

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



HÁBITOS DE AUTOCUIDADO EN EL PSICOTERAPEUTA QUE HABILITAN RECURSOS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA FATIGA POR COMPASIÓN

TRABAJO RECEPCIONAL que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **XÓCHITL TORRES REGALADO**

Tutor **OSCAR VALENCIA MAGALLÓN**

Tlaquepaque, Jalisco. 08 de septiembre de 2026

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
Identidad como psicoterapeuta.....	13
<i>Habilidades para ser psicoterapeuta</i>	18
Los impactos del trauma y la fatiga por compasión en el psicoterapeuta	24
Definición de trauma.....	25
<i>Los psicoterapeutas frente al trauma</i>	28
El impacto del trabajo con trauma en el psicoterapeuta.....	30
<i>Impacto en el terapeuta</i>	31
<i>Definición de trauma vicario</i>	32
<i>Fatiga por compasión</i>	35
Autocuidado en el psicoterapeuta	39
FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	44
Descripción de instrumentos / técnicas de estudio e intervención.....	46
Participantes.....	49
Consideraciones éticas	50
RECOLECCIÓN DE DATOS	50
Presentación y análisis de resultados	51
Identidad de los psicoterapeutas.....	52
Implicaciones del trauma en el psicoterapeuta	59
Autocuidado	69
Fatiga por compasión	75
Principios de autocuidado.....	80
DISCUSIÓN.....	88
CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFÍA.....	95
Anexo 1.....	104

Anexo 2.....	105
Anexo 3.....	148

RESUMEN

La práctica de la psicoterapia, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad al trauma, requiere de un compromiso profundo con la salud mental y emocional de los consultantes. Este compromiso puede exponer a los psicoterapeutas a un desgaste ocupacional, ya que a menudo se enfrentan a situaciones emocionales intensas y complejas. Por lo tanto, es de suma importancia que los terapeutas reconozcan la relevancia del autocuidado, el cual implica no solo mantenerse saludables física y emocionalmente, sino también comprender sus propias limitaciones personales y profesionales. El ejercicio de autocuidado es fundamental para prevenir la fatiga por compasión con el fin de garantizar que los psicoterapeutas brinden acompañamientos efectivos a sus consultantes.

En este contexto, el objetivo de este trabajo es proponer una formulación de principios y hábitos de autocuidado que fortalezcan la identidad del psicoterapeuta para afrontar la fatiga por compasión. Para ello, se identifican carencias y fortalezas en los espacios de autocuidado a partir de la experiencia de cuatro psicoterapeutas.

Este estudio es aplicado de tipo no experimental, y tiene el propósito de comprender e intervenir en una problemática situada en la práctica profesional: la fatiga por compasión en psicoterapeutas que acompañan a personas con trauma. A través de este diseño, se buscó identificar fortalezas y carencias en los hábitos de autocuidado de cuatro psicoterapeutas, a fin de proponer principios que favorezcan su bienestar y eficacia profesional.

Para ello, se aplicaron dos instrumentos: el *Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas (CCDP)*, de Orlinsky et al. (1999), orientado a explorar aspectos identitarios, formativos y experienciales del terapeuta; y la escala

Professional Quality of Life (ProQOL), que permite detectar niveles de satisfacción por compasión, *burnout* y síntomas de fatiga por compasión. Para llevar a cabo el análisis, se propusieron cuatro categorías: identidad profesional, implicaciones del trauma en el terapeuta, prácticas de autocuidado y presencia de fatiga por compasión. La sistematización de los datos obtenidos da lugar a una lectura comprensiva de los modos en el que el psicoterapeuta cuida (o descuida) su propia integridad en contextos emocionalmente exigentes.

Los resultados mostraron que el autocuidado se construye a partir de hábitos personales y profesionales más que mediante actividades aisladas de bienestar. Entre las prácticas asociadas al autocuidado se identificaron el establecimiento de límites entre la vida personal y laboral, la supervisión clínica, el apoyo entre colegas y la realización de actividades significativas fuera del trabajo. En contraste, la dificultad para reconocer el desgaste, la autoexigencia constante, la sobrecarga laboral y la ausencia de espacios para procesar el impacto emocional del trabajo fueron identificadas como prácticas de descuido que incrementan la vulnerabilidad ante la fatiga por compasión. Estos resultados permitieron proponer cinco principios de autocuidado orientados a fortalecer la identidad profesional del psicoterapeuta y favorecer una práctica clínica sostenible.

Palabras clave: autocuidado, fatiga por compasión, identidad del psicoterapeuta que acompaña trauma, principios de autocuidado.

INTRODUCCIÓN

La labor de un profesional de la salud mental implica la combinación de habilidades específicas de la profesión con la utilización de sus propios discursos y perspectivas, lo que contribuye a la construcción de su mundo como terapeuta. A pesar de que se ha investigado extensamente la experiencia de aquellos que buscan ayuda (los consultantes) en el contexto de la psicoterapia, se ha presentado relativamente poca atención a la persona del psicoterapeuta.

Acompañar el trauma psicológico implica enfrentarse a la vulnerabilidad inherente a la experiencia humana y ser de acontecimientos extremadamente angustiosos, como lo describe Herman (citado en Begoña, s.f.). Ante esa complejidad, White (2002) expone que el ejercicio del trabajo psicológico transforma las vidas de quienes participan en “la cultura de la psicoterapia”, generando cambios que impactan y nutren el transcurso de su labor.

La relación terapéutica implica una serie de variables influenciadas por la personalidad y las emociones del terapeuta. El compromiso que ejerce el psicoterapeuta respecto al acompañamiento de consultantes con alta vulnerabilidad al trauma expone al profesional a un desgaste ocupacional, en el cual radica la importancia del autocuidado a modo de prevenir la fatiga por compasión.

Atender a personas que han vivido experiencias traumáticas puede ser emocionalmente desafiante y agotador para el terapeuta. La exposición repetida a relatos dolorosos y la habilidad para generar empatía con los traumas del consultante pueden llevar al psicoterapeuta a vivenciar una acumulación de estrés y fatiga por compasión como secuela de dicha atención.

La definición de Campos (2015) expone que esto se origina a partir de la empatía que sienten hacia los eventos traumáticos de las personas con las que trabajan, pues los relacionan con sus propias experiencias dolorosas. En otras palabras, los profesionales pueden verse afectados por la carga emocional de quienes han experimentado situaciones violentas y altamente intensas, especialmente cuando estas personas no han logrado superar sus traumas. Por lo anterior, el autocuidado se convierte en una parte esencial del trabajo del terapeuta que acompaña a personas en situación de vulnerabilidad al trauma, ya que garantiza su bienestar emocional, físico y mental.

El concepto de autocuidado proviene del ámbito de la enfermería. Una de las pioneras en abordar este concepto fue Dorothea Orem, enfermera estadounidense que desarrolló la “teoría del déficit del autocuidado”, tal como lo señala Rivera (2006), aunque existen pocas investigaciones en el campo de la psicoterapia.

Por su parte, Duque Arellanos (2020) comenta que el autocuidado en el psicoterapeuta es aquel proceso de autoconocimiento que habilita el desarrollo personal al permitir involucrar al profesional con sus consultantes desde el reconocimiento de límites y necesidades propias.

La presente investigación propone una formulación de principios y hábitos de autocuidado que permitan enriquecer la identidad del psicoterapeuta para el afrontamiento de la fatiga por compasión a través de la identificación de carencias y fortalezas en los espacios de autocuidado desde la experiencia de cuatro psicoterapeutas.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se centra en el autocuidado de los psicoterapeutas que acompañan a pacientes con experiencias traumáticas. Este tema resulta relevante debido a que la literatura ha documentado diversas manifestaciones de desgaste profesional asociadas al ejercicio clínico y a la implicación empática que exige el trabajo con el trauma. No obstante, aún son limitados los estudios que exploran las formas en que los propios terapeutas sostienen su bienestar y desarrollan prácticas de autocuidado mientras realizan intervenciones en el ámbito de la salud mental, particularmente con consultantes que han vivido trauma.

La necesidad de fortalecer los servicios de salud mental en México se ha hecho cada vez más evidente durante los últimos años. De acuerdo con Medina-Mora et al. (2023), el número de personas que presentan algún trastorno mental pasó de 15.7 millones en 2019 a 18.1 millones en 2021, lo que representa un incremento del 15.4% en un periodo de dos años. Este aumento en la demanda de atención ocurre en un contexto donde el personal especializado continúa siendo insuficiente. En el Boletín N° 3680 de la Cámara de Diputados (2017) señalaba que existían aproximadamente doce psicoterapeutas por cada cien mil habitantes, quienes atendían problemáticas de alta complejidad, entre ellas el consumo de sustancias, la negligencia en los cuidados, las agresiones sexuales y la ideación suicida. Este panorama supone una carga clínica importante para los profesionales de la psicoterapia, quienes deben responder a un volumen creciente de consultantes mientras afronta exigencias emocionales propias del acompañamiento terapéutico.

El desempeño profesional del psicoterapeuta no depende únicamente del dominio de conocimientos teóricos o de habilidades técnicas. La construcción de una alianza terapéutica requiere que el profesional despliegue recursos relacionales y una disposición afectiva que favorezcan el encuentro con el consultante. Esta implicación emocional, indispensable para el proceso terapéutico, también puede convertir al terapeuta en una persona vulnerable al impacto del sufrimiento ajeno. En combinación con las condiciones de riesgo propias de la práctica clínica, esta exposición sostenida puede favorecer el desarrollo del estrés traumático secundario, o en palabras de Sarra y Feuz (2018, como se citó en Tobón Restrepo, 2021), la “fatiga por compasión”, entendida como el conjunto de afectaciones que pueden surgir como consecuencia del cuidado continuo de personas que experimentan sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) ha señalado que el fortalecimiento de los servicios de salud mental requiere acciones sostenidas desde la salud pública. Entre ellas destacan la incorporación de la salud mental en los programas sanitarios, la reorganización de los servicios especializados, su integración a la atención primaria, el incremento de profesionales dedicados a este campo y el desarrollo de políticas públicas con una visión de largo plazo. Sin embargo, aunque estas estrategias reconocen la necesidad de ampliar los recursos humanos para responder a la demanda asistencial, no hacen referencia al cuidado de quienes proporcionan dicha atención.

Reconocer de manera temprana las manifestaciones de desgaste que pueden presentarse en los psicoterapeutas que trabajan con personas que han vivido experiencias traumáticas constituye un paso importante para prevenir la fatiga pro

compasión. En este sentido, Arón y Llanos (2004), señalan que la atención a situaciones de maltrato exige profesionales y equipos de trabajo emocionalmente preparados, capaces de sostener su propio bienestar psicológico mientras acompañan el sufrimiento de otros.

En este contexto resulta importante mencionar que la identidad del psicoterapeuta puede definirse como un proceso dinámico de construcción y cambio constante, tanto a nivel personal como profesional, en donde se integran elementos de formación teórica, experiencia clínica y la propia forma de vivir su mundo interno, en el cual se da el desarrollo de habilidades. Esta identidad no se limita a lo técnico, sino que implica una forma de ser y entender al ser humano. No obstante, la exposición constante al sufrimiento humano y la alta demanda de atención en salud mental pueden debilitar dicha identidad, comprometiendo tanto el bienestar del psicoterapeuta como la eficacia del acompañamiento. Frente a ello, el autocuidado se plantea como estrategia fundamental, pues no solo previene la fatiga por compasión, sino que también contribuye a fortalecer la identidad del psicoterapeuta, permitiéndole sostener su práctica clínica de manera ética, saludable y efectiva.

Esto nos lleva a la pregunta de investigación: ¿Qué principios y hábitos de autocuidado fortalecen la identidad profesional del psicoterapeuta que acompaña casos de trauma para prevenir y afrontar la fatiga por compasión?

Como preguntas secundarias:

1. ¿qué deficiencias y fortalezas presentan los hábitos de autocuidado de psicoterapeutas expuestos al sufrimiento crónico y en riesgo de fatiga por compasión?

2. ¿de qué manera las carencias detectadas en la formación y la práctica institucional impactan la construcción de la identidad profesional del terapeuta?

Desde esta pregunta, el objetivo central es proponer una formulación de principios y hábitos de autocuidado que fortalezcan la identidad profesional y brinden recursos de afrontamiento efectivos ante la fatiga por compasión en psicoterapeutas que atienden trauma.

Y como objetivos secundarios estarían:

1. Identificar las deficiencias y fortalezas en los hábitos de autocuidado y los niveles de fatiga por compasión de cuatro psicoterapeutas, analizando la influencia de su trayectoria y contexto laboral.
2. Analizar cómo las implicaciones del trauma y el desgaste emocional afectan la autopercepción de competencia y la estabilidad de la identidad profesional.
3. Establecer sugerencias de autocuidado a nivel personal, profesional e institucional que permitan subsanar las carencias detectadas y promover la satisfacción por compasión.
4. Formular una guía de principios que sirva como herramienta preventiva y de profesionalización para terapeutas en formación y ejercicio.

La línea de generación de conocimiento a trabajar en esta investigación será la propuesta de modelos de intervención, dado que se propone ofrecer hábitos y recomendaciones que fortalezcan el autocuidado en el psicoterapeuta que acompaña a consultantes con trauma.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Este capítulo desarrolla la fundamentación teórica que sustenta el trabajo de obtención de grado. El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar y articular los conceptos de identidad del psicoterapeuta, las implicaciones del trauma en el psicoterapeuta y el autocuidado, con el fin de establecer un marco de referencia que permita comprender cómo estos elementos se articulan y por qué resultan relevantes para el afrontamiento de la fatiga por compasión.

La revisión bibliográfica no solo ofrece antecedentes conceptuales, sino busca definir y delimitar los elementos teóricos necesarios para construir una propuesta de principios y hábitos de autocuidado aplicables a la práctica profesional.

La revisión se organiza en tres ejes principales:

1. Identidad como psicoterapeuta, donde se abordan las concepciones teóricas y las habilidades que configuran al terapeuta como sujeto y profesional, así como los cambios que experimenta en el ejercicio clínico, en particular cuando acompaña a consultantes con trauma.
2. Las implicaciones del trauma en el psicoterapeuta, con la definición de trauma, trauma vicario y fatiga por compasión, a fin de comprender el impacto que estos fenómenos generan en la persona y la práctica del terapeuta.
3. El autocuidado en el psicoterapeuta, entendido como un proceso fundamental que permite sostener la identidad profesional y prevenir el desgaste emocional, ofreciendo claves para la formulación de principios y hábitos orientados a la prevención de la fatiga por compasión.

Identidad como psicoterapeuta

El estudio de la psicoterapia ha estado orientado durante muchos años a la comprensión del consultante, en indagar sobre los procesos que generan cambio en el acompañamiento y, sobre todo, en la efectividad de los distintos modelos de intervención. Pero, de manera paralela ha surgido un interés por comprender a quien articula ese proceso: el psicoterapeuta.

Más allá de los conocimientos teóricos y las competencias técnicas, diversos autores han señalado que la persona del psicoterapeuta constituye un elemento que influye en la relación terapéutica y en la forma en que se desarrolla el trabajo clínico. Es así como se llevó a preguntarse cómo se configura la identidad de quienes ejercen la práctica de la psicoterapia y de qué manera se transforman a lo largo de su trayectoria. Desde esta perspectiva, abordar la identidad del psicoterapeuta permite comprender el ejercicio clínico como un proceso que trasciende la aplicación de técnicas.

Equihua Márquez (2014), retomando la definición de la Real Academia Española (RAE), explica que el término *psicoterapeuta* está conformado por “psico”, asociado a la mente o a la actividad psíquica, y “terapeuta”, entendida como la persona capacitada para aplicar métodos dirigidos al tratamiento de diversas afecciones. Por tanto, el psicoterapeuta es aquel profesional que emplea recursos propios de la psicoterapia para acompañar y atender el sufrimiento emocional de las personas.

La figura del psicoterapeuta también ha sido producto de un desarrollo histórico. Guy (1995) señala que, a lo largo del tiempo, este profesional ha sido

asociado con quienes se dedicaban a aliviar el sufrimiento humano, aunque desde una perspectiva sustentada en conocimientos científicos y en la comprensión psicológica de la experiencia de las personas. En este sentido el psicoterapeuta asume la tarea de acompañar el malestar emocional e indagar los procesos que lo originan y mantienen con el propósito de favorecer su comprensión y transformación.

Convertirse en psicoterapeuta es un proceso que acompaña a la persona a lo largo de su vida profesional y que se construye en el encuentro continuo con quienes buscan ayuda. Cada historia obliga al terapeuta a aproximarse a formas distintas de comprender el sufrimiento humano, enfrentándolo también a preguntas sobre sí mismo, sus límites y su manera de estar en la relación terapéutica. En ese recorrido, la práctica deja de ser únicamente un ejercicio profesional para convertirse en una experiencia que transforma la forma de comprender a los otros y de comprenderse a sí mismo (Kottler, 2019).

Por ello, resulta fundamental que el terapeuta mantenga una actitud reflexiva frente a su propia experiencia emocional, reconociendo cómo sus vivencias, creencias y reacciones pueden hacerse presentes en la sesión. Esta conciencia favorece una mayor diferenciación entre la experiencia propia y la del consultante, disminuyendo el riesgo de proyectar significados personales sobre la historia del otro y fortaleciendo así el proceso terapéutico.

Sin embargo, reconocer la propia experiencia emocional no implica aspirar a una postura de neutralidad absoluta. Por el contrario, supone aceptar que el psicoterapeuta participa inevitablemente en la relación terapéutica desde quien es. En este sentido, Anderson (como se cita en Rober, 2005) menciona que un

terapeuta no puede ser una pizarra en blanco, vacío de ideas, opiniones y prejuicios, sino que toma a quien es y todo lo que ello implica —experiencias personales y profesionales, valores, sesgos y convicciones— elementos que inevitablemente entran en juego durante las sesiones psicoterapéuticas.

Aprender a ejercer la psicoterapia desde esa subjetividad constituye uno de los principales desafíos de la profesión. Reconocer que el terapeuta no es una “pizarra” en blanco” implica desarrollar la capacidad de integrar su historia personal, sus emociones y sus experiencias al ejercicio clínico de manera reflexiva y ética. Este proceso no ocurre de manera inmediata, sino que forma parte del desarrollo profesional del psicoterapeuta, el cual atraviesa distintas etapas, cada una con retos, aprendizajes y oportunidades que contribuyen a la construcción de su identidad.

En la medida en que el psicoterapeuta desarrolla esta capacidad reflexiva sobre sí mismo, también fortalece su disposición para reconocer la singularidad del consultante. Ser consciente de que la experiencia del otro es distinta de la propia permite que la intervención no se reduzca a la aplicación de técnicas aprendidas. En ese sentido, Arroyo (2017), plantea que el ejercicio clínico requiere un trabajo personalizado, atento a las particularidades de cada persona, en el que el terapeuta despliega habilidades y recursos que emergen del encuentro con aquello que hace único a cada consultante.

Este encuentro con la particularidad del consultante no ocurre en una sola dirección. Así como el terapeuta influye en el proceso terapéutico, también es afectado por las historias, experiencias y significados que emergen de la práctica clínica. En ese sentido White (2002), plantea que ejercer la psicoterapia implica

reconocer que el trabajo terapéutico transforma a quien lo realiza. La cercanía con el mundo interno de los consultantes, así como la participación constante en procesos de cambio, modifica la manera en que el terapeuta comprende a los otros, se comprende a sí mismo y construye su propia práctica profesional.

La transformación que experimenta el psicoterapeuta tampoco puede entenderse únicamente como un proceso individual. A medida que se construye nuevas formas de comprender a los otros y a sí mismo, también desarrolla una manera particular de asumir el lugar que ocupa como profesional dentro de la sociedad. En este contexto, Harrsch (2005) plantea que la identidad profesional se construye a partir del reconocimiento de sí mismo como persona y de la conciencia de la responsabilidad que implica el ejercicio de la psicología.

La construcción de esta identidad profesional implica desarrollar una comprensión de “sí mismo”, que le permita integrar su experiencia personal al trabajo clínico de manera reflexiva. Por ello, pensar el sí mismo supone comprender a la persona del psicoterapeuta en relación con sus afectos, pensamientos y vivencias. El uso consciente de esta experiencia favorece la construcción de un vínculo terapéutico que facilita tanto la escucha activa como la comprensión del mundo interno del consultante. De esta manera, aquello que el terapeuta observa, siente e intuye se convierte en una herramienta de intercambio y comunicación dentro del proceso terapéutico (Peter, 1999, como se cita en Andolfi y Angelo, 2011).

La manera en que un psicoterapeuta comprende, interpreta y responde a las experiencias de sus consultantes no depende únicamente de la preparación académica. También está influida por su historia de vida, las relaciones que ha

construido y los contextos familiares y sociales en los que se ha desarrollado, elementos que participan en la conformación de su identidad profesional (Corbella, y otros, 2009). Aunque al psicoterapeuta se le recomienda mantener una distancia emocional y una postura profesional frente a los consultantes, ello no implica que el terapeuta deje de involucrar aspectos de sí mismo en la relación terapéutica. Como señala Gascón (2000) el profesional lleva consigo su propia historia, experiencias y formas de comprender el mundo, las cuales también forman parte de ejercer la psicoterapia.

Harrsch (2005) plantea que convertirse en psicólogo supone un proceso de desarrollo en el que la formación académica se integra de manera gradual con las características personales, las experiencias de vida y el crecimiento individual. De esta manera, la identidad profesional se configura a partir de la articulación entre el saber disciplinar y la persona del terapeuta, orientándose hacia un ejercicio profesional con el reto que supone acompañar éticamente a otras personas.

En conjunto, estas aportaciones permiten comprender que la identidad del psicoterapeuta no se construye desde un único lugar, sino que se configura a partir de la interacción de múltiples dimensiones. En ella convergen la historia personal, la formación académica, las experiencias clínicas, los vínculos establecidos con los consultantes y las concepciones que la propia disciplina ha construido sobre el ejercicio terapéutico. Este proceso exige al terapeuta desarrollar una postura reflexiva que le permita integrar dichas experiencias sin perder de vista la singularidad de cada encuentro. Al mismo tiempo, supone aprender a sostener la incertidumbre, la ambigüedad y aquello que aún no tiene respuesta, reconociendo

que el trabajo clínico implica transitar junto al consultante por escenarios desconocidos más que ofrecer certezas absolutas.

Esto muestra que la práctica psicoterapéutica no es únicamente un oficio técnico, sino un modo de vida que integra lo personal y lo profesional. De esta manera, la labor del terapeuta no solo facilita procesos de cambio en los consultantes, sino que también transforma al propio psicoterapeuta, configurando su identidad a lo largo de la práctica (Guy, 1995).

Ya que la identidad del psicoterapeuta se construye a partir del entretendido de su historia personal, su formación profesional y las experiencias que vive en la práctica clínica son necesarias las competencias concretas que hagan posible el encuentro terapéutico. De ahí que las habilidades del psicoterapeuta constituyan una parte esencial del ejercicio clínico, pues hacen posible que los valores, conocimientos y actitudes que conforman su identidad se manifiesten en la relación terapéutica.

Habilidades para ser psicoterapeuta

Devenir psicoterapeuta es un proceso gradual frente a las propias vivencias, una búsqueda constante entre teoría y la relación con el otro. Esta interacción propone el desarrollo de habilidades que brinden un mapa frente a la necesidad continua de saber qué hacer frente a la historia del sujeto que está del otro lado del sillón. Adoptar prácticas con base en evidencia, tratamientos con fundamentos empíricos y demás estructura necesaria para el acompañamiento es lo que se indaga desde este apartado.

Diversos autores destacan que la persona del psicoterapeuta constituye uno de los principales agentes de cambio dentro del proceso terapéutico. Kottler (2008) señala que la efectividad de la intervención depende, en gran medida, de la presencia del terapeuta y de las actitudes que pone en juego durante la relación clínica. Cualidades como la autenticidad, la seguridad, la apertura, la claridad y la capacidad para establecer un encuentro humano favorecen la construcción de un vínculo terapéutico que posibilita el crecimiento y el cambio del consultante. En este sentido, la influencia del terapeuta no radica únicamente en el conocimiento técnico que posee, sino también en la manera en que utiliza su propia persona al servicio del proceso terapéutico.

Guy (1995) expone que la decisión de dedicarse a la psicoterapia suele estar relacionada con características personales que pueden favorecer o dificultar el ejercicio profesional. Entre aquellas que favorecen la práctica identifica la curiosidad por comprender a los demás y a uno mismo, la capacidad de escuchar y dialogar, el discernimiento, la sensibilidad emocional, la introspección y la tolerancia a la ambigüedad y a la intimidad. En contraste, señala motivaciones como la necesidad de poder o de aprobación, el aislamiento o la presencia de conflictos personales no elaborados pueden interferir en el ejercicio clínico, al influir en la manera en el que el terapeuta se relaciona con sus consultantes y en el grado de satisfacción que experimenta con su práctica profesional.

Es importante reconocer que dichas motivaciones influyen en la elección del psicoterapeuta por la profesionalización, ya que determinan en gran medida cómo se adquieren y desarrollan las habilidades necesarias para la práctica clínica.

Además de las características personales que favorecen el ejercicio clínico, el psicoterapeuta requiere desarrollar un conjunto de competencias que le permitan establecer relaciones terapéuticas eficaces. Entre ellas destacan la empatía, la escucha activa, la autenticidad, la aceptación, la capacidad de autorreflexión, la regulación emocional y el compromiso ético, habilidades que favorecen el establecimiento de una alianza terapéutica (Huerta y Escamilla, 2020).

Frank (como se cita en Rodríguez Campuzano y Salinas Rodríguez, 2011) plantea que, independientemente del modelo teórico desde el cual se trabaje, las psicoterapias comparten una serie de componentes fundamentales. Entre ellos se encuentran la construcción de un vínculo terapéutico significativo, la generación de confianza y esperanza frente al sufrimiento, la posibilidad de desarrollar nuevos aprendizajes, la expresión y elaboración de las emociones, así como el fortalecimiento de la percepción de autoeficacia y la oportunidad de poner en práctica los cambios alcanzados durante el proceso terapéutico.

Un elemento central en la formulación de la teoría de la psicoterapia es el vínculo terapéutico, el cual se construye a partir de la particularidad del consultante y de la realidad social en la que está inmerso, así como de la formación, experiencia y postura personal del terapeuta frente a dicha situación. Para que este vínculo sea efectivo el consultante necesita sentirse ayudado, comprendido y valorado, mientras que el psicoterapeuta debe poner en juego sus recursos personales y técnicos para favorecer que ello ocurra como mencionan Safrán y Muran (como se cita en Szmulewicz, 2013).

De acuerdo con Ruiz (como se citó en Araya-Véliz y Porter, 2017), el ejercicio de la psicoterapia requiere el desarrollo de un conjunto de competencias que van

más allá del dominio técnico. Entre ellas destacan el interés genuino por el bienestar de las personas, el autoconocimiento, el compromiso con los principios éticos de la profesión y la capacidad para construir una relación terapéutica basada en actitudes como la empatía, la cordialidad y la aceptación incondicional del consultante.

Safrán (1994, como se cita en Romero, Bejarano y Álvarez, 2000), realizó un estudio en el campo de la psicoterapia en el que encontró que solo un 15% del cambio terapéutico se atribuía a “factores específicos de la técnica”, mientras que un 45% se debía a la calidad de la relación terapéutica. Esta relevancia del vínculo entre terapeuta y consultante también ha sido destacada por Orlinsky, Grawe y Parks (como se cita en Santibáñez Fernández, et al., 2008), quienes señalan su impacto positivo en el proceso psicoterapéutico.

Araya-Véliz y Porter Jalife (2017) referenciando a Hartley (1985), describen la alianza terapéutica como la relación que se construye entre el psicoterapeuta y el consultante a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico. Este vínculo se sostiene en la confianza mutua, el compromiso compartido y la disposición de ambos para trabajar en favor de los objetivos de la terapia, convirtiéndose en un elemento fundamental para el desarrollo del tratamiento.

Rodríguez Campuzano y Salinas Rodríguez (2011) siguiendo a Weiner (1975), señalan que la empatía constituye una de las habilidades más relevantes en la labor psicoterapéutica, entendida como la capacidad de situarse en la perspectiva del otro para reconocer y comprender sus emociones, pensamientos y conductas, transmitiéndole la sensación de haber sido comprendido. El desarrollo de esta aptitud puede impactar de manera positiva el proceso, y su carencia puede impactar de manera poco positiva.

La construcción de una alianza terapéutica sólida requiere que el psicoterapeuta despliegue diversas habilidades relacionales durante todo el proceso clínico. Además de la empatía, resulta importante mantener una actitud de respeto, autenticidad, apertura, calidez y escucha activa, ya que estas favorecen un vínculo de confianza con el consultante. De igual forma Araya-Véliz y Porter Jalife (2017) señalan la importancia de que el terapeuta permanezca disponible tanto a nivel cognitivo como emocional durante la sesión. Esto implica atender de manera continua sus propias reacciones emocionales y conductuales para evitar que sus experiencias personales interfieran en el proceso terapéutico y en la consolidación de la alianza.

Otro esquema propuesto, y que sintetiza lo anteriormente expuesto es el de Aponte y Winter (1988), quienes destacan cuatro áreas clave en la labor del psicoterapeuta en contextos clínicos. En primer lugar, señalan las habilidades externas, que corresponden a la aplicación práctica de las técnicas utilizadas en la sesión. En segundo término, las habilidades internas, vinculadas a la capacidad de integrar la propia experiencia personal en el ejercicio profesional. En tercer lugar, la habilidad teórica, que consiste en la relación que el terapeuta mantiene con el modelo conceptual que orienta su práctica. Finalmente, subrayan la capacidad de colaboración, entendida como el trabajo coordinado con otros profesionales y agentes que participan en el proceso terapéutico, tales como supervisores, colegas o incluso instancias legales.

Entre las competencias propuestas anteriormente, las habilidades internas adquieren una relevancia particular cuando el psicoterapeuta acompaña experiencias traumáticas. La posibilidad de integrar la propia experiencia, reconocer

las propias reacciones emocionales y permanecer disponible frente al sufrimiento del otro constituye una condición indispensable para sostener el proceso terapéutico. Por ello, el abordaje del trauma no solo demanda competencias técnicas, sino también una disposición personal que permita al terapeuta mantenerse presente ante experiencias de alta carga emocional sin perder la capacidad de acompañar.

Davoine y Gaudillière (2011) recuperan el sentido originario del término terapeuta como “el segundo en la lucha”, aludiendo a quien acompaña al otro en su recorrido frente al sufrimiento. Desde esta perspectiva, el terapeuta requiere la capacidad de mantenerse próximo a la experiencia del consultante sin sustituirla, responder con oportunidad a las necesidades que emergen del trauma y sostener una actitud de esperanza respecto a la posibilidad de transformación.

En esta misma línea, Bromberg (2011) plantea que el terapeuta no ocupa una posición neutral o distante, sino que participa activamente en la construcción del espacio terapéutico mediante su propia subjetividad. Para ello, requiere reconocer y utilizar de manera reflexiva su experiencia dentro de la relación clínica, procurando sostener un vínculo en el que el paciente pueda sentirse suficientemente seguro para acercarse, de manera gradual, a aquello que resulta afectivamente abrumador. Esto implica que el psicoterapeuta sea capaz de permanecer frente a la incertidumbre, la desorganización y la intensidad emocional propias del trauma, evitando intervenciones dirigidas a eliminar de forma prematura el malestar y favoreciendo, en cambio, la elaboración de experiencias que hasta ese momento habían permanecido sin posibilidad de simbolización.

Por su parte, Aceituno y Cabrera (2014) señalan que las experiencias traumáticas de los consultantes demandan del psicoterapeuta una disposición particular para sostener aquello que aún no ha logrado ser simbolizado. Esta tarea implica que el analista participe activamente en la construcción de nuevos sentidos y, en ciertos momentos del proceso, arriesgue aspectos de su propia biografía al servicio de la relación terapéutica. Desde esta perspectiva, la práctica clínica con trauma no solo transforma al consultante, sino que compromete la subjetividad del propio terapeuta.

La revisión muestra que las habilidades del psicoterapeuta no se reducen al dominio técnico, sino que integran dimensiones personales y relacionales como la empatía, la autenticidad, la capacidad de escucha y el manejo de la propia emocionalidad, las cuales resultan esenciales para la práctica clínica. Estas competencias, permiten construir un vínculo terapéutico que favorece el proceso de cambio del consultante; sin embargo, también implica una cercanía constante con el sufrimiento humano. En el acompañamiento de personas con experiencias traumáticas, esta implicación adquiere características particulares, pues expone al psicoterapeuta a experiencias que pueden afectar su bienestar y transformar la manera en que vive y ejerce su práctica profesional. Comprender este impacto constituye el siguiente paso para entender los desafíos que enfrenta el terapeuta en el trabajo con trauma.

Los impactos del trauma y la fatiga por compasión en el psicoterapeuta

Cuando la práctica clínica se desarrolla con personas que han vivenciado experiencias traumáticas, el encuentro terapéutico requiere características

específicas que pueden repercutir tanto en el proceso del consultante como en la experiencia del profesional. Comprender este escenario requiere revisar primero qué se entiende por trauma y cuáles son las características que lo distinguen, para posteriormente analizar las implicaciones que puede tener tanto para quien lo vive como para quien acompaña estos procesos. Este apartado revisa referentes teóricos sobre el trauma y, posteriormente, sobre el impacto que este puede tener en la persona del psicoterapeuta.

Definición de trauma

En la actualidad, la violencia y el sufrimiento se hacen presentes de manera constante, ya sea a través de los medios de comunicación, en la vida comunitaria o en la experiencia personal de quienes acuden a psicoterapia. Esta exposición configura un contexto en el que tanto los consultantes como los propios terapeutas se ven confrontados con narrativas e imágenes de dolor que dejan huellas emocionales y cognitivas. Comprender cómo se define y se conceptualiza el trauma resulta entonces fundamental, pues permite dar cuenta del impacto que estas experiencias generan en la subjetividad y del modo en que marcan la práctica clínica y la identidad del psicoterapeuta.

En el ámbito de la psicología, el concepto de trauma se entiende como una experiencia o acontecimiento que produce una marca negativa en la vida de la persona, configurándose como una herida de tipo psicológico y emocional. El interés por estudiar este fenómeno se remonta a los primeros trabajos en psiquiatría y psicoanálisis, los cuales ofrecieron las bases iniciales para su comprensión (Kaufman, 1998).

La conceptualización de trauma proviene del vocablo griego *tpaupa*, lo que se define actualmente como *herida*, y en la actualidad se utiliza para referirse a un daño que afecta al plano psicológico. Desde el psicoanálisis, Freud lo describió como la irrupción de un acontecimiento externo que invade al yo y que este no logra procesar mediante la elaboración asociativa. Así mismo, desde su metapsicología con enfoque económico, planteó que el trauma implica un exceso de excitación neuronal originado en experiencias tempranas que, al no poder descargarse por la acción motriz ni integrarse a nivel asociativo, queda retenido y se dispersa en el sistema nervioso (Medrano, 2010).

Desde los planteamientos de Pierre Janet (como se cita en Gallastegui, 2019), el trauma puede comprenderse como la consecuencia de una experiencia de gran intensidad que sobrepasa la capacidad de respuesta de la persona en el momento en que ocurre. Al no contar con los recursos suficientes para afrontar lo vivido, el equilibrio físico y psicológico del individuo se ve alterado, dando lugar a diversas manifestaciones traumáticas. En este sentido, Martínez (2010) señala que una experiencia traumática es aquella que quiebra la percepción de seguridad tanto de la propia persona como de su entorno, generando un profundo impacto en su forma de comprender y relacionarse con la realidad.

El trauma no puede entenderse únicamente por las características del acontecimiento vivido, sino también por la manera en que cada persona lo experimenta e integra. En este sentido, Tutté (2006) amplía esta comprensión al distinguir el trauma del trauma psíquico, señalando que este último no depende exclusivamente de los hechos externos, sino también de los procesos internos que se activan en cada sujeto. La forma en que una experiencia es significada, los

recursos disponibles para afrontarla y la interacción entre la realidad objetiva y la vivencia subjetiva son elementos que participan en la configuración del trauma psíquico.

En los años ochenta, y tras identificar el impacto psíquico que tenía el trauma, se utilizó el concepto de estrés postraumático. Aunque previamente Herman Oppenheim había descrito manifestaciones similares bajo los términos de neurosis traumática y neurosis de guerra, fue en 1980 cuando este diagnóstico se incorporó oficialmente a la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*, a partir de las observaciones realizadas en personas expuestas a acontecimientos altamente traumáticos, como los sobrevivientes de conflictos bélicos (Cornejo, 2021).

La conceptualización del estrés postraumático se refiere a aquella respuesta natural del organismo que, aunque inicialmente adaptativa, se vuelve patológica cuando la respuesta se intensifica. Surge cuando una situación específica, de carácter físico o psicológico, rompe el equilibrio interno y obliga al sujeto a buscar mecanismos de adaptación. Para su diagnóstico, los manuales clínicos como el DSM incluye diversos indicadores biológicos que permiten dar cuenta de la vivencia traumática. En este sentido, el trauma se concibe como el impacto emocional que deja un acontecimiento determinado y que se manifiesta a través de síntomas tanto físicos como psicológicos (Carvajal, 2002).

A su vez, la Asociación Psiquiátrica Americana define lo traumático como una situación psicológicamente estresante que rebasa las experiencias comunes de la vida, tales como duelo, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto afectivo. Este tipo de acontecimientos tiende a generar reacciones intensas

de miedo, terror o desesperanza, al representar una amenaza grave para la vida o la integridad física propia o de otra persona. Por esta razón, la sintomatología asociada al trauma suele relacionarse con desastres naturales, accidentes o hechos de violencia y maltrato asociados por otros (Carvajal, 2002).

Los psicoterapeutas frente al trauma

El ejercicio del trabajo psicológico genera una modificación en las vidas de las personas que tienen interés por “la cultura de la psicoterapia”, lo que impacta en su propia vida que se nutrirá en el transcurso de su labor (White, 2002). A medida que el psicoterapeuta acompaña las experiencias de otras personas, también construye nuevas formas de comprender el sufrimiento, las relaciones humanas y su propia historia.

Herman (como se cita en Begoña, s.f.), plantea que el estudio del trauma psicológico implica acercarse tanto a la vulnerabilidad como a las expresiones más dolorosas de la experiencia humana. Es así como el psicoterapeuta acompaña de manera continua relatos de profundo sufrimiento, lo que lo sitúa como testigo de experiencias que pueden impactar su propia vivencia emocional y su forma de comprender el mundo.

Desde la perspectiva narrativa, este encuentro con las historias de los consultantes no ocurre de solo una parte. White (2002) plantea que el terapeuta puede transformar los significados simbólicos de ciertos eventos de su vida a partir de las resignificaciones que realizan sus pacientes sobre sus propias historias. Esta dinámica influye en cómo el terapeuta se relaciona con el mundo y en la manera en que construye su identidad personal, así como en los sentidos que atribuye a su

vida, su ser y su trabajo. Las experiencias significativas dentro de la práctica clínica pueden, incluso, modificar su sentido del ser y aquello que considera esencial en sí mismo, a la vez que fortalecen y estimulan su ejercicio terapéutico.

No obstante, esta cercanía con el sufrimiento también representa un desafío para el quehacer profesional. En el intento por comprender la experiencia traumática del consultante, el terapeuta puede verse expuesto a un elevado desgaste emocional. White (2004) advierte que la insistencia en revivir repetidamente los acontecimientos traumáticos no solo incrementa el riesgo de revictimización del consultante, sino que también puede generar agotamiento en el profesional, quien puede experimentar frustración, impotencia o la sensación de que el proceso terapéutico pierde dirección.

En este sentido, White (2004) sostiene que, para abordar los efectos del trauma en la vida de una persona, es fundamental que propicie un contexto en el que pueda reconstruirse una experiencia personal con sentido de identidad. Este sentido de sí, vinculado al desarrollo de una narrativa interior, se relaciona con lo que Williams James (1892) denomina el flujo de la conciencia.

Aunque diversas corrientes psicológicas han desarrollado modelos para el abordaje del trauma, no todas han otorgado el mismo lugar a la dimensión corporal dentro del proceso terapéutico. En contraste, la Psicoterapia Breve Integrada propone incorporar las sensaciones físicas espontáneas, las respuestas motoras como elementos centrales para comprender las experiencias traumáticas no resueltas y favorecer cambios estructurales en la personalidad (Saldaña García, 2014). Esta perspectiva amplía la comprensión del trauma al reconocer que sus

efectos se expresan de manera integrada en las dimensiones biológica, social y psicológica.

La tarea del profesionalista de la salud mental frente al trauma es identificar y activar los recursos con los que cuenta el sujeto, como las redes de apoyo, con el fin de generar estrategias adecuadas de afrontamiento para reducir las consecuencias negativas del impacto traumático (Saldaña García, 2014).

En conjunto, estas aportaciones permiten comprender que el trabajo psicoterapéutico con personas que han vivido trauma implica una elevada implicación emocional y personal por parte del profesional. Por ello resulta necesario reconocer que el impacto del trauma no solo forma parte de la experiencia del consultante, sino también del contexto en el que el psicoterapeuta desarrolla su práctica, haciendo indispensable la construcción de recursos personales y profesionales que favorezcan la continuidad de su labor clínica.

El impacto del trabajo con trauma en el psicoterapeuta

Cuando la práctica clínica se desarrolla con personas que han vivido experiencias traumáticas, el encuentro terapéutico requiere una preparación más allá del dominio de estrategias terapéuticas. También implica que el psicoterapeuta desarrolle recursos personales y profesionales que le permitan afrontar las demandas emocionales propias de este tipo de trabajo. Desde esa perspectiva, comprender fenómenos como el trauma vicario y la fatiga por compasión constituye una parte esencial de esa preparación, ya que permite reconocer sus manifestaciones y favorecer estrategias de afrontamiento.

Impacto en el terapeuta

Para el terapeuta, el resultado de todos los cambios provocados por la experiencia terapéutica es que su trabajo y su vida terminan recibiendo una descripción magra, lo que contribuye significativamente a la aparición de experiencias de sobrecarga, fatiga y agotamiento, y a la generación de un contexto que lo hace vulnerable al desaliento y al síndrome de desgaste profesional (White, 2002, p.19).

White se cuestiona, en su texto *El enfoque narrativo desde la experiencia*, qué sucede en la vida del terapeuta a lo largo de su formación y cuáles son los efectos que esta tiene sobre su persona una vez que se formaliza la profesionalización. Señala que la adquisición del conocimiento transforma la vida laboral del psicoterapeuta, quien se desenvuelve en distintos espacios dentro de la cultura de la psicoterapia y llega, en ocasiones, a experimentar la sensación de haber alcanzado una comprensión adecuada del saber. Sin embargo, advierte que, sin importar cuánto se aprenda, ese conocimiento siempre resulta insuficiente (White, 2002, p.35).

En la cultura de la psicoterapia, los terapeutas encuentran cada vez más difícil escapar a la sensación de que no han llegado a saber lo que hay que saber. Como consecuencia, las vidas de los terapeutas son descritas magramente y esto reduce significativamente las alternativas para la acción en la vida general y, más específicamente, en el trabajo (White, 2002).

Arroyo (2017) refiere que en sus primeros años de trabajo psicoterapéutico con pacientes graves destaca, muy por delante de otras cuestiones, la gran variedad de emociones, tan intensas y cambiantes, que afloran en la relación terapéutica y,

muy especialmente, en ambientes donde la convivencia es la principal herramienta de trabajo.

Martínez (2010) señala que los profesionales que escuchan durante largos periodos a personas traumatizadas pueden alejarse de las fronteras de lo convencional y experimentar una forma de aislamiento profesional. Mantener viva en la conciencia la realidad del trauma exige un contexto social que sostenga tanto a la víctima como al testigo, creando una alianza que brinde contención y sentido. En el caso de los terapeutas, la ausencia de sostén puede llevar a un desgaste progresivo, pues al exponerse reiteradamente al sufrimiento ajeno corren el riesgo de internalizar parte de ese dolor. Como se mostrará a continuación, en el caso del trauma vicario, el psicoterapeuta no solo acompaña las heridas emocionales del otro, sino que puede comenzar a experimentarlas como propias, viéndose afectado en su bienestar y en su capacidad de acompañamiento.

Definición de trauma vicario

El concepto de trauma vicario surge para explicar las transformaciones que pueden experimentar los profesionales que trabajan de manera constante con personas que han vivido experiencias traumáticas. Más que referirse únicamente al desgaste emocional, este concepto pone énfasis en los cambios que la exposición indirecta al trauma puede generar en la experiencia personal y profesional del psicoterapeuta.

Desde esta perspectiva, el trauma vicario constituye una de las posibles respuestas que pueden experimentar los profesionales expuestos de manera continua al sufrimiento humano. En el contexto de atención a víctimas Ojeda (2006) señala que el impacto del trabajo clínico puede manifestarse de distintas formas.

Así, identifica tres formas en las que dicho impacto puede manifestarse: el síndrome de *burnout*, la traumatización vicaria y la movilización de las propias experiencias de violencia. Cada modalidad de impacto puede darse de manera independiente o pueden desencadenarse paralelamente, como menciona.

Campos (2015) señala que el estrés traumático secundario guarda una estrecha relación con el síndrome de burnout. De acuerdo con Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), este síndrome se caracteriza por tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, que se manifiesta cuando las demandas laborales superan los recursos personales del profesional; la despersonalización, reflejada en una actitud de distanciamiento o insensibilidad hacia las personas con quienes trabaja; y la disminución de la realización personal, asociada con sentimientos de ineficacia, frustración e insatisfacción respecto al propio desempeño. Cuando estas condiciones se mantienen de forma prolongada, el burnout incrementa la vulnerabilidad física y emocional del profesional y puede afectar de manera importante su salud y su ejercicio clínico.

Duque Arellanos (2020) señala que el trauma vicario se diferencia del burnout porque sus efectos no se limitan al desgaste derivado del trabajo. Quienes acompañan de manera continua a personas con experiencias traumáticas pueden llegar a manifestar síntomas semejantes a los del trastorno por estrés postraumático o del trauma complejo, como resultado de la exposición constante al sufrimiento de sus consultantes.

Por su parte, Campos (2015) explica que la definición de este fenómeno surge del trabajo con el estrés postraumático, cuya sintomatología puede extenderse al terapeuta que lo acompaña a la persona afectada. A este proceso lo

denomina *estrés traumático secundario*, concepto que ha recibido diferentes nombres según distintos autores: *traumatización secundaria*, de acuerdo con Follette, Polusny y Milbeck; *tensión traumática secundaria*, según Figley; y *traumatización vicaria*, como lo proponen McCann y Pearlman (como se cita en Campos, 2015).

Trabajar de manera constante con experiencias traumáticas implica para el psicoterapeuta un encuentro continuo con formas profundas de sufrimiento que también pueden resonar con su propia historia y sensibilidad. En este contexto, la exposición repetida a dinámicas de violencia puede generar estados persistentes de tensión y, en algunos casos, sentimientos de desesperanza al observar que muchas víctimas enfrentan dificultades para romper los ciclos de violencia en los que se encuentran inmersos (Duque Arellanos, 2020).

La definición de Campos (2015) sobre el trauma secundario o traumatización vicaria destaca que este fenómeno implica un efecto negativo y continuo en el tiempo, lo que afecta a los profesionales de la salud mental. Esto se origina a partir de la empatía que sienten hacia los eventos traumáticos de las personas con las que trabajan, pues los relacionan con sus propias experiencias dolorosas. En otras palabras, los profesionales pueden verse afectados por la carga emocional de aquellos que han experimentado situaciones violentas y altamente intensas, especialmente cuando estas personas no han logrado superar sus traumas.

En este sentido, la traumatización vicaria o fatiga por compasión puede desarrollarse como consecuencia del contacto constante y prolongado con experiencias traumáticas, especialmente cuando el profesional no cuenta con

estrategias o recursos de protección que le permitan reconocer y disminuir el impacto emocional de su trabajo (Duque Arellanos, 2020).

Moreno et al. (2004) siguiendo a Figley, definen el estrés traumático secundario como aquellas emociones y conductas resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por otro.

A partir de las definiciones revisadas, puede entenderse el trauma vicario como una forma de impacto emocional profundo que experimenta el psicoterapeuta al exponerse de manera reiterada al relato o presencia del sufrimiento de sus consultantes. Este fenómeno no se limita al cansancio o agotamiento propios del trabajo clínico, sino que implica una transformación interna que puede afectar la percepción, las emociones y la identidad del terapeuta. En este sentido, el trauma vicario surge de la empatía sostenida hacia las experiencias traumáticas del otro, lo que puede movilizar las propias heridas o memorias dolorosas del profesional.

Fatiga por compasión

Si bien el trauma vicario explica las transformaciones que pueden producirse en la experiencia personal del psicoterapeuta a partir del contacto con el trauma, no es el único efecto descrito en la literatura. Otra de las respuestas asociadas al acompañamiento de personas que han vivido sufrimiento intenso es la fatiga por compasión, entendida como un proceso de desgaste que puede manifestarse a nivel emocional, físico y profesional. Su exploración amplía la comprensión de las consecuencias que el ejercicio sostenido del cuidado puede tener para quienes acompañan este tipo de experiencias.

Las definiciones propuestas por autores como Figley (1995), Campos-Vidal et al. (2017) y Duque Arellanos (2020) resultan especialmente pertinentes para esta investigación, pues, aunque la mayoría de los estudios sobre el tema provienen del campo de la enfermería, sus aportes permiten trasladar la comprensión del fenómeno al ámbito de la psicología clínica. En particular, el modelo de Figley ofrece el marco más cercano al ejercicio psicoterapéutico, al concebir la fatiga por compasión como una respuesta natural al vínculo empático sostenido con el trauma del otro y un punto de partida para reflexionar sobre la necesidad del autocuidado profesional.

La fatiga por compasión es un riesgo para todo profesional que trabaja con personas en crisis y, por tanto, quien practica la psicología clínica está expuesta a padecerla, ya que por su desempeño profesional escucha el dolor de los otros (Barahona, 2011).

La fatiga por compasión es un concepto de incorporación relativamente reciente en la literatura. Sus primeros desarrollos se atribuyen a Joinson (1992), quien la describió en el ámbito de la enfermería. Posteriormente, el término dejó de emplearse únicamente como equivalente del estrés traumático secundario para adquirir un significado propio. Como señala Benito et al. (2020), el acompañamiento continuo a personas que atraviesan situaciones de intenso sufrimiento exigen recursos personales y habilidades que, con frecuencia, no forman parte de la formación profesional, lo que incrementa el riesgo de afectaciones en la salud mental de quienes brindan la atención.

Figley (como se cita en Campos-Vidal, Cardona-Cardona y Cuartero-Casteñer, 2017) considera que la fatiga por compasión afecta la capacidad del

profesional para sostener el sufrimiento de las personas a quienes acompaña. Como consecuencia, la empatía, el involucramiento terapéutico y la disposición para ayudar pueden verse disminuidos. Este fenómeno surge a partir de la exposición indirecta y reiterada a experiencias traumáticas, dando lugar a una forma de traumatización secundaria que puede desarrollarse durante el ejercicio clínico.

Lynch y Lobo (2012) describen la fatiga por compasión como una condición de desgaste que afecta las dimensiones biológicas, psicológica y social del profesional, producto de la exposición prolongada al estrés derivado del cuidado y acompañamiento de personas que experimentan sufrimiento.

A continuación, se describen las principales manifestaciones de la fatiga por compasión que suelen pasar inadvertidas para el profesional:

Tabla 1. Principales manifestaciones de la fatiga por compasión

Síntomas psicológicos	• Presencia de fuertes emociones de tristeza, enfado, culpabilidad, inquietud • Pensamientos extraños, imágenes estresantes o pesadillas. • Sensación de adormecimiento o congelación. • Evitar al paciente, la familia o la situación. • Dolencias somáticas (trastornos gastrointestinales, cefaleas, fatiga). • Ansiedad o agitación. • Comportamiento compulsivo o adictivo (beber, fumar, compras compulsivas). • Sentirse aislada o personalmente responsable.
------------------------------	---

Síntomas cognitivos	• Desconfiar de otros (familia, paciente, compañeros de equipo). • Aumento de la vulnerabilidad personal o falta de seguridad. • Creer que otros no son competentes para manejar el problema. • Aumento o disminución del sentido del poder. • Aumento del escepticismo. • Aumento del sentido de responsabilidad personal o culpabilidad. • Creer que otros no entienden el trabajo que están haciendo.
Síntomas interpersonales	• Abandonar al equipo de atención. • Dejar las relaciones personales. • Desconfianza de otras personas y de profesionales. • Excesiva identificación con el sufrimiento de otros. • Separación de las situaciones o experiencias emocionales. • Irritarse fácilmente con otros.

Fuente: Duque Arellanos, V. (2020). Hacia una cultura del buen-trato y Bien-estar. Promoviendo el autocuidado y el cuidado de los equipos en el trabajo. Guatemala: Serviprensa.

Campos (2015) señala que la fatiga por compasión puede manifestarse en distintos ámbitos de la vida profesional. En el plano psicológico suelen aparecer respuestas como ansiedad, desesperanza, culpa, disminución del interés y dificultades para mantener la atención. A ello pueden sumarse manifestaciones físicas, entre ellas el cansancio persistente, las alteraciones del sueño, el dolor corporal y diversos malestares gastrointestinales. Estas afectaciones también

pueden repercutir en la vida familiar, social y laboral del psicoterapeuta, comprometiendo su bienestar y su desempeño profesional.

Por la naturaleza de su trabajo, los psicólogos clínicos constituyen una población especialmente vulnerable a desarrollar fatiga por compasión, ya que mantienen un contacto continuo con el sufrimiento de las personas a quienes acompañan. A esta exposición se suman condiciones laborales como la falta de supervisión clínica, una carga excesiva de consultante y la ausencia de espacios de atención personal para el terapeuta, factores que incrementan el riesgo de desgaste (Barahona, 2011). Sin embargo, la aparición de este fenómeno no depende únicamente de las condiciones externas. La autora señala que también intervienen aspectos de la historia personal del profesional, pues aquellas experiencias que permanecen sin elaborar pueden activarse durante el encuentro terapéutico.

La revisión realizada permitió comprender la fatiga por compasión como una respuesta inseparable a la práctica psicoterapéutica, derivada del contacto empático y sostenido con el sufrimiento de los consultantes. A diferencia del burnout, este fenómeno tiene su origen en la implicación afectiva que el terapeuta establece dentro del vínculo clínico, lo que lo convierte en un riesgo propio del ejercicio de la psicoterapia. Reconocer su existencia y dinámica resulta esencial para visibilizar la vulnerabilidad emocional del profesional y la necesidad de generar recursos que le permitan mantenerse disponible para el encuentro terapéutico.

Autocuidado en el psicoterapeuta

El acompañamiento psicoterapéutico implica un contacto continuo con el sufrimiento humano, lo que puede repercutir en la vida emocional del profesional y aumentar su

vulnerabilidad al desgaste. En este contexto, Holguín et al. (2020) señalan que la principal herramienta de trabajo del psicoterapeuta es él mismo, junto con los recursos desarrollados a través de su formación y experiencia. Por ello, el autocuidado constituye una práctica indispensable para preservar su bienestar biológico, psicológico y social, así como la calidad de su ejercicio profesional.

Los psicoterapeutas no pueden trabajar con el dolor y la pérdida sin haber pasado por los propios duelos, heridas y/o traumas por procesos que vayan integrando su historia individual y colectiva. Es por ello que en la promoción del autocuidado se contemplan medidas personales en el ámbito del trabajo y fuera de este, lo que contribuye a crear un balance entre la vida privada y el trabajo, satisfacción laboral y un mejor rendimiento (Duque Arellanos, 2020).

Etimológicamente, el concepto autocuidado está conformado por dos palabras: auto, que proviene del griego y significa “propio” o “por uno mismo”, y cuidado, que viene del latín *cogitatus* que significa “pensamiento”. Autocuidado significa entonces pensar en una misma; cuidarse. Esto muestra que el autocuidado tiene una parte teórica (pensar en) y también práctica (llevar a cabo lo que se piensa) (Tobón, 2003).

El origen del concepto de autocuidado se encuentra en la salud pública, particularmente, en el área de la enfermería. Una de las primeras autoras que se refirió al concepto fue Dorothea Orem, enfermera norteamericana que desarrolló la teoría de la enfermería sobre el déficit de autocuidado. A través de su modelo, integró la teoría del autocuidado (TAC), la teoría del déficit de autocuidado o déficit del cuidado de las personas a cargo (TDAT) y la teoría de los sistemas de enfermería (TSE), según refiere Rivera (2006).

En la literatura se ofrece una amplia gama de definiciones conceptuales y operacionales del autocuidado en terapeutas. En todas ellas se hace referencia al mismo como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud (Guerra, et al., 2008).

El autocuidado, como menciona Duque Arellanos (2020), pasa por procesos de autoconocimiento, autorreflexión sobre quiénes somos, qué queremos, a dónde vamos y por qué hacemos lo que hacemos. Y todo eso pasa por procesos de sanación y desarrollo personal que nos permiten involucrarnos de manera responsable y ética con lo que hacemos. Implica reconocer límites y aceptar responsabilidades, entrar en contacto con nuestras emociones y necesidades.

Aplicado específicamente a la labor de los psicólogos clínicos, Yáñez (2005) considera que el autocuidado está referido a las competencias del terapeuta para promover su salud (física y emocional) y su calidad de vida, e indica, a su vez, que el autocuidado implica detectar, enfrentar y resolver situaciones asociadas al desgaste laboral.

Las estrategias de autocuidado poseen la cualidad de ser conductas ejecutadas ya sea por el mismo profesional o por el equipo de trabajo, porque el autocuidado, como refieren Guerra, et al. (2008), se convierte en la mejor forma de prevenir y mitigar el desgaste laboral; además, debe surgir de la misma psicóloga, quien conoce sus necesidades y sus propias competencias en el ejercicio profesional, de manera que la lleven a tomar acciones para promover su salud mental, en todos los niveles que la integran: personal, social y profesional.

El autocuidado es un ejercicio práctico que solo se puede vivir en la medida en que se tomen acciones inmediatas y habituales en los diferentes ámbitos; en lo

personal: realizar ejercicio, sana alimentación, actividades de recreación y ocio, crecimiento espiritual, asistencia a terapia para el proceso propio y atención de estados emocionales; en lo social: fomento y manutención de relaciones interpersonales; y en lo profesional: conversación grupal y contacto dentro del contexto de trabajo, formación y supervisión, control de horas de consulta, pausas entre pacientes, establecimiento de límites, evitar auto responsabilizarse en exceso y realizar trabajo interdisciplinario (Cerdeira, 2012).

Por todo esto, se entiende que el autocuidado es una función indispensable e inherente al ser humano (Tobón, 2003), ya que permite el desarrollo y crecimiento de las personas y se encuentra asociado a la sobrevivencia. No obstante, el que sea indispensable e inherente a las personas, no excluye el hecho de que es un proceso voluntario.

A las distintas definiciones de autocuidado, se puede agregar que esta noción tiene dos niveles. El primero de ellos se refiere a la responsabilidad de las instituciones, que protegen a los profesionales que trabajan en ellas, y el segundo, a la capacidad de autocuidado de los profesionales (Barudy, 1999). Por lo anterior, además de reconocer la responsabilidad que tiene cada uno de los profesionales en su propio autocuidado, se establece la responsabilidad a nivel institucional y, a partir de ello, a nivel de políticas públicas, de asumir como tarea el desarrollo de autocuidado en los profesionales.

Además de esto, se puede añadir que, dada la relevancia del autocuidado, las personas que trabajan en el área de la salud son también responsables de fomentar el autocuidado en las personas con las que trabajan (Tobón, 2003), por lo

que tienen una doble responsabilidad: cuidarse a sí mismas, así como también promover el autocuidado en otras.

Santana y Farkas (2007) destacan la importancia de que las profesionales se responsabilicen a sí mismas como las principales agentes de desarrollo del autocuidado, porque quienes, entre otras cosas, están encargadas de promover las prácticas de autocuidado en las personas con las que trabajan, deberían primero haber asumido el autocuidado como una práctica personal, ya que de este modo pueden vivenciar directamente los cambios que esto tiene en su estilo de vida (Tapia y Iturra, 1996). Por su parte, O'Halloran y Linton (2000, como se cita en Durruty, 2005) señalan que, para mantener la efectividad en el trabajo terapéutico, es fundamental el uso de estrategias de autocuidado por parte de los psicoterapeutas. Los profesionales pueden elegir entre las diversas estrategias existentes de acuerdo con sus preferencias personales y los recursos disponibles, como expone Norcross (2000 como se cita en Cerda, 2012).

De acuerdo con lo anterior, los terapeutas más conscientes de sus limitaciones personales y de su propia responsabilidad emocional hacia sus pacientes pueden ser más sensitivos y capaces de responder terapéuticamente ante los problemas de sus consultantes.

Por otra parte, Santibáñez et al. (2008) plantean que el ajuste emocional de los terapeutas se relaciona directamente con el éxito terapéutico. Un (a) terapeuta perturbada no solo puede impedir el cambio de su paciente, sino, además, puede ser iatrogénico para este. Dado lo anterior, la responsabilidad del terapeuta respecto a su propia salud mental y autocuidado es fundamental.

En conjunto, el recorrido teórico realizado permitió reconocer que la práctica psicoterapéutica involucra mucho más que el dominio de conocimientos y técnicas. El ejercicio clínico supone una implicación personal constante, en la que el vínculo con el consultante, la sensibilidad frente al sufrimiento y la propia historia del terapeuta forman parte del proceso terapéutico. En este contexto, el trabajo con personas que han vivido experiencias traumáticas representa un desafío que puede generar procesos de desgaste, pero también favorecer el desarrollo de recursos personales y profesionales cuando existen condiciones que promueven el cuidado de sí mismo.

El autocuidado se comprende entonces como una dimensión inseparable al ejercicio ético y profesional del psicoterapeuta, orientada a sostener su bienestar y la calidad del acompañamiento clínico. Estos planteamientos constituyen el fundamento conceptual de la presente investigación y orientan la propuesta de principios y hábitos de autocuidado que será desarrollada a partir del estudio empírico.

FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación propone una formulación de principios y hábitos de autocuidado que contribuyan al afrontamiento de la fatiga por compasión en psicoterapeutas que acompañan casos de trauma. Para ello, se identifican las fortalezas y las áreas de oportunidad presentes en sus prácticas de autocuidado, con el propósito de generar una propuesta sustentada en la experiencia de los participantes.

La metodología utilizada con este fin, por lo tanto, se orienta hacia la investigación aplicada. Según Murillo (como se cita en Vargas, 2009), la investigación aplicada, también conocida como investigación práctica o empírica, se distingue por su propósito de poner en uso los conocimientos previamente obtenidos, mientras se generan nuevos saberes a través de la implementación y sistematización de la práctica investigativa. Esta modalidad permite un acercamiento riguroso, estructurado y metódico para comprender la realidad e intervenir sobre ella.

Las investigaciones aplicadas con enfoque diagnóstico, como la presente, implican un procedimiento desarrollado mediante encuestas, entrevistas o cuestionarios para identificar necesidades o problemáticas presentes en un determinado contexto. A partir de este diagnóstico, buscan generar propuestas que contribuyan a la mejora de la práctica profesional, mediante la elaboración de lineamientos, herramientas, materiales especializados o la documentación de buenas prácticas de intervención.

La presente es una investigación aplicada de tipo no experimental. Para dar respuesta al objetivo general, el proceso de análisis se desarrolló en tres momentos complementarios

- 1) Caracterizar las prácticas de autocuidado de los participantes mediante el análisis del “Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas” (CCDP) y de la escala Professional Quality of Life (ProQOL), considerando sus trayectorias profesionales y los niveles de satisfacción por compasión, burnout y fatiga por compasión.

2) Analizar las fortalezas y las áreas de oportunidad presentes en dichas prácticas, con el propósito de comprender cómo estas favorecen o dificultan el afrontamiento de la fatiga por compasión en psicoterapeutas que acompañan personas con experiencias traumáticas.

3) Construir una propuesta de principios y hábitos de autocuidado sustentada en los resultados obtenidos, encaminada a fortalecer la identidad profesional del psicoterapeuta y a ofrecer elementos que puedan contribuir tanto a la práctica clínica como a futuras investigaciones sobre el tema.

Descripción de instrumentos / técnicas de estudio e intervención

Esta investigación realizó una interpretación de los datos recolectados bajo un esquema metodológico que permitió establecer los perfiles identitarios de los terapeutas, su estado de salud mental en el contexto del trauma vicario o fatiga por compasión, así como las carencias en el autocuidado.

Por lo tanto, se utilizó el “Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas” (CCDP) de Orlinsky et al. (1999), el cual es un instrumento de autoinforme compuesto por diez subescalas. A través del instrumento, los psicoterapeutas se describen personal y profesionalmente. Los resultados de esta escala suelen utilizarse para comprender la importancia de los factores comunes en la efectividad de la psicoterapia, y para ayudar a los profesionales a mejorar sus habilidades y prácticas psicoterapéuticas.

Para esta investigación fueron elegidas siete subescalas, con la intención de explorar aspectos relacionados a la identidad del psicoterapeuta y posibles áreas de vulnerabilidad en el autocuidado.

El autocuidado se analiza con la subescala IV, la cual corresponde a la experiencia del terapeuta con su propia terapia personal, mientras que los indicadores asociados al desgaste profesional se abordan mediante las subescalas VI y VIII, las cuales permiten identificar señales asociadas al burnout. Estas subescalas se consideran en relación con las siguientes dimensiones del desarrollo profesional del psicoterapeuta:

- I. Cantidad y tipos de entrenamiento profesional (formación especializada).
- II. Experiencia profesional.
- III. Desarrollo personal como terapeuta.
- IV. Experiencia con la terapia personal (*burnout*).
- V. Desarrollo personal y profesional actual (*burnout*).
- VI. Campos, modos y clientes de la práctica terapéutica actual.
- VII. Calidad de la experiencia del trabajo terapéutico actual (*burnout*).

Dicho cuestionario, el cual consta de 164 preguntas, todas de elección múltiple se aplicó de modo virtual a través de Formularios de Google en el mes de marzo del 2023 con una duración aproximada de 45 minutos.

También, y para correlacionar información que permitiera conocer la existencia de posible sintomatología de fatiga por compasión, se aplicó el día 17 de abril del 2023 el cuestionario Professional Quality of Life (ProQUOL) vía *Formularios de Google* para la obtención de las respuestas del segundo instrumento diseñado por B. Hudnall Stamm.

Este cuestionario evalúa los efectos positivos y negativos de trabajar con personas que han experimentado acontecimientos traumáticos. Consiste en 30 preguntas sobre los últimos 30 días. Las respuestas están medidas en una escala tipo Likert, con seis tipos de respuesta posible, desde nunca=0 hasta siempre=5.

El cuestionario permite obtener tres subescalas:

- Satisfacción por compasión: altos puntajes de esta escala representan una gran satisfacción por la efectividad en el trabajo.
- Fatiga por compasión: alta puntuación en esta escala denota la exposición secundaria laboral a eventos muy estresantes que generaron un impacto negativo en la vida profesional y se asocian con eventos específicos.
- Burnout: altos niveles en esta escala se asocian con sentimientos de desesperanza y dificultades para llevar a cabo el trabajo o hacerlo efectivamente.

Mediante el análisis de los informes de las personas encuestadas, se buscó conocer la práctica psicoterapéutica de los participantes para explorar las relaciones entre identidad, implicaciones del trauma en el psicoterapeuta, autocuidado y fatiga por compasión, con la intención de obtener razones fundadas para proponer hábitos de autocuidado que permitan que los profesionales de la psicoterapia por una parte, reconozcan los riesgos asociados al trabajo con trauma, lo cual ya es un forma de posicionarse frente a la temática, y por otra, incorporar estrategias conscientes que les brinden bienestar tanto en el área personal, profesional e institucional.

Participantes

Como se apuntó arriba, se aplicó el CCDP y la escala de fatiga por compasión ProQUOL a cuatro psicoterapeutas que ejercieran su práctica psicoterapéutica de manera activa, que atendieran casos con consultantes con posible trauma y que se encontraran en contextos institucionales o formativos que implicaran una exposición emocional significativa al sufrimiento humano.

Dos de ellos estaban ejerciendo la clínica con pacientes en situaciones de trauma en la práctica privada, pertenecientes a la Maestría en Psicoterapia; ellos mismos, y en supervisión, externaban sentirse superados por escuchar las vivencias que compartían sus consultantes. En comparación con las dos psicólogas que trabajaban en instituciones públicas enfocadas en la atención a situaciones de trauma, ellas externaban una constante fatiga, aunque no relacionada directamente con los consultantes, sin embargo, se observaba una resistencia a la atención a casos de trauma.

El elegir dos psicoterapeutas con distintos niveles de experiencia trataba de explorar cómo la etapa del desarrollo profesional incide en la vivencia del autocuidado, la percepción del desgaste emocional y la posible fatiga por compasión.

Los cuatro psicoterapeutas se ajustaban a la selección del estudio por su trayectoria clínica, por su experiencia con la temática del trauma, así como por el interés por la práctica clínica desde la ética. Más que buscar representatividad estadística, se priorizó la comprensión de la experiencia de autocuidado en psicoterapeutas que acompañan trauma con el fin de profundizar en las fortalezas

y carencias que sirvieran de base para la formulación de principios y hábitos de autocuidado aplicables a distintos momentos del desarrollo profesional de los psicoterapeutas.

Consideraciones éticas

Dado el diseño de esta investigación, se presentó, tanto a los psicoterapeutas en formación como a los que laboran en la institución pública, un documento en el que se explican los lineamientos de este estudio, quiénes son los responsables de la información obtenida y el uso que se pretende darle. Se les indicó que su participación era voluntaria y que, además, podían prescindir de su autorización en cualquier momento. Con este documento, cuyo formato se presenta en el Anexo 3, se garantiza la confidencialidad y el anonimato de la información obtenida, así como su exclusivo uso para los fines de este estudio. Por cuestiones éticas se omiten las referencias a datos de los psicoterapeutas que puedan colaborar con su identificación.

RECOLECCIÓN DE DATOS

En este apartado se expone el procedimiento ejecutado para la recolección de la información del cuestionario CCDP y el ProQOL-vIV, así como la descripción de los resultados obtenidos y las interpretaciones derivadas de dicha información.

De acuerdo con lo señalado arriba, se eligieron cuatro personas porque permite analizar los datos con mayor profundidad debido al tamaño reducido de la muestra para obtener datos con los cuales se explorará el objetivo de proponer una

formulación de principios y hábitos de autocuidado para el afrontamiento a la fatiga por compasión.

Presentación y análisis de resultados

La información de las pruebas aplicadas se categorizó desde tres ejes relacionados con el primer instrumento denominado *CCDP*, y la cuarta categorización, se obtuvo de la información relacionada con la *Escala ProQUOL*, en la cual se esperaba indagar respecto a los perfiles con posible fatiga por compasión en los encuestados.

Lo que respecta a la primera categoría nombrada como *Identidad del psicoterapeuta* tuvo como finalidad la exploración de la identidad profesional de los terapeutas y los elementos que configuran su trayectoria formativa y práctica clínica. Se indagó su formación académica, la duración y calidad percibida de su nivel de estudios, así como la satisfacción con sus procesos de formación a nivel licenciatura y maestría, con especial énfasis en la preparación recibida para la atención a casos de trauma tanto a nivel teórico como en el manejo clínico.

Las preguntas planteadas exploraban también la corriente de psicoterapia en la que se habían formado, si actualmente se encontraban en formación y la relevancia que ellos detectaban dichas instancias para su práctica actual. Así mismo, se indagó sobre el acceso a espacios de supervisión, la cantidad y tipo de supervisión recibida a lo largo de su quehacer profesional y la disponibilidad de supervisión especializada para el acompañamiento de casos de trauma.

Identidad de los psicoterapeutas

Profesional M

Se refiere a una mujer de 42 años quien ejerce su práctica actual entre el trabajo institucional y la consulta privada. En la institución pública atiende principalmente a adolescentes con intentos de suicidio, violencia intrafamiliar recurrente y de reacciones afectivas intensas ante estresores psicosociales.

Tiene formación de licenciatura en psicología y una maestría en terapia familiar, ejerciendo su práctica desde el enfoque Sistémico Relacional. Al referir sobre su formación académica, menciona que la formación de licenciatura la dejó con una sensación de insuficiencia frente a las demandas reales del ejercicio clínico, pero su especialización en psicoterapia equilibró dicha sensación pues le otorgó una satisfacción profunda y un sentido de preparación. Ha estado en formación durante diez años y cuenta con seis años de experiencia clínica, lo que le ha permitido desarrollar un adecuado manejo del trauma, aunque, según a referencia de ella *“tendría que mejorar la formación de psicólogos y psiquiatras en atención a casos de trauma poniendo énfasis en lo clínico”*.

Expone que percibe una satisfacción laboral alta sintiéndose respaldada por su entorno laboral, especialmente por contar con supervisión grupal en donde recibe retroalimentación sobre casos de alta vulnerabilidad.

Como profesional se orienta a que sus consultantes logren integrar aspectos excluidos de su experiencia, comprender sus emociones y reconocer cómo contribuyen a sus propios problemas. La observación cuidadosa de las necesidades de sus pacientes es uno de sus puntos fuertes atribuyéndolo a la empatía y

experiencia que tiene. Identifica como una limitación a la tendencia a involucrarse de forma intensa en la búsqueda de recursos para los consultantes, sobre todo en casos con problemáticas de alto impacto basadas en conductas delictivas, lo que reconoce como un reto para mantener la distancia terapéutica. Reporta haber experimentado un conflicto personal reciente vinculados a problemas de pareja por una dificultad en salud lo que hace no sentirse parte de una comunidad significativa.

Profesional I

I es una mujer y tiene 42 años, trabaja como psicóloga en una institución pública dedicada a la atención de mujeres que han vivido violencia y lo combina con consulta privada. Atiende alrededor de diez pacientes en cada contexto acompañando historias de violencia y problemáticas persistentes, pero no necesariamente crónicas. Cursó la licenciatura en psicología y una maestría en terapia sexual, actualmente estudia una especialidad en terapia de pareja teniendo catorce años de formación académica y ejerce su práctica clínica con un enfoque cognitivo-conductual con tres años de experiencia.

Sobre su formación expresa sentirse satisfecha tanto con su licenciatura como con su especialización, valorando también su preparación teórica y práctica para el abordaje del trauma, aunque coincide en que la formación de psicólogos y psiquiatras debería profundizar en las dimensiones clínicas de este tipo de casos.

En cuanto a su desempeño profesional, se siente satisfecha con su labor, pero se percibe poco apoyada, enfrentando una considerable afectación en sus ingresos. Lo que respecta a la relación con sus pacientes, esta se caracteriza por “dar tiempo para el desahogo de la crisis” considera que cada paciente va dando la pauta y que su tarea es sostener en el tiempo sin presionar. Piensa los procesos

psicoterapéuticos como el acompañamiento para que el otro comprenda sus propias emociones, motivaciones y comportamientos con el fin de reducir síntomas, modificar patrones problemáticos y desarrollar mejores destrezas para enfrentar responsabilidades sociales y familiares.

Entre las dificultades que detecta en su práctica, menciona una moderada confianza en su capacidad por generar cambios significativos, así como inquietud por no alcanzar siempre un impulso constructivo en la terapia. Participa en espacios de supervisión como parte de su proceso de titulación de la especialidad.

No reporta haber experimentado algún trauma significativo en sus vivencias de vida y se siente integrada en una comunidad significativa.

Estudiante S

Al momento de la investigación y siendo el único participante masculino del estudio, S tenía 26 años y cursaba la Maestría en Psicoterapia en ITESO. Previamente estudió una licenciatura en psicología la cual percibió como que no lo preparó lo suficiente para las exigencias reales del ejercicio clínico. Cuenta con seis años de formación especializada y poco más de un año de práctica clínica reconociendo que su entrenamiento en manejo del trauma ha sido limitado y más centrado en aspectos teóricos sugiriendo que la formación en psicólogos y psiquiatras debería profundizar en lo clínico con un enfoque más cercano a la experiencia del paciente.

S. trabaja en práctica privada atendiendo adultos con una demanda de trece pacientes semanales. La mayoría con sintomatología mínima y algunos casos graves con síntomas de ideación suicida y violencia recurrente. Menciona tener la flexibilidad para seleccionar a sus consultantes, el número de pacientes que atenderá al día y la duración de los procesos terapéuticos brindándole un margen

de autonomía que valora profundamente lo cual lo hace sentirse satisfecho en su contexto laboral en donde tiene acceso a supervisión para casos de alta vulnerabilidad.

Describe su estilo terapéutico como comprometido, crítico, exigente y directivo, aunque amigable y acogedor. Orienta su quehacer clínico a que los pacientes fortalezcan su identidad personal y autoestima, fomenta el valor para afrontar situaciones evitadas y ayudarles a evaluar sus metas de forma realista. Ante el impacto que tiene su trabajo refiere: “me doy cuenta que las personas están conmigo porque no tienen otra solución y casi siempre somos su última opción, no podemos decepcionarlos” reconociendo en sí una limitación importante: las preocupaciones personales interfieren con su concentración, llevándolo a revisar su teléfono durante sesiones para verificar sus mensajes. Negó alguna situación de vida traumática, y se siente medianamente integrado a una comunidad profesional significativa.

Estudiante L

La segunda participante estudiante cursando la Maestría en Psicoterapia en ITESO corresponde a L, una mujer de 30 años de edad. Estudió una licenciatura en psicología y cuenta con diez años de formación especializada con la cual se siente muy satisfecha ejerciendo su práctica clínica desde un enfoque cognitivo-conductual. Ella refiere que percibe su entrenamiento en manejo de trauma como poco adecuado, lo que atribuye como insuficiente en la dimensión clínica.

Cuenta con cuatro años de práctica profesional atendiendo principalmente a adultos con problemáticas transitorias, así como algunos casos graves con ideación suicida y violencia recurrente, al momento de la aplicación del instrumento trabajaba

en una institución educativa privada con una carga de cuarenta horas semanales, además de atender cuatro pacientes en práctica privada. Ella comparte sentirse satisfecha por su contexto principal, sin embargo, enfrenta una afectación en sus ingresos y un cansancio crónico mencionando: “siento que no logro tener todo mi potencial en el momento de las sesiones porque en temporadas caigo en un cansancio crónico que afecta la calidad de mi acompañamiento, y del uso de mi creatividad y motivación”. Orienta su trabajo clínico a que sus pacientes tengan un fuerte sentimiento de identidad personal, una elevada autoestima, una comprensión de sus propias emociones y la mejora en la calidad de las relaciones interpersonales. Desde su formación en licenciatura ha participado en espacios de supervisión, aunque anteriormente los casos que atendía no representaban altos niveles de riesgo teniendo actualmente supervisiones para casos de profunda vulnerabilidad.

La participante puntuó haber experimentado un trauma medianamente significativo en su vida y al momento de la encuesta, atravesaba conflictos personales asociados a un sentido de pérdida de rumbo por migración de su ciudad de origen para hacer sus estudios de especialidad. Se percibe integrada a una comunidad significativa.

SÍNTESIS

Lo que respecta al primer apartado en relación con la *Identidad del psicoterapeuta* se exploró cómo los entrevistados han configurado su identidad profesional, permitiendo identificar elementos compartidos y diferencias significativas en cuanto a su construcción.

Ante las demandas reales del trabajo clínico con consultantes en situación de trauma todos los participantes coincidieron en señalar como insuficiente la formación en la licenciatura para acompañar procesos psicoterapéuticos con dicha temática. Esta vivencia resulta similar con lo señalado por White (2002), quien sugiere que en la cultura de la psicoterapia se mantiene la sensación de “no haber llegado a saber lo suficiente”, sobre todo cuando el psicoterapeuta afronta contextos de alta complejidad emocional. Dado que esta percepción está presente tanto en psicoterapeutas con mayor trayectoria como en quienes se encuentran en proceso formativo propone que no sólo se trata de una experiencia subjetiva, sino de una falla en la formación básica, particularmente al abordaje clínico del trauma.

De igual forma, todos los participantes expusieron una alta implicación personal con el quehacer terapéutico y una orientación del trabajo centrado en el acompañamiento del mundo emocional del consultante, la integración de la experiencia y el fortalecimiento de la identidad personal. Esta orientación coincide con lo planteado por los autores como Anderson (citado en Rober, 2005), quienes sostienen que el terapeuta no puede situarse como “una pizarra en blanco”, sino que pone en juego su propia persona en la relación terapéutica. Sin embargo, la forma en que esta implicación es vivida y regulada por cada uno de ellos, muestra diferencias entre los participantes.

Tanto M e I, quienes tienen mayor experiencia clínica, exponen una mayor sensación de competencia y satisfacción laboral, lo cual puede leerse como lo que Guy (1995) nombraba el proceso de maduración del terapeuta, en donde la experiencia acumulada posibilita una incorporación entre el ser persona y el rol profesional. Pero, esta vivencia está marcada por condiciones laborales distintas:

mientras M se percibe respaldada por su contexto laboral y la supervisión grupal (elemento que la literatura reconoce como factor protector frente al desgaste profesional), I lo vive desde una sensación de escaso apoyo y escasez económica, lo que influye en su vivencia del quehacer profesional y en la manera en que sostiene su implicación terapéutica.

Comparado con los estudiantes de la maestría S y L quienes comparten sus inseguridades respecto a su percepción de poca eficacia terapéutica y a su pobre capacidad de generar cambios significativos en los consultantes, puede entenderse esta vivencia desde lo señalado por Kottler (2019), quien describe que los psicoterapeutas en formación suelen experimentar temores de ineptitud, dudas sobre su competencia y una sobrecarga emocional derivada tanto de la exigencia académica como de la exposición temprana a casos complejos. Pareciera que en ellos la identidad profesional se muestra aún en construcción, en donde existe la tensión entre lo que se espera del rol de terapeuta y las limitaciones percibidas del propio desempeño, lo que se convierte en dificultades personales como las expuestas como el cansancio, preocupaciones personales, procesos migratorios o dificultades en la concentración reflejados en la parte del quehacer clínico.

También, se identifica otra diferencia la cual se vincula con la experiencia vital y su experiencia en el ejercicio clínico. Tal como señalan Corbella et al. (2009) y Gascón (2000), la historia personal del terapeuta no es un elemento aislado al quehacer clínico, sino un componente activo en la forma del rol profesional. En esta línea, algunas participantes reconocen haber atravesado conflictos personales que influyen en su sentido de pertenencia y en la disposición psíquica para el trabajo terapéutico, mientras que otras refieren no haber vivido eventos traumáticos

significativos y sentirse integradas a comunidades de apoyo, lo que parece operar como un factor protector frente al desgaste.

En relación con lo antes descrito, los resultados muestran que la identidad del psicoterapeuta se constituye desde un proceso dinámico en el que entretienen la formación académica, la experiencia, el contexto en donde se ejerce y las vivencias personales. Las coincidencias evocan necesidades compartidas, especialmente la formación especializada y el acompañamiento profesional desde la supervisión, mientras que las diferencias exponen los distintos modos de afrontamiento personales de los psicoterapeutas y los niveles de integración al rol profesional, los cuales se vinculan al momento vital y profesional de cada participante.

Implicaciones del trauma en el psicoterapeuta

Como segunda categoría se exponen las *implicaciones del trauma en el psicoterapeuta*; el conjunto de las preguntas realizadas a los encuestados se orientó a explorar la vivencia clínica de los psicoterapeutas frente al trabajo psicoterapéutico con pacientes con experiencias de trauma. Se indagó en los cambios percibidos en su ejercicio profesional y cómo ellos han sido percibidos si desde el crecimiento, el deterioro o como superación de limitaciones. También, se indagó sobre las respuestas emocionales, cognitivas y vinculares que se experimenta en el encuentro terapéutico ante situaciones de alta exigencia, tales como sentimientos de inseguridad, frustración, sobreimplicación, tensiones éticas o dificultades en la regulación de la alianza terapéutica. Por último, se indagaron las estrategias clínicas

y relacionales que los psicoterapeutas movilizan para afrontar las dificultades del proceso, regular su implicación subjetiva y sostener el tratamiento.

A continuación, se describe la vivencia de los psicoterapeutas encuestados:

Profesional M

Da cuenta de percibirse profesionalmente en un proceso de cambio significativo a lo largo de su trayectoria clínica lo cual le ha permitido superar limitaciones en etapas previas de su práctica desarrollando, como menciona, casi por completo su potencial como psicoterapeuta. Encuentra positiva la influencia de su quehacer terapéutico tanto en su desarrollo personal como profesional, vivenciando ese vínculo como una consolidación de su identidad clínica.

Desde el espacio terapéutico, se describe con presencia, concentración y estabilidad emocional durante las sesiones, predominando estados de inspiración, relajación y motivación lo que posibilita sostener los encuentros clínicos con claridad y disponibilidad afectiva. Comparte tener la flexibilidad a elegir sus consultantes, el número de pacientes atendidos, libertad en cuanto a la orientación teórica desde la cual trabaja, así como los horarios y la duración de los procesos terapéuticos.

Como parte de sus fortalezas clínicas, puntúa la observación sensible a las necesidades de los consultantes esto por su capacidad empática adquirida a lo largo de su desarrollo profesional. Como parte de una limitación, menciona la sensación de desafío que enfrenta de brindar ayuda suficiente frente a la complejidad de ciertos casos, especialmente los relacionados a conductas delictivas. Esto lo afronta con una búsqueda constante de nuevas alternativas y recursos de apoyos para los consultantes, identificando que la sensibilización a este tipo de situaciones incrementa en ella la exigencia emocional del trabajo clínico.

Reconoce que la asesoría, canalización a otras instancias e involucrar a otros profesionales e instituciones la lleva a una vivencia del trabajo clínico de satisfacción profesional, siendo una estrategia de afrontamiento clínico siendo también, la contención de sus propias emociones, pensar las situaciones desde otras perspectivas y dialogar junto con el consultante las dificultades que ella misma observa dentro del proceso psicoterapéutico. Como parte de las estrategias de afrontamiento que utiliza, destaca también el acercarse a terapeutas con mayor experiencia, la búsqueda de talleres relacionados con las problemáticas atendidas y, en situaciones críticas, suele acercarse a sus familiares o redes cercanas a ella. Comparte su disposición a interceder por sus consultantes ante otras instancias, sosteniendo una práctica que prioriza el trabajo en red y de corresponsabilidad institucional.

Profesional I

Como parte de su desarrollo profesional se percibe a sí misma con una mejoría en su proceso formativo y clínico vivenciándolo como un cambio significativo en el desarrollo de su carrera. En la actualidad encuentra dichos cambios, como una influencia positiva que enriquece su crecimiento personal y clínico. Menciona sentirse desarrollada por completo como terapeuta.

Dentro del espacio terapéutico se describe con disposición psíquica y presencia, concentrada, con motivación e inspirada, lo que le permite sostener los encuentros clínicos desde la claridad y continuidad. Menciona tener control con la selección de consultantes, el número de pacientes que atiende, la orientación teórica desde la cual trabaja, así como en el horario y la duración de los procesos psicoterapéuticos.

Como psicoterapeuta se describe como alguien comprometida, decidida, eficaz, amigable, involucrada, organizada y cautelosa. En la atención a personas en situación de trauma comparte permitir ciertos movimientos del encuadre terapéutico, que algunas sesiones se prolonguen más allá del tiempo establecido lo que posibilita dar tiempo al desahogo emocional en momentos de crisis, destacando ese gesto como una fortaleza. Manifiesta que en su trabajo cotidiano observa que cada paciente va marcando el ritmo y las necesidades del proceso terapéutico. Atribuye este recurso principalmente a su experiencia clínica. No obstante, y como una dificultad en su práctica, menciona experimentar una confianza moderada en su capacidad para producir efectos terapéuticos beneficiosos, así como un temor ocasional de estar causando más daño que beneficio en el proceso terapéutico y una dificultad para conducir la terapia hacia una dirección constructiva en determinados momentos del proceso.

Dentro de las estrategias de afrontamiento profesional que ha desarrollado para enfrentar las dificultades clínicas señala la discusión de los casos con colegas, la consulta de libros y artículos especializados, la derivación y/o involucramiento de otros profesionales e instituciones y la asistencia a espacios de supervisión. También, busca actividades de recreación fuera del ámbito laboral como forma de regulación emocional. Cuando identifica un estancamiento en los procesos terapéuticos, comenta que suele flexibilizar el encuadre clínico, se permite considerar la derivación con terapeutas con mayor experiencia y explora con el paciente la posibilidad de manejar la dificultad. Asimismo, se permite experimentar y observar en sí misma emociones difíciles que emergen en los procesos sin que ellos la inunden.

Estudiante S

Lo que respecta a su desarrollo profesional, S se percibe atravesando un proceso de cambio significativo a nivel profesional atribuyéndolo a una mejoría en su ejercicio clínico. Comparte haber superado limitaciones presentes en etapas previas de su trayectoria, sin embargo, aún no percibe haber desarrollado por completo su potencial como terapeuta. El ejercicio clínico lo encuentra positivo para su desarrollo profesional y personal.

En el contexto actual del espacio terapéutico, expone que en las sesiones lo acompaña una sensación de ligera somnolencia y desatención, aunque no impacta en un deterioro para sus acompañamientos. Señala contar con control sobre la selección de los consultantes, el número de pacientes atendidos, la orientación teórica desde la cual trabaja, así como el horario y la duración de los procesos terapéuticos. A nivel general, se percibe cambiado como profesional, identificando su proceso desde la mejoría continua y alejado del desgaste laboral.

Su estilo terapéutico se caracteriza por ser comprometido, con una postura crítica, siendo exigente con su quehacer, es directivo, aunque amigable y acogedor. La atención a casos de trauma comparte, han contribuido de manera significativa a su identidad como psicoterapeuta.

Acerca de las dificultades que enfrenta en su práctica clínica, expone una irritación moderada frente a pacientes a quienes percibe que bloquean el proceso terapéutico, a dichas experiencias le acompañan también sentimientos de culpa por no haber manejado adecuadamente situaciones críticas, así como la tendencia a “empujar” el proceso terapéutico y/o asumir una responsabilidad excesiva por la evolución positiva del consultante. También comparte sentirse presionado por las

expectativas de éxito y rendimiento profesional en su trabajo con los pacientes. Reconoce como una de sus limitaciones más problemáticas, la presencia de temas personales no resueltos, impactando en su capacidad de concentración.

Para afrontar las dificultades ante ciertos procesos terapéuticos que le resultan problemáticos, comenta el consultar libros especializados, el involucrar a otros profesionales, asistir a espacios de supervisión y la búsqueda de actividades fuera del ámbito laboral. Ante casos que le parecen de imposible resolución, comparte que piensa el plantearse la finalización del tratamiento.

Estudiante L

Se percibe a sí misma con un cambio significativo en su desarrollo profesional, el cual se caracteriza por una mejoría sostenida tanto en su proceso formativo como en lo clínico. Aunque está presente el progreso, percibe su potencial como terapeuta medianamente desarrollado compartiendo que dentro del espacio terapéutico actualmente predominan sensaciones de somnolencia, desatención, tensión e inseguridad, impactando en su experiencia subjetiva en los acompañamientos clínicos. Comparte poder seleccionar a sus consultantes, el número de pacientes que atiende al día y la orientación teórica desde la cual trabaja. Describe su estilo terapéutico como aceptadora, directiva, amigable, intuitiva, protectora y cálida

Sobre las dificultades que enfrenta en su práctica clínica comenta experimentar poca confianza en su capacidad para producir efectos terapéuticos beneficiosos, así como sentir inseguridad respecto a no saber cuál es la mejor manera de tratar al paciente en determinados momentos del proceso. Comparte experimentar angustia por habitar el impulso que permita conducir la terapia hacia una dirección constructiva, y se percibe alterada cuando las circunstancias de su

vida personal interfieren con el trabajo clínico, vivenciando sensaciones de “estar empujando el proceso terapéutico y/o de asumir una responsabilidad excesiva por una evolución favorable del consultante. En este contexto, suele sentirse presionada por expectativas muy altas de éxito y rendimiento profesional compartiendo sentir cansancio persistente que afecta los acompañamientos, así como su creatividad y motivación durante las sesiones. Como su limitación más problemática, expone al cansancio sostenido, el cual se caracteriza por falta de tiempo y energía para realizar lecturas y la disminución de su creatividad, atribuyéndolo a la combinación de estudio y trabajo de tiempo completo.

Como afrontamiento ante acompañamientos difíciles recurre a actividades de recreación, discutir los casos con otros colegas, la asistencia a supervisión y el involucramiento de otros profesionales. El revisar las situaciones desde otras perspectivas le permite contener sus propias emociones, expresando su disgusto a personas cercanas. También suele solicitar colaboración de familiares o redes de apoyo del paciente en situaciones críticas. Es alguien que se permite experimentar y observar en sí misma las emociones difíciles que surgen del ejercicio clínico. Ante los casos complejos, refiere realizar ajustes al encuadre tales como ofrecer sesiones adicionales y/o de urgencia, y permitir que algunas sesiones se prolonguen más allá del tiempo establecido.

Como fortalezas en la atención a situaciones de trauma destaca la escucha activa y el desarrollo de una empatía consciente orientada a comprender el contexto del consultante haciendo uso también de pausas reflexivas antes de sus intervenciones, sosteniendo una actitud de paciencia respecto a la dirección que va tomando la sesión. Atribuye esos recursos tanto a la teoría como al intercambio con

colegas, así como al acompañamiento que ha tenido en su desarrollo profesional lo que ha permitido nutrir su panorama clínico y una comunicación asertiva.

SÍNTESIS

Al comparar lo descrito por los cuatro participantes en la categoría de *implicaciones del trauma en el psicoterapeuta*, todos comparten haber experimentado un cambio significativo en su desarrollo profesional otorgándole un significado de mejoría. Reconocen también, haber superado limitaciones en etapas previas de su práctica identificando al quehacer clínico como una influencia positiva tanto en su desarrollo personal como en el área profesional. Esto supondría que el contacto sostenido con el trauma no solo se entendería como factor de desgaste, sino como una experiencia que reorganiza la percepción del terapeuta en el ejercicio clínico tal como lo señala White (2002), quien comparte que la práctica de la psicoterapia modifica la vida de quien la ejerce, reconfigurando los significados que atribuye a su experiencial y al mundo.

La primera diferencia aparece ante la percepción que tienen de su propio potencial; tanto M como I se perciben desde un desarrollo óptimo en su potencial como terapeutas, S y L lo viven distinto, considerando que su potencial aún no está plenamente desarrollado. Esto señala una diferencia en los distintos momentos en los que se encuentran los participantes en la consolidación de su identidad profesional, en donde coinciden los recursos personales, la experiencia clínica y las exigencias del quehacer clínico.

Dentro del espacio terapéutico también se identifican diferencias en lo expuesto por los participantes; M e I se describen con presencia, concentración y estabilidad emocional predominando en ellas estados de inspiración y claridad

clínica a diferencia de S quien comenta tener episodios de ligera somnolencia y desatención mientras que L refiere con mayor intensidad la somnolencia, tensión e inseguridad, lo que marca una diferencia de los participantes en su disponibilidad psíquica con la que cada uno sostiene el encuentro terapéutico. Ante las diferencias en la disponibilidad afectiva de los psicoterapeutas podría interpretarse el impacto subjetivo del trabajo con trauma, en donde la constante exposición al sufrimiento podría manifestarse en cansancio emocional o disminución de la energía clínica exponiendo que dicha implicación no es homogénea y se regula desde distintos sitios según los recursos personales de cada terapeuta.

En otro aspecto en el que coinciden los psicoterapeutas es en la elección de sus consultantes, el número de pacientes a atender, la orientación teórica con la cual guían el proceso, los horarios y la duración de los procesos. Sin embargo, el contexto institucional y sus condiciones exponen diferencias importantes en la vivencia de los psicoterapeutas; L reporta afectación por el cansancio asociado a la combinación de estudio y trabajo de tiempo completo, mientras que en S las interrupciones son vinculadas a temas personales. Por su parte, M e I no comparten afectaciones significativas que comprometen su desempeño clínico. Esto invita a pensar que las implicaciones del trauma no tendrían que analizarse aislado de las condiciones laborales, ya que el desgaste no se produce únicamente por el contenido traumático, sino también por la disponibilidad de recursos dentro del entorno laboral. Esto dialoga con lo expuesto por Barudy (1999) y Arón y Llanos (2004) quien muestran que el autocuidado no es únicamente responsabilidad individual, sino también institucional.

Lo que respecta a las dificultades en la práctica clínica aparece en los cuatro perfiles, aunque en distintos grados, la vivencia de “empujar” el proceso terapéutico y/o asumir una responsabilidad excesiva por la evolución del consultante. Asimismo, se vivencian con sentimientos de culpa, presión por el rendimiento y cuestionamientos respecto a la propia capacidad terapéutica. Esto podría comprenderse desde lo que Duque Arellanos (2020) comparte que suele activarse al trabajar con violencia, la sobre implicación emocional, particularmente cuando el terapeuta se posiciona desde la fantasía de “tener que salvar” al consultante. Desde el planteamiento de la alianza terapéutica Araya-Véliz y Porter (2017) exponen que esta se sostiene, entre otros factores, en la confianza que el terapeuta tiene en su propia intervención y cuando esta se debilita, el vínculo puede tensarse, alimentando la autoexigencia.

De las estrategias utilizadas para el afrontamiento, los participantes coinciden en la asistencia a espacios de supervisión, discusión de casos con colegas, consulta bibliográfica e involucramiento de otros profesionales y/o instituciones. Como parte de las coincidencias en este apartado, también comentan la búsqueda de actividades fuera del ámbito laboral como forma de regulación emocional. No obstante, M e I enfatizan la importancia del trabajo en red y la corresponsabilidad institucional como recursos centrales, mientras que S contempla con mayor frecuencia la posibilidad de finalizar el tratamiento ante situaciones complejas y L enfatiza el ajuste del encuadre como forma de sostén.

Todos los perfiles coinciden en destacar la escucha activa, la empatía y el análisis contextual del consultante como recursos centrales en la atención a trauma, aunque la forma en cómo se sostienen dichos recursos varía según el participante;

para M lo sostiene desde el trabajo en red, en I se lo brinda la experiencia y la flexibilidad del en cuadro, para S es desde el compromiso crítico y directivo y en L, la empatía se nutre por la teoría y el intercambio con colegas.

Por lo antes descrito, las implicaciones del trauma en el psicoterapeuta muestran que se observa desde el proceso del fortalecimiento identitario como en tensiones vinculadas a la sobre implicación, la autoexigencia y el cansancio. El modo en que cada uno regula sus recursos personales y su implicación, así como las condiciones institucionales para sostener el quehacer clínico aporta a las diferencias señaladas.

Autocuidado

Esta categoría tuvo como finalidad indagar en las prácticas y experiencias asociadas al autocuidado del psicoterapeuta, entendiendo esto como aquellos recursos personales y profesionales que posibilitan sostener el quehacer clínico en contextos de trauma. Se indagó la importancia atribuida al acompañamiento personal como parte del desarrollo profesional, también se exploró aquellas actividades extralaborales a las que recurren en búsqueda de bienestar y regulación emocional, tales como la convivencia familiar, práctica de actividad física, actividades artísticas y recreativas, etc. Con estas preguntas se buscó identificar la existencia de espacios de descanso y disfrute más allá del ámbito clínico.

Por último, se exploró la percepción global de satisfacción y nivel de estrés en su vida al momento de la encuesta con el propósito de colocar el autocuidado como una experiencia integrada en la calidad de vida general.

A continuación, se describe la percepción de autocuidado de cada participante:

Profesional M

En cuanto al área social, M menciona que es muy frecuente el realizar actividades con su familia, y de manera habitual reunirse con sus amigos. Aunque mantiene vínculos cercanos fuera del espacio clínico, rara vez asiste con ellos a espectáculos o conciertos, y tampoco viaja a localidades distintas en las que se desenvuelve habitualmente.

En cuanto al deporte, no mantiene ninguna práctica al momento de la encuesta siendo la única de los participantes que no incorpora actividad física como parte de su rutina, aunque comparte que si practica meditación lo que sugiere que sus formas de regulación se inclinan más a lo introspectivo que a lo físico.

Por otra parte, comenta que nunca ha practicado disciplinas artísticas ni tampoco realiza actividades manuales, por lo que el autocuidado no parece organizarse desde espacios de creación artística sino parece sostenerse más en un ámbito relacional.

Describe una vivencia positiva sobre su calidad de vida encontrándola como satisfactoria, aunque, en ocasiones puede resultarle estresante por las demandas cotidianas propias del quehacer profesional y su área personal.

Sobre la importancia de que los terapeutas pasen por un proceso de psicoterapia personal, ella lo encuentra muy positivo, aunque comparte que no debería ser un requisito.

Profesional I

Para I, comenta que con frecuencia realiza actividades con su familia y a veces se reúne con sus amigos. Como parte de su desenvolvimiento social, también asiste a espectáculos con frecuencia como son el cine, el teatro y conciertos y de modo también frecuente realiza viajes a localidades distintas a las que se desenvuelve comúnmente.

De modo frecuente se involucra en prácticas de meditación, siendo una actividad dentro de su rutina diaria, aunque comenta no practicar ningún deporte. Recurre a actividades de expresión creativa practicando de manera muy frecuente a alguna habilidad manual, siendo la única de los participantes en referir esta actividad con esa frecuencia. Describe su vida como satisfactoria y rara vez estresante.

Por último, encuentra muy positivo que la mayoría de los terapeutas pasen por un proceso de psicoterapia personal, aunque considera que no debe ser un requisito.

Estudiante S

Lo que respecta al área social de este estudiante, comenta asistir frecuentemente a actividades con su familia, aunque solo a veces participa en reuniones con amigos. Nunca asiste a espectáculos como cine o conciertos, no obstante, de manera muy frecuente realiza viajes a sitios distintos en los que habitualmente se desenvuelve.

Acerca del cuidado corporal, comparte que de manera muy frecuente practica deporte siendo su principal actividad de autocuidado otorgándole su principal atención pues le resulta placentera. Sin embargo, comparte que con nula frecuencia realiza prácticas de meditación. Sobre actividades en relación con la expresión

creativa, nunca las ha practicado. Al momento actual de la encuesta, identificó su vida como muy satisfactoria, aunque reconoció que en ocasiones le puede resultar estresante.

Estudiante L

La percepción del área social, L comenta que muy frecuentemente realiza actividades con su familia y solo a veces se implica en reuniones con amigos. De manera poco frecuente asiste a espectáculos y nunca viaja a otros sitios.

Sobre actividades deportivas las realiza frecuentemente y rara vez incluye la meditación como forma de regulación corporal. Sobre expresiones artísticas, ella asiste a clases de canto. Describe una vivencia medianamente satisfactoria y frecuentemente estresante.

SÍNTESIS

Esta categoría nos acerca a comprender cómo cada entrevistado organiza sus recursos personales frente a las exigencias del quehacer clínico, observando coincidencias y diferencias significativas las cuales serán descritas a continuación:

La mayoría refirió haber tenido un proceso de psicoterapia personal, sin embargo, el lugar de importancia que le otorgaron fue variado según el momento formativo en el que se encontraban. Para los psicoterapeutas que se encuentran en formación tuvo mayor relevancia porque dentro de sus programas académicos es un requisito obligatorio y desde ahí se le brinda una importancia para su desarrollo profesional. Como dato observable, únicamente los psicólogos en formación al momento de la encuesta se encontraban recibiendo atención psicoterapéutica, mientras que las psicoterapeutas con mayor trayectoria lo situaron como muy positivo, pero no lo ven como un requisito para ejercer. Esta diferencia nos permite

observar cómo la experiencia terapéutica se vive, en algunos casos, como parte del proceso formativo, y en otros, como un recurso al cual se puede acceder, pero el cual no permanece permanente.

Desde la perspectiva del autocuidado profesional y ante situaciones de alta implicación subjetiva como lo es la atención al trauma, tanto el acompañamiento personal y la supervisión de casos se tornan como un dispositivo importante para detectar la implicación personal del psicoterapeuta en el proceso clínico y así prevenir sobrecargas. Esto coincide con lo expuesto por Arón y Llanos (2004) quienes exponen que es en los espacios de supervisión donde se posibilita procesar el impacto emocional del quehacer clínico siendo una estrategia central para el cuidado de quienes acompañan situaciones de alta vulnerabilidad.

Como parte de las coincidencias, lo que respecta al área social, todos los participantes compartieron la presencia de vínculos familiares activos lo que sugiere que el sostén familiar ocupa un lugar destacado en la cotidianidad de su vida. Sin embargo, las diferencias se muestran desde cómo se implican en otras actividades sociales, mientras unos recurren a viajar de manera frecuente y asistir a espectáculos, otros restringen más estos espacios. Desde la prevención de desgaste, el desenvolverse en distintos escenarios a lo clínico funciona como factor protector para evitar que la identidad sólo se centre en el ejercicio profesional.

En donde se encontraron diferencias más marcadas, fue en la relación con el cuidado de su cuerpo. Tanto S como L otorgan atención al deporte, realizándola con frecuencia porque lo encuentran placentero, mientras que M e I no lo incorporan en su rutina, aunque son ellas junto con L quienes si incorporan la práctica de meditación. Dichas variaciones muestran que el autocuidado no se organiza de

manera igual en todos, en algunos la regulación se realiza a través del cuerpo y el movimiento y en otros se da más por una regulación más introspectiva. Desde los modelos de prevención de fatiga por compasión, la regulación corporal es un componente central para poder sostener el ejercicio clínico pues hacer psicoterapia implica continuamente la activación de procesos emocionales y fisiológicos, lo cual requiere espacios de autorregulación (Figley, 2002; Guerra et al., 2008).

Otro espacio donde se evidenciaron diferencias fue desde las actividades creativas. Fueron solo I y L quienes incorporan a su rutina habilidades manuales y la expresión del canto como descarga emocional. Ante ello, menciona Cerda (2012) las actividades creativas favorecen la expresión emocional y contribuyen al equilibrio frente a la exposición constante al sufrimiento.

Con respecto a la percepción global de la calidad de vida, algunos describen su vida como muy satisfactoria y rara vez estresante, mientras que otros la perciben como medianamente satisfactoria y frecuentemente estresante. Estos datos muestran que el estrés sostenido podría ser un factor de riesgo cuando se une con la exposición constante al sufrimiento humano tal como lo señala Figley (2002).

Ante las prácticas de autocuidado referidas por los participantes, se reconocen recursos personales y espacios fuera del trabajo clínico. Los recursos a los que cada uno accede muestran que el autocuidado no es un conjunto uniforme de prácticas, sino un proceso dinámico que se apega a la identidad, su estilo de vida y a la capacidad de regulación subjetiva para hacer frente al trauma.

Fatiga por compasión

Como cuarta categoría y para poder analizarla se utilizó la escala Professional Quality of Life Scale, el cual es un instrumento que evalúa la calidad de vida profesional en personas que trabajan en contextos de ayuda permitiendo identificar tres dimensiones: satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario.

Las subescalas se interpretan de manera independiente y los puntajes se clasifican como bajo cuando son menores a 22, entre 23 y 41 se consideran niveles moderados, y de 42 en adelante se considera como nivel alto. Los puntajes altos en satisfacción por compasión indican sentido de propósito en el quehacer profesional, mientras que, en las escalas de burnout y estrés traumático secundario, podría sugerir signos de desgaste emocional asociado al trabajo clínico.

Con base a esos puntajes se interpretaron los resultados de los participantes con el fin de detectar posibles indicadores de desgaste emocional. Sin embargo, los resultados muestran que, aunque los cuatro participantes presentan distintos niveles de bienestar profesional, todos conservan algún grado de satisfacción por compasión. Esto sugiere que el ejercicio de la psicoterapia en los cuatro participantes continúa siendo vivido como una actividad con sentido y valor personal, aun cuando comienzan a manifestar indicadores de desgaste asociados al quehacer profesional.

Profesional M e I

A diferencia de las descripciones previas de los participantes, en esta categoría se unió los perfiles de M e I porque muestran un patrón de puntuación similar, lo que sugeriría una descripción igualitaria.

A través de las puntuaciones se sugiere que ambas participantes experimentan una alta satisfacción por su trabajo, encontrando sentido y gratificación a través del quehacer clínico resultándoles valioso y motivante el ayudar a otros. Esto podría interpretarse como un indicador que sugiere una identidad profesional consolidada, en la que el ejercicio terapéutico representa una fuente de satisfacción y crecimiento personal sin que la exposición al sufrimiento de los consultantes genere un impacto emocional significativo.

Lo que respecta a la subescala de burnout, presentan un nivel bajo teniendo una percepción positiva sobre su capacidad para desempeñarse de manera eficaz en su trabajo, no se detectan indicadores de agotamiento laboral.

También presentan baja puntuación en trauma secundario, por lo que no se identifican preocupaciones significativas relacionadas con las experiencias de las personas a las que acompañan a través de su práctica clínica.

De modo general, el perfil de ambas representa el resultado más favorable dentro de la escala pues sugiere que reciben un refuerzo positivo de su trabajo, no se detectan preocupaciones acerca de sentirse incapaces en su quehacer profesional. Esta interpretación resulta congruente con lo observado en las categorías de identidad del psicoterapeuta, implicaciones del trauma y autocuidado, donde ambas encuestadas describen haber construido recursos personales para afrontar demandas de la práctica clínica, además de reconocer la importancia de la supervisión, la formación continua y el cuidado de sí como parte de su ejercicio profesional.

Estudiante S

S, al igual que M e I puntuó alta satisfacción por su trabajo, manteniendo una percepción positiva al sentido de su labor y al valor de acompañar a otros en sus procesos a través de su ejercicio profesional.

En cuanto a la escala de burnout presenta un nivel moderado, lo cual indica que de modo ocasional presenta dificultades para afrontar las demandas laborales o momentos en los que puede percibir que su desempeño no resulta eficaz. Dichos resultados podrían vincularse con la sensación de que los esfuerzos realizados no generan el impacto esperado, así como experiencias de cansancio que, aunque no son persistentes, sí se hacen presentes en su práctica.

Sobre la subescala que mide el trauma secundario, expone una puntuación baja evidenciando que las experiencias difíciles de las personas a las que acompaña no le generan preocupaciones significativas.

El perfil de S presenta indicadores de desgaste moderado, situando al entrevistado en una posición de riesgo debido al agotamiento pudiendo estar asociado a cargas laborales elevadas o a dinámicas institucionales lo cual genera la sensación de que *“no hay mucho que se pueda hacer”* sic. el encuestado. Esto permite inferir que el desgaste no se encuentra principalmente relacionado con el contenido traumático, sino posiblemente con factores organizacionales, la carga laboral o las exigencias propias del contexto institucional que con la exposición directa a las experiencias traumáticas de los consultantes. Esto dialoga con categorías previas, en las que el cansancio físico y emocional fue referido como una de las principales implicaciones del trabajo psicoterapéutico.

En contraste, L presenta el perfil con mayor vulnerabilidad dentro de los encuestados, caracterizado por satisfacción por compasión moderada, así como niveles moderados de burnout y trauma secundario.

En cuanto al burnout en un nivel moderado, evidencia la presencia de cansancio emocional generando una dificultad por ver la eficacia de su desempeño en el trabajo. Por ello, podrían aparecer momentos en los que los esfuerzos realizados se vivencian como insuficientes o poco significativos, generando sensación de desgaste.

Lo que respecta a la puntuación de trauma secundario, también se encuentra a nivel moderado lo que sugiere que la exposición continua a las experiencias de las personas a las que acompaña podría generar resonancias emocionales en la psicoterapeuta. Este impacto, si bien no se presenta de manera intensa, podría influir en su vivencia del trabajo y su bienestar emocional.

Los niveles moderados sugieren que tanto las exigencias del trabajo clínico como las condiciones del entorno laboral podrían generar una tendencia al distanciamiento emocional del quehacer profesional no necesariamente como respuesta al temor frente a los pacientes, sino como una forma de hacer frente al cansancio acumulado.

SÍNTESIS

En conjunto, los cuatro perfiles permiten plantear que la fatiga por compasión no depende exclusivamente de la exposición al trauma, sino de la interacción entre diversos factores personales, relacionales e institucionales. Elementos como identidad profesional fortalecida, la construcción de hábitos consistentes de autocuidado, la presencia de espacios de supervisión clínica y el acceso a redes de

apoyo profesional constituyen elementos protectores frente al desgaste. Por el contrario, cuando estas condiciones se debilitan, la satisfacción por ayudar puede mantenerse, aunque comienza a coexistir con manifestaciones de burnout y, posteriormente, con indicaciones de trauma secundario.

A modo general, los resultados muestran que la satisfacción por compasión se mantiene como un elemento constante y relevante, incluso en aquellos perfiles donde aparecen indicadores de burnout o trauma secundario. Esto sugiere que, aun en contextos de desgaste, el trabajo clínico continúa siendo vivido como significativo, lo cual puede funcionar como un factor protector frente a la fatiga por compasión.

En los perfiles con bajo nivel de desgaste, la alta satisfacción por el trabajo se acompaña de estabilidad emocional y de una percepción sólida de eficacia profesional, lo que permite sostener el vínculo terapéutico sin que este represente una carga significativa. Estos perfiles suelen vincularse con una identidad profesional más consolidada y con la presencia de recursos de autocuidado y regulación emocional.

Por otro lado, los perfiles que presentan indicadores más elevados de riesgo, se observa una combinación de satisfacción moderada, burnout y trauma secundario también en niveles moderados, lo que da cuenta de una experiencia más ambivalente del ejercicio profesional. Aquí, la exposición al sufrimiento de los consultantes comienza a tener un mayor impacto emocional, coexistiendo con sensaciones de ineficacia y desgaste, lo que podría favorecer estrategias como el distanciamiento afectivo.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto la importancia de construir y mantener redes de apoyo profesional. La posibilidad de compartir con colegas las experiencias, inquietudes y desafíos derivados del acompañamiento a personas con alta vulnerabilidad al trauma favorece la elaboración emocional de dichas vivencias, disminuye el aislamiento profesional y fortalece el sentido de pertenencia, construyéndose en un recurso protector frente a la fatiga por compasión.

Principios de autocuidado

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se propone comprender el autocuidado del psicoterapeuta como un proceso continuo de construcción de la identidad profesional y no únicamente como la realización de actividades dirigidas al bienestar. Los resultados muestran que la manera en que el psicoterapeuta afronta la fatiga por compasión no depende exclusivamente de características personales ni de estrategias aisladas de regulación emocional, sino de un proceso permanente de autoconocimiento, formación, elaboración de la experiencia clínica y construcción de relaciones que sostengan el quehacer profesional.

En este sentido, los principios que se presentan a continuación responden a la pregunta de investigación respecto a cuáles son los principios y hábitos de autocuidado adecuados para fortalecer la identidad del psicoterapeuta ante la fatiga por compasión.

Principios 1. La profesionalización constituye un proceso permanente de construcción identitaria.

A partir del análisis de los resultados, se identificó que la formación universitaria representa únicamente el inicio del desarrollo profesional del psicoterapeuta. Todos

los participantes señalaron limitaciones en la formación inicial para el abordaje del trauma y coincidieron en que gran parte de las habilidades necesarias para el ejercicio clínico se desarrollan mediante la experiencia, la supervisión y la formación continua. Esto permite comprender que la identidad profesional nunca se encuentra terminada, sino que construye de manera permanente a partir de las experiencias clínicas, las reflexiones sobre la práctica y el diálogo con otros profesionales.

Desde esta perspectiva, el autocuidado implica asumir una actitud constante de aprendizaje, replanteándose periódicamente cuáles son las propias necesidades personales, contextuales y profesionales, identificando las áreas que requieren fortalecerse y orientando la formación hacia los intereses clínicos que se desean desarrollar. Comprender que la especialización constituye un proceso continuo, más que un punto de llegada favorece una relación más flexible con la incertidumbre propia del ejercicio profesional y disminuye la autoexigencia derivada de la expectativa de tener que poseer todas las respuestas.

Del mismo modo, los resultados permiten sugerir que los programas de formación incorporen espacios específicos sobre trauma que no solo aborden modelos de intervención, sino también las implicaciones personales y profesionales que supone trabajar de manera sostenida con el sufrimiento humano. Preparar al futuro psicoterapeuta para reconocer el impacto que esta labor tendrá sobre su propia persona constituye una estrategia preventiva que fortalece la identidad profesional desde el inicio de su trayectoria.

Estos planteamientos dialogan con White (2002), quien sostiene que la práctica psicoterapéutica transforma continuamente al terapeuta; con Guy (1995) quien describe la identidad profesional como un proceso de maduración progresiva;

y con Arroyo (2017), quien refiere que convertirse en psicoterapeuta implica una construcción permanente de identidad.

Principios 2. La implicación emocional requiere ser reconocida, regulada y elaborada.

Uno de los elementos más relevantes que se identificaron en la investigación, fue reconocer que el trabajo con trauma transforma inevitablemente al psicoterapeuta. Los participantes describieron un mayor desarrollo de sensibilidad clínica, aprendizajes significativos y crecimiento profesional; sin embargo, también señalaron experiencias de sobre implicación emocional, autoexigencia, culpa, inseguridad y responsabilidad excesiva respecto a la evolución de los consultantes.

Estos resultados permiten comprender que la implicación emocional no constituye un riesgo en sí mismo, sino una condición inherente al ejercicio psicoterapéutico. El desafío consiste en reconocerla, regularla y elaborarla antes de que se traduzca en desgaste profesional. Ello implica aceptar que el terapeuta también es movilizado por las historias de sus consultantes y que dichas resonancias pueden convertirse tanto en un recurso clínico como en un factor de vulnerabilidad cuando no encuentran espacios adecuados de elaboración.

En este sentido, el autocuidado supone desarrollar una actitud permanente de autoobservación que permita identificar cambios en el bienestar físico, emocional, cognitivo y relacional, detectando tempranamente señales de agotamiento, pérdida de motivación, irritabilidad, dificultad para concentrarse o disminución de la disponibilidad emocional. También, implica reconocer cuándo comienza a instalarse la fantasía de omnipotencia o de rescate, desde la cual el

terapeuta asume responsabilidades que exceden las posibilidades reales de la intervención clínica.

La psicoterapia personal, la supervisión clínica, la discusión de casos, la consulta bibliográfica y el trabajo interdisciplinario constituyen recursos permanentes para elaborar estas experiencias. Del mismo modo, utilizar la contratransferencia como una fuente de comprensión clínica, más que únicamente como un obstáculo, permite resignificar las propias reacciones emocionales y convertirlas en herramientas útiles para la intervención cuando han sido previamente reflexionadas y supervisadas.

Estas propuestas se apoyan en Duque Arellanos (2020), quien plantea que el autocuidado requiere procesos permanentes de autoconocimiento y reconocimiento de límites; en Araya-Véliz y Porter (2017), quienes destacan que la confianza del terapeuta influye en la alianza terapéutica; en Arón y Llanos (2004), quienes consideran la supervisión un recursos esencial para elaborar el impacto del trabajo con trauma; y en White (2002), quien reconoce que el terapeuta también es transformado por los encuentros terapéuticos.

Principios 3. El equilibrio entre la vida personal y profesional sostiene el bienestar del psicoterapeuta.

El bienestar del psicoterapeuta se fortalece cuando la identidad no queda reducida exclusivamente al ejercicio profesional. Aunque cada participante desarrollaba estrategias distintas de autocuidado, todos coincidieron en la importancia de conservar espacios personales que les permitieran recuperarse emocionalmente y mantener vínculos con aspectos de su identidad ajenos al consultorio.

Este principio implica reconocer que la vida personal y la vida profesional permanecen en constante interacción. Las experiencias familiares, las pérdidas, los conflictos personales y los cambios vitales repercuten inevitablemente en la práctica clínica, del mismo modo que el contacto continuo con el sufrimiento modifica la forma en que el terapeuta comprende su propia historia. Por consiguiente, el autocuidado supone aprender a establecer límites saludables entre ambas dimensiones, sin desconocer que se influyen mutuamente.

Al respecto, mantener un equilibrio entre las jornadas laborales y la vida social constituye una estrategia preventiva frente al agotamiento. Cuidar tiempos destinados al descanso, desarrollar relaciones significativas fuera del ámbito clínico y aprender a decir “no” frente a compromisos que exceden las posibilidades personales favorece la conservación de la energía física y emocional necesaria para sostener el acompañamiento terapéutico. No se trata de acumular relaciones sociales, sino de construir vínculos cercanos que ofrezcan apoyo, pertenencia y espacios donde el psicoterapeuta pueda habitar otras facetas de sí mismo.

Los resultados también invitan a recuperar el cuerpo como parte esencial del autocuidado. Permanecer durante largas jornadas sentado, mantener elevados niveles de concentración e ignorar necesidades fisiológicas básicas favorece la acumulación de tensión física y el desgaste progresivo. Por ello, resulta importante incorporar pausas activas entre consultantes, realizar estiramientos, desarrollar consciencia postural, procurar condiciones ergonómicas de trabajo y buscar atención fisioterapéutica cuando existan molestias persistentes. De igual forma, establecer rutina regular de actividad física fortalece no solo la salud corporal, sino

también la regulación emocional y la capacidad de recuperación frente al estrés cotidiano.

A ello se le suma la importancia de favorecer espacios de creatividad y expresión. Actividades manuales y artísticas como pintar, dibujar, tejer, escribir, tocar un instrumento o cualquier forma de creación permiten interrumpir la rutina centrada en la escucha constante del sufrimiento ajeno, facilitan el contacto con las propias emociones mediante formas distintas al lenguaje verbal y amplían las fuentes de satisfacción personal. Estas experiencias favorecen la flexibilidad psicológica, estimulan la creatividad clínica y permiten al terapeuta reencontrarse con aspectos de sí mismo que trascienden el ejercicio profesional.

Principios 4. El sentido del trabajo terapéutico requiere reconstruirse continuamente.

Todos los participantes conservaron niveles importantes de satisfacción por compasión, incluso cuando algunos presentaban indicadores moderados de desgaste. Esto permite comprender que el principal factor protector no consiste únicamente en disminuir el estrés laboral, sino en mantener el significado que el trabajo terapéutico tiene para quien lo ejerce.

Por tanto, el autocuidado implica revisar continuamente las motivaciones que sostienen la práctica profesional, reconocer los aprendizajes derivados del encuentro con los consultantes y permitir que la experiencia clínica continúe transformando la identidad del terapeuta. Reinventar permanentemente los intereses personales y profesionales, diversificar las experiencias de vida y evitar que la rutina absorba completamente el sentido del trabajo favorece que la práctica clínica conserve vitalidad y compromiso.

También, este principio supone reconocer cuándo el exceso de trabajo, la pérdida de motivación o el cansancio comienzan a afectar la capacidad de involucrarse genuinamente con el consultante. Frente a ello, resulta necesario recuperar espacios de descanso, revisar las cargas laborales y re-encontrar el propósito que dio origen al deseo de ser psicoterapeuta. La satisfacción por compasión no aparece únicamente como consecuencia de ayudar al otro, sino también como resultado de una práctica que continúa siendo coherente con los propios valores y proyectos de vida.

Principios 5. El autocuidado constituye una construcción personal, relacional e institucional.

Como un tema que atraviesa esta investigación, el autocuidado no se sostiene únicamente en el esfuerzo individual, sino que se construye en interacción con el entorno y las relaciones significativas. Si bien el compromiso personal resulta indispensable, los resultados muestran que los recursos más significativos para afrontar exigencias del trabajo con trauma se desarrollan en relación con otras personas. La supervisión clínica, la discusión de casos, el intercambio con colegas, el trabajo interdisciplinario y las redes profesionales aparecieron de manera constante como recursos que favorecen la elaboración emocional, disminuyen el aislamiento profesional y fortalecen la identidad del psicoterapeuta.

Esto, permite comprender que la responsabilidad del autocuidado no recae exclusivamente sobre el individuo. Las instituciones formadoras, los espacios laborales y los equipos clínicos también participan en la construcción de condiciones que favorecen el bienestar profesional mediante el acceso a supervisión, formación continua, espacios de reflexión, distribución adecuada de cargas laborales y una

cultura institucional que legitime el cuidado de quienes acompañan el sufrimiento humano.

Desde esta perspectiva, el autocuidado deja de comprenderse como una tarea individual para convertirse en una construcción simultáneamente personal, relacional e institucional. La identidad profesional se fortalece en el encuentro con supervisores, colegas y comunidades profesionales que permiten compartir responsabilidades, elaborar colectivamente e impacto emocional del trabajo y sostener una práctica clínica ética y saludable a lo largo del tiempo.

Los resultados de esta investigación permiten responder que los principios de autocuidado adecuados para fortalecer la identidad profesional del psicoterapeuta ante la fatiga por compasión son aquellos que favorecen una construcción permanente de la identidad profesional, la regulación consciente de la implicación emocional, el equilibrio entre la vida personal y profesional, la reconstrucción continua del sentido del trabajo terapéutico y la consolidación de redes de apoyo que sostengan el ejercicio clínico. De esta manera, el autocuidado deja de comprenderse como un conjunto de actividades aisladas para construirse como una postura ética, reflexiva y relacional que acompaña al psicoterapeuta durante su trayectoria profesional. En este proceso, el cuidado de sí mismo no solo beneficia al profesional, sino que repercute en la calidad del acompañamiento ofrecido a los consultantes y en la construcción de comunidades clínicas capaces de sostener cuidado de quienes, cotidianamente, acompañan el sufrimiento de otros.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito proponer una formulación de principios y hábitos de autocuidado que fortalecieran la identidad profesional del psicoterapeuta y favorecieran el afrontamiento de la fatiga por compasión en quienes acompañan consultante con experiencias de trauma. Los resultados obtenidos permiten afirmar que este objetivo fue alcanzado, ya que fue posible identificar fortalezas y carencias en las prácticas de autocuidado de cuatro psicoterapeutas, analizar la manera en que dichas prácticas se relacionan con la construcción de su identidad profesional y, a partir de ello, formular cinco principios de autocuidado sustentados tanto en la evidencia empírica obtenida como en la literatura revisada.

En relación con los objetivos específicos, el primero se cumplió al identificar diferencias y similitudes en los hábitos de autocuidado, las trayectorias profesionales y los niveles de satisfacción por compasión, burnout y trauma secundarios de los participantes. El segundo objetivo también se consiguió al analizar cómo el trabajo con trauma influye en la construcción de la identidad profesional, mostrando que la exposición sostenida al sufrimiento humano puede convertirse tanto en una fuente de desgaste como de crecimiento. El tercer objetivo permitió reconocer áreas de oportunidad para fortalecer el autocuidado desde el ámbito personal, profesional e institucional. Finalmente, el cuarto objetivo se concretó mediante la elaboración de una propuesta de principios de autocuidado orientada a la prevención de la fatiga por compasión y al fortalecimiento de la identidad del psicoterapeuta.

La pregunta principal de investigación planteaba cuáles son los principios y hábitos de autocuidado que fortalecen la identidad profesional del psicoterapeuta que acompaña casos de trauma para prevenir y afrontar la fatiga por compasión. Los resultados permiten responder que dicho fortalecimiento no depende de una estrategia aislada, sino de un proceso continuo que integra la formación permanente, la supervisión clínica, el reconocimiento y regulación de la implicación emocional, el equilibrio entre la vida personal y profesional, la reconstrucción constante del sentido del trabajo terapéutico y la existencia de redes profesionales e institucionales de apoyo. En conjunto, estos elementos configuran una identidad profesional más sólida y favorecen una práctica clínica ética y sostenible.

Las preguntas secundarias también obtuvieron respuestas. Por una parte, se identificó que los participantes cuentan con fortalezas importantes, entre ellas la satisfacción por compasión, el compromiso con la formación continua y el acceso a espacios de supervisión; sin embargo, también se observaron carencias relacionadas con la sobreimplicación emocional, el cansancio físico y mental, la autoexigencia, la dificultad para establecer límites y la insuficiente incorporación de prácticas sistemáticas de autocuidado. Por otra parte, todos los participantes coincidieron en señalar limitaciones en la formación inicial para el abordaje clínico del trauma, así como la relevancia que adquieren posteriormente la supervisión, la experiencia y las condiciones institucionales para consolidar una identidad profesional más segura y estable.

Uno de los resultados importantes de esta investigación consiste en que ninguno de los participantes presentó indicadores elevados de fatiga por compasión en la escala ProQOL, a pesar de desempeñarse en contextos de alta exposición al

sufrimiento humano. Este resultado invita a cuestionar la idea de que el trabajo con trauma conduce inevitablemente al desgaste profesional. Más bien, los resultados sugieren que la presencia de recursos protectores (como la supervisión, la satisfacción por el trabajo, las redes de apoyo y determinadas prácticas de autocuidado) pueden amortiguar los efectos de la exposición continua al trauma.

Sin embargo, el hecho de que no se detectaron niveles altos de fatiga por compasión no implica la ausencia de impacto en la persona del terapeuta. En los discursos de los participantes aparecieron de manera consistente experiencias de cansancio, autoexigencia, preocupación por la efectividad del proceso terapéutico y una fuerte implicación emocional con algunos consultantes. Esto confirma que el trabajo con trauma transforma inevitablemente al psicoterapeuta, aunque dicha transformación no siempre adopta la forma de un deterioro clínicamente significativo.

En este sentido, esta investigación propone que la experiencia prolongada de acompañar el sufrimiento humano, lejos de presentar únicamente un factor de desgaste, también puede favorecer procesos de desarrollo profesional y de fortalecimiento de la identidad del psicoterapeuta. Todos los participantes describieron sentirse actualmente mejores terapeutas que al inicio de su práctica, atribuyendo esta evolución al acompañamiento clínico, la reflexión sobre la experiencia y el desarrollo progresivo de recursos personales. Dicho resultado dialoga con White (2002), quien sostiene que la práctica psicoterapéutica transforma la vida del terapeuta, y con Saldaña García (2014), quien plantea la resiliencia como un contrapeso del trauma. Si bien no permiten afirmar la existencia de un crecimiento postraumático, sí sugieren que el trabajo clínico con trauma

puede propiciar procesos de fortalecimiento profesional, aspecto que representa una línea relevante para futuras investigaciones.

Al mismo tiempo, los resultados muestran que este crecimiento convive con tensiones importantes. Particularmente en los terapeutas en formación aparecieron sentimientos de inseguridad, temor a no generar cambios suficientes, dudas respecto a la propia competencia clínica y una tendencia a responsabilizarse excesivamente por la evolución de los consultantes. Estas experiencias coinciden con lo descrito por Kottler (2019) acerca de la construcción progresiva de la identidad profesional y permiten comprender que la confianza terapéutica constituye una habilidad que también se desarrolla con la experiencia y no una competencia plenamente adquirida desde el inicio del ejercicio profesional.

A partir de los resultados, es posible obtener que el autocuidado trasciende la realización de actividades aisladas de bienestar. Las diferencias entre los participantes no se explican por la práctica de conductas específicas, sino en la forma en que estas se articulan con su manera de ejercer la profesión. Desde esta perspectiva, surge como una habilidad ética caracterizada por la observación permanente de sí mismo, el reconocimiento de los propios límites y la búsqueda continua de recursos para sostener el vínculo terapéutico sin perder el contacto con la propia humanidad. Esta comprensión constituye uno de los principales aportes conceptuales del estudio, al desplazar la noción del autocuidado como un conjunto de conductas hacia su entendimiento como un proceso continuo de construcción identitaria.

El contexto institucional emerge como un elemento clave para comprender las experiencias de los participantes. La disponibilidad de supervisión, el trabajo

interdisciplinario, la posibilidad de compartir casos y las condiciones laborales aparecieron como elementos que modulan la experiencia subjetiva del desgaste. Esto permite sostener que la prevención de la fatiga por compasión no puede recaer exclusivamente sobre la responsabilidad individual del psicoterapeuta, sino que implica igualmente una responsabilidad de las institucionales formadoras de los espacios donde se ejerce la práctica clínica.

Finalmente, es importante reconocer las limitaciones del estudio. La investigación se desarrolló con una muestra pequeña e intencional de cuatro participantes, por lo que sus resultados no pretenden generalizarse estadísticamente. Además, la propuesta de principios de autocuidado surge de la experiencia específica de estos psicoterapeutas y representa un primer acercamiento que puede fortalecerse con investigaciones que incluyan muestras más amplias, diseños longitudinales y otras orientaciones psicoterapéuticas y contextos institucionales. A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta una comprensión integradora del autocuidado como un proceso de construcción identitaria y ofrece una propuesta que puede orientar tanto la formación como la práctica profesional de quienes acompañan a personas con experiencias traumáticas.

CONCLUSIONES

Esta investigación partió del interés por comprender cómo el psicoterapeuta sostiene su práctica cuando el encuentro cotidiano con el sufrimiento humano forma parte de su trabajo. Acompañar el sufrimiento de otras personas puede representar

una fuente importante de desgaste emocional, pero también puede convertirse en un espacio de aprendizaje, crecimiento y fortalecimiento profesional. La diferencia entre una experiencia y otra no parece encontrarse únicamente en las características de los consultantes o en la cantidad de casos atendidos, sino en la manera en que el psicoterapeuta se relaciona con aquello que vive durante su práctica clínica.

En ese sentido, la investigación permitió cuestionar una idea que con frecuencia aparece cuando se habla de autocuidado: pensar que cuidar de sí mismo consiste únicamente en incorporar determinadas actividades a la rutina diaria. A partir de las experiencias con los participantes fue posible observar que el autocuidado comienza mucho antes de decidir descansar, tomar vacaciones o buscar espacios recreativos. Empieza cuando el psicoterapeuta reconoce sus propios límites, acepta que no puede responder a todo, identifica cuándo necesita detenerse y se permite pedir apoyo. Desde esta perspectiva, el autocuidado deja de entenderse como una actividad complementaria y pasa a formar parte de la manera en que se ejerce la profesión.

Quizás un aspecto importante a recordar es que el psicoterapeuta también forma parte de la relación terapéutica. Aunque esta idea puede parecer evidente, en la práctica suele darse mayor importancia al cuidado del consultante que al impacto que ese encuentro tiene en quien acompaña. Reconocer esta realidad no debilita el ejercicio profesional; por el contrario, permite ejercerlo con mayor conciencia sobre los propios límites y responsabilidades.

Esta investigación también invita a cuestionar las condiciones desde las que actualmente se ejerce la psicoterapia. Con frecuencia se espera que el profesional

sea capaz de sostener el sufrimiento de otras personas, responder con disponibilidad emocional y mantener un desempeño constante, mientras que sus propias necesidades quedan en segundo plano. Bajo esta lógica, reconocer el cansancio o el impacto del trabajo clínico puede llegar a vivirse como una señal de debilidad, cuando en realidad forma parte de acompañar experiencias de alto sufrimiento. Pensar el autocuidado implica entonces, revisar no sólo las prácticas personales del psicoterapeuta, sino también las exigencias y expectativas que atraviesan el ejercicio profesional.

Más que ofrecer respuestas definitivas, esta investigación busca abrir nuevas preguntas. Comprender cómo cambian las prácticas de autocuidado a lo largo de la trayectoria profesional, conocer la experiencia de psicoterapeutas de distintas orientaciones y explorar las condiciones en las que se desarrolla el trabajo clínico son algunos caminos que pueden ampliar el conocimiento sobre este tema. La propuesta de principios presentada en este estudio pretender ser un punto de partida para continuar esta reflexión y favorecer que el autocuidado ocupe un lugar cada vez más importante dentro de la formación y del ejercicio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceituno, R., y Cabrera, P. (2014). Elementos introductorios para una clínica de lo traumático y su elaboración. Clínica de lo traumático y figurabilidad (pp.13-35). El Buen Aire/ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Aponte, H y Winter, J. (1988). La Persona y la Práctica del Terapeuta. Tratamiento y Entrenamiento. Revista Sistemas Familiares, (4)2.
- Araya-Véliz, C., y Porter Jalife, B. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 232-240.
- Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas Familiares, 1-2(20), 5-15
- Arroyo, R. (2017). Convertirse en psicoterapeuta. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(131), 79-94. Recuperado en 16 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100005&lng=es&tlng=es.
- Benito, O., Rivera, P., Yaeger, J., & Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. Apuntes de Bioética, 72-88.
- Begoña, A. (s.f.). Historia, cualidad, clínica y realidad del trauma psíquico Begoña Aznárez Urbieto. Psicociencias.org. Recuperado el 7 de noviembre de 2022, de

https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Historia_cualidad_clinica_y_realidad_del_trauma_psiquico_Begona_Aznarez.pdf

Barahona, P. (2011). El Psicólogo Clínico Frente Al Estrés, Burnout Y Fatiga Por Compasión. 93 pontificia, 129.

Barudy, J. (1999). El autocuidado de los profesionales que trabajan en programas de protección infantil.

Bromberg, P. M. (2009). Reduciendo el tsunami: Regulación afectiva, disociación y la sombra de la inundación. Clínica e investigación Relacional, 3(1), 93-110.

Campos, J. F. (2015). El estudio del fenómeno de traumatización vicaria basado en sus principales autores. Obtenido de Universitat De Les Illes Balears: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1614/delValleSantaCruzPaula_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Campos, R. (2015). Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de Burnout en profesionales de centros de mayores en Extremadura (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Extremadura, España. Recuperado desde <http://dehesa.unex.es/handle/10662/3087>

Campos-Vidal, J. F., Cardona-Cardona, J., y Cuartero-Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

Cerda, J. (2012). Percepción del autocuidado en psicólogos clínicos novatos y experimentados (Memoria de pregrado, Universidad de Chile, Santiago de Chile).

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117121/MEMORIA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Luis Angel Saúl, Botella, L., y Fernando García. (Agosto de 2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. Obtenido de Revista Argentina de Clínica Psicológica:

https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/814/racp_xviii_2_pp125_133.pdf

Cornejo, O. (2021). Terapia breve centrada en soluciones en un caso de trastorno de estrés post traumático. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 19(1), 160-194. Recuperado en 07 de noviembre de 2022, de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612021000100006&lng=es&tlng=es

Davoine, F., y Gaudillière, J.M. (2010). *El acta de nacimiento de los fantasmas* (1.ª ed.). Fundación Mannoni.

de Diputados, C. (2017). 3680 - Incrementan trastornos mentales en México; población entre 15 y 20 años, la más vulnerable / 26 / Mayo / 2017 / Boletines / Comunicación / Inicio - Camara de Diputados. Gob.mx. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/>

[Mayo/26/3680-Incrementan-trastornos-mentales-en-Mexico-poblacion-entre-15-y-20-anos-la-mas-vulnerable](#)

Duque Arellanos, V. (2020). Hacia una cultura del buen-trato y Bien-estar. Promoviendo el autocuidado y el cuidado de los equipos en el trabajo. Guatemala: Serviprensa.

Equihua Márquez, O. J. (07 de Abril de 2014). Características generales de la vida personal de un grupo de psicoterapeutas que ejercen en la ciudad de León Guanajuato. Obtenido de Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente:

<https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/2046/CARACTER%C3%8DSTICAS+GENERALES+DE+LA+VIDA+PERSONAL+DE+UN.pdf?sequence=2>

Feixas, G., y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.

Gallastegui (2019) El trauma psíquico y su impacto en un paciente afectado por el síndrome de Gilles La Tourette. Apuntes para una intervención psicoterapéutica. Aperturas Psicoanalíticas, nº61. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001063>

Gascón, M. (2000). El psicoterapeuta como persona. https://www.academia.edu/69673597/El_psicoterapeuta_como_persona

Guy, J. D. (1995). La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones vivenciadas del terapeuta. Barcelona: Paidós.

Harrsch, C. (2005). Identidad del psicólogo (4.ª ed.). Pearson Educación.

Holguín, A., Arroyave, L., Ramírez, V., Echeverry, W. A., y Rodríguez, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, (39), pp. 149-167.

Huerta, J.C. y Escamilla, M. L. (2020). El ejercicio apropiado del psicoterapeuta: cualidades y aspectos prácticos. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8(16), 200-206.

Kaufman, S. (1998). Sobre violencia social, trauma y memoria. Trabajo preparado para el seminario: Memoria Colectiva y Represión auspiciado por el SSRC. Montevideo, 16-17. Obtenido de Comisión por la memoria: https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/historia/Kauffman.pdf

Kottler, J.A. (2019). Los retos de ser terapeuta. Editorial El Manual Moderno.

Lynch, S. H., y Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis.

Martínez, J.J. (2010). Repensando el concepto de trauma. Una redefinición desde los aportes del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (3): 542-561. Obtenido de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N3_2010/04_JJMtnez-Iba%C2%A4ez_Repensando-Trauma_CeIR_V4N3.pdf

Medina-Mora, M. E.-H. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. Obtenido de *Gaceta médica de México*, 159(6), 527-538:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132023000600527#:~:text=Se%20estim%C3%B3%20que%20en%202019,de%20casos%20de%20trastornos%20mentales

Medrano, Á. C. (2010). La evolución de la teoría traumática en el pensamiento psicoanalítico. Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina, 3. Obtenido de <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/LA-EVOLUCION-DE-LA-TEORIA-TRAUMATICA-EN-EL-PENSAMIENTO.pdf>

Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. J Trauma Nurs. 2017 May/Jun;24(3):158-163. doi: 10.1097/JTN.0000000000000284. PMID: 28486320.

Moreno, B., Morante, M. E., Losada, M. M., Rodríguez, R., y Garrosa, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. Terapia Psicológica, 22(1),69-76.[fecha de Consulta 6 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0716-6184. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522108>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe sobre sistema de salud mental en Mexico.

Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, v. 52, n. 1, p. 21-27, mayo 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/347/319>

- Rivera, L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Avances de Enfermería, 24 (2), 91-98. Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>
- Rober, P. (1999). La conversación interna del terapeuta en la práctica de la terapia familiar: Algunas ideas acerca del sí mismo del terapeuta, el impasse terapéutico, y el proceso de reflexión. Obtenido de <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/03/Rober-P-La-Conversacio%CC%81n-Interna-del-Terapeuta.pdf>
- Rober, P. (2005). Family process. Obtenido de <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/03/Rober-P-El-si%CC%81-mismo-del-terapeuta-en-la-Terapia-Familiar-Dialo%CC%81gicax.pdf>
- Rodríguez Campuzano, M. D. L., y Salinas Rodríguez, J. L. (2011). ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES TERAPÉUTICAS: ALGUNAS CONSIDERACIONES. Enseñanza e Investigación en Psicología, 16(2), 211-225.[fecha de Consulta 1 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0185-1594. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521001>
- Saldaña García, J. (2014). Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Psicociencias.org. Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_personalidad_y_resiliencia.pdf
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Chenevard, C. L., Espinoza García, A. E., Irribarra Cáceres, D. E., y Müller Vergara, P. A. (2008).

Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1),89-98.[fecha de Consulta 1 de Noviembre de 2022]. ISSN: 0716-6184.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526108>

Szmulewicz E, Tita. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100008>

Tobón, O. (2003). El autocuidado: una habilidad para vivir. Universidad de Caldas. Colombia. Extraído el día 6 de Noviembre de 2022, desde:
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/articulo/view/1870/1786>

Tobón Restrepo, L. J. (2021). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. Extraído el día 4 de Septiembre de 2023, desde:
<https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/4792/4627>

Tutté, J. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. Obtenido de *Aperturas Psicoanalíticas* no.23:
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000382>

Vargas, Z. R., (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, 33 (1),155-165.
[fecha de Consulta 7 de noviembre de 2022]. ISSN: 0379-7082. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>

White, M. (2002). El Enfoque Narrativo en la experiencia de los Terapeutas.
Barcelona: Gedisa Editorial. (Medina-Mora, 2023)

White, M. (2004) Working with people who are
suffering the consequences of multiple trauma: A
narrative perspective. International Journal of Narrative Therapy and
Community Work (1), 45-76.

Anexo 1

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CARTA DE CONSENTIMIENTO

Tlaquepaque; Jalisco a ____ de _____ de 20__.

P R E S E N T E

Por medio de la presente, en términos del artículo 24 y 31 del Código Civil del Estado de Jalisco, así como en términos del artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor, en pleno uso de mis facultades, otorgo mi consentimiento expreso por tiempo indefinido, a título gratuito, para autorizar que se capture por medio de Formularios de Google las respuestas a los instrumentos de autoinforme “Cuestionario Común para el Desarrollo de los Psicoterapeutas” y el cuestionario Professional Quality of Life (ProQUOL) , siempre y cuando la información que permita que mi persona sea identificable sea debidamente protegida.

Entiendo y manifiesto también, que la información sobre mis respuestas será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad, esto es, mis datos personales de identificación como son mi nombre, así como apellidos serán omitidos al usarse para la revisión y análisis, apegándose a los lineamientos de la investigación.

Recalcando que el uso de los datos es únicamente con fines de investigación, siempre y cuando se respete mi anonimato.

Tanto mi nombre, imagen como el contenido no tiene mi autorización para ser utilizado en la promoción comercial, o no comercial inclusive.

Atentamente,

Nombre completo del psicoterapeuta	
Fecha	
Firma	

Anexo 2

EL DESARROLLO DE LOS PSICOTERAPEUTAS

Aunque sabemos que éste es un cuestionario extenso, estamos seguros de que, como profesional clínico,

le resultará de gran interés. Ha sido diseñado por un grupo de investigadores clínicos como base para un estudio de colaboración internacional sobre el desarrollo personal y profesional de los psicoterapeutas, psicoanalistas y consejeros. Agradecemos sinceramente que se una, junto a nosotros y a otros colegas de diferentes países, a la realización de este estudio. (A modo de simplificación, utilizaremos el término "psicoterapeuta" para referirnos tanto a terapeutas como a psicoanalistas, consejeros y asesores y el de "paciente" para denominar a los clientes).

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Fecha de Hoy: *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

2. Fecha de nacimiento: *

Ejemplo: 7 de enero del 2019

Género *

Marca solo un óvalo.

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Prefiero no decirlo

Otro:

ACERCA DE SU FORMACIÓN ESPECIALIZADA PROFESIONAL

3. ¿Cuál es su identidad profesional? Es decir, ¿cómo se refiere a Ud. mismo en los ámbitos profesionales? [Marque todas las alternativas que le sean aplicables.] *

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Psiquiatra ☐

Psicólogo/a

☐ Psicoanalista ☐

Psicoterapeuta

☐ Otro:

4. 1-10. ¿Tiene usted alguna titulación o grado académico universitario? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

5. De haber respondido la pregunta pasada con sí, por favor, descríbala(s) lo más específicamente posible.

6. 1.11. ¿Cómo evalúa su formación de pre-grado (licenciatura) en relación a las *

exigencias posteriores como psicoterapeuta?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Buena

7. 1-12. ¿Posee usted algún certificado o acreditación profesional para el ejercicio de la psicoterapia? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

8. De haber respondido la pregunta pasada con sí, por favor, descríbala(s) lo más específicamente posible.

9. 1-13 ¿Cuál ha sido la duración total de la formación especializada formal que ha * recibido acerca de la teoría y la práctica terapéutica (clases, seminarios y otros cursos)?

10. 1-14. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con su formación de especialización en psicoterapia? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Satisfecho

11. 1-15 En relación a la pregunta anterior ¿Considera usted que recibió en su formación de especialización en psicoterapia un adecuado entrenamiento en manejo de trauma? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Satisfecho

12. 1-16 De la misma manera ¿Considera que recibió en su formación de especialización en psicoterapia una adecuada formación en aspectos teóricos referente al trauma? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Satisfecho

13. 1-17 ¿Cómo evalúa su formación de post-grado/pos-título en relación a las exigencias en la atención de casos de trauma posteriores como psicoterapeuta? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Satisfecho

14. 1-18 ¿Qué área quisiera usted que fuera mejorada en la formación especializada de psicólogos/psiquiatras en atención a casos de trauma? *

Marca solo un óvalo.

☐ Mayor énfasis Clínico ☐

Mayor énfasis Teórico

☐ Otro: _____

15. De haber respondido la pregunta pasada con Otro, por favor, descríbala(s) lo más específicamente posible.

16. 1-19 En total, ¿cuánta supervisión de casos ha recibido sobre su trabajo terapéutico (incluyendo tanto sesiones de supervisión individuales como en grupo)? *

17. 1-20. ¿Ha recibido formación en alguna modalidad específica de psicoterapia? *

☐ Sí

☐ No

18. En caso de haber respondido sí a la pregunta anterior, especifique Tipo de Terapia y la Duración de la formación *

19. Valoración (importancia) respecto a su práctica actual

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Ning ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Grande

20. 1-24. ¿Está usted en la actualidad formándose en alguna modalidad específica de psicoterapia? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

21. En caso de haber respondido sí a la pregunta anterior, especifique Tipo de Terapia Duración de la formación

22. Valoración (importancia) respecto a su práctica actual

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Ning ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Grande

23. 1-26. ¿Está usted recibiendo en la actualidad y de forma regular supervisión para alguno de sus casos? [terapia individual, terapia de grupo, etc.] *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

24. En caso de haber respondido sí a la pregunta anterior, especifique cuántos casos, qué tipo(s) de tratamiento(s), ¿Y Qué clase de supervisión?

25. 1-28. ¿Considera que tiene acceso a supervisores que acompañen casos de profunda vulnerabilidad fácilmente? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

26. En caso de haber respondido NO a la pregunta anterior, ¿por qué?

ACERCA DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL

27. 2-1. ¿Cuánto tiempo lleva practicando la psicoterapia? (Especifique años y meses) *

En relación a los ingresos que usted percibe por su desempeño profesional, éstos provienen principalmente de su trabajo realizado como:

(0 = Nada 5 = Mayoritariamente)

28. 2-22. Psicoterapeuta

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

0 = ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 = Mayoritariamente

29. 2-23. Otro (especifíquelo)

30. 2-24. ¿Con qué frecuencia, dentro de sus horas de trabajo terapéutico, atiende con honorarios rebajados? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucha Frecuencia

31. 2-25. ¿Con qué frecuencia destina horas de su trabajo a organizaciones de promoción social o beneficencia? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucha Frecuencia

32. 2-26. ¿Cuánto considera que el trabajo terapéutico lo compromete Con el entorno social/cultural al que pertenece? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

ACERCA DE SU DESARROLLO PERSONAL COMO TERAPEUTA

Desde que comenzó su trabajo como terapeuta...

33. 3-1. ¿Cuánto ha cambiado como profesional de la psicoterapia? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

34. 3-2. ¿Considera este cambio como mejoría o progreso? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

35. 3-3. ¿Considera este cambio un deterioro profesional? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

36. 3-4. ¿Ha conseguido superar las limitaciones que tenía en el pasado como terapeuta? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

37. 3-5. ¿Ha desarrollado su completo potencial como terapeuta? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

En la actualidad en su rol de terapeuta cómo valoraría....

38. 3-23. ¿Su efectividad a la hora de involucrar a los pacientes para que cooperen activamente con el tratamiento? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

39. 3-24. ¿Su grado de naturalidad a la hora de trabajar con sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

40. 3-25. ¿Su comprensión teórica general de la terapia? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

41. 3-26. ¿El nivel de empatía en su relación con pacientes con los que tiene relativamente poco en común? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

42. 3-27. ¿El grado en que usted consigue captar la esencia de los problemas de sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

43. 3-28. ¿El dominio que usted tiene de las técnicas y estrategias implicadas en la práctica de la terapia? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

44. 3-29. ¿Su comprensión de lo que está sucediendo momento a momento en

cada sesión?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

45. 3-30. ¿Su capacidad para comunicar comprensión e interés a sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

46. 3-31. ¿Su capacidad para detectar y manejar las reacciones emocionales de sus pacientes hacia usted? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

47. 3-32. ¿Su capacidad para utilizar constructivamente sus propias reacciones emocionales hacia sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

48. 3-33. ¿Su propia seguridad en el rol de terapeuta? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

49. 3-34. ¿La precisión, sutileza y tacto que ha alcanzado en su trabajo como terapeuta? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

50. 3-35. ¿Su capacidad para guiar a otros terapeutas? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

51. 3-36. ¿El seguir desarrollándose como terapeuta? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

¿Cuánta influencia (positiva y/o negativa) cree que ha tenido cada una de las siguientes experiencias sobre su desarrollo general como terapeuta?

52. 3-37. Hacer terapia con pacientes *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

53. 3-38. Trabajar con coterapeutas *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

54. 3-39. Realizar cursos o seminarios *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

55. 3-40. Recibir supervisión o realizar consultas con otros profesionales *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

56. 3-41. Realizar discusiones informales de casos con otros colegas *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

57. 3-42. Las condiciones institucionales bajo las que trabaja *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

58. 3-43. Lectura de libros o revistas relevantes para su profesión *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

59. 3-44. Observación del trabajo de otros terapeutas a través de talleres, películas o cintas *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

60. 3-45. Recibir terapia, análisis u orientación personal (individual, grupal, etc.) *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

61. 3-46. Supervisar u orientar a otros terapeutas *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

62. 3-47. Impartir cursos o seminarios *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

63. 3-48. Investigar *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

64. 3-49. Experiencias personales fuera de la terapia *
(-3 = Muy Negativa... +3 = Muy Positiva)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5 6

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Positiva

ACERCA DE LA TERAPIA PERSONAL

65. 4-1. En su opinión ¿qué importancia tiene para los terapeutas el hecho de pasar por una experiencia de psicoterapia, psicoanálisis o asesoramiento/counseling personal (individual, grupal, etc.)?

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1. Es desaconsejable, ya que podría dar a entender que el/la terapeuta necesita realmente la
- ☐ 2. Es irrelevante el hecho de que los terapeutas pasen o no por una terapia personal.
- ☐ 3. Puede ser aconsejable para algunos terapeutas, pero no necesariamente para todos
- ☐ 4. Es muy positivo para la mayoría de los terapeutas, pero no debe ser un requisito
- ☐ 5. Es esencial y todos los terapeutas deben pasar por ella

66. 4-2. ¿Está usted en la actualidad recibiendo terapia, psicoanálisis u asesoramiento/counseling personal?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

67. 4-3. ¿Ha tenido usted en el pasado por una experiencia de terapia, psicoanálisis u asesoramiento/counseling personal?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

ACERCA DE SU ORIENTACIÓN TEÓRICA

68. ¿En qué medida está guiada su práctica terapéutica actual por los siguientes marcos teóricos?

Selecciona todos los que correspondan.

☐ Cognitivo-Conductual ☐

Sistémico

☐ Psicodinámico (Psicoanálisis-Humanismo) ☐ Ecléctico

69. ¿Cuan importante es para usted que la mayoría de sus pacientes alcancen las siguientes metas? (Marcar sólo 4)

Selecciona todos los que correspondan.

☐ 5-8. Tener un fuerte sentimiento de identidad personal y una elevada autoestima.

☐ 5-9. Adquirir una visión realista sobre el significado de los acontecimientos de la vida. ☐ 5-10. Permitirse a sí mismos experimentar plenamente sus emociones.

☐ 5-11. Aprender a actuar de forma adecuada y efectiva en las situaciones problemáticas.

☐ 5-12. Comprender sus propias emociones, motivaciones y/o comportamientos.

☐ 5-13. Desarrollar el valor suficiente para enfrentarse a situaciones nuevas o evitadas anteriormente.

☐ 5-14. Integrar aspectos excluidos o segregados de su experiencia. ☐ 5-15. Experimentar una reducción de los síntomas.

☐ 5-16. Mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales.

☐ 5-17. Modificar o controlar sus patrones problemáticos conductuales o emocionales. ☐ 5-18. Evaluarse a sí mismos de forma realista.

☐ 5-19. Identificar y tratar de alcanzar sus propias metas.

☐ 5-20. Desarrollar una actitud más tolerante y aceptadora hacia los otros

☐ 5-21. Aprender a reconocer/cambiar como crean o contribuyen a sus propios problemas.

☐ 5-22. Desarrollar mejores destrezas para enfrentar las responsabilidades sociales y familiares.

☐ 5-23 Clarificar su sentido de valores, prioridades y filosofía de vida

☐ 5-24. Resolver y enfrentar la confusión causada por conflictos originados desde los ideales y

☐ 5-25. Otra

ACERCA DE SU DESARROLLO PROFESIONAL ACTUAL

En su trabajo reciente como psicoterapeuta, ¿en qué medida...? (0 = Nada - 5 = Mucho)

70. 6-1. Siente que está cambiando como terapeuta.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

0 = ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 = Mucho

71. 6-2. Percibe ese cambio como progreso o mejoría.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

0 = ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 = Mucho

72. 6-3. Siente que ese cambio supone un deterioro. (0 = Nada - 5 = Mucho)

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

En su trabajo reciente como psicoterapeuta, ¿en qué medida...?

73. 6-4. Siente que está superando las limitaciones que tenía en el pasado como terapeuta. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

74. 6-5. Piensa que se está haciendo más hábil en la práctica de la terapia. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

75. 6-6. Siente que está profundizando en su nivel de comprensión de la terapia. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

76. 6-7. Siente que aumenta su entusiasmo por hacer terapia. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

77. 6-8. Siente que se está desilusionando con la terapia. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

78. 6-9. Siente que está perdiendo su capacidad para responder empáticamente. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

79. 6-10. Le parece que su forma de actuar se está volviendo rutinaria. *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

80. 6-11. ¿Cuán importante es para usted participar en una formación continua como terapeuta? *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

Recientemente, en las sesiones con sus pacientes, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido...

81. 6-12. Ansioso/a *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Frecuentemente

82.

83. 6-13. Disponible *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

84.

6-14. Aburrido *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

85.

6-15. Sereno/a *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

86.

6-16. Creativo/a *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

6-17. Distraído/a *

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

87.

6-18. Somnoliento/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

88.

6-19. Absorto/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

89. 6-20. Concentrado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

90. 6-21. Desatento/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy

Frecuentemente

92. 6-22. Inspirado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ Muy Frecuentemente

93. 6-23. Relajado/a

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Muy Frecuentemente

94. 6-24. Silencioso/a

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Muy Frecuentemente

95. 6-25. Motivado/a

a

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Muy Frecuentemente

96. 6-26. Tenso/a

a

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Muy Frecuentemente

97. 6-27. Inseguro/a

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

a
Nad ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Muy Frecuentemente

ACERCA DE SU PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA ACTUAL

¿En la actualidad, cuántas horas a la semana practica usted la psicoterapia en los siguientes contextos? [Escriba "0" si no lo hace.]

98. 7-1. Institución pública con pacientes ingresados/hospitalizados

99. 7-2. Institución pública en consulta externa/ambulatoria

100. 7-3. Institución privada con pacientes ingresados/hospitalizados

101. 7-4. Institución privada en consulta externa/ambulatoria

102. 7-5. Práctica privada en un grupo o colectivo

103. 7-6. Práctica privada individual

104. 7-7. Práctica en el ámbito educacional

105. 7-8. Otro [b. especifíquelo:

106. 7-9. En general, ¿En qué medida se encuentra satisfecho o insatisfecho respecto al contexto principal en el que ejerce su práctica terapéutica?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Muy ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muy Satisfecho

107. 7-10. ¿En qué grado se siente apoyado en el contexto en el que ejerce su práctica terapéutica?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente

108. 7-11. ¿En que grado se siente afectado en sus ingresos por los vaivenes del contexto político económico del país?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente

En el contexto principal de su práctica psicoterapéutica, ¿qué cantidad de control tiene usted sobre...?

109. 7-12. La selección de los pacientes a los que trata

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

110. 7-13. El número de pacientes que trata

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

111. 7-14. La orientación teórica bajo la que trabaja

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

112. 7-15. El horario que tiene

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

113. 7-16. La duración del tratamiento que ofrece

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

114. 7-17. Sus otras condiciones de trabajo

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
--	---	---	---	---	---	---	--

Nin ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Totalmente

¿A cuántos pacientes de cada uno de los siguientes grupos de edad está usted tratando en la actualidad?

[Escriba "0" si no está tratando a ninguno.]

115. 7-23. Pacientes de doce años o menos [Escriba "0" si no está tratando a ninguno.]

116. 7-24. Trece a diecinueve años
[Escriba "0" si no está tratando a ninguno.]

117. 7-25. Veinte a cuarenta y nueve años [Escriba "0" si no está tratando a ninguno.]

7-26. Cincuenta a sesenta y cuatro años [Escriba "0" si no está tratando a ninguno.]

118. 7-27. Sesenta y cinco años o más [Escriba "0" si no está tratando a ninguno.]

119. **¿Qué grado de perturbación o deterioro tienen los pacientes a los que está *
tratando en la actualidad?**

Selecciona todos los que correspondan.

☐ 7-32. Ausencia de síntomas o sintomatología mínima; personas socialmente eficaces; en general, satisfechas con su vida; sólo presentan problemas o preocupaciones cotidianas.

☐ 7-33. La sintomatología que presentan es transitoria y se trata de reacciones esperables ante estresores psicosociales; generalmente no producen más que un leve desajuste en el funcionamiento social, laboral o escolar normal.

☐ 7-34. Síntomas leves pero persistentes (por ejemplo, estado de ánimo deprimido e insomnio leve) o alguna dificultad en el funcionamiento social, laboral o escolar, aunque el funcionamiento general del paciente es bueno; posee algunas relaciones interpersonales significativas.

☐ 7-35. Síntomas moderados (por ejemplo afectividad aplanada y habla circunstancial, ataques de pánico ocasionales), o dificultades moderadas en el funcionamiento social, laboral o escolar.

☐ 7-36. Síntomas graves (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos importantes) o dificultades importantes en el funcionamiento social, laboral o escolar (por ejemplo, no tener amigos o sentirse incapaz de encontrar empleo).

☐ 7-37. Deterioro significativo del sentido de realidad o de la comunicación (por ejemplo, lenguaje ilógico, confuso o irrelevante) o dificultades serias en varias áreas como el trabajo, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.

☐ 7-38. Deterioro muy grave en la comunicación o en la capacidad de razonamiento

(por ejemplo, la conducta está considerablemente influida por delirios o alucinaciones), o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas de la vida.

☐ 7-39. Peligro real de dañarse a sí mismo o a los demás (por ejemplo, intentos de suicidio, violencia recurrente) o incapacidad para mantener una mínima higiene personal o deterioro muy grave en la comunicación (por ejemplo lenguaje incoherente o prácticamente inexistente).

120. Estime en qué número de sus pacientes en psicoterapia ve usted ... *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ 7-40. La farmacoterapia como el principal tratamiento y la psicoterapia como un tratamiento de apoyo/coadyuvante.
- ☐ 7-41. La psicoterapia como el principal tratamiento y la farmacoterapia como un tratamiento de apoyo/coadyuvante.
- ☐ 7-42. La psicoterapia y farmacoterapia como tratamientos que contribuyen equitativamente a la estabilidad del paciente.
- ☐ 7-43. La psicoterapia y farmacoterapia como tratamientos que se contraponen uno al otro.

121. 7-44. ¿Qué nivel de satisfacción siente actualmente en su trabajo como terapeuta?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nin^o ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

122. 7-45. ¿Qué grado de insatisfacción siente actualmente en su trabajo como terapeuta?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nin^o ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

ACERCA DE SU TRABAJO TERAPÉUTICO ACTUAL

Dificultades en la Práctica Terapéutica

En la actualidad, ¿con qué frecuencia se siente ...?

123. 8-1. Con poca confianza en su capacidad para producir efectos benéficos sobre el paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

124. 8-2. Temeroso de estar causando más daño que beneficio al paciente en la terapia.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

125. 8-3. Inseguro acerca de cuál es la mejor manera de tratar al paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

126. 8-4. En peligro de perder usted el control de la situación terapéutica.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

127. 8-5. Incapaz de empatizar realmente con las experiencias del paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

128. 8-6. Incómodo de que sus propios valores le impidan mantener una actitud apropiada hacia el paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

129. 8-7. Angustiado por su incapacidad para cambiar la trágica situación vital de un paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

130. 8-8. Preocupado por los aspectos éticos o morales que hayan podido surgir en el trabajo con un paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

131. 8-9. Incapaz de generar el impulso suficiente para llevar la terapia en una dirección constructiva.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

132. 8-10. Irritado con un paciente que está bloqueando activamente todos sus esfuerzos como terapeuta.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

133. 8-11. Desmoralizado a causa de su incapacidad para encontrar la manera de ayudar al paciente.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

134. 8-12. Culpable por no haber sabido manejar adecuadamente una situación crítica con un paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

135. 8-13. Incapaz de llegar a comprender la esencia de los problemas de un paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

136. 8-14. Incapaz de hacer frente a las altas demandas del paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

En la actualidad, con qué frecuencia se siente ...

137. 8-15. Incapaz de encontrar algo que le guste o que pueda respetar en un paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

138. 8-16. Alterado porque las circunstancias de su vida personal están interfiriendo en su trabajo con un paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

139. 8-17. Enojado porque algunas circunstancias de la vida del paciente están impidiendo un resultado beneficioso en la terapia.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

140. 8-18. En conflicto al tratar de compaginar sus obligaciones hacia un paciente con propias obligaciones hacia otras personas.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

141. 8-19. Estancado con un paciente en una relación que parece no llegar a ninguna parte.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

142. 8-20. Frustrado con un paciente porque le está haciendo perder el tiempo.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

143. 8-21. "Empujando" el proceso terapéutico del paciente, o asumiendo toda la responsabilidad por su "cura".
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

144. 8-22. Recurriendo excesivamente a la teoría o a alguna técnica.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

145. 8-23. Incapaz de guiar o de conducir la terapia por un camino constructivo
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

146. 8-24. Frustrado al lidiar con pacientes poco motivados o que parecen esperar que Ud. haga todo el trabajo.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

147. 8-25. Presionado por expectativas muy altas de éxito y rendimiento profesional con los pacientes.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

148. 8-26. Cualquier otro aspecto que le resulte difícil [especifíquelo]:

Estrategias para Manejar las Dificultades

Cuando usted se enfrenta a una dificultad, en la terapia con su paciente ¿con qué frecuencia...?

149. 8-27. Trata de ver el problema desde otra perspectiva.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

150. 8-28. Intenta contener sus emociones problemáticas.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

151. 8-29. Comparte con su paciente la dificultad que está experimentando.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

152. 8-30. Discute el problema con un colega.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

153. 8-31. Consulta libros o artículos relevantes.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

154. 8-32. Involucra en el caso a otro profesional o institución o va supervisión.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

155. 8-33. Busca algún tipo de satisfacción/recreación alternativa fuera de su trabajo como terapeuta.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

156. 8-35. Se sale de su papel de terapeuta para tomar alguna medida urgente en beneficio del paciente.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

157. 8-36. Realiza cambios en el contrato terapéutico con su paciente.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

158. 8-37. Simplemente espera a que las circunstancias mejoren por sí mismas.
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

Cuando usted se enfrenta a una dificultad, en la terapia con su paciente ¿con qué frecuencia...?

159. 8-38. Critica a su paciente por haberle causado problemas
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

160. 8-39. Se plantea seriamente la finalización de la terapia
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

161. 8-41. Se da permiso a sí mismo para experimentar y observar en sí mismo las emociones difíciles o perturbadoras.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

162. 8-42. Comprueba si usted y su paciente pueden manejar juntos la dificultad.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

163. 8-43. Consulta sobre el caso a un terapeuta con más experiencia.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

164. 8-44. Se inscribe en una conferencia o en un taller donde se traten dificultades de ese tipo.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

165. 8-45. Pide la colaboración de los amigos o familiares del paciente ante situaciones críticas (internamiento, intento suicida)
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

166. 8-46. Expresa a alguien cercano a usted sus sentimientos de disgusto.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

167. 8-47. Realiza una interpretación de la conducta resistente o problemática de su paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

168. 8-48. Pone el trabajo terapéutico para hacerse cargo de las necesidades más inmediatas de su paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

169. 8-49. Modifica su posición o enfoque terapéutico con el paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

170. 8-50. Evita enfrentarse al problema por el momento.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

171. 8-51. Muestra su frustración al paciente.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

172. 8-52. Se plantea la posibilidad de derivar al paciente a otro terapeuta.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

173. 8-53. Flexibiliza el setting (encuadre)
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

174. 8-54. Utiliza técnicas especiales que lo ayudan a salir de un impasse.
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

175. 8-55. Maneja la situación de alguna otra forma específica:

¿Cómo se describiría a usted mismo como terapeuta, es decir, cuál es actualmente su estilo o forma de comportarse con sus pacientes?

0 = Nada ... 3 = Mucho

176. 8-56. Aceptador/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

177. 8-57. Con autoridad

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

178. 8-58. Desafiante

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

179. 8-59. Frío/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

180. 8-60. Comprometido/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

181. 8-61. Crítico/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

182. 8-62. Exigente

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

183. 8-63. Desapegado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

184. 8-64. Decidido/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

185. 8-65. Directivo/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

186. 8-66. Eficaz

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

8-67. Amigable

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

187. 8-68. Cauteloso/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

188. 8-69. Intuitivo/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

189. 8-70. Involucrado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

8-71. Acogedor/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

190. 8-72. Organizado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

191. 8-73. Protector/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

192. 8-74. Reservado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

8-75. Hábil

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

193. 8-76. Sutil

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

194. 8-77. Tolerante

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

195. 8-78. Cálido/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

8-79. Sabio/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho**En su práctica actual con los pacientes, ¿con qué frecuencia...?**

0 = Nunca 5 = Con mucha frecuencia

196. 8-80. Realiza sesiones adicionales o de urgencia.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

197. 8-81. Realiza o recibe llamadas telefónicas o cartas que no traten de cuestiones puramente formales (tales como acordar la hora de una sesión).

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

198. 8-82. Acepta reunirse en lugares diferentes al lugar de trabajo habitual

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

199. 8-83. Permite que algunas sesiones se alarguen más del tiempo establecido.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

200. 8-84. Intercede por sus pacientes ante otras personas o instituciones

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

201. 8-85. Mantiene relaciones sociales o profesionales con sus pacientes fuera de la situación terapéutica.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

202. 8-86. Inicia o acepta algún contacto físico no sexual que vaya más allá de un apretón de manos.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

203. 8-87. Permite interrupciones durante la sesión (por ejemplo, llamadas telefónicas).

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

204. 8-88. Realiza durante la sesión algún tipo de actividad ajena a ésta (por ejemplo leer la correspondencia).
 Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Con mucha frecuencia

205. 8-89. ¿Qué ha sumado a su identidad como terapeuta la atención a personas en profunda situación de vulnerabilidad?
206. 8-90. ¿Cómo se manifiesta este punto fuerte en su trabajo diario?
207. 8-91. ¿A qué atribuye usted este punto fuerte?
208. 8-92. ¿Cuál cree que es su limitación más problemática como terapeuta frente a la atención de pacientes en situación de alta vulnerabilidad?
209. 8-93. ¿Cómo se manifiesta esta limitación en su actual forma de trabajar?
210. 8-94. ¿A qué atribuye usted esta limitación?

ACERCA DE USTED MISMO

211. 9-1. ¿Nació usted en un país diferente al que actualmente es su lugar habitual de residencia?
 Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

212. ¿En qué país nació?

213. 9-2. En el país en el que vive, ¿es usted considerado miembro de alguna minoría social, cultural o étnica?
 Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

214. Especifique:

215. 9-3. ¿Cuál es su estado civil actual?

Marca solo un óvalo.

☐ 1. Soltero/a, sin compromiso.

☐ 2. Soltero/a, en una relación afectiva

☐ 3. Conviviendo con un compañero/a.

☐ 4. Casado.

☐ 5. Separado/a o divorciado/a.

☐ 6. Viudo/a

☐ 7. Vuelto a casar (después de un divorcio o viudez).

Otro:

216. 9-4. ¿Tiene hijos?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

217. Si es el caso, ¿Cuántos?

218. Edad del hijo mayor

219. Edad del hijo menor

220. 9-5. ¿Usted tiene hermanos o hermanas?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

[si es el caso, cuántos de cada uno]:

221. ¿Cuántas hermanas mayores?

222. ¿Cuántos hermanos mayores?

223. ¿Cuántas hermanas menores?

224. ¿Cuántos hermanos menores?

225. 9-6. ¿Vive su padre?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

226. Si no, ¿qué edad tenía usted cuando el murió?

227. 9-7. ¿Vive su madre?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

228. Si no, ¿qué edad tenía usted cuando ella murió?

229. 9-8. ¿Se divorciaron o separaron sus padres?

Marca solo un óvalo.

☐ Si

☐ No

230. Si es el caso, qué edad tenía usted cuando eso ocurrió?

En general, cuando usted estaba creciendo, qué tanto.....

231. 9-9. ¿Tuvo usted la sensación de ser realmente querido y apoyado?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mucho

232. 9-10. ¿Experimentó usted algún trauma o abuso emocionalmente significativo?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mucho

233. 9-11. ¿La familia en la que usted creció, ¿tenía un adecuado funcionamiento psicológico y emocional?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mucho

Actualmente, en su propia vida, ¿con qué frecuencia usted ...

234. 9-12. ¿Expresa libremente sus pensamientos y sentimientos íntimos?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

235. 9-13. ¿Es capaz de experimentar momentos de gozo sin ningún tipo de reservas?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

236. 9-14. ¿Se siente realmente querido y apoyado?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

237. 9-15. ¿Se siente inmerso en algún conflicto personal, desilusión o pérdida?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

9-16. ¿Siente una gran carga de responsabilidad, preocupación o inquietud.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

238. 9-17. Siente que sus relaciones emocionales e íntimas son satisfactorias.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

239. 9-18. ¿Se preocupa por el dinero o la seguridad económica?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

240. 9-19. ¿Tiene preocupaciones por su salud física?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

9-20. ¿Se toma oportunidades para relajarse y disfrutar en su vida privada?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

241. 9-21. ¿Siente que pertenece a una comunidad significativa para usted?

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

Con qué frecuencia usted emplea las siguientes actividades con carácter recreativo y al servicio del auto-cuidado personal?

0 = Nunca ... 5 = Frecuentemente

242. 9-22. Realizar actividades con familiares.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

243. 9-23. Participar en actividades sociales (ej. reunión con amigos).

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

244. 9-24. Practicar deporte o entrenar en el gimnasio.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

245. 9-25. Practicar Yoga o forma de meditación

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

246. 9-26. Asistir a espectáculos como cine, teatro, exposiciones o conciertos.

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

247. 9-27. Practicar disciplinas de expresión estética (ej. Pintura, Escritura, Danza, ejecución musical).

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

248. 9-28. Leer literatura no-especializada (ej. novelas, poesía, dramaturgia).

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Frecuentemente

249. 9-29. Practicar alguna habilidad manual (ej. tejer, jardinería, arreglos mecánicos, cocinar).
Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

250. 9-30. Realizar caminatas por al menos 1 hora.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

251. 9-31. Viajar a una localidad distinta de la que se desenvuelve habitualmente.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frecuentemente

9-32. Otro...

(especificar) :

En general

0 = Nada 5 = Mucho

252. 9-33. Actualmente, ¿Cuán satisfactoria es su vida?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mucho

253. 9-34. Actualmente, ¿Cuán estresante es su vida?

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	5	
Nad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Mucho

254. 9-35. ¿Cómo describiría su actual estado emocional y bienestar psicológico? [Marque solo una respuesta.]

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1. "Muy pobre"; Apenas puedo enfrentar las cosas
- ☐ 2. "Bastante pobre"; Muchas veces la vida para mi es muy dura
- ☐ 3. "Más o menos"; Con algunos esfuerzos logro salir adelante.
- ☐ 4. "Medianamente bueno"; Tengo altos y bajos.

- ☐ 5. "Bueno"; No tengo grandes quejas
- ☐ 6. "Muy bueno"; Consigo las cosas de la manera que me gustaría (he soñado).

En general

0 = Nada 5 = Mucho

255. 9-36. ¿Hasta qué punto siente que su desarrollo como terapeuta se ha visto influido por su deseo de explorar y resolver sus problemas personales?
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3 4 5

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

Por otro lado, Cómo se describiría a usted mismo en sus relaciones personales íntimas o cercanas?

0 = Nada 3 = Mucho

256. 9-54. Aceptador/a
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

257. 9-55. Con autoridad
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

258. 9-56. Desafiante
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

259. 9-57. Frio/a
Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

260. 9-58. Crítico/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

261. 9-59. Exigente

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

262. 9-60. Demostrativo/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

263. 9-61. Decidido/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

264. 9-62. Directivo/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

265. 9-63. Entusiasta

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

266. 9-64. Amigable

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

a

267.

9-65. Cauteloso/a

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

268.

9-66. Intenso/a

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

269.

9-67. Intuitivo/a

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

270.

9-68. Acogedor/a

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

271.

9-69. Optimista

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

272.

9-69. Optimista

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

273.

9-70. Organizado/a

*Marca solo un óvalo.*Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

274. 9-71. Pragmático/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

275. 9-72. Privado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

276. 9-73. Protector/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

277. 9-74. Silencioso/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

278. 9-75. Receptivo/a 0

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

279. 9-76. Reservado/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

280. 9-77. Escéptico/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

 Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

281. 9-78. Sutil

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

 Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

282. 9-79. Tolerante

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

 Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

283. 9-80. Cálido/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

 Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

284. 9-81. Sabio/a

Marca solo un óvalo.

0 1 2 3

 Nad ☐ ☐ ☐ ☐ Mucho

Gracias por tus respuestas

Anexo 3

Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción

Ayudar a otros le pone en contacto directo con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión o empatía por aquellos que ayuda tiene aspectos tanto positivos como negativos. Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias, positivas y negativas, como profesional de la urgencia médica. Considere cada una de las siguientes preguntas acuerdo con su situación actual. Marque cada frase, siendo lo más sincera (o) posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

0= Nunca

1= Raramente

2= Algunas veces

3= Con alguna frecuencia

4= Casi siempre

5= Siempre

* Indica que la pregunta es obligatoria

Soy feliz *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

1. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

2. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

3. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

4. Me sobresaltan los sonidos inesperados *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

5. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

6. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

7. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

8. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

9. Me siento "atrapado" por mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

10. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas *
Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

11. Me gusta trabajar ayudando gente *
Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

12. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo *
Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

13. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado *
Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

14. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional *
Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

15. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica *
Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

Soy la persona que siempre he querido ser *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

16. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

17. Por causa de mi trabajo me siento agotado *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

18. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

19. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

20. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

21. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

22. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

23. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos, indeseados

*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

24. Me siento “estancado” (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario

*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

25. Considero que soy buen profesional *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

26. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

27. Soy una persona demasiado sensible *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

28. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Siempre

GRACIAS
