

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Las estrategias de autocuidado y la alianza
terapéutica, en psicólogos de Fundación Centro
Bulimia y Anorexia.*

Autora: Julieta Micaela Colignón

Dirección: Cristian Dougaluk

Paraná, 18 de setiembre de 2024



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Entre Ríos

Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

INFORME DE TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Investigación de campo.

“Las estrategias de autocuidado y la alianza terapéutica, en psicólogos de Fundación Centro Bulimia y Anorexia.”

Autora: Julieta Micaela Colignón

DNI: 41.611.191

Datos de contacto: julietacolignon@gmail.com

(343) 156217365

Director: Lic. Cristián Dougaluk.

Lugar y fecha: Paraná, 18 de septiembre de 2024.



Dedicatoria

El presente Trabajo de Investigación Final está dedicado a mis padres, Rubén y Silvia, por ser mi sostén diario, por todo el cariño brindado día a día, y por la contención que siempre encuentro en ellos cuando más lo necesito.

Y también a Mica, por haber sido mi más fiel compañera en las largas horas de estudio.

Agradecimientos.

A mis hermanos, por ser mis tres pilares y brindarme su ayuda en todo momento.

A Seba, por el cariño y compañía desde el primer día, y por escucharme y brindarme su apoyo cada vez que lo necesité.

A mis amigas, por estar siempre presentes ya sea desde la escucha o una palabra de aliento.

También agradezco muchísimo a Cristián, por comprometerse desde un primer momento en la tarea de ser el director de este TIF, y la dedicación y responsabilidad que caracterizó cada encuentro y palabra transmitida.

Y, por último, agradezco a cada uno de los cinco profesionales que formaron parte de este trabajo, por su ayuda desinteresada y por la valiosa información que me brindaron, de la cual obtuve un gran aprendizaje que incorporo para mi formación.

Índice.

Resumen.....	6
Introducción.	7
Presentación y justificación del trabajo.....	7
Interrogante planteado.....	10
Objetivos generales y específicos.	10
Supuestos de trabajo.....	10
Estado de debate de investigación.....	11
Perspectiva teórica.	13
1) Perspectiva Sistémica-Integrativa.....	13
2) Estrategias de Autocuidado.....	17
3) Alianza Terapéutica.	21
4) Trastornos de Alimentación.....	23
Fundamentos de la elección de la modalidad.....	26
1- Tipo de diseño.....	26
2- Selección del contexto.	26
3- Universo o población.	27
4- Unidades de análisis.....	27
5- Tipo de muestra.....	27
6- Técnica de recolección y análisis de la información.....	27
Desarrollo del informe.	29
Participantes de las entrevistas.....	29
Sobre la Fundación Centro.....	30
Sus orígenes.	30
Espacios terapéuticos.	31
Equipo interdisciplinario de trabajo.	33
Estrategias de Autocuidado.....	34
Importancia del Autocuidado para los profesionales.	34
Desgaste por parte de los psicólogos en el trabajo con los trastornos alimentarios.	36
Desgaste en el equipo de trabajo. Equipos "quemados".....	38
El trabajo con las familias de los pacientes, en relación a la adherencia al tratamiento.	40
Herramientas de autocuidado empleadas en el ámbito laboral de los psicólogos.	43
Herramientas de autocuidado empleadas en el ámbito personal de los psicólogos.....	47
Alianza terapéutica y Autocuidado	48
Estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de metas con los pacientes.....	51
Estrategias de autocuidado empleadas en la consolidación de un vínculo positivo con los pacientes.....	53

Estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de tareas (actividades) con los pacientes...	56
Percepción de la influencia de las estrategias de autocuidado en la consolidación de la alianza terapéutica.	58
Conclusiones.	61
Bibliografía.	67

Resumen.

En el presente Trabajo Integrador Final se indaga respecto a las estrategias de autocuidado en relación a la alianza terapéutica, por parte de los profesionales psicólogos que se encuentran trabajando con pacientes con trastornos alimentarios en la Fundación Centro Bulimia y Anorexia, de la ciudad de Paraná. Este trabajo de investigación tiene como objetivo identificar cuáles son dichas estrategias de autocuidado utilizadas, indagar cómo dichas estrategias tienen influencia en la consolidación de la alianza terapéutica de trabajo en conjunto con los pacientes, y explorar cómo las mismas se emplean en el acuerdo de metas, tareas y el establecimiento del vínculo terapéutico.

La relevancia de este estudio radica en que los trastornos alimentarios representan en la actualidad una patología muy compleja y cada vez más recurrente, por lo que requieren de un tratamiento interdisciplinario para su abordaje. Es esperable que el terapeuta pueda desarrollar estrategias para el autocuidado de sí mismo y de su salud integral, favoreciendo prácticas salutogénicas. Es por esta razón que se pone el foco en las estrategias que posee cada uno de los psicólogos que se encuentran trabajando con la patología alimentaria, haciendo hincapié en cómo las mismas influyen en la consolidación de la alianza terapéutica con pacientes que realizan tratamiento en la institución.

El tipo de diseño de esta Investigación está enmarcado en la Estrategia Cualitativa, a partir de un trabajo de campo. El marco de referencia está planteado desde la perspectiva Sistémica-Integrativa, utilizando entrevistas semidirigidas a los psicólogos de la Fundación Centro Bulimia y Anorexia, como principal técnica de recolección de datos, con técnicas de análisis de la información centradas en el significado.

Como resultado de la investigación se afirma que el autocuidado del profesional influye en la consolidación de la alianza terapéutica con los pacientes, reflejándose, como mencionan los psicólogos, en la atención, presencia, predisposición a la escucha, el acompañamiento y las intervenciones. Así mismo, repercute en el vínculo que se establece con el paciente, el cual se fortalece a partir de la co-construcción de metas y tareas acordes a cada persona y al módulo en que se encuentra dentro del tratamiento. A su vez, respecto a las estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de metas, tareas y vínculo positivo, se destacan la distancia óptima, límites, delegar en los grupos de Whatsapp, y el rol de las familias en el tratamiento, así como también, se reconocen estrategias dentro del ámbito personal como el buen descanso, alimentación, ejercicio y realización actividades recreativas.

Las categorías teóricas centrales que se desarrollaron en este trabajo son: estrategias de Autocuidado, Alianza Terapéutica y Trastornos de Alimentación.

Introducción.

Presentación y justificación del trabajo.

El presente Trabajo Integrador Final tiene como propósito poder dar cuenta de cómo influyen las estrategias de autocuidado que poseen los profesionales psicólogos de la Fundación Centro Bulimia y Anorexia de la ciudad de Paraná, en la consolidación de la alianza terapéutica con pacientes que realizan allí su tratamiento. A continuación, se realizará una descripción acerca de los Trastornos Alimentarios, la Fundación Centro, la competencia del Autocuidado y su relación con la Alianza Terapéutica de trabajo. Asimismo, se detallará la relevancia social y académica junto a la justificación de la problemática elegida.

La Organización Mundial de la Salud (2022) determinó que alrededor de 14 millones de personas padecían trastornos alimentarios en el año 2019, siendo en su mayoría niños y adolescentes. Al respecto se menciona que la anorexia nerviosa puede provocar muerte prematura debido al suicidio y complicaciones médicas. Asimismo, la bulimia nerviosa presenta un alto riesgo de abuso de sustancias, sumado a las complicaciones de salud que la misma ocasiona.

De acuerdo a lo expresado por la Asociación de Psiquiatría de Estados Unidos (APA, 2014):

Los trastornos alimentarios se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (p. 329).

Dichas alteraciones graves están relacionadas con un intenso miedo a subir de peso, así como también por la presencia de pensamientos repetitivos y constantes con respecto a la propia imagen corporal, el peso, las calorías y los alimentos. En cuanto al diagnóstico de la Anorexia Nerviosa, el DSM V (2014) determina que se caracteriza por una restricción de la ingesta calórica, durante una determinada cantidad de tiempo, que se ve reflejada en la disminución significativa del peso corporal. Además, la presencia de un miedo intenso a engordar, el cual genera comportamientos que interfieren en el aumento de peso. Por último, una alteración en la percepción del peso y la autoimagen del cuerpo. De la misma se desprende una clasificación: de tipo restrictivo y anorexia de tipo bulímico (p. 338).

Con respecto a la Bulimia Nerviosa, desde el DSM V (2014) se caracteriza a la misma por episodios recurrentes de atracones, seguidos por comportamientos compensatorios recurrentes e inadecuados para prevenir el aumento de peso, tales como el vómito auto inducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio. Asimismo, la duración de los comportamientos compensatorios inadecuados y los atracones debe ser de al menos una vez por semana durante tres meses. Tanto el peso como la propia imagen del cuerpo influyen en la autoimagen de la persona, y, por último, lo anteriormente manifestado no debe explicarse mejor por la presencia de episodios que

correspondan a una anorexia nerviosa. A su vez, se divide en bulimia de tipo purgativo y no purgativo (p. 345).

De acuerdo a lo que exponen los autores Crispo et ál. (1998) los trastornos alimentarios se caracterizan por tener un origen multifactorial y estar multideterminados, es decir que no hay un solo evento o un solo factor que precipite o de lugar a los mismos, y agregan, "más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo" (p. 26). Es por esto que se afirma que existen diversos factores que inciden en su aparición, y ningún factor en sí mismo constituye una causa-consecuencia directa, sino que es en su combinación que podemos hablar de un trastorno alimentario.

Siguiendo esta línea, el tratamiento de los trastornos alimentarios es interdisciplinario, en el cual hay múltiples factores que deben indagarse en el paciente para posibilitar cambios, y su abordaje es de una duración de al menos cuatro años. Esto último también se debe a que, como menciona la autora Herscovici (1996), no solo debe centrarse en la eliminación de la conducta alimentaria en sí, sino que debe indagarse sobre los demás hábitos y factores que se encuentren relacionados con la misma, con los pensamientos obsesivos en relación a la comida, calorías y la imagen corporal, el temor a engordar, las relaciones familiares conflictivas, así como el resto de sus vínculos de amistad y laborales (p. 84).

De lo expuesto con anterioridad respecto a los trastornos alimentarios, es posible reconocer la complejidad que la patología representa para la persona, y en relación al tratamiento que la misma requiere. En este sentido, la Fundación Centro brinda propuestas terapéuticas integrales a enfermedades como Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos de la Personalidad y del Estado del Ánimo, mediante un tratamiento transdisciplinario centrado en la autoayuda y organizado como Hospital de Día. Actualmente, el equipo interdisciplinario está conformado por diferentes profesionales del campo de la salud (cinco Lic. en Psicología, un médico psiquiatra, un médico clínico y un Lic. en Nutrición). A los fines prácticos del proyecto de investigación, se puso el foco en los cinco psicólogos que forman parte del equipo, considerando sus competencias y, dentro de ellas, sus estrategias de autocuidado.

En relación a dichas estrategias, es posible definir al autocuidado como "la capacidad del terapeuta para adquirir actitudes y comportamientos que recuperen la energía, utilizando un estilo de vida saludable en el ámbito del trabajo" (Mussi, 2015, p. 310). El mismo es considerado una competencia de las más importantes que el psicólogo (así como todo profesional de la salud) debe desarrollar y asumir para regular el desgaste laboral y el síndrome de burn out al que se está expuesto en estos trabajos. Lo mencionado anteriormente implica que el profesional pueda desarrollar a lo largo del tiempo estrategias, herramientas y conductas que puedan preservarlo de la continua exposición a los padecimientos y/o sufrimientos que, en el caso de la patología alimentaria, tanto el paciente como su sistema familiar manifiestan constantemente en su tratamiento. Además, el desempeño eficaz del profesional está estrechamente vinculado con una buena consolidación de la alianza entre terapeuta y paciente, la cual es considerada como "uno de los más importantes predictores de buenos resultados" (Mussi, 2015, p.

83), y resulta indispensable para la construcción de un vínculo terapéutico sobre el cual trabajar con el paciente, el cual puede asimismo sufrir rupturas, muchas veces ocasionadas por el desgaste profesional presente en el psicólogo, que por momentos no es advertido. Según Bordin, la alianza tiene tres componentes por los cuales puede variar, ellos son: el acuerdo en las tareas, en las metas, y el vínculo positivo (1979, como se citó en Mussi, 2015, p. 84).

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, y a la importancia y complejidad que esta patología representa tanto para las personas como para los profesionales que se encuentran trabajando con la misma, es que el interés para este trabajo de investigación y la situación problemática a indagar se basa en las estrategias de autocuidado. El poder explorarlas permite un acercamiento hacia la noción de autocuidado, así como a las herramientas y conductas que se lleven a cabo por parte de los profesionales, dando cuenta de cómo las mismas influyen la calidad de la alianza terapéutica con los pacientes de la Fundación Centro.

Respecto a la justificación en relación a la dimensión subjetiva, la razón de la elección de este tema se debe a que, desde antes de comenzar la carrera de Licenciatura en Psicología en la Facultad, los Trastornos Alimentarios representan una problemática que resulta de interés para estudiar y profundizar, para así poder investigar al respecto, debido a la importancia que su prevención posee, junto a la complejidad que su tratamiento y abordaje suponen, así como también los múltiples factores que inciden en su diagnóstico dentro de un abordaje interdisciplinario. Asimismo, las Prácticas Profesionales Supervisadas que corresponden al quinto año de la carrera de Lic. en Psicología, tuvieron lugar en la Fundación Centro Bulimia y Anorexia de la ciudad de Paraná, lo cual posibilitó tener un acercamiento aún mayor hacia esta problemática y hacia los pacientes que padecen un trastorno alimentario, especialmente en el grupo de adolescentes. A partir de estas prácticas, a través de la escucha y la observación participante, fue posible conocer más de esta patología desde el relato que los propios pacientes desarrollaban, y profundizar sobre el trabajo por parte de los profesionales psicólogos, lo cual realza el interés por focalizar en el autocuidado del terapeuta ante la continua exposición a dichos relatos y situaciones de recaídas que transitan semana a semana tanto los pacientes como sus familiares.

Por último, y en relación a la relevancia social y académica, la importancia de este estudio radica en poder sumar un aporte a la amplia información y constante investigación que existe actualmente respecto al autocuidado, y las estrategias y herramientas que supone el mismo por parte del terapeuta. Es de suma relevancia poder profundizar al respecto, ya que atañe a todos los profesionales psicólogos en las diferentes áreas de trabajo, y supone una competencia a desarrollar que va de la mano con que el desempeño profesional sea lo mejor posible con cada situación de abordaje. Además, esta investigación permite reflexionar y profundizar acerca de cuáles son dichas estrategias de autocuidado en relación a la alianza de trabajo con pacientes con trastornos alimentarios, y reconocer cómo los elementos que la componen se encuentran influenciados por las mismas, es decir, cómo las metas, tareas y vínculo positivo se ven consolidados por el autocuidado que cada terapeuta posee. Esto resulta indispensable ya que la relación entre ambos conceptos no suele describirse específicamente en las investigaciones

consultadas, posibilitando una mayor comprensión de las mismas en el ámbito de la patología alimentaria, por parte de profesionales que se encuentren actualmente insertos en el abordaje y tratamiento de la misma.

Interrogante planteado.

La pregunta problema es: *¿Cómo influyen las estrategias de autocuidado que utilizan los psicólogos de la Fundación Centro Bulimia y Anorexia, en la consolidación de la alianza terapéutica con los pacientes?*

Objetivos generales y específicos.

Los objetivos de la investigación son:

General:

- Describir cómo influyen las estrategias de autocuidado empleadas por los psicólogos de la Fundación Centro en la consolidación de la alianza terapéutica con los pacientes.

Específicos:

- Analizar cómo perciben los psicólogos la influencia de las estrategias de autocuidado en la consolidación de la alianza terapéutica.

- Identificar las estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de metas con los pacientes.

- Identificar las estrategias de autocuidado empleadas en la consolidación de un vínculo positivo con los pacientes.

- Identificar las estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de tareas con los pacientes.

Supuestos de trabajo.

Con respecto a los supuestos que constituyeron el punto de partida para el presente trabajo, en primer lugar, se consideró que las estrategias de autocuidado son desarrolladas por los profesionales psicólogos a lo largo de su desempeño laboral para disminuir o evitar todo desgaste, estrés, frustraciones y preocupaciones que el mismo pueda ocasionarles a corto y largo plazo en el tratamiento de la patología alimentaria. Sumado a ello, otro supuesto fue que las estrategias de autocuidado que se ponen de manifiesto en relación a la alianza estarían relacionadas con: actividades sociales o de recreación extra laborales; herramientas para no sobreinvolucrarse en el relato diario de los padecimientos de los pacientes; el contacto con psicólogos ya sea mediante supervisiones de casos o el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la Fundación (lo cual les permitiría no sobrecargarse con

casos “difíciles”). También espacios de terapia propios y mindfulness, ya que en base a los artículos que fueron consultados y constituyeron el Estado de Debate, se afirma que es una práctica que favorece el desarrollo de habilidades terapéuticas y tiende hacia el autoconocimiento, lo cual resulta importante para el autocuidado de cada profesional.

Asimismo, se estableció que los tres componentes de la alianza terapéutica (el acuerdo en las metas, tareas y el vínculo positivo con los pacientes) se encontrarían influenciados por dichas estrategias mencionadas. Se presupone que, a mayor desarrollo de la competencia del autocuidado y mayores estrategias que lo fomenten, el vínculo positivo se verá consolidado ya que las intervenciones por parte del terapeuta serán desde una postura empática hacia el paciente y su padecimiento. De esta manera, el psicólogo podría trabajar en conjunto con el paciente, co-construyendo metas y tareas acordes a los tiempos y procesos de cada uno, sin sobreinvolucrarse, pero tampoco distanciarse del mismo, sino que manteniendo una distancia óptima. Por el contrario, si el autocuidado no es tenido en cuenta por el psicólogo, se encontraría saturado en su tarea y no podría intervenir empáticamente, lo cual se vería reflejado en metas que no sean acorde a lo que el paciente manifieste, y en un vínculo no consolidado entre ambos.

Estado de debate de investigación.

Para delimitar el Estado de debate, se realizó una búsqueda por artículos relacionados a las “estrategias de autocuidado” y “alianza terapéutica” por parte de profesionales psicólogos, especialmente en el ámbito de los trastornos alimentarios. Dentro de los resultados obtenidos, se visualizaron artículos en relación a las estrategias de autocuidado de parte de psicólogos en diferentes ámbitos y con diversos pacientes, pero no se encuentra información con respecto a esta competencia en el tratamiento de los trastornos alimentarios específicamente, motivo por el cual se seleccionaron los artículos que mayor relevancia guardan en relación a la temática elegida, y que posibilitarían profundizar más adelante respecto a la misma.

En primer lugar fue posible retomar el artículo de los autores Arias y Rodríguez (2018), el cual se denomina *"Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles"*, ya que en el mismo se enfatiza la importancia de que el psicoterapeuta pueda adoptar conductas que tiendan a cuidar de sí mismo, y que dichas conductas y hábitos a desarrollar puedan ir orientadas a promover salud mental, en pos de favorecer un mayor desempeño y relación terapéutica con sus pacientes. Otro aspecto que se retoma de lo expuesto por los autores es que, en torno al desgaste profesional, uno de los aspectos que lo incrementa está relacionado con los temas que se abordan en la terapia, los cuales, en patologías como los trastornos alimentarios, estos se tornan muy repetitivos y hasta monótonos, lo cual es un aspecto importante a tener en cuenta para esta investigación.

Otro de los artículos que resultó pertinente al trabajo de investigación es *"El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial"*, de Holguín-

Lezcano et ál. (2020). En este artículo los autores destacan los aspectos o asuntos que se movilizan en el psicólogo dentro de la relación terapéutica con el paciente, y cómo dichos asuntos pueden convertirse tanto en obstáculos o recursos para el psicólogo en su desempeño profesional. Es por esto que, mientras mayor sea el conocimiento que tenga de sí mismo y de sus habilidades, mayor facilidad tendrá respecto a constituir hábitos saludables que tiendan a la promoción de su salud mental, así como afrontar las complejidades que se presenten en las diversas situaciones con sus pacientes o grupos terapéuticos (p. 160). Para estos autores, el autoconocimiento que el profesional posea de sí mismo es lo que le permitirá dar cuenta con mayor facilidad, de los factores y aspectos que hacen a su personalidad y favorecer el desarrollo de sus competencias profesionales, entre ellas, el autocuidado, por lo cual agregan que “es una competencia que se desarrolla, se aprende y se adquiere gracias a la experiencia y formación” (p.162).

Por otro lado, se retomó el artículo de Díaz-Torres et ál. (2020), el cual se titula "*Herramientas de autocuidado para el profesional psicosocial como factor protector de su salud mental y bienestar*". Esta investigación, si bien se basó en profesionales psicólogos que se desempeñan en el ámbito psicosocial, nos aporta gran información con respecto al autocuidado y el desgaste profesional. Los autores exponen que el desarrollo de herramientas por parte del profesional es lo que logrará "disminuir el impacto que genera estar expuesto a situaciones de alto riesgo" (p. 175), por lo que se hace hincapié en la importancia del desarrollo de herramientas de autocuidado para las diferentes esferas de la vida del profesional psicólogo, y se concluye que en cuanto mayor sea la conciencia de dichas herramientas, menor es el desgaste por parte de los profesionales, en este caso, psicosociales. Resulta interesante cómo los autores concluyen el artículo con una serie de herramientas de autocuidado para el profesional psicosocial que se obtienen en consecuencia de la investigación realizada, y entre ellas se mencionan las redes de apoyo, el apoyo al apoyo, el cuidado de sí, y la psicoeducación.

Otro artículo considerado es el de Cabrejas-Sánchez et ál. (2016), denominado "*Influencia de las habilidades mindfulness del terapeuta, en la mejora de la alianza terapéutica con adolescentes*". En el mismo se destacan ciertas características del terapeuta que pueden favorecer o no a la calidad del vínculo y alianza terapéutica con el paciente adolescente. Dentro de las que lo favorecen, acorde a los autores es posible nombrar el dar importancia a sus experiencias emocionales, ser aliados y el acuerdo mutuo de metas con los pacientes (p. 140), constituyendo esta última, uno de los elementos de la alianza terapéutica.

Por último, se retoma el artículo de "*Habilidades del terapeuta y mindfulness*" de Araya-Véliz y Porter Jalife (2017), en el cual se hace mención de la práctica del mindfulness debido a que facilita el desarrollo de habilidades terapéuticas en el psicológico, entre ellas se menciona el bienestar del terapeuta, en el cual esta técnica tendría un impacto muy positivo (p.238). También se hace mención a la alianza terapéutica, y en cómo ciertas actitudes del terapeuta tienden hacia el cambio terapéutico facilitando el

vínculo con el paciente, siendo la autoobservación y el autocuidado las más importantes a desarrollar en primer lugar (p. 235).

Perspectiva teórica.

Las categorías involucradas en el enunciado de la pregunta problema son: estrategias de autocuidado, alianza terapéutica y trastornos de alimentación. Como se ha mencionado anteriormente, los primeros dos postulados teóricos están contenidos dentro de la perspectiva Sistémica-Integrativa, de la cual se realiza un apartado descriptivo, al ser la perspectiva teórica en la cual se encuadra la investigación.

1) Perspectiva Sistémica-Integrativa.

El presente Trabajo Integrador Final fue desarrollado tomando como referencia a la Perspectiva Sistémica - Integrativa, la cual permitió orientar la investigación acerca de las estrategias de autocuidado y alianza terapéutica, conceptos que forman parte de dicha perspectiva. A través de la misma, se pudo profundizar e investigar sobre dichos conceptos que serán descriptos a continuación, para luego indagar al respecto durante las entrevistas llevadas a cabo con los profesionales.

Para comenzar, se realiza una breve descripción de los orígenes de la perspectiva Sistémica, junto a las teorías que la constituyeron y los aportes centrales más característicos. Asimismo, se da cuenta de la perspectiva integral, la cual caracteriza este Informe, y los principales conceptos que resultan relevantes para el mismo.

Orígenes de la teoría sistémica.

El origen de la teoría sistémica, se sitúa en la segunda mitad del Siglo XX, entre los años 1952-1961, en respuesta a una "brecha" existente entre las teorías psiquiátricas y psicoterapéuticas, en las cuales los problemas de las personas encontraban límites en ser evaluados desde lo individual (Chan et al., 2016, p. 104). Específicamente, en el tratamiento de la esquizofrenia, donde la psiquiatría destacaba la importancia que la familia poseía en la etiología de la enfermedad (Moreno, 2014, p. 30).

Entre las teorías más relevantes que nutrieron el inicio de la perspectiva sistémica, se mencionan al Constructivismo y la Cibernética. En primer lugar, la teoría del constructivismo de Erickson y Bateson, establece que las familias crean su realidad, es decir, toda realidad es resultado de un proceso y, por ende, una construcción (Eguiluz, 2004, p. 116).

Por otro lado, la Cibernética de Norbert Wiener en 1948, destaca entre sus principales aportes el "feedback o retroalimentación", en relación a que los sistemas operan en función de alcanzar la homeostasis. Se sitúa además la "Cibernética de primer orden o de los sistemas observados" donde el terapeuta se sitúa por fuera del sistema, "vigilante al fenómeno a modificar", pero manteniendo el "status quo". Luego surge la "Cibernética de segundo orden" que sitúa cambios en los sistemas respecto a su estructura y jerarquía (Chan et al., 2016, p. 106).

A su vez, también se retoma a la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy en 1955, la cual, dentro de los conceptos centrales que aporta, se pueden mencionar al concepto de sistemas como "un conjunto de elementos que al mismo tiempo de estar interrelacionados entre sí, lo están con su medio y que de acuerdo con sus características pueden ser abiertos o cerrados" (p. 104). Los sistemas, a su vez, "tienen la capacidad de autorregularse", y tienden a la homeostasis para estabilizarse (p. 105). Se menciona además que los sistemas abiertos tienen cuatro propiedades (totalidad, circularidad, equifinalidad, finalidad), y entre ellos, la familia constituye el más dinámico, el cual se puede definir como "una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son independientes de forma necesaria" (Sánchez y Gutiérrez, 2000, como se citó en Chan et al., 2016, p. 105).

Por último, es posible dar cuenta como otro de los nutrientes de la teoría sistémica a la "Teoría de la Comunicación Humana" de Watzlawick, Beavin y Jackson, en 1967 (pp. 107-108). Entre los principales aportes de dichos autores, se mencionan los cinco axiomas de la comunicación, los cuales refieren a que:

- *Es imposible no comunicar*: las palabras o la falta de las mismas, así como la actividad, constituyen mensajes para el interlocutor.
- *Toda comunicación tiene un elemento de contenido y otro de relación, de tal manera que el segundo clasifica al primero y por ello se da la metacomunicación.*
- *Los seres humanos comunican, bien con el módulo numérico (verbal), bien con el módulo analógico (no verbal).*
- *Todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios, según si están basados en la igualdad o diferencia.*
- *Toda comunicación implica considerar la puntuación de una secuencia de hechos* (pp. 108-109).

En consecuencia, y a lo largo del siglo XX, surgen las diferentes escuelas dentro de la Terapia Familiar Sistémica, entre las cuales se menciona a la "Escuela de Palo Alto" o MRI (Mental Research Institute) fundada por Jackson; la Escuela Estructural de Salvador Minuchin; la Escuela Estratégica con Erickson; el Modelo "Centrado en Soluciones" de Haley y Madanes; la Escuela de Milán y las terapias narrativas (p. 107).

De esta manera, se entiende que la teoría sistémica se sitúa como un campo integrador, que reúne diversos conceptos originados en diversas disciplinas, proporcionando un "lenguaje común", y en la cual se integran tanto fenómenos biológicos como sociales y psicológicos (Moreno, 2014, p. 31). Los autores concluyen afirmando que "el foco, lo nuclear de la epistemología sistémica, es la concepción según la cual la identidad se constituye sólo en relación" (p. 32).

Perspectiva Sistémica-Integrativa.

Resulta importante destacar que en el presente Informe Final se hace referencia a una Perspectiva Sistémica-Integral, como un modo de practicar la psicoterapia. De acuerdo a los autores consultados (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004, como se citó en Rosado et al., 2016), dicha perspectiva se encuentra compuesta por parte de las "teorías existentes", las cuales se "reencuadran" dentro de un campo teórico más amplio, originado y constituido por las mismas (p. 132).

Además, el enfoque integrativo se define como "un intento de potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica mediante propuestas novedosas y creativas basadas en más de una orientación teórica o técnica" (Rosado et al., 2016, p. 133).

Acorde a lo expuesto por Mussi (2015), quien retoma a Sperry (2010), se afirma que existen diversas perspectivas respecto a cómo se concibe, particularmente, a la alianza terapéutica. Algunas de dichas teorías, como el modelo humanista de Rogers o el modelo existencialista de Yalom, sostienen que es un elemento primordial dentro de la psicoterapia, que posibilita lograr los cambios necesarios por parte del paciente. Por otro lado, modelos como el cognitivo-conductual o el sistémico, refieren que, si bien la alianza juega un papel fundamental en la terapia, en sí misma no promueve el cambio, sino que son las intervenciones del terapeuta las que lo posibilitan (p. 21).

La "mirada integrativa", entonces, se encontraría en el medio de ambas posturas, y sostiene que la alianza terapéutica es un "factor común" de dichas teorías, y que, independientemente de ellas, "constituye en sí misma una intervención terapéutica que promueve el cambio" (Lambert, 1992, como se citó en Mussi, 2015, p. 21).

Conceptos centrales.

A continuación, se detallan los conceptos que resultan centrales para el presente trabajo de investigación, ya que se considera que atraviesan a lo largo del informe, los distintos apartados. Entre ellos se mencionan:

- Psicoterapia:

En primer lugar, se refiere a la Psicoterapia, la cual se define como una "práctica informada basada en evidencias científicas sobre tratamientos exitosos (por tanto, en permanente evolución) que procura promover los cambios deseados y negociados entre el subsistema consultante (individuos, parejas, familias) y el subsistema consultado (terapeuta y/o equipo terapéutico)" (Mussi, 2015, p. 16). Además, se agrega que la misma debe tener en cuenta tanto las "expectativas, preferencias y necesidades clínicas" de los pacientes que acuden a terapia, en pos de resolver los problemas que se presentan y tender a su bienestar tanto familiar, social, académico y/o laboral (p. 16).

Dicha definición de psicoterapia, supone detallar algunas consideraciones (p. 16-17):

- es más relevante ver lo que el terapeuta *hace*, en lugar de lo que dice que hace, por tal razón las supervisiones resultan una herramienta fundamental de la psicoterapia.
- la práctica de psicoterapia debe estar sustentada en "evidencias empíricas de resultados".
- el éxito se basa en el cumplimiento de los objetivos que se establecieron en un comienzo del proceso terapéutico.
- se sustituye la palabra cura por cambio. Lo que se persigue es que el paciente pueda lograr el cambio mínimo, es decir, alcanzar una meta mínima que, a su vez, llevará a nuevos cambios.
- mirada salutogénica: prestar atención a los aspectos saludables de la persona, sus capacidades y recursos.
- el cambio terapéutico tiene como objetivo que el paciente pueda apropiarse de sus recursos.
- se sitúa a la alianza de trabajo como "predictor de buenos resultados".
- resulta importante preguntar al paciente cuánto tiempo está dispuesto a tomarse para llevar a cabo el proceso terapéutico.

Entre otras definiciones de psicoterapia, se puede mencionar también lo que exponen los autores Feixas y Miró (1993), respecto a que es un "tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional" (p. 16).

- *Cliente:*

La palabra "paciente" fue asociada a una cierta "pasividad" que en realidad la persona que acude a terapia no posee, ya que el consultante en la terapia "piensa, reflexiona, llora, se angustia, se contenta" (Ceberio y Linares, 2006, p. 25). Por tal razón, se utiliza el término de consultante como sinónimo a "activo", ya que el mismo cuestiona su problema o dificultad, lo cual motiva su acercamiento al espacio de terapia. Además, los conceptos de consultante o usuario refieren a una persona que hace uso de un servicio, que es terapéutico en este caso (p. 29).

Teniendo esto en cuenta, resulta relevante aclarar que, para el presente Informe Final, se utiliza el concepto "paciente" debido a que dicho término es utilizado en el contexto de la Fundación Centro y, por ende, se replica a lo largo de las entrevistas a los psicólogos. Sin embargo, si bien se menciona a la persona que acude como "paciente", se tiene presente que dicho término no implica pasividad, sino por el contrario, denota la actividad que el mismo tiene al trabajar en su proceso de salud para lograr alcanzar los objetivos establecidos en su proceso terapéutico. Dicha actividad corresponde tanto a la persona que se encuentra atravesando un trastorno alimentario, como a la familia o responsables de la misma, los

cuales enfrentan a su vez, una serie de cambios en pos de alcanzar las metas propuestas y lograr el cumplimiento de las pautas indicadas a los pacientes.

- Trabajo Terapéutico:

Se refiere a "trabajo terapéutico" entendiendo a una "planificación estipulada" cuyo objetivo será alcanzar el cambio que la persona se plantea, junto a las modificaciones que el problema requiera (Ceberio y Linares, 2006, p. 29). Se diferencia así, de "tratamiento", el cual se encuentra implicado con los conceptos de "cura" y "enfermedad", los cuales se cambian por "cambio" y "problema" (p. 28).

- Proceso terapéutico:

El proceso terapéutico es definido como "un conjunto de procesos psicosociales que tienen lugar desde el inicio al fin de la psicoterapia" (Feixas y Miró, 1993, p. 30). Constituye el "trayecto que va desde el inicio de la terapia hasta su finalización" (Mussi, 2015, p. 24), y es posible reconocer tres etapas del mismo. La primera, el inicio, donde se determina el sistema o subsistema con el cual se trabajará. La segunda etapa, el desarrollo, en la cual se establece la alianza terapéutica. Y, por último, la terminación, cuyo eje central es la motivación del paciente para cumplir con los objetivos propuestos durante el proceso de terapia. En todas las etapas mencionadas, es el terapeuta el que se encuentra a cargo de llevar a cabo las mismas (p. 24).

- Relación Terapéutica:

Se la considera como uno de los "elementos distintivos esenciales de toda psicoterapia" (Feixas y Miró, 1993, p. 27). La misma difiere de otras relaciones del paciente, ya que es una relación profesional que se caracteriza por su asimetría, carácter retributivo y su encuadre. La asimetría hace referencia a que la relación terapéutica comienza por la demanda del paciente, y se encuentra centrada en él. Asimismo, el terapeuta encuentra una "retribución" en ello por su trabajo, en sus honorarios profesionales. Respecto al encuadre, el mismo refiere a "un conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia", entre ellas los honorarios mencionados, el tiempo de duración y frecuencia de los encuentros (semanales o cada quince días), el lugar donde se lleve a cabo la sesión, entre otras (p. 28).

- Alianza Terapéutica:

La alianza terapéutica resulta primordial tanto en la perspectiva sistémica como en el presente informe, razón por la cual se la menciona, pero la misma se desarrolla a continuación en el apartado correspondiente.

2) Estrategias de Autocuidado.

El concepto de Autocuidado resulta central en el presente informe final, por lo cual se da cuenta, a continuación, de la definición de dicho concepto según diversos autores, así como se delimita otro concepto teórico fundamental como lo son las Estrategias.

Con respecto a los orígenes del término, es posible afirmar de acuerdo a lo expuesto por los autores consultados, que el autocuidado obtiene su relevancia a partir de la concepción de la Organización Mundial de la Salud, la cual considera a la salud más allá de la "ausencia de enfermedad" y deja de reducirla a lo biológico. Por el contrario, en dicha concepción, los aspectos psicológicos y sociales cobran mayor relevancia, así como la interacción entre ambos (Rodríguez y García, 1996, como se citó en Cancio-Bello et al., 2020, p. 122).

Siguiendo esta línea, los autores destacan que el concepto encuentra sus raíces en el ámbito de la salud pública, más específicamente en el ámbito de la enfermería. La autora Dorothea Elizabeth Orem desarrolló la "Teoría General de la Enfermería", cuyo concepto central es el de autocuidado, el cual es definido como:

"una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una *conducta* que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y funcionamiento en función de su vida, salud y bienestar" (Orem, 1983, como se citó en Cancio-Bello et al., 2020, p. 123).

Sumado a ello, el autocuidado varía en cada persona, ya que las "conductas de autocuidado" se encuentran en relación, por ejemplo, al contexto histórico, social, y económico, así como a otros factores como la edad y el sexo de la persona (p. 124).

Si bien a lo largo del tiempo las definiciones respecto al Autocuidado han sido variadas, resulta oportuno retomar aquellas más relevantes, es pos de lograr una mayor claridad del concepto para el presente Informe. En primer lugar, como fue mencionado brevemente en el apartado de "*Presentación y Justificación del trabajo*", es posible retomar en el libro a Mussi (2015) quien refiere al autocuidado como "la capacidad del terapeuta para adquirir actitudes y comportamientos que recuperen la energía, utilizando un estilo de vida saludable en el ámbito del trabajo" (p. 310). De esta forma, el terapeuta cuida su propia persona que es en sí misma su propia herramienta de trabajo, y esto determina y fortalece la alianza terapéutica favoreciendo a la relación terapéutica, la cual, según lo que refiere el autor, va a impulsar a activar recursos en el paciente, así como a reconocer sus propias herramientas. A su vez, todo profesional que trabaje con los padecimientos de otras personas, es probable que en algún momento de su carrera pueda experimentar lo que se denomina como "síndrome de burn out" o también "desgaste por empatía", es por esto que el cuidado del terapeuta se torna fundamental para poder cumplir con su ejercicio profesional (p. 291).

Otros autores investigados como Holguín-Lezcano et al. (2020), definen al autocuidado como una "competencia", la cual es importante como profesionales psicólogos que se desarrolle, ya que la misma contribuye con su propio bienestar y salud mental. El desarrollo de esta competencia posibilita además que cada uno pueda registrar los rasgos propios de su personalidad, conductas, capacidades y herramientas con las que cuenta el profesional para llevar adelante su labor y establecer una alianza de trabajo con el paciente (p. 154).

Además, es relevante destacar lo mencionado por Inchausti Gómez et al. (2023), ya que retoman a los autores (Dorociak et al., 2017) para dar cuenta de una definición sobre el Autocuidado que refiere a un "proceso multidimensional y multifacético de implicación intencional en estrategias que favorecen un desempeño saludable y mejoran el bienestar" (p. 647). Dichos autores enfatizan que se trataría de actividades que "permiten que el profesional no se vea afectado su trabajo clínico cuando se encuentra ante factores potencialmente estresantes", y que las mismas pueden diferir entre profesionales. Dichas actividades son intencionales, y cada profesional encuentra aquellas que son de su utilidad y también la forma en que se implementan las mismas. Por ende, se las considera "una suerte de actitud que acompaña al clínico en todo aquello que hace, dentro y fuera de su trabajo" (p. 647).

Cancio-Bello et al. (2020) también refieren a la etimología del concepto, y exponen que *auto* significa "por uno mismo", y *cuidado* implica "pensamiento", el "cuidado de sí mismo/propio" (p. 122). Para el presente trabajo de investigación, resulta de interés retomar la definición referida por los autores, los cuales entienden al autocuidado como "las formas específicas del cuidado de sí que desde el punto de vista físico, psicológico, social, espiritual, medioambiental y económico tienen las personas aparentemente sanas o enfermas para mantener/mejorar su salud" (p.128).

A su vez, Lange et al. (2006, como se citó en Lucero y Muñoz, 2008) refieren al autocuidado como un "estilo de vida", y vinculan al mismo con "conductas, creencias, actitudes y estados emocionales que muestran cómo las personas interactúan con el entorno social a través de estrategias de afrontamiento en el quehacer cotidiano (...)" (p. 124).

En relación a las Estrategias, es posible retomar a Mussi (2015), quien define a las mismas como "un repertorio de pautas efectivas para la prevención del desgaste profesional" (p. 320). Además, en base a las definiciones de autocuidado mencionadas con anterioridad, se extrae que los autores refieren a "conductas", "actitudes y comportamientos", "estrategias" y "actividades" que caracterizan y forman parte de dicha competencia. Se concluye entonces que, en relación a las estrategias, se hará referencia a las *habilidades, conductas, creencias, actitudes y herramientas que adopte el psicólogo en su vida personal y laboral, que posibiliten al mismo preservarse del ámbito de trabajo en el que se encuentre inserto*, en este caso, en profesionales que trabajen con trastornos alimentarios. A su vez, la característica de dichas estrategias es que favorecen la relación terapéutica con los pacientes, así como preservan la persona del terapeuta (que constituye su propia herramienta de trabajo), para que su ejercicio profesional sea óptimo y ético.

Entre dichas estrategias, es posible retomar aquellas mencionadas por los autores mencionados con anterioridad. Mussi (2015), por su parte, señala entre ellas (p. 320):

1. Registrar y visibilizar los malestares (Gentry, 2002, como se citó en Mussi, 2015): identificando malestares y "fuentes de estrés";
2. Vaciar y descomprimir la contaminación acumulada (a partir de la palabra);

3. Crear áreas personales libres de contaminación;
4. Preservar las redes de apoyo más significativas del material de trabajo (como la familia y amigos);
5. Cultivar una alimentación saludable, descanso, hobbies;
6. Realizar actividad física;
7. Aprender un modelo de terapia, capacitarse y seguir formándose en el mismo;
8. Aprender a situar la responsabilidad donde corresponde, por ejemplo, no llevar el trabajo a la casa;
9. No trabajar aisladamente, trabajar con otros;
10. Concederse un tiempo sin contacto con otros compañeros de trabajo;
11. Usar el humor, ya que "mitiga sentimientos de hostilidad y ansiedad";
12. Realizar actos de servicios y actividades sociales;
13. Participar de grupos de estudio y realizar supervisión formal;
14. Buscar apoyo social;
15. Sostener una práctica ética;
16. Cultivar la dimensión espiritual, buscar un sentido de la vida.

Por otro lado, los autores Dorociak et al. (2017, como se citó en Inchausti Gómez et al., 2023) mencionan una "escala de autocuidado profesional", que se compone de cinco factores:

- Apoyo profesional: el cual refleja la importancia del equipo de trabajo.
- Desarrollo profesional: en relación a las actividades relacionadas con el desempeño en la profesión.
- Vida equilibrada: en referencia principalmente a otros ámbitos de la vida del profesional por fuera de lo laboral.
- Consciencia cognitiva: los autores relacionan este factor con la "toma de consciencia" del psicólogo clínico, en realizar actividades que tiendan a ello.
- Equilibrio diario: por último, este factor se refiere a conductas que "limiten la implicación" del profesional en su labor diaria.

En relación a dicha escala, los autores Inchausti Gómez et al. destacan la importancia de poder revisar cada uno de los factores en relación al trabajo y desarrollo diario de la persona. Sumado a ello mencionan

que además la habilidad del autocuidado, resulta de importancia la "supervisión y el feedback" entre profesionales, tanto como el factor del "cuidado físico", el cual comprende el buen dormir, actividad física y alimentación (p. 647).

Por último, Cancio-Bello et al. proponen retomar un "abordaje metodológico" en relación a tres dimensiones de análisis (Alarcó, G. et al., 2018, como se citó en Cancio-Bello et al., 2020, p. 129) relacionada con la definición que los autores brindan. Resulta importante aclarar que, si bien dichas dimensiones no fueron originadas específicamente para psicólogos o profesionales de la salud mental, muchos de los indicadores mencionados también coinciden con los nombrados por otros autores, y por tal, resulta un gran aporte para dar cuenta de las herramientas con las que los profesionales pueden contar para mejorar su salud mental y física. Las dimensiones son:

1. Física: acciones en relación al cuidado físico de la persona, como el ejercicio, alimentación, el descanso, conocimiento y control de la salud, y evitar hábitos nocivos para la misma.
2. Psicológica: acciones orientadas al cuidado psicológico, como el funcionamiento cognitivo, los estados emocionales, estrategias de afrontamiento, proyectos futuros.
3. Social: entendida como acciones vinculadas al cuidado social, entre ellas, las redes de apoyo, el tiempo libre, el ocio, y las relaciones establecidas con familiares, amigos y parejas.

3) Alianza Terapéutica.

De acuerdo a los diversos autores consultados, el concepto de Alianza Terapéutica sitúa sus orígenes en la teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud, respecto a los desarrollos sobre la transferencia que se sitúan desde el año 1912, y que continuó desarrollándose a lo largo del siglo XX. De esta manera, Freud destaca "la importancia del trabajo con las interpretaciones de la transferencia del paciente" (Botella y Corbella, 2003, p. 205).

En el recorrido del surgimiento del concepto, también es posible dar cuenta de posteriores teorizaciones realizadas por autores como Klein en 1946 y Winnicott en 1955, hasta las actuales definiciones sobre el concepto de Alianza Terapéutica desde diversas perspectivas teóricas que han ido diferenciándose del campo psicoanalítico, y que forman parte de la historia de desarrollo de este concepto (Etchevers et al., 2016, p. 3).

Asimismo, resulta relevante dar cuenta cómo Bordin (1979) ha diferenciado el concepto de transferencia y alianza terapéutica. El autor refiere a la transferencia como "proyecciones inconscientes del paciente", y, por otro lado, define la alianza terapéutica como "la unión positiva entre paciente y terapeuta" (Horvath y Greenberg, 1989, como se citó en Andrade Gonzalez, 2005, p. 14). Además, para Bordin, como componente de la relación terapéutica, la alianza facilita e impulsa estrategias terapéuticas que posibilitan que el paciente pueda afianzarse al tratamiento y transitarlo (p. 14).

Así como fue precisado, se seleccionan aquí aquellas definiciones actuales del concepto, que resultan acordes a lo propuesto en el presente Informe Final. En primer lugar, si bien no existe una definición unívoca de este concepto, se puede comenzar afirmando que la alianza terapéutica es “uno de los más importantes predictores de buenos resultados” (Mussi, 2015, p. 83), considerando que resulta primordial tener en cuenta la relación entre terapeuta y consultante durante el proceso terapéutico. Esta última puede definirse como “los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan” (p. 80). A su vez, la consolidación de una relación terapéutica entre consultante y terapeuta debe tender hacia el fortalecimiento de una alianza de trabajo, la cual es relevante ya que constituye una intervención en sí misma que “sienta las bases para las intervenciones posteriores y viabiliza el proceso terapéutico” (p. 80).

Acorde a lo expuesto por Bordin (1979), el autor considera a la alianza de trabajo como la *clave* para propiciar el cambio entre consultante y terapeuta (p. 252). El autor define a la alianza como “el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio” (Bordin, 1979, como se citó en Andrade Gonzalez, 2005, p. 13). Asimismo, Bordin afirma que la misma está constituida por tres componentes (p. 13):

1. El *vínculo positivo*: implica una “compleja red de nexos personales positivos” entre paciente y terapeuta. La calidad del mismo determinará “el tono emocional que el paciente tiene del terapeuta y que incluye aspectos tales como la empatía, la confianza mutua y la aceptación” (p. 13). El vínculo positivo implica “confianza y respeto” entre ambos, así como un “compromiso y comprensión” común respecto al proceso terapéutico (p. 15).

A su vez, refiere a “la cualidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente” (Mussi, 2005, p.84), acentuando la importancia de la comprensión empática por parte del terapeuta.

2. *Acuerdo en las metas*: implica el acuerdo en los objetivos de la terapia, por parte de paciente y terapeuta, en relación a lo que se pretende alcanzar en dicho proceso a mediano y largo plazo.
3. *Acuerdo en las tareas*: se refiere a las actividades que el paciente debe realizar en pos de avanzar en la terapia y alcanzar los objetivos propuestos. Las tareas constituyen “los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos”, y la consolidación de la relación terapéutica depende de que tanto terapeuta como paciente den cuenta de la importancia que dichas tareas tienen, y se comprometan en el cumplimiento de las mismas (Andrade Gonzalez, 2005, p. 13).

Además, los autores Botella y Corbella (2003) reconocen la influencia que tanto Bordin (1976) como Luborsky (1976) obtuvieron en el desarrollo del concepto. Como fue expuesto, Bordin concibe a la alianza como un “encaje y colaboración entre cliente y terapeuta”, y afirma en 1980 que por sí misma no es “curativa”, sino que constituye un “ingrediente que hace posible el seguimiento del trabajo terapéutico” (Horvath y Luborsky, 1993-1976, como se citó en Botella y Corbella, 2003, p. 208). Y, por otro lado, Luborsky quien define a la alianza como una “entidad dinámica”, la cual fluctúa durante los

distintos momentos del proceso terapéutico. Por ello, describe dos tipos de alianza, una en función de la primera fase del inicio de la terapia, caracterizada por la "ayuda y contención" que el terapeuta brinda al paciente, y una segunda alianza, en relación a las fases posteriores relacionadas al "trabajo conjunto" que tienda a superar las dificultades que puedan originarse en el paciente durante el proceso terapéutico (p. 208).

Por último, es preciso dar cuenta que, a partir de las diferentes definiciones sobre el concepto, dichos autores refieren a la alianza como una:

"construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación" (p. 208).

De esta manera, la definición destaca la construcción mutua entre paciente y terapeuta, así como deja en claro que dicho concepto se encuentra condicionado a la relación terapéutica establecida.

4) Trastornos de Alimentación.

Respecto a los Trastornos de Alimentación, como se mencionó en el apartado de la "Presentación y Justificación del trabajo", se definen como:

"una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial" (APA, 2014, p. 329).

Respecto a la Anorexia Nerviosa, se retoman del DSM V (2014) los requisitos para cumplir con el diagnóstico, los cuales son (p. 338):

- A. Negarse a mantener un peso corporal mínimo o esperado para la edad y talla.
- B. Intenso miedo a ganar peso o "convertirse en obesas", temor que no disminuye a pesar de perder peso.
- C. Alteración en la percepción del peso y la silueta corporal, por ejemplo, algunas personas se perciben "obesas", o aunque se encuentren delgadas, continúa la preocupación por algunas partes de su cuerpo que perciben como "obesas".

Cabe destacar que la amenorrea, es decir, la ausencia de períodos menstruales por al menos tres meses consecutivos, figuraba como una característica en el DSM IV (1994), pero ya no en el DSM V (2014),

debido a que se produce en consecuencia de la pérdida de peso, pero sólo se presenta en un pequeño porcentaje de mujeres.

Como se mencionó anteriormente, existen dos subtipos de anorexia nerviosa (p. 339):

- a) Tipo Restrictivo: caracterizada porque la pérdida de peso se produce por dietas, ayunos, o ejercicios intensos, pero la persona no recurre a atracones y purgas para ello.
- b) Tipo compulsivo/purgativo: se caracteriza por episodios regulares de atracones y purgas (entendidas como vómitos autoinducidos y uso de laxantes o diuréticos). En ocasiones, puede presentarse purgas sin atracones, pero no al revés, y se recurre a dichas conductas compensatorias al menos una vez a la semana.

Con respecto a la Bulimia Nerviosa, desde el DSM V (2014), se caracteriza a la misma por (p. 345):

- A. "Episodios recurrentes de atracones". Se define a un atracón como "la ingestión, en un período determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas" (p. 345). Además, se evidencia una falta de control sobre el alimento que se consume durante ese tiempo que suele ser inferior a dos horas, generalmente.
- B. "Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso". Entre ellos se mencionan el vómito, la cual resulta la más usual de ellas, seguida también del uso de laxantes o diuréticos, el ayuno y ejercicio excesivo.
- C. "Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses".
- D. "La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal". El interés y énfasis está situado en el peso y la silueta corporal específicamente, los cuales resultan condicionantes en su autoestima y autopercepción.
- E. "La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa".

También se presenta el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, el cual se caracteriza por presentar síntomas que resultan propios de la patología alimentaria, y se genera un "malestar y/o deterioro" en las diferentes áreas de la vida de la persona (social, familiar, de pareja). Pero a su vez, no cumple con los criterios de ningún trastorno de la conducta alimentaria para ser clasificado como tal (p. 354).

Resulta importante destacar, como mencionan los autores Crispo et al. (1998), que, si bien porcentualmente los trastornos alimentarios se presentan mayormente en mujeres, en los últimos cinco años el porcentaje ha crecido de 5% a 10% en varones. Esta cuestión refuerza que no existen factores

biológicos que predisponen a estas patologías, así como el contexto sociocultural ejerce cada vez mayor influencia tanto en hombres como mujeres (p. 19).

Dichos autores refuerzan, además, la "multideterminación" que caracteriza a los trastornos alimentarios, lo cual implica diversos factores a tener en cuenta al determinar a los mismos. Ningún factor por sí mismo resulta suficiente, sino que es en su combinación que podemos hablar de patología alimentaria (p. 26).

Por su parte, Garner y Garfinkel (1980, como se citó en Crispo et al., 1998, p. 26) determinan tres factores centrales que dan cuenta de dicha multideterminación:

- Factores predisponentes: socioculturales, familiares e individuales.
- Factores precipitantes: estresores, actitudes anormales con peso y figura, dietas extremas y pérdida de peso.
- Factores perpetuantes: atracones y purgas, así como secuelas fisiológicas y psicológicas.

En definitiva, una persona "se vuelve más vulnerable" para desarrollar un trastorno alimentario cuando se combinan dichos factores familiares, sociales, e individuales, se produce un "evento estresante" como la etapa de la adolescencia, y se "perpetúa dicho trastorno debido a efectos fisiológicos y emocionales" (p. 27).

Por esa razón, los autores afirman que, en primer lugar, el proceso de recuperación se encuentra centrado en lograr mejorar la alimentación, lo cual permite que la persona pueda recuperar su salud no solo física, sino también emocional en consecuencia. Una vez logrado, se profundiza sobre otros aspectos tales como los vínculos sociales, comunicación y relaciones con los miembros de la familia, entre otros (p. 80). Para lograrlo, resulta fundamental el trabajo en conjunto de los pacientes no sólo con el equipo de profesionales, que implica a terapeutas, nutricionistas, médicos clínico y psiquiatra; sino también con la familia del paciente, ya que los integrantes de la misma posibilitan continuar con el cumplimiento de las indicaciones realizadas, por fuera del lugar o institución en donde se lleva adelante el proceso terapéutico (p. 82).

Para finalizar, algunas de las características más notables en la persona que se encuentra transitando un trastorno alimentario, refieren a cambios en los hábitos de la rutina diaria y en aspectos de su personalidad que difieren de como era antes. En la anorexia nerviosa, es usual observar en las personas mayor introversión, escasa conciencia de enfermedad, así como resulta frecuente el orden y la prolijidad, por ejemplo, en el periodo escolar (Herscovici, 1996, p. 138). Respecto a cambios en la actitud, se destacan la irritabilidad, cambios en el humor, aislamiento social, tristeza, perfeccionismo y dificultad para la concentración, entre otros (pp. 99-100).

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de rasgos de extroversión, desorganización, y por poseer mayor conciencia de su enfermedad y del hambre. La angustia luego de comer en exceso, la preocupación por el cuerpo y los rastros de comida, constituyen otras de las características más específicamente observadas en la bulimia (p. 129).

Según Herscovici (1996) es frecuente también que las personas comiencen a mentir, olvidar cosas o perderlas, y específicamente con la ropa, al perder tanto tiempo buscando "aquella (prenda) que les disimule lo que en ese momento es el aspecto de su cuerpo que quieren esconder" (p. 138). Por último, rasgos en común que pueden encontrarse en los pacientes con trastornos alimentarios son: alexitimia, que refiere a la "dificultad para distinguir y expresar emociones y sensaciones" (p. 70); autoestima baja, dificultad en la separación o individuación, trastornos de la autoimagen corporal, conflictos con la propia sexualidad, trastornos del pensamiento, impulsividad, obsesionalidad y compulsividad (p. 76).

Fundamentos de la elección de la modalidad.

1- Tipo de diseño.

El tipo de diseño posee un encuadre desde la Estrategia Cualitativa, a partir de un trabajo de campo. Siguiendo lo planteado por Janesick (2000), se compara el diseño de investigación cualitativa con la danza como *forma de arte*, lo cual posibilita pensar a la investigación cualitativa desde esta perspectiva de "*arte interpretativo*" (p. 229). Asimismo, Maxwell (1996) plantea cuatro componentes que posibilitan un estudio cualitativo: la relación de investigación establecida con lo que se estudia, el muestreo, la recolección de datos y el posterior análisis de los mismos (p. 63). Siguiendo lo planteado anteriormente por ambos autores, es que se interpretó y analizó la información obtenida durante la experiencia compartida entre el entrevistado y entrevistador, para poder dar respuesta al interrogante de la presente investigación acerca de cómo influyen las estrategias de autocuidado utilizadas por los psicólogos en la consolidación de la alianza terapéutica.

Respecto al campo empírico y el trabajo con los datos, la institución en la que se basó la investigación es la Fundación Centro Bulimia y Anorexia, ubicada en la ciudad de Paraná.

En reconocimiento de la propia implicancia en la investigación, la misma se llevó a cabo desde una perspectiva Sistémica-Integrativa, a partir de la cual fue posible obtener mayor información en relación a la competencia del Autocuidado y la Alianza Terapéutica, porque es una de las perspectivas teóricas que abona el campo de conocimiento con investigaciones y teorizaciones al respecto. Así mismo, resultó una herramienta útil para contextualizar la interpretación de la información obtenida de las entrevistas, desde los diversos autores que lo desarrollan y complejizan.

2- Selección del contexto.

El contexto fue la Fundación Centro Bulimia y Anorexia de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

3- Universo o población.

El universo o población fueron los profesionales psicólogos que realizan abordajes de trastornos alimentarios en la ciudad de Paraná.

4- Unidades de análisis.

La unidad de análisis fueron los profesionales psicólogos presentes en la Fundación Centro Anorexia y Bulimia sede Paraná que prestaron su consentimiento para la realización de las entrevistas.

5- Tipo de muestra.

El tipo de muestra fue intencional. De acuerdo a lo expuesto por el autor Maxwell (1996), la muestra intencional “es una estrategia en la cual los escenarios, personas o acontecimientos son escogidos deliberadamente para proveer información importante que no puede ser tan bien obtenida por otras selecciones” (p.68), por lo cual a fin de poder recolectar la información requerida, es que la cantidad de entrevistas a realizar con los psicólogos de la Fundación Centro así como la elección del escenario para llevarlas a cabo, se decidió no sólo a criterio del investigador, sino también a la disponibilidad que la institución y los profesionales poseían.

6- Técnica de recolección y análisis de la información.

En cuanto a la técnica de recolección y análisis de información, cuya elección se apoya en las decisiones tomadas en los aspectos epistemológicos y del tipo de diseño, se centró en entrevistas semidirigidas individuales con los profesionales psicólogos. Dichas entrevistas comenzaron, de acuerdo a lo expuesto por Steinar (2011), con una *introducción informativa* (p. 83), para brindar información al entrevistado respecto al contexto del escenario en que se encuentra. Luego se dio lugar a preguntas abiertas para indagar sobre las diferentes estrategias y desarrollo del autocuidado en cada profesional, y cómo influyen en la consolidación de la alianza terapéutica con los pacientes. Por otra parte, se realizaron preguntas cerradas que tiendan a recolectar información o datos específicos de los profesionales, de la Fundación Centro, su desarrollo laboral en la misma, y sobre las terapias grupales que se realizan (para indagar sobre la alianza en dichos espacios terapéuticos). También tuvieron lugar a lo largo de la entrevista, preguntas de profundización, sondeo y especificación, detalladas por Steinar al momento de establecer posibles preguntas de entrevista (p. 88), con el propósito de indagar acerca de sus apreciaciones sobre la influencia de las estrategias de autocuidado en la alianza terapéutica, junto con ejemplos y situaciones en las que se hayan puesto en juego las mismas.

Por último, con respecto al análisis de la información de las entrevistas, el mismo se centró en el *análisis de entrevista centrado en el significado* (Steinar, 2011). En el mismo se tuvo en consideración la codificación de la información en categorías para posibilitar la comparación de los temas abordados, la condensación del significado para poder resumir lo expresado por los psicólogos entrevistados, y, por

último, la interpretación del significado, para lograr profundizar y ampliar la información obtenida en las entrevistas (p. 138).

Desarrollo del informe.

En el presente apartado se desarrolla el análisis de las entrevistas realizadas a los cinco psicólogos que se encuentran trabajando en la Fundación Centro. Para mayor comprensión y organización del mismo, en primer lugar, se realiza una descripción de los cinco profesionales, respecto a su formación y experiencia en el campo de la Psicología. Posteriormente, se detalla información sobre la Fundación Centro, sus orígenes, cómo funciona y está organizada en la actualidad, los diferentes espacios que la componen, entre otros aspectos relevantes para comprender cómo es su modalidad de tratamiento, la cual comprende el trabajo de los psicólogos entrevistados.

También se presentan tres grandes apartados que responden a los objetivos específicos afines a la investigación: estrategias de autocuidado, alianza terapéutica y autocuidado, y percepción de la influencia de las estrategias de autocuidado en la consolidación de la alianza terapéutica. De los mismos se desprenden, a su vez, otros subtítulos para poder analizar con detalle y de manera ordenada, la información que se obtuvo de las entrevistas realizadas.

Participantes de las entrevistas.

A continuación, se realiza una introducción respecto a los participantes de las entrevistas cuyo testimonio constituye el análisis de este informe. Se han elegido intencionalmente nombres ficticios para cada uno de ellos.

Las entrevistas fueron realizadas de forma presencial en la Fundación Centro, en días diferentes cada una. A excepción de la entrevista con Ludmila, la cual se acordó desarrollarla en forma virtual, debido a dificultades para coincidir en un encuentro presencial.

Mariana, 34 años, de la ciudad de Paraná. Licenciada en Psicología desde 2014, recibida en UCA. Especialización en Psicoterapia Sistémica Focalizada en Puiggari, en el Centro Calidad de Vida. Participó en espacios de Psicodrama de Buenos Aires dirigidos por "Tato" Pavlovsky. Ha hecho actividades relacionadas al arte, como grafología, teatro, clases de canto. Actualmente, trabaja en Fundación Centro como co-coordinadora desde el año 2015, también se desempeña en COPNAF como psicóloga del equipo técnico de una Residencia de alto nivel de apoyo, y está a cargo de terapias grupales e individuales desde su consultorio particular.

Ludmila, 27 años, de la ciudad de Paraná. Licenciada en Psicología, recibida en UADER, FHAYCS en el año 2021. No realizó especializaciones. Refiere haber hecho una "formación intensiva" en Fundación Centro, para poder trabajar en relación a los trastornos de alimentación. Actualmente, se desempeña como psicóloga en dicho lugar.

Romina, 35 años, de la ciudad de La Paz, actualmente reside en Paraná. Licenciada en Psicología recibida en UADER, FHAYCS en el año 2021. No posee especialización en TCA, aprendió en la Fundación Centro ya que al recibirse comenzó a trabajar allí de manera inmediata, hace aproximadamente 3 años. Su marco epistemológico de referencia es el Psicoanálisis. Además, trabaja en su consultorio privado en Paraná y en La Paz, donde viaja una vez por semana. Planea recibirse de profesora de Psicología y dedicarse también a la docencia en un futuro.

Patricia, 30 años, de la ciudad de Hernandarias, actualmente reside en Paraná. Licenciada en Psicología, recibida en UCA. Realizó una formación en la corriente Gestáltica, en la ciudad de Buenos Aires, en AGBA. Conoce la Fundación desde muy pequeña, ya que acompañó a una amiga a atravesar un tratamiento por patología alimentaria. A partir de ello, comenzó a interesarse por los Trastornos de la Conducta Alimentaria, estudió Psicología y comenzó haciendo pasantías en la Fundación alrededor del cuarto año de la carrera. Al recibirse, comenzó a ejercer como psicóloga en la Institución. Además, trabaja en su consultorio privado, desde una perspectiva Gestáltica la cual caracteriza su posterior formación.

José, 42 años. Licenciado en Psicología, realizó su especialización en el abordaje de los trastornos alimentarios en la Fundación Centro, realizando capacitaciones desde hace 14 años. No ha realizado especializaciones. Actualmente, trabaja en la Fundación y en su consultorio particular. Hasta febrero de este año, se desempeñaba trabajando en una escuela primaria.

Sobre la Fundación Centro.

A continuación, se detalla una descripción sobre la Fundación, sus espacios de terapia, las tareas a desarrollar por parte de los psicólogos entrevistados, y el trabajo en equipo con los demás profesionales. La presente descripción fue reconstruida a partir de lo manifestado por cada uno de los entrevistados, y se resumirá lo dicho por cada uno en este apartado.

Sus orígenes.

Acorde a lo expresado por José, la Fundación Centro surge de ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia), institución fundada por la doctora Bello junto con sus primeros pacientes en 1985. Años más tarde, en 1999 un grupo de padres que viajaban a Buenos Aires para llevar a sus hijas al tratamiento por patología alimentaria, decidieron traer el mismo a la ciudad de Paraná. El actual presidente de Fundación Centro fue uno de los padres que hace ya 24 años decidieron poner en funcionamiento el modelo de tratamiento de ALUBA.

También, como refiere Patricia, tiene otras sedes en Córdoba, en Concepción del Uruguay, y en Santa Fe. Las cuatro sedes trabajan en red, permaneciendo en constante comunicación entre los equipos de trabajo de cada una de ellas. Además, debido a que la patología alimentaria puede observarse desde los

4 años en adelante, la Fundación ha contado con programas de atención a niños, pero en la actualidad no se sostienen debido a la escasa adherencia de las familias y los niños al tratamiento. Sin embargo, sí continúa desarrollándose en Córdoba, sede en la que “funciona muy bien el programa de atención a niños”, de acuerdo a lo manifestado por Patricia. A su vez, Mariana agrega que este año se ha incorporado un programa de tratamiento para la obesidad que se desarrolla en horarios durante la tarde.

Por otro lado, Romina da cuenta que actualmente la Fundación posee una estructura de encuadre y dinámica de tratamiento grupal específico, la cual implica un tratamiento ambulatorio donde la participación de las familias y el contexto social cercano de los pacientes debe ser activa. Asimismo, a lo largo de los años, ha pasado por diversos procesos de cambio, desde cambios edilicios hasta cambios a nivel cultural y social, en pos de una "postura más humanista" como señala Mariana, tanto en los grupos terapéuticos como en los equipos de trabajo.

Espacios terapéuticos.

La Fundación Centro está organizada en distintos espacios terapéuticos. El tratamiento es grupal, y al respecto Mariana agrega que, si la patología se transita de forma compartida, con herramientas compartidas, esto posibilita trabajar sobre los diferentes temas y situaciones que traen los pacientes de la forma más cómoda y con la mayor confianza posible junto a los demás integrantes del grupo.

Al inicio del tratamiento, las personas que ingresan transitan un proceso de admisión donde los psicólogos evalúan si se trata de una patología alimentaria, para luego de acuerdo a la edad ingresar al grupo determinado. Posteriormente a esta entrevista de admisión, sigue el espacio terapéutico que se considera dentro de la instancia inicial del tratamiento, que es el "Módulo de Evaluación Diagnóstica", y está a cargo del psicólogo José. Acorde a lo expresado por él, la instancia de “Pre Ingreso” tiene una duración de un mes aproximadamente, en el cual los pacientes, previo a comenzar el tratamiento propiamente dicho en el Módulo 1, asisten a este espacio que les permite comenzar a interiorizarse sobre la modalidad del mismo y las pautas que deben cumplir tanto ellos como sus familiares o responsables.

Actualmente, “hay dos grandes grupos, el grupo de adultos y el grupo de adolescentes”, según afirma Romina. El grupo de adultos, de acuerdo a Mariana, presenta un cronograma de asistencia particular a diferencia de los adolescentes, ya que la carga horaria es menor. Esto se debe, como expresa la psicóloga, a las responsabilidades que cada uno de los pacientes puede tener, como trabajos, hijos, facultad, entre otras. En el caso del grupo de adolescentes, es un “tratamiento ambulatorio”, y las terapias de grupo son diarias, funcionando de lunes a jueves, y dependiendo del cronograma de asistencia de cada paciente.

El llamado "Hospital de Día", por su parte, incluye a los pacientes del grupo de adolescentes, compuestos por chicos de 11 y 12 años hasta jóvenes de 20, ya que se considera que están atravesando una misma "etapa evolutiva". De acuerdo a lo expuesto por Romina, el grupo está compuesto en su gran mayoría por mujeres y aproximadamente un 10% hombres, o menos, lo cual coincide con lo expuesto por los

autores (Crispo et. al, 1998) respecto a que el porcentaje de trastornos alimentarios en varones se ha incrementado en los últimos cinco años de 5% a 10% (p. 19). En este grupo también hay dispositivos terapéuticos grupales, como talleres psicoeducativos y asambleas (espacios de terapia grupal).

Si bien cada grupo posee distintos objetivos que los pacientes van cumpliendo para avanzar en el tratamiento, en sus comienzos en Módulo 1, dichos objetivos responden a cuestiones relacionadas a la “estabilidad biológica y la disminución de los síntomas”, es decir, la organización y la adquisición de hábitos saludables. Luego, al pasar al Módulo 2 se trabaja sobre el “restablecimiento de los vínculos familiares, de un trabajo o el estudio, y el internalizar y conservar lo adquirido en el módulo 1”; mientras que en el Módulo 3 se hace mayor hincapié en la autonomía del paciente, así como afianzar los objetivos alcanzados en los anteriores módulos, para que pueda construir su proyecto de vida. Por último, en Pre Alta se brindan herramientas para poder llevar a cabo ese proyecto y comienza a cerrar su proceso en la Fundación, otorgando espacios de despedidas para ello, así como “testimonios de vida” que sirvan también a otros pacientes.

Entre otros espacios de terapia que son brindados desde la Fundación para ambos grupos, es posible mencionar los espacios de asambleas (terapias de grupo), talleres temáticos y psicoeducativos, las reuniones de módulos 1 y 2, las reuniones de módulos 3 y Pre Alta, reuniones de comisiones (el grupo de autoayuda se estructura a partir de tareas que son esas comisiones, comisión de talleres, de limpieza, de presencialidad, de salidas y cumpleaños de gala), asambleas comunitarias (donde se trabajan cuestiones relacionadas a cómo funciona el grupo), y reuniones nutricionales. Además, de turnos mensuales con la médica clínica y médica psiquiatra.

También se presentan actividades y espacios destinados a las familias y en conjunto a ellas, dentro de los cuales los psicólogos mencionan a los encuentros multifamiliares con las familias y los pacientes una vez al mes así como los encuentros multifamiliares de devolución, que son solo para los familiares de los pacientes, son encuentros de una vez por mes, donde los terapeutas hacen una "devolución grupal de cada paciente acerca de cómo va el proceso del tratamiento de sus hijos", acorde a lo expuesto por Romina. También los entrenamientos para responsables, entrenamientos psicoeducativos en relación al TCA, el grupo de madres voluntarias y ferias de talentos dos veces al año. De acuerdo a lo expuesto por Mariana, el objetivo de dichos espacios es formar una red de contención tanto dentro como por fuera de la Fundación, junto a otros pacientes y familiares, más allá de los terapeutas.

Por último, Romina y Patricia también refieren a la terapia de grupo Intensamente, que funciona dos veces por semana, y que engloba pacientes tanto del grupo de adultos como del Hospital de Día, para trabajar rasgos de la personalidad. En este grupo asisten aquellos pacientes que además del diagnóstico de Trastorno Alimentario, están transitando en comorbilidad con la patología un trastorno del Estado de Ánimo o Trastorno de Personalidad, previamente determinado por la médica psiquiatra, por lo que cumplen con criterios del DSM V. En este grupo se trabajan los rasgos más límites que coinciden con el Trastorno de Personalidad Límite, y entre los que detalla Romina, se pueden mencionar la

inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, sentimientos de vacío, relaciones inestables, autolesiones, heteroagresividad, miedo al abandono, transgresión de límites en los vínculos con las personas y exposición ante situaciones de peligro.

Es importante dejar claro que, acorde a lo expuesto por la psicóloga Romina, no todos los pacientes cumplen con los criterios de diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, pero en ocasiones sí poseen ciertos rasgos del mismo, y los caracteriza una “marcada inestabilidad emocional”. Asimismo, se destaca que uno de los síntomas principales de los pacientes que están diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad, son las “alteraciones alimentarias”. La importancia del abordaje y el trabajo respecto a los rasgos de la personalidad, como afirma la profesional, se debe a que los mismos afectan las distintas áreas en la vida del paciente, como su esfera social tanto en sus vínculos y relaciones con las personas de su entorno.

Equipo interdisciplinario de trabajo.

Actualmente, el equipo de trabajo es interdisciplinario y está conformado por cinco psicólogos, una médica psiquiatra, una médica clínica y una nutricionista. José y Mariana, además de psicólogos, son coordinador y co-coordinadora respectivamente, y están encargados de la organización y coordinación de las diferentes actividades en la Fundación Centro y de la supervisión del equipo terapéutico. Asimismo, se cuenta con un director y dos personas en la parte administrativa, encargadas del área de secretaría y tesorería de la Fundación.

Los profesionales psicólogos coinciden en que son los que cuentan con mayor carga horaria, y esto se debe a la variedad de espacios y dispositivos terapéuticos con los que cuenta la Fundación. Respecto a las tareas que realizan y responsabilidades que tienen a cargo, los psicólogos mencionan entre ellas a las reuniones de seguimiento individuales, los espacios grupales de terapia de los grupos de pacientes, el espacio de Intensamente, el acompañamiento y desarrollo de los talleres psicoeducativos, y los espacios de entrenamientos y devolución a las familias. Sumado a esto, Ludmila destaca que también están a cargo de trabajar en la organización de las distintas actividades, acompañar en reuniones y espacios terapéuticos a otros psicólogos, el pesaje a pacientes, corrección diaria de sus cuadernos de ingestas y control de su medicación, llevar a cabo reuniones familiares, con amigos del paciente y con las escuelas. Y, por último, la psicóloga también menciona tareas administrativas relacionadas a seguimientos de exámenes médicos, realización de evaluaciones psicológicas, así como del cronograma de actividades mensuales, organización de los talleres psicoeducativos en los diferentes espacios, actualización y foliado de las historias clínicas, y llamados por teléfono ante diversas situaciones como, por ejemplo, “cuando no están asistiendo al tratamiento o se presenten dificultades para resolver en relación al ámbito escolar”.

Asimismo, algunos de los psicólogos se encargan particularmente de determinados espacios, como, por ejemplo, José menciona que está encargado de espacios como la coordinación del grupo de madres

voluntarias, el grupo de módulos 3 y Pre Altas, y el espacio de Pre Ingreso con pacientes que están adaptándose al tratamiento.

Respecto a las reuniones de seguimiento mencionadas con anterioridad, Ludmila da cuenta que de los 50 pacientes aproximadamente que forman parte de la Fundación Centro, cada psicólogo tiene a cargo ciertos pacientes (alrededor de 10) que deben “seguir individualmente más de cerca a lo largo del tratamiento”. Según Patricia, si bien el tratamiento es grupal, y, por ende, el encuadre del mismo no tiene como objetivo la terapia individual, se presentan dichos seguimientos a pacientes que se tratan de reuniones mensuales (dependiendo del caso de cada paciente). A través de estas reuniones, el psicólogo tiene un “seguimiento más cercano de la evolución de cada paciente y su familia dentro del tratamiento”, y le permite evaluar si el paciente está cumpliendo los objetivos pertinentes a cada módulo. Las reuniones de seguimiento pueden llevarse a cabo tanto con los pacientes como con las familias de ser necesario, ya sea juntos o por separado, para abordar y trabajar sobre cuestiones de "comunicación o relación entre los integrantes de la misma", expresa José.

Estrategias de Autocuidado

Una de las categorías teóricas centrales del presente trabajo de investigación son las estrategias de autocuidado, las cuales posibilitan dar cuenta de los objetivos específicos, en relación a identificar el empleo de las mismas en la consolidación de un vínculo positivo, en el acuerdo de metas y el acuerdo de tareas con los pacientes.

Es por ello que, como introducción y con fines de facilitar la comprensión y el desarrollo de dichas estrategias, se propone analizar a modo de subtítulos los distintos aspectos indagados en relación al autocuidado de los profesionales psicólogos. Así, se detallan a continuación los temas a profundizar:

- importancia del autocuidado para los profesionales,
- el desgaste en el tratamiento de la patología alimentaria,
- desgaste en el equipo de trabajo,
- el trabajo con las familias de los pacientes en relación a la adherencia al tratamiento,
- y herramientas de autocuidado implementadas por los profesionales tanto en el ámbito laboral como profesional.

Importancia del Autocuidado para los profesionales.

Durante la realización de las entrevistas semidirigidas, se presentó en forma de introducción la definición de autocuidado que se retoma para el presente trabajo de investigación. La misma, según

Mussi (2015), es definida como "la capacidad del terapeuta para adquirir actitudes y comportamientos que recuperen la energía, utilizando un estilo de vida saludable en el ámbito del trabajo" (p. 310).

De acuerdo a los autores Holguín-Lezcano et ál (2020), es posible considerar, además, al autocuidado como una competencia del psicólogo, que contribuye con el bienestar del profesional y su salud mental. A su vez, dicha competencia debe adquirirse y desarrollarse, ya que las estrategias que singularmente cada profesional constituya para sí, le permitirán orientarse y desarrollarse en su ejercicio terapéutico. (p. 154).

También se puede hacer referencia al autocuidado como un proceso, el cual es "multidimensional y multifacético de implicación intencional en estrategias que favorecen un desempeño saludable y mejoran el bienestar" (Dorociak et al., 2017, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023). Se hace hincapié entonces a las actividades que le posibilitan a cada profesional cuidarse en el ámbito laboral de factores estresantes. Asimismo, añade que "es algo que se hace de forma intencional y de múltiples maneras; en cierto sentido, podemos considerarla una suerte de actitud que acompaña al clínico en todo aquello que hace, dentro y fuera de su trabajo" (pág. 647).

Respecto a la importancia del autocuidado, se puede afirmar que los cinco psicólogos entrevistados coincidieron en que esta competencia forma parte y resulta indispensable tanto en su trabajo diario, así como en la profesión en general. José refiere que desde sus inicios en la carrera y posteriormente en su ejercicio profesional, siempre tuvo muy presente dicha competencia y a sus "fuentes de energía" (haciendo referencia a herramientas de autocuidado) para no sobrecargarse dentro de su ámbito laboral.

Mariana considera al autocuidado como un trabajo, en la entrevista señala que "es un trabajo más, es como vos dijiste, una competencia, un recurso, una capacidad, algo vital, algo necesario, como ir al baño, registrarme como importante en lo que pienso, en lo que siento y en lo que hago". Además, refiere que el mismo es necesario para la prevención del burn out y el desgaste por empatía, "más que nada en estas profesiones en donde trabajamos con otras personas, que te genera mucho desgaste y te genera también hasta enfermedades no solo psicológicas sino también físicas; creo que es fundamental." Lo expresado por la psicóloga es lo que Mussi (2015) expone, respecto a que los profesionales que trabajan con el padecimiento de otra persona, pueden experimentar a lo largo de su desempeño laboral el "síndrome de burnout" o "desgaste por empatía", resaltando la importancia del autocuidado para prevenirlos (p. 291).

Ludmila, por su parte, considera que es muy importante tomar medidas de autocuidado para poder sostener el ejercicio de su profesión, y menciona que a este último se lo descubre y conforma mientras se trabaja, ya que allí es donde aparece lo que va desgastando. Lo dicho por Ludmila, coincide con lo expuesto por los autores Holguín-Lezcano et ál (2020), respecto a que "el autocuidado es una competencia que se desarrolla, se aprende y se adquiere gracias a la experiencia y formación" (p. 162).

Siguiendo esta línea de descubrir el autocuidado por parte de cada profesional en su ámbito laboral, Romina en su entrevista hace hincapié en la singularidad que caracteriza a esta competencia, ya que las estrategias de autocuidado pueden ser diversas entre los profesionales psicólogos. Identifica también en esa singularidad "los límites que uno mismo se puede poner en relación a cuánto te puede desgastar este laburo". Lo expresado por Romina puede verse reflejado en los autores Norcross y VanderBos (2021, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023), quienes adhieren a que no habría técnicas o actividades específicas de esta competencia, debido a que algunas podrían ser de gran utilidad para un profesional y no para otro. Dichas "estrategias generales", como los autores refieren, responden a las características, necesidades y circunstancias personales y profesionales de los psicólogos, siendo particulares en cada caso, por lo cual pueden llegar a coincidir o diferir entre profesionales (p. 652).

Desgaste por parte de los psicólogos en el trabajo con los trastornos alimentarios.

Al interrogar sobre qué resultaba más desgastante del trabajo como psicólogos en el tratamiento de la patología alimentaria, y en pos de continuar indagando sobre las herramientas que se ponen en juego para el abordaje del mismo, las respuestas obtenidas fueron amplias y diversas, aunque muchas de ellas compartidas ya que referían haber conversado al respecto en anteriores ocasiones junto con el equipo de trabajo.

Mariana recordó que, en sus comienzos como pasante, las primeras veces que se encontró en el espacio de terapia grupal se sentía sobrecargada y dolida ante la escucha sobre lo que manifestaban los pacientes, y posteriormente a ello se quedaba preocupada y pensando qué habría pasado después. En sus palabras:

"Me sentía como "que feo lo que están diciendo", me sentía re mal, después me quedaba preocupada, qué pasó... pensaba "¿estarán bien? ¿Qué pasó con sus familias?", y eso me agotó totalmente a mí, pero fue algo muy importante que me pase eso. Y yo me empecé a sentir mal, cada vez que venía a la Fundación me sentía mal."

Al respecto, José añade el "compromiso emocional" que cada psicólogo posee con los pacientes al compartir una gran parte del día, casi todos los días, durante meses y años en algunos casos, lo cual desgasta ya que afecta a los profesionales cuando un paciente no está bien, ya sea porque no se cuida a sí mismo o está atravesando alguna situación de crisis.

Lo que describen Mariana y José se relaciona con las características del desgaste por empatía que es definido por Figley (2002, como se citó en Mussi, 2015) como un "estado de inquietud, tensión y preocupación por los traumas individuales de los pacientes" (p. 306). Siguiendo a este autor, el desgaste aparece de forma repentina, a diferencia del burnout, sin señales previas y junto a sensaciones de desamparo y confusión. El síndrome de burn out laboral, por otro lado, es un síndrome psicológico que:

"(...) implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de

cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros" (Maslach y Marek, 1993, p.2).

Por su parte, Romina y Ludmila dan cuenta de que el mayor desgaste en este trabajo recae también en las tareas que deben realizar en relativamente poco tiempo. Refieren que hay días en que tienen a cargo muchas actividades para hacer al mismo tiempo, y esto ocurre ya que, a diferencia de otros profesionales, los psicólogos tienen una carga horaria mayor, compartiendo el mayor porcentaje del tiempo con los pacientes y sus familias. Ludmila menciona que en sus inicios en la Fundación le preocupaba el poder llegar con todas las actividades pendientes, y se proponía cubrir todos los espacios y tareas a su cargo. A pesar de ello, y con el paso del tiempo, entendió que "parte del autocuidado es reconocer que a veces bueno, eso no es posible, hay cosas que quizá se pueden dejar para el otro día, que se pueden continuar". Dicha sobrecarga laboral conlleva que los profesionales puedan sentir que tienen muchas responsabilidades y exigencias en el ámbito laboral, y a su vez cuentan con muy poco tiempo y recursos para dar respuesta a las mismas. Lo cual no solo contribuye a incrementar el agotamiento laboral, sino que también, ocasiona un desequilibrio entre el trabajo y la vida personal, al cargar con muchas de las mencionadas situaciones al terminar su jornada para continuar pensando en posibles soluciones (Maslach, 2009, p. 40).

Por otro lado, Romina y José consideran como otra fuente de gran desgaste a la demanda de las familias y pacientes, la cual se produce en consecuencia de la preocupación y angustia que se presentan al inicio del tratamiento, en el cual persiguen como objetivo principal que sus hijos se recuperen ahora y rápido, aunque no sea posible. De acuerdo a lo manifestado en las entrevistas, los padres consideran a los psicólogos como profesionales que *deben* arreglar a sus hijos, razón por la cual dicha demanda produce que se excedan de sus horarios laborales constantemente. Romina refiere que el psicólogo es visto como "una figura de resolución de conflictos inmediata", y caracteriza a la demanda familiar como "excesiva y constante". A su vez, la función y los alcances que ellos tienen como psicólogos muchas veces no resultan tan claros, debido a la diversidad de tareas que cumplen, lo cual, en palabras de la profesional, genera el resultado de que sean percibidos como "un recipiente de consultas, quejas, pedidos y solicitudes" por parte de las familias y responsables.

Tanto Romina, José y Patricia coinciden en que el desgaste también responde al constante estado de emergencia en que se encuentran, ante las diferentes situaciones de riesgo de vida de los pacientes, que, según José, ocurren desde autolesiones, intentos de suicidio, o internaciones en el Hospital Escuela. Dichas emergencias, según lo argumentado por Romina, los llevan a estar en un estado de alerta o pendientes de situaciones de riesgo que puedan suceder en los pacientes.

Para ella, dichas situaciones desgastan mucho, y requieren de una "preparación mental" que es difícil, un "cierto soporte psíquico fortalecido" como herramienta para poder sobrellevar dichas situaciones de emergencia, riesgo y vulnerabilidad que se presentan en el trabajo con la patología alimentaria, lo cual, según la profesional, tiene su impacto en el psiquismo de los profesionales. Dicho desgaste se puede

relacionar con el agotamiento que referencia Maslach (2009), el cual implica sentimientos de sobreexigencia y de falta de recursos físicos y emocionales, además de una notable disminución de la energía, que en este caso podrían ser ocasionadas por las situaciones nombradas por los psicólogos. El agotamiento además supone uno de los componentes del estrés básico del burnout, el cual fue descrito con anterioridad (p. 37).

Patricia y José comparten que el desgaste también proviene por la necesidad de trabajar constantemente, tanto con los pacientes como con sus familias, respecto a la adherencia al tratamiento. Esto es debido a que, al comienzo de su tratamiento, los mismos llegan, como expresa Patricia, con un gran deterioro físico y mental, caracterizado por ideas de muerte y desesperanza, y refieren no tener control sobre los síntomas relacionados con la alimentación, lo cual a veces conlleva que no asistan a la Fundación. Asimismo, José aclara que el abordaje en sus inicios implica "batallar con esa escasa conciencia de enfermedad con la que ingresan a veces los pacientes, y la gran desorganización familiar que hay".

A modo de conclusión de este apartado, es notable cómo los profesionales poseen conciencia de las situaciones que presentan mayor desgaste y agotamiento, como la emergencia, la demanda de las familias y el trabajo con los pacientes tanto en la psicoeducación como en la adherencia al tratamiento. La "consciencia y monitorización" como estrategia de autocuidado resulta importante en estos casos ya que la misma implica tener conciencia de los riesgos y factores estresantes dentro de la profesión. Dentro de dicha estrategia se incluye la meditación y el mindfulness, como ejemplos de prácticas que contribuyen a regular dichos factores estresantes junto a los riesgos, en pos de favorecer al bienestar del profesional (Gall y Posluns, 2020, p. 4-5). Dicha conciencia y conocimiento sobre las situaciones de agotamiento y desgaste mencionadas, se verá reflejada en el apartado sobre las herramientas de autocuidado que los profesionales expresaron, las cuales les posibilitan atravesar las mismas de la mejor forma posible, teniendo en cuenta la singularidad y estilo personal de cada profesional.

Desgaste en el equipo de trabajo. Equipos "quemados".

Por otro lado, a través de las respuestas obtenidas por José y Mariana, quienes además de psicólogos ocupan el rol de coordinadores hace muchos años, fue posible dar cuenta que el equipo de profesionales en la institución cumple un rol fundamental y resulta de relevancia al referirnos al autocuidado y el desgaste. En muchos casos, el burn out laboral no sólo atañe a las personas individualmente, sino también al ambiente laboral en el cual se encuentran insertas, cuya estructura y funcionamiento en muchas ocasiones modela las relaciones y formas de vincularse entre colegas (Maslach, 2009, p. 42). Asimismo, José y Mariana coinciden en que, en ocasiones anteriores, el desgaste y las dificultades que se producían en el equipo de trabajo influían y se veían reflejadas en el servicio que brindaban y en su ejercicio profesional, y, por ende, en los grupos y espacios terapéuticos en que se desempeñan como psicólogos.

En relación al equipo de trabajo, ambos afirman al respecto que luego de haber superado y afrontado diversas situaciones que fortalecieron al mismo, en la actualidad pueden confiar en su equipo de trabajo y funcionan muy bien como tal. Sin embargo, por sus años de experiencia y trayectoria en la Fundación, ambos estuvieron de acuerdo que dicha situación no siempre se presentó de la misma manera en todos los equipos terapéuticos a lo largo del ejercicio de su profesión. En relación a esto último, Mariana considera particularmente, que el desgaste en el trabajo se genera cuando no se cumple el acuerdo que fue establecido desde un principio, y agrega que:

"Ahí empieza a haber desconfianza en mi equipo, irregularidades, inseguridad personal. Entonces eso me parece fundamental, si uno cuenta con un equipo donde confía, se siente cómodo, la institución o el grupo de trabajo donde esté, todo va a funcionar bastante mejor, me parece a mí. Y el sentimiento de desgaste va a ser menor, más allá de que esta patología implique tanto desgaste".

Acorde a lo expuesto por Mussi (2015), los equipos de trabajo también pueden estar "quemados". Esto significa encontrar en los equipos en que presentan este desgaste, características como "coaliciones, el fenómeno de "chivo expiatorio" a quien se responsabiliza de los males del grupo, mayor aislamiento de sus integrantes, conductas hostiles, actitudes desleales, dificultad para poder decir la verdad, pérdida de confianza y seguridad" (p. 299).

José menciona que, en años anteriores, no se entendían como profesionales, había roces en el conflicto, cansancio que se arrastraba de otros lugares, cuestiones personales que se reflejaban en la falta de energía en el trabajo, y no se diferenciaban criterios profesionales de los personales (lo cual culmina en desgaste en las relaciones entre los profesionales). Agrega, además, el hecho de que son muchas horas de trabajo al día, a la semana, y muchas tareas que cumplir ya sea administrativas, reuniones, espacios de terapia y plazos. Esta situación llevó a José a plantearse en ese momento sobre continuar o no en su trabajo.

Por lo anteriormente mencionado por los psicólogos, es posible dar cuenta que el autocuidado del terapeuta no solo depende de sí mismo, sino del contexto, el cual cumpliría un papel fundamental (Inchausti Gómez et. al., 2023). Por contexto se hace referencia al equipo de trabajo del cual forma parte, así como de las organizaciones, formaciones, y el contexto social y político en el cual el profesional se encuentra inserto. Es así que el autocuidado implicaría ambos aspectos, por parte del profesional y por parte del contexto laboral, ya que "es poco realista pedirle a un profesional que se cuide y esperar buenos resultados si este trabaja en unas circunstancias que no favorecen el bienestar emocional" (p. 656).

José expone en la entrevista una situación con una colega, la cual resulta interesante retomar ya que ejemplifica claramente la relación entre el autocuidado del terapeuta con su repercusión en el trabajo dentro del ámbito de la Fundación, junto con los pacientes y sus familias. Recuerda que una colega suya luego de trabajar en la institución, no continuó ejerciendo la profesión, pero previo a tomar esa decisión José menciona que la misma presentaba falta de energía y motivación en sus tareas, ante lo cual agrega:

"Cuesta cuando uno está así, cuesta encarar una terapia, cuesta ayudar al otro, porque acá es todo el tiempo hacer cosas, no hay tiempo libre. A veces me pasa que (algunos días, no todos), no voy al baño, no como algo que me traigo desde mi casa, por esto de las reuniones y demás, porque me olvido a veces, o porque no tengo tiempo, entonces así de intenso es el trabajo. Y bueno, si vos no estas con buena energía, con buena disposición, se hace muy difícil llevar el laburo adelante."

Dicha "falta de energía y motivación en sus tareas" que refiere José sobre su colega, continúa en la línea de lo expuesto respecto al contexto de trabajo del cual forman parte los profesionales, resaltando la importancia del autocuidado en el ejercicio de la profesión. Así como también el cuidado del equipo de trabajo que lleva adelante una tarea en conjunto, ya que, si una colega experimenta un burn out laboral, tendrá un "impacto negativo" en sus compañeros de equipo, desencadenando dificultades tanto profesionales como personales en el área laboral (Maslach, 2009, p. 38).

Por último, resulta de interés destacar lo que Mariana refiere respecto al autocuidado de uno mismo sin perder de vista al otro, ya que se encuentra en línea de lo expresado en relación al contexto del profesional. La psicóloga considera que el autocuidado es importante en la profesión un 70%, y hay un 30% en el cual se debe ser empático con el colega dentro de un equipo de trabajo, ya que:

"cuando uno se autocuida demasiado, descuida al otro también. Es que es verdad, cuando se autocuida demasiado, también hay extremos en eso, o se sobreprotege, mejor dicho. Termina alguien recargado también, entonces me parece importante poder ser empático también, ser considerado."

Lo desarrollado por Mariana puede vincularse con las cuatro modalidades del autocuidado profesional (Mussi, 2015). Esto se debe a que el autocuidado no solo implica cuidarse *a* sí mismo y *de* sí mismo a través de la implementación de estrategias y modificación de conductas en pos de favorecer el bienestar personal. Sino que también implica cuidarse *con* y *de* otros, para que el ambiente laboral esté caracterizado por la confianza, seguridad, respeto y ayuda mutua entre colegas que forman parte de un mismo equipo (p. 311).

El trabajo con las familias de los pacientes, en relación a la adherencia al tratamiento.

En el abordaje de los trastornos alimentarios, el rol que cumple la familia es fundamental, ya que en muchos de los problemas que presentan los pacientes es posible evidenciar dificultades que refieren al contexto familiar y las interacciones entre sus integrantes (Crispo et. al, 1998). Y a su vez, muchas de las situaciones problemáticas que se presentan en el tratamiento tanto en pacientes como en las familias, son previas a la aparición de los síntomas de la patología alimentaria, y muchas de ellas contribuyen al mismo, así como pueden ser el resultado "de lidiar con este problema, que suele alterar hasta a las familias mejor constituidas" (p. 96).

Es compartido por todos los profesionales que el trabajo con las familias es muy importante en el tratamiento de la patología alimentaria, ya que se trata, como dice Mariana, de un "trabajo en red", una red de contención entre la familia y el tratamiento para ayudar al paciente a salir adelante. Si, por el contrario, comenta Mariana, la familia no se implica en el tratamiento y no colabora con los cuidados básicos del paciente al comienzo del mismo (como el control de las ingestas, el acompañar al baño y dejar la puerta entreabierta, el estar junto al paciente para que no haga las ingestas solo), es muy difícil para el paciente salir adelante solo con el grupo o la intervención de los terapeutas.

Los psicólogos afirman que, al inicio del tratamiento, las familias se caracterizan por una marcada desesperación y angustia ante la escucha de que sus hijos tienen una enfermedad, y Patricia agrega que "es algo muy complejo, porque cuando llegan las personas a la Fundación la mayoría tiene muy poca conciencia de enfermedad y de la gravedad de la patología alimentaria, entonces cuesta que ellos puedan darle prioridad al tratamiento". En consecuencia, las familias cumplen una función importante en los procesos de adherencia y permanencia de sus hijos al tratamiento, ya que al iniciarlo lo hacen con una escasa conciencia de enfermedad, que constituye a su vez una característica propia de la patología alimentaria.

Actualmente, Romina y Ludmila coinciden en que las familias suelen aturdirse ante tanta información sobre el tratamiento y las pautas del mismo, y a ello se le suma el desconocimiento sobre la patología alimentaria, lo cual genera en consecuencia, supuestos, malestar y abandonos. Asimismo, en relación a los cambios dentro de la dinámica familiar que implica el tratamiento, Romina refiere que, en el caso de los adolescentes, al ser menores de edad, los responsables deben tener una participación activa y constante en el tratamiento para lograr en consecuencia una continuidad de sus hijos en el mismo, lo cual no resulta fácil ya que:

"muchas veces después sucede que les es difícil poder sostener el tratamiento porque justamente no solo implica un cambio en la rutina de la vida de quien consulta, por ejemplo, un adolescente, por ejemplo, tener que faltar al colegio, tener que modificar un montón de aspectos de su vida para cumplir con su cronograma de presencialidad al tratamiento, sino que también implica una modificación de toda la dinámica familiar".

Ludmila menciona que también hay familias que, por otro lado, asisten con mayor predisposición y entienden que se trata de un proceso, que el cambio no es de un día para otro, y que dichos cambios también implican modificaciones dentro de la dinámica familiar. En relación a esto, es posible dar cuenta de una serie de características que tienen en común las familias de pacientes que presentan trastornos alimentarios (Crispo et al, 1998). Entre ellas se describen la escasa comunicación, la incapacidad para resolver conflictos, sobreprotección y expectativas altas de parte de los padres hacia sus hijos, rigidez y falta de flexibilidad ante los cambios, falta de límites, así como antecedentes de depresión, alcoholismo o abuso físico y sexual en miembros de las familias (p. 42). Dichas características implican una serie de cambios que deben producirse no sólo a nivel individual de quien

consulta, sino también en las interacciones y relaciones de los miembros de la familia, lo que implica que el proceso del tratamiento conlleve tiempo, espacios de trabajo y reflexión, los cuales, como mencionan los psicólogos, son brindados desde la Fundación.

Resulta importante aclarar que dichas características cumplen una función orientativa, ya que el desarrollo de una patología alimentaria no se produce por una sola causa. Al hacer referencia a la "multideterminación", se afirma entonces que es en combinación del contexto familiar, junto a los rasgos o características individuales de la personalidad del paciente y los factores socioculturales en los cuales se encuentra inserto, los cuales pueden *predisponer* a una persona a tener un trastorno alimentario (p. 9).

Ante estos cambios y conductas nuevas que deben incorporar las familias, Ludmila y Patricia comentan que desde el equipo terapéutico se trabaja sobre la psicoeducación en las mismas, enseñando respecto a la patología y los tiempos que lleva modificar ciertas conductas. También se trabaja el poder ver más allá de los síntomas de la patología respecto a no poder comer, ya que hay cuestiones emocionales de fondo más complejas las cuales se deben abordar en el tratamiento. Asimismo, se hace hincapié sobre la importancia de la salud de sus hijos para poder desarrollarse en otras áreas de su vida como el colegio, los deportes u otras actividades.

Además, muchas de las pautas e indicaciones que se brindan a los padres tienen que ver con cuestiones que deben que cumplir por fuera de la Institución (como la organización y preparación de las ingestas o el cuidado del baño), los cuales son hábitos que resultan nuevos para ellos y deben acostumbrarse a los mismos. En este sentido, los grupos de padres y madres voluntarias son de gran ayuda para estos padres primerizos en el tratamiento, para lograr la comprensión del cumplimiento de pautas y el por qué se indican; logrando además una identificación que es de padre a padre, a diferencia de que lo diga un profesional psicólogo o médico.

Por último, se menciona por parte de Patricia y José que es posible hacer una distinción entre el grupo de adultos y adolescentes, respecto a los procesos de adherencia y permanencia de cada uno. En el caso de los adolescentes, como fue expuesto, los síntomas de la patología han aparecido relativamente pronto y sus padres son responsables de gran parte del avance de su tratamiento. Por otro lado, en el grupo de adultos la patología se remonta muchas veces a la adolescencia y según Patricia "la sintomatología está muy enquistada, viene desde hace muchos años, y ellos han aprendido a vivir de esta manera, entonces los cambios son más complejos". Al respecto, José agrega que:

“(…) De entrada ya hay otra circulación de la palabra porque vienen a abrirse, vienen a buscar ayuda, vienen a contar lo que les pasa; que eso en algunos adolescentes es más difícil, porque les cuesta más poner en palabras lo que les pasa, algunos tienden a cerrarse, tienden más a la introversión, a la desconfianza, propio de no querer realizar un tratamiento. Al adulto nadie lo

obliga a venir, viene porque quiere, entonces eso ya marca, sobre todo al comienzo, dos tratamientos diferentes en ese sentido”.

Herramientas de autocuidado empleadas en el ámbito laboral de los psicólogos.

Mussi (2015) define a las estrategias de autocuidado como “un repertorio de pautas efectivas para la prevención del desgaste profesional” (p. 320). En el presente informe se hace referencia a las estrategias como las habilidades, técnicas, conductas, y herramientas que adopte el psicólogo en su vida personal y laboral, que posibiliten al mismo preservarse del ámbito de trabajo en el que se encuentre inserto. Respecto a las estrategias de autocuidado en el ámbito laboral, se destacan gran variedad de ellas por parte de los profesionales, algunas compartidas y otras responden a la singularidad de cada uno.

Ludmila señala como una estrategia de autocuidado el buscar herramientas para generar un "corte" durante la jornada, que le permitan despejarse, pensar, relajarse o reflexionar sobre las situaciones que se presentan, cuando quizás los tiempos no se lo habilitan, al ser cinco horas diarias cargadas de espacios y seguimientos durante las mismas. También refiere que suele dejar para el otro día las tareas que quedan pendientes, para poder dar lugar a un espacio de reflexión y pausa junto con los demás integrantes del equipo de trabajo antes de terminar el día.

De acuerdo a la "Escala de autocuidado profesional" de Dorociak et al. (2017, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023), se mencionan diversas herramientas de autocuidado, y lo expuesto por Ludmila se relaciona con una de ellas que es el equilibrio diario, el cual hace hincapié a equilibrar las responsabilidades y los descansos tanto en el ámbito laboral como personal (p. 648). Se podría dar cuenta de ese "corte" en la jornada que la profesional menciona, como una búsqueda de equilibrio dentro del ámbito laboral.

Ludmila, además, sostiene firmemente como su principal herramienta a la comunicación, ya que le ha permitido no retrotraerse en lo que piensa y hace. Considera fundamental el poder compartir sus vivencias con otros profesionales psicólogos, para que puedan brindarle otras perspectivas y alternativas de soluciones ante las situaciones que puedan generarle mayores desafíos. Esto último, posibilita "vaciar y descomprimir la contaminación acumulada" a partir de la palabra y el compartir dichas experiencias con sus colegas (Mussi, 2015, p. 320). Además, refiere que el compartir con los miembros del equipo, le facilita manejar el malestar y las frustraciones que puedan presentarse, así como ayuda a encontrar alternativas a las situaciones y estar acompañado en las mismas, lo que le posibilita verlo como un "aprendizaje y no como algo tan catastrófico". Entre otras estrategias generales que aportan los autores Gall y Posluns (2020), puede mencionarse el apoyo social, dentro del cual los autores distinguen el apoyo dentro de la red social del psicólogo, como familia y amigos, y el apoyo profesional de su equipo de trabajo. En este caso puede observarse el uso del apoyo profesional (p. 8) para transitar por aquellas situaciones o factores estresantes que puedan presentarse en lo cotidiano, de la mejor manera posible y priorizando el autocuidado del profesional.

Siguiendo esta línea, tanto Romina como Patricia coinciden con lo expuesto por Ludmila, al considerar a los lazos afectivos y de amistad con colegas como una herramienta de suma importancia para el autocuidado, especialmente dentro del ámbito de trabajo en la Fundación Centro. Romina también refiere que el trabajo en la Fundación "requiere fortaleza psíquica, requiere autoevaluación constante, en mi caso un análisis exhaustivo de cómo me proyecto yo en mi función y mi rol profesional, y hasta qué punto puedo dar o no". Considera que estos lazos constituyen un autocuidado, porque no se podría trabajar en dicha institución de manera autónoma, no sería efectivo a largo plazo tampoco. Al respecto, menciona una situación que transitó junto a Patricia, donde una paciente tuvo una convulsión en un espacio de terapia, y ambas se sostuvieron para poder llevar adelante lo ocurrido de la mejor manera posible. Recuerda que sola, sin el lazo afectivo establecido con su colega, no habría podido afrontar dicha situación de la misma manera.

Patricia hace hincapié en la diferencia que encuentra respecto al consultorio privado, donde da cuenta que su trabajo es más solitario, para lo cual requiere de supervisiones en algunos casos. En cambio, en la Fundación, señala que son un equipo de trabajo constituido no sólo por los psicólogos, sino también por las médicas y nutricionista, por lo cual ante algún caso que lo requiera pueden pedir ayuda o alguna herramienta que le permitan identificar otras posibles soluciones. Esto se debe a que el apoyo profesional como herramienta de autocuidado que involucra el establecimiento de relaciones profesionales con compañeros, posibilita compartir entre ellos los factores estresantes y situaciones dentro del ámbito de trabajo (Dorociak et al., 2017, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023, p. 647), previniendo así el desgaste que podrían producir en los profesionales.

Otra de las estrategias de autocuidado mencionadas y compartidas por los profesionales, tanto por Patricia, Romina y José, es respecto a los grupos de WhatsApp, los cuales tienen la finalidad de que los pacientes del grupo de autoayuda, cuando no se encuentran en horario de Fundación, puedan apoyarse mutuamente y comunicarse en caso de ser necesario ya sea a través de mensaje o video llamada. El autocuidado implementado por los profesionales fue no abrir los grupos fuera del horario laboral, a excepción de que llegue algún mensaje relevante que implique solicitar ayuda al grupo de terapeutas. Romina caracteriza a los mismos como "desgastantes", y dicha estrategia les permite no sobrecargarse y no estar "todo el tiempo enfocada en la problemática de los pacientes". En dichos grupos, los pacientes muchas veces solicitan comunicación ante la presencia de pensamientos autolesivos, y Patricia menciona que, si bien antes se quedaba pensando en soluciones para los pacientes, ahora se apoya en el grupo de líderes (pacientes más avanzados en el tratamiento), delegando en ellos dicho acompañamiento y apoyo a los pacientes que soliciten su ayuda en crisis, así como a algún responsable o médico, cuando no es su horario de trabajo.

José menciona que luego de las horas de trabajo, busca desconectarse de lo laboral una vez que está en su casa, y despejar su atención centrándose en otros temas. Refiere que, si bien a veces se encuentra activo y responde mensajes en los grupos de trabajo, intenta hacerlo lo menos posible, solo en casos de

crisis o que la situación lo amerite, es decir, que esté en riesgo la salud del paciente ya sea con una autolesión o sobreingesta de medicamentos. De esta manera, coincide con lo que exponían anteriormente Romina y Patricia, y añade que en estos casos se actúa estableciendo contacto con la familia.

Por otro lado, también se menciona al humor como estrategia, la cual es compartida por Romina y Patricia, y ambas refieren al mismo como recurso para "sobrellevar situaciones complejas". Ante esto, Romina afirma que recurre "mucho al humor frente a la tragedia y frente a la catástrofe, y frente a lo disparatado de la singularidad humana, para poder también lidiar muchas veces con todo lo que vivo acá". Además, consideran al humor como una estrategia para quitar el "drama" a lo que se transita día a día, como una forma saludable de afrontar las diferentes situaciones que las atraviesan, que van desde pacientes que se autolesionan, convulsionan, que no pueden sentarse por no comer hace días, o que están enojados y tanto ellos como sus familias gritan e insultan. Romina considera que, sin dicha herramienta, el trabajo le hubiese resultado muy difícil y todas esas situaciones que menciona serían mucho más "trágicas, terribles y desoladoras".

Lo que exponen las profesionales se puede relacionar con lo expresado por Kleinke (1991), el cual refiere al humor como una "competencia de afrontamiento", y otros autores como Lefcourt y Davidson (1991, como se citó en Kleinke, 1995), dan cuenta de que el humor facilita en las personas poder reaccionar de una mejor manera a situaciones estresantes, tal como Romina mencionaba en la entrevista. Además, el humor posibilita un mejor manejo de las emociones de ira, tristeza y depresión, así como gozar de una buena salud física (p. 93).

Al respecto, se menciona también a la capacidad de reír como una de las Motivaciones Funcionales del terapeuta, las cuales contribuyen a favorecer el ejercicio de su profesión en el ámbito laboral (Guy, 1987, como se citó en Feixas y Miró, 1993). Es posible afirmar que el humor, cuando es utilizado en el momento adecuado, posee "propiedades curativas" que resultarían beneficiosas para el terapeuta en su labor diaria (p. 23). Ambas refieren en las entrevistas que el humor las ha ayudado en el trabajo tanto con sus pacientes como con sus colegas, ya que se apoyan mucho en el equipo de trabajo, lo cual les posibilita no sobrecargarse, aunque para Patricia es difícil a veces y le ha costado poder diferenciar para aprender a no llevarse situaciones a su casa una vez terminada su jornada laboral.

Distancia óptima/profesional como herramienta fundamental de autocuidado.

Una de las estrategias que fue nombrada en las diferentes entrevistas y resulta indispensable por los psicólogos es la Distancia, la cual tanto Romina como Mariana coinciden en considerarla como una herramienta fundamental y una de sus más importantes estrategias dentro del ámbito laboral. Romina afirma que lejos de que el profesional se "vuelva insensible frente al padecimiento y dolor del otro", la distancia profesional es una estrategia fundamental para un abordaje profesional ético y eficaz. Por su encuadre teórico, considera primordial tomar distancia del paciente y su familia, y lo ejemplifica añadiendo que, en sus comienzos en la Fundación, si un paciente hacía un comentario acerca de sus

intervenciones, Romina desde su fantasma lo personalizaba, pensando que era "mala profesional o no estaba preparada". Considera que dicha distancia, y el trabajo en su terapia individual, le permitieron hacer un insight y no dar lugar a que estas situaciones repercutan en su vida privada. Romina expresa que intenta evitar la identificación del paciente con ella como psicóloga, ya que no considera terapéutico que un paciente se refiera a ella diciendo "vos no me entendés porque a vos no te pasa (...) porque no tenés TCA".

Por lo tanto, la distancia como principal herramienta de autocuidado les permitió tanto a Romina como Mariana, diferenciarse en su rol de psicólogas y no posicionarse como mamás, hermanas o cuidadoras de los pacientes, sino como psicólogas, y como tales poseen límites en sus incumbencias dentro del tratamiento. Retomando lo manifestado por Mariana, respecto al desgaste presente en sus comienzos en la Fundación, el poder tomar distancia de sus relatos y padecimientos le permitió dar devoluciones más ajustadas al proceso terapéutico, e incluso a los pacientes les fue de gran utilidad. Además, considera que "el sustento teórico en esta profesión nos posibilita ir hacia ese lugar más acorde a lo que le puede servir como herramienta, y no a mí como un humano que llora por él digamos, porque ahí no hay empatía".

Mariana también refiere que la relación terapéutica con los pacientes está caracterizada desde el inicio por una asimetría, la cual resulta importante y necesaria para trabajar. La profesional aclara que se trata de buscar una distancia para dar lugar a la empatía, "me pongo en el lugar del otro, sin ser el otro, es algo básico humano". Consistiría en "habitar el mundo del otro, hasta que se vuelva familiar para el terapeuta", de comprender una situación "como si fuera esa persona", pero sin perder de vista ese "como si", para evitar quedar fusionado con esa vivencia (Rogers, 1975, como se citó en Mussi, 2015, p. 66).

Sin dicha asimetría, agrega Mariana, "no podríamos trabajar, porque sentiríamos culpa de no ayudarlos. Habría una situación de subjetividad que costaría un montón poder hacerlo lo más objetivo posible". También menciona que es necesario reconocer la personalidad de uno y aceptarla, para poder conocer qué modalidad de trabajo a cada uno le resultaría más cómoda. Para Mariana aceptarse es importante, y en su caso ella elige la "variación" entre encuentros, que las sesiones no sean todas rígidas o estáticas y que algo cambie con el paciente. Por esta razón, refuerza la idea de identificar en qué ámbitos uno puede ser más capaz o funcional de acuerdo a su personalidad y modalidad de trabajo, lo cual hace al Estilo Personal del Terapeuta, ya que implica aspectos de la personalidad, elementos de comunicación verbal y no verbal, necesidades y motivaciones que hacen al profesional y a su propia impronta dentro de su lugar de trabajo (Mussi, 2015, p. 26).

Ludmila, respecto a lograr una distancia óptima con el paciente, intenta ser lo más concreta en los devoluciones e indicaciones, lograr que el paciente se lleve un objetivo o compromiso a seguir profundizando y trabajando. Estos lineamientos, en palabras de Ludmila, le permiten tomar distancia y no quedar involucrada en lo que se esté trabajando. También da cuenta que anteriormente le ha sucedido de quedar identificada en ciertos temas, pero que es algo que ocurre a lo largo del ejercicio de la

profesión, lo cual supone una señal de algo a trabajar en relación a ello, y así no dejar que nos influya y posibilite posicionarse desde otro lugar como profesionales.

José en su entrevista refiere a la "disociación instrumental", aclarando que siempre le resultó sencilla de llevar a cabo desde sus comienzos en la profesión. Reconoce ser empático con las personas, y que al escucharlas piensa automáticamente en cómo puede ayudarlas. Más allá de ello, José tiene presente que las decisiones que tome una persona tienen que ver con ella misma, lo cual le facilita no caer en la "omnipotencia de cargar" con los problemas de los demás y tener en claro que no depende de él solucionar los problemas de los pacientes. Sin embargo, sí puede ayudarlos a encontrar alternativas para que sean los pacientes mismos los que encuentren una solución u otro camino a las dificultades que se le presenten. Lo expuesto por José y por Ludmila, coincide con el concepto de "conciencia cognitiva" (Dorociak et al., 2017, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023), es decir, ser conscientes de los sentimientos, necesidades y de factores estresantes que puedan presentarse, para regularlos en las relaciones con los pacientes, sin dejar que influyan de manera negativa en las mismas (p. 648).

Herramientas de autocuidado empleadas en el ámbito personal de los psicólogos.

A la vez, los profesionales entrevistados también refieren a una serie de estrategias dentro del ámbito personal, las cuales en su mayoría coinciden y en otras se diferencian. Citando a Dorociak et al. (2017, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023) los autores hablan de la importancia de una vida equilibrada en relación a actividades extra laborales, que promuevan la socialización y recreación del profesional (p. 648).

Con respecto a las actividades extra laborales, Mariana afirma haber incluido dentro del ejercicio de la profesión su lado más artístico (que es el teatro y la música), como una manera de continuar en esta línea del "autocuidado como un trabajo" tal como ella lo considera. Ludmila considera como herramienta principal el "seguir con su rutina" cuando llega a su casa luego de su jornada laboral o de haber transitado por alguna situación estresante. En este sentido, señala actividades como ir al gimnasio o anotar en un cuaderno lo que le ocurrió en el día, para establecer un posible "corte", pero su objetivo principal es no dejar de hacer sus actividades diarias para evitar que los pensamientos en relación al trabajo sigan presentes.

Romina, por su parte, menciona que al llegar a su casa luego de su horario laboral, necesita "desenchufarse", ya sea haciendo actividad deportiva o con las redes sociales, respecto a lo cual señala que mira reels o videos que le ayuden a desconectarse.

Además, Gall y Posluns (2020) mencionan la importancia respecto a la salud física como otra de las estrategias generales. La misma implica tres dominios: buena alimentación, la práctica del ejercicio, y una higiene del sueño. Estos tres factores, describen los autores, tienen implicancia en el desempeño de cada profesional en los diferentes ámbitos de trabajo (p. 7). Lo expresado por tres de los psicólogos

coincide con la estrategia que describen los autores, ya que para Patricia es fundamental como profesionales tener hábitos de autocuidado personal básicos, para los cuales ella intenta darse espacios, y entre ellos menciona al descanso, alimentación saludable, al deporte, actividades recreativas. Mariana también considera importante los controles médicos, ya que, como profesionales de la salud, refiere que es importante ser saludables con sí mismos ya que la cuestión corporal resulta muy importante al trabajar con las emociones.

José también señala como sus "fuentes de energía" al descansar, alimentarse bien, y hacer deporte. Añade que intenta acostarse temprano para poder descansar, ya que da mucha importancia al estar presente en donde está, y en ese sentido se cuida mucho. Además, es muy puntual, lo cual se ve reflejado en que los horarios que brinda en su consultorio no sean un turno tras otro, sino que tengan una diferencia de 15 minutos entre sí por una posible demora con un paciente. En lo que hace a su autocuidado personal, intenta llevar una vida organizada tanto en lo laboral como en lo familiar, y en los horarios de las diferentes actividades. Respecto a sus actividades recreativas, menciona que se reúne con sus amigos, juega al fútbol, ve series, películas, y le gusta el tango. Sin embargo, da cuenta que en este último período no puede dedicarle tanto tiempo como quisiera a dichas actividades, debido a que es padre de un hijo pequeño.

Por último, tanto Patricia como Romina coinciden, además, en la importancia de la terapia individual (para trabajar sobre su propia vida sin que influya en su ámbito laboral), así como la continua formación y la supervisión (para poder obtener otros puntos de vista o perspectivas). En relación a la supervisión, ambas recurren más a ella en sus casos del consultorio, ya que, a diferencia del mismo, en la Fundación Centro se apoyan mucho en el equipo de trabajo ante dudas, inquietudes, molestias, quejas o situaciones de angustia que puedan suscitarse.

Alianza terapéutica y Autocuidado

La alianza terapéutica constituye otro de los conceptos teóricos centrales del presente informe. Al indagar sobre ella, los diferentes profesionales dieron cuenta de la misma en relación a su trabajo diario.

Para su introducción en las entrevistas, se presentó la definición expuesta por Mussi (2015) respecto a que la alianza es considerada "uno de los más importantes predictores de buenos resultados" (p. 83). A su vez, se desarrolló que la relación entre terapeuta y consultante puede definirse como "los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan" (p. 80). Por otro lado, la consolidación de la relación terapéutica constituye una intervención en sí misma que "sienta las bases para las intervenciones posteriores y viabiliza el proceso terapéutico" (p. 80), por lo cual se desprende la importancia de que la misma tienda al fortalecimiento de una alianza de trabajo.

También se retoma a Bordin (1979), que considera a la alianza de trabajo como un "prerrequisito" clave para propiciar el cambio entre el consultante y terapeuta, entre la persona que busca el cambio y la

persona que se posiciona como un "agente de cambio" (p. 252). A su vez, determina que la alianza terapéutica está constituida de tres elementos que son el acuerdo en las metas, el acuerdo en las tareas, y el establecimiento de un vínculo positivo con el paciente (p. 253).

Al respecto, Mariana considera que la alianza terapéutica es de constante construcción en el tiempo, y agrega que es muy importante como profesionales tener respeto por el mundo propio de la persona que realiza un proceso terapéutico, de conocerlo y comprenderlo. Agrega, además, que a lo largo de su carrera ha notado que en otras corrientes teóricas se utiliza la teoría de manera forzosa con el paciente, y no al revés, es decir, adaptándola a él. De acuerdo a los autores, los modelos teóricos deberían utilizarse como "mapas de ruta", como guías para ayudar a los pacientes y las demandas o problemas que presenten (Mussi, 2015, p. 38).

En el establecimiento de la alianza terapéutica, Mariana señala a las pautas del tratamiento y las reuniones comunitarias como dos factores que posibilitan el diálogo entre el grupo de pacientes y el terapeuta, y permiten encontrar la mejor forma de desenvolverse en las distintas situaciones. Las reuniones comunitarias posibilitan, además, ordenar lo que sienten los pacientes respecto a los terapeutas y las modalidades del tratamiento, para poder trabajar esas cuestiones y lograr cambios si el paciente no está a gusto con algún aspecto.

Ludmila refiere, al igual que Mariana, a la alianza terapéutica como una construcción de a dos, destacando la importancia de que cada profesional pueda dar cuenta qué formas de proceder o conductas fortalecen la alianza entre psicólogo y paciente. Lo expuesto por ambas psicólogas, coincide con los autores Botella y Corbella (2003) respecto a que la alianza es una "construcción conjunta entre paciente y terapeuta" (p. 208). De esta manera, la misma se ve constituida por las percepciones, relaciones, y construcciones que tanto terapeuta como paciente van produciendo en conjunto, y a su vez, la alianza determina la relación establecida (p. 208).

Asimismo, Ludmila refiere que dicha construcción de la alianza debe tener en cuenta, además, al paciente y las diversas situaciones que lo atraviesan, ya que, si bien como psicólogos pueden seguir determinados lineamientos preestablecidos, es importante entender que el paciente como persona independiente, transita cuestiones o contextos en las cuales el psicólogo no tiene el control. Por tanto, es posible determinar que "el funcionamiento interpersonal del paciente influye en la puntuación de la alianza terapéutica" (Botella y Corbella, 2003, p. 215), es decir, que tanto la exposición a situaciones estresantes, las relaciones sociales y familiares con las cuales se vincula, y aspectos singulares de su personalidad, influyen y tienen "efectos significativos" en la calidad de la alianza terapéutica (p. 214). Debido a lo cual se concluye que la relación terapéutica se encuentra influenciada por la singularidad tanto del terapeuta como del paciente, y lo que se produzca en base a ello en el encuentro entre ambos (p. 212).

Romina, por su parte, considera necesaria la alianza ya que favorece el cumplimiento de las pautas por parte de los pacientes, sin las cuales no habría tratamiento posible, así como también el establecimiento de la alianza con los padres y responsables de los mismos. En su entrevista hace mención que piensa a la alianza desde el Psicoanálisis, que es su marco epistemológico, como "vínculo transferencial", pero debido a que el tratamiento en la Fundación Centro se basa principalmente en un abordaje cognitivo-conductual, refiere haber adoptado muchas de las cuestiones aprendidas a lo largo de su trabajo en la Institución, para su propia práctica profesional. De acuerdo a lo expuesto por Romina, es posible reconocer, siguiendo a los autores, cómo Bordin (1979) a través de sus desarrollos teóricos, ha posibilitado diferenciar entre la transferencia como "proyecciones inconscientes del paciente", y la alianza terapéutica como "la unión positiva entre paciente y terapeuta" (Horvath y Greenberg, 1989, como se citó en Andrade Gonzalez, 2005, p. 14). Por lo cual, se entiende a la alianza como un componente que posibilita que el paciente pueda llevar a cabo y continuar con el tratamiento, en este caso, dentro de la Fundación Centro, ya que el establecimiento de la misma "faculta y facilita la puesta en marcha de técnicas y estrategias psicoterapéuticas específicas" (p. 14), posibilitando que las intervenciones del terapeuta sean bien recibidas por el paciente y esto impulse su avance dentro del proceso terapéutico grupal.

Al respecto, resulta de interés destacar la importancia que Romina confiere a la alianza terapéutica, ya que refiere que:

"Por supuesto que, si no está esa alianza, es difícil, difícil nuestro trabajo y difícil que haya una evolución positiva en el tratamiento, y que se cumplan los requisitos indispensables para nosotros como equipo terapéutico considerar si ese paciente está evolucionando favorablemente o no."

Además, señala que, si bien con algunos pacientes el "lazo transferencial" es más fuerte que con otros, el equipo de trabajo coincide en que no tienen "pacientes individuales", sino seguimientos. Patricia agrega que la mayoría de las veces, en los inicios del tratamiento, no se trabaja solamente sobre los síntomas con los que el paciente llega, sino que se indaga sobre sus intereses, sus actividades, sus vínculos. En este sentido, señala que se comienza observando con cuál terapeuta tiene "mejor transferencia", o como refiere José, respecto a que puede ocurrir que un paciente no tenga demasiada "química" con un terapeuta, pero sí con otro, lo cual se tiene en cuenta al momento de asignar los seguimientos a los profesionales. Lo expuesto por los profesionales refuerza la importancia del reconocimiento del estilo personal del terapeuta, mencionado con anterioridad, y de las intervenciones que tengan lugar por parte del mismo, en pos de lograr un mejor entendimiento de cómo se lleva a cabo el establecimiento de la alianza de trabajo con el paciente (Botella y Corbella, 2003, p. 215).

Por último, debido a que el tratamiento es grupal, Romina y José afirman que resulta fundamental que se establezca una alianza de trabajo tanto con los psicólogos como con el grupo de autoayuda. Ante esto, los psicólogos muchas veces se encuentran "al margen", fomentando que dicha alianza se consolide en

el grupo, para que se formen lazos entre los mismos. Romina considera que de esta manera no se fomenta la dependencia con algún profesional, y se prioriza al grupo, para que sean los demás pacientes con los que pueda hablar y apoyarse ante distintas situaciones que puedan ocurrirle.

De esta manera, se puede concluir que, para ambos psicólogos, el equipo de trabajo es importante, y se caracteriza por la empatía, apertura y disponibilidad hacia los pacientes, pero más allá de esto, la alianza con el grupo de autoayuda es fundamental para el tratamiento de cada paciente que ingresa. Esto es debido a que, en el tratamiento de la patología alimentaria, los grupos resultan de vital importancia ya que es posible considerarlos como una "red alternativa y multiplicadora" (Crispo et al, 1998), y resulta relevante tanto para los pacientes como sus familias, ya que constituye una alternativa de apoyo y sostén ya sea por dentro y fuera de la Fundación (p. 92). El grupo posibilita, además, fortalecer la relación entre todos sus integrantes e impulsar la comunicación entre ellos en caso de situaciones de crisis por fuera del horario de terapia o de tratamiento. Acorde a los autores, lo más importante de los grupos recae en que:

"los lazos creados en la relación terapéutica no necesitan ser sostenidos por los profesionales, sino que se ven enriquecidos y multiplicados a partir de esa nueva red que se teje entre los pacientes y desde ellos hacia afuera, hacia sus amigos, o entre los padres de los pacientes que también se apoyan mucho durante el tratamiento" (p. 92).

Estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de metas con los pacientes

Las metas constituyen lo que se pretende lograr en el proceso terapéutico, para lo cual, tanto terapeuta como paciente deben acordar cuál es el objetivo que se busca alcanzar (Andrade, 2005, p. 13). Además, son de mutuo acuerdo entre ambos, y responden a los cambios que se desean establecer durante el proceso terapéutico en el corto, mediano y largo plazo (Mussi, 2015, p. 87). Como mencionan los autores (Berg y Miller, 1992, como se citó en Mussi, 2015), las metas deben ser importantes para el paciente, concretas, alcanzables, y apuntar a logros pequeños posibles de llevar a cabo (p. 87-88).

En primer lugar, resulta relevante dar cuenta que, en el caso de la Fundación Centro, las metas responden al tratamiento. Esto se debe a que el mismo está constituido en módulos que poseen una serie de objetivos que deben de cumplirse para poder avanzar de uno a otro. Por esta razón, y siguiendo lo que manifestó Patricia, las metas co-construidas con los pacientes están en estrecha relación con lo que se espera de cada módulo en el tratamiento, y su vez, son evaluadas individualmente ya que también dependen de las edades, historias personales, situaciones atravesadas y dificultades de cada paciente, respecto a la creación de un proyecto de vida.

De acuerdo a Mariana, las metas son sugeridas por los psicólogos en las reuniones de seguimiento con los pacientes, más en términos de lo que cada paciente se "compromete a realizar" en el corto plazo. La profesional refiere que allí se presenta el acompañamiento al paciente, sumado a la "cuestión emocional"

en el mismo al sentirse acompañado. Respecto a Mariana, puede identificarse como estrategia de autocuidado a la distancia, como ella manifestó anteriormente, “para dar lugar a la empatía” y permitirle ponerse “en el lugar del otro, sin ser el otro (...)”, para poder empatizar y acompañar al paciente en el acuerdo de objetivos.

Ludmila señala como necesario un cierto "encubrimiento" entre paciente y psicólogo, que resulta indispensable para alcanzar las metas propuestas, y sin el cual sería muy difícil lograr cambios o generar diferentes comprensiones y posicionamientos de parte del consultante. La distancia óptima también se observa en Ludmila, más específicamente respecto a los límites que establece con respecto a los pacientes, lo cual le posibilita ser concreta en sus devoluciones e indicaciones, logrando que “el paciente se lleve un objetivo o compromiso a seguir profundizando y trabajando”.

Ludmila, además, señala que, en su trabajo en la Fundación, los objetivos son más directivos, son indicaciones, donde quizás no siempre se esté de acuerdo por parte del paciente ya que identifica allí "un esfuerzo, un desgaste, un malestar". En ese sentido, las metas serían observaciones sobre cuestiones puntuales para comenzar a trabajar, siempre consensuadas con el paciente, entre las cuales se puntualiza sobre una en específica para "concentrar la energía" en ello. Lo expuesto por Ludmila se puede relacionar con lo mencionado por el autor Bordin (1979, como se citó en Feixas y Miró, 1993) el cual afirma que para establecer objetivos en la terapia y consolidar la alianza terapéutica, el paciente y terapeuta deben "orientar sus esfuerzos es la misma dirección" (p. 29), en este caso, tanto en resolver los síntomas de la patología o indagar con mayor profundidad en los orígenes del problema.

También es importante destacar que los objetivos dependen de la “gravedad del paciente”, ya que, de acuerdo a Romina, si no hay presencia de síntomas positivos o la vida no corre riesgo, las indicaciones son menos directivas. En cambio, en casos de pacientes que "no pueden mantenerse de pie en consecuencia de no alimentarse", o que "inducen al vómito entre cinco y seis veces al día", refiere que deben estar más firmes como equipo y dar indicaciones. Además, su participación en dichos casos debe ser más "activa y más tajante, más directiva (...) tenemos que estar más presentes en esos casos que revisten gravedad". Esto se debe a que, en primer lugar, el foco del tratamiento se encuentra posicionado en la salud física del paciente, para luego indagar sobre otras cuestiones que también revistan de importancia, ya que como afirman los autores Crispo et al. (1998) “se vuelve imprescindible que los primeros esfuerzos de todos los involucrados en el proceso de recuperación estén destinados a lograr una correcta alimentación, que restablecerá al paciente no sólo físicamente sino también emocionalmente” (p. 80). Y solamente cuando este proceso de recuperación se haya llevado a cabo, se podrá dar lugar a otros aspectos importantes como son los vínculos sociales y familiares, o demás cuestiones que respondan a la singularidad del paciente (p. 80).

Romina refuerza la idea de que, sin el cumplimiento de las metas, de pautas, no habría tratamiento posible. Esto implica, establecer una alianza de trabajo con los pacientes y con los padres, ya que son estos últimos los que "tienen que efectivizar el cumplimiento de pautas en la casa, como, por ejemplo,

la realización de las ingestas, el cuidado del baño, el organizarse en las actividades cotidianas" en pos de que el paciente pueda organizarse con sus responsabilidades asistiendo al colegio, a la Fundación, y al resto de actividades. Aquí se puede dar cuenta de la estrategia de distancia profesional no sólo con los pacientes, sino también con las familias, ya que, como fue descripto, cumplen un rol fundamental dentro del tratamiento.

José, por su parte, expresa que debido a cómo se encuentra definida la organización del tratamiento en la Fundación, "todo el tiempo se encuentran enfocándose y proponiendo metas, tareas y acciones a los pacientes". En los seguimientos individuales José refiere que hace mayor hincapié en "escuchar al paciente, en entenderlo, en que se sienta acompañado, comprendido, pero también tratar de ayudarlo e ir presentándole también en esos espacios individuales, estas metas". En este sentido, intenta que las metas sean acordadas, no tanto indicaciones, para que a través de este acuerdo pueda haber un entendimiento por parte del paciente sobre la importancia que dicha meta tiene para su proceso de salud. Esto es importante ya que mientras mayor sea la participación por parte del paciente en el acuerdo de los objetivos, habrá más "motivación y mejor adherencia al tratamiento" por parte del mismo (Mussi, 2015, p. 87).

Además, es posible identificar en lo que describe el psicólogo, la utilización de las estrategias de autocuidado personal que le permiten "estar presente" en los espacios, escuchando a los pacientes, acompañando, y ayudándoles a definir las metas del tratamiento. Pero en el caso del grupo, refiere que los profesionales "dan un paso al costado", se mantienen al margen para que sean los propios compañeros del paciente lo que puedan realizar las preguntas y consejos, lo cual es posible debido a la alianza que se establece con el grupo en dichos espacios, más que con los terapeutas. En estos casos, se identifica el poder "delegar" a los integrantes del grupo más avanzados, para que ellos puedan guiar por momentos el espacio y llevar a cabo el acompañamiento a los pacientes, lo cual, como definía Patricia permite además que el psicólogo no se "sobrecargue" durante las jornadas laborales.

Estrategias de autocuidado empleadas en la consolidación de un vínculo positivo con los pacientes.

Respecto a la consolidación de un vínculo positivo, Ludmila señala en primer lugar, que el paciente con un trastorno de alimentación manifiesta mucho "padecimiento, malestar y negación". Por tal razón, resulta importante la validación emocional, que sean escuchados y comprendidos en sus emociones, respetando sus tiempos. Como refieren los autores, la importancia radica en que la "calidad del vínculo" determina dicha validación emocional que menciona la psicóloga, la cual posibilita al paciente sentirse escuchado y acompañado por el terapeuta, lejos de ser juzgado por el mismo (Feixas y Miró, 1993, p. 29).

Además, para Ludmila la escucha atenta implica darle a la persona tiempo, para que pueda procesar preguntas que quizás nunca se hicieron, y que puedan a modo de catarsis, poner en palabras lo que cada

uno trae. En relación a cómo logra dicho establecimiento de la alianza en la terapia grupal, Ludmila afirma que muchas veces como profesional "quiere preguntar y preguntar, o tener información, y a veces también está bueno hacer como un parate y ver qué necesita, qué quiere en ese momento, si quiere hablar, o le cuesta hablar... como respetar esos tiempos". Esto se relaciona con el "timing", es decir, que coincidan en tiempos tanto la preparación por parte del paciente para llevar adelante cambios, y las intervenciones que realice el profesional (Mussi, 2015, p. 82); en este caso, las preguntas de la psicóloga en relación a lo que el paciente quiere en ese momento.

Romina en su entrevista afirma que su autocuidado influye sobre el vínculo terapéutico, y profundiza sobre la distancia profesional, en relación a que, como psicóloga, no persigue un interés de que el paciente se identifique con ella, ya que no resultaría terapéutico. Sin embargo, señala que en ocasiones puede tornarse difícil debido a las largas horas de trabajo que transitan en la Fundación, donde se empatiza más con algunos pacientes que con otros. Al respecto, la profesional menciona que "acá nosotros compartimos mucho tiempo, y eso también desdibuja mi función porque justamente no soy un robot, y claramente también terminamos conociéndonos, compartiendo más algo de índole íntimo, privado, familiar."

Mariana también refuerza la idea de la "asimetría" entre paciente y terapeuta, y coincide con Romina respecto a la distancia profesional, aludiendo a que "somos personas que comparten un lugar, pero que tienen diferentes roles, uno es un paciente, otro es terapeuta". Dicha asimetría constituye una característica muy importante de la relación terapéutica, ya que indica que es la demanda del cliente la que inicia dicha relación (Feixas y Miró, 1993, p. 27). Además, otra de las características que la componen son su carácter retributivo hacia el terapeuta, y el encuadre de trabajo como un "conjunto de reglas fijadas" por el terapeuta (p. 28).

Por ende, la distancia óptima como estrategia de autocuidado es nuevamente mencionada por ambas profesionales, y puede verse reflejada en muchas de las intervenciones que se mencionan, para lograr el establecimiento de un vínculo positivo con el paciente. Este último puede definirse como una "compleja red de nexos personales positivos entre paciente y terapeuta" (Bordin, 1979, como se citó en Andrade González, 2005, p.13), y determina aspectos como "la empatía, la confianza mutua y la aceptación" (p. 13) entre ambos, los cuales resultan posibles debido a la distancia que las profesionales mencionan. Esta herramienta les permite, en las horas de trabajo que comparten con los pacientes, poder distanciarse de los relatos de los mismos, dando lugar a intervenciones y devoluciones ajustadas al proceso terapéutico, es decir, que sirvan como herramienta y sean funcionales a lo que cada paciente y su familia necesita de acuerdo al módulo en el que se encuentran.

Por otro lado, Patricia refiere que en los pacientes es notable la dependencia que se establece con los profesionales, ya que consideran que el psicólogo debe estar disponible todo el tiempo. Esta situación se presenta especialmente en los seguimientos, y es por esa razón que "cambiamos los seguimientos, los rotamos o le pedimos a otro terapeuta que pueda atender esa demanda para que no se genere una

dependencia". Además, aclara que también los cambios en los seguimientos de pacientes pueden ocurrir por parte de los pacientes (siempre se indaga el por qué del cambio) y de los terapeutas (si consideran que su trabajo está estancado y necesitan un cambio para cuidarse). En pacientes dependientes, los autores señalan que su demanda constante con respecto a crear "climas de contención y seguridad" es notable, por lo cual resulta importante responder a esa demanda para consolidar la alianza de trabajo, y una vez establecida la misma, instar al paciente a tomar decisiones por sí mismo (Mussi, 2015, p. 244), evitando así que dicha demanda, como menciona Patricia, se transforme en dependencia hacia la figura del terapeuta.

Sin embargo, a diferencia de lo que expresa la profesional, José no considera que se genere una dependencia, sino que se trataría de un "vínculo que va a cambiar". Esto es debido a que en el tiempo compartido (en promedio, entre cuatro y cinco años), resulta difícil poder realizar el "corte" con respecto a dejar de verse, hablar, y escucharse tanto con el grupo como con los profesionales, con quienes durante ese tiempo lo han hecho. José da cuenta que muchos pacientes luego del Alta siguen manteniendo la amistad, pero es una realidad que el tiempo compartido no es el mismo que durante el tratamiento en la Fundación, y los pacientes sienten una cierta "desprotección" al no estar más dentro del grupo ni contar con el equipo terapéutico ante alguna situación que lo amerite. Sin embargo, el profesional señala que es por ello que se realizan los controles Post Alta, durante meses, para poder realizar un seguimiento de su vida cotidiana, su círculo social, la continuación de su abordaje psicológico por fuera de la Fundación, entre otras cuestiones que resulten de interés dependiendo de cada paciente en particular.

Respecto a las estrategias de autocuidado que se ponen en juego al momento de establecer la alianza de trabajo, Patricia menciona a los grupos de WhatsApp, respecto a no responder a los mismos fuera de su horario laboral, apoyándose y delegando al grupo de líderes, el acompañamiento a los pacientes que lo soliciten, a excepción de situaciones de crisis o urgencias. Además, menciona a la puesta de límites, la escucha y la presencia como otras de sus herramientas, las cuales señala que "fomentan la alianza terapéutica". En relación a los límites, refiere que los pacientes "buscan quizás tener más cercanía", y ante ello, Patricia los ordena en cuanto a sus pedidos y solicitudes. La profesional señala que dichas herramientas evitan que el vínculo entre terapeuta y paciente se torne dependiente, y permite "acompañarlos en este proceso en el cual ellos van a ir encontrando sus recursos y herramientas para poder accionar solos, pero que no nos necesiten para hacerlo".

En lo expresado por Patricia, se puede dar cuenta de la importancia de las competencias terapéuticas por parte de los psicólogos, las cuales constituyen una serie de "capacidades y disposiciones actitudinales que se materializan en destrezas o habilidades intrapersonales e interpersonales" (Mussi, 2015, p. 43) para lograr el mejor desarrollo posible del proceso terapéutico. Entre dichas competencias, se menciona al "establecimiento de una buena alianza de trabajo", la cual posibilitará activar recursos por parte del paciente (p. 44) que permiten, tal como menciona la profesional, poder accionar solos sin depender del psicólogo en ciertas situaciones que atraviesan.

Estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de tareas (actividades) con los pacientes.

Respecto a las tareas co-construidas junto a los pacientes, las mismas son diversas, y en las respuestas de las entrevistas es posible dar cuenta que en su mayoría responden principalmente a las metas que, como ya se expuso con anterioridad, constituyen en sí mismas parte de los diferentes módulos del tratamiento, las cuales deben cumplir para ir avanzando en el mismo. Las tareas, como se manifestó a los psicólogos en las entrevistas, son entendidas como los “medios” que, acordados entre paciente y terapeuta, permiten alcanzar los objetivos propuestos en un comienzo (Feixas y Miró, 1993, p. 29).

José respecto a las tareas, señala que en ocasiones son los pacientes mismos los cuales, a partir de su trabajo terapéutico, asumen un "compromiso". En palabras de José:

"(...) de hecho todas las asambleas, todas las terapias de cada uno de los pacientes concluyen con un compromiso individual y grupal que asumen, y que se los proponen ellos mismos, a veces se los propone el grupo, y a veces se lo proponen el equipo terapéutico. Pero la gran mayoría de las veces, es el mismo paciente el que asume esos compromisos, y eso bueno va llevando a... va orientando al paciente hacia dónde ir. Eso sería imposible si no hay buen vínculo".

A partir de lo expuesto se afirma que, dentro del tratamiento en la Fundación Centro, las tareas surgen en los espacios de terapia grupal, como "compromisos individuales" que los pacientes se llevan para cumplir durante la semana. Se intenta que dichos compromisos sean lo más puntuales y específicos posibles, acciones concretas que puedan realizarse a corto plazo, hasta el próximo espacio de terapia. La semana próxima, se le pregunta al paciente si pudo cumplir con dicha tarea, qué aspectos le costaron más, y se trabaja sobre ello.

Ludmila, por su parte, señala que la construcción de tareas con los pacientes se realiza a través de preguntas, que conducen al paciente a cierta "clarificación" de las ideas o pensamientos. En palabras de la profesional, "creo que son como preguntas guías que van esclareciendo ciertas situaciones, y eso lleva a que la tarea aparezca sola prácticamente". En lo relacionado a lo grupal, Ludmila coincide en que no es tanto su intervención o participación lo que posibilita establecer metas y tareas con los pacientes, sino que las mismas se crean como producto del trabajo en grupo, como resultado de lo que se genera en el espacio de terapia dentro del tratamiento. La psicóloga da cuenta que, al momento de implementar estrategias de autocuidado, los espacios individuales suponen mayor desgaste a diferencia de los grupales, ya que ella como profesional debe guiarlos y facilitar el registro a los pacientes que recién ingresan, así como acentuar la adherencia al tratamiento. En cambio, la dinámica de los espacios grupales permite que los profesionales puedan "apoyarse en el grupo" cuando por algún motivo, ya sea ajeno o propio a su trabajo, no se encuentre por completo predispuesto a realizar intervenciones y de guiar los espacios, como una forma de autocuidado.

En lo manifestado por Ludmila es posible retomar la importancia del grupo de terapia como "red de apoyo y sostén" (Crispo et al, 1998, p. 92), ya que a su vez se encuentra relacionado con la implementación de dos estrategias de autocuidado mencionadas también por los demás psicólogos. La primera respecto a no estar demasiado atentos a los grupos de WhatsApp por fuera del horario laboral, lo cual se facilita ya que los pacientes poseen sus teléfonos y pueden escribirse en caso de necesitar ayuda por alguna situación puntual. Y, por otro lado, como todos se encuentran en conocimiento de los objetivos y tareas de cada integrante, esto posibilita el delegar y "evaluar los procesos" entre los miembros del grupo respecto a quienes se comprometen más o menos con el tratamiento, y los compromisos que asumen semanalmente en los espacios de terapia (p. 92). A diferencia de lo que sucede en los espacios de seguimiento individual, que para la profesional suponen un mayor desgaste y, por ende, son los momentos en que el autocuidado se encuentra más presente en ella.

Patricia, por su parte, correlaciona las tareas con los objetivos que muchas veces plantean los propios pacientes, y las indicaciones que se brindan por parte del equipo terapéutico a los mismos, otorgando "un cierto tiempo para que se lleven a cabo". La profesional refiere que tanto pacientes como psicólogos proponen tareas de acuerdo a lo que el paciente se encuentre transitando, pero hay momentos que "(...) nosotros, si vemos que corren riesgos, hacemos indicaciones, que muchas veces son condición para que puedan seguir realizando el tratamiento y formen parte de la comunidad". Es posible dar cuenta en lo expresado anteriormente, que dichas "intervenciones directivas" constituyen una estrategia de autocuidado por parte de la profesional, en casos de que corra riesgo la vida del paciente. Asimismo, debido a que dichas tareas en ocasiones son bien recibidas y otras veces hay "enojos y crisis de llanto", es que se puede observar en Patricia otra estrategia en relación a "delegar", pero en este caso a las familias de los pacientes, la responsabilidad de sostener el cumplimiento de dichas indicaciones, por fuera del ámbito de la Fundación. En estos casos de "crisis", la psicóloga reafirma el rol fundamental que los familiares poseen, resaltando la importancia de trabajar "como un equipo" junto a los profesionales, y la importancia de poder brindarles información acerca del por qué de cada intervención que se realice, en pos de mejorar la salud de cada paciente.

Por último, para finalizar este apartado, resulta importante destacar lo manifestado por José y Patricia respecto al autocuidado, en relación con el acuerdo de las tareas en el tratamiento. Ambos profesionales coinciden que las estrategias de autocuidado no sólo se ven reflejadas en los psicólogos a la hora de consolidar un vínculo o construir metas y tareas con el paciente, sino que, además, Patricia refiere que el autocuidado *forma parte del mismo tratamiento de los pacientes* y de los diferentes módulos que lo componen. Esto se debe a que, como expresa la psicóloga, parte del trabajo reside en que la persona pueda encontrar "formas saludables de afrontar los problemas y no hacerse daño a sí misma", y esto se ve reflejado en poder llevar una vida saludable, adoptando nuevos hábitos de alimentación y de vida que promuevan y recuperen la salud de los mismos. Resulta de interés lo que José expone respecto a que:

"la filosofía del tratamiento tiene que ver con llevar una vida saludable, ordenada, pero no ordenada desde una estructura rígida, sino un orden mental y emocional que se refleje en un orden cotidiano, a partir de las cosas que yo quiero hacer, que me interesen, que sean constructivas para mí (en relación a los pacientes)".

Por lo tanto, en relación a las estrategias, José enumera una serie de actividades que promueven el autocuidado en el paciente, pero que también intenta implementar y reflejar como agente de salud en su vida diaria. Entre ellas menciona el tener horarios, una alimentación saludable, el descanso, tiempo para las relaciones sociales y/o pareja, tiempo para actividades de recreación, tiempo para trabajar y/o estudiar, así como el "poder dirigirme a lo que quiero de una forma saludable y no padeciéndolo, no enfermándome en ese camino", en referencia a los pacientes, pero también a sí mismo.

Percepción de la influencia de las estrategias de autocuidado en la consolidación de la alianza terapéutica.

De acuerdo a los autores consultados, los mismos coinciden en que no hay estudios que específicamente den cuenta de que los resultados obtenidos en el proceso terapéutico posean relación con el sufrimiento del profesional y su autocuidado. Sin embargo, es posible suponer que dicha relación efectivamente sea así, ya que como fue mencionado con anterioridad, sí es posible dar cuenta de investigaciones que confirman que, mientras mayor sea el bienestar personal del psicólogo, mejores serán las alianzas terapéuticas establecidas con sus pacientes (Nissen Lie et al., 2013, como se citó en Inchausti Gómez et. al., 2023, p. 648).

Al indagar sobre cómo los entrevistados perciben la influencia de las estrategias de autocuidado en la consolidación de la alianza terapéutica con los pacientes, fue posible dar cuenta de diferentes respuestas y puntos de vista. Sin embargo, en su totalidad coinciden en que reconocen la influencia del autocuidado, en relación a cómo se establece el vínculo y se acuerdan metas/tareas con los pacientes.

Mariana considera que, si el psicólogo se encuentra "tranquilo y atento", puede tener un mayor registro de los avances de los pacientes, respecto a recordar las metas que se propuso en un comienzo del tratamiento y poder realizar un seguimiento del cumplimiento de las tareas. En su caso, refiere que, al encontrarse presente en el momento, recuerda los objetivos propuestos junto con un paciente con solo verlo, más allá de que pase el tiempo. En ese sentido, para Mariana, el autocuidado se encuentra muy relacionado, ya que posibilita recordar con mayor claridad lo pactado con el paciente, y ello depende de que el profesional pueda estar "estable y bien" de acuerdo al cuidado que tenga de sí.

Lo mencionado por la profesional se relaciona con lo que detalla José, acerca de la importancia que le asigna al estar presente en donde está, para lo cual recurre a sus "fuentes de energía" que, como se mencionó con anterioridad, son el descansar, alimentarse bien, y hacer deporte. José refiere que dicho autocuidado se ve reflejado desde la forma en la que el profesional se viste, la forma de hablar,

expresarse, sentarse delante del otro, y en ese sentido intenta cuidarse mucho. Agrega que es tanto una forma de autocuidado con uno mismo como de cuidado con ese vínculo con el otro, es decir, influye sobre su trabajo y, por ende, en el equipo de trabajo y los pacientes de la Fundación.

Ejemplifica comentando que una vez, durante una jornada laboral, se encontraba transitando un cuadro gripal por el cual no se sentía del todo bien. Ese día, tenía una Entrevista de Admisión con una paciente que se encontraba muy "cargada" emocionalmente, y durante la entrevista, ella se dio cuenta que él no estaba en un buen momento para escucharla. Ese día José reconoció que debía permitirse en ocasiones el "no estar" cuando no se sentía bien, y cuando suceden situaciones o "golpes" personales en los cuales debía darse un espacio y entender que no estaba preparado para escuchar ni ayudar a nadie. Esto influye en el vínculo que se establece con el paciente, como en este caso, en el cual "deja de ser empático" y sólo pensaba en acortar lo que la paciente le relataba. En base a lo sucedido, refiere que con el tiempo pudieron reformular su vínculo terapéutico y pudo darse cuenta de todo lo manifestado a partir de haber vivenciado dicha situación.

Patricia también coincide con lo expuesto por los psicólogos, respecto a "estar totalmente presentes" en los espacios terapéuticos, ya que esto genera consecuencias en el vínculo con los pacientes. Como psicólogos, Patricia considera que deben poder tomarse un tiempo para comer y dormir bien (como fuentes de energía que detalló José), y menciona que aquellos que implementan el autocuidado, poseen otra predisposición y disponibilidad al momento de presentarse a trabajar.

Respecto a cómo Ludmila percibe la influencia del autocuidado, refiere que tanto el "distanciamiento, trabajo propio y límites" en el profesional, se verán luego reflejados en la consolidación de una alianza de trabajo. Y añade que, si el profesional se encuentra desgastado, cansado o sobrecargado, luego:

"es muy difícil prestar atención, es muy difícil poder estar atentos a esos pequeños cambios o esas señales en el discurso que te permiten justamente generar metas, objetivos, tareas. Me parece que influye mucho en la atención que es tan necesaria para los espacios de terapia".

Por último, si bien tanto José como Romina reconocen la importancia del autocuidado en el vínculo terapéutico, ambos coinciden en que *no siempre* es posible sostenerlo, en parte debido a la cercanía con los pacientes en los espacios de la Fundación.

Por un lado, José considera que no siempre, ni en todos los casos, el autocuidado del profesional influye "irremediablemente en el vínculo con otro", ya que muchas veces "proponemos un proceso de salud que quizás nosotros no estamos viviendo, y la otra persona capaz no se da cuenta de eso, de que no estamos viviendo eso que proponemos (...)". Por esta razón, expone que en ocasiones la relación entre terapeuta y paciente puede no verse afectada por el hecho de que el profesional se encuentre descuidándose en algún aspecto o área de su vida.

Y por su parte, Romina adhiere a pensar al autocuidado como una competencia que se "aprende sobre la marcha", y expresa que en muchas ocasiones los pacientes pueden hacer un comentario que la lleve a "replantearse su función y cuestionarse su rol", se tiende a personalizar lo que un paciente pueda decir en una determinada situación. Esto se relaciona con lo que la profesional expuso anteriormente en el apartado de *Estrategias de autocuidado en la consolidación de un vínculo positivo con pacientes*, respecto a la distancia con los pacientes como herramienta fundamental de autocuidado. Pero por un lado diferencia entre lo que teóricamente se sostiene, y por otro, lo que ocurre luego en la realidad, por ello da cuenta que dicha distancia no siempre es tan sencilla de implementar, y menciona:

"en el día a día, en la práctica, en lo cotidiano, en nuestro laburo, eso a veces se desdibuja, y es como que es un límite constante, una puntualización constante de mi función y de mis incumbencias en relación a los pacientes".

Conclusiones.

A modo de cierre, se presentan en el presente apartado, las conclusiones obtenidas luego del análisis de la información recolectada a partir de las entrevistas realizadas. Las mismas responden a los objetivos general y específicos, así como a los supuestos. A ello, se suma un resumen de las conclusiones de cada psicólogo durante las entrevistas, y, por último, prospectivas para futuras investigaciones.

En relación al Objetivo General.

En este sentido, se puede concluir que los objetivos de la presente investigación fueron indagados y profundizados durante las cinco entrevistas realizadas, obteniendo gran cantidad de información y ejemplos prácticos respecto al trabajo diario dentro de la Fundación Centro. Es posible por tal motivo, afirmar que, en base a lo expuesto por los psicólogos, *las estrategias de autocuidado influyen de manera significativa, principalmente en la atención, presencia, predisposición a la escucha, acompañamiento y en las intervenciones realizadas a los pacientes.* Esto último, repercute en la consolidación de la alianza terapéutica, fortaleciéndola a través de posibilitar metas y tareas co-construidas, acordes al módulo del tratamiento y las situaciones particulares que cada paciente se encuentra transitando.

En relación a los Objetivos Específicos.

Al respecto, se considera la percepción que los psicólogos presentan respecto de cómo influyen las estrategias de autocuidado que ellos utilizan, en la consolidación de la alianza terapéutica con los pacientes. A su vez, se pone el foco en las estrategias de autocuidado identificadas en cada uno de los elementos de la alianza que dan cuenta de dicha influencia.

En primer lugar, respecto a *cómo perciben los psicólogos la influencia de las estrategias de autocuidado en la consolidación de la alianza terapéutica*, se puede afirmar que los cinco psicólogos coinciden en que el autocuidado se verá reflejado en la calidad de la alianza terapéutica. Como expuso Mariana, posibilita el estar "atento, tranquilo" dentro de los espacios de terapia, lo que permite al profesional estar presente en el momento de consolidar la alianza con el paciente, al igual que expresa Patricia. También, según Mariana es posible afirmar que el hecho de implementar las herramientas de autocuidado posibilita recordar lo trabajado con el paciente (tanto metas como objetivos), así como realizar un seguimiento acorde a lo que se encuentra transitando y los problemas que expone.

También se señala, como afirma José, que el autocuidado no sólo se trata de las estrategias y "fuentes de energía" que implemente el psicólogo, sino que se encuentra presente desde la manera de vestirse, hablar, expresarse, sentarse, ya que es una forma de "cuidar también el vínculo con el otro".

Patricia y Ludmila también coinciden en que las estrategias de autocuidado se ven reflejadas en el trabajo diario por parte de los profesionales, y en el vínculo que se establece con los pacientes. Particularmente, Patricia refiere que se refleja en la "predisposición y disponibilidad" de trabajar, y respecto a los vínculos

que se establecen con los pacientes, Ludmila reconoce que el autocuidado posibilita a los psicólogos el "prestar atención" a las señales en el discurso de los mismos que posibilitan co-construir metas y tareas dentro del tratamiento. En definitiva, el autocuidado se verá reflejado en la atención que los psicólogos posean en los diferentes espacios de terapia junto con los pacientes.

Romina, por su parte, hace hincapié en una estrategia en particular que es la "distancia óptima", la cual se encuentra muy presente en su trabajo diario con los pacientes y las familias, ya que le permite posicionarse desde el lugar de psicóloga, sin tender a "personalizar" lo expresado por los mismos respecto a su función. Además, es una herramienta compartida por Mariana, que le permitió tomar distancia del relato de los pacientes, y así poder ajustar sus devoluciones en los espacios de trabajo a lo largo del proceso terapéutico.

Asimismo, se añade como conclusión que, pese al reconocimiento de la influencia del autocuidado en la alianza terapéutica, dos psicólogos expresaron que no siempre es posible sostener dicha competencia en el ámbito laboral y personal. Por un lado, Romina expresa que, en su práctica diaria, al compartir tantos espacios y tiempo juntos, muchas veces es difícil fijar los límites y permitirse tomar distancia de los mismos y de lo que expresan. Por otro lado, José considera que puede ocurrir que el psicólogo no implemente dichas estrategias de autocuidado, o como él menciona, "fuentes de energía", y que ello no repercuta en su relación con el paciente. Este último, en algunos casos puede desconocer lo que el psicólogo se encuentra transitando o simplemente no darse cuenta de que, dichas estrategias que en el tratamiento mismo se promueven, no se están implementando por parte del profesional. Si bien José confirma la influencia, reconoce que no puede afirmar que siempre, en todos los casos, se refleje en la consolidación del vínculo con el otro.

Por otro lado, dentro de las *estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de metas con los pacientes*, se pueden identificar a la distancia óptima en Mariana y Romina, la cual le posibilita la empatía, tanto hacia lo expresado por los pacientes como a la "demanda" de las familias. Respecto a estas últimas, Romina hace hincapié en la distancia hacia los familiares del paciente, debido a la importancia de su función dentro del tratamiento, ya que posibilitan que las pautas que los pacientes deben cumplir, sigan respetándose cuando se encuentran en sus casas (desde el cuidado del baño, medicación hasta la organización de las ingestas diarias). También se reconocen los límites hacia sus pacientes, por parte de Ludmila, lo cual le posibilita ser más concreta en sus devoluciones e indicaciones al momento de co-construir las metas. Por parte de José, se identifican sus herramientas personales respecto a un buen descanso, alimentación, ejercicio y actividades recreativas, lo cual le permite acompañar y escuchar, así como también el "delegar" a los pacientes más avanzados para evitar sobrecargarse.

Respecto a las *estrategias de autocuidado empleadas en la consolidación de un vínculo positivo con los pacientes*, la distancia óptima es reconocida nuevamente por Romina y Mariana, tanto para evitar la identificación de los pacientes con la figura del psicólogo, como para "reforzar la idea de asimetría",

necesaria en toda alianza terapéutica, entre paciente y profesional. Por su parte, Patricia menciona como una de sus estrategias implementadas en la consolidación del vínculo terapéutico a los grupos de WhatsApp, los cuales, como fue anteriormente mencionado, se intentan delegar a los pacientes más avanzados para no estar pendientes de los mismos por fuera del horario laboral. También la profesional menciona los límites en cuanto a los pedidos, así como la escucha y la presencia con los pacientes para consolidar la alianza.

Dentro de las *estrategias de autocuidado empleadas en el acuerdo de tareas con los pacientes*, se identifican el delegar en los espacios de terapia grupal por parte de Ludmila, así como el rol de las familias como fundamental para continuar con la responsabilidad del cumplimiento de pautas por fuera de la institución, como menciona Patricia. También se presentan las intervenciones directivas, como estrategias a implementar por Patricia en casos de riesgo de vida de la persona, así como herramientas del ámbito personal que José intenta reflejar en su vida diaria.

Con respecto a este último apartado, es posible concluir también que *el autocuidado constituye también una parte importante del tratamiento de los pacientes*. En este sentido, en el Módulo 1 del tratamiento, se intenta recuperar un estilo de vida saludable, recuperando hábitos como una buena alimentación, poder descansar y dormir, tener actividades sociales y familiares, recuperar hábitos de estudio y trabajo; los cuales fueron mencionados por los psicólogos como parte de su rutina de autocuidado también. Por ende, si bien para el presente informe dicha competencia fue pensada en relación a los profesionales que trabajan con la patología alimentaria, resulta relevante destacar la información obtenida a partir de las entrevistas, en relación a que muchas de las herramientas de autocuidado son compartidas por los propios pacientes a lo largo de su tratamiento. Es por ello que resultaría importante profundizar en futuras investigaciones a partir de dicha perspectiva y lógica del autocuidado en relación a los pacientes.

En relación a los Supuestos.

Al respecto, se pudo dar cuenta que la mayoría de las estrategias que constituyen dicho apartado fueron identificadas en las diferentes entrevistas, tales como actividades recreativas, el trabajo interdisciplinario (que los psicólogos refieren además como "lazos afectivos y de amistad"), la terapia individual, y la distancia óptima como una herramienta para no sobreinvolucrarse en el relato diario de los padecimientos de los pacientes, y que posibilita sostener la asimetría que caracteriza a la relación terapéutica entre terapeuta y paciente. A su vez, también fue posible identificar otras estrategias desarrolladas con anterioridad, como generar cortes durante la jornada laboral, los grupos de Whatsapp, el poder comunicarse entre colegas, el humor para transitar situaciones estresantes o complejas de la mejor manera, el delegar (a los profesionales y los familiares) y las indicaciones directivas. Sin embargo, es preciso dar cuenta que el mindfulness como práctica que favorece el desarrollo de habilidades terapéuticas y tiende hacia el autoconocimiento, no fue mencionada entre los psicólogos consultados.

Respecto a los componentes de la alianza terapéutica, se observaron muchas de las estrategias mencionadas en el acuerdo de metas, tareas y el vínculo positivo. También se evidenció, por lo expresado por Mariana, que la distancia como estrategia de autocuidado posibilita la empatía, lo que impulsa a intervenciones orientadas desde esta postura hacia el paciente. A su vez, las estrategias posibilitan el "estar atento y presente" en la co-construcción de metas y tareas acordes a los tiempos y procesos de cada uno, sin sobreinvolucrarse, pero tampoco distanciarse del mismo, sino que manteniendo una distancia óptima.

Conclusiones de los psicólogos.

Por último, resulta de interés finalizar el presente apartado dando cuenta brevemente de las conclusiones que los profesionales expresaron en sus entrevistas, las cuales resultan relevantes ya que exponen la importancia de su reflexión sobre la competencia del autocuidado en la profesión, y particularmente, en su espacio de trabajo.

En este sentido, Mariana considera muy importante haber podido retomar y recordar lo trabajado durante su formación en la universidad, para tenerlo presente y reflexionar sobre ello en momentos de mucho trabajo. Concluye resaltando la importancia de la conexión entre el autocuidado y el trabajo con los pacientes, ya que como profesional de la salud refiere que con mayor razón siempre debe estar atenta a su salud también.

Ludmila concluye que las diferentes preguntas a lo largo de la entrevista le permitieron repensar y registrar al autocuidado en su trabajo diario. Respecto a la formación en relación al autocuidado, refiere:

"(...) nuestro rol es en lo que se trabaja, pero el qué hacemos con todo eso que nos llega, no se habla mucho y creo que es algo sumamente importante para poder llevar a cabo nuestro trabajo de la manera más saludable posible, y poder acompañar de la mejor manera posible".

Por otro lado, Patricia expone sobre la importancia de poder "revisarse constantemente", ya que, al ser nuestro propio instrumento de trabajo, es importante cuidar la salud ya que ello posibilita una buena predisposición al momento de trabajar.

José por su parte resalta la importancia de "tener conciencia" en el trabajo como psicólogo, desde las estrategias de autocuidado personal hasta en lo laboral. Y valorar lo que se tiene, eligiendo llevar una "vida que se quiere", más allá de las situaciones que podrían cambiar o ser mejores.

Romina reflexiona y se sorprende por las distintas estrategias que ha desarrollado a lo largo del tiempo para su trabajo diario, lo cual la lleva a preguntarse sobre qué hubiese sucedido si no contaba con los lazos establecidos con sus colegas, destacando la importancia que los mismos tienen para ella como profesional. Y al respecto, agrega que "(...) no somos islas. Y si bien el trabajo del psicólogo es muy solitario, cuando algo es institucional o interdisciplinariamente, tiene que estar este factor del lazo, porque si no se hace imposible".

Respecto a la entrevista, refiere haberle posibilitado poner en palabras muchas cuestiones en relación a las estrategias de autocuidado, y así poder darles otro valor para tenerlas más presentes. Resulta de interés adjuntar la reflexión que Romina realiza al final de su entrevista, la cual confirma aún más la relación entre autocuidado y alianza terapéutica, destacando la influencia que dicha estrategia posee en todo ámbito de trabajo en que el profesional se desarrolle:

"si no hay autocuidado, si no hay límites, la realidad te desborda; porque realmente estamos rodeados de tragedias, rodeados de mucho malestar, mucho padecimiento, mucha angustia, y sin el autocuidado es imposible ejercer en cualquier ámbito nuestra profesión. Así que me parece muy valioso tu tema de tesis, porque en realidad es muy importante y creo que muchos profesionales no dimensionan la importancia del autocuidado, porque realmente nuestro trabajo es muy desgastante (...) ahora que lo puedo poner en palabras, le doy otro valor. Y lo voy a tener presente".

Prospectivas para futuras investigaciones.

Para finalizar este apartado y en pos de pensar en futuras y próximas investigaciones que atañen a la temática abordada en el presente informe, se propone, como se expuso con anterioridad, continuar desarrollando el autocuidado como parte del tratamiento de pacientes con patología alimentaria. Esto se debe a que el mismo aportaría información relevante y complementaría el estudio realizado en este informe, propiciando una mirada más abarcativa del tema, y una perspectiva diferente al tratarse de los pacientes mismos.

Asimismo, se propone indagar y profundizar sobre dos de las herramientas de autocuidado implementadas por parte de los psicólogos, que son la distancia óptima y el humor, posibilitando dar cuenta de los efectos que las mismas poseen en el trabajo diario de los profesionales.

Por un lado, se menciona al humor por parte de Romina y Patricia, las cuales refieren al mismo como un importante recurso para "sobrellevar situaciones complejas". Retomando lo expuesto por Romina, la profesional recurre al mismo "frente a la tragedia y frente a la catástrofe, y frente a lo disparatado de la singularidad humana, para poder también lidiar muchas veces con todo lo que vivo acá". Se considera importante continuar profundizando ya que, al no estar prevista en el apartado de Supuestos, resulta una estrategia novedosa en torno al abordaje de la patología alimentaria, siendo de interés investigar cómo la misma es empleada en el trabajo diario de los profesionales en dicho campo.

A su vez, la distancia profesional fue mencionada en reiteradas ocasiones por Mariana, Romina, Ludmila y José, ya que refieren a la misma como una herramienta principal para su autocuidado, permitiéndoles diferenciarse en su rol dentro del tratamiento, así como brindar intervenciones acordes al proceso terapéutico de cada paciente. Considerando que las investigaciones consultadas no describen el uso de dicha herramienta específicamente en el campo de la patología alimentaria, es que resultaría de interés

poder ampliar la información sobre la distancia óptima en relación a los profesionales que se desempeñan en trastornos alimentarios específicamente.

Bibliografía.

American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Andrade Gonzalez, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.

Araya-Véliz, C. y Porter Jalife, B. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26 (2), 232-240. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1014>

Arias, S, y Rodríguez, M. J. (2018). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. *Revista Sul-Americana De Psicología*, 1(2), 216–234. <https://ediciones.ucsh.cl/index.php/RSAP/article/view/1724>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.

Botella, L. y Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.

Cabrejas-Sánchez, C. M., Estalay, A., Fernández García, X., Mirapeix, C., San Juan-Gutiérrez, P. y Vergara González, H. (2016). Influencia de las habilidades mindfulness del terapeuta, en la mejora de la alianza terapéutica con adolescentes. *Avances en Psicología Clínica*, 407-416.

Cancio-Bello, C., Estévez, G. y Ruiz, A. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20(2), 119-138. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>

Ceberio, R. y Linares, J. (2006). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Paidós.

Chan, J., Cuevas, S. y Duarte, A. (2016). Terapia familiar sistémica, evolución y aplicación. En Aguilar, E., Correa, M., Cuevas, S. y Rosado, M. (Eds.), *Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp. 103-130). El Manual Moderno.

Crispo, R., Figueroa, E., y Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Editorial Gedisa.

Díaz-Torres, C. D., Gómez-Villa, C. A., Corredor-Díaz, S., Quiceno-Garcés, Y. G., y Rodríguez-Bustamante, A. (2020). Herramientas de autocuidado para el profesional psicosocial como factor protector de su salud mental y bienestar. *Poiésis* (39), 168-186. <https://doi.org/10.21501/16920945.3767>.

Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar*. Pax.

Etchevers, M., Helmich, N., Giusti, S. y Putrino, N. (2016) Alianza terapéutica, sus estudios actuales, y desarrollos en el contexto local. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*.

Feixas G. y Miró T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Paidós.

Gall, T. L. y Posluns, K. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20.

Herscovici, C. R. (1996). *La Esclavitud de las Dietas: Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario*. Editorial Paidós.

Holguín-Lezcano, A., Arroyave-González, L., Ramírez-Torres, V., Echeverry-Largo, W. A., y Rodríguez-Bustamante, A. (2020). El autocuidado como un componente de la salud mental del psicólogo desde una perspectiva biopsicosocial. *Poiésis*, (39), 149-167. <https://doi.org/10.21501/16920945.3760>

Inchausti Gomez, F., Gimeno-Peón, A., Pastor Morales, J., y Prado-Abril, J. (2023). Autocuidado del terapeuta. En Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (Eds.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 643-665). Ediciones Pirámide.

Janesick, V. J. (2002) La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodología y significado. En Denman. C. y Haro J. (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 227-251). El Colegio de Sonora.

Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en Psicoterapia*. Desclée de Brouwer.

Lucero, B. y Muñoz, M. (2008). Estrategias de autocuidado en el personal de un centro de protección simple. *Psicología y Salud*, 18(1), 123-127.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En Marek, T., Maslach, C. y Schaufeli, W. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315227979-3>

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11 (32), 37-43.

Maxwell, J. A. (1996) *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Sage Publication, (5), 63-85.

Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Desclée De Brouwer.

Mussi, C. (2015). *La práctica de la psicoterapia: una guía para ser un terapeuta competente*. Homo Sapiens Ediciones.

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Rosado, M., Sosa, A. y Vargas, E. (2016). El enfoque integrativo en psicoterapia. En Aguilar, E., Correa, M., Cuevas, S. y Rosado, M. (Eds.), *Terapia en contexto: una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp. 131-156). El Manual Moderno.

Steinar, K. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.