



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

El cuidado del trauma: Una aproximación a las experiencias de trabajo de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual.

Memoria para optar al título de Psicóloga

Alumnas

Lic. Ps. Paulina Araya

Lic. Ps. Susan Villena

Profesora Patrocinante

Dra. Laura Moncada

Santiago, 2013

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos a la Dra. Laura Moncada por su guía en este proceso.

Agradecemos también a cada uno de los miembros del equipo de investigación humanista dentro del cual se enmarcó este proyecto, por su amabilidad y opiniones que ayudaron en la implementación y perfeccionamiento de esta tesis. En especial a Cristóbal Guerra, quién dada su extensa experiencia en la temática, tanto en investigación como en reparación, fue un valioso aporte para la realización de este estudio.

A Rocío Cerda, por su generosa ayuda en los aspectos metodológicos, y por su linda amistad.

A CAVAS Reparatorio y todo su equipo de psicoterapeutas que colaboraron con sus valiosas experiencias y que con generosidad nos permitieron profundizar en aspectos tan íntimos como lo fueron aquellos indagados en este estudio. Agradecemos de modo especial a Carmen Luz Escala, Coordinadora del Área de Investigación Científica y Capacitación Profesional de CAVAS Reparación, quien nos facilitó la aproximación a los profesionales entrevistados.

Y a todos aquellos psicoterapeutas que también dieron acogida a la convocatoria de transmitir sus vivencias respecto al trabajo con pacientes victimizados sexualmente. Especialmente a Denisse Araya Castelli, Directora Ejecutiva ONG Raíces-Chile, por su disposición para contactarnos con miembros de este centro.

Agradecemos también a nuestros familiares y amigos, quienes nos brindaron su incondicional apoyo y entusiasmo en este camino.

Gracias a todos ustedes.

INDICE

I. RESUMEN.....	4
II. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS.....	7
IV. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	8
1. Impacto Psicológico en Profesionales de Ayuda.....	8
1.1 Burnout.....	9
1.2 Impacto psicológico en profesionales vinculados a población traumatizada....	10
1.2.1 Estrés traumático secundario.....	11
1.2.2 Victimización vicaria.....	12
1.2.3 Desgaste por empatía.....	13
2. Impacto Psicológico en Intervenciones Ligadas al Fenómeno de la Violencia.....	14
2.1 Efectos del impacto psicológico en el trabajo con violencia sexual.....	16
2.2 Manifestaciones del impacto en la práctica clínica de operadores vinculados al trabajo con violencia.....	17
2.3 Impacto en los profesionales de ayuda: una perspectiva integrativa.....	19
V. METODOLOGÍA.....	21
1. Tipo de Estudio.....	21
2. Técnica de Recolección de Datos.....	22
3. Selección y Características de la Muestra.....	22
4. Procedimiento Empleado Para la Obtención de los Datos.....	24

5. Método de Análisis de Datos	25
6. Aspectos Éticos	26
7. Criterios de Rigor Científico	27
VI. RESULTADOS	28
VII. DISCUSIÓN	82
VIII. CONCLUSIÓN	100
Referencias.....	107
ANEXOS.....	111
Anexo 1: Consentimiento informado	111
Anexo 2: Esquemas de categorías	113

I. RESUMEN

El objetivo de esta investigación apunta a explorar en las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual respecto del trabajo en esta temática y sus diversas implicancias. Su importancia radica en que múltiples investigaciones y antecedentes teóricos han dado cuenta de fenómenos de desgaste profesional en temáticas de violencia y poco de ellos han indagado aspectos satisfactorios u otras implicancias del trabajo en esta área, específicamente en terapeutas que trabajan con población victimizada sexualmente. Corresponde a una investigación cualitativa, en la cual se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 11 terapeutas que se desempeñaban en este ámbito, las cuales fueron analizadas a través de la codificación abierta de la Teoría Fundamentada. Los resultados del análisis indican que más allá de los fenómenos de desgaste profesional, las implicancias del trabajo con esta población son mucho más amplias y complejas.

Palabras claves: burnout, estrés traumático secundario, traumatización vicaria, desgaste por empatía, autocuidado, terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual.

II. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente, las agresiones sexuales son un problema de preocupación pública. En Chile, las denuncias por delitos sexuales se han acrecentado gradualmente, registrándose durante el periodo 2000-2010, según estadísticas de la Fiscalía Nacional, la cifra de 112.109 delitos referidos a violencia sexual (Ministerio de Salud, 2011). Mientras que entre enero y septiembre del año 2012, la Fiscalía señala haber registrado un aumento de 6,8 % de las denuncias por delitos sexuales, respecto a igual periodo en el 2011 (de 15.293 a 16.332) (Servicio Nacional de Menores, 2012). Lo anterior es más preocupante si se estima que por cada delito denunciado, tres quedan ocultos (Escaff, 2009).

En términos amplios, la agresión sexual es considerada una manifestación de violencia sexual, que incluye el uso de fuerza física u otras formas de coerción orientado hacia fines sexuales que la víctima no ha consentido (Rojas, 1995, citado en Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales, 2003). La fenomenología de las agresiones sexuales varía según el rango etario de quien haya sufrido la victimización, distinguiéndose dos grupos: infanto-juvenil y adulto.

Las agresiones sexuales constituyen un fenómeno complejo y heterogéneo que puede llegar a afectar las múltiples áreas del desarrollo y su natural evolución en un niño, niña y adolescente; así como también puede provocar un daño profundo en la personalidad del adulto. Asimismo, representa un suceso traumático biopsicosocial que puede producir efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Teniendo en consideración las profundas consecuencias que conlleva este tipo de vulneración, en el ejercicio de su labor los terapeutas pueden verse expuestos a material traumático, llegando a desencadenar trastornos emocionales o bien acentuar dificultades personales (Figley, 2002b; Stebnicki, 2008).

Las investigaciones de los últimos veinte años han demostrado que quienes brindan apoyo a víctimas de eventos traumáticos se encuentran especialmente vulnerables y en riesgo de desarrollar -tal como experimentan las víctimas primarias- desórdenes traumáticos estresantes y síntomas negativos de deterioro profesional (Figley, 1995, citado en Meyers y Cornille, 2002; Figley, 2002a; Figley, 2002b; Stamm, 2010; Valent, 2002).

Así, se han señalado algunos términos que han buscado explicar el fenómeno de deterioro profesional, siendo el burnout -o síndrome de agotamiento generalizado- el más ampliamente descrito y conocido. Este concepto ha sido frecuentemente utilizado como un fenómeno de desgaste que puede afectar indiscriminadamente a profesionales de distintas áreas. Otros términos de mayor especificidad, se refieren a la descripción de fenómenos ligados al trabajo con personas

traumatizadas, como el desgaste por empatía, la traumatización vicaria y el estrés traumático secundario (Stamm, 2010).

Varios autores (Bride, Radey y Figley, 2007; Cazabat, 2002; Figley, 2002b; Meyers y Cornille, 2002; Sinclair, 2011; Stamm, 2010; Stebnicki, 2008) han señalado la importancia de reconocer el riesgo emocional asociado a aquellos profesionales que utilizan su persona como herramienta de trabajo en poblaciones traumatizadas. Sin embargo, no se han realizado distinciones en relación a los efectos particulares que puede generar el trabajo con grupos victimizados sexualmente.

En este sentido, el presente estudio pretende indagar en las experiencias de trabajo que surgen en los terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual, buscando caracterizar desde los discursos de estos profesionales, las diversas percepciones y posibles implicancias asociadas a la labor reparatoria con población victimizada sexualmente. En concordancia con lo anterior, la siguiente pregunta dirige esta investigación: ¿Cuáles son las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual respecto del trabajo en esta temática y cuáles son sus posibles implicancias?

Resulta relevante investigar acerca de las principales manifestaciones, tanto a nivel de equipo como individuales, que podría involucrar en los profesionales de ayuda la exposición a temáticas de vulneración sexual, en tanto en los programas de maltrato se requieren psicólogos que conformen equipos capacitados, comprometidos y con un bienestar psíquico apropiado, aptos para brindar una atención de calidad a los pacientes; puesto que tanto el malestar de los profesionales como de los equipos incide de forma directa sobre los usuarios de los programas de atención reparatoria (Arón y Llanos, 2004).

En este sentido, la aproximación a las experiencias de psicólogos especializados en la temática de vulneración sexual, podría constituir un aporte para que aquellos

terapeutas que se encuentren comenzando con esta labor conozcan sus posibles implicancias y las condiciones que pudieran afectarlos negativamente. Así como también, ayudar a reflexionar a aquellos que ya se encuentran inmersos en esta área, otorgándole mayores herramientas de análisis sobre la labor que realizan y cómo esta les puede llegar a afectar en su vida personal y profesional.

Se pretende considerar las distintas implicancias de manera integral, rescatando aquellos aspectos que reporten beneficios y/o costos para el bienestar del terapeuta. Así se contribuye a obtener una comprensión sistémica del fenómeno.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo General

1.1 Conocer las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual respecto al trabajo en esta temática y sus diversas implicancias.

2. Objetivos Específicos

2.1 Explorar las percepciones de los terapeutas especializados respecto al trabajo con víctimas de agresiones sexuales.

2.2 Explorar las implicancias a nivel personal que reconocen los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual respecto al trabajo en esta temática.

2.3 Explorar las implicancias a nivel interpersonal que reconocen los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual respecto al trabajo en esta temática.

2.4 Explorar las implicancias a nivel profesional que reconocen los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual respecto al trabajo en esta temática.

IV. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

1. Impacto Psicológico en Profesionales de Ayuda

En las últimas cuatro décadas ha nacido un creciente interés por el estudio del impacto psicológico en los profesionales de ayuda (Arredondo, 2007; Cunningham, 1999; Figley, 2002a; Lira y Morales, 1996; Morales, Pérez y Menares, 2003; Salston y Figley, 2003; Valent, 2002). Se ha propuesto que el riesgo emocional es inherente en aquellos que utilizan su persona como instrumento de trabajo en el desempeño de su labor de ayuda a otros, puesto que exige una vinculación constante con las personas asistidas e implica una responsabilidad respecto de su bienestar (Sinclair, 2011). Así, se ha observado en personas que se desempeñan en la enfermería, medicina, asistencia social, rescate, psicología y otras áreas relacionadas, un alto índice de vulnerabilidad, al encontrarse regularmente vinculadas al sufrimiento humano (Bride, Radey y Figley, 2007; Cazabat, 2002; Figley, 2002b; Meyers y Cornille, 2002; Stebnicki, 2008).

La psicología es una de las ramas más propensa a desarrollar este tipo de patologías, siendo catalogada como una *profesión de alto contacto* (Stebnicki, 2008). Cabe destacar que aquellos profesionales que trabajan con situaciones de violencia, son especialmente vulnerables a padecer síntomas de deterioro profesional (Figley, 2002a; Figley, 2002b). Así, se han realizado diversas mediciones, describiendo fenómenos especialmente complejos, tales como el Burnout, el Desgaste por Empatía, la Victimización Vicaria y el Estrés Traumático Secundario (Figley, 2002b; Salston y Figley, 2003; Stebnicki, 2008). No obstante, estos conceptos aluden al impacto en la salud de los profesionales, es posible realizar ciertas distinciones. Mientras el primero, se refiere a un síndrome de agotamiento generalizado que puede afectar a profesionales de distintos campos; los últimos tres fenómenos aluden específicamente al trabajo con población

traumatizada, pudiendo considerarse términos afines (Bride, 2001, citado en Guerra, 2008).

1.1 Burnout

En términos generales, se ha definido el burnout como “una reacción a un estrés emocional crónico” (Maslach y Jackson, 1981, citado en Morales et al., 2003, p.10), un agotamiento progresivo, asociado a una demanda constante propia del trabajo con personas que presentan condiciones de necesidad, dependencia o sufrimiento (Sinclair, 2011). En este síndrome se presentan esencialmente tres dimensiones que incluyen: una extenuación tanto física como psicológica, una actitud de despersonalización -que desencadena problemas en las relaciones interpersonales- y una percepción de reducida eficacia para alcanzar metas en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981, citado en Morales et al., 2003).

El primer elemento alude a las sensación de agobio emocional, relacionado con una percepción de sobre esfuerzo provocado por las prolongadas interacciones entre el profesional y quien recibe el servicio. El segundo aspecto apunta al aislamiento en las relaciones interpersonales, incluyendo cinismo, frialdad, externalización de la culpa y frustraciones por parte del profesional hacia las personas atendidas. El tercer eje se relaciona con una valoración negativa del operador respecto a su desempeño laboral y la posibilidad de lograr metas establecidas en su trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001, citado en Guerra y Lira, 2007).

Asimismo, el burnout se ha caracterizado como un conjunto de diversos síntomas que involucran alteraciones en el funcionamiento somático, afectivo y conductual (Aguilera, 1995, citado en Salston y Figley, 2003). Entre los indicadores fisiológicos se destacan dolores de cabeza, cansancio, trastornos del sueño e hipertensión (Valent, 2002; Salston y Figley, 2003). Algunas de las respuestas emocionales son agotamiento emocional, depresión, ansiedad (Prosser et al. 1996 en Salston y Figley, 2003), frustración, irritabilidad, pesimismo (Valent, 2002), baja

satisfacción laboral y deseos de abandonar el trabajo (Koeske y Kelly, 1995, citado en Morales et al., 2003). Destacan dentro de los síntomas comportamentales: disminución en el rendimiento, aumento de las adicciones o dependencias, dificultades interpersonales. Además, algunos autores han descrito respuestas cognitivas como la duda, la culpa y desilusión general (Farber, 1983, citado en Salston y Figley, 2003), el desarrollo de un autoconcepto y visión de mundo negativos (Pines y Aronson, 1988 en Salston y Figley, 2003).

Finalmente el burnout, no sólo se limita a operadores que trabajan con personas, sino que también puede ser causado por: conflictos entre los valores individuales y las metas y demandas organizacionales; una sobrecarga de responsabilidades; una sensación de poco control respecto a la calidad de los servicios prestados; percepción de pobre remuneración emocional y/o financiera; un bajo sentimiento de equipo en el contexto laboral, la existencia de inequidad o falta de respeto en el lugar de trabajo (Maslach y Leiter, 1997, citado en Salston y Figley, 2003) y el desfase entre las expectativas de desempeño del profesional y la factibilidad de cumplirlas (Sinclair, 2011).

1.2 Impacto psicológico en profesionales vinculados a población traumatizada

Si bien, el concepto de burnout ha apoyado la comprensión del fenómeno de desgaste profesional, con el tiempo se han ido desarrollando otros conceptos similares, que buscan explicar el impacto psicológico asociado al ejercicio laboral, delimitándolo a campos de intervención más específicos. Así, han nacido constructos como el estrés traumático secundario, el desgaste por empatía y la victimización vicaria, los cuales se asocian específicamente al trabajo con víctimas de eventos traumáticos (Bride et al., 2007; Figley, 2002b; Salston y Figley, 2003; Valent, 2002)

1.2.1 Estrés traumático secundario

Para Charles Figley (1995, citado en Stebnicki, 2008; Bride et al., 2007; Figley, 2002b; Salston y Figley, 2003), aquellos profesionales vinculados al trabajo con pacientes que han sufrido un trauma, pueden ser considerados *sobrevivientes secundarios del trauma*; en tanto, es probable que los terapeutas a partir de las interacciones con el paciente, experimenten sintomatología propia de la víctima o sobreviviente primario. Si bien, el modo de adquisición del trastorno es distinto, ya que por una parte, la víctima ha sido expuesta de modo directo al acontecimiento traumático, mientras que el terapeuta se contacta de forma indirecta con el trauma mediante el relato del paciente, existe una significativa similitud entre los síntomas observados en los profesionales y los signos de estrés postraumático experimentados por la víctima directa (Salston y Figley, 2003 ;Stebnicki, 2008). Precisamente, Figley (1995, citado en Bride et al., 2007; Figley 2002a) denomina a este fenómeno estrés traumático secundario, señalando que tales comportamientos y emociones resultan naturalmente en el proceso de ayuda hacia una persona que ha sufrido un trauma.

Tal como se mencionó, el estrés traumático secundario se caracteriza por constituirse de síntomas particularmente semejantes a aquellos presentados en el trastorno de estrés postraumático (Figley, 2002a; Figley, 2002b). Respecto al conjunto de síntomas que comprende el trastorno de estrés postraumático, la APA (2000), define tres clasificaciones:

- 1) Síntomas intrusivos: Se caracterizan por la re-experimentación prolongada, la cual se expresa por medio de recurrentes e intrusivos recuerdos, sueños, flashbacks asociados a la experiencia traumática. Acompañado de respuestas fisiológicas e intenso malestar psicológico ante estímulos que simbolizan o recuerden el acontecimiento.
- 2) Síntomas evitativos: Se distinguen por la frecuente evitación de conversaciones, lugares, personas o cualquier otro estímulo asociado al

trauma. A la vez, se observa una merma en la capacidad de recordar aspectos significativos ligados a la experiencia traumática, una pérdida del interés por desarrollar actividades anteriormente relevantes para el sujeto y una sensación de desapego y desinterés por los otros.

- 3) Síntomas de aumento de la activación: Se refieren a la existencia de indicadores de ansiedad, alteraciones del sueño, disminución de la concentración, irritabilidad, hipervigilancia y reacciones desmedidas frente a un estímulo. Sintomatología inexistente previo a la ocurrencia del evento traumático.

En síntesis, el concepto de estrés traumático secundario alude principalmente a la configuración del trastorno asociado al deterioro laboral de acuerdo a criterios sintomatológicos, lo cual difiere de mecanismos como el desgaste por empatía o la victimización vicaria (Guerra, 2008).

1.2.2 *Victimización vicaria*

De acuerdo a lo señalado por McCann y Pearlman (1990, citado en Bride et al., 2007), el estrés traumático secundario y la victimización vicaria se refieren a un mismo fenómeno, sin embargo, ambos conceptos apuntarían a distintos focos de análisis. Así, se plantea que el énfasis del concepto de victimización vicaria está situado en aquellos mecanismos adaptativos que desarrolla el profesional de ayuda (Guerra, 2008). Los terapeutas, como consecuencia del interactuar con personas traumatizadas, replican las respuestas emocionales manifestadas por los consultantes, reproduciendo en sí mismos los síntomas y sufrimientos de las víctimas, lo cual incide en una transformación de sus esquemas cognitivos (Pearlman & Saakvitne, 1995, citado en Salston y Figley 2003).

En este sentido, la victimización vicaria alude a una transformación a nivel de la cognición, en tanto afectaría los esquemas y sistemas de creencias, generando alteraciones significativas en la identidad y visión de mundo del profesional (McCann y Pearlman, 1990, citado en Bride et al., 2007; Pearlman & Saakvitne,

1995, citado en Salston y Figley, 2003). Cabe señalar que la victimización vicaria, surge de la conjunción entre distintos factores; la personalidad del clínico y su cosmovisión, factores situacionales, así como también, el material traumático del cliente (McCann y Pearlman, 1990, citado en Cunningham, 1999).

En síntesis, la tesis central desarrollada por McCann y Pearlman (1990, citado en Bride et al., 2007) indica que, los profesionales imitan respuestas emocionales de sus clientes y modifican sus esquemas cognitivos produciéndose dificultades de adaptación y sintomatología propia de la traumatización directa.

1.2.3 *Desgaste por empatía*

La capacidad empática del psicólogo, constituye un factor relevante en el proceso de curación. Sin embargo, esta habilidad también puede contribuir en que el terapeuta sea afectado significativamente por el desgaste por empatía. En este sentido, Figley (1995, citado en Stebnicki, 2008) sugiere que “aquellos que tienen una enorme capacidad de sentir y expresar empatía, tienden a tener mayor riesgo de desarrollar desgaste por empatía” (p.1). Por lo tanto, producto de la intensidad de las relaciones empáticas, los psicólogos pueden experimentar emociones equivalentes -y casi tan agudas- como las presentadas por sus clientes, predisponiéndose a una sobre-identificación respecto a estas problemáticas (Stebnicki, 2008).

Como consecuencia de la dificultad para manejar este impacto, los profesionales afectados por este síndrome, inclusive pueden interferir en el bienestar psicológico de sus pacientes, llegando a manifestar conductas poco éticas (Stebnicki, 2008). Del mismo modo, la intensidad de este desgaste puede ser tal, que se produzcan efectos negativos incluso en los familiares y amigos de los terapeutas (Stebnicki, 2008; Cerney, 1995, citado en Salston y Figley, 2003).

En relación a la intensidad, Stebnicki (2008), señala que variará de acuerdo a un continuo, incluyendo niveles de baja afectación, hasta un menoscabo significativo.

Afirmando que, inclusive, el desgaste por empatía podría expresarse en la aparición del síndrome de burnout. Así, los terapeutas a lo largo de su experiencia laboral, tenderán a desplazarse por estos distintos niveles, pudiendo situarse en un extremo de afectación leve y posteriormente, en un extremo de máxima afectación y viceversa (Stebnicki, 2008).

Por último, se ha descrito la incidencia de distintos factores en el nivel de expresión de este trastorno, tales como: los rasgos de personalidad, estrategias de enfrentamiento, edad, capacidad de resiliencia, apoyo de redes sociales, nivel de experiencia profesional, límites en el encuadre, entre otros elementos (Stebnicki, 2008).

2. Impacto Psicológico en Intervenciones Ligadas al Fenómeno de la Violencia

Como se ha mencionado anteriormente, los profesionales que ejercen actividades permanentes de ayuda a otros, representan mayores índices de deterioro laboral, constituyéndose como un grupo altamente vulnerable (Guerra, 2008). Dicha vulnerabilidad aumenta al tratarse de aquellos que se desempeñan en el ámbito de la violencia (Arón y Llanos, 2004).

Desde esta mirada, Arón y Llanos (2004) señalan que el problema de desgaste profesional presentaría una “intensidad cualitativamente distinta cuando el campo de trabajo se refiere a la violencia: ya sea al trabajo con víctimas o con victimarios” (p.3). Guerra (2008), por ejemplo, en un estudio realizado a psicólogos chilenos, encontró que aquellos terapeutas que trabajan en centros especializados de atención a víctimas, presentarían grados significativamente mayores de estrés traumático secundario, en comparación con psicólogos cuya intervención apunta a un población más amplia.

En este sentido, los fenómenos de estrés traumático secundario, desgaste por empatía y victimización vicaria se han relacionado fundamentalmente a

problemáticas de violencia social, tales como maltrato infantil, violencia intrafamiliar y agresiones sexuales (Arredondo, 2007). Consecuentemente a partir de tales planteamientos el trabajo en la temática de la violencia podría conceptualizarse como una profesión de *alto riesgo* (Arón y Llanos, 2004), en tanto ningún profesional se encuentra exento a los efectos negativos del trabajo con la problemática de la violencia (Guerra, 2007).

Según Claramunt (1999, citado en Guerra 2007) se considera, que la exposición a relatos de vivencias traumáticas se asocia a respuestas de miedo y estrés, dado que a partir de la identificación con la víctima, se produce la actualización de experiencias similares en el terapeuta. De este modo, resulta altamente probable que existan elementos comunes con las víctimas atendidas, puesto que la mayoría de las personas han sufrido algún evento traumático en su historia vital. Así, por ejemplo, Guerra y Lira (2007), en un estudio cualitativo realizado en Chile respecto a la incidencia de estrés traumático secundario en psicólogos clínicos que trabajan en atención a víctimas, observa que los terapeutas tienden a sobre-involucrarse con sus víctimas, presentando alta frecuencia de síntomas intrusivos. Dicha sintomatología aumentaba, mientras fuesen más los años de experiencia del clínico en esta temática.

Arón y Llanos (2004) realizan una descripción del desgaste profesional, específicamente, en operadores que trabajan con violencia. Esta caracterización se basa en tres ejes principales: la *contaminación temática*, la *traumatización vicaria* y la *traumatización de los equipos*. Este primer factor se refiere al impacto emocional -tanto individual como en los equipos- derivado de una constante exposición a la temática de la violencia, siendo el contacto directo con este material lo cual produce una paulatina *contaminación*.

Para estas autoras la contaminación temática se traduce en la traumatización vicaria y en la traumatización de los equipos. En relación a la traumatización vicaria, Arón y Llanos (2004) señalan que ésta desencadenaría en los

profesionales, una hipersensibilidad e hiper-reactividad en situaciones en las cuales perciben que sus derechos han sido vulnerados. Respecto a la traumatización de los equipos, es definida como la reproducción de las dinámicas de violencia al interior del grupo de profesionales. Así, la mayoría de los integrantes se perciben a sí mismos como víctimas, mientras que otros son percibidos como victimarios, el grupo se disocia y/o se forman coaliciones. A partir de los conflictos presentes en el equipo, el trabajo con los usuarios también se ve afectado (Arón, 2001, citado en Arón y Llanos, 2004).

2.1 Efectos del impacto psicológico en el trabajo con violencia sexual

El trabajo con la temática de la violencia sexual, exige una alta formación y especialización en esta materia, lo cual implica reconocer elementos fundamentales del fenómeno, tales como su prevalencia y el impacto en las víctimas. En términos concretos, el clínico en su trabajo diario, se introduce en una realidad que evidencia la frecuencia del abuso sexual, su incidencia en todos los estratos socioeconómicos y las graves consecuencias para el afectado y su entorno (Cunningham, 1999). Cunningham (1996, citado en Cunningham, 1999) encontró que aquellos operadores vinculados al trabajo con víctimas de agresiones sexuales, presentan cambios profundos en su visión de mundo, mientras aquellos profesionales que poseen trabajo en contextos más variados, no presentan alteraciones significativas. Los hallazgos de Simonds (1997, citado en Moreno-Jiménez, Morante, Garroza y Rodríguez, 2004) coinciden con estas apreciaciones, al encontrar que la exposición de los terapeutas al trauma del abuso sexual en sus clientes, está estrechamente relacionado con sintomatología de estrés traumático secundario y perturbaciones en los esquemas cognitivos del clínico. Del mismo modo, un estudio empírico de Schauben y Frazier (1996, citado en Moreno-Jiménez et al., 2004) sugiere que los terapeutas vinculados a esta área específica de trabajo, experimentan mayor angustia emocional y creencias disfuncionales que otros operadores.

En síntesis, tal como señala Sinclair (2011), el impacto de trabajar en esta temática implica ser testigo de una transgresión ética grave, en donde se vulneran significativamente los derechos e integridad de las víctimas. Así, la dificultad de trabajar en el ámbito del trauma, radica en que sumerge a los involucrados en el plano de lo impensable, cuestionando nociones fundamentales en torno a los vínculos protectores, la familia, la sexualidad y la confianza en los otros. Desde una perspectiva de género, confronta a las terapeutas con el fenómeno del poder, siendo posible que se contacten con sentimientos de vulnerabilidad al tomar conciencia de haber sido abusadas en algún área de su vida. Del mismo modo, implica un cuestionamiento respecto al rol masculino, ya que en un alto porcentaje, son los hombres quienes cometen estas vulneraciones.

2.2 Manifestaciones del impacto en la práctica clínica de operadores vinculados al trabajo con violencia

Tal como se ha señalado, resulta esperable la presencia de síntomas de deterioro, en aquellos profesionales vinculados al trabajo clínico con víctimas de violencia. No obstante, en algunos casos la intensidad es tal que puede interferir en la efectividad clínica (Bride et al., 2007; Salston y Figley, 2003; Valent, 2002). De esta manera, Morales et al. (2003) indican que el desgaste cotidiano se traduce en deserción y ausentismo laboral, baja productividad y deficiencias en la eficacia de los programas desarrollados, actitudes de omnipotencia, dificultades y aislamiento en las relaciones interpersonales, entre otras expresiones.

Asimismo Pearlman y Saakvitne (1995, citado en Salston y Figley, 2003), señalan algunos riesgos si no se es consciente de padecer estrés traumático secundario. Estos autores destacan en la interacción con los pacientes, dificultades en el establecimiento de límites, sentimientos de impotencia y cinismo. Como consecuencia de lo anterior, el terapeuta no se encuentra totalmente disponible para enfocarse y atender las necesidades de los demás, pudiendo afectar a los consultantes.

Por su parte, Arón y Llanos (2004), se refieren a los efectos en el trabajo clínico de los operadores que trabajan con violencia, describiendo excesiva distancia y culpabilización hacia los pacientes, aumento del uso de etiquetas diagnósticas y sobre-patologización de sus consultantes, ensoñaciones y aburrimiento durante las sesiones, hostilidad hacia los pacientes y precipitación en el diagnóstico y en la medicación. Paralelamente Rudolph, Stamm, y Stamm (1997, citado en Bride et al., 2007), sugieren que aquellos profesionales clínicos que experimentan desgaste por empatía, reducen la satisfacción respecto a su trabajo, y a su vez, poseen mayor riesgo de tomar decisiones equivocadas tales como diagnósticos erróneos o mala planificación del tratamiento.

Además, se ha encontrado que en el trabajo vinculado a la violencia de género, es frecuente la manifestación de: sentimientos de angustia hacia el paciente porque éste no ha tomado las mejores decisiones, impaciencia y disociación al escuchar su relato, excesiva preocupación respecto a la seguridad de la víctima e intentos de persuasión hacia ésta al considerar como más válida la opinión del terapeuta (Arredondo, 2007).

Del mismo modo, Lira y Morales (1996), en un estudio respecto a las dinámicas presentes en los equipos que trabajan con el fenómeno de la violencia -análisis que incluye el trabajo con víctimas de violencia intrafamiliar y víctimas de violación a los derechos humanos- definen tres *constelaciones polares de sentimientos* presentes en los terapeutas relacionados a esta temática laboral. Las cuales corresponden a: *omnipotencia/impotencia, sobre-involucración/distanciamiento emocional, confianza ingenua/ desconfianza paranoídea*. Estas constelaciones constituyen vivencias confusas en el profesional, sentimientos opuestos que transitan por un continuo, desde el cual tienden a situarse aquellos profesionales vinculados al trabajo con violencia y que afectan el modo de intervenir con los pacientes.

Cunningham (1999), ha descrito algunas manifestaciones asociadas específicamente a la labor con pacientes víctimas de agresiones sexuales, encontrando que con el fin de proteger el sistema de creencias del terapeuta, éste podría tender a culpar a la víctima por lo sucedido, así como también, podría intentar atenuar o distorsionar la información relatada por el cliente, o incluso, tender a evitar la exploración en algunas áreas de la conflictiva del paciente. Paralelamente, los clínicos podrían cuestionar la veracidad de tales testimonios-especialmente cuando se trata de la aparición de recuerdos confusos en las sesiones-sintiéndose posteriormente, culpables y avergonzados por tal actitud. Es posible que la reacción de confusión ante estos episodios, se exprese en mensajes contradictorios hacia sus clientes, situación que se torna particularmente compleja en el tratamiento con adolescentes, ya que podrían existir desacuerdos en el equipo respecto a si se trata de recuerdos reales o resultan experiencias modificadas con fines de manipulación.

2.3 Impacto en los profesionales de ayuda: una perspectiva integrativa

A partir de las últimas cinco décadas se ha desarrollado un amplio interés por aquellos profesionales que se desempeñan en ámbitos de ayuda a otros, específicamente en contextos extremadamente estresantes. De esta manera, se ha propuesto que dichas circunstancias extremas a las cuales el profesional de ayuda ha sido expuesto -directa o indirectamente- serían las causantes de efectos negativos en su persona, dando centralidad a esta variable (Arredondo, 2007; Cunningham, 1999; Figley, 2002a; Lira y Morales, 1996; Morales, Pérez y Menares, 2003; Salston y Figley, 2003; Valent, 2002).

De este modo, la investigación sobre este fenómeno, ha llevado a preguntarse acerca de las razones que mantienen a los profesionales de ayuda en esta labor. Stamm (2002) planteó que la motivación de quien brinda ayuda, se nutre y sostiene por la satisfacción derivada de la labor de ayudar a los demás, fenómeno que denominó *satisfacción por empatía*. Esta autora, postuló que la satisfacción

por empatía estaría relacionada con la percepción de que su labor brinda beneficios a otros y la creencia de desempeñar un trabajo eficaz.

La contribución de Stamm (2002, 2005, 2010) se centra en la incorporación de los efectos positivos que se asocian a la labor de ayudar, aportando a la comprensión de algunas de las razones por las cuales los terapeutas que presentan deterioro continúan realizando su labor en el contexto del trauma. En la última década, la investigadora ha desarrollado una teoría y escala orientada a medir la calidad de vida profesional en aquellas personas que brindan cuidados a otros, la cual hasta la fecha ha sido ampliamente utilizada a nivel mundial.

Para Stamm (2010), la *calidad de vida profesional* se refiere a una visión global que poseen los sujetos en torno a su trabajo como “helper”. Estas personas o “helpers” como denominó la investigadora, pueden referirse a profesionales de cuidado, trabajadores de servicio social, profesores, abogados, policías, bomberos, clérigos, personal de aerolíneas, personal de limpieza en la zona de desastre, y otros quienes ofrecen asistencia al momento del evento, o incluso después. Su teorización incorpora aspectos propios de la calidad de vida profesional, considerando tanto los efectos negativos o desgaste por empatía como las consecuencias positivas o satisfacción por empatía.

En su teoría, se señala que el desgaste por empatía puede manifestarse a través de dos fenómenos: el burnout, y el estrés traumático secundario (Stamm, 2005). Mientras que en el polo de los aspectos positivos es posible identificar la satisfacción por empatía (Stamm, 2010). En este sentido, el operador puede experimentar una sensación de fortalecimiento en su trabajo, pensamientos felices; como sentirse exitoso, contento con el trabajo que realiza y mantener la creencia de que su labor representa una contribución significativa (Stamm, 2010). Además de vivenciar placer a raíz del trabajo en sí mismo, se pueden tener sentimientos positivos respecto de los compañeros de trabajo, así como también, en relación a la contribución que se hace al ambiente laboral o incluso, al aporte a

la sociedad a través del trabajo con personas que necesitan atención (Stamm, 2005).

Cabe destacar que, entre la satisfacción por empatía y el desgaste por empatía existe un equilibrio y a la vez una correlación negativa, es decir, que pudiesen manifestarse ambos fenómenos de forma paralela y a medida que uno de estos fenómenos aumenta, el otro disminuiría (Stamm, 2002).

Finalmente, la teoría de la calidad de vida de Stamm (2005) incorpora tres elementos contextuales que influyen tanto los aspectos positivos, como negativos de ayudar a los demás. Estos tres factores corresponden a las características del ambiente de trabajo, las características de la población usuaria y el entorno personal de quien desarrolla la asistencia. Cada uno de estos ambientes interactuantes juegan un rol en la determinación de la calidad de vida profesional de quienes prestan asistencia a otros (Stamm, 2010).

V. METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio

El presente estudio pretende conocer las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual respecto al trabajo en esta temática y sus posibles implicancias, apuntando a rescatar la mirada particular de esta población en torno a su labor. En este sentido, el objetivo de esta investigación se condice con un enfoque cualitativo, puesto que persigue aproximarse a un fenómeno a partir de las experiencias y significados subjetivos que le atribuyen los participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Respecto al alcance, se trata de un estudio de carácter exploratorio, en tanto su interés radica en ahondar en una población específica y poco estudiada; terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual. Asimismo, corresponde a un estudio descriptivo, ya que permite conocer las tendencias en un grupo

respecto al fenómeno que se analiza. Adicionalmente, dadas las características anteriormente mencionadas, se justifica el uso de una metodología cualitativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Técnica de Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó por medio de una pauta de entrevista semi-estructurada, la cual contó con un guión temático preestablecido otorgando la flexibilidad al entrevistador de introducir preguntas adicionales destinadas a aclarar o profundizar en algún aspecto de interés para la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

A partir de los objetivos específicos se generaron tres ejes claves, orientados a explorar en un primer nivel aspectos demográficos de la población entrevistada, en un segundo nivel, las percepciones asociados a su experiencia de trabajo y por último, un tercer eje que apuntaba a la reflexión en torno a las implicancias de la labor terapéutica con víctimas de agresiones sexuales.

3. Selección y Características de la Muestra

El muestreo correspondió al tipo no probabilístico o dirigido, ya que la selección de los casos se realizó en función de características pertinentes al objetivo de esta investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En la selección de los informantes se utilizó una muestra de participantes voluntarios, siguiendo determinados criterios de inclusión y de factibilidad.

La muestra se constituyó por 11 psicólogos que llevaban ejerciendo en el ámbito de la psicología clínica entre 5 a 13 años, que poseen desde un año y medio hasta 13 años de experiencia en el área de las agresiones sexuales. Del total de los terapeutas entrevistados, 8 correspondían al Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS Reparación, mientras que uno de los terapeutas había pertenecido a esta institución y al momento de las entrevistas se encontraba

atendiendo en otro ámbito. Por otra parte, uno de los entrevistados pertenecía a la ONG Raíces, mientras que el último se desempeña en el Centro de Atención a Víctimas de Delitos Violentos de Viña del Mar.

En relación a los enfoques teóricos, 6 de los entrevistados adscriben al enfoque psicoanalista, tres se identifican con el enfoque sistémico y uno se reconoce como cognitivo conductual. Además, 3 de los psicólogos son de género masculino y los 8 restantes corresponden a terapeutas de género femenino.

La muestra varía considerando tanto a terapeutas que se han desempeñado principalmente en esta área desde los inicios de su carrera y aquellos que han hecho su especialización en el tema posteriormente.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, las características principales de la muestra se sintetizan en las siguientes tablas.

Ámbito de trabajo	Experiencia		Total
	Menos de 7 años	Más de 7 años	
CAVAS	5	3	8
Otros	1	2	3
Total	6	5	11

Grupo etario de trabajo	Infantil	Adoloscete	Infanto-juvenil	Adulto	Todos	Total
Número de terapeutas	4	3	1	2	1	11

La proporción de participantes fue definida a partir del criterio de saturación teórica, es decir, hasta que los datos recolectados no agregaron nueva información (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Debido a la dificultad del acceso a esta muestra y su especificidad, como único criterio de inclusión se consideró el siguiente: terapeutas que hayan ejercido como

psicólogos clínicos de atención especializada a víctimas de violencia sexual, por al menos un año y medio¹.

4. Procedimiento Empleado Para la Obtención de los Datos

La muestra piloto nace a partir de la colaboración de un miembro del equipo de investigación -de la Universidad de Chile que se encarga de estudiar temáticas relativas a la persona del terapeuta- dentro del cual se enmarca este estudio. Este experto, contribuyó con la realización de 4 entrevistas a psicólogos que trabajaban en la ONG Paicabí, las cuales fueron utilizadas como muestra piloto para la construcción del guión final de entrevista. Sin embargo, estas entrevistas no fueron incluidas en el análisis final de los datos.

El acceso a la muestra con la cual se recolectaron los datos para el presente estudio, se llevó a cabo a través del contacto de psicólogos clínicos que se desempeñaban en el área de las agresiones sexuales al momento de la investigación. De este modo, se invitó a participar a estos profesionales de forma voluntaria mediante correo electrónico, señalando las líneas generales de la investigación y adjuntando el consentimiento informado. Así, se logra la realización de 4 entrevistas en las consultas de los terapeutas.

Posteriormente se establece contacto con el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS Reparación, perteneciente al Instituto de Criminología INSCRIM de la Policía de Investigaciones, solicitando su colaboración para la realización de 8 entrevistas a terapeutas que trabajan en esta institución y cumplieran los requisitos de esta investigación. Luego, se redacta una carta dirigida al Director de la Institución, requiriendo su autorización para incluir la participación de profesionales de este centro.

¹ Preferentemente se consideró a terapeutas que estuvieran ejerciendo la labor de atención especializada a víctimas de agresiones sexuales al momento de realizar las entrevistas. Sin embargo, en uno de los casos, se decidió incluir a un terapeuta que se había retirado hace aproximadamente un año de este ámbito, situación que se debió principalmente a la alta experticia del profesional en el fenómeno en estudio.

Una vez obtenida la aprobación, previa entrega del consentimiento informado² y el proyecto de investigación, la encargada de la Unidad de Investigación de CAVAS Reparación, gestiona los horarios para concretar las entrevistas. Este procedimiento se efectuó en dependencias del Centro de acuerdo a lo estipulado.

En cuanto a la realización de las entrevistas, se dio lugar a la descripción de características del encuadre como la duración aproximada de la entrevista, la utilización de grabadora, el objetivo del estudio y la aclaración de dudas.

De este modo, se efectuaron 12 entrevistas en total, de una duración aproximada que oscila entre 30 a 60 minutos. Sin embargo, el análisis final de la presente investigación, constó sólo con los datos de 11 entrevistas. Se decidió excluir de la muestra total una de las entrevistas realizadas, ya que la participante sólo cumplía 5 meses desempeñándose en la temática de las agresiones sexuales, siendo uno de los requisitos para la inclusión de la muestra que al menos tuviera un año y medio de experiencia en este ámbito.

5. Método de Análisis de Datos

El análisis desarrollado en esta investigación se realizó a partir de La Teoría Empíricamente Fundamentada o Grounded Theory, metodología que pretende generar modelos explicativos desde los datos obtenidos en la investigación. Este procedimiento se logra mediante la captura y análisis sistemático de los datos.

En relación al proceso de codificación, la teoría fundamentada plantea la realización de tres etapas de codificación: abierta, selectiva y teórica. En la presente investigación el análisis abarca sólo la primera etapa de codificación, que se refiere al proceso en que se fragmentan, comparan, conceptualizan y agrupan los datos recogidos en categorías. De manera simultánea, se conceptualizan los datos, es decir, se les otorga un nombre que los distinga y se

² Ver anexo 1

van conformando categorías que los contengan (De la Torre, Florido, Opazo, Ramírez, Rodríguez y Sánchez, 2008).

En cuanto a las principales estrategias de este método de análisis, se utilizaron el muestreo teórico y el método de comparación constante. El muestreo teórico se caracterizó por su constitución progresiva a lo largo de la investigación, en el cual la inclusión de los participantes surgió a partir de la recolección, análisis y categorización que realizaron las investigadoras de los datos obtenidos (De la Torre et al., 2008).

Para llevarlo a cabo, se efectuó un análisis comparativo constante desde el comienzo de la investigación y en la medida en que se fueron obteniendo nuevos datos. Su finalización dependió de la saturación teórica de la información recogida, es decir, cuando los datos encontrados no aportaron nueva información (De la Torre et al., 2008).

Por otra parte, la estrategia de comparación constante resultó de la búsqueda de similitudes y diferencias durante el proceso de análisis, tras lo cual fue posible encontrar regularidades en torno a los fenómenos estudiados. De esta forma, se hizo una comparación permanentemente por parte de las investigadoras, tanto de los códigos como de las clasificaciones construidas, permitiendo el descubrimiento de nuevas relaciones y dimensiones tipológicas. En este sentido, este método contribuyó a un refinamiento del análisis a lo largo de la investigación, entrelazando las actividades de la recolección de datos, codificación, análisis e interpretación (De la Torre et al., 2008).

6. Aspectos Éticos

En cuanto a las consideraciones éticas, en esta investigación se diseñó un consentimiento informado con el objetivo de comunicar claramente las condiciones de participación en este estudio. De este modo, se informó a los terapeutas respecto a: los objetivos de la investigación, la voluntariedad de su participación, la

duración aproximada de las entrevistas y la utilización de grabadoras como medio de registro de ser autorizado por ellos.

Además, se señaló que cualquier información derivada de su participación en este estudio sería conservada en forma de estricta confidencialidad, manteniendo reserva de su identidad para efectos de publicación y difusión. Cabe destacar que se informó la posibilidad de negarse a participar del estudio en cualquier momento.

Asimismo, durante la realización de las entrevistas, las investigadoras cuidaron mantener condiciones aptas para el bienestar de los participantes, explicitando la posibilidad de no contestar algunas de las preguntas o no ahondar en ciertas temáticas que les produzcan incomodidad.

Conforme a lo anterior, se garantiza que cada uno de los entrevistados colaboró por propia voluntad e interés y responsabilizándose de las posibles implicancias de su participación.

7. Criterios de Rigor Científico

En relación al **diseño**, se estableció una *definición sólo “preliminar” del objeto de estudio*, privilegiando una aproximación a su descubrimiento mediante los datos obtenidos en el transcurso de la investigación. Del mismo modo, el diseño se caracterizó por su *flexibilidad*, en tanto permitió incorporar conocimientos emergentes (Krause, 1995; 1996).

Por otra parte, se aplicó el criterio de *triangulación* en cuanto a los investigadores, pues además de las autoras principales existió el apoyo de una profesora guía, de una experta en metodología cualitativa y de un equipo de investigación, que a través de sus opiniones aportaron a la detección de posibles inconsistencias, así como también, incrementaron la profundidad del análisis (Krause, 1995; 1996).

Respecto a los **resultados**, se presentaron de forma ordenada y detallada incluyendo citas textuales de los entrevistados para garantizar la fidelidad con los

relatos expresados por éstos, siendo expuestos de manera *transparente* (Krause, 1995; 1996).

En relación a la **utilización y aplicación posterior de los resultados** las autoras consideran que este estudio cuenta con el criterio de *aplicabilidad*, ya que pretende ser un aporte en la construcción de desarrollo teórico ligado al tema de estudio, pudiendo su alcance tener relevancia para los actores sociales involucrados y orientarse en la generación de nuevas prácticas. Incluso, pudiendo resultar *transferibles* a otros contextos (Krause, 1995; 1996).

VI. RESULTADOS

En este capítulo a partir de los objetivos planteados en la presente investigación, se postulan tres categorías principales respecto a las percepciones e implicancias de los terapeutas entrevistados en torno al trabajo con víctimas de violencia sexual y sus diversas implicancias. Las tres categorías corresponden a:

1. Percepciones en torno al trabajo con víctimas de agresiones sexuales.
2. Implicancias del trabajo con agresiones sexuales.
3. Autocuidado en terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales.

Dentro de cada categoría se presentan subcategorías que describen en mayor profundidad, apuntando a una comprensión más amplia y compleja del fenómeno³. A continuación se presentan los resultados obtenidos con sus discursos más representativos y correspondientes.

1. Percepciones en torno al trabajo con víctimas de agresiones sexuales

Esta categoría pretende rescatar las perspectivas de los terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales, en torno a las exigencias que presenta esta

³ Para una presentación más clara de los resultados, revisar esquemas de categorías incluidos en Anexo 2

labor y que muchas veces trascienden el ámbito psicoterapéutico propiamente tal. Se incluye en esta categoría las perspectivas en torno a las exigencias de dos ámbitos: jurídico y administrativo. Se agrega una categoría que describe el malestar que puede ser gatillado en el terapeuta a partir de las labores relacionadas en estas dos áreas. Además, se integran las condiciones laborales y bienestar en el terapeuta y por último, una categoría que alude al impacto y desgaste en el terapeuta asociados a la labor de ayuda.

1.1 Percepciones relativas a las exigencias del ámbito jurídico

En esta categoría se describen las perspectivas de los terapeutas que trabajan en violencia sexual respecto a las exigencias que les demanda el ámbito jurídico. Dentro de esta categoría se encuentran tres subcategorías, en primer lugar se comenta el descontento que surge en los terapeutas porque no se desempeñan en su rol de psicólogo clínico, en segundo lugar, se alude a la disconformidad respecto a las exigencias que les demanda el contexto jurídico y en tercer lugar, se reportan las repercusiones negativas del contexto judicial en el proceso terapéutico.

1.1.1 Descontento del terapeuta porque no se desempeña en su rol de psicólogo clínico

Desde lo reportado por los entrevistados, la labor como psicólogo clínico de agresiones sexuales, requiere la exigencia adicional de realizar labores como psicólogo jurídico; principalmente elaboración de informes y participación en juicios orales, lo cual genera un descontento general en los terapeutas debido a que perciben que su vocación, formación, y habilidades van por otro rumbo, asociadas a la psicoterapia y no a aspectos jurídicos.

Según los relatos, el descontento se asocia principalmente a la percepción de que cumplir tareas asociadas al contexto judicial, implica adoptar un rol distinto al del psicólogo clínico, una posición más neutral que resulta un esfuerzo para ellos. En

este sentido, agregar preocupaciones que no se vinculan directamente con la labor terapéutica, muchas veces resulta cansador. Aunque algunos comprenden que es parte del cruce entre lo clínico y lo victimológico que caracteriza el fenómeno de las agresiones sexuales.

“...o sea ¿por qué tengo que ir para allá? [...] como que fuera, a veces como que no fuera parte de tu trabajo, como que fuera una demanda que no fuera atingente y yo lo entiendo desde el lugar que uno está conectado con el paciente, no está conectado con la justicia” (XII, 17)

1.1.2 Disconformidad respecto a las exigencias del contexto jurídico

Íntimamente asociada a la categoría anterior, se aprecia una disconformidad en varios terapeutas acerca de las exigencias concretas que demanda el contexto jurídico.

“...yo los últimos dos sábados tuve que ir a declarar a juicios orales, sábados, que no estoy contratado para trabajar los sábados me toca ir a declarar a juicios orales, tuve toda la mañana perdida, perdí tiempo con mi familia, yo el sábado acompañé a mi hijo a hacer deporte por ejemplo, entonces dos sábados seguidos, más encima uno era de un fin de semana largo...” (I, 19)

Incluso, muchos terapeutas perciben que los juicios orales resultan maltratantes, puesto que la exposición en estas instancias muchas veces implica desvalorizaciones, insultos y desacreditaciones.

“...hay abogados y gente que lo único que quiere es desacreditarte y destruir tu informe o tu opinión técnica en realidad y sentirte que eres como una hormiguita y yo creo que ese es uno de los elementos de mayor desgaste...” (VI, 45)

1.1.3 Repercusiones negativas del proceso judicial en el contexto terapéutico

Las demandas del contexto jurídico tanto para el terapeuta como para el niño, también constituyen un factor que incide en el curso de la terapia. En relación a este punto, los psicólogos entrevistados refieren percibir principalmente repercusiones negativas del proceso judicial en el contexto terapéutico, siendo una dificultad extra en el proceso reparatorio. Así por ejemplo, comentan que la declaración del terapeuta en el juicio puede provocar la sensación en el niño de traición, alterando la relación con el clínico. Asimismo, la participación de los niños en el proceso, también genera frustraciones y cansancio en el paciente.

“...el maltrato institucional, la victimización secundaria son súper potentes para el proceso individual reparatorio, son niños que tienen que volver atrás que tienen que volver a hablar que se ven entre comillas relacionados nuevamente con el agresor hay todo un contexto maltratador pa ellos este tema de la duda que ellos tienen que ir a decir una verdad que se va a ver qué tan verdad es o no yo creo que eso e súper dañino, [...] .lo primero que uno ve es que hay una interrupción pal proceso reparatorio individua [...] tú ves que aumenta sintomatología ansiosa, depresiva, generan un ruido importante...” (TVII, 47)

1.2 Percepciones relativas a las exigencias del ámbito administrativo

Esta categoría se refiere a las perspectivas de los terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales, relativas exclusivamente a las exigencias del ámbito administrativo.

1.2.1 Disconformidad respecto a las labores administrativas

Algunos terapeutas aluden a que las labores administrativas representan una fuente de malestar para ellos, mostrando desagrado respecto a la realización de este tipo de trabajo.

“...tener que pasar todo a las carpetas después y la página que hay en internet de SENAME y los informes al tribunal, informes de situación actual, informes de todo,

entonces es mucho el tema administrativo, casi a veces te come más que el tema de intervención real con la gente...” (II, 16)

1.3 Percepciones relativas a que las exigencias del ámbito judicial y administrativo constituyen una fuente de desgaste para el terapeuta

Varios de los terapeutas describen que el contexto judicial constituye un factor que incide significativamente en el desgaste laboral, percibiéndolo como un peso extra que deben asumir.

“...yo creo que eso afecta a los terapeutas, porque es un estrés súper grande el contexto judicial, uno se enfrenta a las familias, a los pacientes de otras formas, uno tiene que ir a narrar cosas de su vida personal delante de un juez, la familia te está viendo, está escuchando tu opinión de ella, que uno nunca se las dice tan directamente en la sesión como lo tiene que narrar en un informe, entonces yo creo que eso es una de las cosas que a mí me ha hecho decir: “oh a mí ya no me gusta esto” pero no me gusta por eso, [...] yo creo que eso es algo que genera desgaste...” (IX, 38)

Asimismo, algunos de los terapeutas señalan que los juicios orales constituyen uno de los elementos de mayor desgaste del trabajo en la temática de la violencia sexual, provocando rechazo, cansancio y miedo.

“...si a mí me tocara hacer muchos juicios orales hubiera durado mucho menos en este trabajo, siendo bien honesta con ustedes he tenido la suerte de que me ha tocado uno o dos en todos estos años ehh y quizás también es por el tema de los informes como le tengo tanta tirria y un poco de pavor, ahí ya salgo del profesionalismo, ahí le tengo miedo a los juicios orales, me cargan y todo...” (VI, 46)

Del mismo modo que los factores judiciales pueden ser percibidos como desgastantes, algunos de los entrevistados señalan que las labores

administrativas también constituyen un elemento que incide en el desgaste en el terapeuta, incluso una de las entrevistadas comenta que los aspectos administrativos podrían desgastar más que el trabajo en la temática de violencia sexual por sí solo.

“...yo tengo la impresión que lo que más desgasta al equipo, más que la temática son los requerimientos de tener que estar prestando cabeza para otras cosas que no son los casos, o sea tenemos que llenar planillas, registros, ingresar cosas para SENAME, hacer informes, muchas cosas que demandan atención concentración, pensarlas que no tienen que ver directamente con el paciente y eso creo que genera un desgaste como en general en el equipo...” (V, 22)

De este modo, tanto las labores judiciales como administrativas son percibidas como factores que contribuyen a aumentar el desgaste en los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual. Tal como señala uno de los entrevistados en la siguiente cita:

“Una queja en torno a lo administrativo y una queja entorno a lo judicial, un malestar, un peso, como que fuera mucha la demanda y que no se alcanza a hacer, o sea nadie alcanza a hacer nada, así como tener pendientes, como te faltan llenar no sé cuántas fichas te falta terminar no sé cuántos informes” como un agobio con eso...” (XII, 18)

1.4 Condiciones laborales y bienestar en el terapeuta

El contenido de esta categoría alude al contexto de trabajo en el que se desenvuelven los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual. En particular, se incluyen factores relativos al contexto laboral, tales como el número de pacientes, las dinámicas interpersonales al interior del equipo de trabajo y el apoyo institucional que se les brinda. Todos estos elementos, según los discursos de los terapeutas, tendrían influencias en su bienestar.

En este sentido, los entrevistados señalaron la importancia que le atribuyen a poseer una carga laboral restringida, lo cual repercute en controlar el cansancio diario y mejorar su desempeño laboral. Es decir, según los psicólogos especializados, atender a un número limitado de pacientes por día, contribuye a mejorar el bienestar del terapeuta, así como también, permite realizar un trabajo de calidad.

"...hay días que tengo ocho pacientes y todos por el mismo tema y cada uno con más...al número ocho uno ya está... yo trato por lo menos de atender seis diarios, de tener un par de horas... entonces claro es una realidad también importante, o sea una realidad de carga laboral que estamos todos en la misma, la lista de espera en estos centros son satánicas [...] ahora estoy con catorce y he llegado a estar con diecisiete, entonces uno también, cuesta un poquito regularse, porque uno sabe que la gente necesita la atención, entonces efectivamente a veces uno se sobrepasa..." (I, 18)

Asimismo, los entrevistados mencionan como otro elemento que incide en su bienestar tanto personal como profesional, las relaciones interpersonales a nivel de equipo de trabajo.

"...la dinámica es complicado, yo salí de ese centro muy dañado en lo profesional y personal, yo siento que fue complicado, eso me afectó más que el tema de trabajar con niños con un nivel de daño importante, la dinámica interpersonal en ese equipo era compleja..." (VII, 55)

"...en un ambiente súper profesional, súper sano también interpersonalmente, entonces siento que esas cualidades de la actualidad me permiten estar bien, tanto personal como profesionalmente e interrelacionalmente también..." (VII, 35)

Adicionalmente, los entrevistados perciben a la institución en la que ellos trabajan como otro aspecto de importancia que repercute en su bienestar, específicamente

en términos del grado de resguardo y comprensión que ésta brinda hacia la labor que ellos realizan.

"La institución como lo laboral en el fondo la calidad del trabajo, a ver... el resguardo que tenga la institución por el profesional que hace este tipo de trabajo [...] pero cuando ya no depende de mí y viene sólo como exigencias, inseguridades eso desgasta [...] esa sensación es como la que más desgasta, porque es como que yo tengo que resolver mis propias cosas cuando sería otro el que las tuviese que resolver por mí para yo poder trabajar bien..." (V, 55)

"El centro a mí me gusta porque permite trabajar de esta manera, porque le da importancia a los pacientes, vela por el buen trato y yo me identifico con eso, entonces como que no tengo que andar explicando esa parte, es... y si converso con alguien él tiene la misma visión en general acá digamos" (XII, 36)

1.5 Impacto y desgaste en el terapeuta asociados a la labor de ayuda

Esta categoría se refiere a aquellos elementos que se relacionan con el impacto en el terapeuta generado a partir del trabajo de ayuda. En este sentido, se abordan las percepciones de los entrevistados acerca de que el desempeño en esta temática les genera un nivel de afectación. Además, se indaga en torno a las repercusiones que puede tener dicho impacto a nivel de proceso terapéutico con los pacientes. Asimismo, se menciona que tanto el tiempo de trabajo en la temática como la experiencia adquirida a partir de éste, constituyen ejes que influyen el impacto del terapeuta. Por último, se señala la posibilidad de manejarlo a partir de las prácticas de autocuidado.

1.5.1 Percepción de que el trabajo con víctimas de violencia sexual implica impacto en el terapeuta

Mayoritariamente existe consenso en los entrevistados, respecto a la percepción de que el trabajo como psicólogo clínico en la temática de las agresiones sexuales

supone necesariamente un nivel de impacto en el terapeuta. Dando cuenta principalmente de fenómenos como el desgaste o la traumatización. De esta manera, algunos de los entrevistados refieren que una de las razones del impacto pudiera atribuirse al compromiso a nivel afectivo que implica este trabajo, ya que en él se ponen en juego emociones del terapeuta relativas a las situaciones de vulneración en los pacientes.

"...pero el aspecto de involucramiento personal a mí me parece que son historias donde circula mucha perversión, mucho sadismo, mucho dolor, de muchas vejaciones, muchas humillaciones, mucha violencia que es pesao pa uno digamos o sea a veces uno se ve afectado por esas historias..." (X, 3)

"...yo creo que trabajar en violencia y específicamente en abuso sexual es como trabajar en una planta radioactiva, aunque uno tenga mucho cuidado la radiación llega igual y no hay mucho y no se piensa mucho como es que llega, que es lo que va pasando... sólo que en cierto momento alguien como que se quema y ahí uno dice: ¡aah verdad que estamos trabajando en esto!..." (IV, 1)

Asimismo, señalan como otro elemento que los impacta, generándoles desgaste, el sentirse con el compromiso de sostener muy delicadamente un proceso psicoterapéutico que se base en el establecimiento de una relación reparatoria. En esta misma línea, se advierte que el trabajo con población vulnerada, puede llegar a generar mayor desgaste en el terapeuta que el trabajo con otras poblaciones, por tratarse de un grupo con un gran número de problemas psicosociales asociados y enmarcado dentro del contexto judicial, lo que genera mayores presiones y más cansancio en el psicólogo.

"...yo tengo un desgaste [...] siento que hay un desgaste importante porque tengo que estar haciendo ese ejercicio de que te decía antes de cuidar a otro pero no sobreprotegerlo, de tocar las cosas que le duelen pero al mismo tiempo no retraumatizar ni re-victimizar o sea hay un montón de cosas que son equilibrios que hay que estar teniendo que yo creo que eso cansa, no tiene que ver tanto con

asumir la responsabilidad del otro, pero sí con mantener, armonizar cosas, que son delicadas..." (XI, 17)

1.5.2 Impacto en el terapeuta como factor que incide en el ejercicio de la labor terapéutica

Los profesionales que conforman la muestra, describen dentro sus percepciones que cierto nivel de desgaste o impacto en el terapeuta incide en algún sentido en el proceso terapéutico con población vulnerada. Así, algunos de ellos afirman que el estado psíquico del profesional influye directamente en la relación con el paciente.

"...ya sea por el desgaste por la temática, o laboral o por factores personales, emocionales, todo eso puede afectar negativamente en el proceso [...] si uno no está bien se le sale por todos lados y con los pacientes también, afecta..." (V, 53)

Sin embargo, otros terapeutas sostienen que el impacto en ellos revelaría una manera práctica de abordar las intervenciones con sus pacientes, en el sentido que su nivel de afectación podría ser utilizado como herramienta de trabajo clínico.

"...quizás yo el impacto emocional yo lo entiendo como material terapéutico por eso me resulta tan difícil como aislarlo en lo personal y todo, porque lo entiendo como parte de la pega, que lo puedes transformar en una herramienta de trabajo, te puedes ir en contra, puedes salir llorando de aquí y lo he visto o puedes buscarle el hacerte cargo y usarlo como herramienta de trabajo exactamente..." (VI, 44)

1.5.3 Tiempo de trabajo en la temática de agresiones sexuales como factor que incide en el desgaste en el terapeuta

Gran parte de los entrevistados coincide en que el tiempo en esta labor es un elemento que tiene significativas repercusiones en el nivel de desgaste en el terapeuta. Así, varios de ellos concuerdan en que el número de años trabajando

en agresiones sexuales puede llegar a traducirse en un alto nivel de cansancio y agotamiento, por lo cual afirman que idealmente los terapeutas deberían circunscribir su desempeño en este ámbito a una cantidad límite de tiempo, lo que equivaldría a cumplir un ciclo de trabajo.

“...yo creo que más de cinco años uno no debiera trabajar en eso, porque después aunque uno no quiera se va, va, va una va guateando, aunque uno lo intente, o sea como te decía es material radioactivo y uno lo va resistiendo igual aunque uno tenga muchas formas de palearlo...” (IV, 28)

1.5.4 Influencia de la experiencia del terapeuta en el impacto

Estrechamente relacionado con lo anterior, se evidencia consenso entre los entrevistados acerca de que la experiencia tiene una influencia en el impacto generado en la persona del terapeuta. Sin embargo, existen opiniones dispares en cuanto a la forma en que se manifestaría el grado de experiencia o inexperiencia.

Así, en algunos casos se señala que la inexperiencia puede ser un elemento que genere menor impacto, pudiendo esto ser explicado a través del mayor distanciamiento que toman los psicólogos al iniciar su desempeño en esta labor, lo cual permitiría una visión más positiva y poco teñida por el desgaste.

En contraposición otros terapeutas señalan que la inexperiencia de trabajo en esta temática podría incidir en un mayor impacto emocional en el terapeuta, especialmente en aquellos terapeutas que son más jóvenes o con poca preparación, los cuales no contarían con los conocimientos suficientes para lidiar con las dificultades de la temática, generando en ellos frustración.

“...los colegas que veo que más la sufren son los que tienen peor preparación o menos preparación los que llegan más como desnudos a la temáticas [...] el colega sin preparación a veces sale medio destruido porque se inseguriza mucho, es muy insegurizante no saber acá porque ya es un tema que angustia es un tema

muy grave ya demás con un grupo de colegas que todos se ven como tan a caballo que es como bien terrible pal que viene llegando y no sabe...” (VI, 20)

A su vez, algunos entrevistados refieren la experiencia en la temática como una herramienta que ayuda a manejar el impacto, siendo fundamental en este proceso el aprendizaje que se va generando a partir de la práctica terapéutica. De manera tal que el desgaste se compensa en la medida que el terapeuta va teniendo buenas experiencias en este ámbito.

“...me pasa que ya tengo algunos años de experiencia en el tema, siento que le encontrado como la forma de abordarlo, tanto personal como profesional...” (VII, 33)

1.5.5 Relación entre autocuidado e impacto en el terapeuta

Algunos terapeutas refieren en sus discursos la relación que existe entre autocuidado y la disminución del impacto que les genera el trabajo en esta temática. Dando cuenta que el nivel de afectación es posible tramitarlo de manera consciente en distintos espacios que ayudan a liberarse de la temática de vulneración sexual.

“...yo creo que uno siempre está con un nivel de afectación que va tramitando en otros espacios, como en tener una vida social, en tener una familia, en tener terapia, en trabajar en otras cosas, o sea como que ahí uno va nivelando...” (IX, 54).

2. Implicancias del trabajo con agresiones sexuales

Esta categoría pretende rescatar las diversas implicancias que surgen del trabajo clínico y psicojurídico con víctimas de agresiones sexuales según la perspectiva de aquellos terapeutas entrevistados. Se incluyen implicancias emocionales, psicocorporales, relativas al desgaste, profesionales, en las relaciones personales,

en las concepciones de la sexualidad y violencia e implicancias satisfactorias de esta labor.

2.1 Implicancias emocionales

En esta categoría se alude a las emociones más recurrentes vivenciadas por los terapeutas en relación al trabajo con víctimas de agresiones sexuales.

2.1.1 Pena

Los terapeutas describen sentimientos de pena asociados a características de la población atendida, principalmente al contactarse con las múltiples vulneraciones y percatarse del alto nivel de daño que presentan las víctimas.

“...yo creo que me dio pena también porque en esta temática hay mucha coexistencia, entonces a veces no es sólo el abuso, o sea me da pena que hubiera el abuso, más el abandono... como niños en el fondo con mucha vulneración [...] yo creo que me ponía muy triste los niños, cuando uno lograba darse cuenta del nivel de daño, de cómo habían distorsionado la imagen de sí mismos, de cómo ellos se atribuían a sí mismos cualidades negativas, como estaba todo tan dañado y con tanta culpa, con tanta pena, con tanta responsabilidad encima, yo creo que me conmovió tomarle el peso a todas esas cosas...” (IX, 11)

2.1.2 Frustración e impotencia

En cuanto a las emociones de frustración e impotencia relatadas por los entrevistados, es posible señalar que estas se producen en relación a dos ámbitos, relativas al proceso terapéutico y al funcionamiento del sistema judicial.

Respecto al proceso terapéutico se perciben diversas dificultades para abordar las intervenciones reparatorias, especialmente en aquellos pacientes más graves o que presentan conductas de riesgo.

“...me impacta, sí, me da pena, me frustra, me angustio cuando llevo 2 meses tratando de entender por qué el síntoma sigue ahí y no hay capacidad de movimiento y la chica se sigue masturbando o sigue como teniendo juegos sexualizados, me angustio ¿Cómo puedo hacerlo? ¿Qué no estoy escuchando? ¿Qué no estoy pudiendo ver?” (XII, 15)

Por otra parte, el contacto de los terapeutas con el sistema judicial también genera sentimientos de frustración e impotencia, asociados a la victimización secundaria que podría sufrir el paciente al participar en el proceso, así como también, a su extensión y las dificultades de lo probatorio.

“...me da como impotencia profesional de no poder nosotros tener herramientas para poder defender la vivencia de los niños; hay casos donde uno no tiene dudas acerca de que lo que está diciendo el niño de lo que ocurrió haya sido inventado o sea falso y chuta ver a los niños que van y que los maltratan a los niños institucionalmente y que los hacen declarar los exponen ahí en un tribunal de familia, que dejan al agresor libre porque las pruebas no fueron muy contundentes, todas esas cosas yo creo que afectan mucho negativamente...” (VII, 48)

Además, se percibe que a pesar de las diversas acciones desarrolladas por los clínicos no se logran resultados favorables para el paciente. En este sentido, uno de los discursos señala:

“...uno acá también tiene que lidiar con hartas frustraciones y casos en que uno no logra intervenir, ni siquiera aunque inicie acciones judiciales, yo tengo presente casos así donde he mandado un montón de informes y nada ha servido para que se interrumpa el contacto por ejemplo, esas también son situaciones súper frustrantes...” (IX, 19)

En otro de los casos la frustración aparece ligada a la gravedad de los casos:

“...yo creo que uno pasa por periodo en que hay casos más complejos o que están más en crisis y eso te genera como más frustración en el sentido de que todo lo que has hecho no ha resultado o no se ha generado movimientos más a nivel judicial por ejemplo...” (VIII, 14)

Asimismo, uno de los psicólogos entrevistados, señala pasar por periodos de frustración al constatar que su labor no es suficiente para combatir la prevalencia del fenómeno.

“...uno dice: bueno todos los días trabajo para ayudar a que estas personas salgan adelante porque los que salen adelante son ellos, pero a la semana siguiente llegan cinco más, entonces es una cosa de nunca acabar y eso es un poquito frustrante [...] he perdido el optimismo un poco, es que chuta el abuso va a seguir estando siempre, por mucho que yo siga esforzándome y haga bien mi pega siempre van a haber niños abusados...” (TI, 32)

2.1.3 Rabia

En aquellos terapeutas que trabajan con niños se describen sentimientos de rabia hacia los adultos responsables del cuidado y protección en aquellas familias en las que ocurren las victimizaciones sexuales, especialmente hacia las madres negligentes y/o agresivas. Mientras que en terapeutas que trabajan con población adulta la rabia se experimenta principalmente hacia la figura del agresor.

En relación a los efectos que pudiera ocasionar este sentimiento, se destacan dificultades en el manejo terapéutico con entornos familiares complejos, lo cual exige por parte del clínico percatarse y elaborar esta emoción con el fin de que no interfiera en el proceso reparatorio, empatizando por ejemplo con el daño de esta figura.

“...a veces uno se enoja con los papás ¿cómo fue tan huevón? si a usted le pasó con este mismo señor, ¿cómo dejó a su hijo con ese señor?, pasa, pasa mucho,

entonces uno como que se enrabia y ahí uno a veces es más agresivo con los papás, yo he sido agresivo con los papás, he sido pesado con ellos, le he demostrado hartito mi enojo...” (I, 33)

2.1.4 Preocupación

En general, los terapeutas cuyos pacientes son niños, destacan que los factores de riesgo del paciente y la posibilidad de nuevas vulneraciones constituyen los aspectos de preocupación más importantes, dejando “enganchado” al profesional incluso en contextos no laborales.

“...si no va el niño yo me quedo pensado ¿por qué no habrá ido? espero un día o dos, porque a todos nos pasa que se nos olvida, ya y pasaron dos o tres días y no lo he llamado, me siento culpable porque no lo llamé ¿qué habrá pasado? ¿habrá salido el agresor de la cárcel?, ¿la mamá estará viendo al agresor? [...] es heavy, me ha tocado hacer denuncias, porque los papás han vuelto con el agresor y el agresor ha vuelto a la casa y me ha tocado hacer denuncias y cuestiones, o sea es algo que me preocupa y me da vueltas...” (I, 38)

En tanto aquellos terapeutas especializados en atención a adolescentes y adultos, tienden a preocuparse principalmente respecto a las conductas de riesgo que el propio paciente puede generar, lo cual se retrata en el siguiente discurso:

“...hubo un momento en que tuvimos varios pacientes suicidales... que me iba muy preocupado, que me afectó mucho... en muchos momentos no me podía desconectar, seguía preocupado en mi casa...” (IV, 14)

2.2 Implicancias psicocorporales

Esta categoría se refiere a aquello que señalan los terapeutas como implicancias psíquicas y corporales que surgen del trabajo con pacientes victimizados sexualmente. Estas últimas, según los entrevistados se asociarían a la condición de testigo de la relación traumática y angustiada del paciente con su cuerpo.

2.2.1 Sueños y pesadillas

Varios terapeutas señalan haber tenido sueños relativos a sus pacientes o pesadillas vinculadas a la temática de violencia sexual.

“...el paciente me sigue preocupando, angustiando, me afecta, a veces sueño con ellos ¿no?...” (XII, 16)

Si bien, algunos mencionan su presencia en los primeros momentos en que comenzaron a trabajar en la temática, otros los mantienen hasta la actualidad.

“...he tenido pesadillas últimamente, súper vinculadas al tema que trabajo, eso en términos más negativos...” (I, 6)

2.2.2 Rigidez corporal

Además de las implicancias emocionales relatadas por la mayoría de los terapeutas, un entrevistado refiere que el trabajo terapéutico con víctimas sexuales ha significado implicancias a nivel corporal, percibiendo un aumento en la rigidez corporal al estar en contacto con relatos de vulneración de los pacientes.

“...yo creo que eso pudiese alterar la relación de uno mismo con el cuerpo, porque uno también puede traumatizarse sin darse cuenta y volverse más rígida, volverse como más duro también, yo creo que uno va adquiriendo ciertas corazas que son también de los pacientes [...] Yo creo que un primer momento yo me noté más rígida o como más dura...” (IX, 8)

2.3 Implicancias relativas al desgaste

En esta categoría se describen aquellas implicancias comentadas por los entrevistados que se asocian al desgaste laboral. Se incluye dentro de esta categoría el estrés y el cansancio.

2.3.1 Estrés

Algunos terapeutas refieren sensaciones de estrés, lo cual se refleja en agotamiento mental y físico, así como en aumento de la irascibilidad.

“...en términos sintomatológicos, así por decirlo así sintomatológicos, en muchos momentos me sentí muy estresado, muy cansado, no sé si más o menos que otra gente que trabaja en otros temas o en otras disciplinas...” (IV, 18)

En cuanto a las posibles causas, uno de los terapeutas asocia el estrés a una exigencia de no fallarle a la víctima.

“...uno no puede fallar o lo grave que es fallarle al otro y también yo creo que es algo complicado porque ahí uno adquiere una carga como de todo el sistema por así decirlo, o sea como decirlo así desde el origen desde ese papá que le falló su propio papá que falló a su hijo, que falló la pareja porque agredió al niño, que falló el carabiniere porque... que falló el fiscal porque no condenó y entonces uno no puede fallar en toda esta cadena de... yo creo que eso hace también que el equipo se estrese y que sea muy exigente, como que tenga un estándar demasiado alto...” (IX, 29)

2.3.2 Cansancio

En general, los terapeutas vinculados a la temática de agresiones sexuales, perciben una sensación de pesadez vital y falta de energía que incide en sus labores cotidianas, tanto a nivel profesional como personal. El cansancio puede presentarse por periodos acotados o en ocasiones puede tender a prolongarse en el tiempo.

“...es un área eso sí también cansadora porque estai trabajando con el daño más profundo en las personas, no sólo el tema del abuso, si no que el abuso en el contexto de maltrato en general es muy potente, hay pacientes muy graves también...” (VII, 3)

Asimismo, las exigencias que les supone el contexto jurídico; elaboración de informes, toma de decisiones en torno a las intervenciones proteccionales y pronunciamiento en los escenarios judiciales, constituyen elementos de cansancio para los terapeutas.

“...entonces el cansancio tiene que ver con que hay que estar analizando la situación [...] uno como terapeuta también [se ve afectado], o sea ir siendo interferida por otros elementos que no son evitables, o sea tienen que pasar porque es un delito, porque es la clínica, porque es victimológico también y uno tiene que dar respuesta a eso [...] es cansador, porque es como mentalmente hay que tener capacidad intelectual, de análisis, incluso de poder situarse frente a otro, de no enganchar cuando un defensor te trata mal, de poder como dar cuenta de los hechos sin perturbarse...” (XII, 8)

2.4 Implicancias profesionales

Esta categoría alude a aquellas implicancias profesionales que relatan los entrevistados a nivel individual, de equipo y relativas al proceso terapéutico. En relación al nivel individual los terapeutas comentan la necesidad de especialización académica, nuevos aprendizajes y la adquisición de condición de experto en la temática de las agresiones sexuales. Respecto al nivel de equipo, se describen las confusiones que surgen respecto a los límites del buen trato y el maltrato y las actitudes de omnipotencia que surgen al interior de éste. Por último, se mencionan distintas perspectivas de los terapeutas respecto al modo de aproximarse a las víctimas, a las intervenciones clínicas, a las expectativas terapéuticas, al vínculo terapéutico y al lugar que estos ocupan en la relación terapéutica.

2.4.1 Necesidad de especialización académica

Los terapeutas mencionan que el trabajo en violencia sexual exige capacitarse constantemente, ya sea a través de una formación clínica general como también

mediante una especialización en la fenomenología de las agresiones sexuales y aspectos jurídicos vinculados a esta labor.

“He tenido que estudiar, o sea como [...] he tenido que trabajar para prepararme, para crear como desde tips para contestarle a los jueces a los fiscales, para los informes, desde tips verbales, desde un manejo corporal a tener como una propia regulación emocional frente a situaciones más fuertes, o sea cuando uno está en un juicio y están los defensores peleando con el fiscal y uno está ahí al medio, tiene que tener la capacidad de entender que esa pelea no tiene nada que ver contigo, de que tu estas ahí por un motivo específico...” (XII, 9)

2.4.2 Nuevos aprendizajes

La mayoría de los entrevistados coinciden en que el trabajo en esta área específica ha propiciado la adquisición de nuevos aprendizajes y herramientas tanto en el ámbito psicoterapéutico como judicial, por ejemplo, según aseveran los terapeutas en algunos casos se pierde el pudor y la vergüenza, lo cual incide en pronunciarse con mayor “soltura” en los juicios orales.

Por otra parte, el contacto directo con este tipo de pacientes y sus familias, estimula la comprensión de aquellas variables concretas que inciden en la ocurrencia del fenómeno, promoviendo una mirada contextual que incluya las diversas variables que influyen en que la agresión se materialice, entendiendo que la violencia sexual no es un fenómeno aislado y que en muchas ocasiones existen historias familiares previas de vulneración. Así, se van incorporando progresivamente elementos que no constituían aprendizajes prácticos como la posibilidad de que figuras cuidadoras puedan agredir o cómo irrumpe la sexualidad en el niño, alterando su desarrollo psicosexual.

“...si hay algo que te deja este trabajo es la convicción, de que uno como sociedad tiene como negado, de que los abusos existen y que son hartos, o sea en términos

numéricos hay harto abuso sexual... entonces el estar acá pone también más en contacto que es una realidad que existe y que es bastante frecuente...” (IX, 4)

2.4.3 Adquirir condición de experto en la temática de las agresiones sexuales

La especialización académica y la adquisición de nuevos aprendizajes a partir de la experiencia de trabajo directo con los pacientes, incide en que algunos de los entrevistados perciban ser vistos como expertos en la temática de las agresiones sexuales.

“...y eso ha influido en mi carrera profesional en que me ha abierto algunas puertas el tener la especialidad en la temática, a nivel académico, en la consulta particular y en otros, que es hacer un poco carrera en la psicología infantil especializada, esa es una influencia que ha tenido a pesar de que yo no buscaba esa influencia inicialmente, pero ha sido un efecto de trabajar en esta temática muchos años, como ese currículum añadido y ese nombre como que uno se va haciendo un poco conocido en el circuito de los psicólogos clínicos como que eres especialista o sabes abordar casos graves y difíciles [...] la influencia negativa es lo mismo que te encasillan en la temática o sea yo tengo un magister en psicología clínica infanto juvenil, me gustan muchos otros temas, no solamente el tema del abuso sexual y negativamente me ha costado salir de ese lugar y me derivan siempre pacientes de abuso y yo digo bueno podemos ver otro tipo de pacientes otro tipo de trauma, de dolor y lo negativo es eso que cuesta salirse una vez que uno, como que uno también es etiquetado un poco en la temática de las agresiones sexuales...” (VI, 5, 6)

De esta forma, algunos perciben que la condición de experto otorga una responsabilidad social en el sentido de ser tomado como un referente para aclarar dudas de personas cercanas, lo cual ha implicado para algunos de los entrevistados una actitud de cautela en cuanto a arribar de manera precipitada a alguna conclusión al respecto.

“La gente me dice: mi hijo se masturba o tiene conductas sexualizadas, ¿está abusado? Y yo le digo: o sea no es un indicador exclusivo de abuso, se puede entender desde otras cosas...” (VI, 7)

2.4.4 Confusiones en el equipo respecto a los límites del buen trato y maltrato

El trabajo vinculado al maltrato, podría influir en un fenómeno muy importante que se manifiesta en los equipos que trabajan con violencia, la confusión respecto a los límites del buen trato y del maltrato, haciendo difícil el entendimiento entre los miembros del equipo en torno al umbral que define estas distinciones.

“...hay un fantasma que tiene que ver con ser agresor, no agresor sexual necesariamente, pero agresor, o sea hay un problema con la agresividad yo creo y eso pasa en todos los equipos de violencia, [...] no sé qué, entonces yo creo que eso también se traspasa un poco a las dinámicas entre nosotros, por ejemplo no poder ser más directo en decirnos las cosas porque puedo ser más agresivo, no quiero ser el agresor o agresora, pero como te digo en un amplio sentido de la palabra de ser agresivo...” (IX, 27)

Así, pudiera expresarse una “hipersensibilidad” frente a las diferencias de opinión, al interpretarse como formas de maltrato.

“Un cuidado extremo pero que de repente... o sea un cuidado extremo no se soporta en sí mismo en un momento cae y en un momento sale alguien de eso y rompe esa hegemonía y me maltrataste o me sentí maltratado o me pasaste a llevar, yo creo que eso aprieta mucho, es poco fluido en ese sentido ¿Cómo le digo a la dupla que no estoy de acuerdo con esto para que no se sienta mal y no se sienta pasado a llevar? por ejemplo, como yo creo ene que pasa eso y se forman formas o sea se crean formas un poco rígidas, poco espontáneas ...” (XII, 21)

Por otra parte, existe consenso en los entrevistados sobre las tensiones e irritabilidad presentes en algunos de los integrantes del equipo, lo cual se refleja en menor disposición para supervisar los casos o en la aparición de roces entre los colegas. Según algunos entrevistados, este aumento de hostilidad en las relaciones profesionales se asociaría a estrés y desgaste laboral.

“...empezamos a tener roces, empezai a discutir por leseras que no son relevantes, empezai a centrar el conflicto en puras banalidades, puras cosas que no te provocaban molestia ahora te molestan, el agotamiento te pone irascible, insisto si estay agotado y cansao, te pones irascible y eso hace que te molestí por leseras; te pasó a llevar la silla: oye ten más cuidado pa la otra (gritando), ya no es de la misma forma que antes ¿cachai?...” (II, 14)

2.4.5 Actitudes de omnipotencia al interior del equipo

Varios terapeutas señalan que el trabajo con esta población genera la posibilidad de adoptar una actitud de omnipotencia en el equipo, es decir, tener la fantasía de que se tiene la capacidad ilimitada de realizar intervenciones que rescaten al otro del daño vivido.

“Yo creo que sí porque a veces nos creemos omnipotentes que todo lo vamos a resolver acá y no es así, yo creo que el tema de la omnipotencia es un tema complejo como que a veces uno cree que tiene el poder o la voluntad de decidir cosas...” (VIII, 22)

2.4.6 Perspectivas de los terapeutas respecto al modo de aproximarse a las víctimas de agresiones sexuales

En esta categoría se describen los relatos de los terapeutas en relación al modo de aproximarse a las víctimas de violencia sexual. Desde sus discursos surgen tres formas distintas de aproximación a sus pacientes; una visión centrada en el daño y en la vulnerabilidad, una perspectiva enfocada en los recursos y por último

una mirada que reconoce e integra tanto el daño como los recursos de las víctimas.

2.4.6.1 Visión centrada en el daño y la vulnerabilidad de las víctimas

Algunos de los entrevistados, reconocen que el trabajo con este tipo de pacientes, provoca el riesgo de tener una mirada parcializada de ellos, es decir, visualizarlos sólo desde los aspectos de daño que éstos presentan, opacando la percepción de sus recursos y fortalezas. En efecto, el ser testigo de las múltiples vulneraciones que generalmente han sufrido sus pacientes, puede dificultar la confianza en sus recursos, despertando además, los deseos de protegerlos y cuidarlos.

Asimismo, uno de los terapeutas admite que esta tendencia tiene un impacto negativo en los pacientes, al limitar sus posibilidades, por lo cual, resulta relevante compartir y analizar estas experiencias en instancias de supervisión clínica.

“...me ha pasado en supervisiones que superviso y siempre estoy poniendo un caso desde el daño... entonces digo: no pu, este es un paciente con daño en esta esfera, pero que también en esta otra tiene estas otras capacidades...” (VII, 37)

2.4.6.2 Visión centrada en los recursos de las víctimas

Por otra parte, algunos entrevistados se identifican con una visión centrada en los recursos de las víctimas, reconociendo que es un desafío constante conectarse con aquellos aspectos luminosos y positivos de sus clientes; reconocer por ejemplo, cómo el paciente ha tenido la capacidad de desplegar diversos recursos que le han permitido sobrevivir a la experiencia abusiva y construir sus vidas.

Relacionado a una visión de confianza en los recursos de los pacientes, la convicción y experiencia de que es posible reparar, motiva a los terapeutas a descubrir los rasgos poderosos de las víctimas y en algunos casos puede incidir

en una actitud más exigente hacia ellos, es decir, creer y convocar su capacidad de elaboración y enjuiciamiento.

“...yo no tengo la imagen del niño abusado que sea como un pollito, no, probablemente llegan como pollitos, pero yo sé que detrás de ese pollito hay un gallo o una gallina poderosa, grande...” (I, 23)

En otro de los discursos se presenta la idea de no aproximarse a los niños tan sólo desde su condición de víctimas de una agresión sexual:

“...me pasa con los niños de acá que yo no los veo como los niños abusados, de hecho muchas veces a mí se me olvida un poco en la relación y en el vínculo, sobre todo cuando llevas más tiempo, que ¡oh este niño fue abusado! Creo que mi aproximación hacia los niños acá es como un niño con historia...” (VI, 34)

2.4.6.3 Reconocer e integrar el daño y los recursos de las víctimas

Uno de los terapeutas realiza una crítica a estas posiciones dicotómicas de aproximarse a los pacientes, relevando la importancia de reconocer e integrar tanto aquellos aspectos dañados y débiles como aquellas fortalezas presentadas por los clientes.

“...yo creo que hay que ver las dos cosas, claro verlos como súper fuertes también es una mirada ingenua que en algún momento [...] me ha pasado que he escuchado de varios colegas que empiezan con el discurso contrario po, con: “oye pero si fue un abuso no más” , “si va a tirar pa arriba”, “no necesita psicoterapia”... o sea hasta qué punto es una mirada ingenua, decir: oye fue un abuso no más, yo lo encuentro terrible cuando lo escucho, no po, igual fueron víctimas, no perdamos de vista eso, y hasta qué punto eso que dice el colega, como digo, es una ingenuidad o es una despersonalización o evitar contactarse...” (I, 24)

2.4.7 Perspectivas de los terapeutas respecto a las intervenciones clínicas con víctimas de agresiones sexuales

Relacionada a la categoría anterior en donde se recogía la visión respecto al modo de aproximarse a los pacientes, esta categoría alude a un aspecto más concreto del trabajo terapéutico con víctimas de agresiones sexuales, rescatando algunas opiniones acerca de las intervenciones clínicas con este tipo de pacientes y sus particularidades. De este modo, se observa dos principales actitudes en el terapeuta: una actitud de cuidado al preguntar aspectos relativos a los hechos abusivos y la adopción de una actitud activa que favorezca la elaboración de la experiencia traumática del paciente.

Por otra parte, los psicólogos mencionan modificaciones en sus intervenciones debido a cambios contextuales tales como la gravedad de los casos o contingencias judiciales.

2.4.7.1 Cautela al preguntar aspectos relativos a la experiencia traumática

Algunos entrevistados, señalan la búsqueda de cierta prudencia en cuanto al modo y contenido de las preguntas realizadas a sus pacientes, principalmente en torno a aspectos relativos a la experiencia traumática. En este sentido, perciben que en ocasiones se podría tender a un sobre-cuidado del paciente, disminuyendo por ejemplo la cantidad de preguntas hacia éste al apreciar alguna reacción de rechazo o dificultad para comunicarse.

Relacionado a lo anterior, uno de los terapeutas refiere que incluso puede existir una tendencia a no tocar el tema de la sexualidad con el paciente.

“...lo que más me daría miedo es no cuidar a la otra persona, sentir que se lo retraumatice, que algunas de mis preguntas puede retraumatizar, dañar, escarbar en un dolor sin que tenga sentido escarbar eso me preocupa, pero también me

preocupa que sería un riesgo por ese mismo miedo no atreverme a tocar...” (XI, 13)

Por otra parte, algunos de los psicólogos especializados indican que en ocasiones la crudeza de las develaciones, incide en la dificultad para indagar y profundizar al respecto. Para uno de los entrevistados esta dificultad se producía con mayor intensidad al iniciar el trabajo en esta temática, mientras que para otro de los entrevistados a pesar de su experiencia en el tema aún se sigue presentando.

“...hay veces que siento que evito meterme en ciertos temas, porque a mí me hacen mal, a lo mejor al paciente le harían súper bien que nos metiéramos, pero a mí como terapeuta me hace mal, yo no me meto tanto, pa cuidarme, pero a la vez no sé si estoy haciendo bien mi pega [...] yo me he dado cuenta que evito... escuchar los relatos, eso a mí me cuesta mucho, que me cuenten lo que pasó no me gusta, no es algo que me... ni siquiera es algo que no me gusta, me carga... de hecho cuando me doy cuenta de eso es porque hay indicadores muy visibles de que el otro quiere hablarlo, y cuando es así tengo que hacer un esfuerzo y trato de hacer bien mi pega, estamos hablando de periodos de desgaste...” (I, 16)

2.4.7.2 Adoptar una actitud activa que favorezca la elaboración de la experiencia traumática

Para algunos de los entrevistados la labor terapéutica con víctimas de agresiones sexuales exige adoptar una actitud activa que promueva la elaboración de la experiencia traumática del paciente, es decir, lograr integrar en sus intervenciones la delicadeza y la indagación activa y valiente. Una de las terapeutas por ejemplo, destaca la importancia de no conformarse con los supuestos, sino que más bien explorar de forma delicada, pues a través de la pregunta se puede ayudar a que aquello no dicho sea comunicado, lo cual resultaría tremendamente liberador para los pacientes.

“...estoy desafiada a perder mi miedo a preguntar a saber la verdad sobre el otro a preguntar cosas que puedan doler y siempre con ese cuidado de también cuidarlo porque tampoco puedo preguntar por satisfacer una necesidad mía ni de ser valiente ni de saber ¿me entiendes? no proteger demasiado [...] Por proteger demasiado, algo que el otro necesita abrir, entonces hay que hacerlo con cuidado pero al mismo tiempo con valentía es como ese juego...” (XI, 12)

“...el rol de terapeuta especializado en la temática es saber traer la temática sin ser intrusivo ni revictimizante y permitir la elaboración, entonces si yo siempre estoy con una antena puesta en como favorecer la elaboración, como favorecer el trabajo con esos niños en la medida en que el vínculo lo permita, entonces en ese sentido con los pacientes de acá la clínica con ellos tiene esa particularidad...” (VI, 35)

2.4.7.3 Factores que inciden en modificaciones de la intervención terapéutica

Los psicólogos entrevistados refieren que sus intervenciones clínicas se ven interferidas por distintos factores, como por ejemplo la gravedad del caso o las contingencias judiciales, por lo cual, cualquier cambio en estos elementos se refleja en el curso de las intervenciones clínicas.

“Yo creo que siempre afecta, como si estoy teniendo un paciente que está grave por ejemplo y subo a 2 veces por semana las sesiones, en la terapia, intervengo más con la madre, me preocupo que existan coberturas en... o sea cambia la clínica ahí, la dirección es distinta, que exista cobertura en la casa, quien lo va a acompañar, transmitir eso es súper importante para mí, o sea transmitir la gravedad, el riesgo para que exista como conocimiento, responsabilidad también respecto a la situación, me afecta directamente, tengo que hacer cargo de eso y cambiar un poco el método de trabajo...” (XII, 31)

Por otra parte, las contingencias judiciales pueden afectar las intervenciones clínicas, en tanto los terapeutas interrumpen el trabajo reparatorio para ocuparse de aspectos más concretos como por ejemplo, la participación de los pacientes en un juicio oral, indagando en las expectativas del paciente respecto al proceso y sus posibles consecuencias.

“...muchas veces el trabajo clínico, lo traumático está como... es exigente, es duro, es difícil, es doloroso, entonces si entra en disputa lo victimológico con lo clínico, yo paro eso un poco y me dedico un poco a la contención, al acompañamiento, por el tiempo que sea, un mes será, para dejar de exigir, porque el paciente va a tener otra exigencia o la está teniendo desde que partió a hablar con el fiscal, etcétera, lo que no quiere decir que no les hable del juicio ni nada, sino que de una manera mucho menos exigente, más tranquila, respetando un poco el proceso de él...” (XII, 30)

2.4.8 Perspectivas de los terapeutas respecto a las expectativas terapéuticas con víctimas de agresiones sexuales

Esta categoría recoge algunas opiniones acerca de las expectativas que alimentan el trabajo terapéutico con víctimas de agresiones sexuales. Se reconoce principalmente que este trabajo en particular requiere de la capacidad de ajustar las expectativas del clínico y asumir objetivos concretos y acotados, así como también, priorizar las expectativas del paciente.

2.4.8.1 Ajustes de expectativas en relación al proceso terapéutico

Los terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales concuerdan en la necesidad de ajustar sus expectativas, es decir, reconocer que en ocasiones no es posible trabajar con ideales muy altos, sino que los objetivos terapéuticos deben “aterrizarse”. Así, los entrevistados refieren la importancia de admitir que sus intervenciones tienen un límite y que por tanto, las metas del proceso aluden a

las características del caso a caso, más que responder a objetivos genéricos propuestos teóricamente como la elaboración de la experiencia abusiva.

“...yo creo que esa es la clave, igual uno tiene que tener expectativas súper concretas no creer que les vai a cambiar la familia, que va a pasar de ser una familia abandonadora a una familia perfecta, no eso no va a pasar, pero sí generar pequeños cambios que por lo menos pa los niños sean cambios significativos y tiene muchas veces que ver con el tema afectivo, de piel o esas cosas...” (TII, 6)

Respecto a las expectativas, algunos terapeutas agregan que se debe priorizar las expectativas del paciente por sobre las del clínico.

“...o sea uno no tiene que perder de vista no lo que uno quiere si no realmente que es lo que quiere el niño, uno puede decir: “esta figura no es tan estable en los cuidados”, pero bueno, el niño tiene apego y punto, entonces habrá que ayudarlo a estar un poco mejor...” (IX, 20)

2.4.9 Perspectivas de los terapeutas respecto al vínculo terapéutico con víctimas de agresiones sexuales

Esta categoría se refiere a las impresiones de los terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales respecto al vínculo terapéutico que establecen con sus pacientes. Se incluyen dos subcategorías; en la primera se aborda la importancia del vínculo en este tipo de pacientes y la segunda corresponde a las dificultades que pueden darse en el vínculo terapéutico. Dentro de estas dificultades se encuentran dos manifestaciones; la posibilidad de no estar totalmente disponible para el paciente y la desvinculación emocional.

2.4.9.1 Importancia del vínculo terapéutico

Los terapeutas coinciden en destacar la importancia del establecimiento de un vínculo terapéutico de confianza con este tipo de pacientes, en tanto generalmente las victimizaciones ocurren por parte de personas cercanas. En efecto,

considerando que una de las consecuencias de las víctimas agredidas sexualmente es la alteración vincular, los clínicos prestan especial atención a este punto.

“...hay una cosa vincular súper importante de trabajo, porque el paciente va a ensayar una y otra vez qué es estar con otro que es confiable, que puede soportar, que puede poner límites, que también tiene límites, que también se cansa [...] yo concuerdo ahí con la idea de que el abuso sexual más allá de sus especificidades, es un daño fundamentalmente en la relación, entonces por eso es tan importante eso que pasa en terapia...” (IX, 48)

2.4.9.2 Dificultades en el vínculo terapéutico

Además, en relación al establecimiento del vínculo terapéutico, los psicólogos entrevistados mencionan algunas dificultades que podrían presentarse a lo largo del proceso de reparación.

Una actitud de menos disponibilidad por parte del clínico para atender al paciente, se refleja por ejemplo en: olvidar nombres, profundizar menos, distraerse, disminuir el tiempo de duración de las sesiones, incluso quedarse dormido en sesión o no tener deseos de atender a ningún paciente o a alguno en particular. Esta actitud de menos disponibilidad estaría mediada por variables como el desgaste laboral y/o problemas personales.

También se reconoce que estas actitudes dañan el establecimiento de un vínculo con el paciente, en tanto no permitirían que éste se despliegue con total apertura en la sesión y dificultarían que el terapeuta empatizara con el otro.

“...a veces estai tan cansao y el niño está dibujando y es como que de repente te quedaste como en blanco entonces estás acompañando al niño pero no estás con toda la disponibilidad, entonces ahí uno dice chuta oye como que tuve un momento en que me fui de la sesión o me quedo pensando en otra cosa, me

acuerdo una vez que una compañero me dijo como que pestañeé, fueron 5 segundos, pero ¡no po!...” (VIII, 34)

Uno de los psicólogos incluso refiere que estas actitudes no sólo dificultan el establecimiento de un buen vínculo terapéutico, sino que pudieran ser percibidas como revictimizantes por el paciente.

“...pudiera pasar que esta falta de empatía que puedo tener yo o un colega en algunos momentos haga que la terapia sea revictimizante, que no contribuya a la reparación [...] entonces tener a otro que te diga “yo te voy a ayudar”, pero está con cara de lata, daña más el vínculo, revictimiza, vuelve a golpear las confianzas de ese niño” (I, 26)

Otra de las dificultades en el establecimiento del vínculo, según relatan los entrevistados es una disminución en la capacidad de vincularse con el otro, es decir, una merma en la empatía del clínico y la adopción de una actitud más racional y distante con el paciente. Los terapeutas consideran que esta postura al igual que la actitud descrita anteriormente de falta de disposición del clínico, se asociaría a factores como el desgaste laboral.

Además, uno de los psicólogos entrevistados puntualiza que esta baja de la empatía puede ser interpretada por el paciente como falta de interés, lo cual dañaría el vínculo con el cliente.

“Bueno yo creo que si el desgaste es mucho y uno no ha podido manejar eso uno se puede empezar a desvincular emocionalmente yo creo que ese es uno de los riesgos, que puede tener en el equipo es desvincularse emocionalmente eso yo he visto, no empatizar más, sino que tratar de corregir al paciente, tratar de instruirlo, tratar de controlar en vez de empatizar y ver la realidad del otro y meterse en la realidad del otro, yo creo que ese es el mayor riesgo que hay...” (XI, 43)

2.4.10 Perspectivas de los terapeutas respecto al lugar psíquico que éstos ocupan en la relación terapéutica

La presente categoría describe las opiniones más recurrentes de los terapeutas entrevistados acerca de los lugares psíquicos que éstos ocupan en la relación terapéutica con pacientes que han sido víctimas de agresiones sexuales. Esta categoría alude a tres perspectivas principales: la consideración de que el terapeuta va situándose en distintos lugares a lo largo del proceso, los deseos del clínico de asumir un rol protector con su paciente y algunas reflexiones respecto a ocupar el lugar psíquico de victimario en la interacción clínica con el paciente.

2.4.10.1 Posicionarse desde distintos lugares psíquicos

Varios de los terapeutas refieren que en la clínica con este tipo de pacientes, el rol del psicólogo va tomando distintos matices, existiendo flexibilidad en cuanto a las posiciones psíquicas que ocupan. En este sentido, concuerdan en que la diversidad de posiciones que pudieran asumir entonces es bastante amplia, describiendo adoptar roles de mayor compasión y desesperanza u otros en que el terapeuta sitúa sus intervenciones desde un carácter más instructivo.

“...ocupar lugares de vinculación donde uno se aleja un poco ehh, a veces se acerca mucho o da ganas de ponerse en el lugar de salvador o uno a veces ocupa sin querer una posición de victimario... uno a veces se pone agresivo, o a veces uno se pone negligente, ¿no? como que uno tiene la tendencia a repetir patrones que el paciente trae, o el trauma trae, patrones de negligencia, de abuso [...] o sea uno pasa por muchos estados creo en un proceso terapéuticos con víctimas...”
(IV, 57)

Respecto a la amplitud de posiciones que se pueden asumir, algunos de los terapeutas destacan que la clave es tener conciencia del lugar psíquico que se ocupa en la relación con el paciente, debido a que algunas posiciones podrían provocarle mayor daño. Uno de los entrevistados considera que existe mayor

predisposición a asumir lugares dañinos para el paciente si existe una condición de desgaste laboral en el terapeuta:

“¿Qué rol se podría asumir aquí? Pero ¿cuando uno está en esta situación más de agotamiento? Hay varios salvadores, el que corrige, el instructor o el que compadece, por ahí [...] o sea es que el mayor riesgo es que en cualquiera de esos roles tu podí re-victimizar porque lo que hací es decirle al otro lo que debe hacer o sea someterlo o compadecerlo tanto que lo dejes solo...” (XI, 44)

2.4.10.2 Deseos del terapeuta de asumir un rol protector

Varios terapeutas comentan que el trabajo con pacientes que han sido víctimas de agresiones sexuales, convoca en ellos el deseo de proteger a sus clientes. Los relatos en relación a estos deseos de proteger al otro van desde aspiraciones como acompañar o estar cerca del paciente hasta el deseo de transformarse en la mejor amiga o llevarse a los pacientes a la casa, sobre todo si estos son niños institucionalizados. Una de las terapeutas asocia esta necesidad de contenerlos y protegerlos con la percepción de que justamente estos pacientes han estado carentes de condiciones de apoyo y protección en su vida cotidiana.

“Habrán habido 2 o 3 y las 2 o 3 que me pasó eran del hogar que era como una sensación de querer llevármelos pa la casa, de llevármelas, así como cuidarlas, que no lo hice y nunca pensé en hacerlo obviamente, pero era una sensación interna ¿no?, como con ellos me pasó con esa subpoblación de hogar me pasó más como... me vino el rollo de salvador...” (IV, 56)

2.4.10.3 Reflexiones respecto a ubicarse desde el lugar psíquico de victimario

Tal como se avizoró anteriormente, una de las particularidades de este trabajo respecto al lugar psíquico que ocupa el terapeuta en la relación reparatoria, es el papel de victimario en que éste puede ser situado. En este sentido, uno de los

terapeutas de género masculino, comenta la importancia de pensar respecto a la incidencia que pudiera tener la condición de ser hombre en la escena terapéutica, explicando que en ocasiones el paciente pudiera situarlo en el lugar de victimario. Si bien, para este psicólogo dicho lugar pudiera ser receptor de elementos negativos, en ocasiones pudiera resultar reparador para la vida de los pacientes, quienes generalmente han asociado la masculinidad a la violencia y el abuso. La clave para trascender esta complicación que trae la masculinidad es someterse a supervisión constante.

“me estoy acordando de un caso que una paciente que siempre se las arregla para dejarme a mí en el lugar del agresor, y eso ¿qué significa? Que de alguna manera ella se siente obligada a hablar por mí, yo la maltrato, yo le infrinjo alguna tortura; ¡ya me está haciendo hablar de eso! ¿Por qué me obliga? ¿por qué? ... en el fondo se siente frente a mí como sin escapatoria como que frente a mí no puede escoger y termina sintiéndose dañada [...] uno tendría que estar como bien atento como hacer una abstracción digamos y pensar el lugar que está ocupando ahí y poder de alguna manera ayudar al paciente a quizás ser más consciente o tomar noticia de eso, de sus dinámicas que se repiten no solo en la vida del paciente sino en la misma terapia, o sea a eso me refiero con uno de repente caer en el lugar de agresor...” (X, 19)

2.5 Implicancias en las relaciones personales

En esta categoría se presentan aquellas implicancias que trascienden el ámbito profesional, incidiendo en las relaciones personales de los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual, ya sea a nivel familiar o en las relaciones con pares. Los temas recurrentes circulan en torno a los dilemas y suspicacia para abordar el cuidado de los hijos e inconvenientes en las relaciones familiares, así como también, se mencionan prejuicios hacia los terapeutas y una percepción de estigmatización que incita que estos se replieguen y eviten dar referencias sobre su trabajo.

2.5.1 Susplicacia en el terapeuta

Según los relatos de los entrevistados, el trabajo con agresiones sexuales ha significado un cambio en la aproximación a ciertos contextos, adoptando una mirada más aguda para evaluar posibles situaciones de riesgo y vulneración sexual.

“Yo creo que uno se pone más perceptivo en algunas cosas sociales, como que la temática en algunos ámbitos transgrede lo profesional y como que uno agudiza el ojo en ciertas cosas [...] uno piensa que hay cosas que se pueden evitar que uno puede ver, o que se puede también prever, quizás como eso afecta en que uno lo traiga más en el discurso, como afectando más en lo personal y no sólo en lo profesional que uno lo lleva de repente a no se po con los amigos, en los jardines uno mira ciertas cosas como en ese sentido...” (TV, 6)

A partir de lo anterior, algunos terapeutas refieren el costo que puede tener este cambio de mirada para sus vidas personales.

“...hay como un marco comprensivo que hace que sea mucho más agudo identificar y que tiene su cosa buena, pero también tiene sus problemas, porque a veces uno se anda enterando de más abusos de los que quisiera, sobretudo en contextos informales yo creo, porque formales está bien, es parte de la responsabilidad ética de uno identificarlo, apoyarlo... pero en contextos informales yo creo que eso no me ha gustado mucho...” (IX, 21)

En este sentido, aquellos terapeutas entrevistados que son padres o madres coinciden en que esta función se torna más compleja al tener mayor conocimiento acerca de la fenomenología de las agresiones sexuales, en tanto se percatan de que este tipo de vulneraciones en niños ocurre generalmente en contextos cercanos al núcleo familiar, lo cual induce a plantearse dudas respecto a cómo abordar el cuidado y protección de sus hijos. Si bien existe conciencia respecto a estos efectos a nivel familiar, el terapeuta vivencia una pregunta constante en

relación a este tópico, pudiendo situarse desde un rol de sobreprotección o de lo contrario, otorgar mayores libertades a sus hijos.

“...hay que tener cuidado eso sí, de ver qué perciben ellos, porque tu podi tener la sensación de cuidarlos y ellos pueden tener la sensación que uno los cuida constantemente de forma más paranoide y también generarle un daño a ellos...yo creo que la claridad ahí de que esa no sea una dificultad finalmente, yo trato todo el día de luchar contra eso, o sea eso me pasa, como si van a una casa chuta ahí vive el hermano grande ¿me entiendes? como que o ¿lo dejo en la casa y no sale nunca o ¿los dejo salir, le doy confianza, le doy la posibilidad de autocuidado?”
(VII, 27)

En relación con lo anterior se menciona en los discursos de los entrevistados reacciones vinculadas a un rol de sobreprotección, como encontrarse más alerta ante situaciones que pudieran provocarles sospechas, asumir una postura preventiva ante algunos contextos o adoptar una actitud de aprehensión con sus hijos, pudiendo llegar a actuar de manera desproporcionada. Lo cual, desde la perspectiva de algunos terapeutas dificultaría el establecimiento de climas de confianza.

“Y a nivel personal también me ha hecho estar más suspicaz con este tema digamos, estar más desconfiado de la gente, en relación a mis hijos, por ejemplo, no sé po en el colegio soy súper desconfiado, no tengo esa ingenuidad que tenía antes, lo que por un lado es bueno, pero por otro igual es desgastante siempre andar con la desconfianza por delante...” (I, 5)

2.5.2 Inconvenientes en las relaciones familiares

El trabajo con víctimas implica lidiar con diversas emociones y exigencias, por lo cual, las dificultades familiares en los terapeutas no sólo se presentan en torno al cuidado de los hijos, sino que también pudieran afectar las relaciones de pareja o con otros familiares.

“...también en algunos momentos influía o afectaba en la relación de pareja... lo hombres ya somos per se no muy comunicativos entonces habían momentos en que simplemente yo no podía hablar o no quería hablar y eso no era bien visto por mi pareja en ese momento o al revés, a veces las mujeres son o pueden ser mucho más de expresar las cosas que les pasan y me acuerdo que en muchos momentos yo no tenía ánimo de escuchar nada, no quería hablar nada, o sea como que llegaba con el estanque de reserva ya a hablar, a vivir la vida de pareja, a conversar de la vida, no era como: oye hoy día atendí a este paciente o mira lo que me pasó en el trabajo, era como eehh... mejor no hablar de esto y mejor no me hablé nada tú tampoco porque vengo así lleno de cosas...” (IV, 41)

2.5.3 Percepción de estigmatización hacia el terapeuta que trabaja en agresiones sexuales

En cuanto a las relaciones con personas que no necesariamente componen el núcleo familiar del terapeuta, los entrevistados refieren percibir un cierto estigma y prejuicios respecto al trabajo que realizan, pues las agresiones sexuales son asociadas a un fenómeno “oscuro”, tabú y no grato que genera en los otros una impresión negativa, incluso despectiva o compasiva.

“Bueno el impacto más grande que yo he vivido es el hecho de que cuando la gente sabe se relaciona de una manera diferente conmigo, digamos en la dirección de ellos hacia mi más que una disposición distinta de mi hacia ellos. La gente tiende a decirme: ¿cómo trabajas en esto?, pero ¡qué horror! ¿Cómo te la puedes?..” (XI, 28)

2.5.4 Restringir la comunicación de experiencias en relación al trabajo

En general los terapeutas tienden a resguardar la información que entregan en relación a las especificidades de su labor, refiriendo que les complica expresarse en torno a este tema. De este modo, algunos entrevistados optan por insinuar el contexto en el cual se enmarca su trabajo y limitar los detalles comunicados,

mientras que otros se inclinan solamente por manifestar el nombre de su profesión.

“Fuera del centro yo no digo donde trabajo para no generar el impacto de: ¡Ah! ¿En serio? ¿Y cómo lo haces? como que es la pregunta típica: ¿Y cómo lo haces que escuchas casos tan graves? Yo nunca digo donde trabajo y me evito eso, o sea porque lo otro, que si alguna vez me ha pasado me da una flojera enorme empezar a explicar algo que es muy personal finalmente o sea ¿cómo lo hago para trabajar aquí? O sea yo les cuento algo acá pero es esto y muchas otras cosas más seguramente y no lo cuento y no cuento...” (XII, 24)

2.6 Implicancias en las concepciones de violencia y sexualidad

Esta categoría alude a aquellos cuestionamientos y cambios que los terapeutas entrevistados perciben en torno a las concepciones de sexualidad y violencia, derivados del trabajo con esta población particular.

Los psicólogos refieren cuestionamientos acerca de las dinámicas abusivas en las propias relaciones, en aquellos terapeutas de género masculino los cuestionamientos giran en torno a aspectos asociados a la masculinidad. Asimismo, relatan como una implicancia de su trabajo, atribuir connotaciones negativas a expresiones normales de la sexualidad, en algunos casos se describe menor tolerancia a chistes de connotación sexual y mayor recato en la vestimenta de los terapeutas.

2.6.1 Cuestionamientos acerca de dinámicas abusivas en las propias relaciones

Para algunos terapeutas estar vinculados a esta temática ha implicado diversas reflexiones acerca del modo en que se instala lo abusivo en las relaciones que establecen con los demás, preguntándose por ejemplo respecto a la posibilidad de estar en una posición de abuso y/o sometimiento o viceversa. En este sentido ha

implicado mayor conciencia de las relaciones de poder en las dinámicas interpersonales.

“...en la pareja también ahí hay algo que pudiera influenciar en términos de hasta qué punto desear sexualmente o tener, no sé po, el fetiche que uno quiera tener en términos sexuales puede ser algo enfermo o... uno empieza a cuestionar muchas cosas en relación a la sexualidad propia, a la sexualidad de pareja...” (IV, 51)

2.6.2 Cuestionamientos acerca de aspectos asociados a la masculinidad

En los relatos de los terapeutas, particularmente en aquellos entrevistados de género masculino se describe una tendencia a asumir una mirada polarizada en función del fenómeno de la violencia, segmentando el entorno en aquellos que representan las posiciones de víctima y victimario.

Así, la masculinidad es frecuentemente asociada a características de peligrosidad y agresividad, lo cual tiñe la visión de los terapeutas y genera cuestionamientos referidos a la expresión de estas cualidades en sí mismos.

“...yo creo que también me afectó en términos de algo así como una exigencia interna del ser hombre, porque si tú lo pensai es como que la mayoría de los casos los agresores son hombres, entonces llega como una especie de exigencia de salvar digamos al género, cómo ser un buen hombre por decirlo así, desmarcarse de eso, cómo ser un buen padre, la figura de los padres, todo eso se cuestiona internamente...” (IV, 16)

2.6.3 Atribuir connotaciones negativas a expresiones comunes de la sexualidad

Los entrevistados mencionan como riesgo del trabajo con agresiones sexuales la generalización de la sexualidad como abusiva, es decir, vincular ciertas manifestaciones erróneamente a elementos “sucios y tabú”.

“... uno se transforma como en algo así como medio un moralista pacato así... entonces no sé po, de repente analizábamos casos y solía pasar en algunos que... una cierta promiscuidad adolescente la tomaban al tiro como un síntoma, o sea... uno podría llegar a ponerse como en un lugar bien... moralista con la sexualidad, y sobrecuidadoso como principalmente, yo creo que eso es algo que en algún momento me afectó...” (IV, 54)

De esta manera, adoptar estas connotaciones se expresaría tanto en contextos formales como informales, mostrando, por ejemplo, menor tolerancia a chistes de connotación sexual al sensibilizarse con las vivencias de dolor de las víctimas a diferencia de lo que ocurre en aquellas personas que no se vinculan directamente con la temática -para quienes pudieran parecer graciosos-. Del mismo modo, los terapeutas de género masculino se limitarían a realizar este tipo de bromas con sus colegas debido a que estas pudieran ser vistas como impertinentes.

Al mismo tiempo, una terapeuta señala que lo anterior pudiese reflejarse en que los clínicos adoptasen una vestimenta más sobria, utilizando colores neutros y cuidando el uso de escotes en las mujeres.

2.7 Implicancias satisfactorias del trabajo terapéutico

De acuerdo a lo referido por los entrevistados en la experiencia de trabajo con víctimas de violencia sexual también se desprenden aspectos positivos, señalando incluso que estos elementos contribuyen a que permanezcan en su labor, a pesar de la complejidad que caracteriza su trabajo. En este sentido, reconocen una necesidad de conectarse con las cualidades positivas del quehacer reparatorio, incluyendo los aspectos satisfactorios relacionados con la experiencia terapéutica,

aquellos vinculados al reconocimiento de sus pacientes y a los sentimientos de que la labor realizada constituye un aporte.

2.7.1 Necesidad del terapeuta de reconocer aspectos positivos del trabajo con víctimas

En relación a lo anterior, en los discursos se aprecia la necesidad de nutrirse de la labor desempeñada, resaltando que el trabajo con víctimas de violencia sexual puede tener experiencias beneficiosas. Si bien para los entrevistados resulta bastante obvio que las implicancias de su labor les reporta sensaciones gratificantes, acentúan que para el común de las personas esta labor se encuentra principalmente teñida por matices sombríos. En este sentido, para uno de los terapeutas la identificación de las cualidades positivas del desempeño en este ámbito profesional requiere de la permanencia del clínico por un periodo que supere un año de intervención.

“...el hecho de la agresión o que pueden haber aspectos dentro de esa experiencia que pueden ser súper luminosas para esa persona en su vida, porque ha sido oportunidades de aprender cosas digamos... que uno de los desafíos más grandes pa mí ha sido encontrar como alguna luz en esto que se ve como tan oscuro desde la significación social que se da desde el abuso sexual...” (XI, 4)

2.7.2 Satisfacción a partir de la experiencia clínica de reparación

Gran parte de los entrevistados alude a que el trabajo clínico de reparación tiene la ventaja de constatar en la práctica a través de la experiencia con los pacientes, que es posible lograr un estado de mayor bienestar en éstos y avanzar en la superación de las vivencias traumáticas, lo cual es percibido como una de las razones que ayuda a justificar la mantención de los psicólogos en este trabajo. De esta forma, si bien se reconoce el alto nivel de daño, resulta motivante para los terapeutas ser testigo de los progresos que se van generando a lo largo del proceso, así por ejemplo, se valoran los esfuerzos que realizan los pacientes para

asistir y mantenerse en terapia, así como también, que puedan narrar sus sensaciones sin necesariamente inundarse en llanto

“...a mí me agrada mucho cuando ves que se empieza a elaborar algo de lo traumático y dibujan y marcan sus heridas, o juegan y cuidan a los bebés, a las guaguas, ya están como en un trabajo reparatorio simbólico de juego, es un agrado, porque tú ves un esfuerzo de un pequeñito que está haciendo esfuerzos de verdad, que el chico pueda como recordar, después como entender por qué de forma muy primaria a veces, pero es su forma, dejar de sufrir por lo síntomas y ellos lo dicen tía sabe que ya no hago más esto tía sabe que el otro día no me pasó esto [...] o sea como hay una gratificación muy específica de la sesiones a lo mejor de una historia con el paciente...” (XII, 36)

De esta manera los terapeutas confían que la reparación en este tipo de temática es posible y a partir de ello incorporan a nivel personal una visión más esperanzadora respecto a los aspectos resilientes del ser humano, aprendiendo de las fortalezas con que sus pacientes han enfrentado las distintas situaciones de vulneración.

“...me enseñó a, como te decía recién como a creer que siempre se puede hacer algo, o sea hubieron casos tan tan tan complicados, me acuerdo de uno en específico, un paciente que llegó, con el diagnóstico de esquizofrenia primer brote, con un abuso no crónico pero de varios años por parte de compañeros del colegio y hoy [...] es un joven absolutamente normal, o sea está saliendo de cuarto medio, va a dar la PSU como cualquier otro, tiene amigos, o sea, entonces [...] me abrió la posibilidad de siempre esperar para poder sacar una conclusión real de un caso más que las primeras impresiones, como no tomar tanto de repente las primeras impresiones o esas impresiones más desesperanzadoras de que no, no se va a poder, o no muy difícil, imposible, eso también me lo entregó trabajar ahí...” (IV, 21)

Al mismo tiempo, a algunos los conduce a valorar sus propias experiencias de vida:

“...uno valora más su propia infancia sus propios padres uno que los cuestiona mucho en algún momento de su vida, después decí no, al lado de lo que a uno le toca ver, los niños te demuestran que uno puede pasar cosas terribles en la vida y puede salir adelante, porque ahí están parados a pesar de las situaciones extremas que han pasado, ahí están parados, entonces la fuerza externa que tienen es admirable, yo lo admiro. Uno valora su vida mirando la de ellos...” (II, 4)

2.7.3 Satisfacción a partir del reconocimiento de los pacientes

Además, de rescatar implicancias positivas en relación a las experiencias de reparación de los pacientes, señalan como otro foco que les otorga satisfacción el reconocimiento de los pacientes luego de haber finalizado el proceso terapéutico. En este sentido comentan que al dar el alta usualmente reciben palabras de aprecio y agradecimiento por parte de las personas atendidas, incluso algunas de éstas en ocasiones vuelven a visitarlos o les envían cartas para contarles como han estado, lo que genera en los terapeutas sentimientos de alegría.

“...me entregó, un montón de agradecimientos y cariño de personas, eso es impagable... [de pacientes...] y familia... tengo así como una cajita con eso en algún lado de mi corazón con todo el cariño que me entregaron las personas [...] mucho recibí mucho cariño, mucho, o sea eso yo creo que es impagable...” (IV, 23, 24)

2.7.4 Sentimientos de que la labor realizada constituye un aporte

Otro de los elementos que los terapeutas valoran positivamente es la percepción de que la labor que realizan constituye un aporte, en tanto su trabajo puede aliviar el dolor de personas que han sido vulneradas y permite ayudar incluso en

situaciones graves, generando un sentimiento de que se tiene una capacidad profesional que es valiosa y que provoca un impacto positivo en otros.

“Que nosotras tengamos la capacidad profesional de aliviar el dolor de alguien a ese nivel es maravilloso, o sea vale la pena haber estudiado si realmente lograste ayudar a alguien profundamente... ese es el sentido de todo [...] yo creo que cuando uno da un alta terapéutica y ayuda a un paciente genuinamente y verdaderamente, ayuda a que el mundo sea mejor, entonces si eso no te gratifica personalmente no sé qué más te puede gratificar y siempre digo quizás mi ayuda a que el mundo sea mejor es súper microscópico o sea es un caso, 3 casos, en los años no sé cuántos casos, pero no importa po...” (VI, 60)

Otra de las terapeutas enfatiza en la satisfacción derivada de generar un aporte incluso en casos altamente complejos:

“...no sólo casos idóneos, porque uno puede decir: bueno, los papás creen... la figura está lejos... fue sólo una vez... ya, se recuperó, también casos súper complicados, de mal pronóstico, también hubo que hacer toda una lucha para que se revirtiera una situación psicosocial súper compleja, no sé o adultos que no dan credibilidad, niños con otras alteraciones asociadas, o sea como que igual que ahí se pueda lograr un tratamiento me pone muy contenta...” (IX, 18).

3. Autocuidado en terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales

Esta categoría pretende dar cuenta del autocuidado en terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales. Se incluye dentro de este apartado la necesidad de autocuidado que reconocen los terapeutas, la necesidad de mantener espacios libres de la temática y la descripción de las estrategias de autocuidado más recurrentes a nivel personal, interpersonal y profesional.

3.1 Necesidad de autocuidado

La necesidad de autocuidado aparece ampliamente en los discursos de los terapeutas que trabajan con víctimas de violencia sexual, pues refieren que el estar vinculados a una labor de alto impacto y compromiso personal como lo son las agresiones sexuales, exige protegerse y desatenderse de la temática con la cual se trabaja, incorporando espacios de diversión y de disfrute. Para ellos, la adopción del autocuidado ha constituido un aprendizaje y una búsqueda progresiva que surge de la conciencia de estar trabajando en un ámbito complejo.

Además, agregan que el nivel de autocuidado debiese ser alto, sin ser suficiente el autocuidado a nivel de equipo, sino que además es ideal incluir estrategias personales como hacer deporte o dormir bien.

“...yo he visto que en otras instituciones dan los viernes libres por ejemplo, cosas así o en otros países por ejemplo yo he escuchado que un paciente atendido y una hora de autocuidado así casi a la par, y tu decí chuta estamos a años luz de esas prácticas o la jornada laboral de horas más reducidas y las vacaciones sí o sea yo creo que ojalá uno pudiera proyectarse en el tiempo con prácticas de esa naturaleza...” (VIII, 21)

3.2 Importancia de mantener espacios libres de la temática de vulneración sexual

En general en relación al autocuidado se describe la importancia de mantener espacios libres de la temática de las agresiones sexuales, es decir, una búsqueda de actividades diversas en que la violencia sexual no sea un eje de interés. En este sentido, se trata de combinar el trabajo con acciones que se alejen de este tópico, pues se pretende prevenir o lidiar con situaciones de desgaste y/o saturación respecto a la temática.

Cabe destacar que la mantención de espacios libres de la temática de vulneración sexual se presenta transversalmente en todos los niveles de las estrategias de autocuidado que los profesionales entrevistados refieren, ya sea en el ámbito

personal, interpersonal y profesional. Así por ejemplo, algunos terapeutas han preferido realizar un magíster en psicología clínica general en vez de un magíster del área de trauma u otros buscan trabajar con otras poblaciones.

“...un momento en que yo dije: estoy demasiado contaminado con esta cuestión, quiero tener espacio pa otra cosa y afortunadamente encontré pega por otro lado y varié un poquito, lo que me ayudó, y hasta el día de hoy me ayuda trabajar en otras cosas, haciendo clases o investigando o en la consulta particular...ahora estoy estudiando de nuevo...” (I, 10)

3.3 Estrategias de autocuidado

Esta categoría pretende presentar las principales estrategias de autocuidado que aparecen en los discursos de los terapeutas entrevistados. Tal como se mencionó los psicólogos van incorporando progresivamente estrategias de autocuidado, las cuales se despliegan en distintos niveles de la vida del terapeuta: personal, interpersonal y profesional.

3.3.1 Personales

Este nivel alude a las estrategias personales desplegadas por el terapeuta con el fin de protegerse del impacto de la temática con la cual trabaja. Dentro de las estrategias comentadas se encuentran: evitar estímulos audiovisuales vinculados a la temática de vulneración sexual, acudir a terapia psicológica, realizar actividad física y respetar horarios no laborales.

3.3.1.1 Evitar estímulos audiovisuales vinculados a la temática de vulneración sexual

Una de las estrategias compartidas por los terapeutas que trabajan con violencia sexual es justamente evitar estímulos audiovisuales vinculados a la temática de vulneración sexual, es decir, en general evitan ver películas del tema y optan por cambiar de canal si encuentran alguna noticia relativa a ese tipo de

victimizaciones. En relación a lo anterior, algunos terapeutas explican que existe la percepción de una suerte de saturación respecto a la temática, por lo cual, se piensa que ya es suficiente como para seguir vinculados a éste en otros contextos, lo cual se refleja en una pérdida de interés.

“...otra cosa es que evito ver muchas noticias o películas o situaciones de abuso sexual o sea creo que tengo suficiente con los casos de acá y todo y me provoca sí me provoca no muchas ganas de ver...” (VI, 10)

3.3.1.2 Acudir a psicoterapia

Asimismo, los terapeutas mencionan la asistencia a terapia psicológica como una estrategia del ámbito personal que les reporta mayor tranquilidad y les permite desarrollar un trabajo clínico más benéfico para sus pacientes. Así por ejemplo, uno de los entrevistados señala que el trabajar los propios miedos del terapeuta, se traduce en un beneficio para el paciente, en tanto el clínico se siente más confiado para promover el enfrentamiento de los miedos de las víctimas.

“...hay cuestiones que no responde, que solamente te lo da la práctica y quizás la terapia personal de uno en el sentido de que como uno se contacta más terapéuticamente con los pacientes y cuáles son también las dificultades que uno tiene a nivel personal con eso....” (X, 6)

3.3.1.3 Actividad física

Una estrategia complementaria desarrollada por los terapeutas en su vida personal es la actividad física en general, así por ejemplo, terapeutas de género masculino relatan el desarrollo actividades como partidos de fútbol. Además, uno de los entrevistados enfatiza que la búsqueda de dichas actividades se relaciona con permitir estar en contacto con el propio cuerpo.

“...por eso busqué cosas que tuvieran que ver con el movimiento, con la salud, con el ejercicio, como danza, como cosas de ese... porque yo creo que no todo es

hablable... no todo es posible de decirlo, por ejemplo en la terapia ¿no? Ahí un montón, pero yo creo que hay cosas que hay que vivirlas, entonces por eso como otras cosas alternativas...” (IX, 8)

3.3.1.4 Respetar horarios no laborales

Otra de las estrategias mencionadas se relaciona con respetar horarios no laborales, es decir, aprender a no emplear horarios de descanso para realizar labores del trabajo y tratar de conversar de otros temas que no se asocien a la temática de violencia sexual en contextos familiares y sociales. En este sentido, los terapeutas refieren valorar su vida personal y disfrutar al máximo el tiempo libre para relajarse y distraerse.

“...mi familia es mi prioridad entonces necesito que mi cabeza esté despejada y pensando en ella y no pensando en lo que está pasando acá, yo llegando a mi casa la pega no existe...” (II, 25)

De no respetarse lo anteriormente descrito, podría existir el riesgo de mantenerse psíquicamente conectado al trabajo, tal como señala uno de los terapeutas.

“...yo creo que uno de los principales riesgos que yo he sentido acá es no cuidarme a mí misma, o sea volcar demasiados esfuerzos acá y descuidar mi vida eso es como el principal riesgo [...] Como que tengo el riesgo de quedarme demasiado metida acá, aunque me salga de aquí...” (XI, 16)

3.3.2 Interpersonales

En este nivel se mencionan aquellas estrategias empleadas por los profesionales para mantener el autocuidado en relaciones de interacción social. A continuación se describe la única estrategia interpersonal encontrada en los relatos, la cual alude a evitar dar referencias sobre el trabajo que realizan.

3.3.2.1 Evitar dar referencias sobre el trabajo

Gran parte de los entrevistados comenta que una de las estrategias implementadas para protegerse del costo que puede implicar trabajar en el tema de las agresiones sexuales es evitar dar referencia sobre el trabajo que realizan en contextos sociales no laborales, ya sea con amigos o incluso familiares. En este sentido se cuida dar detalles que indiquen la especialización en torno a la violencia sexual, debido a que los terapeutas prefieren ahorrarse reacciones de desaprobación y cuestionamientos respecto a su trabajo. Asimismo, se evitan la posibilidad de terminar ofreciendo una charla sobre agresiones sexuales en un contexto no laboral.

“...no me gustaba decir que trabajaba en esto, porque pasaba mucho, me pasó mucho al principio que gente me empezaba a contar sus experiencias al decir no yo trabajo en esto, entonces como que solía también decir algo muy genérico...”
(IV, 38)

Sin embargo, una de las terapeutas tiene una postura más flexible:

“...el círculo también por las respuestas que uno les da se dan cuenta un poco que uno no quiere hablar del tema, para el cuidado personal, uno no puede estar siempre ahí, claro cuando me piden una sugerencia, algo puntual, claro lo hago y con mucho gusto pero así como que les cuente un caso o cuál es el caso más terrible, la verdad es que ahí no me refiero mucho...” (VII, 31)

3.3.3 Profesionales

En esta categoría se describen las estrategias reportadas por los terapeutas que se relacionan a un ámbito profesional. Se incluye la supervisión clínica, las relaciones entre colegas como fuente de elaboración y apoyo, el humor, el trabajar con otras poblaciones, la formación del terapeuta, el automonitoreo permanente, el trabajo en dupla y el abandono de la omnipotencia para intervenir con los pacientes.

3.3.3.1 Supervisión

Dentro de las estrategias profesionales la supervisión clínica ocupa un lugar de gran relevancia para los entrevistados quienes aluden a que es una herramienta que les permite mantenerse constantemente analizando algunos aspectos conflictivos y/o significativos de los casos. En este sentido, los psicólogos valoran la mirada de otros integrantes del equipo, quienes brindan una mirada externa que les permite reconocer algunos elementos.

Por otra parte también es una instancia que permite “vaciar” algunos contenidos difíciles.

“...y las cosas que a uno también le influye o le afecta, creo que es súper importante ir hablándolas en las supervisiones que tenemos, en donde no es una instancia para supervisar solo lo técnico sino para supervisar todas estas cosas que a uno lo ponen un poco en cuestión, hasta donde estoy poniendo yo de mi propia estructura y hasta donde estoy escuchando lo que le pasa a él al paciente, entonces con la supervisión y la terapia personal uno puede ir limpiando, que se tiñe con uno...” (V, 10)

3.3.3.2 Relaciones entre colegas como espacio de elaboración y apoyo

Otra de las estrategias destacadas en los discursos de los entrevistados es la importancia atribuida a las relaciones entre colegas, puesto que son percibidas como un espacio de elaboración y apoyo. Estos vínculos al interior de los equipos les permiten poner en palabras y elaborar aspectos relativos por ejemplo a la sobreprotección en el cuidado de los hijos o la rabia que pueden sentir hacia algunas figuras de cuidado. Según los entrevistados, se genera un ambiente de compañerismo y contención debido a que se tiene la sensación de que “están todos en la misma” y se comprende que la temática pudiera provocar emociones muy intensas.

Asimismo, contar con estos espacios informales de amistad entre los colegas es especialmente valorado en momentos de cansancio, agobio o saturación.

“...lo que sí yo marcaría la diferencia, con colegas que trabajan en esto, que son amigas, lo hablo hartito, o sea ahí hay una diferencia, lo hablo hartito y sin importar el contexto, si nos estamos tomando una cerveza o estamos en una reunión clínica lo hablamos en el formato de reunión clínica y si estamos tomando una cerveza lo hablamos en el formato de una cerveza, o sea como mucho más distendido y con chistes de por medio, pero con ellas si lo hablo mucho más...”
(XII, 25)

“...un soporte de amistades o de equipo en donde hay principios que a mí me dan tranquilidad, este es un equipo súper solidario, entonces en general si alguien le pasa algo, al otro le pasó otra cosa, buena o mala, como que se transmite la información, se hacen regalos, como que existe como cariño también, no es que todos nos llevemos bien, pero esa sensación de respeto por los principios, de una dedicación al otro, colega...” (XII, 36)

3.3.3.3 Humor

El humor es otro de los recursos que comentan los entrevistados al interior de los equipos de trabajo, relatan que es clave poder tener momentos de distensión para poder lidiar con una temática tan compleja y dolorosa.

“...nos reímos de nosotros mismos en relación a pensamientos extremos que podemos llegar a tener, como que el humor también es un recurso para aliviarse...” (IX, 23)

3.3.3.4 Trabajar con otras poblaciones

Dentro de las estrategias comentadas, algunos terapeutas mencionan como elemento protector a nivel profesional, la búsqueda de trabajar con otras poblaciones que no hayan sido víctima de agresiones sexuales.

“...no todos los papás son figuras peligrosas, obviamente uno sabe que no todos los papás agreden, pero el porcentaje es altísimo, es parte de la realidad de este centro por lo menos, entonces en otros contextos trabajar con figuras paternas que son súper protectoras, súper adecuadas, eso también a mí me ayuda como a equilibrar creo yo el gran peligro de una visión que podría polarizarse...” (IX, 16)

3.3.3.5 Formación del terapeuta

Anteriormente se comentó como una implicancia profesional la especialización del terapeuta en la temática de agresiones sexuales como una necesidad para poder abordar una población tan compleja. En este sentido, algunos psicólogos reportan que la formación profesional también tiene una función de protección para ellos mismos.

“...la última formación que tuve fue haciendo este magister en trauma y psicoanálisis que donde el foco la subjetividad del terapeuta, pensando en una lógica de cuidarme y cuidar a los pacientes también...” (IX, 5)

3.3.3.6 Automonitoreo permanente

En relación a las estrategias de autocuidado a nivel profesional, también se menciona la capacidad del clínico de ir registrando constantemente las emociones que surgen en la interacción con sus pacientes como un modo de cuidarse y mantenerse alerta por ejemplo frente a síntomas de estrés.

Asimismo, según lo relatado por los entrevistados, el automonitoreo permanente por parte del terapeuta es una herramienta que permite regular los propios estados emocionales, así como también, permitiría brindar una mejor atención a los pacientes.

“...es bueno que uno se esté auto monitoreando ya si estoy muy cansada tal vez me voy a demorar 10 minutos en ir a atenderlo pero voy a salir al patio como para volver ahí ya como con mayor disponibilidad para el niño [...] Entonces claro

cuando te han tocado en un día varios pacientes en crisis o complejos, tratar de estar como alerta y monitorearse y ver qué podría hacer yo para estar en el fondo mejor o más disponible para ese niño, que es su espacio, su hora...” (VIII, 33)

3.3.3.7 Trabajo en dupla

Para algunos entrevistados dentro de las estrategias de autocuidado a nivel profesional, resulta destacable el trabajo en dupla psicosocial, pues constituiría un espacio contenedor, que permite compartir experiencias en relación al trabajo terapéutico con los pacientes y favorece la elaboración de emociones relativas a los casos. Asimismo, permite tener una sensación de responsabilidad compartida respecto a las decisiones que se toman para intervenir.

“...sí te quedas pensando en algo del paciente porque no se pasó algo específico y ese día tratas de conversarlo con tu dupla con la que trabajas yo creo que eso es fundamental para poder cerrar la puerta y decir ya me voy a mi vida personal... ese trabajo en equipo y esa comunicación te ayudan también a que ese impacto no trascienda más allá en el fondo porque ahí sí que tení que preocuparte...” (VIII, 15)

Asimismo, un entrevistado refiere que el trabajo en dupla es un recurso para poder brindar a los pacientes una mejor atención.

“...poder tener como no con todos pero sobretodo con la dupla oye no se me paso esto me sentí de tal forma, poder sacarlo también, y poder también recibir al otro paciente con toda la escucha y toda la mente limpia; es otro caso, otro paciente, otra historia, entonces sí yo creo que no me ha afectado negativamente con el equipo, sino que al revés siento que también es un recurso...” (V, 31)

3.3.3.8 Abandono de la omnipotencia

Por último, los terapeutas son enfáticos en relatar que el trabajo con este tipo de pacientes requiere asumir una postura de humildad y conciencia de los propios

límites en relación a los alcances de las intervenciones desarrolladas, es decir, soltar expectativas demasiado altas y reconocer que si bien la labor que ellos realizan puede ayudar a los pacientes, existen ocasiones o ámbitos en los cuales no va a ser suficiente con la terapia psicológica. Según los entrevistados, se relaciona con comprender que el psicólogo no es el único responsable del bienestar del paciente, sino que más bien “es un elemento más en la cadena”.

En términos concretos es tener claridad, por ejemplo, acerca de que en muchos casos las familias de los pacientes seguirán siendo negligentes y dañinas para éstos, y que sería una fantasía pensar lo contrario.

“...hay cosas que uno puede hacer, a las que puede mandar mil informes, hablar con la mamá, pero hay otras cosas que no depende de uno como uno hace todas las intervenciones que puede pero hay cosas que van a pasar y que no tenemos como manejarlas, pero siempre hay que tener en cuenta eso yo no puedo obligar a la niña a que venga, no puedo obligar a la mamá a que se separe de la pareja como que hay cosas que uno puede ayudar y tratar dentro de eso de hacer lo mejor posible...” (V, 25)

VII. DISCUSIÓN

En este apartado se pretende dar cuenta de los hallazgos más relevantes de esta investigación, los cuales surgen a partir del análisis de la información obtenida mediante las entrevistas y son coherentes con los objetivos planteados en un inicio. Se incluyen también resultados que han emergido ampliando el tema investigado. De este modo, los antecedentes teóricos y empíricos son contrastados con los resultados obtenidos en la presente investigación.

En primer lugar, respecto al objetivo principal se ha logrado conocer las percepciones de terapeutas especializados en atención a violencia sexual respecto al trabajo en esta temática y sus diversas implicancias. En este sentido, a partir de los discursos de los terapeutas se distinguen las percepciones de los

entrevistados acerca del trabajo en esta área, como las implicancias a nivel personal, interpersonal y profesional que éstos reconocen.

En relación a las percepciones en torno al trabajo con víctimas de agresiones sexuales, los terapeutas sostienen **visiones negativas respecto a las exigencias del ámbito jurídico y administrativo**. Específicamente relativas a las demandas jurídicas, existe *descontento del terapeuta porque no se desempeña en su rol de psicólogo clínico* y a la vez, en general existe *disconformidad respecto a estas exigencias*. Además, los terapeutas tienen la opinión de que el *contexto judicial posee repercusiones negativas para el contexto terapéutico*. Por otra parte, se señala una *disconformidad generalizada respecto a las labores administrativas*. En este sentido, las percepciones de los entrevistados apuntan a reconocer que **las exigencias de estos dos ámbitos constituyen una fuente de desgaste para el terapeuta**. Estos resultados constituyen temas emergentes que aportan en el entendimiento de cómo el contexto jurídico puede ser una fuente de desgaste para el psicólogo clínico que se desempeña en el ámbito de las agresiones sexuales, resultando un factor relevante a considerar para mantener el bienestar del terapeuta y de las víctimas.

Asimismo, dentro de la categoría anteriormente señalada que alude a las percepciones en torno al trabajo en esta temática, se encuentran las **percepciones relativas a las condiciones laborales y el bienestar en el terapeuta**. Así, los terapeutas indican que factores del contexto laboral como el número de pacientes, las dinámicas interpersonales al interior del equipo y el apoyo institucional que se les brindan, constituyen elementos que influyen su bienestar. Al contrastar los resultados obtenidos en esta investigación, es posible señalar que resultan congruentes con lo manifestado por Stamm (2005), en su teoría de la calidad de vida de operadores que trabajan con poblaciones traumatizadas. Esta autora, plantea como uno de los principales factores que influyen la calidad de vida, las características del ambiente de trabajo, lo cual se asemejaría a los hallazgos de este estudio que refieren que tanto las

condiciones laborales, las exigencias del contexto jurídico y las labores administrativas tendrían incidencia en el bienestar o desgaste del interventor. En este sentido, los resultados obtenidos advierten sobre la importancia de destinar recursos y asegurar condiciones laborales de resguardo institucional hacia los profesionales vinculados a esta área.

Otra de las categorías que se incluyen dentro de las percepciones en torno al trabajo con víctimas de agresiones sexuales, se refiere al **impacto y el desgaste que ellos asocian a su labor de ayuda**. En primer lugar, se alude al reconocimiento de que *el trabajo en esta área supone un nivel de impacto en el terapeuta*, dando cuenta de fenómenos como el desgaste o la traumatización. En segundo lugar, los terapeutas refieren que *cierto nivel de desgaste o impacto en ellos incide de alguna forma en el proceso de reparación de sus pacientes*, aunque para algunos las emociones derivadas de esta labor son utilizadas como herramientas útiles para el trabajo clínico. En tercer lugar, gran número de entrevistados coincide en que *el tiempo es una variable que tiene repercusiones significativas en el nivel de desgaste* que estos presentan. Para algunos clínicos, los años en esta labor pueden reflejarse en un alto nivel de cansancio y agotamiento, por lo cual, afirman que el trabajo en este ámbito debiese ser circunscrito a una cantidad límite de tiempo. En cuarto lugar, existe consenso en que *la experiencia es una herramienta para manejar el impacto*, mientras que respecto a la inexperiencia las opiniones son dispares. Por una parte, algunos consideran que se asociaría a un mayor impacto, mientras otros tienen una idea contraria.

Lo anteriormente descrito concuerda con los planteamientos de varios autores en relación al impacto que implica el trabajo con violencia. De esta manera, Sinclair (2011), sostiene que el riesgo emocional es inherente en aquellos que emplean su persona como instrumento de trabajo en la ayuda a otros. Asimismo, Aron y Llanos (2004), han referido que el trabajo en la temática de violencia genera efectos negativos en los profesionales, pudiendo considerarse una profesión de

alto riesgo. Sin embargo, no se observan mayores indagaciones respecto a factores específicos que poseen influencia sobre la intensidad de este impacto, de esta manera, resultan relevantes los hallazgos obtenidos en este estudio puesto que el conocimiento sobre estos elementos ayuda a desarrollar acciones que contribuyan a paliar los efectos del trabajo en esta labor.

En los resultados de esta investigación relativos a la categoría que contiene las percepciones acerca del trabajo con víctimas de agresiones sexuales, los entrevistados reconocen una *relación entre el impacto y el autocuidado en el terapeuta*, es decir, señalan que dicha afectación podría ser tramitada mediante distintos espacios de autocuidado. El reconocimiento de esta relación por parte de los profesionales, evidencia que se torna trascendental la implementación de políticas de autocuidado al interior de las instituciones que trabajan con temáticas de vulneración sexual puesto que permite aumentar el bienestar de los profesionales.

En relación a las implicancias se pueden distinguir en un nivel personal, implicancias emocionales. Dentro de las cuales se registran **sentimientos de pena** asociados a la coexistencia de problemáticas de vulneración y al alto nivel de daño en las víctimas. Al contrastar estos resultados con antecedentes empíricos, se encuentra que Cunningham (1999), a diferencia de lo planteado en esta investigación, reconoce que las implicancias emocionales asociadas al profundo dolor que experimenta la víctima, generan rabia e impotencia en el clínico.

Además, respecto a las implicancias emocionales, los terapeutas manifiestan **frustración e impotencia** debido a las dificultades para abordar las intervenciones reparatorias especialmente en casos de alta complejidad; por otro lado, tales sentimientos aparecen mayoritariamente vinculados a la victimización secundaria que sufren las víctimas. Sin embargo, según los planteamientos de Cunningham (1999), algunos aspectos del sistema judicial provocarían

sentimientos de rabia en los interventores, hallazgos que pueden ser complementarios a los de esta investigación.

Continuando con las implicancias emocionales aquellos terapeutas que trabajan con población infanto-juvenil, experimentan **sentimientos de rabia**, los cuales surgen hacia los adultos responsables del cuidado, principalmente hacia las madres negligentes y/o agresivas. Mientras que en aquellos terapeutas que dirigen sus intervenciones hacia víctimas adultas, aparecen sentimientos de rabia hacia la figura del agresor. Estos hallazgos concuerdan con lo indicado por Cunningham (1999), quien señala que la rabia es una de las emociones más recurrentes en profesionales vinculados al trabajo con víctimas de agresiones sexuales, señalando entre otras razones las anteriormente mencionadas.

Sumado a lo anterior, los factores de riesgo y posibilidad de nuevas vulneraciones, son causantes de **preocupación** en los terapeutas que trabajan con niños, mientras que en aquellos especializados en atención a víctimas adolescentes y adultos la preocupación surge a raíz de las conductas de riesgo que puede provocarse el paciente. Del mismo modo, Arredondo (2007), en un estudio con operadores que trabajan en violencia de género, coincide con el alto nivel de preocupación respecto a la seguridad de la víctima.

Otra de las implicancias a nivel personal, ocurren en un ámbito psíquico y corporal. En efecto, los terapeutas especializados experimentan **sueños y pesadillas** relacionadas con sus pacientes y/o con la temática de violencia sexual. Estos síntomas intrusivos se han asociado ampliamente al trabajo con esta temática, formando parte del fenómeno de estrés traumático secundario descrito por Figley (1995, citado en Stebnicki, 2008). Lo anterior no es de extrañar, puesto que Guerra y Lira (2007) en un estudio cualitativo realizado en Chile refiere la alta frecuencia de síntomas intrusivos en terapeutas que trabajan con víctimas de maltrato infantil, encontrando que tal sintomatología se acrecentaba a medida que aumentaban los años de experiencia del profesional. Los datos referidos a la

incidencia de los años de experiencia del terapeuta en la presencia de síntomas intrusivos resultan disímiles a lo encontrado en este estudio, en el cual se observa que los sueños podrían producirse con mayor intensidad en un inicio, así como también, podrían mantenerse a pesar de largos años de trabajo en el tema. Es posible hipotetizar que estas distintas apreciaciones están vinculadas a otros factores que podrían mediar en la presentación e intensidad de estos síntomas, aunque es importante indagar en nuevos estudios.

En cuanto a las implicancias corporales, una de las terapeutas alude a un aumento en la **rigidez corporal** que surge del contacto con los relatos de vulneración. Se considera que las implicancias en este nivel, pudieran constituir un ámbito de investigación futura, puesto que en la literatura no se ha prestado suficiente atención a este punto.

Dentro de las implicancias personales, también es frecuente que se manifiesten sensaciones de **estrés y cansancio** o falta de energía vital en los terapeutas, aspectos que pueden asemejarse a la característica de extenuación física y psicológica que conforma una de las tres dimensiones del síndrome de burnout (Maslach y Jackson, 1981, citado en Morales et al., 2003), aunque cabe señalar que la sola presencia de este indicador no es suficiente para asegurar la adquisición de esta patología.

Además de las implicancias personales, el trabajo con víctimas de violencia sexual posee diversas implicancias a nivel profesional. En este estudio, fueron agrupadas en implicancias profesionales individuales, de equipo y relativas al proceso terapéutico. Respecto a las primeras, se encontró en los discursos de los terapeutas la necesidad de **especialización académica, la obtención de nuevos aprendizajes y la adquisición de la condición de experto en la temática**, aspectos que apuntan a la búsqueda de un alto nivel de profesionalización del psicólogo que se desempeña en este ámbito particular. En este sentido, se puede hipotetizar que el alto nivel de especialización encontrado es un factor que permite

a los terapeutas lidiar con la complejidad de la población atendida, contribuyendo en la percepción de que se encuentran realizando un trabajo eficaz, así como también, pudiera constituir un factor protector para el terapeuta. Cabe destacar que para Lira y Morales (1996), la tendencia a la profesionalización de los terapeutas se trata de una sobrevaloración de la técnica derivada de sentimientos de ansiedad, debilidad y miedo en los profesionales, más que constituir un elemento de apoyo a su labor y bienestar.

Respecto a las implicancias profesionales que ocurren a nivel de equipo, se advierte la presencia de **confusiones respecto a los límites del buen trato y del maltrato**, lo cual se puede reflejar en hipersensibilidad hacia las diferencias de opinión al interior del grupo, ya que estas se asociarían a formas de maltrato. Asimismo, los terapeutas mencionan tensiones e irritabilidad entre los colegas. Además, los resultados de esta investigación, reportan una asociación entre estas implicancias en el equipo y el estrés y desgaste laboral presentado en sus miembros. Los fenómenos encontrados se condicen con lo propuesto por Lira y Morales (1996), quienes los definen como hostilidad intraequipo y sociabilidad forzada.

Otra de las implicancias profesionales en el ámbito de equipo la constituyen las **actitudes de omnipotencia**, que se entienden como la fantasía por parte de los profesionales de tener una capacidad ilimitada en sus intervenciones. Esta característica ha sido vinculada por Lira y Morales (1996) a los equipos que trabajan con distintas manifestaciones de violencia, formando parte de una de las constelaciones denominada impotencia/omnipotencia. La descripción del polo de la omnipotencia realizada por estos autores es concordante con lo encontrado en esta investigación, mientras que la impotencia reconocida por Lira y Morales (1996) también en los equipos, se presenta en esta investigación en el plano de las implicancias personales.

Respecto a las implicancias profesionales relativas al proceso terapéutico, se señalan: **las distintas perspectivas de los terapeutas en torno al modo de aproximarse a las víctimas, al lugar que estos ocupan en la relación terapéutica, al vínculo terapéutico, a las intervenciones clínicas y a las expectativas terapéuticas.** En relación al **modo de aproximarse**, los terapeutas establecen tres formas distintas: una *visión centrada en el daño* y en la vulnerabilidad, *una perspectiva centrada en los recursos* y *una última que integra ambas visiones*. Desde lo propuesto por Sinclair (2011), la primera de estas perspectivas se asemeja a la disposición a fragilizar al niño, es decir, la tendencia a verlo como un niño abusado. Si bien, esta postura es coincidente con lo manifestado por algunos terapeutas, según lo extraído de los discursos de esta investigación, otros profesionales logran superar esta orientación, inclinándose a valorar las fortalezas de sus pacientes. Es posible hipotetizar que estas tres visiones más que resultar excluyentes, pueden conformar un continuo, por el cual pueden ir transitando los terapeutas. De modo tal, que estos enfoques no son estáticos, sino que más bien fluctúan de acuerdo a distintos factores que podrían influenciar la adopción de una visión por sobre otra.

Ligado a la categoría anterior, los entrevistados señalaron **distintas perspectivas respecto al lugar psíquico que estos ocupan en la relación terapéutica**, en primer lugar, aluden a que en la intervención se van *posicionando desde distintos lugares psíquicos* ya sea salvador, instructor, el que corrige, entre otros. Para los entrevistados, es esencial tomar conciencia respecto a estas posiciones, pues podrían resultar dañinas especialmente si el terapeuta se encuentra desgastado. En segundo lugar, según los resultados obtenidos en este estudio, los terapeutas asumirían un *rol protector* que va desde aspiraciones de acompañar hasta una necesidad de llevarse al niño a la casa. Según los planteamientos de Sinclair (2011), un lugar de sobreprotección hacia el paciente se asociaría a una tendencia a fragilizar al niño. Lo anterior se asemeja a lo señalado por Lira y Morales (1996),

quienes también indican que los interventores que trabajan con violencia, reconocen los deseos de realizar acciones que van más allá del rol profesional.

Asimismo, en los resultados de esta investigación se reflexiona respecto a la posibilidad de *ubicarse desde el lugar psíquico de victimario* en la relación terapéutica, puesto que en aquellas ocasiones en que el terapeuta es de género masculino podría ser proclive a que el paciente lo perciba como agresor al asociar la masculinidad con características de violencia y abuso, dada su experiencia traumática. No obstante en la literatura, han sido descritos la reproducción de dinámicas de violencia víctima-victimario, tan sólo se han conceptualizado en relación a los equipos profesionales (Aron y Llanos, 2004), por lo cual, resulta un hallazgo significativo que estas dinámicas también puedan reflejarse en la relación del clínico con su paciente. Tal como se señaló, no existen mayores indagaciones en la literatura respecto a este punto, a pesar de la relevancia que podría tener para el bienestar de los pacientes, tornándose un eje de análisis atractivo para futuras investigaciones.

Respecto al **vínculo terapéutico**, los entrevistados señalan la *importancia que presenta el establecimiento de una relación de confianza* con el paciente debido a que las victimizaciones en muchos casos quebrantan la capacidad de la víctima para confiar en otro. Sin embargo, no son muchos los estudios que aborden este aspecto en el trabajo con víctimas de agresiones sexuales, encontrándose tan sólo un estudio desarrollado por Sheehy y Friedlander (2009), que alude a las particularidades del establecimiento del vínculo terapéutico con agresores sexuales. Por otra parte, en los resultados del presente estudio, se mencionan algunas *dificultades que podrían presentarse en el proceso de reparación* tales como: distraerse, profundizar menos, no tener deseos de atender y quedarse dormido en las sesiones. Para los terapeutas estas dificultades se asocian al desgaste laboral y/o a la presencia de problemas personales del clínico que disminuyen la disponibilidad en el encuentro con el paciente, pudiendo afectar el vínculo terapéutico e incluso resultando revictimizante. Aron y Llanos (2004),

encuentran resultados similares, mencionando como un efecto del trabajo con violencia el aburrimiento durante las sesiones, por su parte, Arredondo (2007), señala disociación en el terapeuta al escuchar los relatos de los pacientes. Dados los resultados obtenidos, se torna interesante como futura línea de investigación profundizar en las dificultades que se presentan en el vínculo terapéutico y cómo éstas influyen el bienestar del paciente.

En relación a las **intervenciones clínicas con víctimas de agresiones sexuales**, los terapeutas describen adoptar una actitud de cautela al preguntar a sus pacientes aspectos relativos a la experiencia traumática, lo cual podría asociarse a un sobrecuidado hacia la víctima, o podría ser producto del intento del terapeuta de protegerse a sí mismo de la crudeza de algunos contenidos.

En relación a las dos categorías descritas anteriormente, las *dificultades en la escucha* y la *actitud del terapeuta de evitar indagar en ciertos contenidos* son resultados que habrían sido anteriormente descritos por Lira y Morales (1996), quienes refieren que en el polo de distanciamiento emocional, el interventor tiende a disociarse, lo cual podría reflejarse en limitar la escucha de ciertos contenidos relevantes como forma de protegerse. Asociado a estos hallazgos Cunningham (1999), plantea que en el trabajo con pacientes que han sido víctimas de una transgresión sexual, el terapeuta puede evitar la exploración de ciertas conflictivas para resguardar su propio sistema de creencias. Desde la teoría del estrés traumático secundario, estas actitudes en el clínico podrían entenderse como síntomas evitativos, en tanto el profesional evita indagar sobre ciertas temáticas del paciente, es decir, se evade el relato de los hechos al constituir un estímulo asociado al trauma (Figley, 2002a; Figley, 2002b).

A pesar de la presencia de estas dificultades en los terapeutas, algunos rescatan ciertas claridades respecto a sus intervenciones. Muestra de lo anterior es que varios entrevistados logran adoptar una *actitud activa que favorezca la elaboración de la experiencia traumática del cliente*, integrando en sus intervenciones la

delicadeza y la indagación activa y valiente. Desde esta posición los terapeutas destacan la importancia de potenciar la comunicación de aquello que muchas veces ha sido silenciado por los pacientes.

A raíz de lo anterior, se propone una forma de integrar estas dos maneras de intervenir; la cautela al preguntar y la actitud activa para favorecer la elaboración del paciente, como parte de un continuo en el cual los terapeutas pueden tender a posicionarse desde cualquiera de estos lugares. En este sentido, el lugar que ellos tomen se encontrará interferido por fenómenos como el estrés traumático secundario o el burnout, así como también, por las resonancias particulares que pudieran provocar algunos pacientes.

Por otra parte, en torno a las **perspectivas acerca de las intervenciones clínicas**, en este estudio se encontró que *existen factores que inciden en sus modificaciones*. Así, por ejemplo, la gravedad del caso puede traducirse en un aumento de horas semanales de atención, mientras que las contingencias judiciales se reflejan en que el psicólogo guíe la intervención clínica hacia aspectos relativos a la participación del paciente en el juicio, más que a elementos que propicien la elaboración de la experiencia abusiva. Cabe destacar que este aspecto alude a la flexibilidad de los terapeutas que trabajan con esta población, destacándose la especial atención que deben brindar a los aspectos judiciales como elemento que influencia el curso del proceso terapéutico.

Otra implicancia a nivel profesional relativa al proceso terapéutico la constituyen las **perspectivas de los clínicos respecto a las expectativas terapéuticas con víctimas de agresiones sexuales**. Principalmente se reconoce que esta labor requiere de la *capacidad de ajustar las expectativas del clínico* y asumir objetivos concretos y acotados, así como también, priorizar las expectativas del paciente. En efecto, para los terapeutas no es recomendable trabajar con ideales muy altos, sino que más bien indican que sus intervenciones tienen un límite. Se podría hipotetizar que este es un mecanismo que ayudaría a los terapeutas a disminuir

las posibilidades de padecer el síndrome de burnout, en tanto previene el desfase entre las expectativas de desempeño del profesional y la factibilidad de cumplirlas (Sinclair, 2011), tornándose importante la promoción de esta estrategia en aquellos profesionales vinculados a las agresiones sexuales.

Ahora bien, los resultados obtenidos también apuntan a la presencia de implicancias interpersonales ya sea a nivel familiar o en las relaciones con pares. Uno de los temas recurrentes es la **susplicacia** que se despierta en los psicólogos que trabajan con esta población, quienes adoptan una mirada más aguda para evaluar posibles situaciones de vulneración sexual, lo cual puede generar dudas respecto a cómo abordar el cuidado de los hijos. Así, es posible que asuman una postura preventiva ante algunos contextos o una actitud de aprehensión, incluso pudieran reaccionar de manera desproporcionada. Lo anterior, concuerda con los hallazgos de Cunningham (1999), quien señala que los terapeutas vinculados a la violencia sexual modifican su percepción de mundo a uno más hostil y amenazante y se cuestionan sobre la fiabilidad de las relaciones humanas, pudiendo identificar a los niños de su entorno cercano como posibles víctimas de sucesos traumáticos. Desde las teorizaciones referentes a la victimización vicaria, estas modificaciones pueden ser interpretadas como mecanismos adaptativos que desarrolla el profesional de ayuda y que alteran sus sistemas de creencias, afectando su identidad y visión de mundo (McCann y Pearlman, 1990, citado en Bride et al., 2007; Pearlman & Saakvitne, 1995, citado en Salston y Figley, 2003). Mientras que respecto a los antecedentes de estrés traumático secundario, se relacionarían con hipervigilancia y reacciones desmedidas frente a un estímulo, es decir, se asocia a síntomas de aumento de la activación, ya que la susplicacia según lo encontrado en este estudio puede llevar a que los terapeutas que trabajan en este ámbito desarrollen reacciones desmesuradas frente a ciertos estímulos, especialmente en relación al cuidado de sus hijos (Figley, 2002a; Figley, 2002b).

Según los datos de esta investigación, además de los problemas en el cuidado de los hijos, también pueden presentarse **inconvenientes en las relaciones familiares**. Estos resultados se vinculan a los planteamientos de Stebnicki (2008) quien refiere que el impacto provocado en los terapeutas inclusive puede afectar al sistema de apoyo de los profesionales, ya sea familiares o amigos.

Otra de las implicancias a nivel interpersonal, es la **percepción de estigmatización hacia el terapeuta** respecto al trabajo que realizan ya que las agresiones sexuales son asociadas a un fenómeno tabú, oscuro y no grato, generando en los otros una impresión negativa, incluso despectiva o compasiva. Si bien no existen antecedentes en la literatura que hayan descrito la presencia de este fenómeno en los terapeutas, si es posible relacionar estas manifestaciones con los efectos que tiene una victimización sexual en la víctima directa. En este sentido, Finkelhor (1998), propone un modelo traumatogénico para explicar las consecuencias de las agresiones sexuales a partir de 4 factores. Justamente, uno de estos factores alude a la estigmatización que presentan las víctimas, quienes experimentan sensaciones de ser distintos al resto, generando vergüenza y aislamiento en sus relaciones interpersonales.

Ligado a la categoría anterior, los terapeutas entrevistados tienden a **restringir la comunicación de experiencias en relación a su trabajo**, ya que les complica expresarse en torno a este tema. Así por ejemplo, algunos sólo insinúan el contexto en el cual se enmarca su trabajo y limitan los detalles, mientras otros sólo refieren el nombre de su profesión. Resulta interesante detenerse en esta reacción, puesto que a partir de la percepción de prejuicios hacia su labor, tienden a replegarse y no dar referencia sobre su trabajo, lo cual se asemeja a las actitudes de aislamiento de la víctima, tal como lo describe Finkelhor (1998). Así, la estigmatización y limitar la expresión de experiencias en torno al trabajo pueden entenderse como parte del fenómeno de traumatización vicaria.

Otra implicancia a nivel personal alude a los cambios y cuestionamientos en las concepciones de violencia y sexualidad al trabajar con esta población particular.

En primer lugar, algunos experimentan **cuestionamientos respecto a dinámicas abusivas en sus propias relaciones**, lo cual los lleva a reflexionar en torno a la posibilidad de ocupar una posición de abuso y/o sometimiento. En segundo lugar, especialmente en terapeutas de género masculino los **cuestionamientos giran en torno a aspectos asociados a la masculinidad**, ya que en este contexto frecuentemente se asocia a características de peligrosidad y agresividad lo cual tiñe la visión de los terapeutas y genera dudas referidas a la expresión de estas cualidades en sí mismos. Estos datos concuerdan con los planteamientos de Sinclair (2011), quien identifica que es común encontrar cuestionamientos respecto al rol masculino, puesto que la mayoría de los sujetos que perpetran este tipo de abusos son hombres. Estos antecedentes ponen en evidencia la pertinencia de preguntarse cómo la variable de género puede incidir en el trabajo con esta población.

En tercer lugar, los terapeutas refieren que uno de los riesgos del trabajo con agresiones sexuales es la **generalización de la sexualidad como abusiva**, es decir, vincular ciertas manifestaciones a elementos sucios y tabú. Así por ejemplo, algunos entrevistados reconocen una menor tolerancia a chistes de connotación sexual, puesto que se encuentran íntimamente sensibilizados con el dolor de las víctimas, mientras que terapeutas de género masculino podrían limitar la expresión de este tipo de bromas. Parece importante destacar estas implicancias relativas a las concepciones de sexualidad y violencia, pues podrían ser particulares del trabajo específico con población victimizada sexualmente. Si bien fue posible rescatar esta información en el presente estudio, llama la atención que muchos de los terapeutas no hayan aludido a estas implicancias en profundidad, lo cual, podría explicarse debido a que son temáticas difíciles de expresar directamente. Estos hallazgos abren nuevas líneas de investigación en el ámbito

de las implicancias personales que pudiera tener el trabajo con víctimas de agresiones sexuales.

Estas modificaciones en las concepciones de la sexualidad y violencia pueden asemejarse al fenómeno de victimización vicaria, en el cual los operadores que trabajan con población victimizada reproducen experiencias y reacciones propias del trauma de la víctima (Sinclair, 2011).

Sumado a lo anterior, dentro de las implicancias personales, los terapeutas también refieren experimentar implicancias satisfactorias del trabajo terapéutico con esta población, es decir, reconocen aspectos positivos que permiten que se mantengan en su labor. Así, en los discursos, se aprecia la necesidad de **nutrirse del trabajo desempeñado**, también aparece en gran parte de los entrevistados **satisfacción a partir de la experiencia clínica de reparación**, lo cual se refiere a que los clínicos tienen la ventaja de constatar en la práctica que es realmente posible lograr un mayor bienestar en sus pacientes, resultando motivante observar los progresos que se van generando en el proceso. Al mismo tiempo, mencionan como **elemento satisfactorio el reconocimiento por parte de sus pacientes**, valorando las palabras de aprecio que reciben por ejemplo al dar de alta a los pacientes, así como también otras muestras de cariño y agradecimiento. Por último, resulta positivo para los terapeutas considerar que **constituyen un aporte** en tanto su trabajo puede aliviar el dolor de personas que han sido vulneradas y permite ayudar incluso en situaciones graves. Los aspectos satisfactorios encontrados en esta investigación se asocian a la teorización propuesta por Stamm (2010) respecto a la satisfacción por empatía, confirmando los resultados obtenidos por esta autora acerca de los aspectos positivos del trabajo.

En los discursos surge como categoría emergente el autocuidado en terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales. En primer lugar, los entrevistados refieren una **necesidad de autocuidado**, debido a que el alto impacto propio de esta labor exige protegerse y tomar distancia de la temática con

la cual se trabaja. Los terapeutas destacan que no es suficiente con las estrategias a nivel de equipo profesional, sino que es necesario incorporar otras actividades en el ámbito personal. En segundo lugar, existe consenso por parte de los entrevistados en la **importancia de mantener espacios en que la violencia sexual no sea un eje de interés**. Así, los terapeutas combinan el trabajo con acciones que se alejen de este tópico, por ejemplo, buscan atender a otro tipo de pacientes. En tercer lugar, refieren la **incorporación progresiva de distintas estrategias de autocuidado**, dentro de las cuales se distinguen *estrategias personales, interpersonales y profesionales* en concordancia con las implicancias en estos tres ámbitos. Referido al nivel personal, los profesionales señalan: acudir a terapia psicológica, realizar actividades físicas, respetar horarios no laborales y evitar cualquier estímulo audiovisual vinculado a la temática de vulneración sexual, ya sea películas o noticias. Esta última estrategia, se asocia a la percepción de los terapeutas de experimentar una saturación respecto a esta temática, lo cual se refleja en una pérdida de interés.

En relación a las estrategias de autocuidado a nivel interpersonal, los terapeutas entrevistados mencionan que tienden a evitar dar referencia sobre el trabajo que realizan en reuniones sociales, con el fin de protegerse de reacciones de desaprobación y cuestionamientos sobre su trabajo. En cuanto al nivel profesional, las estrategias de autocuidado desplegadas son: supervisión, relaciones entre colegas como espacio de elaboración y apoyo, humor, trabajar con otras poblaciones, formación del terapeuta, automonitoreo permanente, trabajo en dupla y abandono de la omnipotencia. Respecto a esta última estrategia, el trabajo con este tipo de pacientes ha llevado a los terapeutas a tomar conciencia de los límites de sus intervenciones, adoptando una postura de mayor humildad.

Resulta interesante preguntarse si las estrategias de evitar estímulos audiovisuales vinculados a la violencia sexual y evitar dar referencia sobre el trabajo en este ámbito, constituyen efectivamente modos de paliar el impacto en

el terapeuta o más bien pueden ser entendidas como mecanismos evitativos propios del estrés traumático secundario.

Cabe destacar que varias de las estrategias de autocuidado encontradas en esta investigación, ya han sido descritas por autores que han estudiado el desgaste profesional y aspectos de autocuidado en equipos que trabajan con temáticas de violencia. En esta línea, se encuentran investigaciones como las de Arón y Llanos (2004), Santana y Farkas (2007) y Betta, Morales, Rodríguez y Guerra y Lira (2007) entre otras.

Al comparar los resultados de este estudio con la investigación de Arón y Llanos (2004) y la de Santana y Farkas (2007) en general se encontraron varias similitudes. De esta manera, la importancia de mantener espacios libres de la temática de vulneración sexual, se vincula a la estrategia de establecer límites entre el trabajo y la vida personal mencionada por Santana y Farkas (2007) y a la estrategia de mantención de áreas personales libres de contaminación, descrita por Arón y Llanos (2004), quienes refieren que uno de los ejes del desgaste laboral en profesionales que trabajan con violencia es justamente la contaminación temática. En este sentido, la estrategia personal de evitar estímulos audiovisuales se asocia con mantener espacios de distracción que se alejen de temas relacionados con violencia. Otra de las estrategias personales relatadas por los entrevistados es la realización de algún tipo de psicoterapia, lo cual se asemeja a la estrategia de cuidado personal del terapeuta planteada en el estudio de Santana y Farkas (2007). Asimismo, también a nivel personal, aparece la actividad física como uno de los medios de autocuidado que los autores Santana y Farkas (2007), clasifican dentro de actividades recreativas. A su vez, la estrategia personal de respetar horarios no laborales y la estrategia profesional de abandono de la omnipotencia encontrados en el presente estudio se relacionan con los resultados obtenidos en la investigación de Santana y Farkas (2007), quienes describen la presencia de la estrategia de establecer límites entre el trabajo y la vida personal del profesional como la delimitación de aquello que forma parte de la

vida laboral y aquello que constituye otras dimensiones de la vida del operador, así como también, se refiere a la circunscripción de funciones y labores dentro de la institución.

Por otra parte, en cuanto a las estrategias interpersonales los hallazgos de este estudio señalan que los terapeutas evitan dar referencia sobre el trabajo fuera de los espacios laborales, lo cual resulta coincidente con lo planteado por Arón y Llanos (2004), como un mecanismo que evita la saturación de redes personales de apoyo, así como también, se asemeja a la estrategia de evitar hablar del trabajo fuera de este ámbito planteado por los autores Santana y Farkas (2007).

Respecto a las estrategias profesionales la supervisión de casos se encuentra presente en ésta y en las investigaciones de Arón y Llanos (2004) y Santana y Farkas (2007), como una estrategia fundamental de autocuidado en los equipos de profesionales vinculados al trabajo con maltrato. Asimismo, en el nivel profesional, las estrategias de trabajo en dupla y relaciones entre colegas como espacio de elaboración y apoyo se asemejan a las que Arón y Llanos (2004), definen como vaciamiento y descompresión, mientras que según lo encontrado por Santana y Farkas (2007), se asocian a la comunicación con la dupla, la descompresión con los pares y la recreación en conjunto. Otra de las estrategias profesionales que concuerda con los discursos de los terapeutas del presente estudio y la investigación de Santana y Farkas (2007) es el trabajo con otras poblaciones, es decir, trabajar simultáneamente en otros lugares o con otras temáticas distintas a la violencia. Del mismo modo, las investigadoras Arón y Llanos (2004), encontraron que los operadores describen la formación profesional como un mecanismo de autocuidado, mientras que en el estudio de Santana y Farkas (2007), recibir capacitación en el tema de maltrato también constituye uno de los aspectos de autocuidado reportado por los profesionales, tal como se evidenció en los hallazgos de este estudio.

Por último, cabe señalar que las estrategias profesionales categorizadas como humor y automonitoreo permanente del terapeuta fueron las dos únicas clasificaciones en las cuales no se encontró coincidencia con los estudios de autocuidado revisados.

VIII. CONCLUSIÓN

Desde una perspectiva global, los resultados obtenidos en el presente estudio pueden ser agrupados en aquellos hallazgos emergentes que aportan temas novedosos y hallazgos que confirman antecedentes empíricos previos.

En relación a los resultados emergentes que surgen a partir de esta investigación, cabe destacar dentro de la categoría de implicancias personales, las implicancias a nivel corporal, es decir, la presencia de rigidez corporal en el terapeuta al escuchar las historias de vulneración de sus pacientes. Se sabe a partir de la fenomenología de las agresiones sexuales que este tipo de vulneraciones pueden generar efectos en la memoria corporal de la víctima, por lo cual, este hallazgo podría ser entendido como otra de las posibles consecuencias que se transmiten del paciente al operador.

Respecto al ámbito de las implicancias profesionales, los hallazgos novedosos se centraron en: el modo de aproximarse a las víctimas, las expectativas de trabajo con esta población, el lugar psíquico que se ocupa como psicoterapeuta con estos pacientes y el vínculo terapéutico que se establece.

En cuanto al modo de aproximarse a las víctimas, resulta significativo que en los relatos de los terapeutas se refiera la posibilidad de aproximarse desde distintos ángulos en el ámbito clínico; ya sea desde una perspectiva que se centre en el daño y vulnerabilidad de estos pacientes, desde una mirada enfocada en sus recursos o inclusive, se menciona la posibilidad de acercarse a ellos integrando la mirada del daño con aquella que rescata las fortalezas de las víctimas. Desde la perspectiva de las investigadoras, se propone pensar estas tres visiones, como un

continuo en el cual el terapeuta puede ir situándose desde cada una de ellas a medida que transcurre el proceso terapéutico, tornándose necesario el percibir y hacerse cargo de cada una de estas posiciones a modo de prevenir la revictimización de los pacientes.

Del mismo modo, dentro de los resultados emergentes surgen las expectativas de los clínicos en relación al proceso terapéutico con víctimas. Se valora la capacidad de asumir un límite en las intervenciones, priorizando objetivos concretos y acotados conforme a las características del caso a caso, así como también, enfatizar las necesidades del paciente. Esta tendencia de los terapeutas se puede entender como una estrategia que promueve el autocuidado asociándose al abandono de la omnipotencia, de manera que disminuye la diferencia entre las expectativas de desempeño del profesional y la factibilidad de cumplirlas.

Asimismo, relativo al ámbito profesional, es relevante que los terapeutas señalen la posibilidad de ubicarse desde el lugar psíquico de victimario en la relación terapéutica con su paciente, es decir, que la figura del operador -especialmente en aquellos pertenecientes al género masculino- sea asociada por la víctima a características negativas como agresividad o abuso a partir de la experiencia de transgresión sexual. En este sentido, la presente investigación otorga importancia a un factor emergente que se debe considerar en el trabajo terapéutico con este tipo de pacientes e invita a profundizar en la manifestación de esta variable en la relación terapéutica.

Otro aporte que emana a partir de los resultados emergentes, es la importancia que presenta para los psicólogos especializados en atención a víctimas de violencia sexual, el establecimiento de una relación de confianza con el paciente, debido a que justamente una de las áreas más afectadas en este tipo población es la capacidad de confiar en los otros. Asimismo, esta investigación -tal como estudios anteriores- esboza algunas dificultades que podrían presentarse en el clínico y que podrían incidir en el establecimiento de un vínculo terapéutico sólido,

tales como: distraerse, profundizar menos, no tener deseos de atender y quedarse dormido en las sesiones. Cabe destacar que para los terapeutas estas dificultades podrían afectar el vínculo terapéutico, pudiendo incluso resultar revictimizantes para el paciente y se encontrarían asociadas a la presencia de desgaste laboral y/o problemas personales en el operador. Considerando lo anterior, se hace relevante la capacidad del clínico de rastrear estos indicadores en sí mismo, al fin de resguardar su propio bienestar y el de su cliente. En relación a este punto, es preciso mencionar otro de los hallazgos emergentes de este estudio, que hace alusión justamente a la capacidad de automonitoreo permanente en los profesionales como una estrategia de autocuidado que permite palear los efectos del deterioro profesional.

Continuando con los resultados emergentes, específicamente en torno a la categoría de las implicancias en las relaciones personales, se destacan como temas novedosos en las reflexiones de los terapeutas dos aspectos íntimamente ligados: la percepción de cierta estigmatización hacia ellos al trabajar en el ámbito de las vulneraciones sexuales y la restricción en la comunicación de experiencias relativas a su labor.

También se destacan como tópicos emergentes presentes en la muestra de psicólogos entrevistados, aquellas implicancias relativas a las concepciones de sexualidad y violencia, principalmente los cuestionamientos y dificultades en torno a estos dos ámbitos. Cabe destacar que este aspecto no fue completamente indagado en la presente investigación, por lo cual, resultaría interesante para futuros estudios profundizar y especificar las implicancias en el plano de la sexualidad y violencia que surgen en aquellos psicólogos que trabajan en temáticas de vulneración sexual; debido a que pudiera corresponder a una consecuencia particular del trabajo con personas agredidas en la esfera de la sexualidad.

Finalizando con los hallazgos emergentes, cabe señalar aquellos resultados que aluden a la incidencia del contexto jurídico como fuente de desgaste en el clínico y como factor que influye en el proceso terapéutico del paciente. En general se aprecia una visión negativa respecto a tales exigencias, existiendo descontento y disconformidad, lo cual se extiende hacia las labores administrativas. De este modo, tanto el ámbito jurídico como administrativo son percibidos como fuentes de desgaste para quienes trabajan en agresiones sexuales, resultando ejes claves para estudios que busquen ampliar el entendimiento de aquellos factores de desgaste laboral propios del trabajo con trauma o maltrato grave.

Por otra parte, entre los elementos ya estudiados se encuentra todos los fenómenos individuales y grupales relativos al desgaste profesional como burnout, estrés traumático secundario, victimización vicaria y desgaste por empatía, entre otros. Asimismo, aspectos que afirman lo descrito en la literatura corresponden a las diversas estrategias de autocuidado implementadas por los profesionales de esta área. A su vez, dentro de este grupo ya estudiado, se encuentra los resultados que avalan lo expuesto por Stamm relativo a los aspectos satisfactorios del trabajo con población traumatizada. Cabe destacar que la particularidad del presente estudio se centra en dilucidar los aspectos satisfactorios de la labor de los operadores que trabajan con una población aún más específica, víctimas de agresiones sexuales.

De esta forma, al contrastar los resultados obtenidos en esta investigación, específicamente respecto a los fenómenos que se refieren al desgaste profesional tales como burnout, estrés traumático secundario, victimización vicaria y desgaste por empatía, es posible señalar que se encontraron coincidencias en la literatura con lo descrito en cada una de estas manifestaciones de agobio.

En relación al burnout, se puede señalar que los terapeutas presentaban uno de los ejes que conforman este fenómeno, el cual alude a una extenuación tanto física como psicológica, ya que mostraron estrés, cansancio, agotamiento

emocional, frustración e irritabilidad. Mientras que los dos ejes restantes; actitud de despersonalización y percepción de reducida eficacia para alcanzar metas en el trabajo no se presentaron en la muestra de terapeutas estudiada. Una posible explicación es que los entrevistados señalan en sus discursos, la utilización de estrategias de autocuidado, las cuales contribuirían en la reducción de estos síntomas. En este sentido, las relaciones entre colegas como espacio de elaboración y apoyo, podría atenuar el aislamiento en las relaciones interpersonales. Asimismo, la presencia de estrategias como el abandono de la omnipotencia y el ajuste de expectativas, son mecanismos que colaboran en una valoración positiva del profesional respecto de su desempeño laboral.

En cuanto al estrés traumático secundario, se observó la presencia de síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación. Dentro de los síntomas intrusivos aparecen principalmente sueños y pesadillas relacionados al paciente o a la temática de violencia sexual. Respecto a los síntomas evitativos, algunos terapeutas refieren adoptar una actitud de cautela al preguntar aspectos relativos a la experiencia traumática, es decir, la tendencia a evitar indagar en conflictos del paciente asociados a la vivencia de transgresión sexual. Relacionado con los síntomas de aumento de la activación, la suspicacia en los terapeutas puede entenderse como la disposición a desarrollar una reacción desmedida frente a algún estímulo, lo cual se ve por ejemplo en el cuidado de sus hijos.

En torno a la victimización vicaria, las principales alteraciones a nivel cognitivo encontradas en este estudio corresponden a la categoría de implicancias en las concepciones de violencia y sexualidad, es decir, cuestionamientos acerca de las dinámicas abusivas en las propias relaciones, cuestionamientos de aspectos asociados a la masculinidad, así como también, atribuciones negativas a expresiones comunes de la sexualidad. A su vez, es posible comprender la categoría de suspicacia en el terapeuta como alteraciones en las creencias sobre el mundo y los otros.

Respecto al desgaste por empatía, en los terapeutas entrevistados se presentan emociones de pena, rabia, impotencia y frustración semejantes a las experimentadas por las víctimas de agresiones sexuales, lo cual puede explicarse desde la identificación con las problemáticas de sus pacientes. Además, algunos profesionales manifiestan en ocasiones, importantes dificultades en el vínculo terapéutico, pudiendo interferir ya sea en el bienestar psicológico de sus pacientes y/o en la expresión de conductas poco éticas de su parte.

Se propone que para comprender el fenómeno de desgaste de los profesionales vinculados a la temática de agresiones sexuales es preciso integrar los conceptos de burnout, estrés traumático secundario, victimización vicaria y desgaste por empatía, puesto que el trabajo en esta área posee efectos en diversas esferas, ya sea de estrés crónico, de niveles sintomatológicos, de esquemas de creencias y/o referentes a la conexión empática del profesional con el paciente. Además, cabe destacar que las implicancias de esta labor, trascienden el desgaste laboral, incluyendo como se evidenció en este estudio implicancias satisfactorias del trabajo con víctimas de agresiones sexuales, lo cual es interesante debido a que en la literatura y estudios empíricos -específicamente en lo que se refiere a la violencia sexual- este aspecto ha presentado un reducido foco de interés. En este sentido, los hallazgos que esta investigación obtuvo en esa línea generan un aporte a la comprensión más amplia de la experiencia de los terapeutas que trabajan en esta temática, poniendo en evidencia que las implicancias de esta labor no corresponden solamente a aspectos negativos.

Por otra parte, en cuanto a las limitaciones de este estudio, es preciso señalar que la muestra estuvo constituida en su mayoría por psicólogos pertenecientes a CAVAS Reparación, por lo cual, los resultados obtenidos se encuentran mediados por condiciones laborales propias de esta institución (clima laboral, autocuidado, especialización de los profesionales, etc). Para lograr una muestra más heterogénea hubiese resultado interesante incorporar el mismo número de

profesionales por centro, sin embargo, la dificultad para acceder a psicólogos de este rubro no lo hizo posible.

Finalmente, dentro de las proyecciones de este estudio, se sugiere investigar la influencia de los efectos de distintos niveles de desgaste del terapeuta en el bienestar del paciente. Asimismo, se propone en futuras investigaciones realizar comparaciones entre distintas poblaciones de profesionales que se desempeñan en áreas vinculadas a la violencia, como así también, incluir comparaciones del desgaste entre terapeutas expertos y novatos. A su vez, resultaría atractiva una sistematización de las implicancias para los profesionales que se desempeñan en el área de peritaje psicológico forense en víctimas y agresores sexuales, ya que las condiciones de la labor profesional son distintas en cada una de las áreas y especialidades. Futuras investigaciones pudiesen profundizar en las implicancias en el plano de la sexualidad y violencia que pudiera tener para los terapeutas que trabajan con víctimas de agresiones sexuales desempeñarse en este ámbito.

Referencias

- 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.
- Arredondo, V. (2007). ¿Auto?cuidado en equipos psicosociales: El lugar de lo colectivo. En Arredondo, V. y Toro, E. (comp.) *Violencia Sexual Infantil: Debates, Reflexiones y Prácticas Críticas* (pp. 90-110) Editado por Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia- Paicabi, SENAME.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV Revisión*. Washington, DC: Masson.
- Betta, R., Morales, G., Rogríguez, K. y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 9-19.
- Bride, B. E., Radey, M., y Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163.
- CAVAS Metropolitano (2003). Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, 16 años de experiencia.
- Cazabat, E. (2002). *Desgaste por empatía*. Ponencia presentada en 3er Congreso Virtual de Psiquiatría en Interpsiquis. Extraído el 5 Abril, 2012, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/6185/>
- Cunningham, M. D. S. W. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 4(16), 277-290.

- De la Torre, G., Di Carlo, E., Florido, S., Opazo, H., Ramírez, C., Rodríguez, P., Sánchez, A. y Tirado, J. (2008). Teoría Fundamentada o Grounded Theory. Máster en calidad y mejora de la educación. Facultad de formación del profesorado y educación. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Escaff, E. (2009). Apuntes cátedra de Diagnósticos diferenciales para los fenómenos especiales en las víctimas de delitos violentos, Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 11(58), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Finkelhor, D. (1980). *El abuso sexual al menor*. México: Editorial Pax México.
- Guerra, C. y Lira, G. (2007). Medición del desgaste profesional en una muestra de profesionales de la Corporación Paicabi: Una aproximación reflexiva al concepto de autocuidado en equipos que trabajan en maltrato infantil. En Arredondo, V. y Toro, E. (Comp.) *Violencia Sexual Infantil: Debates, Reflexiones y Prácticas Críticas* (pp. 111-128) Editado por Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia- Paicabi, SENAME.
- Guerra, C. (2008). *Descripción de los niveles de estrés traumático secundario y su relación con las prácticas de autocuidado en psicólogos clínicos chilenos que se desempeñan en diferentes contextos laborales: Análisis desde la terapia centrada en las soluciones*. Tesis de postítulo no publicada. Centro de Especialistas en Intervención Estratégica (MIP), Santiago, Chile.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-40.
- Krause, M. (1996). *Criterios de calidad para estudios cualitativos*. En Primer Curso de Capacitación en Técnicas Cualitativas para Equipos de Alcohol y Drogas. Santiago: MINSAL.
- Lira, E. y Morales, G. (1996). Violencia y dinámicas de equipo en programas que trabajan con situaciones de violencia. En E. Lira & I. Piper (Eds.) *Reparación, derechos humanos & salud mental* (pp. 165-182). Santiago: CESOC.
- Meyers, T. W. y Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39-55). New York, NY: Brunner-Routledge.
- MINSAL, (2011). *Guía Clínica. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
- Morales, G. Pérez, J.C. y Menares, M.A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 1(12), 9-25.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.
- Salston, M. D. y Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174.

- Santana, A.I. y Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos de profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psyche*, 16 (1), 77-89.
- SENAME, (2012). Ministerio de justicia lanza campaña “el abuso no es un cuento”. Extraído el 15 de Noviembre, 2012 de www.sename.cl
- Sheehy, M. J. y Friedlander, M. L. (2009). The relation of secondary traumatization to therapists’ perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology* 3(56), 461-467.
- Sinclair, X. (2011, Agosto). Cuidado de los operadores en los equipos de trabajo que trabajan con casos de agresiones sexuales infantiles. Clase presentada en Escuela de Psicología Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Stamm, H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39-55). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Stamm, H. (2005). The ProQOL Manual. Sidran Press. Extraído el 10 Agosto, 2012, de www.ProQOL.org.
- Stamm, H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello. Extraído el 10 Agosto, 2012, de www.ProQOL.org.
- Stebnicki, M. A. (2008). *Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors*. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17-37). New York, NY: Brunner-Routledge.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“El cuidado del trauma: Una aproximación a las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual”.

Memoria para optar al título de psicólogas

A continuación se adjunta un consentimiento informado que solicita su autorización para participar en una investigación que rescata la mirada de los terapeutas sobre las implicancias y percepciones del trabajo con víctimas de violencia sexual. La investigación tiene por nombre *“El cuidado del trauma: Una aproximación a las percepciones de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual”*. Y corresponde a una memoria para optar al título de psicólogas de Paulina Araya y Susan Villena, la cual se encuentra enmarcada dentro del Equipo de Investigación dirigido por la Profesora Laura Moncada, docente de la Universidad de Chile.

Esta investigación tiene por objetivo conocer las percepciones y significados de terapeutas especializados en atención a víctimas de violencia sexual respecto

al trabajo en esta temática y sus diversas implicancias. El estudio pretende incluir a un número total de 12 terapeutas que accedan voluntariamente a participar en él, a través de una entrevista con una duración promedio de 30 minutos aproximadamente.

Si usted acepta participar, las entrevistas serán grabadas mediante una grabadora de voz, material que será de uso exclusivo del Equipo de Investigación. Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, manteniendo reserva de su identidad para efectos de publicación y difusión.

Cabe destacar que si bien solicitamos y valoramos su participación en este estudio, usted es totalmente libre de negarse a participar en él, o bien retirarse en cualquier momento de éste, comunicándolo previamente a las investigadoras.

Si usted desea conocer cuáles fueron los resultados de la investigación o si necesita más información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con las Licenciadas en Psicología Responsables de esta Investigación:

Paulina Araya E-mail: paulina.araya@gmail.com

Susan Villena E-mail: susan.villena.f@gmail.com

Anexo 2: Esquemas de categorías







