Aun así, su práctica siempre es imperfecta y siempre debe estar reinventándose a tenor de cada nueva conjunción de subjetividades y nuevas dinámicas de relación. Este autor refiere que "es cierto que aún nos quedan dos partidos: confesar sinceramente nuestro dolor por no poder auxiliar, y persistir con paciencia en el querer-ayudar y en el trabajo analítico a pesar de toda su aparente inutilidad (...) Años de trabajo paciente, enorme indulgencia... concreta simpatía humana en momentos de real conmoción... trajeron casi inadvertidamente un cambio (...). En cierto modo me convertí en un símbolo vivo de bondad y sabiduría, cuya sola presencia tenía por efecto curar y poner orden" (Ferenczi, 2008, p. 102). Es una experiencia de totalización: responsabilidad absoluta de comprender, acoger y ayudar al otro que sufre. Levinas amplía el concepto y plantea la responsabilidad sobre el semejante y escuchar a corazón abierto: he aquí la valiente petición que hacen los terapeutas centrados en el vínculo. Aún así el terapeuta puede erigir defensas contra la escucha empática a partir de sus propios miedos y traumas: "Cualquier apelación voluntarista a que se conmueva con el sufrimiento del semejante despertará el miedo inconsciente a sufrir, convirtiéndose en una barrera infranqueable. En estos casos resulta indispensable encarar y superar, como paso previo al desarrollo de la capacidad empática, el temor a sentir, a involucrarse en un vínculo humano" (Bleichmar, 2002, p. 5.). La labor terapéutica consiste en un "lento, tenaz e incansable estar dispuesto a vivenciar sentimientos en nuestra propia carne, una generosidad y continuidad en nuestra comunicación afectiva". Tres ingredientes emocionales son esenciales para ello: empatía, simpatía, compasión. Carl Rogers en 1959 definió empatía como una habilidad para percibir con precisión el marco de referencia interno de otra persona y los componentes emocionales y los significados pertenecientes al mismo, como si uno fuera la persona, pero sin que nunca se pierda la condición de "como si".

Es interesante pensar la empatía desde lo psicoimmunoneuroendocrinológico, donde es entendida como una función de las estructuras cerebrales superiores, incluyendo la corteza, pero también se reconoce que deben participar las áreas del sistema nervioso central, de las cuales dependen la emocionalidad y

la socialibilidad, que corresponden a las estructuras cerebrales inferiores y al sistema nervioso autónomo. Puede ser entendida a partir de los procesos adaptativos neuroendocrinos y autonómicos reguladores de los estados corporales, las emociones y la reactividad.

Los humanos somos animales capaces de una verdadera imitación porque no es meramente operatoria, sino que nace de dentro, de nuestra genuina vivencia profunda. Gracias a ello, puede surgir un tipo de comunidad con los otros que no es meramente gregaria, sino fraterna, que no es simplemente comunal, sino intersubjetiva: "La tendencia a la imitación y de las neuronas espejo a volver a capturar tal intimidad puede representar una forma más primaria y originaria de intersubjetividad a partir de la cual el yo y el otro cobran forma" (Iacoboni, 2009, p. 73). "Las neuronas espejo nos ayudan a simular en el cerebro las intenciones de los demás, lo que nos brinda una amplia comprensión de sus estados mentales" (Ibid, p. 81). Rizzolatti (2006), conjetura que las neuronas espejo se forman durante el vínculo de apego primario; esa diada relacional o 'urdimbre afectiva' que tan sutiles como indelebles hilos teje. "Las neuronas espejo son los diminutos milagros gracias a los cuales atravesamos el día" (Ibid). Y analizando a tantos autores mostrando los nuevos descubrimientos, comprender a nivel biológico lo que nos sucede como psicólogos frente al sufrimiento nos coloca en un lugar de acción diferente frente a las emociones que nos suscitan las situaciones actuales relacionadas con la pandemia.

Comprender la empatía también toma sentido para engazarla en el proceso de vida como persona y como profesional de la salud, "la empatía no es ni altruista ni egoísta. Más bien ejemplifica la solidaridad implícita en la naturaleza humana" (Solomon, 2007, p. 105). Todos nos hallamos en algún lugar del espectro de la empatía, entendida ésta como: "nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente y responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada" (Baron Cohen, 2012).

La empatía es una aptitud y una actitud que se va desarrollando a lo largo de la vida a partir de los aprendizajes almacenados. Una forma sencilla de definirla es la utilizada por Bleichmar (2002): "captar al otro sin fusionarse con él, conservando un espacio propio de identidad". Ni el exceso ni el defecto de empatía tienen solo ventajas o inconvenientes respectivamente. El exceso puede tener inconvenientes debido a la hiperconectividad de las neuronas espejo, lo que provocará una identificación proyectiva masiva y confusional con el mientras que el defecto empático puede resultar protector de la identidad, aunque moralmente lo consideremos egoísta o egocéntrico. Queda claro en esta última aseveración que debemos ser muy conscientes de nuestras emociones frente al sufrimiento de los pacientes para cuidarnos de la hiperconectividad de las neuronas espejo.

Por su parte, simpatía, del griego (sin-pathos), significa comunidad de sentimientos, pero la derivación semántica la ha convertido en una 'inclinación afectiva entre personas, generalmente

espontánea y mutua'. También se define como 'modo de ser y carácter de una persona que la hacen atractiva y agradable a los demás'. Pero lo que es más sorprendente es la asignación de un sentido próximo a empatía: "Relación entre dos cuerpos o sistemas por la que la acción de uno induce el mismo comportamiento en otro". Para sentir simpatía es preciso desarrollar una identificación imaginativa que nos requiere un gran esfuerzo mental.

La compasión es definida por N. Eisenberg (2002) como "una respuesta afectiva que consiste en sentir lástima o preocupación por el otro apurado o necesitado". El vínculo con los demás (simpatía) es lo que asegura que no nos haremos daño. La común vulnerabilidad, la conciencia de nuestra finitud y de necesidad de consuelo nos acerca y solidariza con el otro/los otros. Las circunstancias que me recuerdan mi propia vulnerabilidad (desvalimiento, limitaciones): enfermedad, vejez, fealdad, violencia sufrida... La compasión es, tal vez, la virtud más humana, sinónimo de benevolencia y de humanidad. Como afirma E.C. Wilson (2008, p. 144): "... solo cuando experimentamos nuestras extraordinarias limitaciones, somos conscientes de nuestras grandes posibilidades". Cuantas veces en esta época de encierro, de dolor, de duelos sin despedida hemos sentido estas limitaciones, donde debimos ser creativos o simplemente aceptar la realidad y adaptarnos y ayudar a nuestros pacientes a adaptarse a no ver a sus nietos aunque sintieran que perdían un año de su vida, o a esa paciente de 38 años sin pareja que siente que no puede salir a conocer a un amor con quien poder ser madre cuando el reloj biológico la está apurando en ese camino, o a un hombre cuyo trabajo se encuentra sin futuro, o a esa pareja que necesita den el permiso para la realización del tratamiento de fertilidad porque el tiempo sigue pasando, o tantas historias como personas, como sufrimientos.

La capacidad mutativa de una terapia va a depender, cuando menos, tanto del insight cognitivo cuanto de la simpatía afectiva ("conexión emocional"); sintonía que es una mezcla de empatía, simpatía y compasión. Levinas acota que cuidar es: "... crear un espacio para el paciente en mi propio corazón sin hogar, de forma que el otro devastado pueda tener una segunda oportunidad para el desarrollo" (Orange, 2013b, 16). Este último autor agrega una bella frase... en terapia, el terapeuta ha de -al menos- desear quedarse con parte del sufrimiento del otro, para que el otro se alivie al menos temporalmente. Es preciso mucho coraje para permitirnos ser afectados íntimamente, en nuestra condición de sujetos, y no de científicos o de teóricos, o de intelectuales que categorizan y buscan una etiqueta o una fórmula de cambio. Coraje de permitirnos ser transformados y reorganizados en el encuentro, sin perder por ello la responsabilidad de rol ni nuestra condición de portadores de conocimientos, de técnica y de experiencia. J. Coderch lo expresa con claridad meridiana: "La más sublime de las emociones humanas es el amor al otro y su cuidado. Si el paciente siente que el terapeuta le atiende únicamente empleando procedimientos técnicos,

permaneciendo su personalidad al margen, asépticamente y sin amor, no podemos esperar que el paciente aprenda a amar y cuidar al otro, ya que solo desarrollará la verdadera empatía, el caminar con el otro en los distintos contextos de su vida, si siente que el terapeuta camina y sufre a su lado" (Coderch, 2014, pp. 177-178). Pues si fuimos hermanos en la misma oscuridad, podemos ser hermanos en la misma alegría. Retomamos aquí la temática planteada con respecto a las implicancias emocionales tanto en pacientes en sufrimiento y psicólogos que en este momento de pandemia son atravesados por las mismas vivencias y emociones, recalcando la importancia de que los agentes de salud busquen recursos para no fatigarse en la tarea y continuar realizando su trabajo en forma ética y con intervenciones que acompañen y sostengan el sufrimiento.

Para comprender como cuidarnos debemos acercarnos a los procesos que se ponen en juego. La compasión es una respuesta empática hacia el sufrimiento de los demás que implica una intención o acción de aliviar este sufrimiento. Es pues, la combinación del entendimiento y comprensión de la persona que sufre y la acción de ayudar y promover su bienestar, a fin de encontrar una solución a su situación (Perez-Bret, Altisent & Rocafort, 2016). La fatiga por compasión es un término que empezó a utilizarse en los años 90 y surgió de la observación de los síntomas que se estaban presentando en profesionales de la salud, sobre todo en aquellos que en mayor medida se encargaban de cuidar y dar apoyo a los pacientes (Figley, 1995, 1999; Joinson, 1992). Figley (1995) definió la fatiga por compasión como una profunda empatía por una persona que sufre, junto con un fuerte deseo de paliar dicho sufrimiento. Dicho sufrimiento puede ser emocional, psicológico o físico y si el profesional que lo atiende no tiene los recursos y herramientas necesarias para sobrellevarlo, puede conllevar a un desgaste general, junto con síntomas de ansiedad, depresión e incluso de estrés traumático, produciendo baja funcionalidad en su vida, en su trabajo y haciendo estragos en la calidad de la relación con el paciente (Figley, 2002; Lynch & Lobo, 2012). Estos síntomas se engloban dentro de lo que conocemos como fatiga por compasión. Lynch y Lobo (2012) la definen como un estado de cansancio y agotamiento, donde aparecen alteraciones biológicas, sociales y psicológicas, debido a la exposición prolongada al estrés por compasión. Para Pfaff, Freeman-Gibb, Patrick, DiBiase & Moretti (2017) la fatiga por compasión sería la combinación de síntomas de estrés traumático secundario y burnout ante el sufrimiento de otro. En términos generales, se puede definir como el desgaste físico, emocional y mental que se da por la exposición progresiva y el trato con una persona que tiene algún padecimiento, al brindarle apoyo y empatía (Acinas, 2012). Este fenómeno se da en profesionales que brindan ayuda, como auxiliares de enfermería, médicos, enfermeros, psicólogos, bomberos, paramédicos y trabajadores sociales (Acinas, 2012; Adams, Boscarino & Figley, 2006). La fatiga por compasión se relaciona con síntomas psicológicos como miedo, culpa

por no poder ayudar o salvar a los pacientes, ansiedad, estrés, desesperanza, desinterés, falta de atención y anhedonia, entre otros; también con síntomas fisiológicos y somáticos como agotamiento, falta de energía, insomnio, dolor muscular, de espalda y de cabeza, problemas gastrointestinales, entre otros; así como alteraciones en el área social, familiar y laboral (Campos, 2015). Al mismo tiempo que reduce la capacidad de dar apoyo a las personas que lo requieren y de ayudar a paliar su sufrimiento (Figley, 2002). La fatiga por compasión, también conocida como desgaste por empatía o estrés por compasión, se suele confundir con algunos conceptos como traumatización vicaria, estrés traumático secundario y burnout (Rothschild, 2006). El burnout o desgaste profesional, se trataría más bien de una respuesta al entorno de trabajo cuyos síntomas principales se manifestarían mediante despersonalización, cansancio emocional y baja realización personal (Maslach, 1976; Maslach & Jackson, 1981) mientras que la fatiga por compasión sería una respuesta a la situación de sufrimiento ajeno (Campos, 2015). Por tanto, aunque el burnout y la fatiga por compasión sean síndromes que puedan producirse dentro del ámbito médico, el burnout se deriva de las interacciones entre el profesional sanitario y su entorno; mientras que la fatiga por compasión de las interacciones entre el profesional y su paciente (García, 2017).

Pensando en las estrategias o recursos a los que los profesionales de la salud pueden acceder para realizar el autocuidado encontramos que se han desarrollado algunos programas para el tratamiento de la fatiga por compasión, sobre todo en profesionales del ámbito médico (Cocker & Joss, 2016), y la mayoría se han basado en la resiliencia (Potter et al., 2013). Otros, más específicamente en el manejo de estrés y el aumento de la autoconciencia y el auto-cuidado (Adimando, 2017). Últimamente, se están implementando intervenciones basadas en mindfulness o atención plena, y se ha demostrado su eficacia para disminuir los niveles de burnout, de fatiga por compasión y un aumento en auto-compasión en profesionales sanitarios (Burgess, Beach & Saha, 2017). Mindfulness es una palabra inglesa que proviene del idioma pali (sati) y significa conciencia, atención y memoria; es observar la realidad tal y como es, así como también nuestros procesos internos (físicos, emocionales y mentales), promoviendo una mayor auto-conciencia (Simón, 2011). Esta capacidad de estar atento implica concentración en las actividades que se están realizando, sin que la mente empiece a divagar respecto al futuro o el pasado, sin apego ni rechazo (Campayo, 2008). Uno de los autores que promovieron la práctica e investigación en mindfulness, Kabat-Zinn (2003), lo describe como la conciencia que aparece deliberadamente en el momento presente sin juicios. Mindfulness implica presencia bondadosa, con uno mismo y con los demás, ausencia de juicio y aceptación de la realidad tal y como se está manifestando. Esta presencia bondadosa y aceptación hacia nosotros mismos se denomina auto-compasión (Neff, 2012). Siguiendo este camino, en profesionales del área de la salud se han encontrado relaciones significativas entre una

mayor capacidad mindfulness, mayores niveles de auto-compasión, un mejor bienestar y bajos niveles de fatiga por compasión y burnout (Asuero, Blanco, Pujol-Ribera, Berenguera & Queralto, 2013; Auserón, Viscarret, Goñi, Rubio y Pascual, 2017). Por otra parte, el apoyo social mantendría en el caso del burnout su efecto de amortiguador de las consecuencias del estrés que ha sido establecido para otros tipos de estrés (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; GilMonte y Peiró, 1996). Los estudios muestran que la práctica de mindfulness puede ayudar a reducir el estrés, mejorar las relaciones y fomentar la auto-reflexión requerida para un correcto cuidado del paciente (Trowbridge & Mische Lawson, 2016). Entonces, mindfulness sería un recurso importante en el desarrollo de introspección en los profesionales de la salud, proceso que consiste en darse cuenta de los sentimientos y pensamientos que nos provocan los pacientes, y en cómo éstos afectan el comportamiento (Campayo, 2008).

La práctica de la autoconciencia se refiere a un proceso de una cuidadosa observación de lo que, momento a momento, se va produciendo en nosotros y en nuestro alrededor, mientras se mantiene una actitud abierta, sin juicios, simplemente viendo lo que sucede en la realidad. Ser conscientes, estar conectados con la propia experiencia interna, permite poder elegir cómo queremos actuar, en lugar de utilizar patrones de conducta reactivos y automáticos. Aprender a observarse y estar atento al propio proceso interno ayuda a tener un mayor dominio de las situaciones y de uno mismo. Dos métodos útiles para aumentar la autoconciencia y que poseen datos empíricos que apoyan su efectividad son la meditación y la escritura reflexiva. Escribir de una forma reflexiva y expresar lo que se ha ido sintiendo a lo largo del día, permitiéndose la libertad de escribirlo, ayuda al autocuidado y a despertar la autoconciencia (Asuero, 2008). Para la reducción del estrés y emociones se han empleado diversas técnicas (Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach et al., 2001; Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespín, 2001; Peiró y Salvador, 1993; Yela, 1996), entre las que cabe destacar las técnicas de relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales. En esta línea, O'Brien (1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no sólo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio. Cabe destacar en este punto, como sugieren Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (1997), que el individuo controla el propio ambiente y existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello nos impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos.

Si analizamos las opciones de intervención de cuidado desde la neurobiología, al estrés en el nivel más primario podemos definirlo como un sistema de atracción-rechazo hacia aquellas cosas que suponen un riesgo o son beneficiosas para la supervivencia. Esta parte de nosotros es el llamado cerebro mamífero y la zona responsable es el sistema límbico-hipotalámico que, con su activación, señala aquello que tiene relevancia para la persona de dos modos: a) Preparando una respuesta defensiva o de huida, o b) Energizando y atrayendo la atención. Esto se produce a un nivel precognitivo, es decir, inconsciente, y a nosotros nos llega en forma de sensación física, actuando como señal. Pero esa señal a veces, debido a su intensidad, puede bloquear el funcionamiento cortical y con ello nuestra capacidad de reflexionar, generando una reacción automática que puede, en muchos casos, no ser la más apropiada. Sólo hay dos modos de disminuir la activación límbica: una, externamente por medio del desahogo verbal (reactivo) o la reacción impulsiva, y otra, por medio de la autoconciencia y la respiración (proactivo). Necesitamos aprender a escuchar y entender esas señales y, por otro lado, aprender a regular su intensidad para no perder nuestros objetivos y autodominio. La verdadera inteligencia emocional consiste en la capacidad para entender y atender el significado de las emociones propias y ajenas y, a la vez, mantener la capacidad para dirigir nuestra conducta por medio de valores y objetivos, no de impulsos. Tenemos amplia evidencia de los beneficios de cultivar la atención plena y la autoconciencia, tanto para mejorar el autocuidado como para permanecer emocionalmente disponible en situaciones muy estresantes y nos permiten “entender y atender”.

Para finalizar podemos analizar las prácticas cotidianas de autocuidado que incluyen distintos actos que pueden hacer los individuos para conservarse sanos como alimentarse bien, ejercitarse, no fumar, no beber alcohol, manejar el estrés, y desarrollar habilidades de comunicación, (Barria, Rosemberg, & Uribe, 2010); Arón y Llanos (2004), plantean la necesidad de tener espacios de vaciamiento y descompresión, donde el profesional pueda vaciarse de todo el contenido perturbador que atañe a su labor y así descomprimir sus emociones. Este proceso tiene efecto de descompresión pues el trabajador logra compartir sus vivencias y re-elaborarlas con ayuda profesional o en su defecto alguien que le comprenda. Es de vital importancia, ampliar la formación personal, para estar actualizado profesionalmente y poder sortear la sensación de incompetencia e ineficiencia, al adquirir herramientas que empoderen al profesional. Se recomienda llevar a cabo un registro de los malestares, horas de sueño, alimentación, momentos de estrés. Por supuesto el apoyo social, hacer incapié en la vida personal, la cual permite el contacto con las emociones, la vinculación con familiares y amigos y momentos de recreación y distensión.

## Conclusión

El sufrimiento, entendido como el estrés que afecta a las personas ante la amenaza a su integridad y la percepción de falta de recursos para afrontarla, es muy prevalente en el entorno sanitario, sobretodo en el contexto de la pandemia que estamos atravesando desde hace 18 meses. Se espera del profesional que sea capaz de no sólo conocer y atender los aspectos científicos y relacionales del proceso clínico que afecta al paciente, respetarlo como persona y ofrecerle un cuidado integral de sus necesidades a través de la escucha activa y empática, sino penetrar en su mundo subjetivo y regular el malestar. Esta labor requiere una presencia compasiva y una actitud de promoción de la dignidad y la autonomía del paciente en un entorno cada vez más deshumanizado y más orientado hacia la rentabilidad, la gestión por objetivos que, frecuentemente, interfieren en la relación terapéutica. Los profesionales sanitarios expuestos al contagio/ saturación emocional pueden padecer la fatiga de compasión y actitudes de protección personal o conductas evitativas: cinismo o desinterés por los pacientes. En función de cómo se gestione el impacto emocional puede repercutir, no sólo en la sensación de bienestar de los profesionales (fatiga versus satisfacción de la compasión), sino en la calidad de la atención médica. Siendo el propio médico el instrumento más importante en la atención del paciente, es necesario el calibrado del profesional. El sufrimiento de los pacientes nos conmueve. Reconocer las emociones ayuda a canalizarlas.

Sentimos el sufrimiento, empatizamos para realizar nuestro trabajo, entendemos porque también lo estamos vivenciando, y nos conectamos con nosotros mismos buscando estrategias de cuidado para poder seguir ayudando. Uno de los primeros pasos para el autocuidado es precisamente, reconocerse como una población de riesgo y por lo tanto vulnerable. Gracias a los avances de la neurociencia conocemos mejor los mecanismos subyacentes de las emociones y sus repercusiones a nivel físico y de calidad de vida de los profesionales. Trabajar en este entorno manteniéndose ecuánime, empático, apoyando emocionalmente sin quemarse, requiere el desarrollo consciente de actitudes, conocimientos y habilidades específicas. Las herramientas eficaces para la consecución de estos objetivos son: habilidades de comunicación, la atención plena y autoconciencia, que facilitan la gestión emocional y el establecimiento de límites entre vida personal/ profesional y la búsqueda continua del sentido de vida.

Tomaremos para reflexionar el concepto de la satisfacción de la compasión, que podemos definir como el gozo que se deriva de trabajar ayudando a los demás. Se ha postulado que se asocia a la comprensión del proceso de sanación recíproco, que se da a través de relaciones significativas cuidador-paciente; una autorreflexión interna a la conexión con los semejantes, la familia y la comunidad, y un sentido aumentado de la espiritualidad, y se asocia a un elevado grado de empatía, lo que M. Kearney denomina empatía exquisita o compasión.

Entonces, ya que somos la herramienta que desde nuestra propia subjetividad intervenimos en el proceso que afecta al enfermo el cuidado de esta herramienta es de crucial importancia en el mantenimiento de su capacidad para trabajar de forma eficiente y disfrutando del ejercicio de su vocación. La comprensión de los mecanismos neurológicos subyacentes a la empatía y compasión nos pueden ser muy útiles para entender cómo funcionan y se activan nuestras emociones y fomentar la tendencia a ser proactivo, Frente al sufrimiento nuestro sistema límbico inhibe las funciones superiores y que es necesario aprender a regular la amígdala para poder dirigir nuestra conducta. Tenemos dos maneras de reducir su activación: el desahogo, en sus versiones civilizada o automática de “echar las cosas fuera”, y la autorregulación consciente por medio de la respiración y la observación. Es por ello que la importancia de la emergente evidencia del rol de algunas técnicas de atención plena y de autoconciencia en la gestión de las emociones nos permiten entender mejor las herramientas y estrategias que deberían incluirse en la formación de cualquier profesional que va a trabajar con el sufrimiento. (Figley, 1995).

Este es el reto y el desafío, el riesgo de sufrir y la oportunidad de desarrollarse como persona en la interacción con los demás. Ayudar a otro ser humano supone adentrarse en uno mismo y en las propias experiencias. Detenernos para sentir, pensar, reflexionar, poner nombre y elegir la acción a seguir, todas acciones relacionadas con la inteligencia emocional, otro gran recurso con el que contamos al cuidarnos. Empatía y compasión como instrumentos de cuidado hacia el otro pero también para nosotros mismos en nuestra función de acompañar en el camino del sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 1-22.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103-8. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103
- Ader, R. y Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Adimando, A. (2017). Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care: An Educational Workshop for Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, doi:0898010117721581.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinario. En L. M. Torres (ed.), *Medicina del dolor* (pp. 389-396). Barcelona: Masson.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Asuero, A. M., Blanco, T. R., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Queraltó, J. M. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27, 521-528.
- Asuero, A. M., Queraltó, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodríguez-Blanco, T., & Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *Journal of continuing education in the health professions*, 34, 4-12.
- Ávila Espada, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. *Temas de Psicoanálisis*, 6
- Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía 0. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid: Alianza.
- Barreto, P., Arranz, P., Barbero, J. y Bayés, R. (1997). Intervención psicológica con personas en la fase final de la vida. En V.E. Caballo (ed.); *Manual para el tratamiento cognitivoconductual de los trastornos psicológicos* (Vol. II) (pp. 431-474). Madrid: Siglo XXI.
- Bayés, R. y Borràs, F. X. (1996). Psiconeuroinmunología y salud. En M.A. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 77-114). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bleichmar, H. (2002). La empatía desde el enfoque modular-transformacional en Psicoanálisis. Presentación Jornada anual Laureano Cuesta. Doc. Internet. [https://www.google.es/?gws\\_rd=ssl#](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#)
- Burgess, D. J., Beach, M. C., & Saha, S. (2017). Mindfulness practice: A promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient education and counseling*, 100, 372-376.
- Campayo, J. G. (2008). La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención primaria*, 40, 363-366.
- Campos, 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, Extremadura, España. Recuperado desde <http://dehesa.unex.es/handle/10662/3087>
- Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford Univ Pr; 2004:36-41.
- Cherniss, C. (1980). Staff burnout. *Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 310-357.
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 13, 618.
- Eastburg, M., Williamson, M., Gorsuch, R. y Ridley, C. (1994). Social support, personality and burnout in nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 1233-1250.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. En: Stamm, B. (1999), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: Sidran Press (pp: 3-29).

- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge: New York, United States.
- García, M. D. C. H. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14, 53.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 150-170.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal Social Issues*, 30, 159-165.
- García García, E. (2014). Neuropsicología del comportamiento moral. Neuronas espejo, funciones ejec. ética universal. En J. de la Torre (Ed). *Neurociencia, Neuroética y Bioética*. Madrid: Universidad Pont Comillas.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Güell López de Lamadrid, M. (2009). Sin simpatía no hay curación. A propósito de los trabajos de Borgogno y Sándor Ferenczi. *CeIR*, 3 (2): 444-450.
- Iacoboni, M. (2010). *Las neuronas espejo*. Buenos Aires: Katz.
- Íñigo Fernández, M. (2014). La mirada empática: Las miradas de los otros significativos que nos mantienen través de los vínculos. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 505-513.
- Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9, 16-22.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting psychologists press.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149. doi:10.1007/BF00975140.
- O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud* (pp. 61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Orange, D. (2013a). El extraño que sufre: actitudes para la comprensión y la respuesta clínica cotidiana. *Investigación relacional*, 7 (1): 33-44.
- Orange, D.M. (2013b). Hospitalidad clínica: Acogiendo el rostro del otro devastado. *CeIR*, 7 (1): 11-24.
- Ortega Ruiz, C., López Ríos, F. (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1 *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, núm. 1, enero, pp. 137-160 Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España.
- Perez-Bret, E., Altisent, R., & Rocafort, J. (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International journal of palliative nursing*, 22, 599-606.
- Pfaff, K. A., Freeman-Gibb, L., Patrick, L. J., DiBiase, R., & Moretti, O. (2017). Reducing the "cost of caring" in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of Interprofessional Care*, 1-8.
- Potter, P., Deshields, T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. In *Oncology Nursing Forum*, 40.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. *Ba Paidós*. Rodríguez Sutil, C (2013). ¿Qué es una emoción? *Teoría relacional de las emociones*. *Clínica e Inves Relacional*, 7 (2): 348-372.
- Sánchez Sánchez, T. (2014). Empatía, Simpatía y Compatía (Compasión). Tres disposiciones afectivas fundamentales en el vínculo humano-terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 434-451. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es)].
- Simón, V. (2011) *Aprender a practicar mindfulness y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión*. Barcelona: Sello Editorial.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing y Health Sciences*, 16, 3-10. doi:10.1111/nhs.12068
- Solomon, R. C. (2007) *Ética emocional: Una teoría de los sentimientos*. Barcelona: Paidós.
- Trowbridge, K., & Mische 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, 101-124.
- Wilson, E.C. (2008). *Contra la felicidad*. En defensa de la melancolía. Madrid: Taurus.
- Wolf, C. (2014). Debate en torno a las neuronas espejo. *Mente y Cerebro*, 65. Original recibido con fecha: 3-8-2014 Revisado: 17-10-2014 Aceptado para publicación: 27-10-2014.