



**Universitat de les  
Illes Balears**

Títol: Visión integradora de la Traumatización Vicaria

NOMBRE DEL AUTOR: Catalina Rivillas Bolaños

DNI AUTOR: 43234932-S

NOMBRE TUTOR: Jose Francisco Campos Vidal

### **Memoria del Trabajo de Final de Grado**

Estudios de grado de Trabajo Social

Palabras clave: Trumatización vicaria, estrés traumático vicario y autocuidado

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso académico 2014-2015

*En cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marcau aquesta casella:*

## Índice

<b>Objetivo.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Definición y diferencias conceptuales.....</b>	<b>2</b>
<b>Modelos explicativos.....</b>	<b>3</b>
<b>Fuentes de desgaste.....</b>	<b>6</b>
<b>Impacto en los profesionales.....</b>	<b>7</b>
<b>Sintomatología.....</b>	<b>7</b>
<b>Consecuencias.....</b>	<b>9</b>
<b>Medidas de prevención.....</b>	<b>9</b>
<b>Técnicas.....</b>	<b>12</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>13</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>14</b>

## **OBJETIVO**

El presente proyecto tiene como objetivo abordar el problema del desgaste profesional describiendo algunos de los conceptos para comprender mejor este fenómeno, el cual está muy presente en la sociedad actual, haciendo hincapié en la traumatización vicaria, con el fin de precisar su concepto en sí, abordando sus síntomas, programas de prevención, que permitan tomar las medidas correspondientes para fomentar el bienestar de los profesionales que atienden a las víctimas, con el fin de disminuir la incidencia de traumatización vicaria y a la vez diferenciándolo de otros tipos de desgaste profesional, de los cuales se harán mención a lo largo del proyecto.

## **INTRODUCCIÓN**

El desgaste profesional ha estado presente a lo largo de toda la historia, pero se podría decir que de cada día son más numerosos los casos de los profesionales que trabajan con la sociedad víctimas de sucesos traumáticos, lo cual da pie a que se indague más sobre este fenómeno. Por esta razón, se podría decir que en los últimos años, el interés hacia este tema social y sus factores psicológicos relacionados en el entorno laboral y la mella que hacen en el ámbito de la salud del terapeuta, despierta un especial interés sobre cómo abordarlo. Aunque a día de hoy nos encontramos ante escasos estudios sobre la Traumatización Vicaria.

A causa de su desconocimiento se suele mencionar más el estrés como importante factor de riesgo sobre el desgaste profesional; Afectando del mismo modo el bienestar y calidad de vida del profesional, lo que hace que su rendimiento laboral no sea tan eficaz, afectando a sus aptitudes profesionales y personales.

Por lo tanto, es necesariamente vital emprender medidas de carácter preventivo que de un modo u otro preserven y/o reestablezcan la calidad de vida del profesional, que actúa ante casos traumáticos. Tal actuación, no solo se centrará en los síntomas sino también es necesario tener presente los agentes estresantes (personales, organizacionales, ...).

## DEFINICIÓN Y DIFERENCIAS CONCEPTUALES

McCann y Pearlman en 1990 exponen que la traumatización vicaria es un término con el cual puede referirse a todos aquellos síntomas que padecen los profesionales que forman parte de equipos que trabajan con víctimas que padecen violencia extremas como torturas, violaciones, guerras, accidentes, entre otros (Benelvez, 1997).

La Traumatización Vicaria se plantea como un efecto esponja, el cual el terapeuta/profesional, absorbe la sintomatología y sufrimientos de la víctima con la que trabaja y los reproduce en su propia persona, convirtiéndose en cierto modo en una víctima indirecta del caso en el que trabaja, volviéndose en muchos de los casos hipersensibles ante otras situaciones parecidas, pasando de ser personas moderadas y alentadoras ante situaciones conflictivas a reaccionar ante ellas de manera colérica.

- El Estrés Traumático Secundario, "*el conjunto de aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático o experimentado por otro*" (Figley, 1983). De este modo podemos entender que el Estrés Traumático Secundario es más común en aquellos profesionales que se dedican a ayudar a personas en situaciones traumáticas y/o sufrimiento.
- *Trauma vicario*: Es un cambio, psicológico, social en aquellos profesionales que se entregan de manera comprometida con asistir a personas que hayan vivido un acontecimiento traumático. Es una situación que impide y limita los recursos del profesional. (Echeburúa, 2004).
- El *burnout*: Este fenómeno guarda relación con las características del lugar de trabajo y el estrés institucional (Stamm, 1997).

Según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), es un síndrome psicológico que supone una respuesta a una exposición prolongada a factores estresantes interpersonales en el puesto de trabajo.

Esta manifestación se construye en base a

1. el *agotamiento emocional* como consecuencia de la falta de recursos emocionales del profesional ante demandas crónicas y expectativas de los clientes.

2. la *despersonalización*. En este sentido se produce un distanciamiento por parte del profesional el cual puede verse reflejado con constantes negaciones hacia otros profesionales y/o clientes..
3. *reducción en el sentido de logros personales*. Frustración por parte de los profesionales al observar la falta de resultados óptimos en los clientes, como consecuencia el profesional se ve ante la imposibilidad de poder continuar con la intervención.

(Maslach Schaufeli y Leiter, 2001).

Es necesario en este caso señalar que la principal diferencia de la traumatización vicaria respecto al burnout es que el burnout, se desarrolla hasta el punto de alcanzar un agotamiento emocional; mientras que la traumatización vicaria el profesional que trabaja con la víctima mantiene en todo momento una entrega absoluta lo cual hace que se sienta un tanto confuso ya que se ve identificado con los sentimientos de la víctima.

- *Desgaste por empatía*: Benson y Magraith (2005) manifiestan que el desgaste por empatía, a diferencia del Burnout, puede exteriorizarse de forma repentina y es resultado de trabajar con personas que han sufrido eventos estresantes.

El desgaste por empatía normalmente ocurre a menudo en los servicios donde los profesionales emplean de manera constante la empatía ante víctimas de sucesos traumáticos (Figley, 2002b).

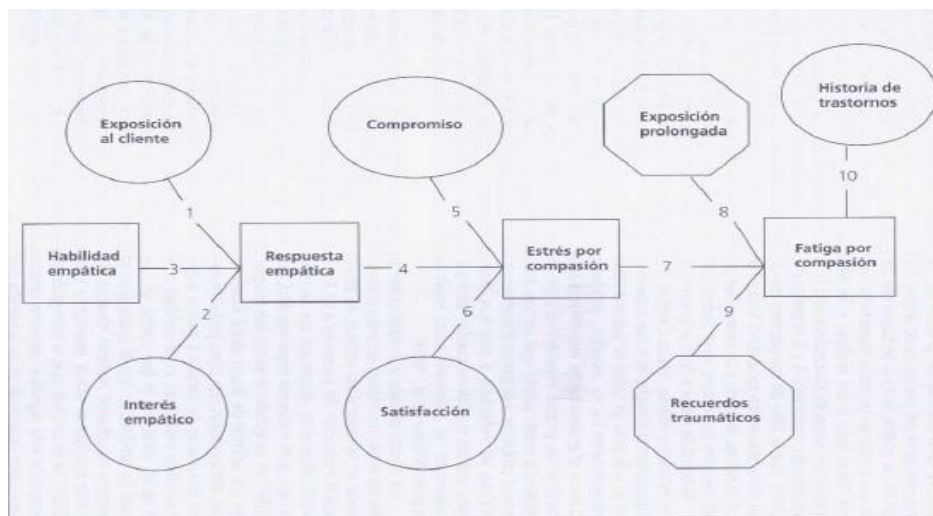
## **MODELOS EXPLICATIVOS**

El estudio y la elaboración teórica acerca del estrés traumático secundario, es aún incompleto a causa de la poca documentación tanto teórica como metodológica que hay respecto al tema. Lo cual resulta complicado para poder elaborar un modelo integrador en el que se relacione el origen del hecho traumático con el ambiente emocional, personal y del entorno del cuidador.

Son muchos los autores que han elaborado algunos modelos a partir de los cuales nos exponen algunos de estos aspectos que guardan relación con el origen del estrés traumático secundario.

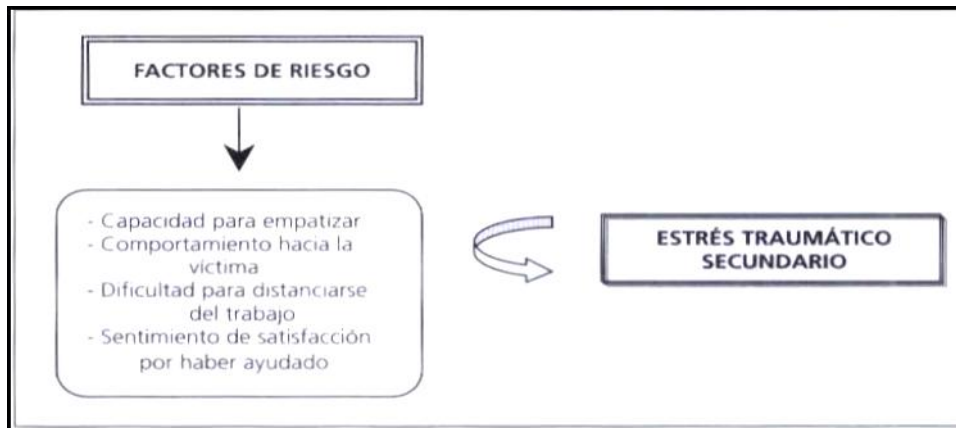
El principal eje de estos modelos teóricos explicativos es la empatía, ya que es el medio principal de los profesionales que abordan el trauma (Figley, 1995)

Figley (1995) en uno de sus modelos introduce junto el proceso empático la propia experiencia o historia traumática del cuidador.



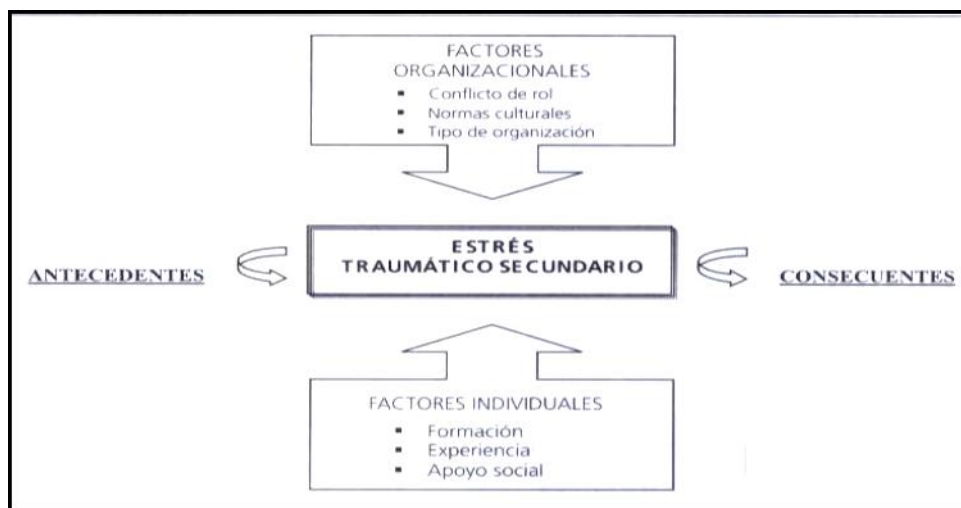
Modelo Teórico Charles R. Figley (1995, 1997)

Figley (1995) en su modelo expone cuatro factores relacionados con el profesional de la ayuda, los cuales tienen un rol significativo en el interés a estudiar el estrés traumático secundario: la habilidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la destreza para distanciarse del trabajo y el sentimiento de satisfacción personal para ofrecer ayuda. La empatía refuerza la comprensión del momento traumático por el que está pasando la víctima, pero en el proceso de escucha se corre el riesgo de que el mismo profesional pueda llegar a traumatizarse de la misma manera (Figley, 1999). Lo cual se puede ver reforzado por algún pasado traumático del profesional o de un entorno muy cercano. De ahí la importancia de intervenir en el proceso de aparición del síndrome. (Figley, 1999).



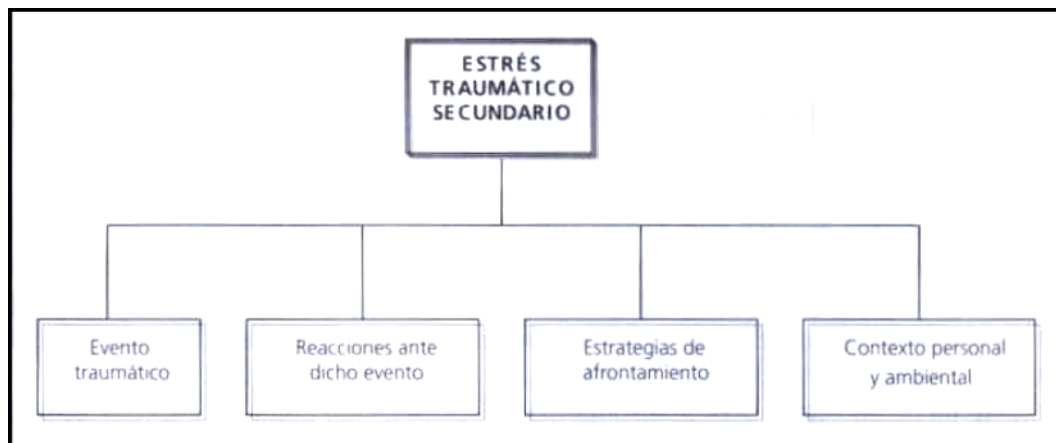
Modelo teórico de Charles Figley (1995)

El modelo explicativo de Beaton y Murphy (1995), donde destacan factores como las normas culturales, conflictos del rol y conflicto de tipo organizacional, lo que se refiere a los factores individuales influyen en el origen del síndrome el apoyo social, la formación y experiencia.



Modelo teórico de Beaton y Murphy (1995)

Dutton & Rubinstein (1995) sugieren un modelo teórico explicativo del estrés traumático secundario compuesto por cuatro factores diferentes: el acontecimiento traumático al cual el profesional ha sido expuesto, sus reacciones ante dicho acontecimiento, las estrategias empleadas y el personal mediador ante las respuestas o síntomas de estrés al igual que el entorno en el cual suceda.



Modelo teórico de Dutton y Rubinstein (1995)

### **FUENTES DE DESGASTE**

Los estados de tensión experimentados por los prestatarios tienen dos fuentes de origen:

<p><b>Origen Externo</b> (Tensiones procedentes del circunstancias externas al profesional)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos para abordar la realización de su trabajo</li> <li>• Escuchar repetidamente historias traumáticas</li> <li>• Falta de coordinación entre instituciones</li> <li>• Comprobar que las víctimas no rompen con su entorno traumático</li> <li>• Miedo a poder sufrir alguna agresión por parte de la víctima/ entorno.</li> </ul>
<p><b>Origen Interno</b> (Tensiones propias del profesional)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación a que el hecho traumático relatado por la víctima se produzca en su entorno</li> <li>• Miedo a revivir experiencias traumáticas del pasado</li> <li>• Imposibilidad de ofrecer ayuda necesaria y verse obligado a solicitar ayuda.</li> </ul>

Fuente:(Ojeda 2005)



## **IMPACTO EN LOS PROFESIONALES**

Respecto a las respuestas ante una situación impactante o de estrés agudo encontramos el modelo dimensional continuo dilatación-constricción expuesto por Lillibridge y Klukkens en 1978 (Citado por Rubin Wainrib B., y Bloch E., 2000).

A partir de este modelo, los autores nos proporcionan una amplia visión de la sintomatología de todas aquellas personas que padecen algún tipo de traumatización y que de cierto modo facilitarán la intervención centrada en las necesidades del individuo.

En el trauma vicario, es la escucha reiterada de relatos impactantes que muchas veces provocan la falta de control y la imposibilidad de proceder frente a lo acontecido a la víctima.

El colectivo más propenso a sufrir Traumatización Vicaria son (Pearlman y McKay, 2008):

- Aquellos que culpan a su entorno de sus situaciones y sentimiento conflictivos y se alejan de situaciones desagradables y que hayan sufrido estrés en otras esferas de su vida.
- Personas desmotivadas y depresivas, que cuenten con un escaso apoyo social.
- Que no tengan limitaciones entre la vida profesional y personal, lo cual hace que mantengan un contacto muy cercano y constante con las víctimas.

## **SINTOMATOLOGÍA**

El terapeuta/profesional que haya sido incapaz de superar algún trauma/impacto en su vida/entorno personal, se puede ver expuesto a recordarlo al establecer una relación de ayuda con la víctima, provocando la generalización de sus propias vivencias con las del paciente y sus estrategias personales de afrontamiento. (Follete *et al.*, 1994).

La Traumatización Vicaria, según Pearlman y McKay (2008), presenta los siguientes síntomas:

- Problemas para controlar las emociones, dificultades para tomar decisiones correctas, malestar personal para sentirse bien con uno mismo y con su entorno.

- Escasa capacidad para establecer límites personales con el entorno, afectando de manera negativa las relaciones interpersonales y problemas físicos y/o psicológicos.

Esto conlleva a que se manifiesten síntomas que guardan una especial relación con el estrés postraumático de los profesionales que tienen un contacto directo con víctimas de algún suceso traumático.

Según APA (2000) Define los siguientes tres síntomas que abarcan el Trastorno de estrés postraumático:

- Síntomas intrusivos, así como pueden ser, pesadillas, flashbacks y recuerdos
- Síntomas de evitación y paralización, en los cuales la persona se encuentra en un estado de alerta permanente, con falta de interés por el entorno social, y alto grado de desesperanza y desmotivación.
- Síntomas de hiperactivación que conlleva a una incapacidad para relajarse, irritabilidad, insomnio y ansiedad.

En cuanto a lo que se refiere al Estrés Traumático Secundario, podemos clasificar los síntomas (Pearlman y Saakvitne, 1995):

<b>Comportamiento</b>	<b>Interpersonal</b>	<b>Creencias Personales</b>	<b>Desempeño del Trabajo</b>
-Irritabilidad -Ausentismo -Hablar con uno mismo -Agotamiento	-Relaciones pobres -Impaciencia -Mala comunicación -Participación conflictiva -Aislamiento -Falta de colaboración	-Pérdida de interés -Apatía -Desesperanza -Insatisfacción -Percepción negativa -Cuestionamiento de identidad	-Baja calidad -Baja motivación -Falta de flexibilidad -Evitación de responsabilidades laborales

En lo que se refiere al trauma vicario encontramos síntomas propios, (Ojeda, T., 2006 citado en Cazabat EH., 2002 y Trejos JJ, y col., 2005) como:

- *Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos*: estos síntomas se expresan a través de recuerdos o pesadillas los cuales pueden llegar a provocar sensación de angustia teniendo en muchos casos como resultado molestias de carácter psicológico.
- *Evitación y embotamiento de la reactividad general*: en este caso se evaden espacios, personas y sentimientos que puedan recordar el hecho traumático.
- *Estado de alerta incrementado*: insomnio el cual provocará irritabilidad y dificultades de concentración.

### **CONSECUENCIAS**

Las consecuencias del estrés traumático secundario en algunos casos pueden ser de gran relevancia y ante la falta de intervención ante ello se puede correr el riesgo de que el mismo profesional, se vea incapacitado para afrontar la situación no pudiendo aportar un clima cálido y adecuado, con una actitud empática hacia los pacientes (McCann&Pearlman, 1990), lo cual podría conllevar a un abandono laboral.

### **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Se recomendaría que cada competente identifique y exprese aquellas señales y malestares para reconocer aquellos indicios del fenómeno y así poderlo trabajar para que no repercuta en su ámbito laboral y no repercuta como un factor de riesgo ante la víctima.

Pearlman & Saakvitne (1995b) proponen el “autocuidado del terapeuta” a través de un grupo de estrategias que le facilitarán a cortar con la situación estresante, potenciando del mismo modo actitudes tolerantes y el reconocimiento de sus emociones y sentimientos.

Catherall (1995) ha propuesto algunas líneas básicas en las cuales expone de que manera tanto las organizaciones como las instituciones puede paliar los efectos del estrés traumático secundario.

- 1) Psicoeducación
- 2) Preparación
- 3) Planificación

En lo que se refiere al autocuidado, Uribe (1999) lo determina como define al autocuidado como el grupo de actuaciones premeditadas para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior.

Las medidas de prevención deben ir encaminadas a promover el bienestar de las y minimizar el impacto que puedan recibir y que afecta a la eficacia de las intervenciones. De este modo, el autocuidado promueve en los profesionales de ayuda, una nueva visión de ellos mismos y también hacia el equipo de trabajo.

En la misma línea, Flannery (1990) expone cuatro factores en toda intervención:

- Apoyo emocional
- Información
- Compañerismo
- Apoyo instrumental

Los siguientes modelos pautan las medidas de autocuidado (Morales y Pérez, 2003):

- *Modelo de afrontamiento mediante apoyo social:* incremento de las redes sociales a nivel personal y profesional de cara a recibir ayuda o información ante las soluciones de determinadas situaciones.
  
- *Modelo múltiple de Morales y Lira:* está centrado en:
  - La reclamación institucional: demandando una mejora en las condiciones laborales y de los derechos.
  - La identidad social: identificar el papel del profesional y su experiencia.

- El impacto emocional: sentimientos de los profesionales y las interrelaciones con los usuarios.
- La sociabilidad: sentimiento de pertenencia grupal.

➤ *Modelo organizativo de programa de autocuidado (Barudy):*

- Altruismo social
- Organización en red que facilite la coherencia interna ante la demanda.

Hay que tener en cuenta que cada institución, tiene sus propias características y exigencias, a partir de las cuales se toman las medidas pertinentes se realizarán las medidas pertinentes (Ginés y Carvalho, 2010)

Estas medidas pueden ser vistas desde diferentes perspectivas:

- contextual
- grupal (institución, red profesional y equipo)
- individual.

La institución debe (Ginés y Carvalho, 2010):

- Velar por la integridad tanto de los trabajadores y usuarios otorgando condiciones físicas adecuadas, espacios donde realizar las intervenciones.
- Ante decisiones de vital importancia, tener al alcance protocolos de actuación con la finalidad de mantener la integridad del equipo y en alguno de los casos atenuar el posible daño.
- Mantener la calidad de las relaciones laborales mediante una buena comunicación y renovación constante de los profesionales.
- Creación de espacios en los cuales los equipos de trabajo puedan desconectar.
- Facilitar momentos de supervisión y espacios de formación que influyan en la autoestima laboral.
- Fomentar el consenso a la hora de abordar decisiones de cierta dificultad.

En el área individual (Ginés y Carvalho, 2010):

- Intervenciones en red: para minimizar el impacto generado.
- Coordinación con otros equipos del mismo ámbito para efectuar una derivación correcta en el caso que así sea necesario con el fin de llevar a cabo un trabajo competente.

- Trabajo en red y apoyo político con el objetivo de consensuar estrategias y protocolos de intervención.

Equipo de trabajo (Ginés y Carvalho, 2010):

- Respetar los espacios de comunicación, formación y supervisión evitando que estos sean espacios de nuevas tensiones.
- Fomentar la comprensión y reflexión conjunta para no enjuiciar posicionamientos ante los casos.
- Respetar el vínculo que se establece entre los profesionales y usuarios.
- Facilitar que los profesionales puedan compartir experiencias y conocimientos.
- Defender los intereses de la institución mediante la cohesión interna.

## **TÉCNICAS**

Sue Jenning, principal precursora del desarrollo de la dramaterapia en el mundo, la define como *“la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intención que es terapéutica”* (Jenning S., 1994).

Es técnica no sólo es de gran utilidad para trabajar con pacientes ya que puede ser empleada para ayudar o guiar a aquellos grupos que requieren prácticas de autocuidado como es el caso de los profesionales de ayuda.

Este método propone el teatro y el juego de roles como acercamiento.

El modelo de la dramaterapia, a diferencia del psicodrama, se fundamenta en los rituales y el teatro con el principal objetivo de acceder al inconsciente ya sea individual o colectivamente de una manera metafórica mediante el uso de escenas o imágenes teatrales con el objetivo terapéutico de aumentar o desarrollar la creatividad y la expresividad corporal y emocional.

En el autocuidado de los profesionales de ayuda resultan muy importantes las actividades y ejercicios que se centran en el cuerpo.

Muchas de estas actividades tienen el fin de encontrar esos recuerdos traumáticos que proceden del paciente y que se han instalado en el del terapeuta para sacarlos a la luz y mediante escenas manifestarlos y seguidamente movilizarlos. (Emunath R., 1994).

## **CONCLUSIONES**

Son numerosas las ocasiones en las cuales muchos profesionales de ayuda se encuentran con casos en los que las expectativas de la víctima e incluso de sus familiares son inalcanzables para el profesional y en algunos casos se ven frustradas.

El entorno de los profesionales juega un papel importante ya que muchas veces se ven sujetos a un entorno en el que oscila la presión tanto a nivel social como asistencial provocando que aumente para muchos, la percepción de desamparo por parte de la institución/administración teniendo como resultados, efectos negativos que acaban afectando la salud física y mental del profesional, así como su calidad de vida, repercutiendo en su bienestar en general.

No basta sólo con elaborar un diagnóstico de los riesgos a nivel psicosocial en el entorno laboral, es de vital importancia tener un conocimiento de las fuentes de desgaste y especialmente de los factores que actúan como potenciadores y protectores ante las situaciones estresantes e impactantes a las cuales muchos profesionales se ven expuestos con el fin de elaborar estrategias de afrontamiento que desarrollen la competencia tanto personal como emocional de la persona.

En la actualidad son escasos los estudios respecto a este fenómeno lo cual dificulta identificar sus señales y diferenciarlo de otros tipos de trastornos de naturaleza psicológica, aspecto muy importante ya que la falta de conocimiento sobre su naturaleza impide abordarlo con estrategias de prevención adecuadas.

## BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. revisada). Washington, D.: American Psychiatric Association.

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.

Benelbaz D. (1997) *Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema*. Simposium Supervisión Clínica. V Congreso Nacional de Psicología. Colegio de Psicólogos de Chile.

Catherall R. D. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. En C.R. Figley (ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Maze

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

Emunah R. (1994) *Acting for real. Dramatherapy. Process, technique, and performance*. Brunner/Mazel Publishers, New York

Figley, C. R. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (dir.). *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry*. Londres: Plenum.

Figley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 3-16.

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.

Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systematic costs of caring*. Nueva York: CRC Press.

Figley, C. R. (1998). Burnout as systematic traumatic stress. A model for helping traumatized family members. En Figley, C. R. *Burnout in families. The systematic costs of caring*. (pp. 15-28). Nueva York: CRC Press.



- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. y Stamm, B. H. (1995/1999). *Cuestionario autoaplicado de fatiga de compasión y satisfacción*. Traducido por Pedro Samayoa, El Quiché, Guatemala.
- Follete V. M., Polusny. M. M. y Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals. Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional psychology; Research and practice*, 25, 275-282.
- Ginés, O. & Carvalho, E. (2010). *Cuidados con el equipo cuidador*. Revista brasileira de psicoterapia, 12, 297-313.
- Jenning S. (1994) Introduction to dramatherapy. Treatre and Healing Ariadna`s Ball of Thread. Jessica Kingsley Publishers, London
- Jiménez, B. M., Morante, M<sup>a</sup> E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). *Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma*. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. *Psicología Conductual*, Vol. 12, N° 2, pp. 215-231.
- 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.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-423.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- 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.
- Ojeda T. Las experiencias personales en la capacitación a distancia sobre atención a la violencia doméstica y sexual. OPS-Unidad Género, Etnia y Salud. Lima, Perú, 2005
- Parra, T. O. (2006). *El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual*. Revista Peruana Ginecol Obset; 52 (1), 21-27. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B. Hundall Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 51–64). Baltimore, MD: Sidram Press.

Pearlman, L.A. & McKay, L. (2008). *Understanding and Addressing Vicarious Trauma*. Headingtown Institute.

Pearlman, L. A. & Saakvitne, K.W. (1995a). *Trauma and the therapist - counter-transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Co.

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.

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. B. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, MD: Sidran Press.

Stebnicki, M. A. (2008). *Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors*. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

Uribe, T. (1999). El Autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 17, 109- 118.