

DEL MALESTAR ENCUBIERTO AL COLEGAJE REFLEXIVO: PROCESOS AUTORREFERENCIALES EN TERAPEUTAS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

FROM CONCEALED DISTRESS TO REFLEXIVE COLLEGIALITY: SELF- REFERENTIAL PROCESSES IN THERAPISTS WORKING WITH CHILD SEXUAL VIOLENCE AND GENDER-BASED VIOLENCE

Víctor Jesús Chávez Galindo

Fundación Los Pisingos, Colombia

<https://orcid.org/0009-0003-6218-4714>

victor_chavez90@outlook.com

Recibido: 06-05-2026

Aceptado: 20-09-2026

Publicado: 22-10-2026

Resumen

Palabras clave:

*autorreferencia,
violencia sexual
infantil, colegaje
reflexivo, miseria
terapéutica,
persona del
terapeuta*

La violencia sexual infantil (VSI) y la violencia basada en género (VBG) constituyen fenómenos que impactan profundamente a los sistemas consultantes, así como a los terapeutas que los acompañan, estos últimos siendo frecuentemente invisibilizados. Esta investigación-intervención de carácter empírico cualitativo con diseño narrativo-biográfico tuvo como objetivo comprender los procesos reflexivos (personales, profesionales y disciplinares) de ocho terapeutas de una institución especializada en atención de NNA víctimas de VSI y VBG en Bogotá, Colombia. A través de cuatro escenarios conversacionales con dispositivos artísticos y narrativos, emergieron comprensiones que revelan cómo los marcos de referencia del terapeuta, sus resonancias no dialogadas y los mandatos disciplinares operan simultáneamente en la práctica clínica, generando lo que en esta investigación se denomina miseria terapéutica. Los resultados permiten advertir que el reconocimiento de la autorreferencia como recurso —no como obstáculo— y la construcción de espacios de colegaje reflexivo, entendidos como espacios horizontales entre pares donde el malestar clínico puede ser nombrado y elaborado colectivamente, se presentan como dispositivos relevantes para el cuidado del

Keywords:

*self-reference,
child sexual
violence, reflexive
collegiality,
therapeutic
misery, person of
the therapist*

terapeuta y la calidad de la atención. El estudio permite sostener que la reflexividad no es solo una herramienta técnica sino un acto ético y político en la atención de la VSI.

Abstract

Child sexual violence (CSV) and gender-based violence (GBV) profoundly impact consulting systems and, in frequently invisible ways, the therapists who accompany them. This qualitative empirical research-intervention with a narrative-biographical design aimed to understand the reflexive processes —personal, professional, and disciplinary— of eight therapists from a specialized institution attending children and adolescents affected by CSV and GBV in Bogotá, Colombia. Through four conversational scenarios using artistic and narrative devices, understandings emerged revealing how therapists' frames of reference, undiscussed resonances, and disciplinary mandates operate simultaneously in clinical practice, generating what this research terms therapeutic misery. Findings suggest that recognizing self-reference as a resource —not an obstacle— and building spaces of reflexive collegiality —understood as horizontal peer spaces where clinical distress can be named and collectively elaborated— appear as relevant devices for therapist care and quality of care. The study supports the view that reflexivity is not merely a technical tool but an ethical and political act in the care of children affected by CSV.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia sexual infantil constituye uno de los fenómenos clínicos de mayor complejidad en la práctica psicoterapéutica contemporánea, no solo por el impacto que produce en los sistemas consultantes sino por la profunda movilización que genera en quienes los acompañan. En Colombia, las cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2015) y los reportes de UNICEF (2017) confirman que la VSI persiste como una de las formas más extendidas de vulneración de derechos en la infancia y la adolescencia, concentrada frecuentemente en contextos de inequidad, asimetría de poder y silencio institucional. Ante esta realidad, los terapeutas que trabajan en instituciones especializadas enfrentan no solo la demanda técnica del

acompañamiento clínico, sino una demanda existencial que interpela su historia de vida, sus marcos de referencia y su posición ética frente al sufrimiento humano.

La investigación sobre la persona del terapeuta (PDT) en contextos sistémicos ha avanzado significativamente en reconocer que el terapeuta no es un profesional neutro, sino un sujeto contextual cuya subjetividad personal y colectiva incide activamente en el proceso terapéutico (Garzón, 2008; Hernández Córdoba, 2007). Casas (2021) propone que el setting terapéutico es un escenario en el que, tras las bambalinas, los personajes de la familia de origen del terapeuta están agazapados para tomar su voz y sus gestos, particularmente en los momentos de tensión: una metáfora especialmente pertinente cuando lo que el sistema consultante trae a la sala es violencia sexual. Sin embargo, la intersección específica entre la PDT, la reflexividad como dispositivo clínico y la atención de la VSI sigue siendo un territorio escasamente explorado. Ríos y Santibáñez (2024) documentaron recientemente cómo en contextos de atención primaria chilenos los terapeutas transitan desde una percepción de la PDT como interferencia hacia una comprensión de esta como recurso, proceso que demanda espacios institucionales sostenidos de reflexión. Esta investigación dialoga con ese hallazgo situándolo en el escenario específico de la VSI y la VBG en Colombia, donde la carga emocional, jurídica e institucional de la atención configura dinámicas particulares que merecen ser nombradas y analizadas.

De acuerdo con la clasificación de Ato, López y Benavente (2013), la presente investigación corresponde a un estudio empírico cualitativo con diseño narrativo-biográfico, en tanto busca acceder a las experiencias subjetivas de los participantes a través de dispositivos conversacionales que permiten la emergencia de relatos de vida, resignificaciones y comprensiones sobre la propia práctica clínica, situando la reflexividad como el eje articulador del análisis. La sistematización completa del proceso puede consultarse en Autor/a (2025). La pregunta orientadora fue: ¿cómo operan los procesos reflexivos de los terapeutas de VSI y VBG en sus dimensiones personal, profesional y disciplinar, y qué implicaciones tienen para el cuidado del terapeuta y la calidad de la atención?

2. MÉTODO

MUESTRA

Participaron ocho terapeutas, cinco mujeres y tres hombres, que ejercían en una institución especializada en atención psicosocial y psicoterapéutica de niñas, niños y adolescentes (NNA) víctimas de violencia sexual y basada en género en la ciudad de Bogotá, Colombia. Los años de experiencia en atención de VSI oscilaban entre dos y dieciséis años. El equipo incluía psicólogos con orientación sistémica, cognitivo-conductual y dinámica, lo que enriqueció el diálogo al permitir contrastar cómo distintos paradigmas disciplinares pueden configurar posiciones reflexivas diferentes frente al mismo fenómeno.

El criterio de inclusión fue el ejercicio activo en atención directa de NNA víctimas de VSI o VBG en el contexto institucional descrito. Se realizó muestreo intencional de tipo homogéneo (Lagos, Pérez-Luco, Mardones y Sáez, 2017), privilegiando casos ricos en experiencia con el fenómeno de estudio.

Los participantes firmaron consentimiento informado y sus identidades fueron codificadas con un sistema de identificadores deliberadamente distinto del utilizado en la sistematización original de la investigación (Autor/a, 2025), con el objetivo de dificultar la triangulación entre ambos textos. En adelante, los participantes se nombrarán como T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7 y T8, en orden aleatorizado respecto de los códigos originales.

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Se diseñaron cuatro escenarios conversacionales con dispositivos artísticos y narrativos (Gerber y Siegesmund, 2022; Marxen y González, 2022), sustentados en los principios reflexivos personal, profesional y disciplinar descritos por Cañón (2009) y Garzón (2008).

Cada escenario tuvo una duración aproximada de entre tres horas y treinta minutos y cuatro horas, se desarrolló en las instalaciones de la institución con la totalidad del equipo participante y siguió una estructura común: apertura reflexiva mediante preguntas orientadoras, dispositivo principal (artístico o narrativo), conversación reflexiva sobre lo producido, y equipo reflexivo por

parte de los investigadores-interventores. La consigna concreta de cada escenario, sus objetivos y el tipo de material producido se sintetizan en la Tabla 1.

Diseño de los cuatro escenarios conversacionales

Escenario y fecha	Objetivo reflexivo	Dispositivo y consignas	Material producido y tratamiento analítico
E1 8 de mayo de 2024 4 horas	Explorar los procesos reflexivos en el acompañamiento de VSI desde la experiencia de los terapeutas y su articulación con las dimensiones personal, profesional y disciplinar.	Actividad plástica individual con lienzos, conversación grupal, exposición voluntaria de las obras, equipo reflexivo y cierre. Las consignas invitaron a representar experiencias significativas del ejercicio profesional y cambios percibidos como terapeutas de VSI.	Obras plásticas con título, relatos asociados, transcripciones y diarios reflexivos. Las obras se analizaron junto con los relatos de sus autores, sin atribuirles significados externos.
E2 15 de mayo de 2024 3 horas 30 minutos	Favorecer la emergencia de procesos reflexivos validando la posición personal y humana del terapeuta frente a los significados construidos en los ámbitos profesional y disciplinar.	Juego autobiográfico grupal; escritura de una carta desde el niño, adolescente o joven que eligió ser terapeuta; respuesta a una carta ajena desde el rol actual; conversación reflexiva y equipo reflexivo.	Cartas dirigidas al terapeuta actual y cartas de respuesta, transcripciones y diarios reflexivos. Se analizaron como producciones narrativas vinculadas con la elección profesional, la historia familiar y la identidad terapéutica.
E3 20 de mayo de 2024 3 horas 30 minutos	Generar nuevas comprensiones sobre las atenciones realizadas y sobre el fenómeno de la violencia sexual infantil.	Tablero colectivo dividido en seis cuadrantes con post-it sobre niñez, emociones, definición de VSI y retos profesionales; representación gráfica en cartulina negra con tizas; conversación sobre marcos de referencia y decisiones ético-políticas; equipo reflexivo.	Post-it, tablero colectivo, producciones gráficas, transcripciones y diarios reflexivos. Se analizaron junto con las explicaciones de sus autores para explorar significados, prejuicios y posicionamientos éticos, morales y políticos.
E4 27 de mayo de 2024 4 horas	Comprender los procesos reflexivos a partir de los marcos de referencia, favoreciendo nuevos significados sobre el ejercicio terapéutico.	Cartografía corporal en papel kraft mediante siluetas, colores, símbolos y escritura; presentación voluntaria; conversación reflexiva sobre emociones, identidad, teoría y práctica, cierre de casos y autocuidado; ritual de cierre "Permitirse sentir".	Cartografías corporales, escritos, mensajes entre compañeros, transcripciones y diarios reflexivos. Se analizaron como producciones narrativo-corporales articuladas con los relatos, explorando experiencia corporal, cambios identitarios y autocuidado.

Tabla 1- Elaboración propia a partir de la tesis fuente (Autor/a, 2025)

Los escenarios fueron grabados en audio y video, transcritos y analizados mediante análisis categorial con componentes narrativos y conversacionales, tomando como base el análisis de la conversación (Tusón, 2002) y el análisis de marcos recursivos (Chenail, 1995; Castellanos, 2014). Las sesiones fueron desarrolladas por los investigadores-interventores en calidad de co-partícipes del proceso reflexivo, en coherencia con la epistemología sistémica de segundo orden, donde el observador forma parte del sistema observado (Foerster, 1991; Cañón, 2009).

ANÁLISIS NARRATIVO Y CONVERSACIONAL DEL MATERIAL

En coherencia con la naturaleza multimodal del material: transcripciones de las conversaciones grupales y de los equipos reflexivos, junto con las producciones narrativas y artísticas —cartas terapéuticas, lienzos, representaciones en cartulina y cartografías corporales—, registradas fotográficamente y tratadas como material significativo. Las producciones no verbales se leyeron en el tejido de las conversaciones que suscitaron, siguiendo el principio recursivo según el cual todo marco de referencia se constituye en relación con los marcos que lo encuadran.

El procedimiento articuló tres movimientos inferenciales: deductivo, inductivo y abductivo. El movimiento deductivo se organizó en una matriz analítica que cruzó los tres principios reflexivos propuestos por Cañón (2009) —personal, profesional y disciplinar— con las dimensiones emocional, cognitiva y pragmática identificadas por Garzón (2008), configurando una estructura de nueve celdas que orientó la lectura inicial del material. El movimiento inductivo permitió la emergencia de nueve categorías que no habían sido definidas previamente y que se organizaron según cada principio: vínculo posibilitador, discurso del salvador y niñismo (personal); resiliencia terapéutica, miseria terapéutica y colegaje reflexivo (profesional); ecología de la violencia, protección y justiciero (disciplinar). El movimiento abductivo, entendido como inferencia hacia la mejor explicación disponible (Tavory y Timmermans, 2014), articuló los dos anteriores en un ir y venir sostenido entre marcos teóricos y material.

La codificación fue realizada por los dos investigadores de manera independiente sobre las transcripciones y las producciones no verbales, con supervisión de la asesora asignada por la Universidad. Las discrepancias se resolvieron por retorno argumentado al material y a la consigna

del escenario, en coherencia con una epistemología de segundo orden que asume la observación como situada y la construcción de sentido como dialógica. La credibilidad se fortaleció mediante triangulación entre analistas y entre escenarios, verificación con los participantes en sesiones subsiguientes, y traza de auditoría de las decisiones analíticas (Lincoln y Guba, 1985).

La investigación se acogió a la Resolución 8430 de 1993 —que la clasifica como de riesgo mayor que el mínimo—, a la Ley 1090 de 2006 que reglamenta el ejercicio del psicólogo, y a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales. Los participantes fueron recodificados con un sistema de identificadores distinto del utilizado en la tesis fuente, para dificultar la triangulación entre ambos textos. La institución se describe genéricamente, en coherencia con el deber de no identificación establecido en la Ley 1090 de 2006. En las citas textuales se alteraron detalles no esenciales —regionalismos, referencias a casos concretos, marcas temporales o de contexto—, preservando el registro emocional, el ritmo enunciativo y el contenido reflexivo del participante (Saunders, Kitzinger y Kitzinger, 2015). Las citas de mayor exposición se sometieron a consulta de validación posterior con sus autores por correo electrónico.

3. RESULTADOS

Los resultados se organizan en torno a los tres principios reflexivos que articulan la experiencia de los terapeutas de VSI: el principio personal, el principio profesional y el principio disciplinar, cada uno atravesado por el eje emocional, cognitivo y pragmático que configura la autorreferencia en la práctica clínica (Ceberio y Linares, 2005).

En cada subapartado se distingue entre el material producido por los participantes presentado como cita textual identificada por escenario (E), terapeuta (T) y turno conversacional (Tc) y la interpretación de los autores.

PRINCIPIO PERSONAL: VÍNCULO POSIBILITADOR, NIÑISMO Y DISCURSO DEL SALVADOR

El principio personal emergió como el territorio en que los terapeutas conectan su historia de vida con la experiencia clínica. Lo que en esta investigación se denomina vínculo posibilitador es el tejido que se construye a partir de esas conexiones: las experiencias de adversidad, las luchas políticas propias y los escenarios de resistencia personal que el terapeuta ha transitado y que le permiten establecer puentes empáticos y dialógicos con los sistemas consultantes, evitando lecturas deficitarias o causalistas del fenómeno.

Uno de los participantes, al compartir la obra plástica que representaba su trayectoria como terapeuta, expresó:

es un caso que me ha confrontado mucho en mi vida personal, es un caso que me ha llevado a verme a mí mismo en ese espejo y a tener que replantear muchas cosas dolorosas de mi vida, de mi pasado... creo que fue algo para los dos, y creo que crecí con el caso, él creció con el caso y nada, creo que ambos entendimos cosas muy importantes (E1, T5, Tc115).

Esta cita ilustra el acoplamiento estructural que Elkaïm (2005) describe como inevitable en toda situación terapéutica: el terapeuta no solo acompaña al consultante, sino que se transforma en la relación. Como advierte Casas (2021), tras las bambalinas del setting terapéutico están agazapados los personajes de la familia de origen del terapeuta, listos para tomar su voz especialmente en los momentos de tensión que la VSI inevitablemente produce. Otra participante, desde su propia historia de luchas vinculadas a la diversidad sexual, señaló:

yo lucho muchísimo por lo que tiene que ver, con género, por todo lo que tiene que ver con población LGTBIQ+ y demás, porque es muy mío, muy propio y porque es un recurso que finalmente me ha ayudado un montón en la terapia (E2, T5, Tc74).

Este testimonio permite vislumbrar que la posición política del terapeuta, lejos de ser un elemento a neutralizar, opera como un recurso de deconstrucción que amplía la comprensión de las violencias estructurales que acompañan a los consultantes.

Sin embargo, esta misma conexión entre historia personal y fenómeno clínico puede derivar en lo que se identifica como discurso del salvador: mandatos sobre el ejercicio profesional en los cuales el salvar tiende a convertirse en imperativo emocional, lo que puede generar posturas paternalistas que dificultan el agenciamiento del sistema consultante. T3 lo expresó:

yo lo puedo también transmitir desde ¡oye, no te aguantes eso! O sea, como también es esas cosas que van muy marcadas uno las puede ayudar a detener... porque es como date cuenta que tú también estás siendo víctima de una violencia que incluso es de generación en generación (E2, T3, Tc73).

El niñismo, identificado como tercera subcategoría del principio personal, alude a la posición afectiva particular que genera la infancia en el terapeuta: una sensibilidad hacia la vulnerabilidad de los NNA que puede actuar simultáneamente como motor de compromiso ético y como fuente de angustia y sobreinvolucramiento. No es sinónimo de adultocentrismo invertido; nombra la particular sensibilidad anclada en la propia historia de infancia del terapeuta que se activa frente a la vulneración de un NNA y que exige elaboración reflexiva para no convertirse en identificación paralizante. T6, con dieciséis años de experiencia exclusiva en VSI, lo planteó con honestidad:

saber que tanto me ha afectado el tema, llevo igual 16 años solo con violencia sexual, entonces si realmente me ha movilizado en algo a nivel personal (E1, T6, Tc22).

PRINCIPIO PROFESIONAL: MISERIA TERAPÉUTICA, RESILIENCIA Y COLEGAJE REFLEXIVO

El principio profesional reunió las comprensiones de los terapeutas sobre su quehacer clínico en la atención de VSI, evidenciando una tensión constante entre la angustia de la insuficiencia y los recursos que emergen de la práctica sostenida. De esta tensión surgió la categoría conceptual más significativa de esta investigación: la miseria terapéutica.

La miseria terapéutica puede comprenderse como la ambivalencia que genera el ejercicio profesional cuando los terapeutas buscan producir cambios que el sistema consultante, la familia o la institución no siempre acompañan, y en ese proceso experimentan sentimientos de frustración, rabia e impotencia que frecuentemente son desconfirmados, por ellos mismos y por sus

instituciones, como parte no legítima del rol profesional. T4 lo describió en relación a un caso donde el macrosistema no respondía:

era como la emoción para mí personalmente frustración, de como si me pusieran un tapabocas ahí que no me dejaba como movilizar (E1, T4, Tc131).

Esta metáfora del silenciamiento puede revelar que la frustración no es solo un estado emocional sino una respuesta crítica ante estructuras que perpetúan la violencia. Hernández Córdoba y Villamil Pineda (2023) señalan que ignorar las experiencias vividas como sucesos mentales, emocionales y cognitivos del terapeuta profundiza el entrapamiento clínico. La miseria terapéutica es, precisamente, el costo de ese silenciamiento: no la expresión de incompetencia profesional, sino la señal de que el terapeuta está comprometido con un fenómeno que excede los recursos individuales disponibles.

En contraposición, la resiliencia terapéutica emergió como la capacidad de resignificar generativamente la experiencia clínica. T6, en el cierre del cuarto escenario, expresó una transformación significativa:

Hablarlo ayudaba mucho, el tema de mis dolores han disminuido, sí realmente, los ataques de migraña han disminuido y he aprendido a hacer compasiva, tener momentos de espacio donde yo no puedo trabajar (E4, T6, Tc159).

El cuerpo como indicador del desgaste y como registro del cambio conecta con lo descrito por Van der Kolk (2020) sobre la memoria somática del trauma: el organismo del terapeuta registra lo que los mandatos profesionales suelen negar.

El dispositivo que permitió transitar desde la miseria terapéutica hacia la resiliencia fue, consistentemente a lo largo de los cuatro escenarios, el colegaje reflexivo: espacios de diálogo entre pares donde la frustración, el malestar y la angustia pueden ser nombrados, normalizados y resignificados colectivamente. T8 lo formuló con precisión:

creo que la multiplicidad de, de la riqueza o el encuentro de las visiones y como enriquece eso el abordaje de una intervención en un caso... eso que yo no estoy viendo, que yo no privilegio en la observación, sino que está en la observación del otro, eso me encanta (E4, T8, Tc379).

El colegaje reflexivo trasciende la función catártica de la supervisión informal, siendo un proceso de co-construcción de significados donde la experiencia subjetiva del terapeuta se convierte en material epistémico que amplía la comprensión del fenómeno clínico. En este sentido, dialoga con lo que Chouhy (2007) señala cuando afirma que gracias al concepto de resonancia la autorreferencia deja de ser una limitante para convertirse en una posibilidad. Este dispositivo se examina con mayor detalle en el apartado de la discusión.

PRINCIPIO DISCIPLINAR: ECOLOGÍA DE LA VIOLENCIA, PROTECCIÓN Y POSICIÓN DEL JUSTICIERO

El principio disciplinar articuló las comprensiones de los terapeutas sobre el fenómeno de la VSI desde sus marcos epistemológicos, los marcos jurídicos e institucionales en que se inscriben y las tensiones que emergen entre estos. La categoría ecología de la violencia nombra la comprensión de la VSI como un fenómeno sistémico y contextual, que difícilmente solo puede ser leído desde marcos individuales o causalistas sino desde la interacción entre el microsistema familiar, el mesosistema institucional y los macrosistemas culturales y políticos que producen y reproducen las condiciones para su ocurrencia (Bronfenbrenner, 1987).

La protección emerge como el valor que organiza el quehacer terapéutico en este contexto: la garantía del bienestar de los NNA como norte ético que orienta las decisiones clínicas y articula las acciones con el sistema jurídico e institucional. Sin embargo, cuando la protección se convierte en imperativo sin el contrapeso de la reflexividad, puede derivar en lo que se denomina posición del justiciero: el desplazamiento reflexivo por el cual el terapeuta, al enfrentarse repetidamente a la impunidad y la revictimización, asume tareas que exceden su rol —denunciar, sancionar, reparar la injusticia—, sustituyendo la escucha clínica por la acción reparadora, con el consiguiente costo para la alianza y para su propio equilibrio. Esta posición, aunque nace de una motivación ética genuina, requiere ser observada reflexivamente para no reproducir las asimetrías de poder que se pretende interrumpir.

La dimensión disciplinar reveló, en este grupo particular y sin pretensión de generalización, una tendencia según la cual los participantes con marcos sistémicos accedían con mayor fluidez a

la dimensión personal y emocional de su autorreferencia, mientras que quienes se posicionaban desde marcos cognitivo-conductuales tendían a comprensiones más racionalizadas. Antes que una diferencia de competencia clínica, esta variación puede leerse como un efecto de los marcos epistemológicos sobre aquello que cada terapeuta considera decible en un espacio reflexivo. La contrastación de esta hipótesis excede los alcances del estudio y requeriría diseños específicamente orientados a ello.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación-intervención permiten avanzar en varias direcciones que enriquecen el campo de estudio sobre la persona del terapeuta en contextos de violencia. La primera de ellas permite observar que la reflexividad opera en los tres principios —personal, profesional y disciplinar— de manera simultánea y recursiva, no como etapas secuenciales sino como un sistema en permanente co-evolución (Ceberio y Linares, 2005; Garzón, 2008). Cuando un terapeuta logra habitar su historia de vida como recurso (principio personal), este movimiento parece incidir en su comprensión del fenómeno clínico (principio disciplinar) y en sus estrategias de cuidado y colegaje (principio profesional), en una circularidad que es la lógica propia de la reflexividad sistémica.

La categoría colegaje reflexivo se propone como una contribución al campo porque nombra un dispositivo que aparece en la literatura como supervisión informal o trabajo colaborativo, sin embargo, puede leerse como un espacio de co-construcción epistémica donde la emocionalidad del terapeuta no se gestiona como interferencia sino se reconoce como productora de conocimiento clínico. En este sentido, coincide con Chouhy (2007) y Casas (2021) cuando plantean que solo cuando el terapeuta aprende a utilizarse como instrumento las resonancias se convierten en recurso y no en obstáculo.

La miseria terapéutica no parece tener equivalente directo en la literatura sistémica, aunque tiene puntos de contacto con la fatiga por compasión (Brady, Fansher y Zedaker, 2018; Pereira, 2019) y con el estrés traumático secundario (Wymer, Guest, Deaton, Newton, Limberg y Ohrt, 2020). Se distingue, sin embargo, de las nociones consolidadas sobre malestar del profesional que atiende trauma —trauma vicario (McCann y Pearlman, 1990), burnout (Maslach, Schaufeli y

Leiter, 2001), fatiga por compasión (Figley, 1995), estrés traumático secundario (Bride, 2007)—, todas las cuales sitúan el malestar en el interior del profesional entendido como sujeto individual.

Siendo la miseria terapéutica un malestar encubierto, de orden relacional, institucional y ético-político, que se produce cuando el terapeuta queda atrapado entre el imperativo de reparar y la imposibilidad institucional de hacerlo. Su lugar parece no ser el cuerpo agotado del profesional ni sus esquemas cognitivos transformados, sino más bien el silencio compartido del equipo. No se presenta como un síndrome individual ni como una magnitud psicométrica: se ofrece más bien como una condición que se instala en la trama entre el terapeuta, la institución y las estructuras de vulneración que la desbordan.

Esta categoría no se presenta como una elaboración conceptual añadida al material. Emergió a partir de la codificación deductiva realizada sobre los cuatro escenarios, con presencia sostenida en el corpus (17 registros: siete en el primer escenario, cuatro en el segundo, ninguno en el tercero, seis en el cuarto).

Así mismo, Hernández Córdoba y Villamil Pineda (2023) plantean que la indagación sobre la propia biografía del terapeuta es indispensable para el desarrollo del psicoterapeuta sistémico; los resultados aquí presentados la amplían al sugerir que esa indagación gana profundidad cuando ocurre en el marco del colegaje reflexivo, donde las resonancias privadas se convierten en comprensiones colectivas. Como señalan Rivas, Rojo, Zavala y Santibáñez (2020), la resonancia comporta aspectos afectivos, cognitivos y físicos que no pueden ser suprimidos sin costo para el terapeuta ni para la calidad de la atención: nombrarlos y transformarlos en recursos es el trabajo que el colegaje reflexivo hace posible.

Conviene precisar las distinciones del colegaje reflexivo frente a otras prácticas consolidadas de acompañamiento entre profesionales, ya que, a diferencia de la supervisión clínica, este elimina la asimetría jerárquica, pues en la tradición sistémica, supone un supervisor con mayor experiencia o formación que orienta el proceso de un supervisado, e incorpora una función evaluativa que —incluso cuando es formativa— configura una relación desigual (Hernández Córdoba, 2007). El colegaje reflexivo, en cambio, se instituye entre pares que reconocen su condición común de exposición a la miseria terapéutica y elaboran colectivamente, sin que ninguno ocupe la posición del que sabe. Puede desarrollarse en contextos donde la experiencia acumulada en el abordaje de

un fenómeno específico opera como puente para una construcción colectiva, sin instalar por ello jerarquía. Esta horizontalidad se presenta como constitutiva, no accesorio: permite que el malestar encubierto sea nombrado sin sanción.

Por su parte, la intervención opera en el vínculo terapeuta-consultante con el propósito de producir movimiento clínico, mientras que el colegaje reflexivo opera en el vínculo entre terapeutas, con el propósito de sostener las condiciones subjetivas de posibilidad de la intervención. Su objeto es la persona del terapeuta, no el sistema atendido.

En cuanto al equipo reflexivo propuesto por Andersen (1987), el cual consolida un dispositivo clínico en el que un grupo de profesionales conversa frente al sistema consultante para ofrecerle perspectivas múltiples sobre lo escuchado, siendo una técnica que forma parte del proceso terapéutico, diseñada para movilizar al consultante, mientras que el colegaje reflexivo, en cambio, ocurre entre sesiones, sin el consultante presente, y su beneficiario directo es el equipo mismo, no un sistema atendido.

Respecto de la conversación colaborativa de Anderson y Goolishian (1988), el colegaje reflexivo mantiene la postura de no-saber y la co-construcción dialógica, pero la traslada del vínculo terapéutico al vínculo entre profesionales. Si en la conversación colaborativa el terapeuta se posiciona como aprendiz de la experiencia del consultante, en el colegaje reflexivo los pares se posicionan como aprendices recíprocos de su propia práctica, en un ejercicio de reflexividad mutua sostenida en el tiempo.

Por último, a diferencia del apoyo entre pares entendido como contención emocional o descarga tras una jornada difícil, el colegaje reflexivo trasciende la función catártica. No niega el desahogo —lo incluye—, pero no se agota en él: instituye una segunda operación, la conversión del malestar en material epistémico. Lo que emerge en la voz del terapeuta agotado se convierte en dato clínico que amplía la comprensión del fenómeno y se articula con lo que otros pares han observado en casos análogos. Se propone como dispositivo de generación de conocimiento clínico compartido, no solo de sostenimiento afectivo.

Sintéticamente, el colegaje reflexivo se distingue por cuatro rasgos combinados: horizontalidad (no supervisión), entresesión (no equipo reflexivo), entre terapeutas (no intervención), y generativo de conocimiento clínico (no solo apoyo emocional). Esta combinación

específica es lo que el material empírico del cuarto escenario permitió nombrar, en este estudio, como categoría propia (23 registros codificados), y lo que Sutton et al. (2022) respaldan al identificar el apoyo entre pares y la cultura de reconocimiento del impacto del trauma como factores protectores clave.

5. CONCLUSIONES

Esta investigación-intervención propone tres aportes al campo de la psicoterapia sistémica en contextos de violencia. Primero, la necesidad de reconocer la dimensión emocional, cognitiva y pragmática de los tres principios reflexivos como una unidad de análisis integrada: separar lo personal de lo profesional y lo disciplinar en la atención de VSI no solo puede ser epistemológicamente insostenible, sino clínicamente costoso. Segundo, el colegaje reflexivo se perfila como un dispositivo institucional altamente recomendable, para los equipos que trabajan en estos contextos: su ausencia parece no solo comprometer el bienestar del terapeuta como la calidad y la ética del acompañamiento que se brinda a los NNA y sus familias. Tercero, la miseria terapéutica requiere ser nombrada, reconocida y acompañada institucionalmente: tratarla como falla individual del terapeuta puede reproducir, al interior de los equipos, la misma lógica de silenciamiento que se busca interrumpir en los sistemas consultantes.

Así mismo se puede sostener que la reflexividad en la atención de VSI opera como un acto ético y político, reconociendo que cada decisión clínica del terapeuta qué escucha, qué silencia, qué remite, qué protege es simultáneamente una posición frente a las estructuras que producen la violencia y los sistemas que pretenden repararla. Cuando un terapeuta se mira a sí mismo en la relación con el otro, no solo puede estar cuidando su salud mental: puede estar tomando posición frente a las estructuras que producen la violencia, frente a los mandatos que la perpetúan en silencio y frente a las posibilidades de transformación que emergen en cada conversación terapéutica. Esa posición no puede construirse en solitario. El colegaje reflexivo es, también, una apuesta por la comunidad de práctica como condición de posibilidad de una clínica más humana, más ética y transformadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415-428. DOI: [10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x)
- Anderson, H. y Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>
- Chavez Galindo, V. J. y López Acero, S. Y. (2025). *El Repertorio del Terapeuta: Procesos Reflexivos en la Atención de Violencia Sexual Infantil*. [Trabajo de Maestría, Universidad Santo Tomás]. Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/11634/69400>
- Brady, P. Q., Fansher, A. K. y Zedaker, S. B. (2018). Are parents at a higher risk for secondary traumatic stress? How interviewing child victims impacts relationships with forensic interviewers' friends and family. *Child Abuse & Neglect*, 88, 275-287. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.017>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Cañón, S. (2009). Intervención/investigación: una mirada desde la complejidad. *Revista Tendencias & Retos*, 14, 237-243. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4929201.pdf>
- Casas García, C. (2021). *La familia de origen del terapeuta en sesión: moviéndonos entre familias*. Madrid: Ediciones Morata.
- Castellanos, O. (2014). *Aplicación del método de investigación "Análisis de marcos recursivos" en un estudio de caso*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/233585>
- Ceberio, M. y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Chenail, R. (1995). Recursive frame analysis. *The Qualitative Report*, 2(2), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/1995.2062>
- Chouhy, A. (2007). Parámetros de desarrollo en la formación del terapeuta familiar: el proceso de apropiación de la historia familiar del terapeuta. <https://europeanfamilytherapy.eu/wp-content/uploads/desarrollo.pdf>

- Elkaïm, M. (2005). *Si me amas no me ames: psicoterapia con enfoque sistémico*. Barcelona: Gedisa.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Foerster, H. V. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 159-171. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2008.0001.13>
- Gerber, N. y Siegesmund, R. (2022). Innovations in arts-based research: ABR provocations from the 16th International Congress of Qualitative Research. *International Review of Qualitative Research*, 15(2), 147-167. <https://doi.org/10.1177/19408447221090651>
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 247-258. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67930204.pdf>
- Hernández Córdoba, Á. y Villamil Pineda, M. (2023). *La persona del psicoterapeuta sistémico: subjetividad y afectividad enactiva*. Bogotá: La Universal.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Exámenes médico legales por presunto delito sexual*. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+sexual.pdf>
- Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1632-1641. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2805454/>
- Lagos Gutiérrez, L., Pérez-Luco Arenas, R., Mardones Barrera, R. y Sáez Ardura, F. (2017). Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. *Revista Internacional de Comunicación*, 39, 1-21. <https://revistascientificas.us.es/index.php/Ambitos/article/view/9080>
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial n.º 46.383. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial n.º 48.587. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Marxen, E. y González, L. F. (2022). Alcance de los dispositivos artísticos y poéticos en la investigación en salud y salud mental. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), e2939. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2939>

- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- Pereira, M. (2019). *El impacto en los profesionales y equipos que intervienen en maltrato y abuso sexual de niños, niñas y adolescentes*. Montevideo: Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/23000>
- Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/de/dij/resolucion-8430-DE-1993.PDF>
- Ríos González, A. y Santibáñez Fernández, P. (2024). La consideración de la Persona del Terapeuta en Centros de Salud Pública. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Psicosociales*, 49-50, 135-152. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/207>
- Rivas, K., Rojo, A., Zavala, A. y Santibáñez, P. (2020). Secuencia del uso de la resonancia: desde la historia invisible a la intervención. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Psicosociales*, 41, 31-48. <https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/47>
- Saunders, B., Kitzinger, J. y Kitzinger, C. (2015). Anonymising interview data: Challenges and compromise in practice. *Qualitative Research*, 15(5), 616-632. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4582834/>
- Sutton, L., Rowe, S., Hammerton, G. y Billings, J. (2022). The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: A systematic review and narrative synthesis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2022278. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8820814/>
- Tavory, I. y Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: Theorizing qualitative research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tolich, M. (2004). Internal confidentiality: When confidentiality assurances fail relational informants. *Qualitative Sociology*, 27(1), 101-106.
- Tusón, A. (2002). El análisis de la conversación: entre la estructura y el sentido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 133-153.
- UNICEF. (2017). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. <https://www.unicef.org/argentina/media/1811/file/Abuso%20Sexual.pdf>

- Van der Kolk, B. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (C. De Benito, Trad.). Barcelona: Ediciones Eleftheria.
- Wymer, B., Guest, J. D., Deaton, J. D., Newton, T. L., Limberg, D. y Ohrt, J. H. (2020). Early career clinicians' supervision experiences related to secondary traumatic stress when treating child survivors of sexual abuse. *The Clinical Supervisor*, 39(2), 1-23.
<https://doi.org/10.1080/07325223.2020.1767253>