

Desgaste por empatía: riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático

Compassion fatigue: risks on the psychotherapist work with post-traumatic stressed patients

Ma. Elena Fuentes Martínez*

Resumen

El presente trabajo analiza algunas características y riesgos profesionales que se pueden presentar como resultado del trabajo de acompañamiento empático de los trabajadores de la salud mental, sean estos psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas o psicoanalistas. Este artículo es producto de mi experiencia en el campo clínico del psicoanálisis, la psicoterapia y la supervisión, campos en donde he tenido la oportunidad de experimentar en mí misma y de vivir desde los colegas, los efectos del trabajo y contacto con el dolor mental de nuestros pacientes.

El malestar sufrido por profesionales o trabajadores involucrados en el manejo de situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes o traumatizantes a nivel secundario, como es el trabajo con pacientes terminales, con víctimas de violencia o abuso físico y sexual, con afectados por catástrofes, con personas en situaciones límite, entre otros, puede identificarse con diferentes términos: síndrome de desgaste profesional (o *burnout*), desgaste por empatía (Compassion Fatigue), traumatización vicaria o estrés traumático secundario. En este trabajo se desarrollará la temática del desgaste por empatía, pues esta es una herramienta fundamental de nuestro quehacer cotidiano, y si nos encontramos en malas condiciones y no podemos acceder a esta competencia, nuestro trabajo se verá menguado por tal situación.

* Docente en la Universidad Iberoamericana León y directora de la Clínica de la Sociedad de Psicoanálisis de León-México, A. C. Doctora en Pedagogía y psicoanalista miembro directo de la International Psychoanalytical Association.
fmaelena@hotmail.com

Abstract

The following work analyzes some characteristics and the professional risks that can be presented as the result of an empathic guidance on mental health workers, such as, psychologists, psychiatrists, psychotherapists or psychoanalysts. This article is product of my experience on the clinical domains of psychoanalysis, psychotherapy and supervision, domains where I had the opportunity of experience them on myself, and to live from the colleagues, the effects of work and contact with the mental pain of our patients.

The malaise suffered from professionals or workers involved on the manage of highly stress situations, emotionally demanding and/or traumatizing on a second level, how the work with terminal patients, victims of violence and/or physical or sexual abuse, with people affected by catastrophes, people with borderline personality, among others, can be identified with different terms: burnout syndrome, compassion fatigue, vicarious traumatization, or secondary post-traumatic stress. In this work it will be developed the compassion fatigue theme, because this a fundamental tool of our quotidian chores, and if we are found in poor conditions, and can not access to this competency, our task will be diminished by such situation.

Palabras clave: riesgo profesional, empatía, desgaste por empatía, estrés postraumático, traumatización vicaria, proceso psicoterapéutico.

Keywords: professional risk, empathy, compassion fatigue, posttraumatic stress, vicarious traumatization, psychotherapeutic process.

Introducción

En las profesiones donde se trabaja con personas, y de manera especial en el campo de la psicología con aquellos que han sufrido un evento traumático físico o emocional, es frecuente encontrar profesionistas que se sienten rebasados por las emociones que despierta el caso que se trabaja, sobre todo si se toma en cuenta que la empatía es una función y una competencia necesaria en el trabajo con estas personas. El psicólogo clínico, el psicoterapeuta y el psicoanalista frecuentemente se encuentran en la consulta tanto de orientación, supervisión y de psicoterapia, casos en donde los consultantes viven los efectos de algún acontecimiento que ha impactado su vida de manera traumática, por lo que al adentrarnos al mundo interior del paciente se hace necesario interiorizarnos del problema con toda la implicación de nuestra persona, con nuestra muy particular forma de haber procesado eventos

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2009) considera que el trabajador de la salud es un personal expuesto a riesgos, sobre todo de tipo mentales como el estrés y el agotamiento.

personales dolorosos que puedan asemejarse a los tratados, o experiencias que han sensibilizado nuestro actuar, y que si bien nos sirven como instrumentos también pueden ser un factor de riesgo en nuestro trabajo diario desgastando al profesional tanto en la esfera física como psicológica, cognitiva y relacional.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2009) considera que el trabajador de la salud es un personal expuesto a riesgos, sobre todo de tipo mentales como el estrés y el agotamiento. Esto se presenta de manera importante en el personal que, como parte de su trabajo, está en contacto con personas desde el apoyo social y psicológico como es el caso de los trabajadores sociales, docentes, enfermeros, médicos y personal de seguridad. Señalan que el agotamiento emocional es el principal factor de cambio de comportamiento y de actitud en el trabajo, con la consiguiente merma de participación y productividad, así como el aumento del absentismo, la disminución de las capacidades de trabajo y perturbaciones en las relaciones sociales y familiares (OIT, 2009). Este riesgo de trabajo ha sido denominado de varias formas, entre ellas: desgaste profesional o síndrome de desgaste profesional, traumatización vicaria, fatiga por compasión o desgaste por empatía. Debido a que la empatía es uno de los principales instrumentos personales del trabajo en psicoterapia de cualquier tipo, el concepto de desgaste por empatía es el que dará nombre a la situación que se abordará en el presente trabajo.

El desgaste por empatía o *fatiga por compasión* se desarrolla en los profesionales que se enteran y acompañan a los individuos que han sufrido un evento traumático, y que desde una escucha empática buscan aliviar el dolor del paciente. La gravedad del desgaste dependerá de múltiples factores, como pueden ser: las características del evento sufrido por el consultante, la personalidad y los mecanismos de defensa y afrontamiento tanto del paciente como del profesional de la salud, así como el contexto laboral y los recursos con que se disponga para la elaboración personal y profesional del impacto del trabajo con este grupo poblacional de pacientes.

Empatía

La empatía es una de las principales herramientas necesarias para el trabajo psicoterapéutico, es una competencia que se construye poco a poco desde las experiencias personales, la formación profesional, el autoconocimiento y análisis personal, así como la supervisión y acompañamiento de expertos o colegas que desde una mirada diferente a la del psicoterapeuta pueden acompañar el proceso relacional con el paciente. La empatía puede entenderse desde diferentes correlatos y abordajes teóricos; en este trabajo se considerará desde la mirada psicoanalítica y la importancia de esta en el trabajo psicoterapéutico, principalmente con un enfoque en las problemáticas que se suceden como consecuencia de un estrés postraumático.

La empatía desde su correlato neurobiológico se describe como una actividad prerreflexiva ligada al concepto y funciones de las neuronas espejo. Desde este concepto de empatía se consideran dos tipos de neuronas: las *congruentes*, que reflejan

Una de las funciones de las neuronas espejo es entonces recrear en nosotros el dolor que observamos en los demás.

la actividad del otro contemplado; y las *estrictamente congruentes*, que son aquellas que permiten comprender la acción del otro, el contexto y la intención de sus actos (Iacoboni, 2009). Las neuronas espejo ayudan así a simular en el cerebro las intenciones de los demás, lo que favorece la comprensión de sus estados, pero de igual manera se puede entender que un impacto desde ellas puede afectar la salud del terapeuta.

Una de las funciones de las neuronas espejo es entonces recrear en nosotros el dolor que observamos en los demás, ya que estos circuitos cerebrales ayudan en la lectura de la expresión facial conformando así los cimientos de la empatía que permiten una explicación “neurofisiológica plausible de las formas complejas de cognición e interacción sociales” (Iacoboni, 2009, p. 15).

Desde la mirada psicoanalítica la empatía se describe como la capacidad de captar al otro sin fusionarse con él, conservando un espacio propio de identidad. Bleichmar (2002) considera importante diferenciar a la empatía de las condiciones en que se le atribuyen al otro los propios deseos, sentimientos y temores mediante la identificación proyectiva, como puntos ciegos del propio analista.

Esto se agudiza sobre todo si en la historia de vida del terapeuta se encuentran experiencias similares a las vividas por el paciente, lo que puede ayudar a la comprensión de los eventos narrados, pero de igual forma si estos no están suficientemente elaborados en el terapeuta pueden llegar a estorbar e impedir una escucha activa empática y profesional, lo que lleva a configurar una patología de la empatía y correr una serie de riesgos que de no ser tomados en cuenta pueden afectar tanto al terapeuta como al proceso psicoterapéutico. Bleichmar (2002) señala esta posibilidad afirmando que “el legítimo deseo de ser empáticos con nuestros pacientes y el mandato superyóico de serlo” (p. 3) pueden llevar a desarrollar vínculos antiterapéuticos reforzando así la patología del paciente y llevando a un exceso de empatía, una deficiencia de empatía o a un desgaste por empatía.

Por su parte, Bolognini considera de importancia las contribuciones de Widlocher (2003 citado en Bolognini, 2005), quien retoma el concepto freudiano de inducción de pensamiento y conecta “la empatía a través del *transfert de pensée* al “*co-pensée*” asociativo y representacional de analista y paciente” (p. 227), distinguiendo así la relación analista paciente como un proceso de *copensamiento* y *coconstrucción*. El autor sostiene que la verdadera empatía es una condición de contacto consciente y preconscious que se caracteriza por la discriminación, complejidad y articulación, comportando así un espectro perceptivo amplio en el cual se comprenden todas las tonalidades de “color emocional, de las más claras a las más oscuras; y sobre todo un progresivo, compartido y profundo contacto con la complementariedad objetal, con el yo defensivo y con las partes escindidas del otro, no menos que con su subjetividad egosintónica” (Bolognini, 1997, citado en Bolognini, 2005, p. 228).

**Bleichmar (2002)
considera importante
diferenciar a la empatía
de las condiciones en
que se le atribuyen
al otro los propios
deseos, sentimientos
y temores mediante la
identificación proyectiva,
como puntos ciegos del
propio analista.**

Desde esta premisa de la empatía como un instrumento terapéutico y una competencia del psicoterapeuta, el desgaste por empatía es un concepto en evolución dentro de la Psicotraumatología. Se asocia con el “coste de cuidar” de otros que padecen sufrimiento emocional, habiendo numerosos términos que describen este fenómeno, entre ellos: victimización secundaria, estrés traumático secundario o traumatización vicaria (Acinas, 2012).

Este estado tan particular de muchos psicoterapeutas puede verse enmascarado por otros conceptos relacionados, tales como contagio emocional, *burnout*, contraraidentificación o desmotivación del trabajador (Figley, 1995). Todos estos términos son los que se han usado para nombrar el estrés postraumático sufrido por terapeutas o cualquier otro profesional o trabajador involucrado en el manejo de situaciones altamente estresantes o traumatizantes. En resumen, hay un alto costo en acompañar terapéuticamente a un otro, lo que puede producir gran deterioro de las funciones laborales, sociales y familiares.

Desde esta premisa de la empatía como un instrumento terapéutico y una competencia del psicoterapeuta, el desgaste por empatía es un concepto en evolución dentro de la Psicotraumatología.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

En este punto se vuelve necesario describir el trastorno de estrés postraumático, el cual es el que se analiza como parte de la intervención psicoterapéutica del profesional con un paciente que ha sufrido un evento traumático, a partir del cual se desarrolló un trastorno de este tipo, sea agudo o crónico. El TEPT es codificado como F43.10 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM [por sus siglas en inglés] V) (APA, 2014); presenta las siguientes características, mismas que guardan una estrecha relación con el desgaste por empatía en el profesional de la salud mental:

- a. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.
- b. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión asociados al suceso traumático, como recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico, y reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
- c. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático.
- d. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso, como una incapacidad de recordar un aspecto importante de suceso; creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo; disminución importante del interés o la participación en actividades significativas; sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás; incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
- e. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, como comportamiento irritable, imprudente o autodestructivo; hipervigilancia y respuestas de sobresalto, problemas de concentración y alteraciones en el sueño.



El trabajo psicoterapéutico de pacientes con TEPT requiere de la comprensión y abordaje de estos síntomas desde la escucha de historias llenas de miedo, pena, sufrimiento y cuidados prolongados de seres queridos. El terapeuta, al acompañar estos relatos desde su empatía, puede llegar a vivir de forma vicaria las mismas emociones y sufrimiento que sufre el paciente llegando a sentir que el sentido del yo y la disociación del yo al servicio del proceso se pierden.

El punto es que si estas funciones no están presentes es improbable el cambio terapéutico, ya que la construcción de una alianza terapéutica incluye confianza e impresión positiva del paciente en relación con su terapeuta, y estos sentimientos están relacionados con el grado en que el terapeuta utiliza y expresa empatía y compasión.

Desgaste por empatía

El desgaste por empatía, también denominado como estrés postraumático vicario o secundario, se presenta en profesionales que trabajan con pacientes con TEPT, los que se ven expuestos en forma prolongada a los eventos traumáticos y las historias que escuchan en consulta. El desgaste por empatía se produce por el cuidado prolongado y continuo de los pacientes, el uso que hace de sí mismo y la exposición al estrés, vía la narración de la experiencia traumática vivida que es seguida por el profesional desde su sentir y desde un pensamiento en imágenes, pensamiento que en estos casos predomina sobre el pensamiento en palabras.

Ante la escucha y el acompañamiento, paso a paso desde el pensar y sentir un evento traumático experimentado por otro significativo, como lo es el paciente para el terapeuta, se viven una serie de emociones y conductas que pueden aparecer súbitamente, sin aviso, o bien quedar *enquistadas* en la mente del terapeuta para revivirlas posteriormente una y otra vez buscando una significación y acomodo de ellas en su aparato mental.

Por otra parte, existen varios factores que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno como son: un pobre autocuidado tanto físico como psicológico o emocional; la no resolución de eventos traumáticos en el pasado que pueden asociarse y reactivarse con la experiencia de la vivencia vicaria del evento traumático del paciente; la dificultad para el manejo de estrés con estrategias de afrontamiento pertinentes y la falta de satisfacción y cuidados en el trabajo.

El riesgo del profesional de la salud que trabaja con problemáticas difíciles y traumáticas es que, ante la vivencia narrada por el paciente, entra en contacto con las propias experiencias traumáticas, conscientes o inconscientes, actuales o del pasado, significadas o no significadas, ocasionando una reacción desde

La construcción de una alianza terapéutica incluye confianza e impresión positiva del paciente en relación con su terapeuta, y estos sentimientos están relacionados con el grado en que el terapeuta utiliza y expresa empatía y compasión.

Una serie de emociones y conductas que pueden aparecer súbitamente o bien quedar *enquistadas* en la mente del terapeuta para revivirlas posteriormente una y otra vez buscando una significación y acomodo de ellas en su aparato mental.

su esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) (Pichon Rivière, 1985). Esto es un sistema de pensamiento, un instrumento, donde el campo de trabajo es el cambio social concibiendo al sujeto desde su condición social, en un constante interjuego entre el hombre y el mundo, donde ambos se relacionan y se construyen, en un campo simbólico de constitución de la subjetividad.

El desgaste por empatía puede aparecer en una sola sesión, a diferencia del síndrome de desgaste profesional que es un proceso; se caracteriza por tres grupos de síntomas que coinciden en un paralelismo con los ejes del TEPT (Álvarez-Buylla y González, 2010).

- 1) Reexperimentación o revivencia de síntomas intrusivos: pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del consultante/paciente, lo que determina un aprendizaje vicario, es decir, que se puede desarrollar un estrés postraumático vicario cuando se escucha o se ve algo atroz, aunque no afecte en primera persona.
- 2) Evitación o síntomas evitativos: evitación de la exposición a material traumático del usuario/paciente; pérdida de energía; evitación de salidas extralaborales con compañeros; automedicación secreta/adicciones.
- 3) Estados de hiperactivación o síntomas de activación fisiológica: incremento de la ansiedad; impulsividad y reactividad; aumento de la percepción de exigencias y amenazas; aumento de la frustración.

Otros síntomas que acompañan a este trastorno son: el rechazo a trabajar con cierto grupo de consultantes, dificultad para diferenciar y separar la vida personal de la profesional, se deja de disfrutar el trabajo que antes generaba satisfacción y gusto por los logros obtenidos, y un sentimiento de desesperanza. También pueden pasar inadvertidas algunas conductas como el cambio abrupto de emociones, la ansiedad, trastornos del sueño, sensación de impotencia, abuso de sustancias, aparición del sarcasmo y cinismo, lo que puede conducir a serios problemas de salud o desencadenar un síndrome de desgaste profesional.

En este trabajo no se aborda el síndrome de desgaste profesional, pero se pueden señalar algunas diferencias importantes. En este síndrome se presenta una baja realización personal y despersonalización no necesariamente relacionado con los TEPT, sino producto del estrés laboral y las condiciones en que se desarrolla, como pueden ser las características institucionales. Este es un proceso y no un estado, es progresivo y acumulativo en el tiempo y no súbito o agudo, y es resultado de la extenuación emocional, entre otros.

Viñeta clínica

Dadas las situaciones socioculturales que vivimos en la actualidad, cada vez es más frecuente encontrar en la consulta psicoterapéutica, ya sea institucional o privada, a pacientes que han sufrido una experiencia de vida muy dolorosa emocionalmente o un evento traumático que requiere de ser trabajado en un espacio de seguridad psicológica como lo es la psicoterapia.

Como forma de ejemplificar estas situaciones se presenta una viñeta clínica en la que se ha buscado guardar la identidad del paciente. La consultante es una paciente femenina, casada, con descompensación por síndrome metabólico resistente; es enviada a consulta por su médico internista.

Desde hace tres años presenta una depresión profunda, como reacción a un TEPT. Su hijo mayor fue secuestrado y asesinado en circunstancias muy dolorosas; el segundo hijo es balaceado y muere también; uno de los negocios familiares es incendiado, y el esposo es amenazado constantemente por no acceder a pagar la cuota de protección para sus negocios, que era exigida por grupos de la delincuencia organizada.

Deciden cambiar de domicilio dejando la ciudad donde vivían para irse a una más pequeña; bajo amenazas dejan todos sus bienes tal y como se les ordena, sin haber ningún cuidado ni protección de los mismos. Llegan a la nueva ciudad de residencia con poco capital y algunas pertenencias y vuelven a iniciar sus negocios con toda la energía de la que pueden disponer. El único hijo que les queda tiene una bebé, quien muere al nacer por negligencia médica; esta situación desencadena el clímax de la depresión de la paciente, quien siente que ya no tiene fuerzas para luchar y remontar la situación. El esposo y el hijo se muestran preocupados pero también temerosos de no saber cómo salir adelante; quieren que la paciente vuelva a retomar su vida y su fortaleza para vivir, pues ella fue la que en los otros eventos traumáticos apoyó y sostuvo emocionalmente a la familia.

Mientras la paciente narraba su historia, misma que se busca que relate con lujo de detalles como primer acercamiento terapéutico catártico, era imposible no recrear en la mente los eventos de los que fue protagonista, y de forma vicaria comenzar a sentir una gama de emociones difíciles de procesar en ese momento. Ante casos así se manifiestan los síntomas del TEPT, lo que el profesional debe tomar como una señal para buscar soluciones a este estado y favorecer la continuidad de nuestro trabajo como psicoterapeutas.

Como se ha visto, el concepto de desgaste por empatía surge de la psicotraumatología, y la teoría y práctica de la mentalización cobran gran importancia en este sentido, ya que permiten entender los procesos cognitivos y emocionales que se desarrollan ante las experiencias traumáticas; y desde aquí comprender la forma en que se pueden representar estas experiencias en la mente (Groth, 2016) y los mecanismos que se desarrollan tanto en forma normal como en forma patológica ante estas situaciones.

En este punto considero importante retomar a Bion (1980) para comprender la forma en que desde el psicoanálisis se puede pensar y significar material de esta índole. Bion considera que el pensamiento se origina luego del suceso exitoso de dos eventos: el pensar, es decir, el desarrollo de pensamientos y el desarrollo del aparato para pensarlos. Desde esta perspectiva, los pensamientos no son productos de la acción de pensar, sino que la preceden, ya que el pensamiento es un desarrollo que ha sido forzado en la psique por la presión de los pensamientos. Esto en un proceso cotidiano de pensar y relacionarse con el mundo y consigo mismo, pero ¿qué sucede cuándo esta presión va más allá rebasando los límites de lo pensable?

Ambos eventos pueden verse perturbados en su desarrollo provocando un déficit relacionado con la psicosis (Groth, 2016). Esta situación da cuenta de lo que sucede cuando la función

El papel del terapeuta durante el proceso terapéutico consiste primordialmente en ser un continente de los contenidos del paciente.

del terapeuta no solo es pensar la experiencia desde él mismo, sino pensarla desde el pensar del otro, y antes que del pensar del otro, del sentir traumático, impensable, doloroso y desorganizado de un otro, que al momento de vivenciarlo en el *setting* terapéutico no ha podido aún procesar y que es precisamente ahí donde aprenderá a pensarlo mediante el dispositivo mental que su terapeuta le pueda prestar en esos momentos. Esta es la experiencia que día a día vivimos ante estos casos, aterradores, difíciles de creer, de pensar, pero necesarios de ser sentidos por el terapeuta, pues es frecuentemente la única manera que tienen los consultantes para poder procesar y empezar a sentir la experiencia vivida y por tanto correctiva.

El papel del terapeuta durante el proceso terapéutico consiste primordialmente en ser un continente de los contenidos del paciente; es menester escucharlos, recibirlos, contenerlos, sentirlos, pensarlos y significarlos, para desde este espacio mental del terapeuta construir y devolver una interpretación o significado capaz de ser pensado por el paciente, transformando así esa nube de dolor, de incertidumbre, conformada por contenidos beta incapaces de ser pensados, en elementos alfa, capaces de nombrarse y pensarse, buscando así mejores soluciones y estrategias de afrontamiento ante el evento traumático.

Es necesario entonces estar preparados para una escucha empática, pero profesionalmente cuidada mediante dispositivos de protección, como son el propio análisis, la supervisión de casos, la participación en grupos de contención, la escritura de reportes y notas clínicas para la conformación de expedientes, la investigación y elaboración de trabajos científicos. De igual manera es necesario también cubrir y cuidar los satisfactores básicos como el sueño, la buena alimentación, el ejercicio, el tiempo libre, la meditación, las relaciones familiares y de amistad, entre otras redes de apoyo.

Solamente desde este autocuidado es como podremos pensar y desarrollar un aparato para pensar estos pensamientos traumáticos y dolorosos, transformar las experiencias o elementos beta en elementos alfa capaces de ser pensados tanto para uno mismo como para el paciente, y evitar que las experiencias del consultante parasiten nuestra mente e inevitablemente nuestros cuerpo y salud física y mental.

Estar preparados para una escucha empática, pero profesionalmente cuidada mediante dispositivos de protección, como son el propio análisis, la supervisión de casos, la participación en grupos de contención, la escritura de reportes y notas clínicas para la conformación de expedientes, la investigación y elaboración de trabajos científicos.

Referencias bibliográficas

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y Desgaste por Empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22. Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Álvarez-Buylla, S. y González, C. (2010). El cuidado a profesionales y equipos que trabajan con la violencia de género. En A. García-Mina (Coord.), *Violencia contra las mujeres en la pareja* (pp. 309-324). Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- American Psychiatric Association (APA, 2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª ed.). España: Editorial Médica Panamericana.
- Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Ciudad de México, México: Paidós.
- Bleichmar, H. (2002). La empatía desde la perspectiva del Enfoque Modular Transformacional en Psicoanálisis. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. 60(117), 447-457. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=633302>
- Bolognini, S. (2005). Complejidad de la empatía psicoanalítica: una exploración teórico-clínica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (100), 222-251. Recuperado de <https://issuu.com/mpeirano/docs/rup100-x-pdf>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner.
- Groth, J. (2016). Reseña: Los modelos de la mente de W. R. Bion como base del concepto de mentalización. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, (7). Recuperado de https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/resena_los_modelos.pdf
- Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Madrid, España: Katz.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2009). *Reunión de expertos sobre la revisión de la lista de enfermedades profesionales*. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional del Trabajo. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms_116916.pdf
- Pichon Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Artículo recibido: 10-3-2019
Aceptado: 14-5-2019