



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Niveles del Desgaste por Empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Estudiante: Giuliana Carla Squillace

Legajo: 25306

Director/es: Mirta Stepaniuk

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en Psicología

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

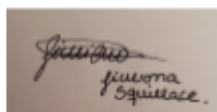
Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI []

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Buenos Aires, 4 de Mayo de 2026

Firma y aclaración del autor:



Juan Carlos
Squitace

ÍNDICE

Resumen.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Delimitación del objeto de estudio.....	5
1.2 Planteo del problema.....	6
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Objetivo general.....	7
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
1.4 Hipótesis.....	8
1.4.1 Hipótesis general.....	8
1.4.2 Hipótesis específicas.....	8
Pregunta de investigación.....	9
2. ESTADO DEL ARTE.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	21
3.1 La Empatía.....	21
3.1.1 Teoría de la mente y desarrollo de la empatía.....	23
3.2 La relación de ayuda y la empatía en el ejercicio clínico.....	25
3.3 El desgaste por empatía.....	30
3.4 Constructos asociados al desgaste por empatía.....	32
3.5 Manifestaciones sintomáticas del Síndrome de desgaste por empatía.....	34
3.6 Desarrollo histórico del concepto de desgaste por empatía.....	35
3.7 Factores de riesgo y protectores.....	38
3.8 La contracara del Desgaste por Empatía: La Satisfacción por Compasión.....	41
3.9 Supervisión clínica y desgaste por empatía.....	42
3.10 Enfoque terapéutico y exposición al desgaste empático.....	43
3.11 Años de ejercicio profesional y acumulacion del desgaste empatico.....	44
3.12 Consecuencias clínicas y profesionales del desgaste por empatía.....	45
4. METODOLOGÍA.....	48
4.1 Variables de estudio.....	48
4.2 Diseño de estudio.....	48
4.2.1 Muestra.....	49
4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	49
4.2.3 Instrumentos.....	50
4.3 Procedimiento.....	52
5. RESULTADOS.....	54
6. DISCUSIÓN.....	66
7. CONCLUSIÓN.....	75
8. APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	78
9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	80
10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	82

11. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	84
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
13. ANEXOS.....	104

“Niveles del Desgaste por Empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

Resumen

El desgaste por empatía es un conjunto de indicadores emocionales, cognitivos y físicas que resultan de la exposición sostenida al sufrimiento ajeno en el contexto de una relación de ayuda. Debido a la centralidad que tiene el constructo de empatía como herramienta de trabajo y a la exposición continua a narrativas de angustia y trauma, los psicólogos clínicos constituyen una población propensa a desarrollar este síndrome.

En el contexto local, existe evidencia empírica limitada sobre el síndrome de desgaste por empatía en psicólogos clínicos, lo que indica una necesidad de recopilar datos que permitan describir los niveles de desgaste, así como descubrir las variables profesionales relacionadas.

El presente Trabajo Final Integrador propone una investigación empírica sobre este síndrome con un diseño cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. Su objetivo principal fue indagar los niveles globales del desgaste por empatía en psicólogos porteños, operacionalizados por medio de las dimensiones de Burnout y Estrés Traumático Secundario, componentes que comprenden el marco de Fatiga por Compasión (equivalente a Desgaste por Empatía) según el modelo del Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5). También, su vínculo con variables profesionales como la supervisión clínica, horas semanales de ejercicio, años de ejercicio profesional y el enfoque terapéutico. La muestra estuvo integrada por 50 psicólogos clínicos de entre 28 a 70 años de edad residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ejercen atención clínica en consultorio dentro del ámbito privado, en práctica particular y/o brindando atención por medio de obras sociales.

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico elaborado ad hoc y el Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5), desarrollado originalmente por Stamm (2010) y posteriormente validado y adaptado en Argentina para la población de psicólogos argentinos por Eidman y Zaragoza-Seratti (2023).

Al aportar datos empíricos situados, este trabajo trasciende la descripción teórica para constituirse como una herramienta diagnóstica del entorno laboral. La relevancia de este aporte radica en su capacidad para fundamentar el diseño de estrategias de prevención y mitigación del desgaste por empatía, adaptadas a las particularidades de nuestra práctica clínica local.

Palabras clave: *Desgaste por empatía - Empatía - Relación de ayuda - Supervisión clínica - Enfoque terapéutico.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Delimitación del objeto de estudio

El presente estudio se sustenta en un análisis del Desgaste por Empatía en psicólogos clínicos que ejercen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta variable, también conocida como Fatiga por Compasión, se define como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que aparece como consecuencia del constante contacto con el sufrimiento ajeno y del esfuerzo por empatizar con las experiencias traumáticas del otro (Figley, 1995). En virtud de lo expuesto por Joinson (1992), este desgaste se manifiesta particularmente en profesionales de la salud mental, los cuales, debido a la naturaleza de su labor, se exponen repetidamente a relatos de dolor, trauma o angustia, lo que puede provocar una sobrecarga emocional progresiva.

En este caso, el profesional no sufre el trauma directamente, sino que internaliza el sufrimiento ajeno por medio del proceso empático, como menciona el autor Figley (1995), lo que con el tiempo puede generar síntomas similares al trastorno por estrés postraumático, como irritabilidad, pensamientos intrusivos, despersonalización e insomnio.

Luego, Lazarus (2000) expone que las emociones, al ser respuestas adaptativas frente a demandas ambientales, pueden volverse disfuncionales cuando dichas demandas superan los recursos del individuo. Desde este punto de vista, el Desgaste por Empatía puede comprenderse como un desequilibrio entre las exigencias emocionales propias del rol profesional y las estrategias de afrontamiento disponibles (Lazarus, 2000).

Complementariamente, Bordin (1994) resalta que el vínculo empático es una parte esencial de la alianza terapéutica, la cual es un elemento fundamental del proceso clínico. Sin embargo, cuando dicha implicación emocional se intensifica de modo desmedido puede comprometer tanto la eficacia de la terapia como del bienestar del psicólogo (Bordin, 1994).

1.2 Planteo del problema

Este trabajo surge para dar respuesta al limitado abordaje teórico y empírico de la relación entre empatía y desgaste emocional en psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires. El estudio busca, por tanto, subsanar la falta de datos locales sobre un fenómeno que impacta directamente en la salud laboral de estos profesionales.

En su mayoría, las investigaciones sobre este tema se han centrado en otras poblaciones, como médicos, enfermeros u otros profesionales de la salud. Tal como el estudio realizado por Agostinelli Bardero (2022) en auxiliares administrativos. También, en el estudio de Quiroga et al (2024) el cual investigó el síndrome en profesionales de la salud integral pero no en el contexto porteño, sino en Entre Ríos y Santa Fe. Por lo tanto, esta investigación buscará llenar un vacío en la literatura local y regional, brindando datos cuantitativos actualizados para profundizar y conocer la relación entre empatía y desgaste emocional en los psicólogos porteños.

Desde una perspectiva profesional, resulta relevante investigar y profundizar en la comprensión del Desgaste por Empatía en psicólogos clínicos debido a que su constante contacto con el sufrimiento y el trauma ajeno puede afectar tanto su bienestar como la eficacia terapéutica. Asimismo, la escasa consideración institucional del desgaste empático en relación al riesgo laboral limita la implementación de estrategias de prevención y programas de autocuidado para los profesionales, lo que refuerza la necesidad de producir evidencia empírica en el contexto local que visibilice este fenómeno y oriente futuras intervenciones, beneficiando el bienestar de los psicólogos y a la vez, la calidad de la atención psicológica (Maslach & Leiter, 2016; West et al., 2016).

En consecuencia, el desgaste emocional se suele invisibilizar dentro de las instituciones, beneficiando su cronificación y reduciendo las posibilidades de intervención

temprana (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Por este motivo, diferentes autores como Rupert y Morgan (2005) destacan la necesidad de producir evidencia empírica situada, que permita dimensionar el fenómeno en contextos locales y orientar el diseño de políticas y dispositivos preventivos que estén ajustados a las condiciones reales de ejercicio profesional.

Además, la presente investigación resulta viable en tanto que la población de psicólogos clínicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es amplia y accesible por medio de instituciones profesionales de psicólogos/as, redes laborales e instituciones académicas, lo que permite obtener una muestra representativa. Además, se dispone de un instrumento desarrollado originalmente por Stamm (2010) y posteriormente validado y adaptado en Argentina para la población de psicólogos argentinos por Eidman y Zaragoza-Seratti (2023) -el Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5)- el cual permite evaluar de manera confiable los constructos de Burnout y Estrés Traumático Secundario, las cuales son indicadores del desgaste por empatía. Además, la modalidad de recolección de datos mediante encuestas autoadministradas facilita su aplicación en un período de tiempo acotado y con un costo reducido, de acuerdo a Sampieri et al. (2014). Asimismo, la naturaleza cuantitativa del estudio permite un análisis objetivo y sistemático de los resultados, afianzando la factibilidad metodológica del proyecto.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Conocer los niveles globales del desgaste por empatía en los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar los niveles de Desgaste por Empatía entre profesionales que reciben supervisión clínica y aquellos que no acceden a espacios de supervisión profesional.
- Analizar las diferencias en los niveles de Desgaste por Empatía en función del enfoque terapéutico utilizado (Psicoanalítico, Cognitivo-Conductual, Terapia Conductual contextual, Ecléctico Integrador, otra).
- Examinar la relación entre los años de ejercicio profesional y los niveles de desgaste por empatía.
- Examinar la relación entre las horas semanales de ejercicio y los niveles de desgaste por empatía.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

Existen diferencias significativas en los niveles del Desgaste por Empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los cuales están vinculadas con variables profesionales como el enfoque terapéutico, horas semanales de ejercicio clínico, la supervisión clínica y los años de ejercicio profesional.

1.4.2 Hipótesis específicas

1. La mayoría de los psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentan niveles medios de Desgaste por Empatía.
2. Los psicólogos que no cuentan con espacios de supervisión clínica presentan mayores niveles de desgaste por empatía en comparación con aquellos que tienen un acompañamiento y supervisión profesional de manera periódica.
3. Existen diferencias significativas en los niveles del desgaste profesional dependiendo del enfoque terapéutico predominante. Los psicólogos con enfoque cognitivo-conductual

presentan mayor vulnerabilidad al desgaste empático, mientras que quienes tienen enfoque psicoanalítico o integrativos manifestaron niveles más bajos de agotamiento.

4. Los años de ejercicio profesional se relacionan inversamente con el desgaste por empatía.

Los psicólogos clínicos con mayor experiencia presentan niveles más altos de desgaste.

5. Los psicólogos que dedican una mayor cantidad de horas semanales al trabajo clínico presentan niveles más elevados de desgaste por empatía.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles de desgaste por empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires? Y ¿Cómo se relacionan con variables como el enfoque terapéutico, horas semanales de ejercicio clínico, los años de ejercicio y la supervisión clínica?

2. ESTADO DEL ARTE

En este apartado, se presentarán una serie de trabajos de investigación realizados en los últimos años y que guardan similitud con el objeto de estudio de la presente investigación. Se dará cuenta de lo que ya se ha investigado acerca de la problemática en cuestión. Asimismo, cabe destacar que gran parte de los antecedentes corresponden a estudios realizados en diferentes países o regiones, lo cual evidencia la necesidad de seguir profundizando el estudio de esta problemática en contextos locales. Se espera que, a partir de esta revisión, se establezca una base conceptual para el estudio y, a su vez, resaltar la manera en que la presente investigación busca reforzar y ampliar los conocimientos ya existentes.

Como punto de partida, se encuentra el estudio de Valdés García, González-Tovar, Hernández Montaña y Sánchez Loyo (2020), titulado Regulación emocional, autocuidado y burnout en psicólogos clínicos ante el trabajo en casa por confinamiento debido al COVID-19, realizado en Colombia, cuyo propósito fue analizar los niveles de autocuidado, regulación emocional y burnout en psicólogos del ámbito clínico que brindaron atención psicológica durante la pandemia de coronavirus, así como explorar las relaciones entre estas variables.

La metodología utilizada en esta investigación fue de tipo cuantitativa, transversal y no experimental, con una muestra no probabilística de 131 psicólogos clínicos, de los cuales el 82,4% eran mujeres y el 17,6% hombres, que realizaban atención psicológica de manera remota durante el confinamiento. Con respecto al ámbito laboral, el 38,9% ejercía en práctica privada, el 33,6% en instituciones educativas, el 16,8% en dependencias gubernamentales, el 7,6% en organizaciones no gubernamentales y el 3% en hospitales o centros de salud.

Respecto al autocuidado, los resultados indicaron que el 55% de los psicólogos practicaba conductas de autocuidado frecuentemente, el 36,6% ocasionalmente, el 7,6% muy

frecuentemente y solo el 0,8% casi nunca, demostrando una alta conciencia sobre la importancia del autocuidado profesional.

En relación con el burnout, se observó que los participantes presentaron bajas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización, junto con altos niveles de realización personal, lo que sugiere ausencia generalizada del síndrome en la muestra. Además, se encontró que más del 60% de los participantes reportó niveles frecuentes o muy frecuentes de autocuidado, lo cual se vinculó negativamente con el agotamiento emocional y positivamente con la realización personal.

Otra investigación relevante es la de los autores Agüero y Sanabria (2021) denominada “Síndrome de desgaste por empatía en profesionales psicólogos del Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de Asunción, 2019”, con el objetivo de definir el nivel de desgaste por empatía en este grupo de profesionales y describir las dimensiones específicas que lo integran.

La metodología empleada fue de diseño observacional con un enfoque cuantitativo y un tipo de estudio descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra del estudio estuvo conformada por 30 psicólogos del Hospital Psiquiátrico de Asunción, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Para obtener los datos, se aplicó el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE, Main et al., 2009) instrumento validado en Argentina por Zamponi et al (2011) que evalúa tres dimensiones: Involucramiento profesional, vulnerabilidad y autocuidado personal.

Los resultados obtenidos demostraron que el 77% de los participantes presentaron niveles de funcionamiento empático normal, sin indicadores de riesgo de desarrollar el desgaste por empatía. Sin embargo, se encontró un 17% de psicólogos con funcionamiento empático normal pero con riesgo de desgaste.

En relación con las dimensiones del desgaste por empatía, el involucramiento profesional presentó una media inferior a la mitad del puntaje posible, lo que indica una tendencia a un bajo nivel de implicación emocional con los pacientes. En cuanto al autocuidado personal, la muestra obtuvo un promedio marcadamente bajo en esta dimensión. Por último, la dimensión de vulnerabilidad presentó una media levemente inferior al puntaje medio esperado, lo que indica una baja predisposición general al desarrollo del síndrome de desgaste.

Por otro lado, otra investigación pertinente es el estudio realizado por Yocca (2022), titulado “Conductas de autocuidado en psicólogos/as clínicos/as que ejercen en las ciudades Capital y La Banda de Santiago del Estero”, cuyo propósito general fue conocer y describir la ejecución de las conductas de autocuidado en psicólogos clínicos en ejercicio profesional. Esta investigación adoptó un diseño mixto, de alcance descriptivo con instancias comparativas, y se llevó a cabo a partir de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo integrada por 111 psicólogos/as clínicos/as, de los cuales 71 trabajaban en la ciudad Capital y 40 en la ciudad de La Banda, provincia de Santiago del Estero. Luego, para la recopilación de datos se utilizó la adaptación argentina de la Escala de conductas de autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) (Guerra et al., 2008), junto con un cuestionario sociodemográfico diseñado ad hoc.

Los resultados de esta investigación evidenciaron que el 61,3% de los psicólogos practicaba conductas de autocuidado frecuentemente, el 16,2% muy frecuentemente y el 22,5% ocasionalmente, sin registrarse casos que indiquen ausencia total de conductas de autocuidado. Además, no se hallaron diferencias significativas en la ejecución de conductas de autocuidado en función de los años de experiencia profesional, la población asistida ni la carga horaria laboral. Sin embargo, sí se identificaron diferencias significativas según el

ámbito laboral, visualizándose mayores niveles de autocuidado en aquellos profesionales que trabajaban en el ámbito público y privado.

Con respecto a las conductas de autocuidado más frecuentemente reportadas, se encontraron la participación en actividades recreativas fuera del área laboral, el diálogo entre colegas sobre la experiencia clínica, el cuidado del espacio físico de trabajo y la realización de actividades profesionales no asociadas directamente a la atención clínica. No obstante, a pesar de los niveles óptimos de autocuidado, una proporción considerable de la muestra refirió niveles moderados del desgaste laboral, lo que indica que las prácticas individuales de autocuidado, si bien son necesarias, no siempre son suficientes para prevenir totalmente el malestar vinculado al ejercicio profesional.

Luego, en el estudio realizado por Ramirez-Dueñas et al. (2022) se investigó la presencia de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el contexto de la pandemia por COVID-19. La investigación adoptó un diseño cuantitativo, transversal y analítico, con una muestra de 1033 profesionales de la salud, de los cuales el 70,6% eran mujeres y el 29,3% eran hombres, con una edad promedio de 38 años.

Con respecto a la satisfacción por empatía, los resultados indicaron que el 77% de la muestra se ubicó dentro del perfil de funcionamiento empático óptimo, mientras que sólo el 0,78% presentó riesgo de desgaste por empatía. Respecto al estrés traumático secundario, el 76% de los encuestados mostró un funcionamiento empático normal. Sin embargo, el 20% se ubicó en un perfil de riesgo de desgaste por empatía, demostrando la presencia de vulnerabilidad clínica relevante.

En cuanto al autocuidado, el 38,4% de los profesionales manifestó un alto nivel de indiferencia o descuido hacia su bienestar personal. En relación con la vulnerabilidad al

estrés, el 47% de la muestra se ubicó en un nivel seriamente vulnerable, mientras que el 45,2% se ubicó en un nivel medianamente vulnerable, lo que refleja una elevada exposición al malestar psicosocial.

Posteriormente, un antecedente empírico pertinente es el estudio realizado por Díaz Joga (2022), titulado “El papel de las variables profesionales en niveles de burnout y fatiga por compasión en psicólogos”, llevado a cabo en Madrid, cuyo propósito fue inspeccionar acerca de la relación entre determinadas variables profesionales y los niveles de burnout y desgaste por empatía en psicólogos clínicos en ejercicio profesional. La investigación adoptó un diseño de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional con una muestra probabilística de 48 psicólogos clínicos. Para realizar el estudio, se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la Escala de Calidad de Vida Profesional ProQOL-V de Stamm y un inventario ad hoc para relevar variables profesionales.

Con respecto al burnout, los resultados indicaron que el 45,8% presenta niveles medios de cansancio emocional, mientras que el 41,7% se ubicó en niveles elevados. Luego, en la dimensión de despersonalización, el 56,3% de los psicólogos obtuvo niveles medios y un 33,3% niveles altos. En cuanto a la realización personal, el 54,2% de los participantes se encontró en los niveles altos. En relación a la fatiga por compasión (o desgaste por empatía), los resultados demostraron que el 60,4% de la muestra presentó niveles bajos de estrés traumático secundario, mientras que el 39,6% se encontró en los niveles medios. Al contrario, la satisfacción por compasión mostró valores altos, debido a que el 70,8% de los psicólogos estuvo en los niveles altos y el 29,2% niveles medios, sin casos en el nivel bajo.

Asimismo, el análisis de las variables profesionales demostró que el 70% de los psicólogos atiende entre 3 y 5 pacientes diarios, el 68% no contaba con tiempo de descanso entre las sesiones, y el 47,9% realizaba entre 1 y 2 horas semanales de supervisión clínica,

mientras que una marcada proporción no disponía de espacios sistemáticos de supervisión. Los análisis correlaciones indicaron vinculaciones significativas entre variables como disponibilidad de un espacio físico estable, telepresión y número de pacientes atendidos con algunas dimensiones de la fatiga por compasión y del burnout.

Otro antecedente relevante es el estudio realizado por Lucas Arranz y Rossi Freducci (2023), quienes investigaron el desgaste por empatía y los síntomas del estrés postraumático secundario en profesionales que trabajaban en el ámbito de género y violencia de género en España. Se trató de una investigación cuantitativa, transversal y de tipo descriptivo-comparativo, enfocado en examinar las consecuencias emocionales y psicosociales derivadas de la exposición sostenida a relatos de violencia.

La investigación estuvo conformada por tres líneas de análisis: los efectos del trabajo en género e igualdad sobre la vida cotidiana, la presencia de síntomas asociados al trauma vicario y el malestar derivado de la precariedad laboral en el ámbito psicosocial. La muestra se conformó por 160 mujeres, distribuidas en dos grupos: 80 profesionales expertas en género y violencia de género, entre ellas psicólogas, trabajadoras sociales y otras profesionales del área psicosocial y 80 mujeres de la población general, emparejadas por rangos etarios para fines comparativos.

Como instrumento de recolección de datos, las autoras realizaron cuestionarios ad hoc con ítems tipo Likert, contruidos a partir de grupos focales previos, que evaluaron sintomatología fisiológica, emocional, cognitiva y conductual, así como indicadores de estrés postraumático secundario y variables laborales (profesión, años de experiencia y satisfacción con la remuneración). Al analizar los datos, se identificó que las profesionales del ámbito de género presentaban mayor frecuencia e intensidad de síntomas de desgaste por empatía y

trauma vicario en comparación con la población general, especialmente las trabajadoras sociales y psicólogas.

Además, los resultados indicaron que no se halló una relación significativa entre los años de experiencia y el nivel de sintomatología, lo que muestra la influencia de otros factores organizacionales y contextuales. Por último, se destacó un elevado nivel de insatisfacción con la remuneración y la supervisión laboral, aspectos señalados como factores que podrían aumentar la vulnerabilidad al desgaste profesional. En conclusión, las autoras plantean que el trabajo en violencia de género implica una alta carga emocional y dificultades para la desconexión laboral, remarcando la necesidad de fortalecer estrategias institucionales de autocuidado y prevención del desgaste.

A posteriori, Solana Salessi (2023) realizó una investigación titulada “Prevalencia del desgaste por empatía en profesionales de la Salud Mental de Santa Fe”. En este estudio, la autora se propuso investigar acerca de la prevalencia del Síndrome de Desgaste por Empatía (SDE) en profesionales de la salud mental de la ciudad de Santa Fe, teniendo en cuenta que la empatía, si bien constituye una habilidad central en la práctica clínica, puede transformarse en un riesgo psicosocial cuando el sufrimiento del paciente no se gestiona adecuadamente. En cuanto al diseño metodológico, se adoptó un diseño descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 256 profesionales (psicólogos y psiquiatras) seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Para la evaluación del desgaste por empatía, se utilizó la Escala de Agotamiento por Empatía de Zamponi, Rondón y Viñuela (2009), instrumento validado para medir el síndrome en población profesional.

En relación con los resultados, se evidencio que el 61,67% de los participantes presentó un funcionamiento empático normal sin riesgo de SDE, mientras que el 24,96% manifestó un mecanismo de empatía normal pero con riesgo de desarrollarlo. Por su parte, el

13,37% mostró un funcionamiento anormal, compatible con la presencia del síndrome.

Finalmente, los hallazgos demuestran que si bien la mayoría de los profesionales no presenta desgaste significativo, existe un porcentaje considerable en riesgo o con manifestaciones del síndrome, lo cual destaca la necesidad de promover estrategias de afrontamiento adecuadas y de fortalecer un vínculo terapéutico saludable que prevenga el agotamiento emocional en el ejercicio profesional.

Luego, Solana Salessi (2024) también llevó a cabo un estudio nombrado “Estilos de apego y riesgo psicosocial de desgaste por empatía en psicólogos y psiquiatras”. Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre los estilos de apego y el síndrome de desgaste por empatía en esta población específica. La investigación se enmarca dentro de un diseño cuantitativo, empírico y transversal, con un enfoque descriptivo-correlacional, con una muestra de 324 profesionales de la provincia de Santa Fe. Para este estudio, se emplearon el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE, Main et al., 2009) y la Escala de Estilos de Apego para Adultos (Ortiz-Granja et al., 2019).

Los resultados de la investigación demostraron asociaciones significativas entre el Síndrome de Desgaste por Empatía y los estilos de apego seguro y ansioso. En particular, el apego seguro se asoció de manera negativa con el desgaste, funcionando como un factor protector, mientras que el apego ansioso se vinculó positivamente, incrementando el riesgo. Asimismo, se observó que el 68% de los que participaron presentaron niveles de funcionamiento empático normal, el 24% riesgo moderado y por último, el 8% presentó riesgo alto de desgaste por empatía.

Entre los estudios más recientes, se encuentra el estudio de Quiroga et al. (2024) quien realizó una investigación titulada “Síndrome de desgaste por empatía en profesionales de la salud integral en Entre Ríos y en las regiones centro y norte de la provincia de Santa

Fe”, el cual tuvo como como propósito evaluar la presencia del síndrome en profesionales de la salud y explorar los factores de riesgo y los protectores. La investigación se desarrolló bajo un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de profesionales de distintas áreas del ámbito bio-psico-social. Se utilizó el Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis, 1980) adaptado a la argentina por Müller et al., (2015), para poder evaluar la empatía. Al mismo tiempo, se utilizó el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE, Main et al., 2009) instrumento validado en Argentina por Zamponi et al (2011), junto con un cuestionario sociodemográfico y laboral.

Los resultados de este estudio demostraron que el 82% de los participantes no presentaban riesgos de padecer este síndrome, mientras que el 18% restante se ubicaron entre los grupos de menor vulnerabilidad empática. En la subescala Angustia Personal del IRI, los terapeutas obtuvieron los valores más bajos, lo que indica mayor capacidad para manejar el sufrimiento del otro sin verse afectados.

Seguidamente, Malaver (2024) realizó un trabajo, llevado a cabo en la ciudad de Buenos Aires, cuyo objetivo fue indagar y profundizar en el estado del conocimiento científico sobre el síndrome de desgaste por empatía en personal de salud dedicado al cuidado, teniendo en cuenta el periodo comprendido entre 2018 y 2022 que abarca los años previos y posteriores a la pandemia por COVID-19. La investigación se desarrolló bajo un diseño de revisión sistemática, constituyendo un estudio secundario, observacional, retrospectivo e integrativo, con enfoque mixto, ya que combinó una síntesis cualitativa de los hallazgos con un resumen cuantitativo de los resultados de los estudios incluidos. La muestra final estuvo conformada por 12 artículos empíricos publicados en revistas científicas, todos de corte transversal. En cuanto al enfoque metodológico, 11 estudios fueron cuantitativos y uno cualitativo. Respecto a los instrumentos de evaluación, en la totalidad de los estudios

cuantitativos se utilizó la Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL), mientras que el estudio cualitativo recurre a la técnica de grupos focales.

Por consiguiente, los resultados demostraron un crecimiento importante de las investigaciones sobre desgaste por empatía durante el periodo de pandemia, concentrando más del 80% de las publicaciones en los años 2020-2021. Asimismo, se identificó una predominancia de estudios realizados en población de enfermería, lo que indica una limitación en términos de diversidad profesional, debido a la escasa representación de psicólogos y otros agentes de salud mental.

Para concluir, el estudio destaca la heterogeneidad conceptual en la definición del desgaste por empatía y el solapamiento terminológico con constructos como burnout y estrés traumático secundario, lo que genera dificultades en su operacionalización y comparación entre investigaciones. Además, se destaca la ausencia de estudios longitudinales, limitando el análisis de la evolución temporal del fenómeno.

Por último, la revisión remarca la necesidad de ampliar las poblaciones estudiadas, diversificar los instrumentos de medición y desarrollar técnicas de prevención e intervenciones institucionales orientadas a proteger la salud mental de los profesionales expuestos constantemente al sufrimiento ajeno, especialmente en contextos de alta demanda emocional como los generados en crisis sanitarias.

Finalmente, otro antecedente relevante es el estudio realizado por Roldán Álvarez (2025), cuyo proposito fue analizar la relacion entre el desgaste por empatía y las estrategias de autocuidado en psicologos clínicos de la region del Alto Valle de Río Negro y Neuquén. La investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo y se orientó en distinguir los factores de riesgo vinculados al desgaste por empatía y a las prácticas profesionales y personales asociadas al cuidado de la salud física y mental de los profesionales. La muestra

estuvo integrada por 48 psicólogos clínicos de entre 23 a 67 años, que ejercen en dicha región.

Con respecto al desgaste por empatía, los resultados generales indicaron que el 60% de la muestra presentó un funcionamiento empático normal, sin riesgo de desarrollar este síndrome, mientras que el 23% se ubicó dentro de un perfil de funcionamiento empático óptimo. Sin embargo, un 17% de los profesionales presentó un funcionamiento empático normal pero con riesgo de desarrollar desgaste por empatía, demostrando la presencia de subgrupos vulnerables dentro de la población investigada. Asimismo, se observaron diferencias significativas según el género, presentando mayores niveles de desgaste por empatía en los hombres, de los cuales el 37% se ubicó en perfiles de riesgo, en contraste con el 12% de las mujeres.

En cuanto a las variables profesionales, se distinguieron mayores niveles de desgaste por empatía en psicólogos con menor experiencia clínica, en quienes atendían menos pacientes por día, en quienes no contaban con espacios de supervisión profesional y en aquellos que trabajaban exclusivamente en el área clínica. Además, se registraron diferencias según el modelo terapéutico utilizado por el profesional, observándose mayores niveles de desgaste por empatía en profesionales con orientación cognitivo-conductual, en comparación con otros enfoques. En conclusión, los bajos niveles de autocuidado y de involucramiento profesional podrían actuar como factores de riesgo a futuro.

3. MARCO TEÓRICO

En este apartado se abordará un desarrollo teórico acerca de las principales variables de esta investigación.

3.1 La Empatía

Para empezar, la empatía es un concepto central dentro de la psicología y una habilidad fundamental en el trabajo de los profesionales de ayuda, que para Bohart & Greenberg (1997) y Norcross & Wampold (2011) es la misma que concede la entrada al mundo interno del otro sujeto, permitiendo establecer una relación, posibilitando así la creación de un entorno seguro dentro de la psicoterapia. De esta manera, la empatía ha sido definida como un factor común transversal a los diversos enfoques psicoterapéuticos con un impacto significativo en la efectividad del tratamiento (Norcross & Lambert, 2019).

Es importante añadir la definición de Davis (1983) sobre la empatía, quien la define como un constructo multidimensional con componentes afectivos y cognitivos. El autor desarrolla el modelo multidimensional de la empatía, distinguiendo cuatro dimensiones: preocupación empática, fantasía, malestar personal y toma de perspectiva. Asimismo, este modelo resulta relevante en el ámbito clínico debido a que permite diferenciar respuestas empáticas orientadas al bienestar ajeno de aquellas enfocadas en el malestar del profesional, las cuales se relacionan con mayor vulnerabilidad emocional.

Por otro lado, Rogers (1957) define la empatía como la capacidad del terapeuta de ponerse en el lugar del consultante y entender su experiencia con precisión, sin perder su lugar de observador. Esta definición propone la noción de una implicación empática regulada en la que el psicólogo comprende de manera profunda al paciente sin perder la diferenciación emocional necesaria para el encuadre clínico.

Por lo tanto, Bordin (1979) plantea que la empatía opera como motor de la alianza terapéutica, debido a que favorece la relación emocional, facilita la negociación de objetivos terapéuticos e incentiva la adhesión a las tareas del tratamiento. Asimismo, propuso un modelo transversal de la alianza terapéutica que está compuesto por el vínculo, metas y tareas, las cuales se influyen entre sí que en conjunto crean una relación de trabajo integrada.

Siguiendo esta línea, Norcross y Wampold (2011) plantean que es fundamental destacar que la alianza empáticamente cimentada es considerada uno de los mejores predictores de los resultados de la terapia, y de manera conjunta, actúa como marco que amortigua el malestar e impulsa la continuidad de la intervención. Asimismo, la empatía dentro de la terapia cumple una función reguladora dentro de la relación clínica, al posibilitar un clima emocional seguro que facilita la expresión y la elaboración del sufrimiento psíquico (Newhill, 2003).

Posteriormente, autores como Batson (1991) ensacharon la perspectiva al tener en cuenta que la empatía comprende un conjunto de respuestas emocionales orientadas al otro, como por ejemplo la ternura. Desde este punto de vista, la empatía se asocia con la motivación prosocial y la conducta de ayuda, explicando el involucramiento emocional típico de los profesionales de la salud mental (Batson, 1991).

En esta línea, Hansen et al. (2018) ha destacado que la experiencia empática puede devenir tanto en fatiga por compasión como en satisfacción por compasión, lo cual depende de aspectos individuales y contextuales (Figley, 1995). De esta forma, la empatía se comprende como un recurso clínico indispensable, pero que puede resultar en un riesgo cuando no se acompaña de límites profesionales y estrategias de regulación emocional. Esta ambivalencia es central para entender el vínculo entre la empatía y el desgaste por empatía (Figley, 1995).

3.1.1 Teoría de la mente y desarrollo de la empatía

Para comprender más acerca de la empatía, es importante desarrollar la teoría de la mente, debido a que la capacidad de inferir pensamientos, emociones e intenciones ajenas es un requisito cognitivo esencial para ella. Según Premack y Woodruff (1978) la Teoría de la Mente (ToM) es la capacidad cognitiva de atribuir estados mentales a otras personas, teniendo en cuenta que estos pueden diferir de los propios. Esta cualidad permite entender el comportamiento ajeno, y es un pilar fundamental de la cognición social (Frith & Frith, 2006). Además, varias investigaciones (Wellman et al, 2001) han demostrado que la Teoría de la Mente empieza a desarrollarse entre los tres y los cinco años de edad. En esta etapa, los niños comienzan a comprender las falsas creencias, aunque su refinamiento continúa durante la etapa de la adolescencia y la adultez. En este sentido, la consolidación progresiva de la Teoría de la Mente concede una comprensión más compleja de las creencias, emociones e intenciones ajenas, beneficiando interacciones sociales más sofisticadas (Dumontheil et al., 2010).

Por otra parte, la empatía es un constructo complejo que comprende aspectos cognitivos, como el entendimiento del estado mental ajeno (Decety & Lamm, 2006), y afectivos, como comprender las emociones del otro (Davis, 1983). En función de lo expuesto por Filippetti (2012), la empatía puede comprenderse como un proceso que integra la percepción emocional y la mentalización. Desde este enfoque integrador, la autora plantea que la empatía significa reconocer el estado mental del otro y también modular la respuesta emocional propia frente a dicho reconocimiento. Desde este punto de vista, la empatía cognitiva y la teoría de la mente comparten bases neurobiológicas, especialmente en determinadas regiones cerebrales las cuales intervienen en la inferencia de estados mentales ajenos (Shamay-Tsoory, 2011). No obstante, la empatía afectiva depende mayormente de estructuras límbicas vinculadas con la resonancia emocional (Decety & Lamm, 2006).

Particularmente, estas diferencias neurofuncionales aclaran por qué un individuo puede entender intelectualmente el estado del otro sin necesariamente experimentar una respuesta emocional equivalente (Decety, 2011).

Sumado a esto, la relación entre la empatía y la teoría de la mente ha sido explorada en el ámbito de la psicología del desarrollo, por ejemplo, estudios en niños en edad preescolar han revelado que el desarrollo de la ToM predice el incremento de la empatía cognitiva y de la sensibilidad emocional hacia el otro (Imuta et al, 2016). Al mismo tiempo, en estudios longitudinales demuestran que los avances en el estudio de los estados mentales, como el reconocimiento de creencias falsas, se correlacionan con una gran capacidad empática (Eggum et al., 2011). Consecuentemente, estos descubrimientos sugieren que la Teoría de la Mente funciona como un facilitador del desarrollo empático, aunque no lo explica de manera exhaustiva (Decety & Meyer, 2008).

Sin embargo, Medina Déniz (2020) advierte que el vínculo entre ambas capacidades no es unívoca, ya que expone que la empatía no se reduce únicamente a la mentalización, sino que también implica procesos autorregulatorios y funciones ejecutivas, como la flexibilidad cognitiva e inhibición que regulan la respuesta emocional frente al sufrimiento ajeno. De esta manera, la regulación emocional permite al individuo gestionar la intensidad de la respuesta empática, evitando una sobreidentificación con el sufrimiento del otro (Medina Déniz, 2020). De manera similar, Recio (2018) sostiene que, a pesar de que la ToM y la empatía comparten mecanismos cognitivos, no siempre evolucionan paralelamente. Por ende, es posible encontrar perfiles en los que la comprensión cognitiva del otro no se acompaña de una adecuada resonancia emocional o viceversa (Recio, 2018).

Partiendo desde una perspectiva evolutiva, Frans de Waal (2008) plantea que la empatía tiene raíces biológicas y constituye una adecuación evolutiva enfocada en la

supervivencia grupal. Desde este enfoque, el autor plantea que la empatía favorece la cohesión social y la cooperación, aumentando las posibilidades de supervivencia de los grupos humanos.

Por otro lado, Tomasello (2019) sostiene que la teoría de la mente y la empatía se desarrollaron en el humano como habilidades motivacionales y cognitivas originadas en la interdependencia social. Asimismo, el autor plantea que estas capacidades resultan fundamentales para el desarrollo de la cultura, la moralidad y las normas sociales compartidas. Desde un enfoque complementario, la empatía implica una resonancia emocional y una motivación prosocial sostenida por la comprensión de los estados mentales ajenos (Decety & Cowell, 2014).

Para concluir, esta integración entre comprensión mental y resonancia emocional es fundamental para el ejercicio clínico ya que permite una empatía efectiva sin perder los límites profesionales requeridos (Decety & Cowell, 2014).

3.2 La relación de ayuda y la empatía en el ejercicio clínico

En primer lugar, Egán (2014) define la relación de ayuda como el núcleo del trabajo psicoterapéutico y lo comprende como un proceso interpersonal intencional orientado a facilitar el bienestar psicológico, el cambio y el desarrollo personal del paciente. Asimismo, el autor expone, desde una perspectiva clínica contemporánea, que esta relación no se reduce a la aplicación de técnicas específicas, sino que implica un vínculo profesional en el cual el psicólogo pone a disposición sus competencias personales, técnicas y emocionales para acompañar al otro en la elaboración de su sufrimiento psíquico.

De esta manera, la relación de ayuda se configura como un espacio relacional que permite al consultante, explorar su experiencia subjetivamente dentro de un contexto de

contención, respeto y validación, beneficiando la construcción de significados y el fortalecimiento de los recursos personales (Corey, 2017). El autor Gerald Corey (2017) afirma que dicha relación se sostiene dentro de un encuadre que garantiza seguridad emocional y promueve la participación activa del paciente en su propio proceso terapéutico.

En este marco, Wampold e Imel (2015) sostienen que la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas depende mayormente de la calidad de la relación establecida entre terapeuta y paciente. Desde este punto de vista, la relación de ayuda funciona como el contexto a partir del cual se despliegan las técnicas, favoreciendo la motivación al cambio, la adherencia a la terapia y la elaboración de las dificultades psicológicas presentadas por el consultante (Wampold & Imel, 2015)

Por otro lado, Christoph Flückiger et al. (2018) plantea que en el marco de la psicoterapia, esta relación interpersonal adquiere la forma de una alianza terapéutica, comprendida como un vínculo de colaboración basado en la confianza, el compromiso mutuo en las tareas terapéuticas y el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento. Además, el autor expone que la alianza terapéutica ha sido ampliamente reconocida como uno de los predictores más consistentes de los resultados clínicos, independientemente del enfoque terapéutico utilizado.

De la misma manera, Skovholt & Trotter-Mathison (2016) manifiestan que la relación de ayuda implica una exposición emocional recurrente por parte del profesional, quien está constantemente en contacto directo con el sufrimiento, la angustia y las experiencias traumáticas de los pacientes. En consecuencia, esta característica inherente al trabajo clínico convierte a la relación de ayuda en una fuente potencial de satisfacción profesional y de vulnerabilidad emocional, especialmente cuando no se acompaña de adecuados recursos de regulación y autocuidado (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016)

Desde esta perspectiva, los autores Rønnestad & Skovholt (2013) refieren que la relación de ayuda no supone de una neutralidad emocional absoluta del terapeuta, sino de la participación de un sujeto que se ve influenciado por la experiencia clínica. En este sentido, entender esta dimensión humana del ejercicio profesional resulta fundamental para comprender los riesgos vinculados al desgaste emocional y la necesidad de implementar estrategias protectoras que permitan sostener la práctica clínica a largo plazo (Rønnestad & Skovholt, 2013).

Dentro de la relación de ayuda, la empatía cumple una función central como capacidad que permite al terapeuta entender la experiencia subjetiva del consultante sin perder la diferenciación entre el sí mismo y el otro (Decety & Cowell, 2014). En otras palabras, Decety & Cowell (2014) definen la empatía como un proceso psicológico complejo que integra aspectos afectivos, cognitivos y regulatorios, orientados a captar y responder adecuadamente al estado emocional del otro.

Desde una perspectiva psicológica, la empatía ha sido comprendida como una habilidad esencial para el establecimiento de vínculos interpersonales significativos y para el desarrollo de intervenciones terapéuticas eficaces (Elliot et al., 2011). En relación con esta función, Elliot et al. (2011) declara que la empatía, dentro de la relación de ayuda, posibilita una comprensión profunda del mundo interno del paciente, beneficiando la validación emocional y el sentimiento de ser comprendido.

Desde un enfoque complementario, las neurociencias han aportado evidencia que respalda la existencia de bases neurobiológicas de la empatía, marcando que la percepción del estado emocional ajeno activa redes neuronales vinculadas tanto con la resonancia afectiva como con la inferencia cognitiva de los estados mentales (Shamay-Tsoory, 2011). En esta línea, Shamay-Tsoory (2011) plantea que la empatía no es un proceso unitario, sino el

resultado de la interacción entre diversos sistemas cerebrales implicados en la emoción, la cognición social y la regulación emocional.

También, el autor Decety (2011) expone que la empatía se caracteriza por su flexibilidad contextual, ya que su intensidad y modalidad dependen de factores como el vínculo interpersonal, la historia del terapeuta, el contexto clínico y las demandas específicas del caso. Asimismo, esta variabilidad demuestra por qué la empatía puede constituir tanto un recurso terapéutico como un factor de riesgo cuando se produce una sobreidentificación con el sufrimiento ajeno (Decety, 2011).

Dentro del ámbito clínico, la empatía no implica una fusión emocional con el paciente, sino una comprensión que preserva la distancia profesional necesaria para sostener el encuadre terapéutico (Gerdes, Segal & Lietz, 2010). Los autores Gerdes, Segal & Lietz (2010) sostienen que la capacidad de mantener esta diferenciación resulta fundamental para evitar una implicación empática desregulada que puede generar malestar emocional o desgaste profesional.

Desde diversas orientaciones teóricas, se ha distinguido que una empatía adecuadamente regulada beneficia la apertura del paciente al proceso terapéutico, aumenta la confianza en el vínculo y facilita la elaboración del conflicto psíquico (Elliot et al., 2011). Elliot et al. (2011) subrayan que la empatía se constituye como un factor esencial de la alianza terapéutica y un elemento clave para la efectividad del tratamiento psicológico. Asimismo, Gerdes et al. (2010) resaltan que la empatía en la relación de ayuda facilita la comprensión del mundo interno del consultante y el sostenimiento del vínculo terapéutico, al tiempo que requiere una eficaz regulación emocional por parte del profesional.

Desde un enfoque clínico contemporáneo, se ha distinguido entre empatía emocional y empatía compasiva como formas cualitativamente diferentes de involucramiento en la

relación terapéutica (Singer & Klimecki, 2014). Por un lado, la empatía emocional se caracteriza por una resonancia afectiva directa con el sufrimiento ajeno, implicando la vivencia compartida de emociones negativas como angustia, dolor psíquico o tristeza (Singer & Klimecki, 2014). En el ámbito clínico, este tipo de empatía puede aumentar la implicación emocional del terapeuta y potenciar la vulnerabilidad al desgaste cuando se sostiene de manera prolongada, sin una regulación adecuada (Klimecki & Singer, 2012). Por otro lado, Gilbert (2010) define la empatía compasiva como una respuesta, empática, regulada que, aunque reconoce el sufrimiento ajeno, está orientada hacia el deseo de aliviarlo sin generar una sobreidentificación emocional con el paciente. Este tipo de empatía permite tener una cercanía emocional necesaria para el vínculo terapéutico, preservando los límites profesionales y la estabilidad emocional del terapeuta (Gilbert, 2010). Klimecki et al. (2014) han señalado que el cultivo de una empatía compasiva está asociada con menores niveles de estrés emocional y un mayor bienestar profesional trabajadores de la salud.

De esta manera, la regulación empática es considerada un recurso central para sostener una relación de ayuda efectiva y poder minimizar el impacto negativo de la exposición recurrente al sufrimiento psíquico del consultante (Singer & Klimecki, 2014). Desde esta perspectiva, la empatía en la relación de ayuda no es comprendida únicamente como una capacidad emocional natural, sino como una competencia que requiere de reflexión, entrenamiento y supervisión continua (Germer & Neff, 2013). Por último, la incorporación de estrategias enfocadas en el desarrollo de una empatía regulada beneficia una práctica clínica más sostenible y reduce el riesgo de desgaste empático a largo plazo (Germer & Neff, 2013).

3.3 El desgaste por empatía

Inicialmente, Carla Joinson (1992) fue una de las pioneras en describir cómo las enfermeras padecen síntomas de desgaste asociado al exceso de involucramiento emocional, lo que deriva en el estudio de este síndrome de la “fatiga por compasión” o “desgaste por empatía”. La contribución de Joinson (1992) permitió diferenciar el cansancio físico del impacto emocional específico generado por el contacto constante con el sufrimiento del otro.

Más adelante, el desgaste por empatía es definido por Figley (1995) como la fatiga emocional generada por el contacto empático continuo que tiene el terapeuta con el sufrimiento de sus pacientes. En otras palabras, el autor lo llama “estrés de cuidado” que surge cuando el profesional se involucra intensamente en el dolor ajeno. Asimismo, el autor remarca que este tipo de estrés no proviene de un suceso traumático propio, sino de la exposición indirecta y sostenida al trauma de otros, mediada por la empatía.

Esta proximidad que genera este involucramiento, al demandar altos niveles de empatía, compasión y cuidado, puede desbordar los recursos que posee el profesional y traducirse en alteraciones conductuales en ellos (Newell & MacNeil, 2010). En este sentido, los autores plantean que el desgaste por empatía se evidencia como un proceso acumulativo, en el cual la carga emocional no elaborada se vuelve más intensa progresivamente a lo largo del tiempo clínico.

En este sentido, el autor Stamm (2010) plantea que este síndrome implica una disminución en los recursos emocionales y a la vez, un aumento de la vulnerabilidad al desgaste. Desde el modelo de Calidad de Vida Profesional, el desgaste por empatía comprende una de las dimensiones negativas del ejercicio profesional, perjudicando el desempeño laboral del psicólogo así como su bienestar subjetivo (Stamm, 2010).

A su vez, Lucas-Arranz y Rossi-Freducci (2023) resaltan que los profesionales expuestos a entornos de sufrimiento intenso presentan un riesgo elevado de desarrollar sintomatología relacionada al desgaste por empatía. Estos autores destacan que la intensidad y la frecuencia del contacto con el padecimiento psíquico cumplen la función de variables críticas en la aparición del síndrome de desgaste por empatía.

Por otro lado, Maslach y Jackson (1981) plantean que el desgaste emocional es la dimensión más importante del Síndrome de Burnout, vinculado al estrés crónico en profesionales. El desgaste emocional está caracterizado por sentimientos de agotamiento, pérdida de energía y disminución de los recursos emocionales importantes para el trabajo de asistencia (Maslach y Jackson, 1981). Maslach & Leiter, 1997 plantean que esto disminuye la energía y motivación generando dificultades en el ejercicio de sus funciones. Estos autores exponen que a diferencia del desgaste por empatía, el burnout está asociado a factores organizacionales y condiciones laborales crónicas, más que al contenido emocional del vínculo entre terapeuta y consultante.

Posteriormente, Stamm (2010) expone que el desgaste por empatía es parte de la calidad de vida profesional, vinculándolo con el burnout y también la satisfacción por la compasión. La conceptualización de Stamm (2010) permite entender al desgaste por empatía no como un fenómeno aislado, sino como un aspecto interrelacionado dentro de la experiencia global del ejercicio profesional en contextos de asistencia. A continuación, autores como Newell y MacNeil (2010) manifiestan que la ausencia de estrategias de autocuidado en profesionales, y al mismo tiempo la exposición constante a relatos altamente traumáticos son factores que pueden fortalecer a este fenómeno en ámbitos clínicos. Según los autores, el desgaste por empatía se ve beneficiado cuando el psicólogo carece de espacios

de supervisión, apoyo por parte de la institución y límites claros entre su vida laboral y personal.

Desde esta perspectiva, el desgaste por empatía puede identificarse como una respuesta emocional específica al trabajo clínico empáticamente demandante, distinto del burnout, pero capaz de coexistir con este y potenciar su impacto negativo en el bienestar del terapeuta (Figley, 1995).

3.4 Constructos asociados al desgaste por empatía

En primer lugar, el burnout fue abordado inicialmente por Herbert Freudenberger (1974) como un estado de agotamiento físico y mental observado en profesionales que trabajaban en contextos asistenciales. Luego, Maslach y Jackson (1981) lo describieron como una respuesta psicológica prolongada frente a estresores interpersonales crónicos en el ámbito laboral. Además, Maslach (2003) plantea que este síndrome constituye un proceso que se desarrolla de manera gradual como resultado de la exposición sostenida a demandas emocionales intensas.

De esta forma, el modelo tridimensional propuesto por Maslach y Jackson (1981) define que el burnout se compone de despersonalización, agotamiento emocional y disminución de la realización personal. Las autoras describen el agotamiento emocional como la sensación de estar exhausto y sin recursos afectivos para afrontar el trabajo. Luego, Maslach et al. (2001) comprenden la despersonalización como el desarrollo de actitudes distantes o cínicas hacia los destinatarios del servicio, y la baja realización personal como una autovaloración negativa del desempeño profesional.

Por otro lado, el modelo de demandas y recursos laborales propone que el burnout surge cuando las exigencias del trabajo superan de manera persistente los recursos

disponibles para afrontarlas (Schaufeli & Bakker, 2004). En consonancia con ello, Bakker y Demerouti (2007) confirman que variables organizacionales como la sobrecarga laboral y la falta de apoyo institucional aumentan el riesgo de desarrollar este síndrome.

De igual manera, el burnout no se limita exclusivamente a profesionales de ayuda, sino que se puede presentar en múltiples contextos ocupacionales caracterizados por estrés crónico, tal como indican Maslach et al. (2001). Por consiguiente, su etiología se vincula tanto con factores individuales como con condiciones estructurales del área laboral (Schaufeli et al, 2009).

Finalmente, el burnout se diferencia del desgaste por empatía en tanto este último está relacionado con la exposición empática al sufrimiento o trauma de los pacientes, según Figley (1995). Por lo tanto, aunque ambos fenómenos pueden coexistir en profesionales de la salud mental, sus mecanismos explicativos son diferentes de manera conceptual (Maslach et al., 2001).

Por otra parte, el concepto de estrés traumático secundario fue abordado por Figley (1995) para describir el conjunto de síntomas que pueden experimentar los profesionales que trabajan con individuos traumatizados, aun cuando no hayan vivido directamente el evento traumático. Además, Figley (1995) también sostiene que este fenómeno surge como consecuencia de la exposición empática al relato del trauma ajeno.

En esta línea, el estrés traumático secundario implica la aparición de síntomas similares al del trastorno por estrés postraumático en quienes asisten a víctimas, incluyendo reexperimentación, evitación y activación fisiológica, según Bride (2007). De este modo, los profesionales pueden tener pensamientos intrusivos, alteraciones del sueño y respuestas de hipervigilancia vinculadas a los contenidos traumáticos escuchados en el ejercicio de su profesión (Bride, 2007).

A su vez, Pearlaman y Saakvitne (1995) destacan que este fenómeno surge en la relación empática establecida con personas que han atravesado experiencias altamente estresantes o violentas. En consonancia con ello, las autoras afirman que la exposición reiterada al material traumático puede alterar los esquemas cognitivos del profesional respecto de la seguridad, confianza y control.

En este marco, el estrés traumático secundario es distinto del burnout en tanto a su núcleo explicativo, el cual radica en la exposición indirecta a eventos traumáticos y no en las condiciones organizacionales del trabajo (Figley, 1995). Por lo tanto, mientras el burnout se asocia con demandas laborales crónicas, el estrés traumático secundario se vincula específicamente con la internalización del trauma narrado por los consultantes, tal como lo describe Stamm (2010).

En último lugar, se ha señalado que la intensidad y frecuencia del contacto con relatos traumáticos constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de este cuadro (Baird & Kracen, 2006). De esta manera, en el ámbito clínico, el estrés traumático secundario es una respuesta emocional generada por el compromiso empático con el sufrimiento extremo de otros (Stamm, 2010).

3.5 Manifestaciones sintomáticas del Síndrome de desgaste por empatía

El síndrome de desgaste por empatía se manifiesta a través de diversas sintomatologías. Entre ellas, se destacan la preocupación constante por los pacientes (Figley, 1995), así como malestares físicos, psicológicos y/o emocionales (Stamm, 2010). A su vez, pueden presentarse hábitos desadaptativos tales como el abuso de sustancias, los trastornos alimenticios, las conductas compulsivas y el uso excesivo de redes sociales, entre otros mecanismos orientados a reducir el estrés derivado del ejercicio profesional (Lazarus, 2000). En primer lugar, la preocupación persistente por el bienestar del consultante puede

manifestarse como rumiación, dificultad para desconectarse del trabajo y pensamientos automáticos e intrusivos relacionados con los casos atendidos (Figley, 1995).

En línea con lo anterior, en el ámbito emocional, los profesionales pueden sentir tristeza, embotamiento afectivo, irritabilidad o sensación de sobrecarga emocional, aún en ausencia de eventos estresantes fuera del ámbito laboral (Stamm, 2010). Por otra parte, a nivel cognitivo, se han visualizado disminución de la capacidad atencional, dificultades en la concentración y reducción de la claridad mental en la práctica cotidiana (Newell & MacNeil, 2010).

Del mismo modo, desde una perspectiva psicosomática, el síndrome de desgaste por empatía puede manifestarse mediante cefaleas, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sueño y fatiga constante, relacionadas con la activación sostenida del estrés (Stamm, 2010). En este contexto, diversos profesionales desarrollan conductas evitativas de tipo emocional o distanciamiento defensivo como método para reducir el impacto del sufrimiento ajeno, lo cual puede influir negativamente en la calidad del vínculo terapéutico (Figley, 1995).

Finalmente, el recurso a hábitos desadaptativos cumple una finalidad reguladora transitoria del malestar, pero aumentan el riesgo de deterioro en la salud física y mental del psicólogo a mediano y largo plazo (Lazarus, 2000). En conjunto, estas manifestaciones no suelen aparecer abruptamente, sino que se configuran de manera progresiva, obstaculizando su detección temprana y beneficiando su cronificación en ausencia de intervenciones preventivas (Newell & MacNeil, 2010).

3.6 Desarrollo histórico del concepto de desgaste por empatía

En primer lugar, el desgaste por empatía es conceptualizado en la literatura como un fenómeno multifactorial, que surge como resultado de la interacción entre características

propias del profesional y las demandas emocionales del contexto clínico (Stamm, 2010). A su vez, el autor Figley (1995) sostiene que este síndrome se desarrolla de manera progresiva, como consecuencia de la exposición reiterada al sufrimiento emocional de los consultantes, especialmente en contextos de atención prolongada.

Para empezar, uno de los factores etiológicos centrales del desgaste por empatía radica en la exposición constante, narrativas de traumas, dolores y pérdidas, característica del trabajo clínico en salud mental (Stamm, 2010). En este marco, la escucha reiterada de experiencias traumáticas, puede causar una activación emocional sostenida que, con el tiempo, excede los recursos habituales de afrontamiento del psicólogo (Figley, 1995). Como consecuencia de ello, esta sobrecarga emocional acumulativa puede expresarse en forma de agotamiento afectivo, disminución de la capacidad de empatía y malestar psicológico, persistente (Maslach & Leiter, 2016).

Por su parte, la empatía comprendida como la capacidad de entender y resonar con la experiencia emocional del otro, constituye un elemento indispensable del vínculo entre terapeuta y paciente (Rogers, 1997). No obstante, cuando la empatía se ejerce de manera intensa y sostenida, sin adecuados mecanismos de regulación emocional, puede convertirse en un factor de vulnerabilidad para el profesional (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

De esta forma, los terapeutas con una alta sensibilidad empática suelen involucrarse emocionalmente de forma más profunda con el sufrimiento de sus pacientes, lo que aumenta el riesgo de desgaste empático (Stamm, 2010). En relación con esto, la dificultad para establecer límites emocionales claros entre la experiencia del consultante y la propia experiencia interna del psicólogo ha sido considerado un factor relevante en la etiología del síndrome (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Además, la implicación emocional constante en la alianza terapéutica demanda un esfuerzo psicológico recurrente por parte del profesional (Wampold & Imel, 2015). Como consecuencia de este proceso, este esfuerzo empático persistente puede derivar en un progresivo agotamiento emocional cuando no está acompañado de espacios de reflexión y elaboración clínica (Watkins, 2011).

Por otro lado, las condiciones laborales y organizacionales también cumplen un rol fundamental en la génesis del desgaste por empatía (Rupert & Morgan, 2005). En este sentido, la sobrecarga asistencial, la presión institucional y las altas demandas emocionales incrementan el impacto psicológico clínico sobre el profesional (Wallace et al., 2009). Asimismo, la falta de espacios sistemáticos de supervisión limita la posibilidad de procesar emocionalmente las experiencias clínicas complejas (Watkins, 2011). Como consecuencia, la supervisión deficiente favorece la acumulación de tensión emocional y minimiza las oportunidades de prevención del desgaste empático (Falender & Shafranske, 2004).

Desde un enfoque evolutivo, otro factor etiológico esencial es el momento del desarrollo profesional en el que se encuentra el psicólogo (Rønnestad & Skovholt, 2013). En particular, determinadas fases de la trayectoria profesional, especialmente aquellas caracterizadas por elevados niveles de idealismo y autoexigencia, se vinculan con una mayor vulnerabilidad al desgaste emocional (Rønnestad & Skovholt, 2013). En estos momentos, los profesionales tienden a asumir una responsabilidad excesiva por los resultados de la terapia, lo cual aumenta el malestar emocional frente a la percepción de fracaso clínico (Maslach & Leiter, 2016).

En esta misma línea, la percepción de una baja eficacia profesional ha sido reconocida como un factor que contribuye al desarrollo del desgaste empático (Maslach & Leiter, 2016). Es decir, cuando el esfuerzo empático no se convierte en mejoras percibidas en los pacientes, pueden aparecer sentimientos de frustración impotencia y desmoralización (Stamm, 2010). Al

mismo tiempo, estos estados emocionales negativos afectan la motivación intrínseca del psicólogo y deterioran el sentido del trabajo clínico (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Para finalizar, la presencia de estresores vitales concurrentes pueden disminuir los recursos emocionales disponibles para enfrentar las demandas del ejercicio clínico (Wallace et al., 2009). En este marco, cambios relevantes en la vida personal, enfermedades o dificultades relacionales pueden intensificar el impacto del sufrimiento ajeno sobre el profesional (Rønnestad & Skovholt, 2013).

En conclusión, la etiología del desgaste por empatía puede entenderse como el resultado de una elevada implicación empática ininterrumpida en contextos de alta demanda emocional, en conjunto con recursos insuficientes de regulación, supervisión y autocuidado profesional (Stamm, 2010).

3.7 Factores de riesgo y protectores

Principalmente los factores de riesgo identificados son una carga emocional elevada, exposición prolongada al sufrimiento ajeno (Schaufeli & Buunk, 2003), malestar personal vinculado al desgaste, empatía desregulada (Lamothe et al, 2014), vulnerabilidad (Maín et al., 2009), ausencia de apoyo o supervisión profesional (Rupert et al, 2019) y por último, rasgos de la personalidad, como el neuroticismo (Sosnowska et al, 2019). En este marco, los factores de riesgo pueden entenderse como aquellas condiciones individuales, relacionales, o contextuales que aumentan la probabilidad de que el profesional desarrolle desgaste por empatía durante el ejercicio de su práctica clínica (Schaufeli & Buunk, 2003).

En primer lugar, la carga emocional elevada se asocia con la intensidad afectiva que requiere el trabajo clínico, especialmente cuando el psicólogo se debe enfrentar de manera recurrente, a situaciones de sufrimiento, trauma o vulnerabilidad psicológica (Figley, 1995).

En esta misma línea, la exposición prolongada al sufrimiento del otro implica un contacto constante con experiencias emocionalmente demandantes, lo cual puede causar un impacto acumulativo sobre los recursos emocionales del terapeuta (Stamm, 2010). Asimismo, el malestar personal asociado al desgaste refiere a la dificultad del profesional para regular sus respuestas emocionales ante las demandas del vínculo terapéutico (Maslach & Leiter, 2016).

Con respecto a la empatía desregulada, Lamothe et al. (2014) afirman que una elevada resonancia emocional sin adecuados mecanismos de autorregulación puede beneficiar la sobre implicación afectiva y el agotamiento emocional. Además, la ausencia de apoyo profesional o espacio sistemáticos de supervisión clínica genera una limitación en la posibilidad de elaborar las experiencias clínicas complejas, aumentando el riesgo de desgaste por empatía (Rupert et al., 2019).

De igual manera, la vulnerabilidad también es un factor de riesgo relevante, el cual se vincula al impacto emocional negativo que experimenta el profesional como consecuencia de la exposición constante al sufrimiento, el trauma y la angustia de los consultantes (Maín et al., 2009). Por consiguiente, esta vulnerabilidad puede expresarse a través de síntomas como agotamiento emocional, pensamientos intrusivos, irritabilidad y dificultades para desligarse del trabajo clínico (Figley, 1995). Desde este enfoque, la vulnerabilidad comprende el núcleo del desgaste por empatía, debido a que refleja el desbordamiento de los recursos emocionales del profesional frente a las demandas del rol asistencial (Stamm, 2010). Por último, determinados rasgos de la personalidad han sido identificados factores de riesgo, como el neuroticismo, el cual está asociado con una reactividad emocional y menor tolerancia al estrés (Sosnowska et al., 2019).

En cambio, los factores protectores son el autocuidado, la regulación emocional, la empatía, la toma de perspectiva (Lamothe et al, 2014), la presencia de la supervisión clínica,

apoyo social (Rupert et al, 2019) y como amortiguador, la satisfacción por compasión (Stamm, 2010). En contraposición a los factores de riesgo, los factores protectores son aquellos recursos personales, contextuales y relacionales, que reducen la probabilidad de desarrollar el síndrome de desgaste por empatía o atenúan su impacto negativo sobre el bienestar del terapeuta (Stamm, 2010).

En primer término, el autocuidado es uno de los principales factores protectores, debido a que implica la adopción consciente de prácticas orientadas a preservar la salud general del profesional (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). En este sentido, esta dimensión incluye prácticas como la supervisión clínica, el establecimiento de límites profesionales, el descanso adecuado y la diferenciación entre la vida personal y laboral (Stamm, 2010). Por ello, la evidencia empírica indica que niveles adecuados de autocuidado funcionan como un factor protector frente al desarrollo del desgaste por empatía y contribuyen a sostener una práctica clínica más saludable a largo plazo (Zamponi et al., 2011).

Además, la regulación emocional permite que el psicólogo pueda identificar, modular y procesar de manera adecuada sus propias respuestas afectivas frente al sufrimiento del consultante (Gross, 2015). Desde este marco, la empatía regulada y la toma de perspectiva cognitiva, facilitan un entendimiento del paciente, sin que esto genere una sobreidentificación emocional, actuando como un factor protector frente al desgaste empático (Lamothe et al., 2014).

Por otro lado, la supervisión clínica es considerado un espacio fundamental de sostén y de reflexión profesional, debido a que permite elaborar las dificultades emocionales propias del trabajo terapéutico (Watkins, 2011). De la misma manera, el apoyo social dentro y fuera del ámbito laboral, ha sido identificado como un recurso esencial para amortiguar el impacto del estrés emocional vinculado al ejercicio clínico (Rupert et al., 2019).

Por último, la satisfacción por compasión es definida como la gratificación derivada de ayudar a los demás y se presenta como un factor amortiguador frente al desgaste empático (Stamm, 2010). En conclusión, la presencia de satisfacción por compasión genera una motivación sostenida en el profesional y el sentido del trabajo clínico, incluso en ámbitos de alta demanda emocional (Stamm, 2010).

3.8 La contracara del Desgaste por Empatía: La Satisfacción por Compasión

En primer término, el autor Stamm (2010) incorpora el concepto de Satisfacción por Compasión, comprendido como el sentimiento de gratificación, sentido y realización personal que vivencian los profesionales al ayudar, curar o aliviar el padecimiento ajeno. Esta dimensión positiva forma parte del modelo de Calidad de Vida Profesional, el cual comprende los aspectos negativos del trabajo de ayuda (como el desgaste por empatía) y los aspectos protectores asociados al crecimiento y la satisfacción derivada del trabajo terapéutico (Stamm, 2010).

Además, la satisfacción por compasión se asocia con la motivación intrínseca del profesional y con la percepción del propósito de su tarea y la eficacia (Stamm, 2010). A diferencia del desgaste empático, que es una consecuencia de la sobrecarga emocional y la exposición prolongada al dolor del otro, la satisfacción por compasión se establece cuando el psicólogo logra mantener una empatía regulada y equilibrada, conservando su bienestar emocional mientras continúa apoyando al otro (Hernández et al., 2015).

En esta línea, Hernandez et al. (2015) expone que los niveles elevados de satisfacción por compasión funcionan como un factor protector frente al desgaste empático y al desarrollo del burnout, al promover una visión positiva del trabajo y fortalecer la resiliencia. Por lo tanto, la satisfacción por compasión es considerada la contracara saludable del involucramiento empático, en tanto permite al terapeuta experimentar orgullo y placer por su trabajo, reforzando el compromiso ético y emocional con la profesión (Stamm, 2010).

En concordancia, autores como Skovholt y Trotter-Mathison (2016) recalcan que el reconocimiento de los logros de la terapia y la percepción del impacto positivo en la vida del consultante fortalecen la vocación de ayuda y coherencia entre los valores personales y profesionales formando una empatía más duradera en el tiempo. En última instancia, este constructo resalta la importancia de cultivar un vínculo empático, que no solo sea sensible al padecimiento ajeno, sino también nutritivo para el profesional, beneficiando la continuidad y la calidad de la relación terapéutica (Hernández et al., 2015).

3.9 Supervisión clínica y desgaste por empatía

La supervisión clínica es considerado un espacio privilegiado para la regulación emocional del profesional, debido a que permite elaborar las vivencias subjetivas que emergen del encuentro terapéutico y disminuir el impacto del sufrimiento del paciente sobre el psicólogo (Bernard & Goodyear, 2014). De esta manera, la supervisión beneficia la elaboración del impacto clínico, al posibilitar la reflexión sobre las reacciones contratransferenciales, las resonancias emocionales y los dilemas éticos que se activan en la práctica asistencial (Falender & Safranski, 2004).

Asimismo, autores como Skovholt & Jennings (2004) remarcan que la supervisión cumple una función esencial en la prevención del aislamiento profesional, especialmente en contextos de ejercicio clínico independiente, donde el psicólogo puede quedar expuesto a una práctica solitaria y emocionalmente demandante. En esta línea, la ausencia de espacios sistemáticos de supervisión se ha vinculado con mayores niveles de malestar emocional, sobrecarga subjetiva y vulnerabilidad al desgaste profesional en psicólogos clínicos (Rupert et al., 2012).

Desde un punto de vista estructural, es posible diferenciar entre supervisión formal, caracterizada por encuentros periódicos con un supervisor capacitado; supervisión de tipo informal, basada en intercambios ocasionales con otros profesionales; y ausencia de

supervisión, situación en la cual el profesional no tiene instancias de reflexión compartida sobre su práctica profesional (Watkins, 2011). En consecuencia, la evidencia implica que la supervisión formal y sostenida es significativamente más eficaz como factor protector frente al desgaste emocional que las modalidades informales esporádicas (Bernard & Goodyear, 2014).

Por otro lado, la supervisión clínica no se debe comprender únicamente como un dispositivo formativo, sino también como una práctica ética del ejercicio profesional, enfocada a resguardar tanto el bienestar del terapeuta como la calidad de la atención brindada por este (Falender & Shafranske, 2004). De esta manera, la supervisión se establece como un recurso fundamental para la prevención del desgaste por empatía, al promover una práctica clínica reflexiva, sostenida y emocionalmente sana (Watkins, 2011).

3.10 Enfoque terapéutico y exposición al desgaste empático

Los distintos enfoques psicoterapéuticos comprenden demandas emocionales diferenciadas para el psicólogo, en función del estilo relacional, el tipo de intervenciones y el grado de exposición al sufrimiento del paciente que cada modelo promueve (Norcross & Goldfried, 2005). Es decir, estas diferencias no refieren a la superioridad de un enfoque terapéutico sobre el otro, sino a distinciones en la manera en la que el terapeuta se relaciona con el malestar psíquico y regula su implicación emocional (Castonguay & Hill, 2017).

En la terapia cognitivo-conductual, el trabajo clínico requiere de una alta activación emocional, debido al abordaje constante de problemáticas como trastornos de ansiedad, crisis, traumas y conductas desadaptativas actuales, que requieren intervenciones directas y focalizadas en el malestar presente (Beck, 2011). Además, este enfoque se caracteriza por una participación activa del psicólogo y por el uso intensivo de técnicas orientadas a la modificación de

pensamientos, emociones y conductas, lo cual puede aumentar la carga emocional sostenida del profesional en ámbitos clínicos complejos (Hofmann & Hayes, 2019).

Por otra parte, los enfoques psicoanalíticos e integrativos tienden a sostener un encuadre más estructurado, con gran énfasis en la simbolización, elaboración psíquica y el análisis del vínculo terapéutico, lo cual puede beneficiar una regulación más gradual de la implicación emocional del terapeuta (Gabbard, 2010). En estos modelos, la distancia técnica y el trabajo con procesos inconscientes permiten una mediación simbólica del sufrimiento del paciente, minimizando la exposición directa y continua al impacto emocional inmediato (Fonagy & Target, 2007).

De manera que las diferencias en las demandas emocionales según el enfoque terapéutico pueden influir en la vulnerabilidad al desgaste por empatía, sin que esto implique atribuir mayor o menor valor clínico a cada modelo, sino conociendo las particularidades de sus exigencias emocionales (Castonguay & Hill, 2017).

3.11 Años de ejercicio profesional y acumulación del desgaste empático

La trayectoria profesional del psicólogo clínico está atravesada por una carga emocional acumulativa, producto de la exposición sostenida al sufrimiento, la angustia y el trauma de los pacientes a lo largo de los años de ejercicio profesional (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Por más que la experiencia clínica fomente el desarrollo de habilidades técnicas y competencias profesionales, no necesariamente protege frente al desgaste emocional crónico asociado al rol asistencial (Rønnestad & Skovholt, 2013).

En este marco, es fundamental diferenciar entre experiencia técnica, comprendida como el dominio progresivo de herramientas clínicas, y desgaste emocional acumulado, que puede aumentarse con el paso del tiempo cuando no existen apropiados recursos de autocuidado y apoyo profesional (Acker, 2012). La evidencia empírica disponible remarca que los profesionales con mayor antigüedad pueden tener niveles elevados de agotamiento emocional,

asociados a la exposición prolongada a situaciones clínicamente demandantes (Kim & Stoner, 2008).

Además, se ha descrito el fenómeno del “desgaste silencioso” en psicólogos con muchos años de práctica clínica, caracterizado por la naturalización del malestar emocional como parte inseparable del trabajo terapéutico (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016). Desde esta perspectiva, esta normalización del sufrimiento del profesional puede generar dificultades en la detección temprana del desgaste por empatía y reducir la búsqueda de ayuda o supervisión, incrementando el riesgo de cronificación del malestar (Rønnestad & Skovholt, 2013).

Debido a esto, el análisis de los años de ejercicio profesional como variable relevante permite entender el desgaste por empatía no sólo como un fenómeno vinculado a la inexperiencia, sino también como una consecuencia posible de la acumulación emocional a lo largo de la carrera clínica (Acker, 2012).

3.12 Consecuencias clínicas y profesionales del desgaste por empatía

El autor Figley (1995) afirma que el desgaste por empatía no se limita a la vivencia subjetiva de malestar emocional del psicólogo, sino que genera consecuencias funcionales que influyen en el ejercicio clínico, en la calidad de la atención psicológica y en la continuidad del desempeño profesional. La exposición frecuente al sufrimiento ajeno, mediada por una implicación empática profunda, puede afectar gradualmente la eficacia del trabajo terapéutico y la salud mental del psicólogo (Figley, 1995).

Con respecto al impacto del desgaste por empatía en la calidad del vínculo terapéutico, Safrán y Muran (2000) sostienen que el malestar emocional del terapeuta aumenta la probabilidad de rupturas dentro de la alianza terapéutica, comprendidas como quiebres en la colaboración, el vínculo emocional o el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento. En este

punto, Horvath et al. (2011) plantean que la alianza terapéutica requiere de una presencia emocional sostenida y de una capacidad de sintonización afectiva por parte del psicólogo, la cual puede verse comprometida cuando el profesional experimenta sobrecarga empática. Por consiguiente, la disminución de dicha disponibilidad puede comprenderse en respuestas menos empáticas, menor validación emocional y dificultades para sostener una escucha clínica intensa (Horvath et al., 2011). Además, Hill et al. (2011) señalan que algunos terapeutas desarrollan actitudes de distanciamiento emocional defensivo como técnica implícita de autoprotección frente al sufrimiento ajeno. Este distanciamiento puede ser percibido por el consultante como frialdad, desinterés o falta de compromiso, afectando negativamente la calidad del vínculo terapéutico (Hill et al., 2011).

También se observan alteraciones en la toma de decisiones clínicas, especialmente en contextos caracterizados por alta carga emocional, y además reduce la flexibilidad cognitiva del terapeuta, favoreciendo intervenciones menos ajustadas a las determinadas necesidades del consultante (Beutler et al., 2011). Desde este punto de vista, la sobrecarga empática puede interferir en la capacidad del profesional para formular hipótesis clínicas complejas, evaluar riesgos de manera precisa y seleccionar estrategias terapéuticas adecuadas, lo cual puede derivar en decisiones excesivamente conservadoras o en una adhesión rígida a técnicas estandarizadas, en detrimento de una práctica clínica reflexiva (Norcross & Hill, 2004). Asimismo, la disminución de la capacidad de autorregulación emocional del psicólogo puede favorecer respuestas reactivas o automáticas durante el proceso de la terapia, afectando la calidad de las intervenciones y la toma de decisiones clínicas en situaciones emocionalmente demandantes (Hayes et al., 2011).

Dentro del plano profesional, el desgaste por empatía está vinculado con un aumento del riesgo de errores clínicos y desempeño clínico menos consistente, comprendidos como

descuidos, dificultades en la atención sostenida y disminución en la calidad del seguimiento terapéutico (Wallace et al., 2009). Igualmente, la literatura indica que los profesionales que se encuentran emocionalmente desgastados tienden a desarrollar conductas de evitación, tales como la derivación temprana de casos complejos, reducción de la carga asistencial o el rechazo de pacientes con alto contenido traumático, las cuales funcionan como mecanismos de autoprotección, pero influyen en la continuidad y la accesibilidad de la atención psicológica (West et al., 2016).

A nivel institucional, el desgaste emocional recurrente se asocia con mayores niveles de ausentismo, rotación laboral y abandono del ejercicio clínico, especialmente en contextos de alta demanda emocional y escaso apoyo organizacional, lo que afecta en la estabilidad de los servicios de salud mental (Dyrbye et al., 2017).

En definitiva, el desgaste por empatía genera un impacto significativo en el bienestar integral del psicólogo, afectando la satisfacción laboral, la motivación vocacional y la percepción de eficacia profesional, y además, con la exposición prolongada al sufrimiento del otro, sin adecuados espacios de elaboración puede generar una erosión progresiva de la identidad profesional (Skovholt et al. 2001). En este contexto, este deterioro del bienestar se vincula con dificultades para establecer límites entre la vida personal y laboral, disminución del compromiso con la profesión y mayor vulnerabilidad a otros síndromes relacionados con el estrés ocupacional, comprometiendo la sostenibilidad del ejercicio clínico a largo plazo (Rupert & Morgan, 2005). Por lo general, estas consecuencias clínicas y profesionales evidencian que el desgaste por empatía no solo afecta la salud mental del psicólogo, sino también la calidad del cuidado brindado y la continuidad de la práctica clínica, remarcando la necesidad de estrategias preventivas basadas en evidencia (Newell & MacNeil, 2010).

4. METODOLOGÍA

4.1 Variables de estudio

En primer lugar, la variable dependiente del presente estudio es el desgaste por empatía, comprendido como el impacto emocional negativo que puede experimentar un profesional de la salud mental como consecuencia de la continua exposición al sufrimiento de los pacientes y del involucramiento empático en la relación terapéutica. Asimismo, este desgaste se puede manifestar por medio de síntomas como estrés traumático secundario, burnout y agotamiento.

Por otro lado, se consideran diversas variables independientes que permiten analizar las diferencias o asociaciones con los niveles de desgaste por empatía. Primero, se incluye la supervisión clínica, entendida como la participación del profesional en espacios formales de supervisión de su práctica terapéutica. En segundo lugar, se tiene en cuenta el enfoque terapéutico, definido como el marco teórico-técnico predominante desde el cual el profesional desarrolla su práctica clínica, considerando los enfoques como el psicoanalítico, cognitivo-conductual, contextual, integrativo u otros. Por último, se incorpora la variable años de ejercicio profesional, lo cual comprende el tiempo transcurrido desde el inicio de la práctica clínica del profesional.

4.2 Diseño de estudio

Para el presente trabajo de Estudio Final Integrador, se realizó una investigación empírica con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y descriptivo correlacional (Sampieri et al, 2014). Se optó por un enfoque cuantitativo debido a que el objetivo del estudio consiste en medir variables específicas y analizar estadísticamente la relación entre ellas. Además, el diseño es no experimental dado que no se manipularon deliberadamente las variables independientes, sino que se observaron tal como se presentan en su contexto natural. El estudio

es de corte transversal porque la recolección de datos se efectuó en un único momento temporal. Finalmente, se lo define como descriptivo correlacional en tanto busca describir las variables estudiadas y examinar el grado de asociación entre ellas, sin establecer relaciones causales.

4.2.1 Muestra

El presente trabajo se llevó a cabo con 50 psicólogos clínicos residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se desempeñan activamente en la atención clínica de pacientes.

La muestra está conformada por profesionales que ejercen en modalidad de atención clínica virtual y presencial ambulatoria dentro del consultorio, en el ámbito privado, ya sea en práctica particular y/o brindando atención por medio de obras sociales, tanto de manera individual como grupal. Los psicólogos que participan tienen edades comprendidas entre los 28 y 70 años.

En cuanto a su formación académica, se establecieron criterios explícitos de inclusión y exclusión para la selección de participantes, siguiendo las recomendaciones metodológicas para muestras intencionales en estudios no probabilísticos (Sampieri et al., 2014). Se incluyeron exclusivamente profesionales que poseen un título de grado en Psicología y matrícula profesional vigente que los habilita para el ejercicio de la psicología clínica dentro del territorio porteño. En consecuencia, quedan excluidos estudiantes avanzados, profesionales sin matrícula vigente o psicólogos que no ejerzan en el territorio delimitado.

4.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión, se consideran a los psicólogos clínicos entre los 28 y 70 años titulados que se encuentren ejerciendo actualmente la atención clínica de pacientes y que residan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De la misma manera, se incluyeron profesionales que desarrollen su práctica en modalidad de atención clínica ambulatoria, tanto presencial en consultorio como virtual, dentro del ámbito privado. Esto comprende tanto a psicólogos que

trabajan en práctica particular como a aquellos que brindan atención a través de obras sociales, ya sea en tratamientos individuales y grupales.

En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron a los psicólogos que no posean título de psicólogo o que no se desempeñen actualmente en la atención clínica de pacientes. Asimismo, se excluyeron a los profesionales que no residan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o que desarrollen su actividad exclusivamente en ámbitos no clínicos, tales como el educacional, judicial, laboral, de investigación o docencia. Por último, se excluyó a los participantes cuyas edades se encuentren por fuera del rango establecido para la investigación.

4.2.3 Instrumentos

Los datos de la presente investigación fueron obtenidos a través de la administración de los siguientes instrumentos:

Para la recolección de datos, se utilizarán dos instrumentos complementarios: el Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5) y un cuestionario sociodemográfico elaborado Ad Hoc. La combinación de ambas herramientas permitirá obtener información cuantitativa y contextual, garantizando una comprensión integral de la variable de estudio.

La encuesta sociodemográfica Ad Hoc se utilizará para recopilar información sobre el estado de la salud e historia clínica y detectar a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión propuestos. Esta incluirá preguntas cerradas sobre edad, sexo, años de experiencia profesional, carga horaria semanal de trabajo clínico, tipo de ámbito laboral (público, privado mixto), enfoque terapéutico predominante y frecuencia de supervisión clínica. La finalidad de este instrumento es permitir la comparación entre subgrupos y explorar posibles asociaciones entre las variables sociodemográficas y los niveles de desgaste por empatía obtenidos a través del Professional Quality of Life Scale .

Junto con la encuesta sociodemográfica, se utilizará el Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5), desarrollado originalmente por Stamm (2010) y posteriormente validado y adaptado en Argentina para la población de psicólogos argentinos por Eidman y Zaragoza-Seratti (2023).

El instrumento está compuesto por 30 ítems que se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos y se organiza en tres subescalas: Satisfacción por compasión, Burnout y Estrés Traumático Secundario. De acuerdo con el modelo teórico del instrumento, las subescalas de Burnout y Estrés Traumático Secundario comprende los componentes del constructo denominado Fatiga por Compasión, entendido en la presente investigación como equivalente conceptual al desgaste por empatía. Consecuentemente, el nivel de desgaste por empatía será determinado a partir de las puntuaciones obtenidas en dichas subescalas.

La elección del el Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5) se fundamenta en su validez y confiabilidad empíricamente comprobadas en el contexto porteño, así como en su adecuación a la población de psicólogos clínicos.

La administración de ambos instrumentos se realizará de forma autoadministrada y anónima, utilizando una plataforma digital segura (por ejemplo, Google Forms), lo cual permitirá agilizar la recolección de datos y garantizar la confidencialidad.

Una vez completada la recolección de datos, las respuestas serán codificadas y volcadas en una base de datos para su análisis estadístico mediante el programa Jamovi. De esta forma, se asegurará la sistematización rigurosa de la información obtenida, permitiendo su interpretación en función de las hipótesis planteadas y los objetivos de investigación.

4.3 Procedimiento

En primer lugar, la recolección de datos se llevó a cabo mediante la difusión de un flyer acompañado de un formulario digital en Google Forms, distribuido a través de redes profesionales y grupos de psicólogos. El formulario incluyó el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y el instrumento Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5). Previo a la participación, los sujetos fueron informados sobre los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de su participación, la posibilidad de retirarse en cualquier momento y la confidencialidad de los datos, garantizando su uso exclusivamente con fines académicos.

Luego, el procedimiento de participación consistió en tres etapas secuenciales: en primer lugar, la lectura y aceptación del consentimiento informado; en segundo lugar, la cumplimentación de un cuestionario sociodemográfico destinado a revelar variables como edad, sexo, años de ejercicio profesional, enfoque terapéutico, horas semanales de atención clínica y supervisión; y, por último, la administración del ProQOL-5 (Stamm, 2010; adaptación argentina de Eidman y Zaragoza Seratti, 2023), compuesto por 30 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, organizados en tres subescalas: Satisfacción por compasión, Burnout y Estrés Traumático Secundario. Con respecto al tiempo estimado de respuesta, este fue de 15 a 20 minutos. Además, la participación fue anónima y no implicó riesgos mayores a los de la vida cotidiana. Finalmente, la muestra final estuvo compuesta por 50 profesionales, sin datos perdidos en las variables analizadas.

Una vez finalizada la recolección, los datos fueron exportados y analizados mediante el software estadístico Jamovi (versión 2.7). En primer lugar, se calcularon los puntajes de cada subescala del ProQOL-5 mediante la suma de los ítems correspondientes, permitiendo clasificar los niveles de satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario

según los criterios establecidos en el manual del instrumento. Más adelante, se realizaron análisis descriptivos de todas las variables (medias, medianas, desvíos estándar y distribución). Posteriormente, se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, lo que evidenció desviaciones de la normalidad en algunas variables, motivo por el cual se optó por el uso de estadísticos no paramétricos.

Luego, para el análisis de relaciones entre variables continuas u ordinales, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Después, para la comparación de grupos independientes según supervisión clínica, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney. Asimismo, para analizar diferencias según enfoque terapéutico, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis con comparaciones post hoc mediante el procedimiento Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

Finalmente, el estudio se desarrolló respetando los principios éticos de confidencialidad, consentimiento informado y autonomía de los participantes, conforme al Código de Ética de la FePRA (2013) y las normas de la American Psychological Association (APA, 2017).

5. RESULTADOS

Teniendo en consideración los objetivos e hipótesis planteadas se detallan brevemente los resultados encontrados.

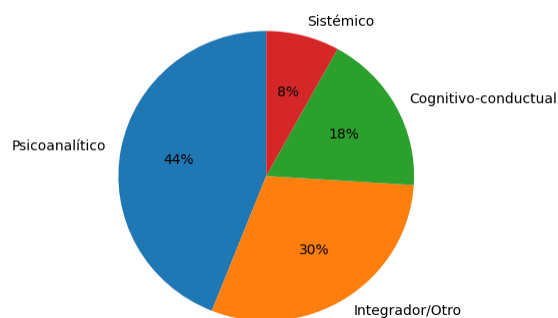
La muestra quedó conformada por un total de N= 50 psicólogos clínicos de entre 28 a los 70 años de edad residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que trabajan en el ámbito privado. La edad promedio de los participantes fue de 49 años.

En cuanto al sexo, 46 personas se identificaron como mujeres, representando el 92% de los participantes. Por otro lado, el 6% (n=3) de la muestra se identificaron como hombres, en tanto que el 2% (n=1) restante se ubicó en la categoría otro/no específica.

Respecto al enfoque terapéutico predominante, el psicoanalítico fue el más frecuente, representado por el 44% (n=22) de la muestra. Le siguieron el enfoque integrador u otro enfoque con el 30% (n=15); el cognitivo-conductual con el 18%, (n=9); y el sistémico con el 8% (n=4).

Figura 1

Enfoque terapéutico predominante

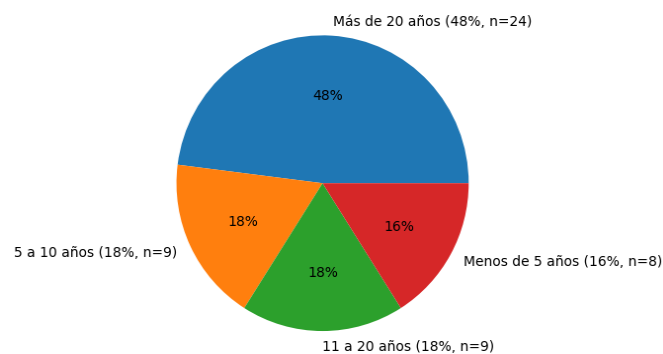


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

En lo que se refiere a la experiencia profesional, el 48% (n=24) de la muestra contaba con más de 20 años de ejercicio en la clínica. Los otros tramos se distribuyeron de manera homogénea: entre 5 y 10 años el 18% (n=9), entre 11 y 20 años el 18% (n=9) y menos de 5 años el 16% (n=8).

Figura 2

Experiencia profesional

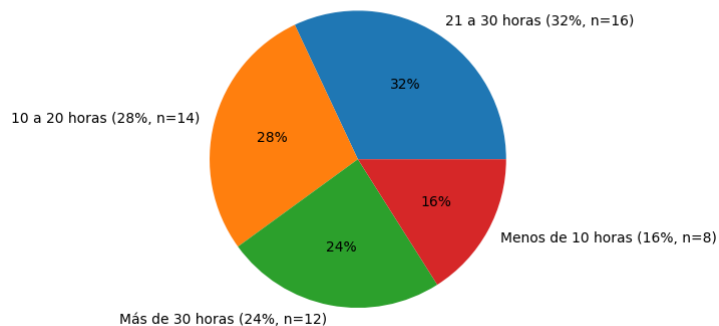


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

En cuanto a la carga horaria semanal dedicada a la atención clínica, el 32% (n=16) reporta que trabaja entre 21 y 30 horas semanales, seguida por el 28% (n=14) que trabaja entre 10 y 20 horas semanales, luego el 24% (n=12) trabaja más de 30 horas y el 16% (n=8) trabaja menos de 10 horas semanales. En términos generales, el 56% de la muestra dedica más de 20 horas semanales a la atención clínica.

Figura 3

Carga horaria semanal dedicada a la atención clínica

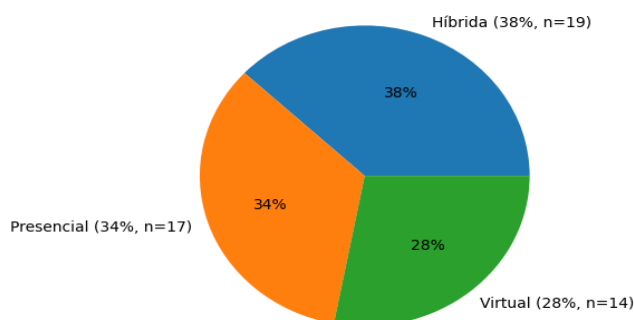


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

Sobre la modalidad de atención, el 38% (n= 19) de los participantes trabaja de manera híbrida — combinando instancias presenciales y virtuales — , el 34% (n= 17) de manera exclusivamente presencial y el 28% (n= 14) de forma virtual.

Figura 4

Modalidad de atención

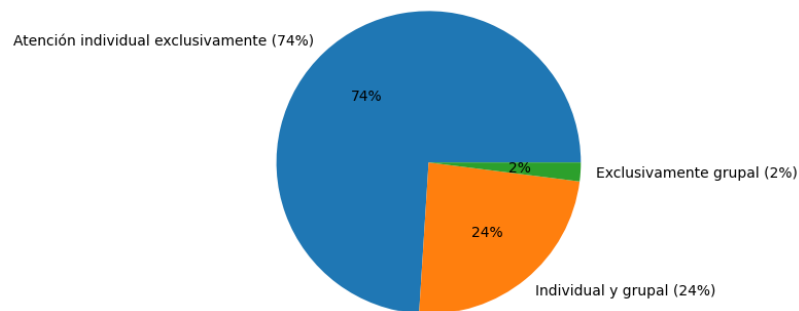


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

En cuanto al tipo de atención, el 74% (n=37) realiza atención individual exclusivamente, el 24% (n=12) combina atención individual y grupal y solo el 2% (n=1) trabaja de manera exclusivamente grupal.

Figura 5

Tipo de atención

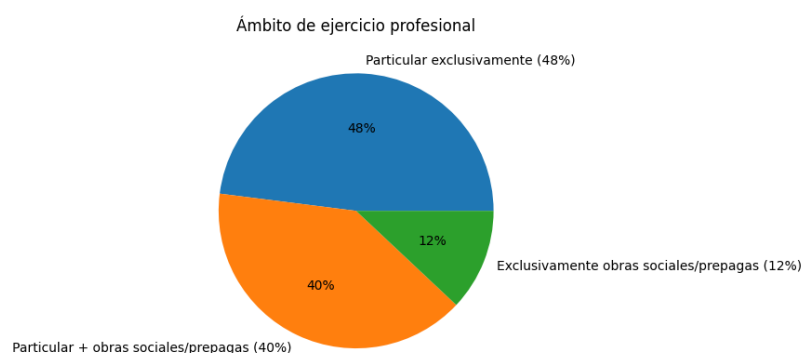


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

Respecto al ámbito de ejercicio, el 48% (n=24) trabaja de manera particular exclusivamente, el 40% (n=20) combina la práctica particular con la atención por obras sociales o prepagas y el 12% (n=6) trabaja exclusivamente a través de obras sociales y prepagas.

Figura 6

Ámbito de ejercicio

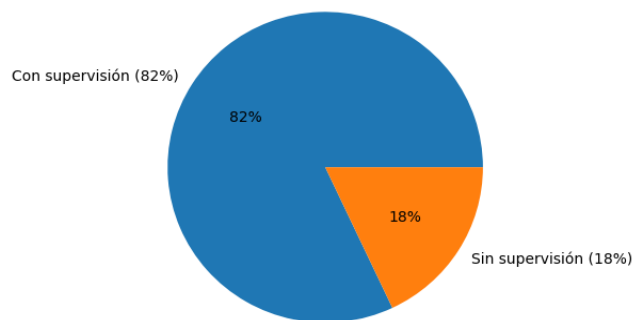


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

En relación a la supervisión clínica, el 82% (n=41) de los participantes refieren contar con un espacio activo de supervisión, mientras que el 18% (n=9) no accede a ningún espacio de supervisión profesional. Entre quienes supervisan, la frecuencia mensual fue la más reportada con el 40.5% (n=17), seguida por la supervisión esporádica con el 31% (n=13) y la quincenal con el 28.6% (n=12).

Figura 7

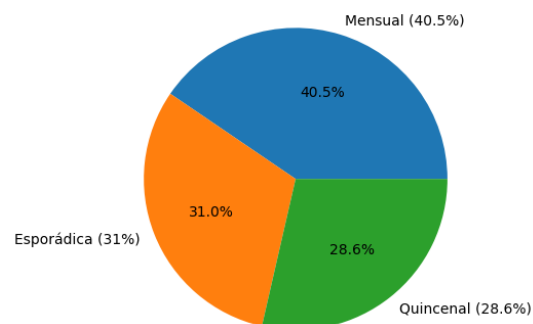
Supervisión clínica



Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

Figura 8

Frecuencia de supervisión clínica

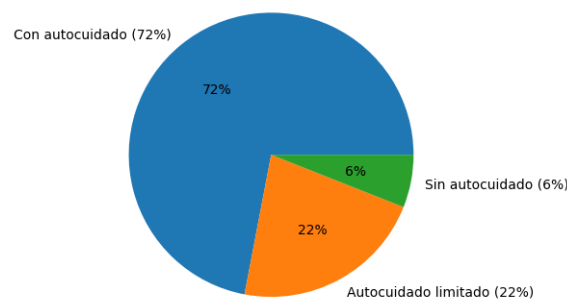


Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

Por último, en cuanto al autocuidado profesional, el 72% (n=36) de los participantes manifestó contar con espacios de autocuidado activos, el 22% (n=11) y solo el 6% (n=3) restante refirió no contar con dichos espacios.

Figura 9

Autocuidado profesional



Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

En cuanto a la variable central de esta investigación, los puntajes obtenidos en las subescalas del ProQOL-5 fueron los siguientes. El puntaje promedio de Burnout fue de 19.94 puntos ($Mdn = 19.50$, $DE = 5.48$), ubicándose en el rango Promedio/Moderado según los puntos de corte normativos de la escala. Mientras que el puntaje promedio de Estrés Traumático Secundario fue de 20.30 puntos ($Mdn = 19.99$, $DE = 6.02$), valor que se ubica dentro del nivel Promedio/Moderado. Por otro lado, la dimensión de Satisfacción por Compasión presenta una media de 43.18 ($Mdn = 44.00$, $DE = 4.78$), valor que se ubica en un nivel Alto.

Tabla 1

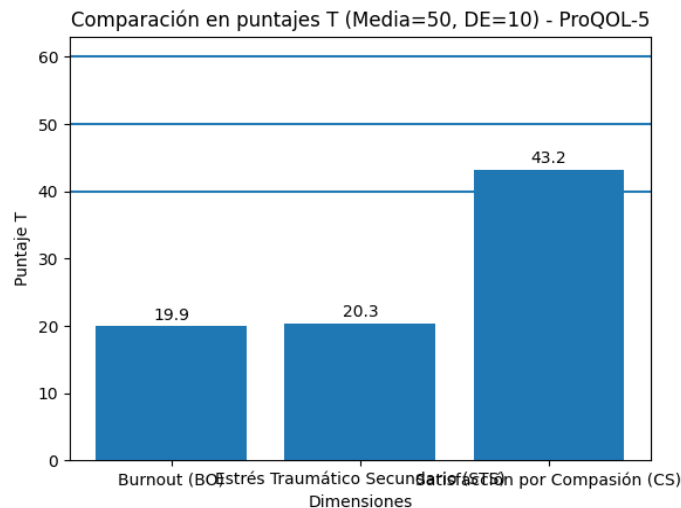
Puntajes de las subescalas del ProQOL-5

Subescala	Media	Mediana	DE	Nivel obtenido
Burnout (BO)	19.94	19.50	5.48	Promedio / Moderado
Estrés Traumático Secundario (STS)	20.30	19.00	6.02	Promedio / Moderado
Satisfacción por Compasión (CS)	43.18	44.00	4.78	Alto

Nota: Satisfacción por Compasión (rango 10 – 50; Bajo <22, Promedio 23 – 41, Alto >42). Burnout (rango 10 – 50; Bajo <18, Promedio/Moderado 19 – 37, Alto >39); Estrés Traumático Secundario (rango 10 – 50; Bajo <11, Promedio/Moderado 12 – 28, Alto >29). DE = Desvío estándar. Se incluye la mediana dado que las distribuciones presentaron desviaciones significativas de la normalidad (ver prueba de Shapiro-Wilk).

Figura 10

Puntajes de las subescalas del ProQOL-5



Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

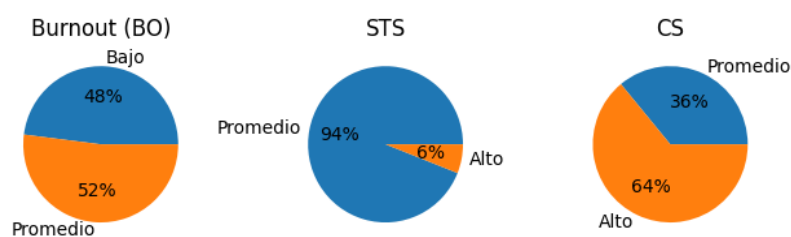
Previo a los análisis inferenciales, se evaluó el supuesto de normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk. Los resultados indicaron desviaciones significativas respecto a la normalidad en las tres subescalas del ProQOL-5: Satisfacción por Compasión, $W(50) = .953$, $\rho = .044$; Burnout, $W(50) = .949$, $\rho = .031$; Estrés Traumático Secundario, $W(50) = .762$, $\rho < .001$. En consecuencia, se emplearon pruebas no paramétricas para los análisis posteriores.

Con respecto a la clasificación por niveles según los puntos de corte normativos del ProQOL-5 (Stamm, 2010), los resultados fueron los siguientes. En la dimensión de Burnout, el 52% ($n=26$) de los participantes se ubicó en el nivel promedio/moderado, mientras que el 48% restante ($n=24$) se ubicó en el nivel bajo. En la dimensión Estrés Traumático Secundario, el 94% ($n=47$) de la muestra se ubicó en un nivel promedio/moderado y solo el 6% ($n=3$) presentó un nivel alto. Al igual que en el caso del Burnout, no se registraron casos en el nivel alto de STS. En lo que respecta a la Satisfacción por Compasión, dimensión que refiere a los aspectos positivos y gratificantes de la práctica clínica, el 64% ($n=32$) de los participantes alcanzó un nivel alto y el 36% restante ($n=18$) se ubicó en un nivel promedio, no registrando casos en el nivel bajo de esta dimensión. Considerados en conjunto, los

resultados permiten caracterizar a la muestra con un perfil de desgaste por empatía predominantemente bajo a moderado, con ausencia de casos en el nivel alto de Burnout, predominio de niveles promedio/moderado de Estrés Traumático Secundario y niveles elevados de Satisfacción por Compasión.

Figura 11

Distribución por niveles según ProQOL-5



Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

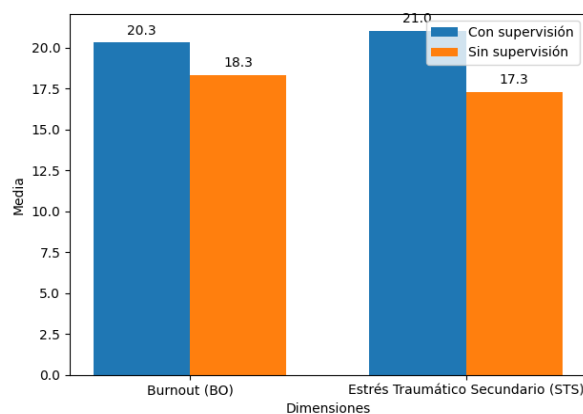
En respuesta al primer objetivo específico, se compararon los niveles de desgaste por empatía entre los profesionales que contaban con un espacio activo de supervisión clínica, los cuales fueron el 82% (n=41) y el otro 18% (n= 9) que no acceden a dicho espacio. Para ello, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para ambas dimensiones del constructo.

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en Burnout entre quienes realizaban supervisión clínica y quienes no la realizan, $Z = 0.745$, $U = 214$, $p = .462$, $r = .11$ (efecto pequeño). En Estrés Traumático Secundario, la diferencia se aproximó al umbral de significación, $Z = 1.957$, $u = 262$, $p = .051$, $r = .28$ (efecto pequeño a moderado), sin alcanzar significación estadística. En Satisfacción por Compasión no se observaron diferencias, $Z = 0.202$, $u = 176$, $p = .849$, $r = .03$.

A nivel descriptivo, los profesionales que no contaban con supervisión clínica presentaron medias más bajas tanto en Burnout ($M = 18.3$, $DE = 4.66$) como en Estrés Traumático Secundario ($M = 17.3$, $DE = 3.00$), en comparación con quienes sí supervisan regularmente (BO: $M = 20.3$, $DE = 5.64$; STS: $M = 21.0$, $DE = 6.34$).

Figura 12

Comparación de niveles según supervisión clínica



Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

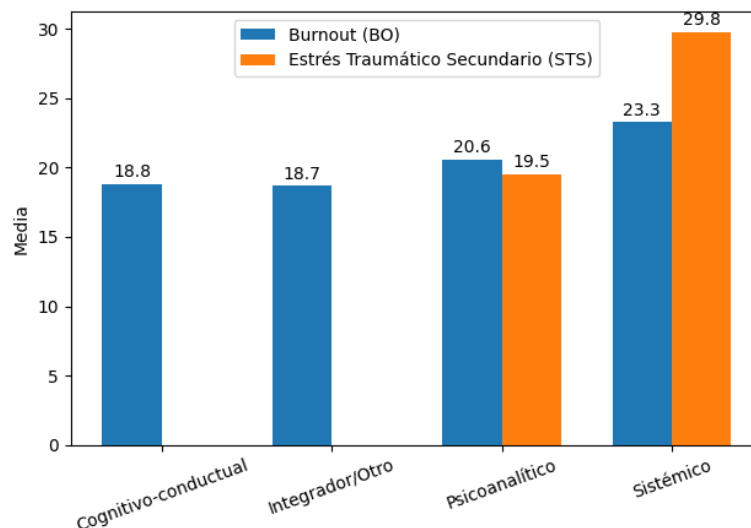
Para responder al segundo objetivo específico, se analizaron las diferencias de niveles de desgaste por empatía en función del enfoque terapéutico predominante, para lo cual se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis considerando los cuatro grupos presentes en la muestra: el 18% indicó que utiliza el enfoque Cognitivo- conductual ($n = 9$), el 30% utiliza un enfoque integrador o otro enfoque ($n=15$), el 44% el Psicoanalítico ($n= 22$) y el 8% el Sistémico ($n= 4$).

Los resultados no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro enfoques terapéuticos en ninguna de las dimensiones analizadas: Burnout, $H(3) = 2.830$, $p= .419$; Estrés Traumático Secundario, $H(3) = 0.370$, $p= .946$; Satisfacción por Compasión $H(3) = 3.508$, $p= .320$.

A nivel descriptivo, el grupo con enfoque Sistémico presentó las medias más elevadas tanto en Burnout ($M = 23.3$, $DE = 11.3$) como en Estrés Traumático Secundario ($M = 29.8$, $DE = 16.1$). Por otro lado, los enfoques Cognitivo-conductual y Otro/Integrador presentaron las medias más bajas de Burnout ($M = 18.8$ y $M = 18.7$, respectivamente), mientras que el grupo Psicoanalítico mostró valores intermedios en ambas dimensiones (BO: $M = 20.6$, $DE = 4.69$; STS: $M = 19.5$, $DE = 2.92$).

Figura 13

Niveles de desgaste por empatía según enfoque terapéutico



Nota: Elaboración propia con datos obtenidos.

Para dar respuesta al tercer y cuarto objetivo específico, se examinó la relación entre los años de ejercicio profesional y las horas semanales de atención clínica con los niveles de desgaste por empatía mediante el coeficiente de correlación de Spearman. En este caso, los resultados no mostraron relaciones estadísticamente significativas entre los años de ejercicio profesional y los niveles de desgaste en ninguna de las dimensiones examinadas: ni con el

Burnout ($\rho = .167$, $\rho = .248$, $N = 50$) ni con el Estrés Traumático Secundario ($\rho = -.055$, $p = .705$, $N = 50$).

De la misma manera, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las horas semanales de atención clínica y el puntaje de Burnout, $p(48) = .132$, $p = .362$, $\rho(48) = .132$, $\rho = .362$ [IC 95%: $-.15, .39$], $N = 50$.

Por otro lado, se halló una asociación positiva y moderada entre las dos dimensiones del desgaste: Burnout y Estrés Traumático Secundario ($\rho = .572$, $p < .001$, $N = 50$).

6. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación permiten dar cuenta de la relación entre los niveles de desgaste por empatía en psicólogos/as clínicos/as de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En relación con la hipótesis general, la cual planteaba que existen diferencias significativas en los niveles de desgaste vinculadas a variables profesionales, los resultados obtenidos no permiten su confirmación. Si bien se observó una predominancia de niveles promedio/moderados en la dimensión de Estrés Traumático Secundario y Burnout, el análisis inferencial no arrojó diferencias estadísticamente significativas en función de ninguna de las variables profesionales examinadas, que era precisamente lo que la hipótesis general postulaba. Asimismo la primera hipótesis específica se confirma en ambas dimensiones, aunque en el caso del Burnout el margen es reducido, dado que el 48% de la muestra obtuvo puntajes en el nivel bajo.

Estos hallazgos son consistentes con la investigación realizada por Díaz Joga (2022) la cual se llevó a cabo un estudio con 48 psicólogos clínicos utilizando el ProQOL-5, en lo que respecta a la Satisfacción por Compasión, ambos estudios coinciden en reportar valores predominantemente altos (70.8% en dicho estudio). Sin embargo, en la dimensión de Estrés Traumático Secundario los perfiles difieren: mientras que Díaz Joga reportó que el 60.4% de su muestra presentó niveles bajos, en la presente investigación el 94% se ubicó en el rango promedio/moderado, sin registrar casos en el nivel bajo, lo que sugiere un nivel de STS relativamente elevado en esta muestra.

En la misma línea, Agüero y Sanabria (2021) hallaron que el 77% de los psicólogos del Hospital Psiquiátrico de Asunción presentaba funcionamiento empático normal sin indicadores de riesgo. Estos datos en conjunto sugieren que los psicólogos clínicos, aun

cuando trabajan con población de alta complejidad emocional, tienden a presentar niveles bajos a moderados de desgaste, lo cual podría relacionarse con la naturaleza de su formación profesional, su capacidad de mentalización y las estrategias de regulación emocional que desarrollan a lo largo de su carrera.

No obstante, es importante no subvalorar el 94% de la muestra que se ubica en el nivel promedio/moderado de Estrés Traumático Secundario. Si bien ningún participante alcanzó el nivel alto, la concentración en el nivel moderado constituye una señal de alerta que no debe desestimarse. Siguiendo esta misma línea, Salessi (2023) encontró en su estudio con 256 profesionales de la salud mental de Santa Fe que el 24.96% de los participantes manifestaba riesgo de desarrollar desgaste por empatía, y el 13.37% presentaba funcionamiento anormal compatible con la presencia del síndrome. Estos resultados refuerzan la idea de que, aunque los niveles clínicamente graves sean minoritarios, el riesgo latente es real y justifica la implementación de estrategias preventivas sistemáticas.

Por otra parte, el hallazgo de una correlación positiva y moderada entre el Burnout y el Estrés Traumático Secundario es conceptualmente coherente con el modelo del ProQOL-5, que concibe ambas dimensiones como componentes del mismo constructo global de Fatiga por Compasión. En este marco, este resultado indica que los profesionales que presentan mayores niveles de agotamiento ocupacional también tienden a experimentar mayor impacto por la exposición al trauma de sus pacientes, lo que subraya la importancia de considerar ambas dimensiones de manera conjunta en cualquier evaluación del bienestar profesional.

Luego, el primer objetivo específico buscó comparar los niveles de desgaste por empatía entre profesionales que reciben supervisión clínica y aquellos que no acceden a dicho espacio. En este sentido, los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney no evidenciaron diferencias estadísticamente relevantes entre ambos grupos en ninguna de las dos

dimensiones evaluadas. No obstante, resulta fundamental señalar que, en el caso del estrés traumático secundario, el valor de significación se aproximó al umbral convencional, lo que podría sugerir la presencia de una tendencia que no logró consolidarse estadísticamente, posiblemente debido al tamaño muestral o a la variabilidad de los datos. Asimismo, a nivel descriptivo se observó una tendencia en dirección contraria a la esperada: los profesionales sin supervisión presentaron medias ligeramente menores tanto en Burnout como en Estrés Traumático Secundario, en comparación con quienes sí supervisan. Pese a esto, este hallazgo, aunque no significativo, podría interpretarse a la luz de posibles variables de confusión: es posible que los profesionales que más supervisan sean también quienes trabajan con casos de mayor complejidad clínica o carga emocional, lo que podría aumentar sus niveles de desgaste independientemente del efecto protector de la supervisión.

Por otro lado, el tamaño del efecto en Estrés Traumático Secundario es pequeño a moderado, lo que sugiere que, aunque la diferencia no alcanzó significación estadística, no es trivial en términos prácticos. Por lo tanto, esta discrepancia entre la significación estadística y el tamaño del efecto puede atribuirse al reducido tamaño de la muestra y, especialmente, al marcado desbalance entre grupos, dado que el 82% de los participantes contaba con supervisión frente a sólo el 18% sin supervisión. En efecto, este desequilibrio reduce considerablemente la potencia estadística del análisis y dificulta la detección de diferencias reales entre los grupos.

En consonancia con esto, este hallazgo se encuentra en línea con lo reportado por Díaz Joga (2022), quien observó que una proporción considerable de psicólogos no disponía de espacios sistemáticos de supervisión, aunque la presencia o ausencia de estos no se asoció de manera directa con niveles de desgaste. En contraste, Roldán Álvarez (2025) encontró mayores niveles de desgaste por empatía en psicólogos que no contaban con espacios de supervisión profesional, señalando este factor como uno de los predictores de vulnerabilidad

más relevantes. Al respecto, esta divergencia de resultados podría explicarse por diferencias en el contexto geográfico, el instrumento utilizado y las características específicas de cada muestra.

Desde un enfoque teórico, la supervisión clínica es reconocida ampliamente como una estrategia de autocuidado y de prevención del desgaste profesional. En esta línea, Lucas Arranz y Rossi Freducci (2023) destacaron el nivel de insatisfacción con la supervisión laboral como uno de los factores que aumentan la vulnerabilidad al desgaste en profesionales del área psicosocial. Desde esta perspectiva, la ausencia de efecto con significación estadística en la presente investigación no invalida el valor preventivo de la supervisión, sino que más bien resalta la necesidad de estudiar ese fenómeno con muestras más amplias y balanceadas, y de considerar variables mediadoras como calidad, frecuencia y modalidad de los espacios de supervisión.

En síntesis, la segunda hipótesis no se confirma. Los datos no permiten sostener que la ausencia de supervisión clínica se asocia a mayores niveles de desgaste en esta muestra, aunque las limitaciones metodológicas invitan a interpretar este resultado con cautela.

En segundo lugar, el segundo objetivo específico propuso analizar las diferencias en los niveles de desgaste por empatía en relación con el enfoque terapéutico predominante. A tal efecto, la prueba de Kruskal-Wallis no evidenció diferencias con significación estadística entre los cuatro grupos en ninguna de las dos dimensiones de Burnout y Estrés Traumático Secundario. En consecuencia, estos resultados no permiten confirmar la tercera hipótesis específica, que postulaba la existencia de diferencias en el desgaste según el enfoque terapéutico, con mayor vulnerabilidad en los profesionales cognitivo-conductuales y menores niveles en los psicoanalíticos. Desde un enfoque descriptivo, el grupo con enfoque sistémico presentó niveles más elevados de Burnout y Estrés Traumático Secundario, mientras que los

enfoques cognitivo-conductual e integrador mostraron niveles relativamente más bajos. No obstante, estas diferencias no alcanzaron el nivel de significación convencional. En este marco, una posible explicación radica en el reducido y desproporcionado tamaño de los subgrupos, particularmente en el caso del enfoque sistémico, que contó con una cantidad muy limitada de participantes. Consecuentemente, estos resultados deben interpretarse cautelosamente ya que valores extremos individuales pueden haber influido desproporcionadamente en las medias observadas. En relación con los resultados obtenidos, el hallazgo de que el enfoque cognitivo-conductual no se asoció con mayores niveles de desgaste contradice la hipótesis planteada y, en apariencia, también diverge de lo reportado por Roldán Álvarez (2025), quien encontró mayores niveles de desgaste por empatía en profesionales con enfoque cognitivo-conductual en comparación con otros enfoques. Sin embargo, esta desigualdad podría deberse a diferencias en el contexto de práctica: mientras que Roldán Álvarez trabajó con una muestra de la región del Alto Valle de Río Negro y Neuquén, la presente investigación se circunscribe a psicólogos del ámbito privado porteño, donde las condiciones de trabajo, la carga de casos y los recursos institucionales disponibles pueden diferir de manera significativa. Desde un punto de vista teórico, la relación entre el enfoque terapéutico y el desgaste por empatía es compleja y multideterminada. En términos conceptuales, no es el modelo teórico per se lo que protege o vulnera al profesional, sino las condiciones concretas de práctica que suelen asociarse a cada enfoque, como el tipo de pacientes que se atienden, la frecuencia de las sesiones, la exigencia de adherencia a protocolos o la flexibilidad en el encuadre terapéutico. En consonancia con lo anterior, la ausencia de diferencias con significación estadística en esta investigación es coherente con lo señalado por Malaver (2024), quien en su revisión sistemática destacó la heterogeneidad conceptual del constructo y las dificultades para operacionalizar variables profesionales de manera comparable entre estudios.

En relación con los objetivos planteados, el tercero y cuarto objetivo examinaron la relación entre los años de ejercicio profesional y las horas semanales de atención clínica con los niveles de desgaste por empatía. En este marco, los resultados de la correlación de Spearman no mostraron asociaciones con significación estadística en ninguna de las combinaciones analizadas: los años de ejercicio no se correlacionaron ni con el Burnout ni con el Estrés Traumático Secundario. Complementariamente, las horas semanales de atención tampoco se asociaron de manera significativa ni con el Burnout ni con el Estrés Traumático Secundario. En consecuencia, no es posible confirmar la cuarta hipótesis específica, que postulaba una relación inversa entre los años de ejercicio y el desgaste, ni la quinta hipótesis específica, que anticipaba que a mayor carga horaria semanal, mayores niveles de desgaste. De esta manera, ambas hipótesis se formularon en base a supuestos teóricos razonables, pero los datos empíricos de esta investigación no les brindan sustento estadístico. Por lo tanto, la cuarta y quinta hipótesis no pueden ser confirmadas a partir de los datos obtenidos.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, la ausencia de una asociación significativa entre los años de experiencia y el desgaste resulta coherente con lo reportado por los autores Lucas Arranz y Rossi Freducci (2023), quienes no hallaron relación significativa entre los años de experiencia y el nivel de sintomatología de desgaste en profesionales del ámbito de género y violencia. También, Yocca (2022) reportó que no se hallaron diferencias relevantes en las conductas de autocuidado en función de los años de experiencia profesional, lo que sugiere que la antigüedad en el ejercicio no actúa por sí sola como factor protector ni de riesgo.

A partir de estos antecedentes, estos hallazgos cuestionan la idea intuitiva de que la experiencia acumulada inmuniza al profesional frente al desgaste, y orientan la mirada hacia variables de naturaleza más cualitativa, como la calidad de los vínculos de supervisión, el tipo de casos atendidos o los recursos de regulación emocional disponibles. De forma análoga, la

falta de vinculación entre la carga horaria y el desgaste no implica necesariamente que trabajar muchas horas sea inocuo para el bienestar del profesional. En este contexto, es posible que, en esta muestra de psicólogos del ámbito privado porteño, otros factores, como la autonomía en la organización del trabajo, la posibilidad de establecer el propio horario laboral o la percepción de control sobre la carga de trabajo, operan como moderadores del efecto de las horas sobre el bienestar. En apoyo a esta interpretación, Yocca (2022) también encontró que la carga horaria laboral no se asoció notablemente con las conductas de autocuidado, aunque sí identificó diferencias según el ámbito laboral, planteando que el contexto institucional es una variable más determinante que la cantidad de horas trabajadas. Desde un punto de vista más amplio, la revisión sistemática de Malaver (2024) advierte sobre las limitaciones de los estudios transversales para capturar la evolución temporal del desgaste, señalando que la ausencia de correlaciones en un momento puntual no descarta efectos acumulativos que solo serán visibles en diseños longitudinales. Particularmente, esta observación es especialmente relevante en el caso de los años de experiencia, ya que el desgaste podría no seguir una trayectoria lineal, sino presentar fluctuaciones según las etapas de la carrera profesional, los cambios en las condiciones de trabajo o los eventos vitales del profesional.

En síntesis, estos resultados tomados en conjunto configuran un panorama de relativa estabilidad en el bienestar profesional de los psicólogos clínicos porteños encuestados. Dicho perfil se caracteriza por niveles bajos a moderados de desgaste por empatía, una elevada presencia de supervisión clínica, un predominio de niveles altos de satisfacción por compasión y una amplia proporción de profesionales que refieren llevar a cabo conductas de autocuidado. En esta línea, estos hallazgos resultan concordantes con lo observado en otras muestras de psicólogos clínicos del contexto hispanohablante, como las informadas por Agüero y Sanabria (2021), Quiroga et al. (2024) y Roldán Álvarez (2025), quienes, en

términos generales, describen a la mayoría de los profesionales con un funcionamiento empático dentro de parámetros normales o con bajo riesgo de desgaste.

No obstante, resulta pertinente señalar que, si bien los niveles de Satisfacción por Compasión son elevados, ubicándose en el nivel Alto según los puntos de corte normativos, es importante no leer este resultado de forma estática. En este contexto, esta posición relativa podría interpretarse como un indicador de potencial vulnerabilidad, en la medida en que, ante condiciones laborales adversas, dichos niveles podrían experimentar un descenso. Siguiendo esta misma línea, Ramírez-Dueñas et al. (2022) advirtieron que, incluso en muestras donde la mayoría de los profesionales presenta funcionamiento empático óptimo, existe un porcentaje relevante en situación de riesgo o con vulnerabilidad clínica significativa. En la presente investigación, el 52% de la muestra en nivel moderado de Burnout y el 94% en nivel moderado de Estrés Traumático Secundario constituyen señales de alerta que merecen ser consideradas desde una perspectiva preventiva.

En síntesis, los resultados de la presente investigación dan cuenta de un perfil de desgaste por empatía predominantemente promedio/moderado con ausencia de casos en el nivel alto de Burnout, predominio de niveles promedio/moderados de Estrés Traumático Secundario y niveles elevados de Satisfacción por Compasión.

Por último, esta investigación pone de manifiesto la necesidad de seguir construyendo conocimiento empírico sobre el desgaste por empatía en psicólogos clínicos del contexto local, y los pocos estudios realizados en la Ciudad de Buenos Aires presentan limitaciones similares a esta investigación. Asimismo, la mayor parte de los antecedentes disponibles provienen de otras regiones del país o del exterior. Por consiguiente, avanzar en este agenda requiere no solo ampliar las muestras, sino también diversificar los enfoques metodológicos, incorporando perspectivas cualitativas que capturen la experiencia subjetiva del desgaste, y

también, fortalecer la articulación entre la investigación académica y los dispositivos concretos de formación, supervisión y cuidado de los profesionales de la salud mental.

7. CONCLUSIÓN

El presente trabajo final integrador tuvo como propósito indagar los niveles globales del desgaste por empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y examinar su relación con diversas variables profesionales. En este marco, los hallazgos permiten dar respuesta a la pregunta de investigación planteada: ¿Cuáles son los niveles de desgaste por empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires? Y ¿Cómo se relacionan con variables como el enfoque terapéutico, los años de ejercicio, la supervisión clínica y las horas semanales de atención clínica?

En relación con las hipótesis formuladas, la primera hipótesis específica se confirma en tanto predominan los niveles promedio/moderados tanto de Burnout como en Estrés Traumático Secundario, con niveles altos de Satisfacción por Compasión. Sin embargo, la segunda, tercera, cuarta y quinta hipótesis no pudieron ser confirmadas, dado que los análisis estadísticos no arrojaron diferencias ni asociaciones significativas en función de las variables estudiadas. En consecuencia, la hipótesis general tampoco se confirma, ya que no se hallaron diferencias significativas en los niveles del desgaste en función de las variables profesionales estudiadas. Estos hallazgos, lejos de constituir un resultado negativo, permiten responder con claridad la pregunta de investigación: los psicólogos clínicos de CABA presentan niveles promedio/moderados de desgaste, y ese desgaste no se distribuye de manera diferencial según las variables profesionales aquí analizadas.

En esta misma línea, la dimensión de Satisfacción por Compasión, que remite a los aspectos gratificantes y significativos del ejercicio profesional, emerge como un componente fundamental para comprender el fenómeno en su complejidad. De esta manera, su presencia predominante en esta muestra introduce una perspectiva que no se limita a los efectos negativos del trabajo clínico, sino que incorpora también sus aspectos positivos, como el

sentido de propósito, la percepción de eficacia y el vínculo terapéutico como fuentes de satisfacción que pueden operar como factores protectores frente al desgaste.

En este sentido, los resultados del presente estudio no solo permiten describir el constructo del desgaste por empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sino que también invitan a repensar la manera en que se conceptualiza el vínculo entre empatía y malestar profesional. Lejos de constituir un factor exclusivamente de riesgo, la empatía es considerada como un recurso protector que posibilita sostener el ejercicio profesional sin derivar necesariamente en niveles elevados de desgaste. Desde esta perspectiva, el equilibrio observado entre las demandas emocionales del trabajo y los recursos personales y profesionales disponibles pone en evidencia la relevancia de considerar el bienestar del psicólogo como un proceso dinámico, influido tanto por variables estructurales como por factores subjetivos y contextuales que exceden las variables tradicionalmente estudiadas. En concordancia con ello, la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas con variables como la supervisión, el enfoque terapéutico, la carga horaria o los años de ejercicio sugiere la necesidad de ampliar el foco analítico hacia dimensiones menos visibles, tales como la calidad de la supervisión, las estrategias de regulación emocional, el estilo personal del terapeuta o las condiciones institucionales del trabajo.

Asimismo, el hecho de que los niveles de desgaste se mantienen mayormente en rangos promedio/moderados no debe conducir a una lectura simplificada del fenómeno. Por el contrario, la concentración de la muestra en niveles moderados de Burnout y Estrés Traumático Secundario constituye una señal de alerta que merece atención, aún cuando la Satisfacción por Compasión se ubique en el nivel Alto. En este sentido, es posible pensar el desgaste por empatía como un proceso latente, cuya evolución depende en gran medida de las

condiciones de ejercicio profesional y de los recursos disponibles para su afrontamiento. En consecuencia, estos hallazgos refuerzan la importancia de promover dispositivos sistemáticos de prevención, supervisión y autocuidado, no solo como estrategias reactivas frente al malestar, sino como componentes estructurales del ejercicio profesional.

Finalmente, este trabajo aporta evidencia empírica situada que contribuye a visibilizar una problemática frecuentemente subestimada en el ámbito local, al tiempo que abre nuevas líneas de investigación orientadas a profundizar en la complejidad del fenómeno.

Particularmente, resulta esencial avanzar hacia diseños longitudinales que permitan capturar la evolución del desgaste a lo largo del tiempo, así como incorporar metodologías cualitativas que den cuenta de la experiencia subjetiva de los profesionales. De esta manera, se espera que los aportes aquí desarrollados enriquezcan el campo académico y contribuyan al diseño de políticas y prácticas orientadas al cuidado integral de quienes ejercen la psicología clínica.

8. APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Como punto de partida, la presente investigación constituye una contribución empírica relevante al estudio del desgaste por empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un campo escasamente explorado en el contexto local. En este marco, el trabajo aporta evidencia situada que permite describir y comprender el fenómeno en una población específica, contribuyendo a subsanar el déficit de estudios empíricos en el ámbito porteño.

En primera instancia, uno de los aportes centrales del estudio radica en la caracterización de un perfil de desgaste predominante bajo a moderado, acompañado de niveles elevados de Satisfacción por Compasión. A partir de ello, este descubrimiento permite complejizar la concepción tradicional del ejercicio clínico como necesariamente asociado a altos niveles de malestar, introduciendo una mirada más equilibrada que contempla tanto los riesgos como los aspectos protectores inherentes a la práctica profesional.

En segundo lugar, la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas entre el desgaste por empatía y variables profesionales como la supervisión clínica, el enfoque terapéutico, los años de ejercicio o la carga horaria laboral invita a revisar supuestos teóricos previos y aporta un enfoque novedoso al campo. Desde esta perspectiva, los resultados sugieren que el desgaste no puede explicarse de manera lineal ni reduccionista a partir de variables aisladas, sino que requiere ser investigado desde una perspectiva multidimensional que integre factores individuales, relacionales e institucionales.

Por otro lado, este trabajo no solo contribuye a la producción de conocimiento científico, sino que también posee implicancias prácticas relevantes. En particular, pone en evidencia la necesidad de promover estrategias de prevención y cuidado del bienestar profesional que trascienden la responsabilidad individual del psicólogo, integrando el rol de

las instituciones formativas, los espacios de supervisión y las condiciones estructurales del ejercicio clínico.

Finalmente, el estudio proporciona un punto de partida para futuras investigaciones, al abrir interrogantes en torno a variables no exploradas en profundidad, como la calidad de la supervisión, los estilos de afrontamiento o las características del vínculo terapéutico; y al destacar la importancia de continuar desarrollando investigaciones empíricas que se adentre en la complejidad del desgaste por empatía en el contexto local.

9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar del valor de los resultados obtenidos acerca de los niveles del Desgaste por Empatía en psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es un deber ético reconocer las posibles limitaciones que la presente investigación ha presentado, las cuales podrían haber influido en los resultados, y, por ende, en su posterior generalización.

Para comenzar, el tamaño muestral reducido ($N=50$) constituye una de las principales limitaciones del estudio, debido a que restringe la potencia estadística de los análisis realizados y disminuye la capacidad para detectar diferencias o asociaciones de menor magnitud entre las variables. Asimismo, este aspecto limita la posibilidad de extrapolar los resultados a la población total de psicólogos clínicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por otro lado, el diseño transversal de la investigación implica que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, lo cual impide establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas y dificulta la comprensión de la evolución del desgaste por empatía a largo plazo. En relación con ello, no es posible determinar si los niveles observados responden a condiciones estables o fluctuaciones propias de determinadas etapas del ejercicio profesional. Además, el tipo de muestreo no probabilístico utilizado introduce posibles sesgos de selección, dado que la muestra puede no ser representativa de la totalidad de los psicólogos clínicos del contexto porteño. Es importante destacar que la participación voluntaria podría haber favorecido la inclusión de profesionales con mayor interés en la temática o con determinadas características personales o laborales, lo cual podría haber influido en los resultados obtenidos.

A su vez, debe considerarse que los datos fueron recolectados mediante instrumentos de autoinforme, lo que implica la posibilidad de sesgos asociados a la deseabilidad social, la

percepción subjetiva de los participantes o la interpretación individual de los ítems. En consecuencia, las respuestas podrían no reflejar de manera completamente objetiva los niveles reales de desgaste por empatía.

Finalmente, estas limitaciones no son exclusivas del presente estudio, sino que forman parte de las dificultades metodológicas habituales en la investigación del desgaste por empatía. En este marco, la ausencia de diseños longitudinales y de muestras más amplias constituye un aspecto a considerar al momento de interpretar los resultados. En consecuencia, los hallazgos aquí presentados deben ser analizados con cautela y entendido como una aproximación inicial al fenómeno en el contexto local.

10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

A partir de los resultados y las limitaciones de la presente investigación se desprenden las siguientes líneas futuras de investigación:

En primera instancia, una futura línea de investigación sería replicar el presente estudio con muestras más numerosas y representativas, que incluyan profesionales de distintos ámbitos de ejercicio, tanto público como privado, y de diversas regiones del país. De esta manera, se favorece la comparación entre contextos y se fortalece la validez externa de los hallazgos.

En segunda instancia, los resultados orientan hacia la necesidad de incorporar variables relevantes que no fueron contempladas en esta investigación. Entre ellas, se destacan los estilos de apego del profesional, cuya incidencia ha sido evidenciada en estudios recientes; el tipo de pacientes o problemáticas atendidas, la percepción subjetiva de la carga emocional, el apoyo institucional percibido y las estrategias específicas de regulación emocional. Consecuentemente, la inclusión de estas dimensiones permitirá avanzar hacia modelos explicativos más integrales y sensibles a la complejidad del ejercicio clínico.

En tercera instancia, resulta especialmente pertinente el desarrollo de estudios con diseños longitudinales, que posibiliten analizar la evolución del desgaste por empatía a lo largo del tiempo. En esta línea, este tipo de abordaje permitiría determinar si los niveles moderados observados en la presente muestra responden a un estado relativamente estable o si, por el contrario, fluctúan en función de diferentes etapas de la trayectoria profesional, cambios en las condiciones laborales o eventos vitales significativos.

En último lugar, se considera de especial interés la incorporación de metodologías cualitativas que permitan explorar profundamente la experiencia subjetiva de los

profesionales. De esta manera, el abordaje cualitativo podría aportar información valiosa sobre los significados atribuidos al trabajo clínico, las vivencias emocionales vinculadas a este y las estrategias cotidianas de afrontamiento, enriqueciendo así la comprensión del fenómeno más allá de su medición cuantitativa.

11. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

En base a los resultados obtenidos mediante los instrumentos utilizados y las respectivas conclusiones, se formula las siguientes propuestas de intervención:

Es necesario aclarar que es importante promover estrategias de intervención orientadas a la prevención y el abordaje del desgaste por empatía en psicólogos clínicos. Asimismo, las siguientes propuestas se organizan en tres niveles: individual, grupal/profesional e institucional, en consonancia con una perspectiva integral del bienestar del terapeuta.

1) Intervenciones a nivel individual:

En primer lugar, resulta relevante fortalecer los recursos personales de los profesionales, promoviendo el desarrollo de estrategias de autocuidado y regulación emocional. En este marco, se proponen programas de entrenamiento en regulación emocional orientados a mejorar la identificación, comprensión y modulación de las propias emociones frente al material clínico. En este caso, estos programas podrían incluir técnicas provenientes de enfoques como mindfulness, terapia cognitivo-conductual o terapias de tercera ola. Por otra parte, se plantea la promoción del autocuidado profesional sistemático, dado que, si bien un alto porcentaje de la muestra refiere realizar actividades de autocuidado, resulta necesario formalizar estas prácticas mediante la planificación consciente de espacios destinados al descanso, la recreación y la desconexión del rol profesional. A su vez, se considera fundamental la implementación de instancias de psicoeducación sobre el desgaste por empatía, enfocadas en brindar información específica acerca del fenómeno, sus manifestaciones y factores de riesgo, con el objetivo de favorecer su reconocimiento temprano y prevenir su cronificación. Por último, se destaca la importancia de generar espacios de reflexión personal que promuevan la introspección en torno a los propios límites,

las expectativas profesionales y las modalidades de implicación emocional en la tarea clínica a nivel grupal y profesional.

2) Intervenciones a nivel grupal:

En segundo lugar, se considera clave fortalecer los dispositivos colectivos que funcionan como sostén del ejercicio profesional. En este nivel, se propone el fortalecimiento de los espacios de supervisión clínica, incorporando explícitamente en estos el abordaje del impacto emocional del trabajo clínico. En este contexto, se propone la implementación de grupos de intervisión entre pares, orientados a generar espacios horizontales de intercambio entre profesionales que posibiliten compartir experiencias, dificultades y estrategias de afrontamiento, favoreciendo así la construcción de redes de apoyo. De manera complementaria resulta pertinente el desarrollo de dispositivos de apoyo emocional para profesionales, tales como grupos de reflexión, los cuales permiten abordar la dimensiones vincular y emocional inherente a la práctica clínica. En esta línea, se destaca la importancia de promover instancias de capacitación continua en salud mental del terapeuta, incorporando en la formación profesional contenidos específicos vinculados al desgaste por empatía, el burnout y las estrategias de cuidado profesional.

3) Intervenciones a nivel institucional:

Finalmente, resulta imprescindible considerar el rol de las instituciones en la promoción del bienestar profesional. En este caso, se propone la incorporación de políticas de cuidado del profesional mediante el desarrollo de programas institucionales que contemplen la salud mental de los psicólogos como un eje central, incluyendo el acceso a supervisión, espacios de apoyo y capacitación. De acuerdo con ello, resulta fundamental la mejora de las condiciones laborales, promoviendo entornos laborales que favorezcan el bienestar, como cargas horarias adecuadas, autonomía en la organización de tareas y reconocimiento

profesional. También, se plantea la necesidad de sistematizar la supervisión como una práctica obligatoria o altamente recomendada, especialmente en contextos de elevada demanda emocional, garantizando su accesibilidad y calidad. Por último, se destaca la importancia de generar dispositivos de prevención primaria orientados no únicamente a profesionales con riesgo, sino a la totalidad de psicólogos clínicos, desde un enfoque anticipatorio y preventivo.

En síntesis, estas intervenciones apuntan a abordar el desgaste por empatía desde una perspectiva integral, reconociendo que el bienestar del psicólogo no depende exclusivamente de factores individuales, sino también de las condiciones relacionales e institucionales en las que se desarrolla la práctica clínica. En línea con los hallazgos de esta investigación, resulta elemental sostener y potenciar aquellos factores protectores identificados, como la Satisfacción por Compasión, al tiempo que se interviene sobre los posibles factores de riesgo. De este modo, se favorece no solo la salud mental de los profesionales, sino también la calidad de la atención brindada a los pacientes.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, 12(5), 475–490. <https://doi.org/10.1177/1468017310392418>.
- Agüero, L., & Sanabria, C. H. (2021). Síndrome de desgaste por empatía en profesionales psicólogos del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción. *Revista Científica UCMB*, 1(1), 51–63. <https://revista.ucmb.edu.py/revucmb/article/view/7>.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9781315808048>.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th ed.). Pearson.

- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011).
 Psychotherapist variables. En J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 293–327). Oxford University Press.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. American Psychological Association.
<https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/10226>.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 16 (3), 252–260.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0085885>.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance. En Horvath, A. O & L.S, Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). American Psychological Association .
<https://psycnet.apa.org/record/1994-97518-001>.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Cairns, P., Swanepoel, M., Kambhampati, S., Dheda, K., & Naidu, V. V. (2024). The association between empathy and burnout in medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 24 (1), 612.
<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-05625-6>.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000034-000>.

- 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 (6), 618.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>.
- Corey, G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Cengage Learning.
- Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy* (p. 85). *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10.
https://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf.
- David, M. H. (1983). *Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>.
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 279–300.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093625>.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100.
<https://doi.org/10.1177/1534582304267187>.
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1100/tsw.2006.221>.

- Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology*, 20 (4), 1053–1080.
- Decety, J. (2011a). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10 (3), 249–261.
<https://doi.org/10.1177/1754073910374662>.
- Decety, J. (2011b). The neuroevolution of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231 (1), 35 – 45. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06027.x>.
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014a). Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 9 (5), 525–537.
<https://doi.org/10.1177/1745691614545130>.
- Decety, J., & Cowell, J. M. (2014b). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18 (7), 337–339.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>.
- Díaz Joga, R. (2022). *El papel de las variables profesionales en niveles de burnout y fatiga por compasión en psicólogos*. Universidad Europea.
- Dumontheil, I., Apperly, I. A., & Blakemore, S. J. (2010). Online usage of theory of mind continues to develop in late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 331–338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00888.x>.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C. P., & Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: A call

to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201707b>.

Egan, G. (2014). *The skilled helper: A problem-management and opportunity-development approach to helping* (10th ed.). Cengage Learning.

Eggum, N. D., Eisenberg, N., Kao, K., Spinrad, T. L., Bolnick, R., Hofer, C., & Fabricius, W. V. (2011). Emotion understanding, theory of mind, and prosocial orientation: Relations over time in early childhood. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 4–16. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536776>.

Eidman, L., & Zaragoza-Seratti, P. (2023). Adaptación conceptual, lingüística y métrica de la Professional Quality of Life Scale (Pro-QOL R-IV) en psicólogos argentinos. *Evaluar*, 23 (3), 77–93.

Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48 (1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>.

Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10723-000>.

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la FePRA*. <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>.

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.

- Filippetti, V. A., López, V., & Richaud, M. B. (2012). Aproximación neuropsicológica al constructo de empatía: aspectos cognitivos y neuroanatómicos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 6 (1), 63–8. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/257597>.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50 (4), 531–534.
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 411–456. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020501>.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 2265. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02265>.
- Gerdes, K. E., Segal, E. A., & Lietz, C. A. (2010). Conceptualising and measuring empathy. *British Journal of Social Work*, 40(7), 2326–2343. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq048>.

- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gross, J. J. (2015). *Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations*. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford Press.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., & Betta, R. (2008). Validación preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhé*, 17(2), 67–78.
- Hansen, E. M., Eklund, J. H., Hallén, A., Bjurhager, C. S., Norrström, E., Viman, A., & Stocks, E. L. (2018). Does feeling empathy lead to compassion fatigue or compassion satisfaction? The role of time perspective. *The Journal of Psychology*, 152(8), 630–645. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1495170>.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>.
- Hernández-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 49 (2), 229–244. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01343.x>.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2018). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 65(4), 1–19. <https://doi.org/10.1037/cou0000284>.

- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>.
- Imuta, K., Henry, J. D., Slaughter, V., Selcuk, B., & Ruffman, T. (2016). Theory of mind and prosocial behavior in childhood: A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 52(8), 1192–1205. <https://doi.org/10.1037/dev0000140>.
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–120. <https://doi.org/10.1097/00152193-199204000-00035>.
- Kim, H., & Stoner, M. (2008). Burnout and turnover intention among social workers: Effects of role stress, job autonomy, and social support. *Administration in Social Work*, 32(3), 5–25. <https://doi.org/10.1080/03643100801922357>.
- Klimecki, O. M., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. *Psychopathology*, 45(3), 159–167. <https://doi.org/10.1159/000336492>.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>.

- Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022187>.
- Lamothe, M., Boujut, E., & Zenasni, F. et al. (2014). To be or not to be empathic: The combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice* 15, 15. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lucas Arranz, M., & Rossi Freducci, D. (2023). Desgaste por empatía y síntomas de estrés postraumático en profesionales que trabajan en género y violencia de género. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios de Género*, 8(1), 88–114. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/FEMERIS/article/view/7463>.
- Maín, V., Rondón, J., Tauber, L., Viñuela, M., & Zamponi, J. (2009). Primer cuestionario validado para evaluar síndrome de desgaste por empatía. *VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/POSTERS/1.pdf.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>.
- Malaver, L. R. (2024). *El desgaste por empatía: Revisión sistemática de la producción científica iberoamericana en el contexto de pandemia*. [Trabajo Final de

Integración para la Licenciatura en Psicología, Universidad de Flores]. Repositorio Institucional de la Universidad de Flores. <https://hdl.handle.net/20.500.14340/2071>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>

Medina Déniz, M. (2020). *Teoría de la mente y empatía: ¿relacionadas o independientes?*. Tesis de Licenciatura, Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19735>

Müller, M., Ungaretti, J., & Etchezahar, E. (2015). Evaluación multidimensional de la empatía: Adaptación del interpersonal reactivity index (IRI) al contexto argentino. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3 (1), 42–53. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/111427/CONICET_Digital_Nro.40771ecb-d7e7-4913-816e-efbb4059d442_A.pdf?sequence=2

Newell, J. M., & MacNeil, G.A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms,

risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best practices in Mental Health* 6 (2), 57–68.

Newhill, C. E., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19–24.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). *Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices*. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.
<https://doi.org/10.1037/a0022161>

Ortiz-Granja, D., Acosta-Rodas, P; Lepe-Martínez, N., Del Valle, M., Ramos, V., & Bolaños Pasquel, M., et al. (2019). Desarrollo y validación de una escala breve para valorar el apego en adultos: Análisis psicométrico en América Latina. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28 (3), 37–45.
https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/development-validation-scale-attachment-adults-psychometric-analysis-latin-america-desarrollo-validacion-escala-apeg-adultos/

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist. *Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton.

- Premack D., & Woodruff G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?.
Behavioral and Brain Sciences, 1(4), 515–526.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Quiroga, A. E., Rodriguez, J. E., Main, M. V., Prendes, L.R., Olivera, M.L., & Giulioni, L.F. (2024). Síndrome de desgaste por empatía en profesionales de la salud integral en Entre Ríos y en las regiones centro y norte de la provincia de Santa Fe.
Psicodiagnosticar, 32, 31–44,
<https://revistas.adeip.org.ar/index.php/Psicodiagnosticar/article/view/3>
- Ramírez- Dueñas, L. K., Fernández- Vázquez, M. U., Hernández-Domínguez, J., Rugerio-Ramos, M., & Cortés- Cuayahuitl, A. Á. (2022). Riesgo de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, (63), 83–96.
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/63/63_Ramirez.pdf
- Recio, M. T., & Barajas, E. C. (2018). Teoría de la mente y empatía. Repercusiones en la aceptación por los iguales en niños y niñas de educación infantil, primaria y secundaria. *Escritos de Psicología (Internet)*, 11(1), 10–24.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092018000100002.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. The Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0045357>.

- Roldan Álvarez, R. A. (2025). *La relación entre el desgaste por empatía y el uso de estrategias de autocuidado en psicólogos/as del Alto Valle*. [Trabajo final integrador, Universidad de Flores].
<https://repositorio.uflo.edu.ar/entities/trabajo%20final%20integrador/fc31ed87-49a2-4eb1-882b-d30f9f1f6cc8>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2019). Preventing burnout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(6), 343–350.
<http://dx.doi.org/10.1037/pro0000251>.
- Rupert, P. A., Miller, A. O., Hartman, E. R., & Bryant, F. B. (2012). Predictors of career-sustaining behaviors, satisfaction, and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(3), 256–267.
<https://doi.org/10.1037/a0029260>.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544–550.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.544>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Salessi, S. (2023). *Prevalencia del desgaste por empatía en profesionales de la salud mental de Santa Fe*. En *Memorias del XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Salessi, S. M. (2024). *Estilos de apego y riesgo psicosocial de desgaste por empatía en psicólogos y psiquiatras*. *Revista de Salud Pública*, 30(1), 30 – 36.
<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v30.n1.43460>.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. En M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (2nd ed., pp 383–425). Wiley.
<https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/181.pdf>.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220.
<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Shamay-Tsoory S. G. (2010). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17(1), 18–24. <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>.
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of*

Career Development, 27(3), 167–176.

<https://doi.org/10.1177/089484530102700303>

Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapist: Exploring expertise in therapy and counseling*. Pearson Education.

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203893326>

Sosnowska, J., De Fruyt, F., & Hoffmans, J. (2019). A novel approach for investigating Parkinson's disease personality and its association with clinical and psychological aspects. *Frontiers in Psychology*, 10, 2265.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02265>

Stamm, B. H. (2010). *The concise manual for the Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* (2nd ed.). ProQOL.org .
<https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>

Tomasello, M. (2019). *Becoming human: A theory of ontogeny*. Harvard University Press.

Valdés García, K. P., González-Tovar, J., Hernández Montaña, A., & Sánchez Loyo, L. M. (2021). *Regulación emocional, autocuidado y burnout en psicólogos clínicos ante el trabajo en casa por confinamiento debido al COVID-19*. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 10(1), e6430.
<https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2020.6430>.

- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Schockley, C., & 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. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *The Lancet, 374*(9702), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Watkins, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor, 30*(2), 235–256. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>
- Wellman, H. M., Cross, D., & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development, 72* (3), 655–684. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00304>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 388*(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Yocca, M. A. (2022). Conductas de autocuidado en psicólogos/as clínicos/as que ejercen en las ciudades Capital y La Banda de Santiago del Estero. Universidad Católica de Santiago del Estero.

Zamponi, J., Rondón, J. M., & Viñuela, M. A. (2009). *Primer cuestionario validado para evaluar síndrome de desgaste por empatía*. VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo, Buenos Aires, Argentina.

Zhou, H. (2025). Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, 24, 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0>.

13. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer los niveles globales del desgaste por empatía.

Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre el desgaste por empatía en psicólogos porteños.

Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a

participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Encuesta acerca de datos sociodemográficos

1. ¿Cuál es su edad? (en años)
2. ¿Con qué sexo se identifica?
3. ¿Reside y ejerce profesionalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

Encuesta acerca de la formación profesional

1. ¿Posee título de grado en Psicología?
2. ¿Cuenta con matrícula profesional vigente que lo/la habilite para el ejercicio de la psicología clínica en CABA?
3. ¿Cuántos años de ejercicio profesional en psicología clínica posee?
4. ¿Cuál es su enfoque terapéutico predominante?

Encuesta acerca de la actividad laboral clínica

1. ¿Se encuentra ejerciendo activamente la atención clínica de pacientes en la actualidad?
2. ¿En qué modalidad realiza actualmente su atención clínica?
3. ¿En qué tipo de ámbito laboral se desempeña principalmente?
4. ¿Qué tipo de atención clínica realiza habitualmente?
5. ¿Cuántas horas semanales dedica a la atención clínica?

Encuesta acerca de supervisión clínica y autocuidado profesional

1. ¿Realiza actualmente supervisión clínica?
2. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia realiza supervisión clínica?
3. ¿Considera que cuenta con espacios de autocuidado profesional? (por ejemplo, análisis personal, supervisión, actividades recreativas, descanso adecuado)

Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2010)

Cuando usted ayuda a personas, tiene contacto directo con sus vidas. Como probablemente haya notado, su compasión por aquellas personas a quienes ayuda puede afectarlo de maneras tanto positivas como negativas.

A continuación, se presentan algunas preguntas sobre sus experiencias, tanto positivas como negativas, como profesional de ayuda. Considere cada una de las siguientes preguntas en relación con usted y su situación laboral actual. Seleccione el número que refleje honestamente con qué frecuencia experimentó estas situaciones durante los últimos 30 días.

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = A veces

4 = A menudo

5 = Muy a menudo

1. Estoy contento.
2. Me preocupa más de una persona a la que ayudo.

3. Me satisface poder ayudar a la gente.
4. Me siento conectado/a con los demás.
5. Me sobresalto con sonidos inesperados.
6. Me siento vigorizado/a después de trabajar con quienes ayudo.
7. Me resulta difícil separar mi vida personal de mi vida como ayudante.
8. No soy tan productivo/a en el trabajo porque pierdo el sueño por experiencias traumáticas de una persona a la que ayudo.
9. Creo que puedo haberme visto afectado/a por el estrés traumático de aquellos a los que ayudo.
10. Me siento atrapado/a en mi trabajo como ayudante.
11. Debido a mi trabajo, me he sentido "al límite" por varias cosas.
12. Me gusta mi trabajo como ayudante.
13. Me siento deprimido/a por las experiencias traumáticas de las personas a las que ayudo.
14. Siento como si estuviera experimentando el trauma de las personas a las que ayudo.
15. Tengo creencias que me sostienen.
16. Estoy satisfecho/a de cómo soy capaz mantenerme al día con las técnicas y protocolos de ayuda.
17. Soy la persona que siempre quise ser.
18. Mi trabajo me hace sentir satisfecho/a.
19. Me siento agotado/a debido a mi trabajo como ayudante.
20. Tengo pensamientos y sentimientos felices sobre las personas a las que ayudo y sobre cómo podría ayudarlas.
21. Me siento abrumado/a porque mi carga de trabajo parece interminable.

- 22. Creo que mi trabajo puede generar un cambio.
- 23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan experiencias aterradoras de las personas a las que ayudo.
- 24. Estoy orgulloso/a de lo que puedo hacer para ayudar.
- 25. Como resultado de mi ayuda, tengo pensamientos intrusivos y aterradores.
- 26. Me siento empantanado por el sistema.
- 27. Tengo pensamientos de que soy un éxito como ayudante.
- 28. No puedo recordar partes importantes de mi trabajo con víctimas de traumas.
- 29. Soy una persona muy cariñosa.
- 30. Estoy contento/a de haber elegido este trabajo.