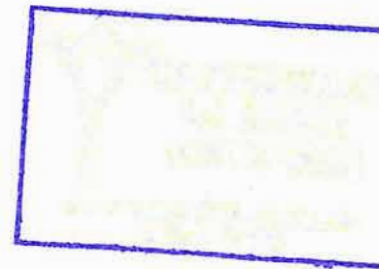


# UNIVERSIDAD “LA SALLE”



DIPLOMADO EN:  
“INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS INTEGRALES Y PREVENTIVAS  
EN AGRESIÓN SEXUAL Y MALTRATO INFANTIL”

MONOGRAFIA

TEMA: “AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES QUE  
TRABAJAN CON VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL  
EN EL CENTRO DE ATENCION TERAPEUTICA DEL  
SEDEGES LA PAZ”

Participante:  
**MARTHA GUTIÉRREZ LLIMONA.**

La Paz, 08 de Octubre del 2012

# **UNIVERSIDAD “LA SALLE”**



**DIPLOMADO EN:  
“INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS INTEGRALES Y PREVENTIVAS  
EN AGRESIÓN SEXUAL Y MALTRATO INFANTIL”**

**MONOGRAFIA**

**TEMA: “AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES QUE  
TRABAJAN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL  
EN EL CENTRO DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA DEL  
SEDEGES LA PAZ”**

Participante:

**MARTHA GUTIÉRREZ LLIMONA.**

La Paz, 08 de Octubre del 2012

# INDICE

<b>I. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
<b>III. JUSTIFICACION</b>	<b>6</b>
<b>IV. OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>8</b>
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>8</b>
<b>V MARCO TEORICO</b>	
<b>5.1 Definiciones de Autocuidado</b>	<b>9</b>
<b>5.2 El Autocuidado de los profesionales que trabajan en Programas de         Protección Infantil</b>	<b>9</b>
<b>5.3 Síndrome de Burnout</b>	<b>10</b>
<b>5.4 Origen Conceptual del Síndrome de Burnout</b>	
<b>5.5 Población de Riesgo</b>	<b>11</b>
<b>5.6 Síntomas</b>	<b>11</b>
<b>5.7 Causas</b>	<b>12</b>
<b>5.8 El autocuidado de los Clínicos y Terapeutas</b> <b>12</b>	
<b>5.9 Auto cuidado y su Contextualización</b>	<b>13</b>
<b>5.10 Desgaste Laboral y Autocuidado</b>	<b>14</b>
<b>5.11 Maltrato Infantil</b>	<b>15</b>
<b>5.12 Definición del Maltrato Infantil.</b>	<b>16</b>
<b>5.13 Clases de Maltrato Infantil</b>	<b>16</b>

5.13.1 Abuso Físico	16
5.13.2 Indicadores de maltrato físico	17
5.13.3 Comportamiento del niño que sufre maltrato físico	17
5.13.4 Abuso Emocional	17
5.13.5 Abuso Sexual	17
5.13.6 Abuso Sexual por el ámbito de ocurrencia	18
5.13.7 Abuso Sexual Incestuoso	19
5.13.7.1 Ontogénesis del Abuso Sexual	19
5.13.7.2 Los actos incestuosos protegidos por la ley del silencio	19
5.13.7.3 La fase de la divulgación	21
5.13.7.4 La Fase represiva	22
5.14 Terapia Sistémica Breve	22
5.14.1 Principios Generales de la Terapia Sistémica Estratégica Breve	22
5.14.2 Fases del proceso terapéutico	23
5.14.3 Aproximaciones a la explicación del cambio en la psicoterapia Sistémica breve	26
5.14.4 Cambio y crisis	26
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>27</b>
<b>VII. PROPUESTA</b>	<b>28</b>
<b>7.1 METODOLOGIA DE PROPUESTA</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>35</b>

# **“AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL CENTRO DE ATENCION TERAPEUTICA DEL SEDEGES LA PAZ”**

## **I. INTRODUCCION**

En el marco del Convenio entre la Prefectura de La Paz (actualmente Gobernación del Departamento de La Paz) – Fundación Encuentro y el financiamiento de UNICEF organizan y ejecutan en el SEDEGES un modelo de Atención Terapéutica Integral cuya finalidad es dar cumplimiento a los derechos vulnerados del NNA y apoyar en la defensa, restitución de derechos, ampliando la resolución del fenómeno del abuso sexual.

El nacimiento del Centro de Atención Terapéutica CAT emerge con una filosofía de ética, compromiso, solidaridad y respeto a los NNA en situación de abuso sexual. Su aporte tiene la finalidad de reproducir las prácticas de buen trato y crear así conjuntamente alternativas frente a la situación de violencia.

El CAT fue inaugurado el 15 de Agosto del 2007 proponiendo un espacio especializado en la temática del Abuso Sexual brindando atención mediante la Intervención Sistémica y Terapia a NNA y su familia que permita reducir las consecuencias del abuso sexual promoviendo su recuperación psicológica que por su complejidad y gravedad no puede ser tratadas en otros niveles.

El centro cuenta con ambientes apropiados para el trabajo de terapia incluyendo una Cámara Gesell. La transferencia de casos al CAT es realizado mediante una entrevista entre las instancias pertinentes el profesional perito de la DNNA y la terapeuta.

Los procesos terapéuticos son atendidos bajo el enfoque sistémico basado en terapias psicológicas con NNA y sus familias mediante entrevistas de pareja, niñ@s y familias en pleno de acuerdo a la necesidad y avance del trabajo terapéutico. Los casos que se atienden provienen de las siete defensorías de la ciudad de La Paz además de las dos fiscalías y juzgados de la niñez y adolescencia.

Es importante señalar que de los casos recepcionados cada familia es muy individual y diferente de otra, de esta manera los momentos de crisis son afrontados con determinada cantidad e intensidad de contención utilizados en la intervención terapéutica.

El presente trabajo pretende realizar un análisis reflexivo sobre el autocuidado de los profesionales que trabajan con la problemática del Abuso Sexual de niños, niñas y adolescentes que son remitidos al Centro de Atención Terapéutica (CAT).

Entenderemos como autocuidado al conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden utilizar las personas previniendo una situación de déficit y que al mismo tiempo vaya a propiciar y fortalecer su bienestar integral, evitando así caer en un estado de desgaste o decaimiento.

El autocuidado, también se refiere a una actividad que realiza una persona por sí misma y que contribuye a la salud, manteniéndola sana, guardando hábitos físicos adecuados, una salud psicológica donde exprese sentimientos, deseos, lo que permitirá seguridad en el trabajo y hogar.

Atender a otras personas que nos consultan realizando un trabajo de mucho compromiso hace que en ocasiones nos olvidamos de nosotros mismos, dar a las demás personas es una práctica esencial de relaciones saludables, pero también es saludable el saber cuidarnos.

Se considera importante el preocuparse y ocuparse del autocuidado en funcionarios y/o servidores de salud mental, pues existe un sistema de salud para cuidar la enfermedad y no así tanto para promover la salud por eso conocer el concepto y práctica del autocuidado permitirá potencializar el trabajo, la vida personal, familiar y social del profesional terapeuta del CAT.

Reflexionando sobre la problemática atendida por el CAT se considera necesario impulsar un programa de protección de los recursos humanos enmarcados en dos niveles específicos el individual y el institucional, se plantea la supervisión de casos clínicos y el espacio terapéutico de autoconocimiento ambas áreas muy importantes para coadyuvar el bienestar personal, familiar e institucional de las terapeutas. Y la proyección de esta propuesta sea de replica a los otros centros de terapia estatal creados en Tarija, Oruro y Potosí así como los de próxima creación.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 15 de Agosto del 2007 SEDEGES y FUNDACION ENCUENTRO inauguran el Centro de Atención Terapéutica CAT espacio destinado a ofrecer un trabajo terapéutico para niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de abuso sexual.

Los casos atendidos en el CAT obedecen a una selección de criterios planteados en el modelo tales como: NNA en situación de abuso sexual judicializada sea en Fiscalía o JNA, violación con penetración, abuso sexual cuyo daño psicológico ha sido diagnosticado como importante y también NNA institucionalizados que correspondan a la problemática de violencia sexual.

A partir de la creación del CAT para niños, niñas y sus familias en situación de abuso sexual se apertura una alternativa de trabajo psicoterapéutico de recuperación de vida como sobreviviente, identificando y potenciando los recursos resilientes propios de cada familia y de cada miembro que la compone. Inicialmente se realiza una intervención sistémica del caso para dar lugar a la demanda de terapia psicológica, durante el proceso dentro el trabajo técnico se suscitan crisis o en algunos casos las crisis se presentan de acuerdo al avance de la dinámica familiar promoviendo cambios que necesitan de fuertes contenciones que gradualmente llegan a la estabilización alcanzando logros y resultados de los objetivos planteados en el diagnostico de cada caso.

Con la creación del CAT como un Centro especializado en violencia sexual se constituye en la institución estatal pionera de nuestro país. Desde una intervención terciaria trabaja con la intervención sistémica con los casos que requieren atención psicológica logrando al final del trabajo terapéutico una posición de sobreviviente del abuso sufrido.

Durante este tiempo de trabajo de aproximadamente cinco años como terapeuta del CAT-SEDEGES interviniendo en la problemática de violencia sexual se pudo identificar la importancia de contar con espacios destinados a una desintoxicación terapéutica de los profesionales que trabajan debido a que están expuestos a un desgaste emocional e intelectual por la cantidad de casos atendidos diariamente incluyendo aquellas crisis emocionales que presentan tanto la víctima como su familia que asisten al centro.

Debo señalar que en mi propia práctica terapéutica, surgió una interrogante que fue conversada con mis colegas terapeutas que han ido trabajando en el CAT y una de las prioridades debería ser el autocuidado del terapeuta. Las interrogantes consistían en cuestionarse seriamente las posiciones que asumimos como profesionales terapeutas, frente al fenómeno de la violencia sexual e incluso la postura que asumimos en el espacio terapéutico tanto con un caso u otro caso. Por ejemplo, ¿por qué con algunas familias somos capaces de generar un sentimiento de profunda empatía por su sufrimiento? ¿Por qué a veces nos sentimos con el fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas? ¿Por qué con otras mantenemos posiciones algo distantes que perturban? Otras tantas de escucha

activa, algunas más de racionalidad terapéutica ¿por qué a veces parecemos convertirnos única y exclusivamente en ofertantes de alivio? ¿Por qué muchas veces nos sentimos impotentes, ansiosos y/o frustrados cuando manejamos estas situaciones? ¿Por qué podemos sentir una tendencia natural a absorber emocionalmente de estas víctimas y/o familias? ¿Por qué corremos el riesgo de caer en una rutina de agotamiento? e incluso una falta de comunicación entre profesionales involucrados? ¿Por qué el desgaste laboral causa deterioro en las relaciones personales, familiares y de pareja del profesional que atiende a estas víctimas? Estas interrogantes son importantes abordarlas desde el punto de vista ético-clínico y reflexionar qué apoyo institucional se brinda a los profesionales del CAT-SEDEGES?

Debido a este papel que desempeñamos los profesionales en la "recuperación" de las víctimas y familia, nosotros, los terapeutas que trabajamos con la intervención sistémica nos contamos entre las pocas personas en la vida de la víctima que estamos en condiciones de detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento en los casos de violencia sexual que son remitidos al CAT, y también somos quienes tenemos la oportunidad más importante de aportar "curación" con las palabras y actitudes nuestras.

Así pues, la capacidad de profunda empatía parece estar en el centro mismo de nuestras capacidades para realizar un trabajo con calidad y calidez con la víctima y su familia pero, al mismo tiempo existe el riesgo de ser lastimados por el mismo trabajo. Esta posibilidad de ser lastimados por el trabajo terapéutico puede ser una fuente permanente de estrés capaz de desencadenar enfermedades tanto físicas como mentales .

En este sentido, se considera necesario decir que la propia práctica de la terapia es intrínsecamente estresante, aunque también ofrece muchas satisfacciones. Día a día se pone de manifiesto mayor número de fuentes de estrés y/o signos indicativos de un aumento de problemas de salud relacionados con el estrés y especialmente en trabajadores de salud mental que se relacionan diariamente con el dolor humano .

La psicoterapia es un trabajo delicado y los terapeutas deben desarrollar la conciencia y la fuerza interior necesaria para lidiar con los muchos riesgos laborales inherentes a la profesión. Por tanto es de vital importancia el hecho de que el terapeuta haga también terapia trabajando sus propias limitaciones, aprendiendo a aceptar la retroalimentación que hay en toda relación descubriendo las debilidades y verse a sí mismo como los demás lo ven.

El contar con espacios de autoconocimiento permitirá un crecimiento personal sostenido y a la vez que vaya a profundizar las distintas etapas del ciclo vital por la que el profesional atraviesa de esta manera se conservará el autocuidado del terapeuta y el buen ejercicio profesional.

Por otro lado la supervisión de casos también resulta de significativa importancia y es cuando un caso terapéutico es expuesto en un contexto de otros profesionales quienes darán una

lectura más amplia con sus distintos saberes y experiencias que vayan a aportar a un esclarecimiento de los posibles estancamientos, retrocesos, limitaciones que se presenten en la proceso terapéutico tanto de la víctima como de su familia.

Por último como profesionales de la salud mental insertos en el trabajo psico socio legal de nuestro medio, se ha podido percibir que es un tema del que no se habla o es subvalorado por las autoridades de la institución pues no existe ningún programa de autocuidado que vele el bienestar integral de l@s profesionales del centro.

### III. JUSTIFICACION

La atención con calidez y eficiencia de cualquier programa de atención a NNA víctima de Abuso Sexual requiere en gran parte del compromiso de profesional especializado en la problemática.

Identificando las necesidades del trabajo que se realiza a nivel institucional que también incluye a nivel personal se encuentran:

- No contar con un espacio terapéutico para las profesionales psicólogas terapeutas, que permita la desintoxicación emocional por la atención que se brinda.
- No contar con la supervisión de casos que limita los avances del abordaje terapéutico en familias con problemáticas multifactoriales y otras más por las particularidades de cada caso que llega al CAT.

Desde mi experiencia profesional y personal he tenido que abordar con un doble esfuerzo buscando retroalimentación con algunas lecturas otorgadas por nuestras formadoras y otras que guarden relación a mi trabajo sin embargo considero muy importante la supervisión de casos dada la particularidad de cada uno y las implicancias de vida que podemos encontrar similares a nuestra vivencias personales y familiares.

La noción de autocuidado debe ser considerada en dos niveles: el primero, se refiere a; la necesidad de que las instituciones protejan los recursos profesionales; el segundo, a ;la capacidad de los profesionales de autocuidarse de desarrollar estrategias de comportamientos destinados a proteger su integridad, personal, familiar y social, es decir la capacidad de cuidarse a sí mismos, necesitando también la ayuda de los otros para mantener su compromiso, su creatividad y sobre todo la competencia para ayudar y proteger profesionalmente a quienes lo necesitan.

Al mencionar autocuidado también deberá ser incluido el concepto de "justicia relacional", donde cada sujeto aporta a su grupo esperando recibir de los miembros de éste los cuidados equivalentes. Los miembros de un equipo profesional pueden aportar cuidados y protección; entonces el balance de recibir y dar será justo y cada miembro del equipo podrá sentirse suficientemente reconocido y respetado, sintiéndose perteneciente a un sistema cuya finalidad primera es el bienestar de sus miembros, hablamos de este equipo presumiendo la conformación y sostenimiento de ese espacio terapéutico para las profesionales del CAT.

Ahora la vivencia de extrema vulnerabilidad que los profesionales del área puedan vivir, no puede ser explicada de una manera minimizada o reductora pues las innumerables singularidades a las que enfrenta con su trabajo, así como responder a las expectativas fuertemente exigentes de las instituciones involucradas en la problemática como de la sociedad en su conjunto.

Por otra parte las rotaciones institucionales permanentes de los profesionales demuestran que todavía no está internalizada en las instancias de decisión, administradores y/o responsables políticos la idea de que hay que cuidar al profesional porque es el instrumento fundamental de los programas en este caso de atención a NNA y familia en situación de violencia sexual.

Otro aspecto es que las autoridades desconocen o no están suficientemente conscientes de que la "perdida" de un profesional implica una pérdida de recursos humanos no solamente como un desperdicio de los recursos financieros por los costos que implica un profesional formado y con experiencia, sino sobre todo por la pérdida de referentes afectivos, tutores resilientes que vienen a constituirse los profesionales respecto a la población con la que trabajan, ahora no solamente la defensa y protección de sus derechos sino también la continuidad de vínculos afectivos que se dan con los seguimientos terapéuticos cuyo propósito es fortalecer la posición de sobreviviente tanto de la víctima como de su familia.

Por último prevenir el síndrome del "burn-out" (síndrome del trabajador quemado) que está definido como un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, estos síntomas destacan el desarrollo de actitudes negativas hacia sí mismo, baja autoestima, distanciamiento hacia los demás o hacia la labor desempeñada, teniendo repercusiones físicas, como estrés, cansancio y malestar general. Un trabajador que no se siente reconocido, respetado y valorado en su desempeño laboral es muy posible que incremente los índices de "burn-out".

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Brindar protección a los Recursos Humanos del Centro de Atención Terapéutica del SEDEGES mediante la incorporación de programas que permitan un desempeño laboral con bienestar personal y profesional.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Beneficiar al profesional del Centro Atención Terapéutica con espacios de retroalimentación en la supervisión de casos.
- Asegurar el apoyo profesional de otros, para mantener su compromiso, creatividad y competencia en bien de NNA víctima de Abuso Sexual.
- Implementar estrategias de comportamiento a nivel individual destinadas a proteger la integridad personal familiar y social del profesional.

## **V MARCO TEORICO**

### **5.1 DEFINICIONES DE AUTOCUIDADO**

### **5.2 EL AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN PROGRAMAS DE PROTECCION INFANTIL (Por Jorge Barudy)**

Los Programas de atención Infantil depende en gran parte del compromiso de los profesionales, el cual de algún modo está sujeto a la capacidad de las instituciones de desarrollar programas habilitados para ofrecer los cuidados necesarios, a fin de proteger a estos del "síndrome de tensión y agotamiento profesional" o "Burn Out and stress Síndrome" (Barjau C. 1991).

Nuestras experiencias nos permiten afirmar que el recurso fundamental para el éxito de cualquier Programa de protección Infantil es la persona del profesional. Con esto estamos afirmando que sin el compromiso personal de éste, sería imposible desarrollar cualquier programa destinado a mejorar las condiciones de vida de los niños.

La noción de compromiso personal debe siempre contextualizarse, puesto que no es lo mismo si esta es enunciada por aquellos que establecen las políticas públicas de protección infantil, o por quienes administran los recursos del Estado para desarrollar dichas políticas, o por los mismos profesionales. No hay nunca que olvidar que "lo que es dicho es dicho por alguien" (Maturana H. Varela F. 1984). A este aforismo hay que agregarle que el sentido de lo dicho depende también de la posición de poder de quien lo dice.

"En lo que a mí respecta, muchos años de trabajo apoyando equipos profesionales a mantener dicho compromiso ya sea en Bélgica como responsable de un equipo S.O.S. Enfants -Famille dedicado al tratamiento y la prevención de Maltrato Infantil, o como supervisor y formador de equipos clínicos de protección infantil en Francia, España, Bélgica y América Latina sirven de base a mi profunda convicción .de que para mejorar las condiciones de vida de los niños y asegurar su protección en situaciones de maltrato, el compromiso profesional es fundamental".

Este compromiso profesional es la emoción que nos provoca el niño que sufre, que no es respetado en sus derechos, ya sea por sufrimientos o carencias producidas en su medio familiar y/o como consecuencias de injusticias y/o violencias a nivel social. El compromiso profesional, considerado como una experiencia ético política, nace también de la conciencia que el maltrato infantil es el resultado del abuso de poder de los adultos que malversan sus capacidades y sus poderes para aportar cuidados y protección a sus niños abusándoles para satisfacer sus necesidades y/o resolver sus conflictos con otros adultos.

Todas estas consideraciones nos llevan a afirmar que cualquier programa que se declare coherente y adecuado en relación a la protección infantil, debe tener en su interior un dispositivo para despertar, promover, mantener y proteger la implicación emocional, ética y política de los profesionales. Esto como el mejor antídoto "al síndrome del Queme profesional".<sup>1</sup>

### **5.3 Síndrome de Burnout**

El síndrome de burnout es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

También llamado síndrome de desgaste profesional o síndrome de desgaste ocupacional (SDO) o síndrome del trabajador desgastado o síndrome del trabajador consumido o incluso síndrome de quemarse por el trabajo como también síndrome de la cabeza quemada, es, sin embargo, un constructo del que se pueden desprender un sinnúmero de definiciones por lo que es posible indicar la inexistencia de una única conceptualización y que han incidido también en la aparición de diferentes modelos explicativos.

El Síndrome de Burnout no se encuentra reconocido en el DSM aunque si es mencionado brevemente en la Clasificación internacional de enfermedades bajo el código Z 73. pero dentro del apartado asociado a "problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida". Cabe indicar eso sí, que en algunos países europeos a los pacientes con Burnout se les diagnostica con el síndrome de Neurastenia (ICD-10, código F 48.0) siempre que sus síntomas estén asociados al trabajo, en concordancia con la lógica de planteamientos presentes en algunas investigaciones, quienes la vinculan con el Síndrome de Burnout, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental.

### **5.4 Origen Conceptual del Síndrome de Burnout**

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por H.B. Bradley como metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término "staff burnout". Posteriormente será desarrollado in extenso en 1974 por el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger a través de un estudio de campo al personal sanitario; en particular, este autor utilizó dicho término (presumiblemente basado en la novela de Graham Greene titulada A Burnt-Out Case de 1960, donde se describe al protagonista como un sujeto que sufre de burnout, aunque tomando como referente el trabajo de Bradley) para describir aquellos estados físicos y psicológicos que tanto él como otros colegas sufrían al trabajar con una gran cantidad de jóvenes drogadictos, acotando que éste síndrome involucraría:

---

<sup>1</sup> /www.centroexil.org

«(...) deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general». Freudenberger (1998, p. 5.16).

En el año 1980 en tanto, Freudenberger publica su libro titulado *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*, texto que se ha transformado en un referente primordial para el abordaje primigenio del Síndrome de Burnout. Por otro lado, en el año 1976 la psicóloga social Christina Maslach lo presenta ante un congreso de la American Psychological Association definiéndolo como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.

### **5.5 Población de riesgo**

En general los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-cliente de carácter intenso y/o duradero, sin considerar por cierto, a un cliente en particular sino más bien, a uno o varios. Dichos profesionales pueden ser caracterizados como de desempeño satisfactorio, comprometidos con su trabajo y con altas expectativas respecto a las metas que se proponen, en las que el Burnout se desarrolla como respuesta a estrés constante y sobrecarga laboral.

El síndrome de burnout es muy frecuente en personal sanitario (médicos, enfermeras/os, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y consejeros matrimoniales, así como también personal administrativo) y docente no escapando por cierto otros profesionales como deportistas de élite, teleoperadores (operadores de Centros de llamadas), ingenieros, personal de las fuerzas armadas, y en general, en diversas profesiones de las que actualmente, se observa un creciente interés por analizar.

Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres son las que presentan mayor prevalencia que los hombres.

### **5.6 Síntomas**

Lo principal es un fuerte sentimiento de impotencia, ya que desde el momento de levantarse ya se siente cansado. El trabajo no tiene fin y, a pesar de que se hace todo para cumplir con los compromisos, el trabajo nunca se termina. La persona que lo padece se vuelve anhedónica, es decir, que lo que anteriormente era motivo de alegría ahora no lo es, en otras palabras, pierde la capacidad de disfrutar. Aún, cuando se tiene tiempo, se siente siempre estresado. A diferencia de lo que ocurre al principio, el trabajo ya no produce incentivos para la persona afectada con burnout. Visto por otras personas, aparenta sensibilidad, depresión e insatisfacción.

A los propios síntomas del estrés a nivel corporal se suman múltiples molestias: insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares, trastornos digestivos, infecciones, manchas o afecciones en la piel, trastornos respiratorios y circulatorios o digestivos (variaciones en el peso).

El burnout suele definirse a través de tres dimensiones:

- Agotamiento (exhaustion, en inglés) es la sensación de ya no ser capaz de ofrecer más de sí mismo(a) a nivel emocional
- Susplicacia/escepticismo (cynicism, en inglés) es una actitud distante hacia el trabajo, hacia las personas a las que se está ofreciendo el servicio y también hacia los compañeros de trabajo
- Ineficacia (inefficacy, en inglés) es la sensación de que no se están llevando a cabo debidamente las tareas y de que se es incompetente en el trabajo.

### **5.7 Causas**

El síndrome burnout suele deberse a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alto contacto con personas, con horarios de trabajo excesivos. Se ha encontrado en múltiples investigaciones que el síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas diarias, cuando no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y cuando la remuneración económica es inadecuada. El desgaste ocupacional también sucede por las inconformidades con los compañeros y superiores cuando lo tratan de manera incorrecta, esto depende de tener un pésimo clima laboral donde se encuentran áreas de trabajo en donde las condiciones de trabajo son inhumanas.<sup>2</sup>

### **5.8 El autocuidado de los clínicos y terapeutas:**

Una definición plantea que “autocuidado” se refiere a aquellas actividades que realiza una persona por sí misma y que contribuyen a su salud; se refiere a acciones voluntarias, que la persona aprende, como parte de un proceso y en las cuales, el individuo es el principal agente. En estas acciones el individuo combina experiencias sociales y cognitivas y esto contribuye a la autoimagen, o autoconcepto, es decir, no se limitan sólo a una intervención (Murillo Chacón P., Costa Rica, 2004).

Como ejemplos de acciones de autocuidado: en lo que se refiere al bienestar físico, lo primero es procurar un buen descanso, evitando alargar en exceso la jornada de trabajo, además de adoptar una dieta saludable, hábitos de ejercicio físico, chequeos médicos, protegerse físicamente ante los clientes difíciles, que por lo general tienen trastornos de personalidad, de modo que los profesionales deben tener algún grado de capacitación para su manejo. En cuanto a medidas de autocuidado del bienestar emocional, es importante

proteger y mantener los límites profesionales, cultivar el buen trato entre colegas y entre equipos de trabajo, resolver conflictos en forma apropiada, evitar reacciones impulsivas o precipitadas, recibir psicoterapia personal, fortalecer vínculos e intimidad con otros. En asuntos especiales, se debe evitar situaciones que impliquen desgaste emocional, como falta de confianza en el equipo, demasiada empatía hacia el cliente o experimentar sentimientos hacia el cliente que están dirigidos hacia otra persona, es decir, evitar las situaciones transferenciales. En cuanto al autocuidado del crecimiento y desarrollo, las medidas incluyen dinámica de supervisión, consultorías a expertos u otros colegas y educación continua.

Como medida de autocuidado de los terapeutas, es fundamental favorecer la resiliencia, concepto que deriva de la metalurgia y se refiere a la capacidad de un metal de doblarse hasta cierto punto sin quebrarse, para luego volver a su posición original; en las personas, el término define a la capacidad de resistir una presión emocional sin quebrarse psicológicamente, para después volver al estado original.

En el desarrollo de la resiliencia, lo primero es tener un vínculo afectivo incondicional y una identidad, lo que depende de las relaciones familiares y afectivas más directas, íntimas e importantes del individuo, que son las que conforman su historia de vida, su biografía; a continuación están las redes y el sentido de pertenencia a lo que se denomina la segunda familia, que es la familia laboral; después vienen la autoestima y las habilidades relacionadas, como la asertividad, el poder decir las cosas positivas u negativas de frente y sin agresividad. Después viene un área muy importante, que es la de la creatividad y el humor; los grupos, familias, parejas o personas que no rien, están enfermos: la risa y el humor son signos de salud. Finalmente está el sentido de trascendencia.<sup>3</sup>

### **5.9 Auto cuidado y su contextualización**

Contextualizar el autocuidado, es decir, una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital, es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones distintas.

Aceptar esto favorece y ayuda valorar las relaciones interpersonales. Pues ningún hombre vive en una isla. Gran parte del significado de la vida nos llega a través de nuestras relaciones con los demás. El trabajo representa una fuente adicional de nuevas relaciones.

Por lo tanto, las actividades principales de la vida proporcionan oportunidades naturales que favorecen el autocuidado.

Generar procesos participativos, es decir, la promoción del autocuidado debe incluir participación más activas e informadas de las personas en cuidado de su propia salud, entendida la participación, como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí mismo y del ambiente que lo rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo, sobre su propia salud.

<sup>3</sup> [www.mednet.cl](http://www.mednet.cl)

El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.

El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que personas saben, viven y sienten de las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables, inocuas y promover mediante un proceso educativo de reflexión.

El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujeto de sus propias acciones, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma. Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas, pero a su vez debe estar fundamentada con un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y de salud

Creemos que el autocuidado representa no sólo un derecho humano, sino también un requisito fundamental para alcanzar el éxito y bienestar en la vida de las personas, tiene que ver con el diagnóstico, la intervención y la prevención de patrones disfuncionales, puesto que el análisis de las variables que las afectan permite llevar a cabo modificaciones para implementar y reforzar conductas funcionales.<sup>4</sup>

## **5.10 Desgaste laboral y autocuidado**

Como ya se ha señalado, en la literatura existe abundante evidencia del desgaste laboral asociado a las profesiones de ayuda y a la práctica de la psicoterapia. Dentro de las posibles consecuencias adversas de este tipo de trabajo destacan constructos como el síndrome de burnout (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), la presencia de sintomatología ansiosa (Cazabat, 2002; Gentry, 2003) y depresiva (Barrera & Guerra, 2007; Betta, et al, 2007) en los profesionales, el aumento de licencias medicas (Morales, Pérez & Menares, 2003), rotación de personal (Hidalgo & Moreira, 2000), el aumento en el consumo de alcohol (Beatón & Murphy, 1995) y el estrés traumático secundario (Figley, 2002; Salston & Figley, 2003; Stamm, 2002; Valent, 2002).

Hablamos del estrés traumático secundario (en adelante ETS). El ETS es una forma de nominar los efectos negativos que se producen en las personas que trabajan en contacto directo con supervivientes de eventos traumáticos (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004).

Los autores indican que los efectos de la exposición secundaria a eventos traumáticos son equivalentes a los efectos de la exposición directa, ya que incluyen la misma sintomatología

---

<sup>4</sup> [www.medicina.uach.cl](http://www.medicina.uach.cl)

correspondiente al Trastorno por estrés postraumático, con la única diferencia que quien padece esta sintomatología es el profesional que ha atendido a la víctima directa.

Para prevenir y tratar éste y otros tipos de desgaste laboral, paulatinamente está cobrando relevancia el concepto de autocuidado, que corresponde a un constructo amplio que se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona cualquiera para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior (Uribe, 1999). Aplicado a la labor del psicólogo clínico se considera que el autocuidado está referido a las competencias del terapeuta para promover su salud y su calidad de vida de manera de detectar, enfrentar y resolver situaciones que generen desgaste laboral (Yáñez, 2005, en Durruty, 2005).<sup>5</sup>

### 5.11 Maltrato Infantil

Desde los griegos, a quienes consideramos padres del pensamiento occidental, se creía que debía matarse a los niños con deformaciones congénitas o discapacidades. Filósofos como Aristóteles y Platón cumbres del pensamiento compartían esta creencia. En la Biblia existen numerosos relatos de infanticidios masivos, con el ordenado por el faraón Ramsés a todos los primogénitos a todos los primogénitos judíos, tratando de matar a Moisés; de Herodes, tratando de asesinar a Jesús.<sup>6</sup>

En los siglos XVI y XVII se produce un cambio que aunque lento, hace modificar paulatinamente, la consideración que hacia la infancia existía en la Edad media. El niño poco a poco va encontrando un lugar propio en la estructura mental de los adultos a la vez que en la vida afectiva familiar.

Por los importantes avances que se han producido en el campo de la infancia se ha dado por calificar al siglo XX como el "siglo de la infancia" el objetivo primordial que se planteo desde sus inicios fue el de la protección a la infancia salvaguardado por una importante legislación al respecto.<sup>7</sup>

Con relación al abuso sexual, cabe anotar que sólo recientemente se ha entendido éste como lesivo y traumático para los niños.

En la antigüedad existen múltiples ejemplos de cómo se les utilizaba para beneficio del adulto, sin ninguna consideración ni entendimiento del daño al desarrollo psicosexual del niño. En cuanto al abuso sexual, cabe anotar que el primero en relacionar el abuso sexual de los niños y la génesis de ciertas enfermedades mentales es Sigmund Freud en su primera *teoría de la seducción*. Infortunadamente Freud dio marcha atrás para señalar que los niños imaginan el abuso, creencia infortunada que todavía tiene algunos psicoanalistas.

<sup>5</sup> .me ve. m

<sup>6</sup> "La infancia rota"; Cuadros Isabel y Ordor e Marta; edit. Norma S.A 2006; p. 15.

<sup>7</sup> Maltrato Infantil"; Soriano Andrés; Edit. San Pablo 2001; p. 22

En época relativamente reciente, la primera investigación seria, en la medicina moderna, sobre el maltrato infantil la realiza el equipo liderado por Henry Kempe, en Denver (Colorado) escribe el artículo titulado *The battered Chile*, traducido como *Síndrome del niño apaleado*, para el año de 1962. En él se describe una nueva condición clínica caracterizada por abuso físico serio, de características repetitivas, causado por los propios padres o cuidadores del niño. Posteriormente aparece la descripción de la negligencia y del abuso emocional por parte de Vincent Fontana las descripciones pioneras en la epidemiología del abuso sexual contra niños por parte de los sociólogos Diana Russel, David Finkelhorn y Gail Wyatt, quienes demuestran que el abuso sexual, y específicamente el incesto, es una problemática sumamente extensa y de consecuencia muy serias para el desarrollo normal y la vida psíquica de los niños.<sup>8</sup>

## **5.12 Definición del maltrato infantil.**

Cualquier definición de maltrato infantil se encuentra inmersa en el sistema social en que se estructura todo grupo humano. Una definición básica como “cualquier daño físico o psicológico producido de forma accidental a un niño/a menor de dieciocho años y que es ocasionado por individuos o instituciones que ocurren como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, de acción u omisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño@.”<sup>9</sup>

Otra definición del mexicano Arturo Loredó (1994) “El maltrato a los niños es una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales: producido por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor de edad, comprometiendo su educación consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen a riesgo su socialización, por tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional”.<sup>10</sup>

## **5.13 Clases de maltrato infantil**

### **5.13.1 Abuso físico**

Incluye todas las lesiones causadas al niño por agresión de un padre o adulto relacionado con él. Consiste en lesiones producidas tales como señales corporales producida por golpes, magulladuras o hematomas, en diferentes fases de cicatrización, quemaduras producidas por plancha, cigarrillos u otro objeto caliente; escaldaduras en brazos, piernas, cuello o torso (indicativas de haber estado fuertemente atado con cuerdas); heridas en la boca, en los

<sup>8</sup> LA INFANCIA ROTA”; CUADROS Isabel y ORDOÑEZ Martha; Edit. Norma S.A 2006; Pág. 20-23

<sup>9</sup> MALTRATO INFANTIL”; SORIANO Andrés; Edit. San Pablo 2001; Pág 35

<sup>10</sup> LA INFANCIA ROTA”; CUADROS Isabel y ORDOÑEZ Martha; Edit. Norma S.A 2006; Pág. 26

genitales externos: heridas producidas con objetos corto punzantes; fracturas de cráneo, daño cerebral, hematoma, mordeduras, asfixia, ahogamiento.<sup>11</sup>

### **5.13.2 Indicadores de maltrato físico**

#### **5.13.3 Comportamiento del niño que sufre maltrato físico:**

Teme al contacto con sus padres o con adultos y muestra temor a ellos.

El niño durante el llanto, o en situaciones angustiosas, no muestra expectativas reales de ser consolado; se muestra aprensivo, inquieto cuando los adultos se aproximan a otro niño que esta llorando. Se mantiene constantemente alerta ante los posibles peligros, recela continuamente. Es autodestructivo y muestra conductas de retraimiento o agresividad extrema.

En cuanto a sus emociones el niño se siente diferente, rechazado, no querido, cree que el maltrato es merecido, tiene sentimientos de culpa y, con frecuencia intenta ocultar el hecho de los malos tratos. Presenta un bajo nivel de autoestima.

Al hablar de maltrato físico o negligencia entendemos como: "aquellas situaciones en que las necesidades básicas del niño (alimentación, vestido, higienes, protección seguridad, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas, ni satisfechas por los responsables de su atención." La negligencia puede producirse de firma intencional o bien por ignorancia, desconocimiento o incapacidad para atender adecuadamente a los niños.<sup>12</sup>

#### **5.13.4 Abuso emocional**

Consiste en la actuación del adulto que genera alteraciones del desarrollo psíquico adecuado del niño. Sus formas han sido clasificadas por James Garbarino como comportamientos de los padres o cuidadores, de ignorar al niño y no proveerle estimulación emocional adecuada, rechazar los valores del niño y su necesidad de validación, aislarlo de la familia y la comunidad, aterrorizarlo con ataques verbales, pervertir al niño estimulando el comportamientos autodestructivo o antisocial y presionarlo para que "crezca rápido, sin consideración de las distintas etapas del desarrollo normal

#### **5.13.5 Abuso sexual**

Consiste en el uso sexual de un niño, niña o adolescente por parte de un adulto hombre o mujer, un adolescente u otro niño, para la satisfacción de sus necesidades sexuales sin consideración de su desarrollo psicosexual (Mrasec 1984). La satisfacción puede ser del

<sup>11</sup> Idem (4) Pág. 38-39

<sup>12</sup> Idem (4) Pág. 39-41

narcisismo del abusador o de la necesidad de agresión y venganza, por maltrato sufrido en la infancia del abusador.<sup>13</sup>

Existe amplio acuerdo entre los profesionales en el sentido de que el abuso sexual implica la explotación de una relación de poder sobre los niños para una gratificación del adulto o de otro niño significativamente mayor (en la mayoría de los países la diferencia de edad entre la víctima y el victimario debe ser de cuatro o más años).

El comportamiento abusivo en la sexualidad puede también definirse como cualquier evento sexual que ocurre sin consentimiento, sin equidad entre los participantes, como resultado del ejercicio de la coerción sobre uno de los individuos. En el abuso sexual, los niños nunca están en condiciones de equidad con los adultos por sus propias condiciones de vulnerabilidad, de ingenuidad, pensamiento concreto o indefensión característica de la infancia. La agresión sexual siempre implica la explotación del otro, el uso de amenazas, la intimidación o la manipulación del niño.

El maltrato en la sexualidad de los niños, de acuerdo con Finkelhorn, toma tres formas predominantes; la primera, es la explotación del niño para la gratificación sexual del abusador; la segunda, es la erotización excesiva del niño a través de estimulación inapropiada y la tercera, es la supresión o mortificación o represión de la emergencia de la sexualidad del niño o adolescente.

Claramente, los niños, inclusive los adolescentes, tienen dificultades claras para entender lo que significa ejercer la sexualidad, más cuando el abusador los engaña intencionalmente, diciéndoles que todos los niños pasan por la misma experiencia.<sup>14</sup>

#### **5.13.6 Abuso sexual por el ámbito de ocurrencia:**

**Familiar:** El maltrato familiar es aquel que se da en el habitat cotidiano del niño, es decir en la familia. Los agresores pueden ser cualquiera de las personas que viven cotidianamente con el niño (padre, madre, hermanos, familia extensa: tíos abuelos...)

**Extrafamiliar:** se produce fuera del ámbito familiar por personas que no forman parte de la familia del niño, por determinadas instituciones o por la misma sociedad.<sup>15</sup>

#### **Análisis sobre la violencia y abuso sexual desde un modelo sistémico**

Es en la familia donde nacen y maduran los sentimientos más intensos, y donde se realizan los aprendizajes sociales básicos.

El trabajo de los autores parte de cuatro premisas:

---

<sup>13</sup> Idem (5)Pág. 26

<sup>14</sup> Idem (5)Pág. 34 -36

<sup>15</sup> Idem (4 )Pág. 49 -50

- La violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional.
- Todos cuanto participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables.
- Debe darse por sentado que todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad.
- Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones.

Desde una perspectiva sistémica, la violencia es concebida como un fenómeno relacional, como una forma de interacción que se puede modificar mediante intervenciones acertadas. (Artículo Internet)

### **5.13.7 ABUSO SEXUAL INCESTUOSO**

#### **5.13.7.1 Ontogénesis del Abuso Sexual**

Abordaremos la historia relacional de que el incesto emerge de dinámicas familiares que forman parte de una cultura familiar singular. Los abusos incestuosos pueden considerarse como modalidades homeostáticas, es decir estrategias del sistema familiar construidas a lo largo de las generaciones para mantener un sentido de cohesión y de pertenencia.

El incesto, así como el abuso sexual cometido por pedófilos raramente es un solo hecho aislado o un “accidente” en la vida de una familia. Al contrario, se trata de un proceso relacional complejo que se desarrolla en el tiempo y donde se pueden apreciar dos periodos diferentes:

- 1.- Los actos incestuosos se desarrollan en el interior de la intimidad familiar, protegidos por el secreto y la ley del silencio.
- 2.- El incesto aparece a la luz pública a través de la divulgación de los abusos por parte de la víctima, lo que implica una crisis para el conjunto de la familia, así como para su entorno, sistemas profesionales incluidos.

#### **5.13.7.2 Los actos incestuosos protegidos por la ley del silencio**

Los actos incestuosos protegidos por la ley del silencio: Durante este periodo, podemos decir que el sistema familiar se encuentra en “equilibrio” y que el incesto es parte de las modalidades homeostáticas que los miembros de la familia utilizan para mantener cohesión y pertenencia y se distingue tres componentes en este periodo.

### **1.- La fase de seducción**

En este primer periodo, el padre abusador manipula la dependencia y la confianza de su hija, incitándola a participar comportamientos normales y sanos entre padres e hijas. El abusador prepara el terreno tomando precauciones para no ser descubierto, y elige el momento y el lugar en que comenzara a abusar a su hija.<sup>16</sup>

### **2.- La fase de interacción sexual abusiva**

Un padre abusador no viola directamente a su víctima como muchos profanos tienen a creer. El coito propiamente dicho se produce en un momento bastante avanzado de la interacción sexual abusiva, puede comenzar por gestos de exhibicionismo paseándose semidesnudo delante de su víctima o dejando al descubierto sus órganos sexuales mientras ve televisión al lado de su hija. El proceso continuar con otros gestos de actos masturbatorios en presencia del niño o el abusador obligara a la víctima a masturbarle. La penetración genital o coito se da en una fase avanzada de este proceso y es con mayor frecuencia anal y vaginal.

### **3.- La imposición del secreto y la ley del silencio**

Este momento comienza casi a la vez que las interacciones sexuales. En la mayoría de los casos, el abusador sabe que esta transgrediendo la ley; por lo tanto, se protege como todos los delincuentes para no ser descubierto. Al mismo tiempo, estos gestos abusivos le son “necesarios” como solución a otros problemas, por lo que hará todo lo que convenga para continuar sin ser sorprendido. Su alternativa es imponer la ley del silencio. Para esto todas las formulas son posibles, desde la amenaza, la mentira, la culpabilización, hasta el chantaje y la manipulación psicológica.<sup>17</sup>

El abusador convence a su víctima del peligro que existe para ella, para él y para su familia si se divulga lo que pasa entre ellos” si cuentas lo nuestro nadie te creerá o la mayoría dirá que s culpa tuya” “tu mamá se morirá de pena si se entera”.

El niño o la niña terminan por aceptar esta situación y se adaptan a ella para sobrevivir. Entran en la dinámica del chantaje, con lo que obtienen favores, regalos y privilegios del abusador. Esto cierra el círculo infernal, en la medida en que estas respuestas adaptativas permite la desculpabilizacion del abusador y, al contrario aumentan su culpabilidad y su vergüenza.

Cuando la víctima, se trata de una adolescente, logra mantener la distancia con su padre abusador, una parte de su personalidad será traumatizada y su dignidad se mantendrá intacta. Esto corresponde a los casos donde gracias a la comprensión de la situación y a su valor, los niños pudieron, en todo momento, sentirse víctimas violadas por sus padres u otro familiar.

<sup>16</sup>EL DOLOR INVISIBLE DE LA INFANCIA BARUDY Jorge; Edit Paidos 1998;Pág 208-209

<sup>17</sup> Idem (11) Pág 211

Los casos más dramáticos corresponden a las situaciones en que la víctima” es aspirada” por el abusador, perdiendo toda capacidad de experienciarse como una víctima de abuso. En estos casos es frecuente que la víctima experimente placer en la relación, lo que producirá consecuencias catastróficas en su vida adulta.

La divulgación: la crisis para la familia y los sistemas de intervención

En este segundo periodo podemos distinguir dos fases:

La fase de divulgación propiamente dicha y la fase de represión del discurso de la víctima

### **5.13.7.3 La fase de la divulgación**

A pesar de los esfuerzos del abusador por mantener a su víctima dentro de una celda de silencio, culpabilización y vergüenza, algunas víctimas, desgraciadamente no todas, terminan por divulgar los hechos incestuosos. Es importante distinguir la divulgación accidental de la divulgación premeditada. En la primera, los hechos abusivos son descubiertos accidentalmente por un tercero por ejemplo cuando alguien entra en la habitación en el momento en que el padre está abusando de su hija; en otros casos por la contaminación de una enfermedad de transmisión sexual, o en casos más dramáticos por el embarazo de la víctima. En todas estas situaciones será “un accidente” y no la víctima quien involuntariamente desencadene la crisis familiar divulgando el incesto.

En el caso de una divulgación premeditada, se ha volcado en detectar los factores que deciden o impulsan a la víctima a comunicar su condición rompiendo el secreto, el elemento determinante es que la niña o niño se atreve a hablar cuando su situación se hace insostenible, cuando se siente prisionero de un conflicto de pertenencia.

Explicar el hecho de que la mayoría de los niños entre los dos y los diez años divulgaron la situación abusiva a partir del dolor que los gestos de su familiar abusador le provocaba sobre todo en el caso de la penetración. El niño divulga el abuso para resolver un problema que en ese momento le parece prioritario: el dolor.

En el caso de los adolescentes la divulgación se produce con frecuencia alrededor de un conflicto de autonomía que es resultado de una crisis de pertenencia entre su familia y los miembros de su entorno. La adolescencia plantea nuevos desafíos y necesidades: el problema de fondo puede definirse como un conflicto entre su pertenencia familiar o su pertenencia al grupo de su edad, que simbólicamente representa su desapego a la familia. Es posible que en medio de este conflicto la hija puede sentirse por primera vez atraída por un muchacho de su edad, lo que amplía la tensión entre ella y su padre.

La adolescente puede, entonces, divulgar su secreto buscando una solución inmediata a su conflicto, con la esperanza de obtener más libertad. Se realizó estudio en otras dinámicas familiares incestuosas y se distingue otros tipos de circunstancias donde es posible la divulgación, la víctima divulga la situación cuando se da cuenta de que su padre abusa también de una de sus hermanas.

#### **5.13.7.4 La fase represiva**

En los casos del abuso sexual intrafamiliar tratados en nuestro programa se constata en los miembros de la familia, así como en miembros del entorno que incluye a los profesionales, el desencadenamiento de un conjunto de comportamientos y discursos que tienden a neutralizar los efectos de la divulgación. Se ha observado los esfuerzos desesperados de la familia para recuperar su equilibrio tratando de eliminar a través de todos los medios a su alcance los efectos provocados por la denuncia de los hechos incestuosos.

La descalificación del discurso y de la persona de la víctima las acusaciones que tienden a señalar a la víctima como culpable o la negación de la evidencia de los hechos, son solo algunos de los medios empleados. Estas presiones y amenazas explican el hecho de que numerosos víctimas de incesto se retracten posteriormente de lo divulgado.<sup>18</sup>

#### **5.14 TERAPIA SISTÉMICA BREVE**

No siempre la praxis de la terapia se originó en la explicación epistemológica. Esta vino después. Como se ha mencionado, el modelo de psicoterapia sistémica breve se inspira en los principios y métodos propuestos por Milton Erickson, los cuales fueron descritos, divulgados y aplicados en primera instancia por J. Haley. Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que en ella ocurre y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentra un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. El terapeuta ha de ser muy sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por él. La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular sino una postura por la cual el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los consultantes.<sup>19</sup>

##### **5.14.1 Principios generales de la Terapia Sistémica estratégica breve**

Sintetizando los planteamientos de Haley (1963) y de J. Weakland y cols (1974) se enuncia en seguida sus principios generales:

La psicoterapia breve, definida como aquella que requiere de una a veinte sesiones, no consiste en hacer menos de los que se hace en un tratamiento prolongado. En un sentido amplio, esta terapia se orienta fundamentalmente al síntoma, porque los individuos y sus familias acuden con quejas y preocupaciones específicas, de modo que el terapeuta tiene la responsabilidad de aceptarlas como tales para aliviarles o resolverlas.

En la psicoterapia breve se insiste más en las circunstancias presentes del paciente y en la función actual de sus síntomas. No interesa discutir con el paciente sus resistencias a revelar

<sup>18</sup> Idem (11) Pág 214

<sup>19</sup> PSICOTERAPIA SISTÉMICA BREVE; HERNANDEZ Angela; Edit Codice2004;Pág 73

la información. Como es inevitable que el paciente oculte datos, el terapeuta debe connotar esta reserva como una respuesta natural en un primer encuentro con un desconocido.

Se establece un contexto de cambio mientras se obtiene la información precisa. En vez de obtener primero los datos y obrar luego en consecuencia, la psicoterapia empieza con la forma misma en que se recoge la información. La anamnesis puede hacerse de tal modo que cree un ambiente de esperanza en la mejoría progresiva, en cuanto ésta sea posible. Si el paciente insiste en que ha ido empeorando consistentemente, el terapeuta puede aceptar de lleno esta idea y luego completarla con la sugestión de que, puesto que las cosas han ido mal en peor, quizá ha llegado ciertamente el momento de que cambien. El terapeuta logrará así seguir su trabajo en el contexto de un mejor motivado deseo de cambiar.<sup>20</sup>

#### **5.14.2 Fases del proceso terapéutico**

El proceso terapéutico comienza en el momento en que una persona decide buscar ayuda. Por lo tanto, la primera fase de la intervención es la recepción del caso, consistente en una conversación telefónica con el consultante que solicita una primera cita.

Atendiendo a la búsqueda de brevedad en esta propuesta terapéutica, es prioritario aprovechar desde el primer contacto para generar el ambiente de acogida que espera encontrar toda persona en dificultad.

La información solicitada en la recepción generalmente incluye:

- La identidad de la persona que llama y la distinción de si es o no el portador problema.
- El parentesco o la relación del consultante con el portador del problema, si este no es la persona que pide la cita.
- Qué tipo de dificultad lo lleva a consultar
- Cuales personas están involucradas en la dificultad y dispuestas a asistir.
- La fuente de remisión del caso o la referencia que lo ha puesto en contacto con nosotros en ese momento.

#### Pre-sesión

La pre-sesión o preparación de la estrategia de conducción de la primera sesión se realiza de manera formal cuando los casos se abordan en equipo, en un intercambio de ideas entre los terapeutas participantes. Cuando hay un solo terapeuta, este hace la misma preparación con el objetivo de formular hipótesis que le permitan generar una ruta tentativa para avanzar en la primera sesión.<sup>21</sup>

#### Primera sesión

La primera sesión se considera crucial de esta perspectiva, pues como en casi cualquier encuentro humano, la primera impresión puede ser determinante de la continuidad de la relación.

---

<sup>20</sup> Idem (24) Pág 74 -76

<sup>21</sup> Idem (24) Pág 133-135

1. Establecimiento de contacto con cada uno de los consultantes: es el proceso de establecer rapport y de comenzar a obtener información para la construcción de hipótesis. Se realiza a través de una conversación acerca de quiénes son, a que se dedican, quienes conviven y cómo es su contexto vital en general, con actitudes que les permita sentirse acogidos como personas, antes como "casos" o problemas.

2. Configuración del problema y visualización del estado deseado: es el proceso de conocer los motivos para pedir al cita y el curso que ha seguido la dificultad hasta convertirse en problema; apreciar el potencial de cambio y el marco de referencia de los consultantes, y empezar a visualizar como será su vida cuando hayan cambiado.

El terapeuta elabora en esta fase el genograma como una herramienta de organización de la información, centrándose en la familia y la convivencia actual y acudiendo a otras generaciones. No siempre es fácil formular estados deseables viables, pues justamente los principales obstáculos para el cambio se encuentran en las interferencias emocionales, los conflictos relaciones y las distorsiones del marco de referencia que frenan la posibilidad de representarse un nueva realidad factible.

3. Redefinición del problema: es la formulación que el terapeuta pone a consideración de los consultantes acerca de cómo él comprende el problema; esa reformulación esa reformulación implica: un sentido interaccional, una connotación positiva y una visión de una o más alternativas de solución.

Se intenta que la redefinición del problema reúna las siguientes condiciones:

- a) Contextualizar el motivo de consulta y darle sentido dentro de una lectura interaccional de la situación
- b) Describir la dinámica generada por los intentos de solución y los efectos positivos y negativos sobre la evolución del problema o sobre otros aspectos de la vida familiar o individual.
- c) Destacar la función protectora que ha tenido el problema y la idea de que como comportamiento adaptativo ha sido hasta el momento la mejor opción que han tenido para afrontar una situación compleja.
- d) Conectarlo con el estado deseado y proponer los objetivos y el alcance d e la intervención en función del cambio

4.- Formulación de objetivos de la intervención y de la estrategia terapéutica es la propuesta conjunta de las metas que consultantes y terapeuta se proponen en le proceso terapéutico y de la manera como organizaran las sesiones para lograrlo.

Los objetivos de la intervención se formulan teniendo en cuenta que:

- a) Sean descritos en términos tales que los cambios sean evidentes en situaciones interaccionales. Es decir, una persona puede decir que su meta es sentirse más tranquila, pero tendrá que especificar cómo eso se apreciara en su vida relacional, bien sea en la familia, el trabajo u otro contexto pertinente.

- b) Abarquen a los participantes en la sesión o a otros familiares que puedan acudir a la terapia en el futuro inmediato y con quienes se puedan establecer acuerdos explícitos.
- c) Sean descritos en términos de iniciar una nueva forma de actuar y no de abandonar una conducta indeseable.

No es el terapeuta quien “define” los objetivos, sino quien a través del intercambio con los consultantes va ajustando las propuestas de todos hasta llegar a acuerdos

5. Cierre de la primera sesión; es el momento de conocer como se sienten después de la conversación, de verbalizar los acuerdos sobre la estrategia terapéutica y en algunos casos de hacer sugerencias o proponer tareas concretas por parte del terapeuta.<sup>22</sup>

### Segunda sesión y siguientes

Si la primera sesión es la clave para la iniciación de la relación entre y las siguientes son el espacio para abordar el meollo de las dificultades y generar las nuevas vivencias, representaciones de la realidad y formas de interacción que constituirán el cambio deseado. En cada una de las sesiones intermedias hay una evaluación de la evolución del motivo de consulta, junto con la cual éste se va redefiniendo; a medida que los consultantes introducen nuevas perspectivas y nuevos comportamientos, la queja inicial adquiere otra dimensión y otras connotaciones que dan lugar a nuevos interrogantes.

En esa evaluación aparecen también los bloqueos al cambio, evidentes en el no seguimiento de las sugerencias o tareas propuestas, en la aparición de nuevas dificultades o en la exacerbación de las existentes. Esa movilización exige en muchas ocasiones o en la exacerbación de las existentes. Esta movilización exige en muchas ocasiones la intensificación de emociones desagradables que se han acumulado junto con las frustraciones y sentimientos de fracaso inherentes a todo estancamiento de un sistema humano en dificultad, con el fin de que dentro de la sesión se activen las mencionadas experiencias emocionales correctivas.

### Cierre de caso

La forma como se haga el cierre del caso constituye también un ingrediente sustancial del proceso terapéutico, es la concreción de los cambios alcanzados en una lectura que permita a los consultantes integrar sus vivencias con una mirada de sus dificultades como respuestas que fueron adaptativas en su momento, y de sus características personales, familiares como el capital de su vida.

Siempre se resaltan las posibilidades de afrontamiento de problemas que se han evidenciado durante el proceso y se deja abierta la opción de retorno a la terapia<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Idem (24) Pág 135 -138

<sup>23</sup> Idem (24) Pág 139

### 5.14.3 Aproximaciones a la explicación del cambio en la psicoterapia Sistémica breve

El cambio es un proceso que aprecia un observador como una diferencia en el estado de un sistema en diferentes momentos; es una diferencia en el valor de una variable en un periodo de tiempo. Por lo general, lo que promueve el cambio es la insatisfacción de una persona o de un grupo, o la desviación con respecto a alguna norma y por consiguiente resulta necesario para restablecer un orden, tanto por comodidad como por la propia supervivencia. Ese estado alcanzado se mantiene hasta cuando se crea una nueva e inevitable inconformidad.<sup>24</sup>

### 5.14.4 Cambio y crisis

E. Morin (1994, pag. 175-202) recuerda que, en su origen griego, crisis significa el momento decisivo de la evolución de un proceso incierto que permite el diagnóstico. Hoy en día, crisis significa indecisión; se la concibe como un momento donde con la perturbación surgen las incertidumbres. La crisis es un momento de "verdad", de decisión y de transformación que mueve a la acción, generando ruptura y discontinuidad. La perturbación hace surgir la crisis. Puede haber unas perturbaciones procedentes del exterior y otras resultantes de procesos aparentemente no perturbadores. Otras crisis nacen de situaciones de doble vínculo, dentro de las cuales el sistema acorralado entre dos exigencias contrarias, se paraliza, se perturba y se desorganiza.

Para J.L. Le Moigne (1994) los dobles vínculos inherentes a las crisis aparecen en cuatro dimensiones

- Dimensión de lo sincrónico y lo diacrónico: la crisis es un fenómeno temporal, pues en cada instante todo sistema desarrolla en paralelo de los procesos de regulación coordinados muy laxamente: la regulación sincrónica y la diacrónica, el sistema entra en crisis cuando dichas regulaciones no solo no se coordinan sino que se inhiben entre sí y los comportamientos se perciben como incoherentes.
- Dimensión organizacional: la crisis es un fenómeno organizacional porque la autoorganización es a la vez necesaria y antagonista de la organización. La crisis es en cierta medida consustancial a la organización, en cuanto que el sistema se representa a sí mismo por estos antagonismos necesarios: organizado y organizante; autónomo y dependiente; cerrado y abierto; regulado y ruidoso o agitado; normativo e imaginativo
- Dimensión decisional: a través de la crisis, el problema a resolver se describe de modo que se tome la decisión apropiada para resolverlo. Pero como la decisión es primero y sobre todo reformulación del problema, entrelazados de modo que no se perciben descoordinados, es el doble vínculo que suscita el cambio.<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Idem (24) Pág 97

<sup>25</sup> Idem (24) Pág 99 - 101

## VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a la presente monografía sobre el autocuidado de los profesionales del CAT se concluye que:

### A nivel institucional:

- Dentro del área institucional no se valora cualitativamente el trabajo terapéutico desarrollado, los comentarios suelen ser desmotivadores debido a que se evalúa en forma cuantitativa y se espera un número de producto mensual tal como fuera un diagnóstico y/o informe de evaluación de esta manera se confunde el trabajo psicoterapéutico con otras áreas que desarrollan este trabajo. Mi reflexión no es desmerecer ningún tipo de trabajo pues cada uno tiene su complejidad y elaboración, pero supongo que se enlaza con la falta de conocimiento de la dinámica de trabajo psicoterapéutico de las dieciséis sesiones a las que acuden las familias y en algunos casos estas son extensibles a un mayor número de sesiones de acuerdo al desarrollo y progresos que se obtienen en cada caso particular durante el proceso de terapia.
- Los antecedentes recopilados desde la creación del Centro de Atención Terapéutica como centro pionero estatal no cuentan con un programa específico de auto cuidado de l@s profesionales terapeutas del CAT como de supervisión de casos clínicos.
- Existe poco conocimiento y desvalorización en lo que al autocuidado del personal de salud mental así como el importante aporte que hace la supervisión de casos.
- No se ha considerado dentro nuestra formación como terapeutas de víctimas de Abuso Sexual, la sostenibilidad de espacios terapéuticos tanto a nivel personal y/o de autoconocimiento para las profesionales y menos se ha incorporado adecuadamente el concepto de autocuidado como medida de protección para no producir, patrones de conducta disfuncionales, estados de tensión o estrés laboral, desgaste emocional y desaliento profesional (Síndrome de Burnout)
- Una reflexión ética para la institución en el sentido de que no se puede lidiar, ni prevenir la violencia sobre NNA víctima de abuso sexual sin desarrollar prácticas institucionales de equipos humanos con la aplicación del autocuidado individual e institucional.

### A nivel personal y/o individual:

- La postura frente al autocuidado es un hecho positivo en la vida de las personas en general y en este caso de l@s terapeutas del CAT porque ayuda a desarrollar y crecer como personas, aprendiendo a enfrentar dificultades de todo tipo. En este sentido consideramos que tiene tanto valor el cuidarse, cuidar y ser cuidado pues son funciones naturales para la vida de las personas y de la sociedad.

- La reflexión en relación a los profesionales terapeutas se direcciona sobre la necesidad de auto protegerse como parte de una mayor competencia y mejor utilización de sus potencialidades.
- El conocer familias de por si complicadas en la conformación de modos de pensar o sentir y que presentan muchos objetivos terapéuticos a trabajar son también un desafío como profesional, el trabajo es arduo en estos casos y son aquellos que previsiblemente pueden alargar el ciclo de sesiones de una psicoterapia breve; es por estas particularidades que se considera una necesidad esencial el contar con un equipo de supervisión de casos para apoyar en el esclarecimiento de objetivos a trabajar superando los estancamientos, los retrocesos que las familias presentan. Por tanto los saberes y experiencias de los otros permitirán una visión amplia enriquecedora para el trabajo de intervención.
- Dentro el enfoque sistémico se utiliza los propios sentimientos como información, debido a que ello representa datos de mucho valor. Si se logra desarrollar un autoconocimiento profundo de si mismo permitirá utilizar con más habilidad las redefiniciones familiares reconocer las alianzas de los subsistemas y las técnicas que nos dan lecturas implícitos nuestros propios sentimientos y así conectarnos adecuadamente dentro del sistema terapéutico.
- En la etapa de formación se ha contado con espacios de autoconocimiento y se considera emergente la continuidad de los mismos, su importancia es por la relación tan estrecha entre el ámbito personal y laboral por las características del trabajo con seres humanos en situaciones diversas de sufrimiento y dolor, de esta forma de una salud mental optima del profesional se protegerá un mejor ejercicio de la profesión.

## VII. PROPUESTA

La propuesta está enmarcada en áreas tanto institucionales como individuales

### Institucional

- Sensibilizar a las autoridades competentes de la Institución a impulsar políticas en esta área con la finalidad de brindar protección de sus profesionales.
- Solicitar a las autoridades correspondientes de la Institución planifique e incorpore los recursos necesarios para desarrollar un programa que beneficie a las profesionales del CAT con espacios de supervisión de casos y espacios terapéuticos de autoconocimiento.
- La **supervisión de casos clínicos** responde a mantener una formación especializada y supervisada obteniendo una adecuada reflexión sobre la calidad con la que se atiende a NNA y su familia víctima de violencia sexual. la supervisión tiene un lugar destacado dentro de la formación de los terapeutas en el que se busca un

espacio para revisar su quehacer profesional. Este espacio es de vital importancia a lo largo de la vida profesional para mejorar la intervención sistémica dentro la práctica clínica

La supervisión clínica surge también porque es habitual que los terapeutas se encuentren con la necesidad de compartir sus experiencias, aclarar dudas, confirmar sus planteamientos en el abordaje de un determinado caso, analizar situaciones concretas que han surgido durante la intervención, solucionar casos difíciles, analizar los retrocesos, estancamientos y, avances en el abordaje de la problemática con la que trabaja.

Las reuniones de supervisión tienen un esquema de presentación del caso, de inicio una exposición por parte de la terapeuta involucrada (hipótesis relacionales, dudas, sensación de no entender, sobrecarga, objetivos terapéuticos, logros obtenidos, objetivos no alcanzados o aspectos destacables que necesitan ser mejorados). Posteriormente el grupo de profesionales aporta información enriquecedora para nuestro trabajo, (covisión diferentes profesionales observan de una misma situación) se discutirán posibles alternativas buscando las estrategias más útiles para la resolución del caso.

El grupo de supervisión es un espacio protegido que resguarda la salud mental y emocional de los profesionales. Al tener la oportunidad de procesar sus dificultades personales, manejar su estrés y sus propios conflictos los profesionales estarán mejor preparados y en mejores condiciones de brindar una adecuada atención de calidad y calidez a sus clientes.

- **Espacios terapéuticos** para autoconocimiento que se constituyan en sesiones de vaciamiento y contención para distanciarse y descomprimirse del trabajo diario que realiza el terapeuta del CAT.

Estas actividades estarán dirigidas al desarrollo personal y autoconocimiento Dado que el terapeuta, en general, asume un compromiso con la labor psicoterapéutica su instrumento terapéutico es su propia persona, entonces es fundamental que cuente con un espacio de trabajo de equipo, donde se sienta contenido y acompañado, trabajando su persona como terapeuta y la de sus colegas.

- Cobra relevancia que el terapeuta cuente con una formación que incluya la observación de sí mismo y trabaje, profundice sus propias experiencias internas de esta manera facilite una toma de contacto con su pasado, revisando y reparando tanto las creencias personales, sus propios valores como dolores antiguos, para así recontactar con nuevos estados los recursos de aprendizajes posibilitadores y significativos que sirvan para generar una vida con mejor calidad personal, relacional, profesional, social y espiritual.

## Individual

- Inicialmente plantear el desafío de difundir a las autoridades pertinentes toda información relacionada con el auto cuidado profesional porque no sólo representa un derecho humano sino también un requisito para alcanzar bienestar, satisfacción y éxito en la vida personal y laboral de las terapeutas del CAT.  
Teniendo en cuenta que el autocuidado es una decisión y opción personal y voluntaria es necesario destacar los beneficios en el ambiente laboral para el mismo se sugiere estos aspectos básicos a trabajar en nuestra vida diaria:
- El autocuidado del profesional terapeuta del CAT es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en su vida cotidiana y lograr así un desarrollo humano armonioso y equilibrado. En cuanto a medidas de autocuidado del bienestar emocional, es importante proteger y mantener los límites profesionales, cultivar el buen trato entre colegas, resolver conflictos en forma apropiada, evitar reacciones impulsivas o precipitadas. Ser autorresponsable escuchando las señales del cuerpo todo ello implica autocuidado. Y si se considera necesario solicitar psicoterapia personal, que fortalezca vínculos e intimidad con otros.  
Se debe evitar situaciones que impliquen fuerte desgaste emocional, demasiada empatía hacia las personas con quienes trabajamos que llegue a afectar nuestras emociones y sentimientos, es decir, evitar situaciones transferenciales.
- Como medida de autocuidado de los terapeutas, es fundamental favorecer la resiliencia como capacidad de resistir presiones emocionales sin quebrarse psicológicamente. Tener un vínculo afectivo incondicional y una identidad, lo que hará de las relaciones familiares y afectivas más íntimas e importantes.
- Anotar durante un tiempo al final de cada jornada laboral, aquellas actividades o momentos de ese día que nos han agradado de nosotros mismos. (sentimientos, emociones, pensamientos, comportamientos, etc.)
- Autoevaluación afrontar los aspectos mejorables y los límites de la propia forma de pensar, sentir y actuar, con una actitud constructiva y no a través de la autodescalificación. Para conseguir esto podemos describir y concretar lo que se ha hecho, intentar buscar una explicación que permita entender lo que ha pasado, ser sincera con una misma y tener confianza en la propia capacidad para resolver los problemas y estar dispuesto a pedir ayuda cuando se necesite, no considerarse ni superior, ni inferior.
- Crear un espacio de conversación libre, donde los profesionales del equipo interdisciplinario se ponen de acuerdo en hablar e intercambiar ideas en relación a las experiencias vividas, en determinados momentos dentro del transcurso de la jornada semanal, por ejemplo, el equipo puede ponerse de acuerdo en designar la hora de almuerzo durante dos o tres días a la semana como el lugar y espacio de conversación.
- Tiene también un considerable valor el hecho de contar con espacios de recreación (jugar, charlar, caminar), descanso e implementación del humor, como actividades de

tiempo libre que produzcan distensión y mayor efectividad a la hora de la labor terapéutica.

### 7.1 METODOLOGIA DE PROPUESTA A NIVEL INSTITUCIONAL

Fase	Etapas	Actividades	Resultados esperados
1. Sensibilizar a las autoridades competentes de la Institución a impulsar políticas para brindar protección a sus profesionales	1.1 Primer trimestre 2013 1.2. Notas de invitación a - Autoridades de Gobernación - Autoridades del SEDEGES	Exposiciones por las terapeutas del CAT sobre el tema del autocuidado de los profesionales del CAT	Lograr la sensibilización de AUTORIDADES para el impulso de Políticas Publicas
2. Solicitar a las autoridades correspondientes de la Institución planifique e incorpore los recursos necesarios para desarrollar un programa que beneficie a las profesionales del CAT con espacios de supervisión de casos y espacios terapéuticos de autoconocimiento	2.1 Primer Trimestre 2013 2.2 Coordinación con el área de planificación	Cartas de solicitud y seguimiento al trámite	Incorporación en el POA 2013 la partida correspondiente para cubrir los costos de la Supervisión de casos y el Espacio Terapéutico de Autoconocimiento
3. La supervisión de casos clínicos para mantener una formación adecuada especializada y una posición reflexiva en la atención a NNA y su familia víctima de violencia sexual.	3.1 Una reunión mensual 3.2 Cuatro horas de trabajo para realizar la supervisión de dos o más casos conflictivos emergentes	Reuniones o encuentros entre los profesionales terapeutas del CAT con otr@s profesionales especializados en la problemática	Revisión del quehacer profesional de las terapeutas optimizando su formación especializada y supervisada para mejorar la intervención sistémica dentro la

			práctica clínica.  - Alcanzar una atención con calidad y calidez a NNA y su familia víctima de violencia sexual.
<b>4. Espacios terapéuticos</b> para autoconocimiento que se constituyan en sesiones de vaciamiento y contención para distanciarse y descomprimirse del trabajo diario que realiza la terapeuta del CAT.	4.1 Una reunión quincenal  4.2 Un promedio de 4 horas de trabajo	Reuniones o encuentros entre profesionales terapeutas del CAT con otr@s profesionales dirigidas al desarrollo personal y autoconocimiento, dado que asume un compromiso con la labor psicoterapéutica siendo su propia persona el instrumento terapéutico.	Profesionales del CAT contenidas y acompañadas, permitiendo que se genere una vida con mejor calidad personal, relacional, profesional, social y espiritual.

#### A NIVEL INDIVIDUAL

Fase	Etapas	Actividades	Resultados esperados
1. El autocuidado del profesional terapeuta del CAT es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en su vida cotidiana y lograr así un desarrollo humano armonioso y equilibrado.  El fuerte desgaste emocional, demasiada empatía hacia las personas con quienes	1.1 Días Laborales de la Gestión 2013	Protección de los límites personales de los profesionales.  Cultivar el buen trato entre colegas del CAT  Resolución de Conflictos utilizando una adecuada comunicación relacional  Psicoterapia personal para fortalecer vínculos e intimidad con otros.	En las Terapeutas permanencia del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así un desarrollo humano armonioso y equilibrado.  Evitar situaciones transferenciales que impliquen un desgaste desmedido

trabajamos puede llegar a afectar nuestras emociones y sentimientos.			en las terapeutas del CAT
2. Como medida de autocuidado de los terapeutas, es fundamental favorecer la resiliencia.	2.1 Días Laborales de la Gestión 2013	Contar con un vínculo afectivo incondicional	Capacidad desarrollada que permitirá resistir presiones emocionales. Relaciones familiares y afectivas más íntimas e importantes.
3. Anotar durante un tiempo al final de cada jornada laboral, aquellas actividades o momentos de ese día que nos han agradado de nosotros mismos. (sentimientos, emociones, pensamientos, comportamientos, etc.)	3.1 Días Laborales de la Gestión 2013	Llevar un registro diario de los sentimientos positivos, emociones, pensamientos y comportamientos que se generan en las terapeutas del CAT	Trabajarlos en los espacios terapéuticos de autoconocimiento.
4. Autoevaluación afrontar los aspectos limitantes de la forma de pensar, sentir y actuar, evitando frustraciones por el trabajo realizado en sesión.	4.1 Días Laborales de la Gestión 2013	Describir, intentar buscar una explicación que permita entender lo que ha pasado, ser sincera con una misma y tener confianza en la propia capacidad para resolver los problemas teniendo disponibilidad a pedir ayuda cuando se necesite.	Una actitud constructiva para evitar autodescalificación. Y considerarse ni superior, ni inferior.
5. Espacio de conversación libre, del equipo interdisciplinario del CAT.	5.1 Días Laborales de la Gestión 2013  5.2 Designar la hora de	Crear un espacio de conversación donde las profesionales del equipo intercambian ideas en relación a las experiencias vividas, en determinados	Descompresión de los sentimientos, emociones que se acumulan en la jornada semanal.

	almuerzo durante dos días a la semana	momentos dentro del transcurso de la jornada semanal.	
6. Espacios de recreación que produzcan distensión.	Días no laborables de la Gestión	Contar con tiempos de descanso (jugar, charlar, caminar), y la implementación del humor, como actividades de tiempo libre.	Mayor efectividad, creatividad a la hora de la labor terapéutica

## BIBLIOGRAFIA

- ❖ El autocuidado de los psicólogos clínicos de Costa Rica  
[www.psicologos.or.cr](http://www.psicologos.or.cr)
- ❖ El autocuidado de los profesionales que trabajan en programas de protección infantil  
[www.centroexil.org](http://www.centroexil.org)
- ❖ El auto cuidado de clínicos y terapeutas  
[www.mednet.cl](http://www.mednet.cl)
- ❖ Síndrome de Burnout  
[www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)
- ❖ Autocuidado contextualización  
[www.medicina.uach.cl](http://www.medicina.uach.cl)
- ❖ Desgaste laboral y autocuidado  
[www.medwave.com](http://www.medwave.com)
- ❖ ANGELA HERNANDEZ CORDOVA "Psicoterapia Sistémica Breve" Ed. El Búho Ltda. Bogotá Colombia 2004
- ❖ CUADROS ISABEL FERRE, MARTHA ORDOÑEZ VERA "La Infancia Rota", Ed. Norma S. A Bogotá Colombia 2006
- ❖ JORGE BARUDY " El dolor invisible de la infancia" Ed. Paidós Barcelona España 1998
- ❖ ANDRES SORIANO Maltrato Infantil Ed. San Pablo Barcelona España