

El autocuidado en psicoterapeutas que trabajan con abuso sexual

TANIA ZOHN MULDOON
XÓCHITL TORRES REGALADO

Aquellos que trabajan con el sufrimiento, sufren también.

C.R. FIGLEY (2002).

Las y los profesionales dedicados a la práctica de la psicoterapia constituyen una población vulnerable en el campo de la salud mental. En el ejercicio de su quehacer, están continuamente expuestos a una diversidad de riesgos psicosociales, como el estrés traumático secundario (ETS) o la fatiga por compasión, que se derivan de la atención que dedican a situaciones de sufrimiento que impactan su vivir. Por ello, es preciso reconocer, analizar y atender las situaciones que pueden enfrentar las y los psicoterapeutas, y proponer líneas de acción que permitan sostener el trabajo de intervención, al tiempo que se procura el cuidado de la propia condición de salud.

Es necesario desarrollar competencias de autocuidado, lo cual implica el “reconocimiento, manejo y expresión de emociones, pues al hacerlo este puede identificar, limitar y/o afrontar las situaciones que se presentan” (Holguín–Lezcano et al., 2020, p.151). En este sentido, es fundamental reconocer y aceptar la importancia del autocuidado en la práctica psicoterapéutica para generar equilibrio emocional y capacidad de control, y con ello promover el bienestar integral. La persona del psicoterapeuta requiere gestionar “la carga emotiva que se genere con las diferentes problemáticas personales y la de los consultantes, las cuales pueden llevarlo a una afectación en su vida profesional, personal, laboral, familiar y social, alterando incluso sus relaciones y su entorno” (Holguín–Lezcano et al., 2020, p.151).

Para Montero (2014), esto es en particular relevante en la medida en que las y los psicoterapeutas trabajan de forma directa con el estrés y las situaciones estresantes de sus consultantes, de manera que experimentan una continua exposición a “la intimidad, a la interacción y a la implicación” (p.32). Como acompañantes de este proceso, son partícipes de las batallas de quienes viven un malestar significativo; además de que se arriesgan al contacto con situaciones de dolor que pueden ser próximas a su propia experiencia, lo cual suscita la actualización o el desencadenamiento de antiguos conflictos personales (Farber y Heifetz, 1982).

En este trabajo, caracterizaremos las vivencias, el impacto y desgaste emocional, así como las estrategias de autocuidado de psicoterapeutas que trabajan con un tema en particular traumático y sensible: el abuso sexual.

De acuerdo con Guerra y Pereda (2015), las y los profesionales que atienden a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil presentan niveles significativos de estrés traumático secundario y síntomas de desgaste emocional. Por ello, debido a las graves implicaciones que esto tiene para los psicoterapeutas y sus consultantes, es preciso generar estrategias para el cuidado y autocuidado de quienes atienden a esta población. Se precisa más investigación en este tema para clarificar el proceso de esta sintomatología, así como las estrategias más adecuadas para afrontarlo.

ESTRÉS LABORAL

La comprensión del estrés laboral, según Jorge Grau (2023), ha de ser desde un enfoque transaccional, es decir, como un proceso de interacción del ambiente y la persona. En este proceso intervienen no solo las condiciones y los contenidos de trabajo, el medio ambiente, la organización, etc., sino también la capacidad del trabajador, sus necesidades, su cultura y situación personal. Todo lo anterior se integra en los componentes que participan en este proceso de afectación de las y los psicoterapeutas y otros profesionales que trabajan con la salud de las personas.

Para Grau (2023) resulta fundamental comprender el impacto que tiene lugar por la tensión emocional que se genera en el trabajo; no es aquella que se produce en la familia u otras áreas de la vida de la persona, sino que tiene que ver en específico con el proceso de la actividad laboral. Y las causas no solo están en las condiciones objetivas del trabajo, sino en

las interacciones con otras personas, y cómo eso se da en un entramado que tiene lugar junto con los demás.

Desde la síntesis que elabora Montero (2014), hay una clara diferencia entre el *burnout* (BO) y el Estrés Traumático Secundario (ETS). Plantea que, en cualquier ámbito laboral, las y los trabajadores pueden resultar afectados y tener síntomas de BO; sin embargo, el ETS es específico de las y los profesionales que se dedican a ayudar a otros que han enfrentado, o enfrentan situaciones traumáticas y de sufrimiento. Por ello, cuando se habla de desgaste laboral vinculado a las características del entorno de trabajo, el estrés institucional y el contacto con distintas personas, se usa el concepto de BO. Por otro lado, cuando se hace referencia al desgaste laboral relacionado con el contacto con el trauma y el sufrimiento, se utiliza la noción de ETS. Ambas situaciones están interrelacionadas y se pueden potenciar de forma recíproca.

FATIGA POR COMPASIÓN O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Una de las formas de desgaste laboral que afecta a las y los profesionales dedicados a atender a víctimas de eventos traumáticos es el ETS. Este trastorno es frecuente en psicoterapeutas que trabajan con víctimas de la violencia, en particular en los que la ejercen con niños, niñas y adolescentes.

Las y los psicoterapeutas se exponen de manera constante a narraciones de trauma, sufrimiento y dolor por parte de sus consultantes, lo que tiene un impacto en su propia experiencia de vida, lo cual aumenta el riesgo de sufrir síntomas relacionados con el ETS. Por esta razón, el psicoterapeuta puede experimentar el mismo temor, enojo y angustia que sus consultantes, aunque en un grado menor.

De acuerdo con Montero (2014), la empatía es el eje central del ETS. Otros autores se refieren a este fenómeno como desgaste por empatía (Figley, 2002) o fatiga por compasión, que se ha definido como un sentimiento de profunda empatía y dolor por otra persona que está sufriendo, y se acompaña del deseo de aliviar la aflicción o buscar resolver las causas del sufrimiento.

Según Figley (2002), la fatiga por compasión es la nomenclatura actual de un concepto en evolución que se conoce en el campo de la traumatología como ETS. La mayoría de las veces, este fenómeno está

relacionado con el cuidado o la atención de otros que sufren dolor emocional (Figley, 1982).

Hay una diversidad de términos que se han utilizado para describir este fenómeno. Se ha definido como victimización secundaria (Figley, 1982), ETS (Figley, 1983, 1985; Stamm, 1995, 1997), traumatización vicaria (McCann y Pearlman, 1990; Pearlman y Saakvitne, 1995), o sobreviviente secundario (Remer y Elliott, 1988). Un concepto similar, contagio emocional, se define como un proceso afectivo en el que “un individuo que observa a otra persona experimenta respuestas emocionales paralelas a las reales” (Miller et al., 1988, p.254).

Figley (2002) resalta el hecho de que la relación entre el profesional de ayuda y las personas que han sufrido eventos traumáticos se fundamenta en la habilidad empática de aquel que ayuda, lo cual genera que este último experimente identificación con la víctima y su vivencia traumática, lo que genera mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas propios de la exposición directa. Así pues, la habilidad empática puede transformarse en un elemento de vulnerabilidad y favorecer el desarrollo de sintomatología del ETS.

Con respecto a este último (o fatiga por compasión), Figley (2002) señala que hay pocos informes sobre la incidencia y prevalencia de este tipo de reacción al estrés. Sin embargo, sobre la base de datos secundarios y el análisis teórico, parece ser que algunas situaciones tales como el BO, la contratransferencia, la insatisfacción en el ejercicio clínico y otros temas relacionados pueden enmascarar este problema común (Figley, 1995).

La traumatización vicaria, por ejemplo, “se refiere a una transformación en la experiencia interna del psicoterapeuta (u otro trabajador del trauma) como resultado de un compromiso empático con el material traumático de los clientes”. También se presenta vulnerabilidad a los efectos emocionales y espirituales de la traumatización vicaria, los cuales son acumulativos y permanentes, y se hacen evidentes tanto en la vida profesional como personal de los psicoterapeutas (Pearlman y Saakvitne, 1995, p.151).

El trauma vicario es uno de los riesgos más frecuentes para los psicoterapeutas que trabajan con sobrevivientes de abuso sexual. Figley (1995) destaca que en estas circunstancias los profesionales pueden desarrollar síntomas del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático), como recuerdos

intrusivos, ansiedad, alteraciones del sueño y una mayor sensibilidad emocional. Estos síntomas no solo afectan su calidad de vida, sino también su capacidad para establecer límites y proporcionar un cuidado efectivo.

La atención a personas que han sido víctimas de abuso sexual representa un desafío significativo para la estabilidad emocional y profesional de los psicoterapeutas debido a la constante exposición a relatos traumáticos. Según Cohen y Collie (2011), los psicoterapeutas en contacto cercano con el sufrimiento humano tienden a internalizar este dolor, lo que repercute en su bienestar emocional y capacidad para mantener una postura profesional saludable. Entre los síntomas más comunes se encuentran la ansiedad, el insomnio, la dificultad para desconectarse del trabajo y un sentido creciente de desesperanza, factores que pueden afectar tanto su eficacia terapéutica como su bienestar personal.

Figley (2002) aclara que la fatiga por compasión es un término que permite comprender el trastorno de estrés traumático secundario, el cual es casi idéntico al trastorno de estrés postraumático, excepto que se aplica a las personas afectadas emocionalmente por el trauma de otra persona (por lo general, un consultante o un miembro de la familia). La fatiga por compasión está relacionada con el esquema cognitivo del psicoterapeuta (constituido por sus percepciones sociales e interpersonales, o su moral). La premisa en ello es que este profesional podría traumatizarse por ayudar a las personas que viven sufrimiento y dolor, así como por su propio sufrimiento o dolor.

LOS RIESGOS DE LA EMPATÍA

Montero (2014) plantea que en el campo de la psicoterapia la empatía siempre ha sido considerada como un recurso fundamental para brindar ayuda a quienes han sufrido una situación traumática. La empatía sirve para evaluar el problema por el que está transitando el consultante y para formular una estrategia del tratamiento a seguir. Sin embargo, a pesar de lo que la empatía favorece, puede llevar a que el psicoterapeuta se identifique con la víctima y su experiencia traumática, lo que genera mayor vulnerabilidad para el profesional en el desarrollo de síntomas propios de la exposición directa. Este proceso de sincronización con el consultante

—necesario para la ayuda, el cual permite al profesional acceder al sufrimiento del paciente— es el factor central del proceso de traumatización (Figley, 1995).

Cuidar tiene un costo (Figley, 1995). Los psicoterapeutas que escuchan las historias de miedo, dolor y sufrimiento de sus consultantes pueden sentir ese mismo miedo, dolor y sufrimiento, porque les importa. En ocasiones, pueden llegar a perder sentido de sí mismos, al identificarse con las personas que atienden. De manera paradójica, los psicoterapeutas más efectivos son, al mismo tiempo, los que son vulnerables de este efecto de “espejo” o “contagio”, ya que tienen una gran capacidad para sentir.

Grau (2023) también considera que la empatía es una herramienta necesaria en psicoterapia: “¿Cómo usted va a ser un buen psicoterapeuta si no es empático?”. Y enfatiza que el profesional tiene que saber ponerse en el lugar de la otra persona, pero con cuidado, con cierto distanciamiento. La compasión es necesaria, dice el autor, nos dispone a la ayuda. Sin embargo, advierte del desgaste por empatía que se produce debido a la fatiga por compasión: “Nos metemos tanto, tanto, tanto, tanto en el problema del paciente. Entonces, perdemos el horizonte”. El desgaste por empatía se parece mucho al ETS. Es un estado de agotamiento, tensión biopsicosocial y relacional que se genera por la exposición prolongada al estrés por compasión, como consecuencia del contacto intenso y prolongado con consultantes que han vivido experiencias traumáticas.

En cuanto al vínculo terapéutico, Montero (2014) plantea que hay una relación inversamente proporcional entre el grado de resonancia empática y el de separación emocional. Refiere el estudio de Corcoran (1982), con base en el cual se evidencia que “a mayor nivel de conexión empática que el terapeuta establezca con el paciente, disminuye la separación emocional que el primero pueda establecer con el segundo” (p.37). Autores como Badger, Royse y Craig (2008, citados en Montero, 2014) establecen que las y los psicoterapeutas tienen mayor riesgo de experimentar traumatización vicaria, en la medida en que tengan menor separación emocional con sus consultantes.

En este mismo sentido, los estudios de Thomas y Otis (2010, en Montero, 2014) concluyen que mientras haya más separación emocional, se dan niveles más bajos de desgaste por empatía y BO. Señalan que “no es

el cuidado o el dejarse tocar por el dolor de los pacientes lo que pone en riesgo al terapeuta ante el desarrollo del desgaste por empatía o el BO, sino que el riesgo ocurre cuando los terapeutas que cuidan de sus pacientes no presentan la habilidad para mantenerse separados emocionalmente” (p.37).

Además de la empatía, otro factor que incide en la afectación por ETS son aquellas experiencias previas de trauma en el psicoterapeuta. Esto genera el riesgo de que el profesional transfiera sus propias vivencias traumáticas pasadas y sus modos de afrontarlas en el proceso de acompañamiento del consultante. “Los traumas no resueltos de los trabajadores serán activados al ser informados de un trauma similar en sus pacientes. Estos conflictos no resueltos pueden ser reactivados como consecuencia de las experiencias traumáticas de un paciente” (Montero, 2014, p.34).

Como se dijo antes, en relación con las circunstancias que se articulan con la presencia del ETS, la capacidad empática puede trocarse en un agente de vulnerabilidad para el desarrollo de los síntomas propios de ETS. Figley (1995) afirma que, si bien el proceso de empatizar con una persona que ha vivido un trauma ayuda a comprender su experiencia, en ese mismo proceso los psicoterapeutas pueden traumatizarse. Muy asociado a la empatía está el sentimiento de compasión, que Radley y Figley (2007, en Montero, 2014) definen como un proceso emocional de identificación y pena por el otro que está sufriendo, que se acompaña de un fuerte anhelo de mitigar el dolor o resolver sus causas.

Otro aspecto que genera una situación de vulnerabilidad en el psicoterapeuta, en la atención a pacientes que han sufrido abuso sexual, es el impacto que ello puede tener en la identidad profesional. El contacto constante con relatos de trauma no solo desafía, sino que también transforma sus concepciones sobre la vida, la justicia y el sufrimiento humano. Al enfrentarse a la gravedad y magnitud del daño experimentado por sus pacientes, los psicoterapeutas pueden atravesar una crisis de identidad profesional que se manifiesta en la revaluación de sus valores, creencias y principios. Según Méndez y García (2018), trabajar con víctimas de abuso sexual puede llevar a los terapeutas a cuestionar su enfoque terapéutico, lo que afecta su manera de entender la curación y el proceso de recuperación. Este replanteamiento puede generar dudas sobre su efectividad

profesional y capacidad para marcar una diferencia real en la vida de sus pacientes, lo que a menudo desencadena sentimientos de impotencia y frustración.

El impacto de trabajar con sobrevivientes de abuso sexual no solo se limita a la identidad profesional, sino que afecta la identidad personal de los psicoterapeutas. La exposición constante a historias de sufrimiento y abuso puede deteriorar su visión positiva del mundo y sus relaciones interpersonales. Según Baker y Jaffe (2007), muchos terapeutas desarrollan una desconfianza generalizada o un escepticismo hacia la naturaleza humana tras interactuar de forma recurrente con pacientes traumatizados. Esta transformación puede influir de modo negativo en su vida personal y generar dificultades en sus relaciones, o un distanciamiento emocional de su entorno cercano. Para algunos, el trabajo con víctimas de abuso sexual provoca una sensación de vulnerabilidad o de estar abrumados por la carga emocional, lo que lleva a una desconexión entre sus identidades profesional y personal. Por eso, resulta crucial implementar estrategias de autocuidado y supervisión clínica para salvaguardar su salud emocional y mantener la integridad tanto personal como profesional.

¿QUÉ HACER FRENTE A LOS RIESGOS DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO-FATIGA POR COMPASIÓN?

Distintos autores e investigadores han desarrollado planteamientos con respecto al tema del autocuidado y la utilización de estrategias para favorecerlo, dadas las graves consecuencias que originan el ETS, la fatiga por compasión y el BO en los profesionales de la salud.

En la práctica psicoterapéutica, el profesional tiene que desarrollar competencias de autocuidado para promover su bienestar integral. Esto se verá reflejado en su trabajo, al gestionar la carga emotiva que se produce como resultado del contacto con las diferentes problemáticas propias y de sus consultantes (Holguín-Lezcano et al., 2020).

Uribe (1999) concibe el autocuidado como un conglomerado de acciones intencionadas que se llevan a cabo con el propósito de controlar los factores internos y externos que pueden comprometer la condición de vida y el desarrollo armónico: “La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral” (p.116).

Para esta autora, el autocuidado implica una práctica en diversas áreas de la vida, mediante el desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y relacionales.

Según Betta et al. (2007), el autocuidado es un recurso para afrontar el desgaste laboral. Estos autores estudian el autocuidado en psicólogos clínicos, y en ese contexto lo definen como “las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional” (p.12). Santana y Farkas (2007), por su parte, se basan en la concepción desarrollada por Murillo (2001), quien define el autocuidado como “el conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden implementar (psicoterapeutas) para prevenir déficit y propiciar o fortalecer su bienestar integral [...] en las áreas: físicas, emocionales y psicoespirituales” (p.2).

El autocuidado tiene que ver con el uso de estrategias protectoras (individuales, de equipo o institucionales) por parte de quienes reconocen el riesgo psico-socioemocional que se presenta al trabajar con ciertas problemáticas (Arón, 2001, en Santana y Farkas, 2007). Por su parte, Barudy (1999) considera que la noción de autocuidado implica dos niveles: el primero, que enfoca la responsabilidad en el ámbito de las instituciones, en tanto buscan proteger a sus recursos profesionales; el segundo, refiere a la disposición y habilidad de los profesionales para cuidar de sí mismos.

Diversos autores manifiestan una serie de prácticas y conductas particulares asociadas al autocuidado, entre las que se pueden destacar: el apoyo de las redes al interior del trabajo y el mantenimiento de condiciones adecuadas en el ámbito laboral (Santana y Farkas, 2007); la realización de actividades diferentes al trabajo clínico (Pearlman y Saakvitne, 1995); mantener supervisión de los casos (Aguilar, 1996); buscar el diálogo con los pares acerca de las vivencias personales en la práctica (Barudy, 1999); realizar actividades de esparcimiento dentro del ambiente laboral como con las redes sociales extralaborales (Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003); utilizar el sentido del humor en el ambiente laboral (Moran, 2002); hacer deporte y actividad física (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005); tener actividades de crecimiento espiritual (Gentry, 2003); asistir como consultante a psicoterapia (Pearlman y Saakvitne, 1995; Poblete y Vinagran, 2002, citado por Durruty, 2005); mantener una alimentación

sana (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005); procurarse condiciones apropiadas del espacio físico para realizar psicoterapia (Rosenbloom et al., 1999); adquirir experiencia en la práctica de la terapia, o bien formarse como psicoterapeuta (Rosenbloom et al., 1999); y, por último, el uso de herramientas como el *mindfulness* (Montero, 2014).

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

El estudio que aquí presentamos parte de un paradigma cualitativo interpretativo, y se llevó a cabo a través de la realización de entrevistas a profundidad con tres psicoterapeutas que cuentan con una vasta trayectoria profesional en la atención psicoterapéutica a consultantes que han vivido experiencias de trauma, violencia y abuso sexual. De acuerdo con Enríquez (2019), en el campo psicológico “la utilización de las entrevistas a profundidad favorece el conocimiento situado temporal y espacialmente con respecto a un problema de investigación en particular” (p.211). Según la autora, el formato flexible que caracteriza este tipo de entrevistas es en especial útil para ahondar en el estudio de un tema a partir de la conversación que se genera en el encuentro, en el cual se suelen abordar aspectos que no se contemplaban en un guion inicial.

Las entrevistas a profundidad favorecen un acercamiento a las experiencias emocionalmente significativas de las personas y a la comprensión de las trayectorias íntimas con que se enfrentan y resuelven las situaciones de vida. La información que se obtiene a través de ellas aporta elementos para la comprensión de problemáticas emocionales, así como al diseño de estrategias para la resolución de estas (Enríquez, 2019).

En el diseño del guion de la entrevista nos basamos en el propósito central del estudio y las coordenadas teóricas que ya presentamos. Los temas principales con que se condujeron los encuentros estuvieron enfocados en la atención a personas víctimas de abuso sexual. Entre los aspectos que se exploraron, fueron: las motivaciones para brindar acompañamiento a estas personas; las vivencias en el mismo; el desgaste emocional y los riesgos psicosociales a nivel personal y profesional; cómo hacen frente a esa vulnerabilidad personal y profesional; las estrategias y acciones de autocuidado que utilizan o consideran fundamentales para este tipo de trabajo; las habilidades básicas para la intervención psicoterapéutica con

esta población; y las recomendaciones para psicoterapeutas interesados en acompañar a víctimas de abuso sexual.

Para la selección de los participantes se hizo un muestreo intencional, con base en la experiencia de una de las autoras de este trabajo y su conocimiento de profesionales que atienden a personas que han sufrido abuso sexual. De esta manera, se eligieron los tres entrevistados (dos mujeres y un hombre) de acuerdo con su trayectoria profesional y experiencia en este tipo de trabajo. Las entrevistas se realizaron en el mes de julio de 2023: dos de ellas en modalidad virtual, por videoconferencia, y una más en modalidad presencial.

Una vez concluidas las entrevistas, se transcribieron para su posterior codificación y categorización. A partir del análisis cualitativo del documento, se identificaron tanto las categorías preexistentes relacionadas con el guion y la teoría, así como aquellas que emergieron durante la conversación, para lograr una comprensión de la experiencia y los riesgos psico-socioemocionales de la práctica psicoterapéutica con personas que han sufrido abuso sexual, y las competencias y estrategias de autocuidado que utilizan los profesionales.

De acuerdo con este ejercicio de análisis cualitativo, se presenta un mapa que integra las categorías y la interpretación del material empírico desde cada una de estas categorías y sus posibles relaciones. Para tener un contexto de la información obtenida, presentamos a continuación el perfil de las personas entrevistadas y posteriormente exponemos la configuración e interpretación de las categorías de análisis. Los nombres de los tres participantes fueron cambiados, a solicitud de estos. Cada uno firmó un consentimiento informado, a través del cual autorizaron el registro en audio y video de las entrevistas, así como el uso de los contenidos de las conversaciones, y se acordó el cuidado de los elementos de identificación personal para guardar la confidencialidad.

PRESENTACIÓN DE PARTICIPANTES

Entrevistada 1

Sandra se dedica a la atención psicológica particular con niños y adultos que viven con estrés postraumático. Además, hace peritajes de carácter

psicológico en casos de violencia y abuso sexual para procesos judiciales. Tiene licenciatura en Psicología, una maestría en Educación y también una maestría en Psicoterapia Clínica, además de haber estudiado un doctorado en Ciencias Penales. Su trabajo de investigación estuvo enfocado en la construcción de un protocolo de actuación para casos de víctimas de abuso sexual. El propósito de esta herramienta es que se utilice para lograr “realmente hacer una reparación del daño”.

En su trabajo con personas que sufrieron abuso sexual, su función ha sido “tipificar las secuelas [...] derivadas del daño y [...] que haya una reparación real”, y aclara que “el tratamiento de estrés postraumático es un tratamiento que muchas veces es de por vida. ¿Por qué? Porque en determinados momentos va a haber activadores”. Refiere el ejemplo de un niño que a los cinco años vivió abuso sexual por parte de su padre, que tiene que enfrentar la terrible realidad de que la persona que tenía que haberlo cuidado fue quien lo vulneró; esto hace que la confianza se quebrante de por vida. Estas consecuencias a largo plazo se tienen que tomar en cuenta para los mecanismos (legales, de atención psicológica, etc.) que actúan en favor de la reparación del daño.

Entrevistada 2

Laura trabaja como psicóloga y psicoterapeuta en el ámbito institucional y privado. Realiza su labor en dos organismos públicos: uno que se enfoca en buscar justicia para las mujeres, y una institución en donde se llevan a cabo evaluaciones forenses. En cuanto a su formación y trayectoria profesional, es licenciada en Psicología, además de contar con un diplomado en Violencia Familiar; cursó también una especialidad en Estudios de Género, un diplomado en Abuso Sexual Infantil, y tiene una certificación para atender situaciones de violencia en mujeres; asimismo, estudió una maestría en Terapia Familiar Sistémico-Relacional, y actualmente está cursando un diplomado en Criminalística.

El tema de la violencia hacia las mujeres ha sido relevante en su carrera por muchos años. En su consultorio, por lo general atiende casos de abuso sexual en niñas y mujeres. En una de las instituciones en que labora, se encuentra en el área de “orientación psicológica en primer contacto y en seguimiento a través de evaluaciones y dictámenes periciales para

determinar el impacto emocional con relación a los delitos que maneja el centro”, en temas de violencia familiar, violación y amenazas, entre otros. Se enfoca en la población de mujeres adultas que acuden a buscar los servicios de dicho centro, y en ocasiones también atiende a niños, niñas y adolescentes.

Las evaluaciones del impacto emocional implican hacer un seguimiento al oficio que emite el Ministerio Público cuando realiza su investigación. El dictamen pericial que lleva a cabo es una herramienta para acreditar el hecho delictivo. La evaluación consiste en determinar el impacto, y con ello hacer una canalización con relación al delito que se plantea a través del oficio; se emite un informe y se da el seguimiento. “Y en ocasiones, cuando son casos en donde nos piden la ayuda de llevar terapia, les damos terapia psicológica; pero, solo son casos específicos y que ellos nos determinen”. La problemática principal por la que las mujeres acuden tiene que ver con violencia familiar. “Cuando ellas acuden, generalmente dentro de sus narrativas establecen la violencia en sus cinco tipos: psicológico, físico, económico, sexual y patrimonial”.

Entrevistado 3

David estudió la carrera de Psicología y, mientras cursaba esta, entabló contacto con una profesora cuya institución trabajaba con el tema de abuso sexual y suicidio infantil y adolescente. “Fue mi primer acercamiento en la cuestión de esta temática. Estuve como voluntario trabajando por un tiempo”. Después, cursó una maestría en Educación. Además, cuenta con un diplomado en Mentalización, “para trabajar con niños, adolescentes y familias, sobre todo con trastornos de personalidad como el TLP [Trastorno Límite de la Personalidad]”. Asimismo, estudió un diplomado en Terapia Dialéctico Conductual, y una especialidad en Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el abordaje del abuso sexual, con personas que han sido diagnosticadas con estrés postraumático. En este tema, funge como docente en distintas instituciones educativas nacionales, a nivel diplomado y maestría.

Tiempo después, se integró a un organismo público dedicado a la educación, en el área de psicopedagogía. En esa institución, colaboró en la construcción de un protocolo y unas guías de actuación que dicho

organismo publicó en 2019, sobre la prevención y atención de cuestiones de violencia y acoso escolar, así como de abuso sexual.

En este último tema, actualmente colabora en una institución educativa pública a nivel secundaria, con una población aproximada de 850 alumnos, donde trabaja un par de días a la semana como psicólogo. Comenta que se reciben “todo tipo de casos, incluidos bastantes casos de violencia sexual”. A la par, dirige un centro psicoterapéutico privado, en el que colabora con un grupo de psicólogos y psicólogas que atiende diversas problemáticas, “pero todos los casos que tienen que ver con cuestiones de violencia sexual, yo soy el que los aborda”.

LA VOZ DE LOS ENTREVISTADOS

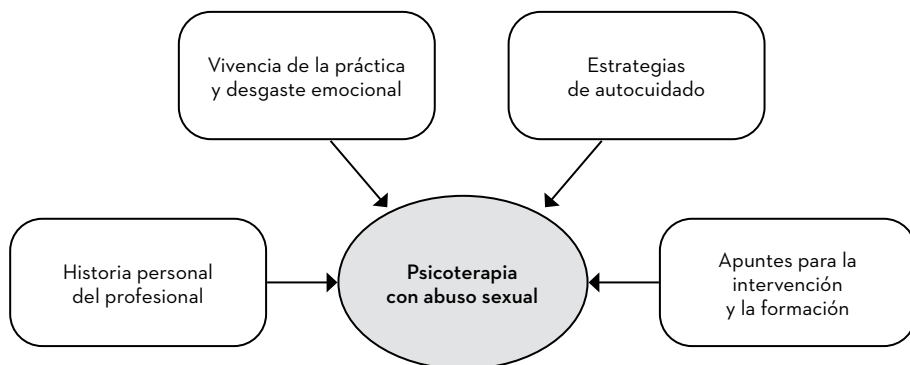
Los objetivos principales de este trabajo fueron obtener una mayor comprensión de la experiencia de los psicoterapeutas que trabajan en la atención de consultantes con situaciones traumáticas, en específico en el tema de abuso sexual; así también, explorar qué desgaste emocional se vive en este tipo de labor, qué acciones o estrategias favorecen el autocuidado, y cómo esto podría proteger a los profesionales.

Los temas emergentes de las entrevistas incluyeron: vivencias del trabajo psicoterapéutico; distintos contextos y sus complejidades; desgaste personal y profesional; historia personal del terapeuta; estrategias y acciones de autocuidado; y habilidades y destrezas clínicas para el trabajo con este tema. Cada uno de estos se discutirá enseguida, entrelazando las narraciones de los entrevistados con los hallazgos de las investigaciones y los planteamientos teóricos al respecto.

Vivencia de la práctica y el desgaste emocional

En lo que concierne a la vivencia de la práctica y los riesgos emocionales del trabajo con personas que han vivido situaciones traumáticas, en particular de abuso sexual, Sandra considera que se tiene que poner atención a la relación que se entabla con los consultantes:

FIGURA 5.1 MAPA DE CATEGORÍAS



S: Pues creo que a veces es como esta parte del manejo de, o sea, si tú estás sintiendo que el vínculo de tu paciente es mayor, o que estás sintiendo que vas a perder la parte objetiva... Mejor derívalo.

E: ¿Cómo te darías cuenta de que estás perdiendo esta objetividad?

S: Si tú como terapeuta estás atendiendo un niño, una niña que viene por abuso sexual, y te empiezas a dar cuenta que te enojas mucho, o que lloras demasiado saliendo de las sesiones, pues ahí no, es no. Porque pierdes la objetividad. Y creo que dentro de todo esto, hay que saber ser muy objetivos, porque no nada más se trabaja con el paciente: se trabaja con todo el entorno de la familia.

Al hablar del desgaste que se tiene como psicoterapeuta, Sandra comenta:

Es mucho el desgaste. Yo empecé a notar que tuve un desgaste muy agudo cuando empecé a recibir pacientes de agresiones sexuales por terapeutas. Yo terminaba las sesiones muy mal, porque, si hay algo que yo amo es mi carrera, y cuido demasiado la ética. Entonces, cuando empecé a recibir pacientes de terapeutas que habían sido agresores sexuales, eso sí, no. Hice de todo, nada me funcionó, la verdad. Yo lo que quería era venganza porque era mucho mi enojo. Yo sentía que no podía porque de los familiares, mal o bien es por negligencia... Pero [de un terapeuta] ¿Cómo te metes con lo más vulnerable que te puede dar un paciente?

Por su parte, Laura refiere que encuentra que es complicado el desarrollo de esta práctica profesional:

La verdad es que es muy complicado porque las mujeres llegan en ciertos momentos de entre la negación y el enojo, y de pronto es complicado el aterrizarlas a un criterio de realidad en relación con la situación, y sobre todo cuando los procesos jurídicos no les favorecen. Entonces, ellas se sienten vulnerables y dicen: “no me creen”, o el juez no lo vinculó [a proceso] y ahí sí sientes coraje, ¿no? En esta parte de decir: “Si yo la acompañé, si yo vi [los] resultados en sus pruebas, tengo datos cuantitativos, cualitativos, que me arrojan que sí hay una verdadera afectación. Vi su proceso”. En esa parte, el ver que realmente el acceder a la justicia es un camino largo, complicado y a veces no muy favorecedor, porque pues entiendes que las determinaciones de las autoridades muchas veces también están influenciadas por factores externos. Llámese dinero o favoritismo. Entonces, mi vivencia ahí sí sería el enojo de ver que [el camino es tardado] y que la reparación del daño que se establece por parte de las autoridades, pues es mínima, ¿no? O sea, les piden que paguen menos de cincuenta mil [pesos] por una violación, y dices, pues, ¿eso vale una violación? Es muy difícil.

Y se da cuenta que tiene desgaste: “Cuando mi trato ya no es tan amable con las personas, ahí es cuando digo: ‘ups, algo anda mal aquí’. O sea, eso es como... este, mi *red flag*... Mi indicador principal”.

Desde la vivencia de David, el desgaste de su práctica profesional tiene que ver con dos temas. Uno es el contexto legal de su quehacer como servidor público, que limita en gran medida su trabajo, ya que se tiene que apegar a normativas: “que nos obligan a hacer un tipo de abordaje bastante superficial. Esa parte sí genera bastante movimiento”. Y es un tema frente al que no parece haber mucha posibilidad, ya que “el abordaje desde lo institucional va muy encaminado hacia la necesidad de que haya una denuncia”.

Y lo único en lo que podemos intervenir, o a lo que nos limitamos, es a indicarles a dónde pueden asistir, quiénes les pueden dar el acompañamiento. Pero hay muchas situaciones en donde las familias, los propios

chicos, las niñas, los niños, necesitan un soporte, un acompañamiento. Se abren contigo y empiezan a narrar [la] situación, y este tema de la revictimización termina siendo bastante complejo, porque no hay un mecanismo que favorezca el hecho de que si ya me lo narró a mí, yo pueda hacer un acta de hechos en donde venga toda esta narrativa, sino que constantemente es el interrogatorio... Una y otra vez.

El segundo tema que David menciona tiene que ver con los espacios en que se brinda la atención:

Otra de las situaciones [complejas] son los espacios físicos en donde se hacen este tipo de abordajes... No están adecuados. Me tocó en algún momento acompañar a algunos niños al jurídico de [la instancia de educación] y la entrevista fue en una oficina donde había cincuenta personas en su escritorio... Nada de privacidad, todos podían escuchar la narrativa del chico, y fue bastante complejo. En esta parte [el tema de la infraestructura] hay muchísimas necesidades. Pareciese que no se visibiliza esa parte, y pues tienes que sacar la chamba como... como sea, ¿no?

Y en cuanto a los riesgos personales y profesionales que enfrenta como psicoterapeuta que trabaja con el tema de la violencia sexual, comparte que:

Considero que el tema puede ser muy confrontativo de acuerdo con tu historia de vida. Si no hay claridad en esa parte, nos podemos perder, ¿no? [Se dan] situaciones que me he encontrado por aquí, y que de pronto esto no se habla mucho. No sé si haya un... tabú, o si demos por entendido que este tipo de cuestiones no suceden. Es el hecho de que trabajamos con personas muy vulnerables en el tema afectivo. Me ha tocado [vivir] situaciones complejas [de terapeutas que buscan] vincularse afectivamente con pacientes. Hay una muy delgada línea entre el acompañar y el aprovecharnos de [la vulnerabilidad] de las personas.

Con relación a la gestión del impacto emocional que se vive al trabajar con el tema del abuso sexual, David plantea que:

Hay algo interesante. Ha sido un proceso en donde me he ido reinventando. Y creo que, en ese sentido, nunca dejaré de aprender. Cuando uno cree que ya sabe todo, pues ahí sí verdaderamente está perdido. Algo que [pasa] es que a lo largo del tiempo el impacto emocional va disminuyendo. Sí, creo que se va estructurando muy bien el rol y el lugar [Saber] qué le toca al terapeuta. En ese proceso considero que estoy. Eso no quiere decir que vaya a hacer un abordaje frívolo, o un abordaje despersonalizado. No. Es tratar todos los casos desde su particularidad... el poder escuchar a la persona... dar el tiempo necesario.

Y aclara la distinción entre su vivencia en el espacio clínico, en el que puede darse más tiempo para estar con la persona, a diferencia del espacio laboral educativo:

En la cuestión educativa, sí es un poco más complejo, porque ahí hay dos elementos de presión. Alumnos de secundaria que vienen y te narran [lo que les sucedió] y que te piden “por favor, que nadie sepa, por favor, guárdame este secreto”. Por un lado, está la ley como servidor público... Si no lo denuncias, caes en una omisión, e inclusive puede haber temas legales contra ti.

Por otra parte, hay situaciones en el espacio institucional que generan bastante frustración y desgaste, como la relación con los padres y las familias de los estudiantes:

Te das cuenta de que los chicos están en una situación de bastante riesgo y tienen que regresar esa misma tarde a su casa [al lugar] donde están pasando estas problemáticas. Y te enfrentas con la preocupación: ¿qué hacer?... Si lo denuncias, puede ser satisfactorio para el chico [pero en ocasiones] si lo hablas con la familia, terminaría por ser más complicado. Otra [situación] es que los papás de pronto no responden... Son como muy negligentes. Un par de semanas antes de que terminara el ciclo [escolar] una chica se acercó y me narró que iba caminando por la calle y la subieron a una camioneta y la violaron. Entonces cité a su mamá [La busqué] durante dos o tres semanas para que viniera y poderle narrar esta situación, y en ningún momento se acercó.

Entonces, pues la chica está por ahí... A final de cuentas, pues ni siquiera [tuve] la posibilidad de darle un acompañamiento [o derivarla para] un tratamiento profiláctico, para evitar un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual... algo. Esa parte de la negligencia, de la falta de cuidados, de la falta de sensibilidad en aquel escenario, sí termina siendo bastante frustrante y bastante cansado. Al grado de decir: “ojalá no me llegue ningún caso de este tipo”, “que lleguen otro tipo de casos, pero, ojalá que este ciclo no me llegue”.

Y otra situación tiene que ver con los directivos de la institución, al no haber comprensión de la situación y su riesgo: “Cuando vas con los directivos de las escuelas a plantearles la problemática y a tratar medio de justificar la conducta, las calificaciones de los alumnos, y de pronto no hay tanta sensibilidad. Ahí sí hay un impacto de bastante frustración, al no poder hacer el abordaje”.

La historia personal del profesional

Una de las preguntas que se planteó en las entrevistas, a propósito del desgaste emocional al trabajar con el abuso sexual, es si en alguna medida la historia de las y los psicoterapeutas podría interferir; si el hecho de haber vivido alguna situación de abuso en sus vidas podría incidir en el abordaje de los casos. Dos de los entrevistados respondieron de modo afirmativo y compartieron su propia experiencia.

Para David, el que algún terapeuta hubiera tenido una experiencia como esta:

De una manera bien encausada, o sea, una vez que se lleva un tratamiento y que ese evento sea resignificado, considero que inclusive puede ser favorable. ¿A qué me refiero? En que puede llevar a que se vuelva un terapeuta muchísimo más empático. Sí, un terapeuta que también entienda desde la propia experiencia, no solamente la cuestión teórica, sino el cómo se vive, cómo se siente todo este proceso.

Y agrega:

Si esto se trabaja, si esto se resignifica, si esto se aborda de manera positiva, considero que es un *plus* que te permite realizar abordajes muchísimo más humanos, mucho más atinados, con un acompañamiento muchísimo más cálido y empático que nos lleve a la posibilidad de una resolución más satisfactoria.

Por su parte, frente a la pregunta de si el haber tenido una vivencia como esta podría ser un recurso, Sandra plantea que “Mmm, sí. Pero, tienes que tenerlo muy manejado. O sea, puede servirte para la empatía, pero una empatía [para] ayudarlo a describir al paciente qué siente, no [una] empatía como me pongo a llorar con el paciente”.

Y ambos compartieron haber vivido una situación de abuso sexual, y cómo el resignificarla la convirtió en un recurso para el trabajo profesional:

S: Yo fui abusada sexualmente en mi infancia. Y a mí sí me ha ayudado mucho, y sobre todo porque lo tengo súper trabajado. Yo lo tengo [muy] claro. Como fue una situación de negligencia, no odio a mi agresor, no hay un tema así. Entonces, yo logré aprender, qué me pasó a mí, cómo me sentí. Entonces, realmente, acordarme de esa Sandra es como acoger cada dolor de los pacientes, porque de repente llegan los pacientes ya adultos, como que no saben cómo procesar esta información. Al poderse las describir, me lo han dicho, “nadie, ningún terapeuta me había entendido como tú lo has hecho”. Entonces, puede servir como un recurso, sí, si lo trabajas.

David, al hablar de las razones para trabajar con este tema, además de la influencia de una de sus profesoras durante la carrera y la práctica directa, refiere:

Hay una situación personal. En algún momento de mi vida, yo también fui víctima de una situación de este tipo. Y considero que, desde la parte inconsciente, uno puede llegar a generar empatía. Y esta búsqueda también de ese sentido de justicia, si se trabaja bien, se transforma en que el sentido de justicia no es [hacerme] justicia a mí, a mi historia individual. Le abona a mi sentido de justicia el acompañar a otros; abona a mi sentido de justicia el que otros puedan resolver también

sus propias historias. Y el ver cómo estos eventos se vuelven un evento más de tu vida, y no *el evento* de tu vida. Esto me permitió, y me sigue permitiendo, encontrar un lugar satisfactorio desde la trascendencia. Desde acompañar otras vidas, de tocar otras vidas, poder ver cómo las personas pueden continuar aun con esta experiencia.

David concluye con el planteamiento de que es capaz de transmitir esperanza en las vidas de otros, ya que ha tenido la oportunidad de poder afrontar lo que vivió y construirse diferente. Este razonamiento empata con el de Holguín–Lezcano et al. (2020), cuando refieren la responsabilidad que el profesional tiene en cuanto a resolver las experiencias difíciles que haya enfrentado en su vida y le aquejan en lo personal: “Cuanto mejor se conozca el profesional, más posibilidades tendrá de tramitar sus conflictos y afrontar las situaciones que son narradas a diario por sus consultantes” (p.160).

Lo que David menciona refuerza lo anterior:

En el trabajo con los chicos [sí hay] bastante impacto en la cuestión emocional. Y algo que yo siempre les digo a las psicólogas y a los psicólogos, y que les comparto en esta formación de los diplomados y de la maestría es la importancia de echarnos un clavado a nuestra historia de vida; la importancia de hacer también un análisis de este tipo de cuestiones que vamos a trabajar, y que vale la pena hacer un análisis de nuestro historial.

Las estrategias de autocuidado

De acuerdo con Santana y Farkas (2007), el autocuidado implica poner en marcha estrategias protectoras por parte de las y los profesionales que trabajan con víctimas de trauma. En esta sección, discutiremos las medidas que utilizan los participantes, así como los resultados que obtienen en el resguardo de su bienestar emocional. Veremos cómo hay estrategias en distintas dimensiones: conductuales, emocionales, cognitivas, relacionales y contextuales.

Sandra nos compartió el proceso por el que pasó en los comienzos de su trabajo con este tema, y la diversidad de medidas que buscó para sentirse

mejor frente a la magnitud de los problemas que enfrentaba en su práctica clínica. Su planteamiento tiene que ver, sobre todo, con actividades concretas para sentirse mejor. Su camino ha sido ir de lo más concreto a una mejora en lo emocional.

Practiqué budismo... no me funcionó. Me deprimí mucho. Empecé a tomar antidepresivos... no mejoraba. Y empecé a documentarme más, no solo sobre abuso sexual, sino sobre otros temas: estrés postraumático, la depresión. Entendí que debía tener una actividad que fuera lo suficientemente equiparable, lo suficientemente reforzante, en equivalencia al malestar que [estaba] viviendo. Entonces, ahí fue cuando empecé a practicar artes marciales mixtas y ahí [pude] desfogar todo mi enojo. En ese entonces, eso fue lo que hizo que se regulara mi malestar.

El autocuidado también implica trabajar para reconfigurar la manera en que se percibe la labor profesional y la implicación emocional, ese “contagio emocional” que refieren algunos autores como Figley (1995). Sandra menciona la elaboración de esta sobreidentificación: “Ya entendí que, por más que yo quiera salvar al mundo [no puedo] Entonces, tengo una lista de espera. Aunque, si bien es cierto hay situaciones de emergencia que tengo que ver, tengo ciertos candados en mis consultas. Entonces, ya no trabajo todo el día... [era] demasiado. Entonces [tengo] más cuidado ya”.

Laura, por su parte, plantea una situación similar en cuanto a la acotación del tiempo dedicado a las actividades laborales, para evitar la sobrecarga y el desgaste. Esto concuerda con lo que exponen Holguín-Lezcano et al. (2020) cuando comentan que, en la práctica del acompañamiento psicológico, la fatiga y el agotamiento forman parte de la vida del profesional, porque es un trabajo que se lleva a cabo desde la vinculación humana. Con mayor razón, en la atención a situaciones de trauma se enfrentan “estados emocionales alterados de los pacientes y frustración profesional en su intención de cumplir los objetivos terapéuticos, de ayudar y no tener los medios, o no obtener los resultados esperados en un proceso de intervención” (p.152).

¿Sabes qué?, me voy a dar permiso. Por ejemplo, este año yo dije: “Bueno, me voy a dar permiso de faltar quince días y voy a parar todas mis

actividades quince días, me lo merezco”. Entonces, fue algo que me nutrió mucho. Aparte de los procesos de terapia, tomar esas decisiones y no caer en [la sobrecarga] de trabajo, porque ni se va a acabar ni vamos a resolver.

Otras acciones tienen que ver con trazar límites con relación a los temas de violencia que de manera continua aparecen en los medios de comunicación y las redes sociales. Esta distancia de la información ayuda a poner asimismo una distancia emocional, como lo menciona Sandra:

[Poner] límites [y] escucharme. Porque yo vivo las noticias [en mi trabajo] yo aquí las vivo. Un papá mató a una mamá, la niña vio todo [Antes yo llegaba] a la casa y a poner las noticias de ver quién mató a quién. Entonces [ahora] son cosas que cuido mucho. Dejé de seguir cosas en Facebook, en redes sociales, que tenían que ver con noticias. No me interesa enterarme de las noticias, no veo películas que tengan que ver con agresión o violencia. Me cuido mucho para que mi cerebro no siga trabajando, porque al final del día no descanso.

Lo que Sandra comparte coincide con los hallazgos de Montero (2014), en relación con la necesidad de establecer una separación emocional en la práctica clínica para evitar el desgaste por compasión o el ETS.

Así también, Laura compartió su búsqueda de diversas formas de autocuidado frente al desgaste que implica el trabajo con situaciones traumáticas. Destaca el lugar fundamental que ha tenido la propia psicoterapia como elemento que mitiga dicho desgaste: “En mi caso, sí siento que [el desgaste] ha sido alto, pero también reconozco que a lo largo de estos años he llevado procesos de terapia. He conocido todos los modelos”.

Asimismo, refiere un punto que señalan Barudy (1999) y Grau (2023) sobre la responsabilidad que tienen (o deberían tener) las instituciones para brindar soporte y apoyo en acciones de autocuidado para sus trabajadores: “Dentro de las instituciones, en ocasiones llegan a cuidar la salud mental [A veces] tenemos acceso a cursos [de] cuidado emocional, pues de pronto quieres ir, pero las necesidades del servicio no te dejan. Eso en el ámbito público en donde trabajo”.

Sin embargo, reconoce que en muchas ocasiones esto no se da así, y queda en manos de cada persona la responsabilidad de buscar su propio autocuidado: “Ya de manera personal, iniciar procesos o retomar con mi terapeuta... algo de vital importancia. Darnos ese autocuidado, y creo que el único responsable de esa situación es uno mismo”.

El autocuidado es un ejercicio pragmático que implica tomar acciones constantes y habituales en los diferentes contextos de vida. En lo personal, realizar ejercicio, tener una alimentación sana, actividades de recreación y ocio, crecimiento espiritual, asistencia a un proceso de psicoterapia y atención continua a los estados emocionales. En lo social, el fomento y la manutención de relaciones interpersonales significativas. Y en lo profesional, la conversación grupal y el contacto dentro del contexto de trabajo, la formación y supervisión, el control de horas de consulta, las pausas entre pacientes, el establecimiento de límites, evitar autorresponsabilizarse en exceso, y realizar trabajo interdisciplinario (Cerdeña, 2012).

De los elementos anteriores, en Laura podemos ver un ejemplo de la diversidad de acciones tomadas en favor del autocuidado.

Los límites en la organización y el manejo del tiempo dedicado a la labor profesional: “Soltar y decir: ‘bueno, hasta aquí, hasta aquí podía ser’ [Algo] que me ha dado la experiencia en estos años, y decir: ‘hoy puedo con dos y pues ni modo, lo siento’ [Implica] cuidarme”.

Acotar la implicación de los roles que se juegan en los distintos ámbitos de la vida: “No puedo cargar con todos mis roles de mujer. Tengo que decir: en estos momentos soy la empleada, en estos momentos soy la mamá, en estos momentos soy la pareja, y la verdad es que eso ayuda muchísimo... A que uno pueda establecer límites, ¿no?”.

Cuidar el mantenimiento de los tiempos de esparcimiento y recreación, los tiempos personales, la alimentación:

Para mí, los fines de semana [son] intocables, inamovibles, y tratar de no pensar en el trabajo. O sea, si voy a dar terapia, se acaba a las doce del día y se acabó, y ya no más. Otro aspecto, por ejemplo, la alimentación. Es básica para poderse uno sentirse bien. Ahorita estoy experimentando. Me gusta hacer retos, y de pronto dejo el refresco, dejé la Coca. Ahorita ya estoy en esta parte de lo dulce, las galletitas [Es necesario] generar tus propias estrategias de autocuidado.

El uso de algunas técnicas de respiración, centramiento, el respeto y la atención a las propias necesidades (incluso las más básicas) y aquello que genera bienestar personal:

Hay algunas técnicas, que de respiración y de contención, que aprendí en la maestría; las pongo con [los consultantes] De pronto, entran en crisis y, “a ver señora, vamos juntas a hacer el ejercicio, le sirve a usted y me sirve a mí, porque ando muy cansada”. He modificado esto. Antes yo ni tomaba agua... ahora lo hago. O si estoy en una evaluación, les digo: “Señora, me permite, la verdad tengo que ir al baño”. Antes pensaba: “¡Cómo! No la voy a dejar aquí”, y ahora he aprendido que no pasa nada, que ella me espera, o incluso me dicen: “Yo también”... “Ah, pues vámonos juntas”. Entonces, quitar esta parte que se nos ha enseñado como una estructura rígida, y ser flexibles para uno mismo; porque, al final de cuentas, pues son nuestras propias necesidades, ¿no? El hacer los ejercicios de tensión y de gritar y que ellas griten, y yo grito... La verdad eso les ayuda a ellas y me ayudo yo. ¿Por qué no? Para mí también.

En suma, lo que Laura comenta concuerda con el planteamiento de varios autores en torno a la relevancia de estar en todo momento al tanto de lo que se vive, y el impacto que esto puede tener en la salud psico-socioemocional:

Estar siempre conscientes de qué te hace bien y qué te hace mal. Y reconocer sobre todo cuando el estrés llega al límite. Y buscar [otras] actividades con mi familia, visitar a mi mamá, hacer cosas diferentes con ellos. Incluso [soltar] mis propias tareas de casa. Decir: “Hoy no hago nada”. Darme esa chance y permitírmelo [Todas] como herramientas de autocuidado [Preguntarnos] ¿y tú qué haces por tu autocuidado?

Para David, las acciones de autocuidado se centran en algunos aspectos básicos, uno de ellos, el proceso de psicoterapia personal:

Habrán situaciones que te van a impactar, y algo que a mí me ha servido bastante en este espacio clínico en donde tengo varios compañeros,

es el hecho de poder salir y dialogar algún momentito con [ellos] Una parte esencial en el tema del cuidado es el acompañamiento del psicólogo en su abordaje de psicoterapia; a mí me ha ayudado bastante. Es un espacio que he construido desde hace cinco o seis años, que si bien no es semana con semana, como fue al inicio, sí es un espacio que busco cuando siento que se ha movido algo, que se ha atorado algo. Creo que esa cuestión es vital.

Otro punto importante es el contacto con grupos de colegas con quienes se puede compartir las vivencias de la práctica clínica.

También he encontrado un grupo de personas cercanas que, más que como compañeros de trabajo, los he ido consolidando como amigos. Nos damos un espacio de manera quincenal, nos reunimos para platicar un poco sobre cómo vamos en este tipo de cuestiones. Si bien, no es como un espacio tan formal de revisión de casos y de análisis de casos, sí es un poco más el tema de platicar sobre estas cuestiones complejas, y por ahí acompañarnos.

Un tercer aspecto que comparte en sus estrategias de autocuidado es el tema del ejercicio físico y el impacto positivo que este ha tenido en su salud, en todos los ámbitos:

Y otro punto que ha sido importante es el ejercicio físico. Desde hace un par de años, he encontrado en las carreras un espacio para mí bastante satisfactorio, que me ayuda a despejarme. Empecé con carreras cortas de cinco kilómetros [después] de diez kilómetros. Ahora, por ejemplo, me estoy preparando para un medio maratón en septiembre. Esa parte para mí ha sido bastante satisfactoria.

David coincide con las otras dos entrevistadas en la importancia que tiene para el autocuidado un manejo del tiempo dedicado a la atención psicoterapéutica de casos de situaciones traumáticas. Y añade un factor de presión, el económico, con lo cual se plantea buscar un equilibrio entre la necesidad de tener cierto ingreso para el sostenimiento de la consulta privada, que al mismo tiempo sea acotada, para no caer en desgaste:

Yo he encontrado en estos dos temas, que mencionaba hace un momento de suicidio y de abuso sexual [a veces] la parte económica representa una situación importante que cubrir. En esta cuestión de tener tiempo disponible y también necesitar la parte económica, a veces uno se llena de pacientes. Algo que he ido aprendiendo a lo largo de este tiempo es a identificar cuántos pacientes podría tener con estas problemáticas [al mismo tiempo] Y eso me llevó un par de años. Llegué a vivir en una situación de muchísimo estrés con estos casos. Había llamadas de urgencia por las noches, los fines de semana. Entonces, sí, fue sentarme y negociar conmigo mismo [y] decir: “a la par solamente puedo recibir cuatro o cinco casos, máximo”. También para dar un servicio de calidad y [por] el tema del autocuidado y de no estar viviendo una situación tan, tan desgastante, como la que me pasó ya en algún momento.

Lo expuesto concuerda de manera clara con lo que Arón y Llanos (2005) proponen en torno a las estrategias de autocuidado necesarias en la práctica clínica con casos de violencia. Lo primero es reconocer y hacer visibles los malestares generados en la práctica, tener espacios de oxigenación, con actividades alejadas de los temas de trabajo, realizar actividades de recreación, deporte y entretenimiento, evitar la elección de libros o películas que remitan a situaciones que se están trabajando con sus consultantes. Además, es importante compartir la carga emocional con colegas, lo que ayudará a reducir la presión en casos complejos, dejando fuera a las redes de apoyo personal, como pueden ser la familia, la pareja, los hijos y los amigos. Esta es una medida fundamental de autocuidado: no contaminar las redes personales, ya que constituyen un factor protector esencial en el ámbito emocional.

APUNTES PARA EL AUTOCUIDADO EN LA INTERVENCIÓN Y LA FORMACIÓN

Otro de los temas que abordamos en las entrevistas, relacionados con el autocuidado, fue la intervención con casos de abuso sexual. Al considerar las consecuencias para el bienestar integral de las y los psicoterapeutas, el desgaste y las opciones para favorecer el autocuidado, los expertos del campo nos compartieron sus apreciaciones acerca de las destrezas y

los aspectos varios para atender este tema. De igual manera, emergieron aspectos fundamentales relativos a la formación profesional.

En consonancia con lo que plantean Holguín-Lezcano et al. (2020), al analizar las voces de los entrevistados es evidente que en el ejercicio de la psicoterapia el profesional se ve “atravesado por la historia de los pacientes que ponen en juego su propio fuero interno, movilizandolos asuntos que se pueden convertir en obstáculos o recursos para el quehacer profesional” (p.152). Por ello, es fundamental la reflexión del quehacer y cómo este facilita el autocuidado, al tiempo que se favorezca el bienestar emocional de los y las consultantes.

La empatía vs la “ecpatía”

Figley (1995), Montero (2014) y Grau (2023), entre muchos otros, coinciden en que la empatía es un recurso indispensable para el trabajo en psicoterapia. Se necesita empatía para comprender algo. Sin embargo, en muchas ocasiones esta trae consigo una reacción de desgaste emocional. Figley (1995) insiste en que los psicoterapeutas corren el riesgo de terminar drenados emocionalmente por cuidar, empatizar, lo que resulta contraproducente con sus propósitos de ayuda. Y, con relación al trabajo con casos de trauma, la empatía puede resultar traumatizante para el profesional.

A propósito de este impacto, en función del autocuidado, Grau (2023) propone desarrollar la *ecpatía*, un término propuesto por González de Rivera (2005), que complementa a la empatía, y se refiere al proceso mental voluntario de percepción y exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otros. La *ecpatía* no es indiferencia o falta de empatía, sino una maniobra mental positiva que nos protege de la inundación afectiva, a la vez que evita que las emociones ajenas nos sobrepasen.

Grau (2023) menciona que se requiere *ecpatía* para desarrollar la necesaria distancia emocional, que no es dureza afectiva, y protege de la fatiga por compasión. El autor resalta que lo importante es que logremos un equilibrio entre la empatía y la *ecpatía*, una manera de contactar con la persona, y al mismo tiempo tener cuidado emocional consigo mismo; es decir, el autocuidado a través de la autorregulación emocional.

Podríamos caracterizar como una acción de autorregulación, lo que nos compartió Sandra:

No te miento, he llorado en dos ocasiones, pero no he llorado propiamente [por] la situación del abuso, sino porque han sido dos situaciones sumamente dolorosas que, pues soy humana [y duele]... Y que al final del día, mientras más quieres controlar las lágrimas, o sea, yo empiezo a rumiar y me pongo, o sea, me vuela la cabeza y [dejo] de estar con el paciente. Entonces, más bien, estoy con el paciente con las dos, tres lagrimitas, me las limpio; quizás se me va a cortar la voz, pero estoy con el paciente.

Lidiar con el contexto de la familia

Para Sandra, cuyo trabajo incluye el trato con niños, niñas y adolescentes, son básicas algunas habilidades en el contacto y la atención con las familias:

Desde el momento en que hacen el primer contacto, es trabajar con la intervención en crisis y saber que a nivel legal no puedes atender [al niño o niña] si los papás no están de acuerdo. La sensibilidad al dolor es una parte esencial y [también] que las personas no lo vean [el abuso sexual] de forma catastrófica; no estigmatizar a este tipo de pacientes.

El contacto con la familia de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual puede ser desgastante. Es necesario trabajar con las diferencias de opinión que se pueden dar a propósito de lo que los padres de familia consideran con relación a la educación sexual de sus hijos, la prevención, etc. Es necesario comprender la psicoeducación desde una perspectiva integral y sistémica, al comprender el contexto sociocultural de las familias.

Un tema que puede generar un desgaste fuerte es cuando el entorno familiar tiende a encubrir, proteger o justificar al agresor. Las y los psicoterapeutas necesitan valorar la situación, y poner distancia emocional para poder definir la mejor intervención.

Renunciar a ser salvadores

Como afirma Laura, el trabajo con estos casos requiere destrezas actitudinales y conocimiento de la situación:

Saber orientar, acompañar y empatizar [con] las víctimas de violencia, porque el tema es ampliamente delicado, vulnerable, riesgoso. El deber estar realmente informadas como psicoterapeutas. En este propósito del proceso terapéutico, a fin de que estas mujeres se puedan empoderar, a fin de que puedan iniciar con la toma de decisiones. Porque generalmente [en] estas mujeres prevalece la dependencia emocional, entonces, buscan que las personas les resuelvan la vida. Entonces, nosotros, como psicoterapeutas, debemos de tener ese entrenamiento, ese ojo clínico para no involucrarse y terminar siendo terapeutas salvadores.

David coincide con esto, y enfatiza:

Poder hablar de estas dificultades que se presentan, conocer tus límites, acompañar este abordaje [tener cuidado de no] terminar involucrándose en situaciones legales o situaciones emocionales que no corresponden. En algún momento, un maestro me dijo: “Si vas a trabajar con situaciones de violencia, debes entender que no todos se van a poder salvar”. Y esa parte debe de quedar muy, muy clara [Cuidar] estos delirios mesiánicos que tenemos los psicoterapeutas que queremos resolver absolutamente todo.

Asimismo, es fundamental la disposición para supervisar los casos y recibir retroalimentación con apertura y humildad. La experiencia de Laura:

La supervisión de casos, eso ayuda muchísimo. Una de las herramientas que tenemos entre nuestras compañeras es comentar los casos, o nos llamamos en esta parte de “te puedo leer”. Escuchas [a] tus compañeras [su] retroalimentación. Entonces también no creerse ser el terapeuta experto, porque al final de cuentas la experiencia la vas adquiriendo. Nunca vamos a terminar de aprender y de construirnos.

Conocer de manera profunda el tema de la violencia

Para Laura, es necesario que quienes trabajan este tema se mantengan actualizados, para saber qué es lo que están enfrentando sus consultantes:

El tema de violencia es especial, con necesidades especiales, que requiere constante capacitación, informarte, tener una red también de apoyo para que tú puedas socializar esos temas, un equipo que te respalde; porque dentro del trauma de la violación, pues la persona puede experimentar diferentes cosas que incluso la pueden llevar hasta el suicidio. De hecho [existe] lo que se llama “suicidio feminicida”, o sea, que las mujeres de tanta violencia terminan suicidándose. Entonces, la violencia sexual generalmente viene acompañada de una violencia física, de una violencia psicológica. Entonces, tener esas herramientas o esas habilidades para detectar esta situación. Encontrar que la persona viene con más situaciones, y poder generar objetivos para que pueda sobrellevar el proceso.

Los asuntos legales

En las recomendaciones que los entrevistados hacen, es muy importante cuidar los aspectos legales de la atención en casos de abuso sexual, como explica Laura:

Tener los consentimientos informados, asesorarnos siempre, tener un abogado que nos haga ese acompañamiento. A veces, hay situaciones o hay asuntos que puedan dar un giro de 360 grados, y de pronto seas tú quien está denunciado por alguna mala praxis. Nos ha tocado mucho ver ese tema. Entonces sí, violación o no, otro tema [siempre] tener un respaldo jurídico.

Y David lo enriquece:

El terapeuta debe conocer sus alcances. En el sentido de: ¿qué sí puede?, ¿qué sí debe? ¿a qué está obligado? Desde la cuestión ética y desde la cuestión legal. El terapeuta que aborda esta problemática debe cono-

cer sobre las leyes, los códigos [lo que] está estipulado a nivel legal y normativo del abuso sexual en México.

Los asuntos éticos

En ocasiones, quienes trabajan con el tema de abuso sexual, más que buscar ayudar a las personas, parece que están buscando que se haga justicia. David advierte sobre esto, y sugiere que tratemos de comprender la situación desde la vivencia de las y los consultantes, y hacer a un lado nuestras creencias y prejuicios:

Entonces, nosotros, no poner palabras en la boca de la otra persona, sino que la propia persona vaya construyendo, cómo y dónde va a colocar esta experiencia. Eso, por un lado; y, por el otro, este concepto de sentido de justicia que de pronto [cuidar nuestras opiniones] que todas las personas que llevan a cabo una agresión de este tipo tendrían que ser denunciados, tendrían que ser expuestos, tendrían que estar en la cárcel, no lo sé... Eso habla mucho de nuestra propia perspectiva, y terminamos pensando por el otro y generando un discurso prestado, y que, en su vulnerabilidad, pues terminan apropiándose.

Otro tema relacionado con la ética en la intervención tiene que ver con la mirada abierta del abordaje. David lo expone así:

No solamente se debe trabajar con la víctima, sino que se debe trabajar con la familia; que se debe trabajar inclusive en algunas ocasiones con el agresor, de acuerdo con las características. También se debe trabajar con el contexto de esta familia. No cerrarnos. Debe haber una gran sensibilidad en el sentido de poder escuchar y acompañar a las personas que se acercan, sin enjuiciar, sin culpar. Siempre con una postura desde la curiosidad. La curiosidad nos va a dar la posibilidad de construir un espacio en donde yo, como terapeuta, no soy el que sé y te voy a indicar qué tienes que hacer, sino más bien juntos. En este diálogo, empezamos a construir un espacio en donde primero que nada nos abrimos muchas preguntas, y luego iremos construyendo respuestas que nos permitan... este, encontrar y resolver esto de manera satisfactoria.

CONCLUSIONES

En diversos estudios, se advierte con respecto al desgaste psico-socioemocional en profesionales cuya labor tiene que ver con situaciones de sufrimiento y trauma. Quienes trabajan en el campo de la psicoterapia están en riesgo de padecer distintas formas de desgaste. Como se puede apreciar desde el punto de vista de los entrevistados, las consecuencias de la interacción en la atención de casos de abuso sexual afectan de manera significativa la experiencia personal y profesional de las y los psicoterapeutas, tanto en el ámbito privado como institucional. El desgaste afectivo, las emociones intensas y la movilización de experiencias personales pueden influir en la objetividad y las intervenciones clínicas del terapeuta.

Es fundamental el monitoreo constante y la resignificación de la propia historia del profesional. Por ello, el autocuidado es indispensable para mitigar los riesgos en el bienestar emocional de quienes ayudan, y que se logren los propósitos de la acción profesional; de otro modo, las personas que cuidan pagarán un costo muy alto en su salud. Es necesario mantener como prioridad el conocimiento profundo del efecto que la atención a casos de violencia sexual tiene en las y los psicoterapeutas en su práctica clínica, con el fin de prevenir distintas formas de desgaste. Asimismo, es importante seguir trabajando en el desarrollo de estrategias de prevención, en la supervisión profesional y en una buena capacidad de introspección que nos permita autoevaluarnos de manera continua.

El autocuidado en el ámbito de la psicoterapia es un proceso personal y continuo que abarca establecer límites en la implicación y el alcance profesional, la gestión del tiempo y realizar actividades fuera del ámbito clínico que promuevan la calidad de vida del psicoterapeuta. La práctica del autocuidado se basa en la convicción de cada individuo de brindarse cuidados adecuados, lo que incluye mantener un equilibrio entre la empatía hacia los demás y la empatía hacia uno mismo, permitiendo así mantener una salud emocional adecuada.

Para terminar, consideramos que es fundamental que, en todo momento en nuestro actuar como psicoterapeutas, examinemos lo que nos sucede, cómo vivimos la práctica. En concordancia con Casillas (2019), tenemos que conocer la forma en que la persona del psicoterapeuta “está comprometida, incluida, afectada, influida, en una situación, ya sea de manera

consciente o inconsciente, que la situación tiene repercusiones para sí mismo y para los otros” (p.134).

REFERENCIAS

- Aguilar, M.I. (1996). Trabajo interdisciplinario y cuidado de equipos. Trabajo presentado al *Seminario Salud Mental y Género, Nuevos Énfasis en las Estrategias de Trabajo*, Sernam, Santiago de Chile.
- Arón, A., y Llanos, M. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, (1-2), 5-15.
- Baker, D.L., y Jaffe, P.G. (2007). *El impacto de trabajar con sobrevivientes de trauma en los terapeutas: explorando las consecuencias y fomentando la resiliencia* (s.d).
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Galdoc.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K., y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3, 9-19.
- Casillas, E. (2019). La implicación personal del entrevistador. En T. Zohn, E. Casillas, y S. Cervantes (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 131-150). ITESO; Universidad Iberoamericana Puebla.
- Cerda, J. (2012). Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados. Memoria de pregrado, Universidad de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117121/MEMORIA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=>
- Cohen, D.J., y Collie, K. (2011). El trauma vicario: implicaciones para los psicoterapeutas que trabajan con víctimas de abuso sexual. *Revista Internacional de Psicoterapia*, 25(1), 75-82.
- Corcoran, K.J. (1982). An exploratory investigation into self-other differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 63-68.
- Enríquez, R. (2019). Las entrevistas a profundidad en el análisis de fenómenos psicosociales. En T. Zohn, E. Casillas, y S. Cervantes

- (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 211–231). ITESO; Universidad Iberoamericana Puebla.
- Farber, B.A., y Heifeltz, L.J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 13(2), 293–301.
- Figley, C.R. (1982). Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Presentación en la *Conference on Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction*. Texas Tech University, Lubbock, Texas.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. En C.R. Figley y H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family. Vol. II: Coping with catastrophe* (pp. 3–20). Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 398–415). Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1992). Secondary traumatic stress and disorder: Theory, research, and treatment. *First World Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Ámsterdam.
- 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*. Routledge.
- Figley, C.R. (2003). *Compassion fatigue: An introduction*. Green Cross Foundation.
- Gentry, E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2, 4–17.
- González de Rivera, J.L. (2005) Empatía y ecpatía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2).
- Grau A., J.A. (2023). *El autocuidado en psicología y psicoterapia. La delgada línea entre empatía y ecpatía*. Conferencia impartida en el ITESO el 20 de octubre de 2023.
- Guerra, C., y Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177–188.

- Holguín-Lezcano, A., Arroyave-González, L., Ramírez-Torres, V., Echeverry-Largo, W.A., y Rodríguez-Bustamante, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, (39), 149–167. https://www.researchgate.net/publication/349227506_El_autocuidado_como_un_componente_de_la_salud_mental_del_psicologo_desde_una_perspectiva_biopsicosocial
- McCann, I.L., y Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Méndez, P., y García, R. (2018). Impacto del trabajo terapéutico en la identidad de los psicoterapeutas que tratan el abuso sexual: un análisis reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 29(2), 121–134.
- Miller, K.I., Stiff, J.B., y Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55(3), 250–265. <https://doi.org/10.1080/03637758809376171>
- Montero, F. (2014.). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental*. [Tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay].
- Moran, C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. En C. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 139–154). Brunner.
- Murillo, P. (2001). *El autocuidado en los psicólogos clínicos de Costa Rica: cognitivas, conductuales y emocionales*. Facultad de Ciencias Sociales–Universidad de Costa Rica.
- Pearlman, L.Y., y Saakvitne, K. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51–81). Brunner; Mazel.
- Remer, R., y Elliott, J.E. (1988). Management of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 389–401.
- Rosenbloom, D.J., Pratt, A.C., y Pearlman, L.A. (1999). Helper's responses to trauma work: Understanding and intervening in an organization. En B.H. Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 65–79). Sidran Press.

- Salston, M.D., y Figley, C.R. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174.
- Santana, I., y Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psykhé*, 16(1), 77–89.
- Stamm, B.H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.
- Stamm, B.H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8.
- Torres, P., y Romero, S. (2005). La violencia en la familia, escuela y sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención (pp. 154–166). Trabajo presentado y publicado en el *Seminario Internacional La violencia en la familia, escuela y sociedad: sentidos, consecuencias y estrategias de intervención*. Universidad Internacional SEK. Santiago de Chile.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 17, 109–118.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17–37). Brunner–R.