

CUIDANDO AL “CUIDADOR”¹: LA COTERAPIA COMO RECURSO FACILITADOR DE LA AUTOCOMPAÑIÓN Y EL AUTOCUIDADO ENTRE TERAPEUTAS QUE TRABAJAN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL – UN RELATO DE EXPERIENCIA BASADO EN EL ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS

CUIDANDO DO “CUIDA-DOR”: A COTERAPIA COMO RECURSO FACILITADOR DA AUTOCOMPAIXÃO E DO AUTOCUIDADO DE TERAPEUTAS QUE ATENDEM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA TRANSGERACIONAL – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO ESTUDO DAS RESSONÂNCIAS

CARING FOR THE “CAREGIVER”: CO-THERAPY AS A FACILITATING RESOURCE FOR SELF-COMPASSION AND SELF-CARE AMONG THERAPISTS WORKING WITH VICTIMS OF TRANSGENERATIONAL VIOLENCE – AN EXPERIENCE REPORT BASED ON THE STUDY OF RESONANCES



Vivianne MORAES²
e-mail: vivienne_lima@yahoo.com.br



Regina MAINARDI³
e-mail: mainardiregina@gmail.com



Claudia BRUSCAGIN⁴
e-mail: claudiabruscagin@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Moraes, V., Mainardi, R., & Bruscagin, C. (2026). Cuidando al “cuidador”: la coterapia como recurso facilitador de la autocompañión y el autocuidado entre terapeutas que trabajan con víctimas de violencia transgeneracional – Un relato de experiencia basado en el estudio de las resonancias. *Doxa: Rev. Bras. Psico. e Educ.*, 27(esp1), e026019. <https://doi.org/10.30715/doxa.v27iesp.1.21468>



Enviado: 25/05/2026

Modificaciones solicitadas: 20/06/2026

Aprobado: 13/07/2026

Publicado: 10/09/2026

Editor: Prof. Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro
Editor ejecutivo adjunto: Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz

¹ En el original en portugués, el título utiliza el juego de palabras “cuida-dor”, un neologismo que fusiona los términos *cuidar* y *dor* (dolor), destacando la indisoluble relación entre la acción de cuidar y el sufrimiento psíquico intrínseco al trabajo con traumas severos. (Nota del traductor)

² Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo – São Paulo (SP) – Brasil. Psicóloga Clínica.

³ Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Bernardo do Campo – São Paulo (SP) – Brasil. Pedagoga, Terapeuta Sistémica y Consultora Educativa.

⁴ Pontificia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo – São Paulo (SP) – Brasil. Psicóloga Clínica y Supervisora.

RESUMEN: Este artículo, desarrollado como un relato de experiencia, reflexiona sobre los impactos de la resonancia en la atención terapéutica a víctimas de violencias transgeneracionales. Tiene como objetivo analizar la coterapia y la autocompasión como estrategias de protección de la salud mental de las terapeutas y de prevención de la fatiga por compasión. La experiencia se deriva de la atención voluntaria brindada, en 2023, a una mujer con antecedentes de violencia sexual, intentos recurrentes de suicidio y traumas transgeneracionales. La escucha continua de narrativas traumáticas, asociada a la compasión y a la responsabilidad por la seguridad de la persona atendida, generó intensas resonancias en las terapeutas, evidenciando sentimientos de impotencia, culpa, autocritica y sufrimiento psíquico. A partir de esta experiencia, la coterapia permitió procesar conjuntamente dichas resonancias, brindar apoyo emocional a las profesionales y transformar la autocritica en autocompasión, contribuyendo así a mitigar los riesgos ocupacionales. El relato busca fomentar prácticas de autocuidado y reducir el riesgo de fatiga por compasión entre los profesionales que trabajan en este ámbito, especialmente ante la exposición continua al sufrimiento de otras personas.

PALABRAS CLAVE: Coterapia. Violencia sexual. Fatiga por compasión. Relación terapeuta-cliente. Trauma psicológico.

RESUMO: Este artigo, desenvolvido como relato de experiência, reflete sobre os impactos da ressonância no atendimento terapêutico a vítimas de violências transgeracionais. Objetiva discutir a coterapia e a autocompaixão como estratégias de proteção à saúde mental das terapeutas e prevenção da fadiga por compaixão. A experiência decorre do atendimento voluntário, em 2023, a uma mulher com histórico de violência sexual, recorrentes tentativas de suicídio e traumas transgeracionais. A escuta contínua de narrativas traumáticas, associada à compaixão e à responsabilização pela segurança da pessoa atendida, gerou intensas ressonâncias nas terapeutas, evidenciando impotência, culpa, autocritica e sofrimento psíquico. A partir dessa experiência, a coterapia possibilitou metabolizar as ressonâncias, sustentar emocionalmente as profissionais e converter a autocritica em autocompaixão, contribuindo para mitigar riscos ocupacionais. O relato busca incentivar práticas de autocuidado e reduzir os riscos de fadiga por compaixão em profissionais que atuam nessa área, especialmente diante da exposição continuada ao sofrimento de terceiros.

PALAVRAS-CHAVE: Coterapia. Violência sexual. Fadiga por compaixão. Relações terapeuta-cliente. Trauma psicológico.

ABSTRACT: This article, developed as an experience report, reflects on the impacts of resonance in therapeutic care provided to victims of transgenerational violence. It aims to discuss co-therapy and self-compassion as strategies to protect therapists' mental health and prevent compassion fatigue. The experience stems from voluntary care provided in 2023 to a woman with a history of sexual violence, recurrent suicide attempts, and transgenerational trauma. The continuous listening to traumatic narratives, combined with compassion and responsibility for the safety of the person receiving care, generated intense resonance in the therapists, highlighting feelings of helplessness, guilt, self-criticism, and psychological distress. Based on this experience, co-therapy made it possible to process these resonances collaboratively, provide emotional support to the professionals, and transform self-criticism into self-compassion, thereby helping to mitigate occupational risks. The report seeks to encourage self-care practices and reduce the risk of compassion fatigue among professionals working in this field, particularly in the context of continued exposure to the suffering of others.

KEYWORDS: Co-therapy. Sexual violence. Compassion fatigue. Therapist-client relations. Psychological trauma.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la resonancia y el agotamiento en el ámbito terapéutico

El trabajo clínico con víctimas de violencia transgeneracional exige de los terapeutas (cuidadores) no solo conocimientos teóricos y técnicos, sino también disponibilidad emocional y física para afrontar experiencias extremas de sufrimiento y dolor. La escucha recurrente de relatos traumáticos, especialmente aquellos marcados por la violencia en sus diversas formas —física, sexual, moral, patrimonial (Brasil, 2006), intentos de suicidio y negligencia— moviliza profundamente a los terapeutas, produciendo efectos subjetivos que impregnan el cuerpo, las emociones y los procesos psíquicos de los profesionales involucrados en la atención (Paim & Esmael, 2013).

En la terapia sistémica, este fenómeno se entiende como resonancia, un proceso en el que el cuerpo del terapeuta se convierte en un “sismógrafo⁵” de los dolores aún no simbolizados por la persona tratada, procesando sensorialmente traumas que la víctima a menudo necesitaba disociar para sobrevivir. Esta profunda conexión coloca al cuidador en una posición vulnerable, generando potencialmente manifestaciones físicas y emocionales, sentimientos de impotencia, ira, culpa, ansiedad y autocritica que requieren procesamiento, manejo ético, apoyo clínico continuo y, sobre todo, cuidados (Lomando & Sigaran, 2018).

Sin una gestión adecuada, las resonancias y sus manifestaciones resultantes pueden evolucionar hacia la fatiga por compasión (o trauma vicario), un estado en el que el cuidador se ve absorbido por el dolor del otro, lo que da lugar a síntomas de estrés postraumático secundario, ansiedad y una reducción significativa de la capacidad compasiva y empática de este profesional, que es su principal herramienta de trabajo (Antonio, 2024; Barbosa et al., 2014; Carvalho & Chambel, 2024; Neff, 2017; Paim & Esmael, 2013).

Fue a partir de esta realidad vivida en el entorno terapéutico que surgió la experiencia compartida en este estudio. En 2023, nosotras, las terapeutas⁶, bajo la supervisión clínica⁷ de una de las coautoras, iniciamos una terapia conjunta voluntaria con una mujer que fue víctima de violencia sexual, que presentaba conductas autolesivas, abuso de sustancias, intentos de

⁵ Un sismógrafo es un instrumento que tiene “la función de medir los efectos de las vibraciones y la amplitud de las ondas sísmicas en actividades tales como excavaciones, voladuras con explosivos y demoliciones” (LPC Latina, 2018).

⁶ Esto hace referencia a las coautoras Vivianne Moraes y Regina Mainardi, quienes prestaron los servicios de coterapia.

⁷ La supervisión del servicio mencionado fue llevada a cabo por la coautora y psicóloga Cláudia Bruscajin.

suicidio recurrentes y un historial de violencia que abarcaba generaciones dentro de su familia, lo que convertía la red de apoyo familiar en un espacio de violación en lugar de protección.

En cada consulta, nos sorprendían nuevas situaciones de violencia que esta mujer experimentaba en múltiples ámbitos, pero que para ella eran consideradas “normales”, ya que, además de formar parte de su repertorio habitual, “eran lo que eran”, pues desconocía una realidad distinta. El lenguaje de sus vínculos más profundos, de sus relaciones familiares, con amigos, con relaciones “románticas”, de su vida en la comunidad, todo estaba cargado de una profunda violencia.

Esto nos impactó profundamente y, más aún, imaginar una vida sin el amor y el cariño que habíamos aprendido, conocido y comprendido como esenciales para la vida era una realidad dolorosamente impactante y aterradora. Por lo tanto, solo podíamos pensar en ella como una superviviente.

La complejidad del caso, sumada a la intensidad de los temas tratados en las sesiones, puso de manifiesto la necesidad de un trabajo colaborativo, en el que la coterapia sirviera como espacio de apoyo emocional, para procesar nuestras resonancias y proteger la salud mental de cada una de nosotras como terapeutas. A lo largo del proceso, se hizo posible observar cómo la experiencia clínica y el contacto continuo con relatos traumáticos provocaron diversos impactos físicos y emocionales, desencadenando sentimientos de impotencia, autocrítica, así como angustia y culpa por no poder satisfacer plenamente nuestro deseo de dejar a esa persona a salvo.

Dispositivos de protección clínica y propuesta de coterapia

Aunque la literatura científica ya reconoce ampliamente la fatiga por compasión y el trauma vicario como riesgos laborales graves para los profesionales que atienden a víctimas de violencia (Antonio, 2024; Barbosa et al., 2014; Carvalho & Chambel, 2024) y suele abordar el autocuidado como una recomendación genérica, los estudios que examinan dispositivos clínicos concretos capaces de brindar directamente esta protección en el contexto siguen siendo escasos. En concreto, la coterapia —aunque ampliamente descrita en el contexto de la formación de terapeutas— rara vez se analiza como un recurso deliberado para la autocompasión mutua y la gestión de resonancias en la atención clínica de víctimas de violencia transgeneracional. Es a partir de esta laguna, y de la experiencia vivida por las autoras, que este informe pretende aportar nuevas reflexiones y contribuciones al tema, describiendo cómo la diada terapéutica transformó la resonancia y la autocrítica en apoyo emocional compartido.

En vista de ello, este artículo pretende reflexionar sobre los efectos de la resonancia en la atención terapéutica a las víctimas de violencia transgeneracional, tomando como referencia la experiencia de los terapeutas, buscando analizar cómo la coterapia y la compasión mutua entre terapeutas pueden actuar como herramientas vitales para el manejo clínico y la protección de la salud mental de los cuidadores, contribuyendo a la reducción de los impactos emocionales producidos al escuchar historias traumáticas, favoreciendo las prácticas de autocompasión, reduciendo los procesos de autocrítica y fomentando estrategias de autocuidado entre los profesionales de la salud mental, promoviendo una actitud más amable y menos autocrítica por parte de los terapeutas ante los sentimientos de impotencia y limitaciones al brindar atención a las víctimas.

Además, el estudio pretende analizar la importancia de la coterapia como recurso preventivo contra la fatiga por compasión, que puede conducir a un estado de agotamiento emocional resultante de la exposición continua al sufrimiento ajeno, ya que, al trabajar en colaboración, los terapeutas comparten responsabilidades y terminan por no sentirse aislados ni solos al afrontar demandas tan complejas y dolorosas.

Este informe busca ampliar el debate sobre la importancia de cuidar al cuidador en el contexto clínico de la asistencia a víctimas de violencia transgeneracional, reconociendo que los terapeutas también se ven afectados por el dolor que escuchan y que resuena en cada uno de ellos durante el proceso terapéutico. Por lo tanto, necesitan espacios legítimos de aceptación, procesamiento y apoyo emocional que fomenten el autocuidado y el desarrollo de una actitud autocompasiva, para que puedan seguir ejerciendo de forma ética, sensible y humanizada, manteniendo su capacidad de ofrecer una escucha genuina y efectiva sin sucumbir a la enfermedad.

METODOLOGÍA

Optamos por el informe de experiencia como modalidad de producción científica para estructurar la descripción y el registro de las experiencias vividas en coterapia, atendiendo a personas víctimas de violencia transgeneracional. Esta elección metodológica se debe a que el informe de experiencia valora la dimensión subjetiva, relacional y contextual de los fenómenos, permitiendo que el registro de prácticas clínicas y experiencias profesionales se transforme en conocimiento científico (Daltro & Faria, 2019). Busca sistematizar, analizar y reflexionar críticamente sobre las experiencias vividas en contextos profesionales, institucionales o

académicos, especialmente cuando el objetivo es comprender las estrategias de intervención y los impactos resultantes de la práctica profesional en los actores involucrados, “contribuyendo a la mejora de la comprensión y cualificación de la construcción/discusión del conocimiento a partir de acciones crítico-reflexivas de la experiencia” (Mussi et al., 2021, p. 62).

A diferencia de los estudios puramente experimentales, los informes de experiencias utilizan la subjetividad y las experiencias del informante como una herramienta crítico-reflexiva, ofreciendo recursos prácticos para que otros profesionales comprendan los desafíos y las estrategias de intervención utilizadas en fenómenos complejos y mejoren sus prácticas (Daltro & Faria, 2019; Mussi et al., 2021).

La sistematización metodológica de este informe surgió de los registros documentales generados durante el seguimiento de la coterapia realizado entre 2023 y 2025. El *corpus* de análisis consistió en notas reflexivas preparadas individualmente por las dos primeras autoras inmediatamente después de cada sesión (registros), actas de las reuniones de retroalimentación y alineación entre los coterapeutas, así como registros de las sesiones de supervisión clínica continua realizadas por la tercera autora. Este material textual fue releído y categorizado cualitativamente por los autores, organizándose en ejes temáticos recurrentes: (a) resonancia corporal y subjetividad del terapeuta; (b) autocrítica e impacto en el autoconcepto; (c) fatiga debida a la autocompasión/trauma vicario; y (d) la coterapia como herramienta de apoyo y autocompasión. Estos ejes guiaron la articulación crítico-reflexiva presentada en las secciones de discusión.

Dado que se trata de un informe de experiencia profesional centrado en la dinámica de los terapeutas, y no de un estudio empírico que implique la recopilación de datos o una intervención experimental con el participante, el trabajo no requirió la presentación ante un Comité de Ética de la Investigación (CEI). No obstante, en estricta conformidad con el Código de Ética Profesional del Psicólogo, se observaron rigurosamente los preceptos éticos y la confidencialidad en el manejo clínico del caso: la identidad, el contexto geográfico exacto y todos los datos que pudieran individualizar o identificar a la persona atendida se preservaron y anonimizaron por completo, limitando el relato estrictamente a la experiencia y vivencias de los terapeutas, salvaguardando la confidencialidad, la no maleficencia y la dignidad de la persona atendida.

RESONANCIA EN LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA: EL CUERPO COMO SISMÓGRAFO DEL DOLOR

En la práctica clínica, la resonancia es un fenómeno intersubjetivo inevitable en el que los terapeutas no solo observan el sufrimiento, sino que también comienzan a “vibrar” emocional y físicamente con el sistema que se está tratando. Como argumentan Lomando & Sigaran (2018), este proceso permite una comunicación profunda, funcionando como un *sismógrafo de dolores* que aún no han encontrado apoyo en el lenguaje verbal.

Desde una perspectiva sistémica, la resonancia permite que la experiencia de una persona resuene con los miembros del sistema en el que participa, provocando que “una cuerda vibre hacia otra” a través de diferentes esferas (terapéutica, familiar, cultural). De esta manera, al trabajar con mujeres víctimas de violencia, la resonancia deja de ser abstracta y adquiere contornos físicos, potenciada por la identificación de género entre el profesional y la persona tratada. El cuerpo del terapeuta actúa como una cámara de resonancia (Lomando & Sigaran, 2018; Rosas, 2019), en la que el trauma disociado de la víctima encuentra un eco. Síntomas como náuseas o opresión en el pecho dejan de ser simples “ruidos” y se convierten en la comunicación no verbal de un dolor que aún no se ha expresado.

Cuando nos adentramos en terrenos más áridos, como la depresión profunda y la ideación suicida, la resonancia alcanza su máxima frecuencia. Al escuchar relatos de abuso e intentos de suicidio, resonamos con el desamparo de la persona que recibe cuidados. Al compartir la condición de ser mujer en una sociedad patriarcal, podemos sentir de primera mano la percepción de que “no hay escapatoria”, lo que exige de nosotras un enfoque ético y clínico muy refinado para que esta vibración no se convierta en parálisis.

La verdadera maestría clínica surge cuando dejamos de ser meros receptáculos pasivos de este dolor. El punto de inflexión clave reside en utilizar la resonancia para potenciar el proceso terapéutico. En lugar de simplemente llevarnos la incomodidad a casa, podemos devolverle esta vibración a la paciente mediante preguntas reflexivas que la inviten a conectar con aquello que aún no ha nombrado.

Cuando el cuerpo nos da una advertencia, podemos preguntar:

- “Sabes, mientras hablabas, sentí una opresión muy fuerte en el pecho... ¿Ahora entiendes algo de esa opresión?”
- “Sentí un impulso repentino de sacarte de aquí y protegerte de todo. ¿Sientes tú también que esta impotencia es tan grande que parece que no hay adónde huir?”

- “Siento el cuerpo muy tenso ahora. ¿Podría esta tensión tener algo que ver con algo que necesitas controlar internamente?”

Para quienes trabajan en parejas, la resonancia es un elemento fundamental en la gestión. Mientras una profesional se sumerge en una resonancia directa con la indefensión de la persona asistida, la otra modula esa frecuencia. Esto evita que ambos queden paralizados por el ciclo de violencia, permitiendo que uno valide los sentimientos del otro y transforme la experiencia directa en una acción clínica coordinada.

Necesitamos hablar de un punto crítico: la fusión emocional. Lomando y Sigaran (2018) advierten que el deseo de “llevarse a casa” o resolver la vida práctica del cliente suele ser una reacción defensiva por parte del terapeuta para evitar que su propio dolor surja al ver sufrir al cliente.

Este deseo de rescate —o fantasía de comodidad doméstica— puede, de hecho, reforzar la pasividad de la víctima, manteniéndola en una posición donde otros deciden por ella. Es crucial reconocer estos sentimientos no como errores técnicos, sino como el trauma de la persona cuidada que resuena en nuestro interior, exigiéndonos que busquemos nuestra propia diferenciación.

Una sólida base teórica y una supervisión constante son esenciales para identificar los puntos ciegos. Como terapeutas, necesitamos resiliencia emocional y estrategias de afrontamiento positivas para evitar el agotamiento por compasión. Al fin y al cabo, reconocer que este tipo de atención es una de las experiencias más dolorosas que podemos vivir es el primer paso para buscar nuestro propio apoyo cuando lo necesitemos.

COTERAPIA: UN MOVIMIENTO QUE FACILITA LA AUTOCOMPASIÓN Y EL AUTOCUIDADO EN LOS TERAPEUTAS

El cuidador y la acción compasiva

Nosotras, como terapeutas, ocupamos un lugar muy particular e importante en la vida de las personas a las que servimos: el de *cuidador*, es decir, la persona que *cuidará del dolor* del otro, ayudándole a sobrellevar el sufrimiento que de él se deriva.

Sin embargo, estar en este lugar implica abrazar las múltiples dimensiones, capas y desafíos que constituyen la naturaleza del trabajo de cuidados, que van más allá de la escucha atenta y acogedora y la mejora teórica y técnica constante, y que impregnan la principal

herramienta de trabajo de cada terapeuta: *él mismo*, con su subjetividad, historia de vida, experiencias, emociones, dolores, frustraciones, quien, con una postura autorreferencial, será parte integral del sistema terapéutico, haciendo imposible posicionarse como un sujeto neutral en el proceso (Bleger, 1998; Lomando & Sigaran, 2018; Maesima et al., 2019).

En este sentido, la naturaleza del acto de cuidar conlleva una actitud de atención, entusiasmo y ayuda hacia el otro, pero, íntimamente ligada a esto, también una actitud de preocupación, ansiedad y responsabilidad, ya que quien cuida se siente involucrado y conectado emocionalmente con el otro (Boff, 2017). Por lo tanto, cuidar a las personas “implica tener intimidad, sentir las en su interior, acogerlas, respetarlas, brindarles paz y descanso. Cuidar es sintonizar con ellas, escuchar su ritmo y alinearse con él” (Boff, 2017, p. 1113).

En vista de esto, los terapeutas, al brindar cuidados, tienen una *relación* con la persona cuidada, manteniendo un vínculo que es fundamental para este proceso y que trasciende la mera asistencia técnica (Antonio, 2024), caracterizado por un “intercambio mutuo de afecto, confianza y respeto, donde el cuidador asume la responsabilidad de garantizar el bienestar físico, emocional y social” (Antonio, 2024, p. 19) de la persona atendida.

Desde esta perspectiva, para que nosotros, los terapeutas, cuyas vidas diarias implican un contacto directo, constante e inevitable con personas en apuros, podamos brindar el *cuidado* eficaz, necesitamos tener la empatía y la *compasión* como elementos esenciales de nuestro trabajo (Barbosa et al., 2014).

Según Neff (2017), “la compasión significa literalmente ‘sufrir con’, lo que implica una mutualidad básica en la experiencia del sufrimiento” (p. 73). Por lo tanto, podemos decir que la compasión es relacional por definición, ya que está vinculada a una sensibilidad hacia el dolor y el sufrimiento ajenos que mueve al individuo de manera altruista, dotado de preocupación empática, a tener un profundo deseo de aliviar este sentimiento ajeno (Barbosa et al., 2014; Neff & Germer, 2019).

Por lo tanto, ser compasivo significa tener sentimientos de cuidado y preocupación por los demás, acompañados de una comprensión muy clara del sufrimiento ajeno, hasta el punto de ponerse en el lugar del otro y tener sentimientos de bondad hacia su sufrimiento, para ayudar a aliviarlo (Neff, 2017).

Sin embargo, cuando consideramos el trabajo de los terapeutas, si bien la compasión puede ser una herramienta beneficiosa, ya que fomenta el desarrollo de un vínculo terapéutico y le brinda al cuidador una sensación de satisfacción por sentirse capaz de ayudar a las personas, también puede ser un factor que los coloca en una posición más vulnerable al agotamiento físico

y emocional debido a la exposición prolongada al sufrimiento y al trauma de los demás (Barbosa et al., 2014; Carvalho & Chambel, 2024).

La ambigüedad de la acción compasiva y el surgimiento de resonancias

En los casos que involucran a víctimas de violencia transgeneracional, la ambigüedad del enfoque compasivo del terapeuta puede hacer que la tarea de brindar cuidados sea aún más compleja y desafiante.

Esta situación se produce porque, por un lado, escuchar la violencia relatada directamente por quienes la experimentan nos convierte en testigos de relatos atroces, crueles, repugnantes y traumáticos que no podemos asimilar ni acostumbrarnos a ellos (Paim & Esmael, 2013), lo que nos motiva a adoptar una actitud compasiva hacia esa persona y a asumir con empatía la responsabilidad de aliviar su dolor y sufrimiento. Por otro lado, esta misma escucha nos lleva a confrontar nuestros valores, creencias y verdades, a lidiar con sentimientos internos de fragilidad, indignación, repugnancia y miedo (Paim & Esmael, 2013). En otras palabras, desenmascara nuestra impotencia y vulnerabilidad humanas ante el hecho de que, al estar en una relación compasiva con la persona a la que cuidamos, también somos susceptibles al intenso sufrimiento psíquico que el relato de la experiencia traumática puede generar en nosotros como parte integral del sistema terapéutico.

Partiendo de esta base, al considerar las sesiones que realizamos con personas que compartieron sus historias traumáticas de violencia transgeneracional, percibimos esta ambigüedad derivada de una actitud compasiva a través de las resonancias que resonaron en nosotros en el espacio terapéutico.

Inicialmente, al comprender que *cuidar* significa estar genuina y emocionalmente presente en la relación con la otra persona, sentimos literalmente en nuestro interior el dolor que describían. Por lo tanto, las resonancias surgieron de un sentimiento de responsabilidad empática para aliviar el dolor y el sufrimiento de estas personas. De esta manera, experimentamos no solo el dolor, sino también la indignación y la rabia ante la inmensa violación y crueldad que se veían obligadas a soportar a diario. Estos sentimientos resonaron en nosotros y se canalizaron en nuestra práctica clínica, motivándonos a querer brindarles a estas personas *cuidado* en el sentido más amplio, a través de un espacio acogedor y seguro (físico y emocional), pero también garantizándoles, y en la medida de lo posible a sus familias, el acceso a los derechos básicos de salud (física y mental), derechos sociales y empleo, además de construir una red de apoyo que extendiera esta atención más allá del entorno terapéutico.

Sin embargo, en una etapa posterior, las resonancias terminaron entrando en el ámbito de los sentimientos, lo que puso de relieve nuestra impotencia y vulnerabilidad ante demandas tan complejas, dotadas de tantas capas de interseccionalidad⁸ que, durante las conversaciones preparatorias para la sesión y en las supervisiones, no pudimos pensar en una práctica que solo tuviera como objetivo aliviar el dolor resultante de la violencia transgeneracional, ya que se veía potenciada por la superposición de varios marcadores sociales de género, clase, raza y orientación sexual que definían socialmente a las personas a las que servíamos, que eran, en su mayoría, mujeres negras, de bajos ingresos, con bajos niveles de educación, residentes en áreas dominadas por el crimen organizado y con historias de violencia transmitida transgeneracionalmente en sus familias.

En varias ocasiones, sus historias nos parecieron “inimaginables” e “inconcebibles”, especialmente cuando considerábamos nuestras propias historias de vida, el sistema familiar del que proveníamos, el contexto social y económico en el que estábamos inmersos, la posición privilegiada de los terapeutas de los que disfrutábamos, los valores de justicia, respeto, cuidado y humanidad que habíamos construido con el tiempo, y lo que habíamos entendido hasta ese momento sobre qué era la violencia, lo que generó un alto nivel de frustración y culpa por no saber cómo lograr cambios inmediatos dentro de esa realidad de violencia transgeneracional.

Este panorama empírico dialoga directamente con las propuestas de Neff y Germer (2019) sobre el autoconcepto profesional. Al interpretar la sensación de impotencia clínica como un peligro para la autoimagen mental de los “terapeutas competentes”, el sistema de defensa del cuerpo se activa a través de la amígdala, desencadenando la liberación de cortisol y adrenalina. En el contexto clínico, la lucha contra esta amenaza interna se manifiesta como una autocrítica severa, mientras que la evasión y la parálisis corporal se convierten en rumiaciones incesantes que alimentan la ansiedad (Neff & Germer, 2019). Por lo tanto, resulta evidente que la autocrítica funcionó como una barrera que invisibilizó el sufrimiento de los propios terapeutas dentro del entorno clínico.

⁸ La interseccionalidad puede entenderse como la relación y superposición de marcadores sociales (género, clase, raza, etnia, orientación sexual y estatus socioeconómico) que definen no solo cómo se valora a las personas, sino también su identidad, el espacio que ocupan en su discurso y sus experiencias en situaciones únicas que las diferencian del resto de la sociedad. Constituye una importante herramienta analítica para comprender las relaciones de poder construidas históricamente y para promover debates sobre los grados de vulnerabilidad, desigualdades y opresiones que cada persona experimenta en su vida cotidiana. Además, ayuda a destapar injusticias, demostrando que las desigualdades actúan de forma concomitante, configurando experiencias específicas de discriminación que no pueden entenderse de forma aislada (Collins & Bilge, 2020; Dos-Santos, 2025).

Sentíamos impotencia, frustración, falta de preparación y culpa por no saber cómo afrontar contextos tan diferentes al nuestro, además de preocupación por la vida y la seguridad de las personas que sufrían violencia extrema. Sentíamos que carecíamos de las herramientas necesarias para comunicarnos eficazmente con ellas y fomentar su autonomía, autocuidado y empoderamiento. Esto se debía a que, en muchos casos, no podíamos contar con una red de apoyo familiar segura para estas personas, ya que era la misma que las había maltratado. Además, no podíamos recurrir a los servicios locales de salud y asistencia social para que las derivaran a atención especializada, pues los servicios eran precarios y fragmentados, o simplemente no existían centros que los ofrecieran.

En este sentido, la misma compasión que nos conectó con el dolor de estas personas, a pesar de permitírnos tener un sentimiento genuino de cuidado hacia ellas, desencadenó en nosotros un alto nivel de *autocrítica*, porque, como nos dicen Neff y Germer (2019), fomentó la concepción de que solo las necesidades de estas personas debían ser motivo de preocupación dentro del sistema terapéutico, no las nuestras, y por lo tanto no estábamos “dando lo suficiente” o “lo mejor de nosotros” como cuidadores y, en consecuencia, tal vez “no éramos terapeutas lo suficientemente competentes para cuidar a estas personas”.

En otras palabras, la *autocrítica* nos afectó precisamente en nuestro *autoconcepto*, es decir, en la autoimagen que construimos de nosotros mismos actuando como terapeutas, lo que provocó que interpretáramos esta experiencia como un peligro para esta autorrepresentación mental y activara nuestro sistema corporal de defensa contra amenazas (Gilbert, 2009, citado en Neff & Germer, 2019).

Neff y Germer (2019) afirman que el sistema de defensa contra amenazas se activa desde el momento en que percibimos una amenaza, y nuestra amígdala, la parte del cerebro que registra el peligro, libera cortisol y adrenalina, preparándonos para luchar, huir o paralizarnos ante el peligro. Sin embargo, cuando la respuesta al estrés se desencadena por una amenaza a nuestra autoimagen y no a nuestro cuerpo físico, *luchamos* ejerciendo la autocrítica, *huimos* aislándonos de los demás o nos *paralizamos* rumiando, es decir, teniendo pensamientos negativos que se repiten incesantemente y provocan ansiedad (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Durante las consultas, la *autocrítica* nos hizo olvidar que el proceso terapéutico se configura como un sistema del cual el cliente y el terapeuta forman parte y están en una *relación* en la que *ambos* traen consigo a este espacio sus historias de vida, sus experiencias, sensaciones, sentimientos y se ven afectados mutuamente.

Además, sumado al hecho de que “los profesionales de la salud no están capacitados ni alentados a pensar en sí mismos como *cuida-dores* y, en consecuencia, como personas que también necesitan cuidados” (Silva & Costa, 2008, p. 101, énfasis añadido), la autocrítica nos llevó a descuidar el impacto de estas resonancias en nuestra salud física y mental y en la reducción de nuestra propia capacidad para mostrar compasión, dado que los pensamientos negativos recurrentes de impotencia e incompetencia no nos permitieron tener una visión cuidadosa y compasiva de nuestro propio sufrimiento y no favorecieron escuchar o comprender nuestros sentimientos, sensaciones, reacciones y sobrecarga emocional desencadenada por los relatos traumáticos de aquellos a quienes cuidábamos.

El agotamiento por compasión y la importancia de cuidar al cuidador

Considerar el cuidado del cuidador, especialmente de aquellos que están constantemente expuestos a situaciones de sufrimiento, trauma y muerte a causa de la violencia, junto con estrategias de autocuidado, se vuelve esencial, ya que estas situaciones pueden provocar agotamiento físico y mental, aumentar el riesgo de enfermedad, generar sufrimiento psicológico, reducir significativamente su capacidad de compasión y generar experiencias negativas en su trabajo diario, relacionadas precisamente con las actividades de cuidar y ayudar a los demás, lo que causa un desequilibrio en su satisfacción y calidad de vida profesional, ya que los aspectos negativos terminan prevaleciendo sobre los positivos. Estos síntomas son característicos de la *fatiga por compasión*, también llamada *trauma vicario* o *estrés postraumático secundario* (Antonio, 2024; Barbosa et al., 2014; Carvalho & Chambel, 2024; Neff, 2017; Paim & Esmael, 2013).

Neff (2017) y Paim y Esmael (2013) afirman que los cuidadores, al escuchar constantemente historias de abuso u horror de personas cuyos cuerpos han sido devastados por la violencia, se encuentran en una posición vulnerable para desarrollar fatiga por compasión, dado que la intensidad de las experiencias relatadas por las personas a las que cuidan, así como la relación compasiva entre el cuidador y la persona cuidada, son extremadamente agotadoras, lo que puede causar sobrecarga y estrés emocional, hasta el punto en que los profesionales pueden internalizar el trauma experimentado por estas personas.

Nuestra experiencia trabajando con víctimas de violencia transgeneracional nos enfrentó a la difícil realidad de que ocupábamos precisamente esa posición vulnerable, y esto se acentuaba cada vez que nos reuníamos para discutir casos en supervisión, cuando compartíamos que el contenido revelado en las sesiones nos provocaba, además de rumiación y autocrítica,

sentimientos recurrentes de ansiedad y preocupación, que duraban varios días después de cada sesión, insomnio, pesadillas, dolores de cabeza y dolores corporales, una sensación de agotamiento físico y mental, frustración e irritabilidad.

Las conversaciones mantenidas en esas reuniones pusieron de manifiesto la necesidad imperiosa de buscar herramientas y estrategias que nos ayudaran a gestionar las resonancias, a reducir los impactos negativos que los desafíos de estas intervenciones generaban en nuestra salud física, mental y emocional, y que nos permitieran disfrutar de una práctica colaborativa y desarrollar una actitud de autocompasión y autocuidado. Fue así como optamos por una práctica que utilizaba el modelo de coterapia en las intervenciones con personas víctimas de violencia transgeneracional.

LA COTERAPIA COMO POSIBILIDAD DE COLABORACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD EN EL ACTO DE CUIDAR

La coterapia es una modalidad frecuentemente utilizada en la formación de terapeutas, especialmente en terapia familiar y de pareja. Teniendo en cuenta, desde el principio, la complejidad de los casos y la presencia de temas delicados, esta elección también buscaba ofrecer mayor seguridad y apoyo a nuestro trabajo como terapeutas.

En la coterapia, los terapeutas trabajan en igualdad de condiciones en cuanto a funciones, jerarquía e intervenciones, sin roles predefinidos. Esta configuración tiende a reducir la ansiedad del terapeuta y a mejorar la eficacia clínica. Además, la presencia de dos terapeutas puede servir como modelo de colaboración y diálogo para el paciente.

Otro aspecto central de este modelo es la posibilidad de que los terapeutas profundicen, durante las sesiones, en sus propias inquietudes relacionadas con el proceso terapéutico, expresando dudas y resolviendo cualquier desacuerdo con sus pacientes. Esta disposición a exponerse forma parte del compromiso que Whitaker y Bumberry (2004) consideran esencial para que la terapia sea verdaderamente significativa. Estos autores, reconocidos como algunos de los principales exponentes de la terapia familiar experiencial, también fueron grandes defensores del uso de la coterapia en el trabajo con familias.

La coterapia también resulta beneficiosa al ampliar perspectivas y fomentar la formulación de hipótesis en un contexto de diálogo colaborativo, mejorando así las intervenciones. Mediante procesos específicos, los coterapeutas pueden sintonizar verbal y físicamente, creando un espacio compartido que promueve la comprensión mutua, la

responsabilidad conjunta y, en última instancia, transformaciones en el *self* y la práctica de cada terapeuta.

La confianza mutua es un requisito indispensable para el desarrollo coherente de este modelo de trabajo. En este contexto, los coterapeutas se complementan alternando entre posturas más activas y más reflexivas, manteniendo una posición neutral y evitando dejarse llevar por la dinámica de la sesión; aspectos considerados fundamentales en la práctica sistémica.

La elección de la coterapia durante la prestación de cuidados a personas que sufren violencia transgeneracional también corrobora lo que Carvalho y Chambel (2024), Paim y Esmael (2013) y Antonio (2024) afirman sobre la importancia de que los terapeutas que trabajan con tales demandas no se aíslen durante este proceso y busquen espacios relacionales/grupales con otros colegas terapeutas o profesionales de otras áreas, para compartir las responsabilidades inherentes al acto de cuidar, así como la sobrecarga emocional resultante, ejerciendo una práctica más colaborativa y, por lo tanto, pudiendo recibir aceptación, escucha y apoyo para comprender las emociones que resuenan durante las sesiones, aprender a regularlas y, de esta manera, practicar el autocuidado.

Dado que la coterapia se basa en una relación más horizontal entre los terapeutas, en nuestra experiencia trabajando con víctimas de violencia en esta modalidad, pudimos compartir la responsabilidad de las sesiones que realizamos, lo que demostró ser una estrategia importante para minimizar la carga que supone la autocrítica y la ambigüedad de la acción compasiva para cada una de nosotras.

Teniendo esto en cuenta, celebramos reuniones inmediatamente después de finalizar las sesiones para evaluar el trabajo realizado, con el fin de esbozar nuevas estrategias de intervención para los casos, felicitarnos por las acciones que cada una de nosotras llevó a cabo con la persona tratada, que fueron extremadamente importantes para el proceso terapéutico, y agradecernos mutuamente el apoyo y la asistencia técnica y emocional que nos brindamos durante los momentos difíciles y complejos del tratamiento.

Sin embargo, también fueron momentos en los que compartíamos cómo las historias de esas personas habían resonado en cada una de nosotras, qué emociones predominaban ese día, cómo nos sentíamos física y emocionalmente, no solo después de la sesión, sino también en nuestra vida fuera del entorno terapéutico, con respecto a nuestras ajetreadas rutinas, el autocuidado, la familia y los problemas de salud.

Además, era un espacio acogedor y de confianza donde podíamos hablar de nuestros miedos, dolores y ansiedades respecto a las sesiones que estábamos llevando a cabo. Podíamos compartir nuestra autocrítica y los sentimientos de impotencia y frustración que tan a menudo nos acompañaban durante las sesiones, especialmente cuando nos costaba aceptar que, por muy inmenso que fuera nuestro deseo de ayudar a esas personas —hasta el punto de intentar organizarnos de diversas maneras para lograrlo—, algunas cosas que les concernían a ellas y a sus vidas fuera del entorno terapéutico escapaban a nuestro control, y por lo tanto debíamos aceptar esta realidad, aunque fuera dolorosa, desagradable y decepcionante. Esto nos ayudó a sobrellevar la ansiedad, reduciendo la rumiación, la sensación de agotamiento físico y mental y la irritabilidad.

LA COTERAPIA Y EL MOVIMIENTO MUTUO DE COMPASIÓN QUE GENERA AUTOCOMPASIÓN

Las acciones que estábamos llevando a cabo, tanto dentro como fuera del entorno terapéutico, a través de la coterapia, nos permitían ejercer la *compasión* y el *cuidado* mutuo (*sufrir con*), buscando aliviar el dolor y el sufrimiento que, en realidad, eran recíprocos, ya que eran genuinamente compartidos en nuestro trabajo conjunto como coterapeutas.

Este movimiento mutuo de compasión que la coterapia nos permitió experimentar contribuyó a mantener una actitud de amabilidad y sensibilidad hacia el sufrimiento de la otra en nuestra relación como coterapeutas, ya que, al acoger el dolor de nuestra coterapeuta, éramos recíprocamente acogidos en el nuestro.

Entonces comenzamos a poner en práctica entre nosotras lo que tanto ofrecíamos a las personas a las que servíamos: el compromiso de *cuidar* y aliviar el sufrimiento de ambas, practicando la no discriminación, la solidaridad y la cooperación. De esta manera, creció el sentido de pertenencia y conexión en nuestra colaboración, la sensación de no estar solos ante las exigencias complejas y desafiantes de nuestro trabajo con las víctimas de la violencia, lo que, en consecuencia, trajo seguridad, alivio y bienestar (Medeiros et al., 2021; Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

La coterapia y el movimiento mutuo de compasión que practicamos nos hicieron sentir cuidados, seguros, apoyados, acogidos y alentados, y esto nos motivó a tratarnos de la misma manera, es decir, siendo amables y cariñosos con nosotros mismos y no tan críticos con nuestra práctica profesional, buscando salud y bienestar para nosotros mismos (Neff, 2017), ejercitando el autocuidado y, en consecuencia, desarrollando la *autocompasión*, que se configura como una

serie de acciones impulsadas por la bondad, la sensibilidad al sufrimiento personal, que tienen como objetivo tratarnos con bondad, cuidado y apoyo, incluso frente a situaciones que pueden generar sentimientos de insuficiencia, autocrítica y fracaso, aceptando nuestros errores e imperfecciones como aspectos que son parte de la experiencia de la vida (Araújo, 2023; Medeiros et al., 2021; Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Mediante la autocompasión, comprendimos que, incluso como terapeutas profesionales, no estábamos exentos del impacto que las historias traumáticas que escuchábamos podían tener en nuestra salud. Éramos cuidadores, pero también sufríamos y, por lo tanto, merecíamos atención. Por esta razón, Neff y Germer (2019) afirman que, al practicar la autocompasión, desactivamos el sistema de defensa contra amenazas, impulsado por la autocrítica, y activamos el sistema de cuidado.

Basándonos en esto, actuar de manera autocompasiva durante el trabajo de coterapia con personas que son víctimas de violencia transgeneracional nos ayudó a ser menos vulnerables a la fatiga por compasión, ya que desarrollamos habilidades capaces de prevenir el agotamiento en la interacción con las personas a las que servíamos (Neff, 2017), como *regulación de las emociones* despertadas durante las sesiones, experimentar cada una de ellas sin negarlas ni ocultarlas, estar más abiertos a permitir que los pensamientos y emociones dolorosos de nuestras experiencias al cuidar a estas personas lleguen a nuestra conciencia sin resistencia, incluso si enfrentar esta realidad es desagradable y doloroso, buscando tener una experiencia menos dolorosa de las situaciones negativas que enfrentamos durante el proceso terapéutico, ya que entendimos nuestras imperfecciones, limitaciones y dificultades, lo que nos impidió sucumbir a estos pensamientos y sentimientos negativos, una situación que nos llevaría a la rumiación (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

De esta forma, la autocompasión actuó como un factor protector para nuestra salud psicológica durante las sesiones de terapia, ya que estimuló nuestra resiliencia para afrontar situaciones difíciles y desafiantes, así como para manejar el estrés de manera más saludable, reduciendo la rumiación y, en consecuencia, la aparición de emociones negativas como la autocrítica, la frustración y los sentimientos de fracaso (Araújo, 2023; Medeiros et al., 2021; Neff, 2017; Neff & Germer, 2019).

Según Neff (2017), en lo que respecta a quienes cuidamos, esto se debe a que la autocompasión elimina la sensación de agobio que supone el cuidado, recarga nuestras energías emocionales y, por lo tanto, nos permite disfrutar de mayor satisfacción, optimismo y felicidad

al cuidar a otras personas. La autora también subraya la necesidad de cultivar una dosis constante de autocompasión para poder compartirla con quienes cuidamos.

Siguiendo esta línea de razonamiento, si continuamos agotándonos física y psicológicamente mientras actuamos para cuidar a las víctimas a las que asistimos, basándonos en la idea de que solo ellas merecen atención en el proceso terapéutico, nuestros recursos se agotarán, hasta el punto de que ya no podamos ayudar verdaderamente a quienes nos han confiado compartir historias tan dolorosas e íntimas (Neff, 2017).

Por lo tanto, nuestra experiencia ha demostrado que la autocompasión, combinada con la coterapia, puede actuar como una herramienta que repone nuestras reservas internas, con el objetivo de reforzar nuestra capacidad de actuar con compasión para que tengamos más que dar a quienes tanto nos necesitan (Neff, 2017).

CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia reportada sugiere que la efectividad de la atención a las víctimas de violencia transgeneracional está relacionada con la salud del ecosistema terapéutico. Observamos que el aislamiento del profesional ante un trauma tan profundo puede propiciar la fatiga por compasión o el trauma vicario.

La coterapia demostró ser mucho más que un simple apoyo técnico; constituyó un espacio de atención continua, donde la resonancia podía procesarse en pareja. Al transformar la “conversación entre cuerpos” en una práctica colaborativa de compasión mutua, desactivamos el sistema de defensa contra amenazas y permitimos que la vulnerabilidad humana —tan a menudo negada en la formación académica— se convirtiera en una puerta de entrada a la autocompasión.

El autocuidado no es un lujo ni una actividad extracurricular, sino un imperativo ético. Solo cuando el terapeuta se reconoce como un sujeto merecedor del mismo cuidado que ofrece, puede mantener su capacidad de presencia genuina ante el sufrimiento ajeno. Que este relato sirva como una invitación para que las instituciones y los profesionales de la salud valoren los espacios para compartir y herramientas como la coterapia, asegurando que la “llama” de la compasión ilumine el camino hacia la sanación sin consumir a quien la porta.

Para futuras intervenciones en contextos de violencia extrema, sugerimos que la coterapia se considere un recurso relevante para la protección ética y clínica del equipo. Es importante que el terapeuta reconozca su subjetividad como una herramienta de trabajo y, al

mismo tiempo, como una zona de vulnerabilidad que requiere atención. Asimismo, la práctica de la autocompasión parece favorecer no solo el manejo oportuno del sufrimiento, sino también el desarrollo de una competencia profesional continua, permitiendo acoger la resonancia del trauma sin comprometer la integridad psíquica del cuidador. Esta experiencia sugiere, por lo tanto, la relevancia de pensar en una ecología del cuidado: en la que la compasión fluye de la dupla hacia la persona atendida, pero también circula entre los terapeutas y regresa a ellos mismos, en un posible ciclo de sostenibilidad emocional que futuros estudios podrían investigar de manera más sistemática.

Se reconocen las limitaciones inherentes al diseño metodológico de un informe de experiencia, dado que el estudio aquí descrito se basa en una dimensión estrictamente cualitativa y subjetiva de nuestro relato como coterapeutas y nuestras experiencias en la práctica del cuidado de víctimas de violencia, lo que, por lo tanto, no autoriza generalizaciones de este estudio de manera estadística y cuantitativa.

En este sentido, creemos que futuras investigaciones podrían ampliar este tema mediante diseños empíricos y multifocales, que involucren a múltiples pares de coterapeutas en diferentes contextos institucionales, utilizando instrumentos validados para medir la fatiga por compasión y la escala de autocompasión, así como comparando la efectividad de la coterapia con otras modalidades tradicionales de apoyo y supervisión para cuidadores.

Finalmente, esta experiencia sugiere que la coterapia puede constituir un recurso valioso para la protección ética y clínica del cuidador, cuyo potencial para la bioseguridad psíquica merece ser investigado sistemáticamente.

REFERENCIAS

- Antonio, D. O. C. (2024). *Trauma vicariante e burnout em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUC-SP. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/41785>
- Araújo, I. T. R. C. (2023). *Casa do ferreiro, espeto de pau? Autocuidado, autocompaixão, bem-estar psicológico e frequência em terapia em estagiários de psicologia* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Científico de Acesso Aberto da ULisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/97433>
- Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3), 315–323.
- Bleger, J. (1998). *Temas em psicologia: Entrevista e grupos*. Martins Fontes.
- Boff, L. (2017). *Saber cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. Vozes.
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Carvalho, V. S., & Chambel, M. J. (2024). Compreendendo e mitigando a fadiga por compaixão. In S. R. A. Marcon, J. B. Porto, & H. Sandall (Orgs.), *Preparação, resiliência e resposta: Guia prático para trabalhadores e voluntários em emergências, desastres e catástrofes*. Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Interseccionalidade* (R. Souza, Trad.). Boitempo.
- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223–237. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015>
- Dos-Santos, E. M. (Org.). (2025). *Interseccionalidade e equidade em saúde: Gênero, raça e deficiências no trabalho no SUS*. Científica Digital.
- Lomando, E., & Sigaran, C. (2018). *TMS – Terapia dos movimentos sistêmicos*. Arte em Livros.
- LPC Latina. (2018). *Conheça o sismógrafo, ferramenta que detecta vibrações no solo*. https://lpclatina.com.br/news_pt-conheca-o-sismografo-ferramenta-que-detecta-vibracoes-no-solo/
- Maesima, G. M., Barreto, M., & Beiras, A. (2019). O conceito de ressonâncias no processo de formação do terapeuta: Descobrendo potencialidades e limitações na prática terapêutica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(64), 105–118. <https://doi.org/10.38034/nps.v28i64.501>

- Medeiros, N. B., Santos, F. R. C., Gomes, D. S., Sousa, L. N., & Carvalho, A. L. N. (2021). O papel da autocompaixão na regulação emocional: Revisão de literatura. *Revista de Psicologia da Unesp*, 20(2), 144–160. <https://doi.org/10.5935/1984-9044.20210018>
- Mussi, R. F. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, 17(48), 60–77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
- Neff, K. (2017). *Autocompaixão: Pare de se torturar e deixe a insegurança para trás* (B. M. Flores, Trad.). Lúcida Letra.
- Neff, K., & Germer, C. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: Um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo* (S. M. M. Rosa, Trad.). Artmed.
- Paim, K. R., & Esmael, T. B. (2013). Revisitando nossas violências constituintes: A escuta de mulheres vivendo violência de gênero na relação conjugal. *Outras Vozes*, (43–44).
- Rosas, E. V. (2019). O conceito de ressonância no processo de formação do terapeuta: Descobrimos potencialidades e limitações na prática terapêutica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(65), 117–120.
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: Estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, 14(1), 83–106.
- Whitaker, C., & Bumberly, W. (2004). *Dançando com a família: Uma abordagem simbólico-experiencial* (R. E. Starosta, Trad.). Artmed.

CRedit Author Statement

- **Agradecimientos:** Las autoras expresan su profundo agradecimiento a las personas atendidas que hicieron posible este proceso clínico, cuyas historias inspiraron la búsqueda de vías más sostenibles para la atención de la salud mental, no solo para ellas mismas sino también para nosotras, las cuidadoras que también necesitamos atención, y al equipo de la revista por sus valiosas aportaciones.
- **Financiación:** Este estudio no recibió financiación, subvenciones ni ayudas de ninguna institución pública o privada ni de ninguna agencia de financiación de la investigación.
- **Conflictos de intereses:** Las autoras declaran que no existen conflictos de intereses de índole financiera, personal o institucional en relación con la preparación y publicación de este manuscrito.
- **Aprobación ética:** Dado que se trata de un informe de experiencia clínica centrado en las vivencias y reflexiones de las propias terapeutas, el estudio no requiere la aprobación de un Comité de Ética de la Investigación (CEI). No obstante, el trabajo siguió rigurosamente los preceptos éticos profesionales establecidos por el Código de Ética Profesional para Psicólogos, garantizando el anonimato absoluto de la persona atendida mediante la anonimización total de los datos identificables, en estricto respeto a la confidencialidad y la dignidad humana.
- **Disponibilidad de datos y materiales:** Debido a la confidencialidad terapéutica, la privacidad y la protección ética de los datos clínicos de la persona tratada, los diarios de campo y las actas de supervisión que respaldan este informe no están disponibles para el acceso público.
- **Contribuciones de las autoras:** VM y RM trabajaron directamente en el entorno clínico como coterapeutas y fueron responsables del diseño inicial del informe y la redacción del manuscrito. CB actuó como psicóloga clínica supervisora del caso, guiando el manejo de las resonancias, y también fue responsable de la redacción de la parte teórica de este concepto en el artículo, además de realizar la revisión crítica final y la supervisión científica del texto.

Procesamiento y edición: Editora Ibero-Americana de Educação
Revisión, diagramación, normalización y traducción

