

Compartiendo territorios de vulnerabilidad. Dialéctica del héroe y prevención del burnout ético en psicoterapia.¹

Jorge Gómez, Mario Nervi

IPR

RESUMEN

En este artículo tratamos de ahondar en las implicaciones clínicas del trabajo en Contextos Traumáticos poniendo especial énfasis en el Burnout ético a través del concepto del Héroe y planteamos algunas alternativas saludables de afrontamiento para los profesionales.

Palabras clave: trauma, burnout ético, diálogo, héroe, psicoterapia.

ABSTRACT

This article aims to explore the clinical implications of working in traumatic contexts, with particular emphasis on ethical burnout through the concept of the Hero and proposes some healthy coping alternatives for professionals.

Key Words: trauma; ethical burnout; dialogue; hero; psychotherapy.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Gómez, J, Nervi, M. (2026). Compartiendo territorios de vulnerabilidad. Dialéctica del héroe y prevención del burnout ético en psicoterapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 20 (1): 92-105. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2026.200109

¹ Trabajo presentado en las VIII Jornadas del IPR. "Trauma personal y colectivo. Recuperar la dignidad a través de la psicoterapia relacional" Celebradas en el Colegio de Médicos de Madrid el 28 y 29 de noviembre de 2025

Introducción

Las palabras que hemos escrito durante la elaboración de este artículo están elegidas con la intención de compartir nuestra particular visión sobre la influencia que un contexto traumatizante como el actual, plagado de incertidumbre, de derrumbe de valores éticos y destrucción, ejerce sobre psicoterapeutas, personal clínico y por ende en la diada analítica. Desde una perspectiva relacional, no creemos que el sufrimiento psíquico pueda ser escindido de su contexto histórico, político y social. Frente a la influencia de este contexto, nos resistimos a que la psicoterapia se convierta únicamente en un bien de consumo y por lo tanto nosotros, los terapeutas, en consumibles. La psicoterapia no debería ser un artículo de lujo o un señuelo para conseguir *likes*, tampoco algo ejercido en una consulta encapsulada alejada de la vida. Siguiendo el pensamiento de Fromm, (1985), trabajamos por y para la vida.

Durante el proceso de construcción conjunta de esta comunicación, hemos anticipado posibles respuestas de los lectores a nuestros enunciados. Para ser más exactos, consideramos que nuestros enunciados son respuesta a los enunciados de los demás (M. Bajtin, 1986). En este caso el inició fue un proceso de reflexión frente a la propuesta de comunicación por parte del IPR (Instituto de Psicoterapia Relacional) en sus jornadas de noviembre de 2025 (las cuales resultaron enormemente transformadoras), convirtiéndose en un ejercicio de responsividad. Todo lo que hacemos «incluye» nuestra perspectiva de los demás. Parafraseando a Voloshinov, (2009), como escritores, somos los sujetos de nuestro discurso solo en un sentido físico, es el contexto social el que determina la estructura situacional del mismo.

Hemos pasado de pensar en cómo gestionar la presión a la que se nos somete y a la que nos sometemos como psicoterapeutas para responder a las demandas de la sociedad enferma, a considerar lo que podíamos demandar a nuestros pacientes como miembros de la sociedad (implicación, acción, despertar...) para finalmente, volver a virar hacia nosotros mismos y darnos cuenta de que “la clave aquí es que, lo que se intenta cambiar es lo único que se puede cambiar directamente, es decir, lo que uno mismo hace”, de manera que facilite las posibilidades de iniciar el diálogo y la actividad conjunta con el otro. Y eso que se puede cambiar (nosotros mismos en cuanto a psicoterapeutas) pasa por un conocimiento consciente, en este caso particular, de lo que supone trabajar de forma continuada con el trauma.

Implicaciones clínicas del trabajo en Contextos Traumáticos.

Todo clínico o profesional que se asoma al trabajo con experiencias fuertemente traumáticas, para poder hacerlo en unas condiciones mínimas de seguridad, debe realizar un recorrido que comienza en sí mismo, asumiendo que emociones tales como la ira, rabia, culpa o vergüenza forman parte de su self y que enfrentarse a esta tarea desde una supuesta neutralidad, puede ser una tentadora entelequia desde la que defenderse del sufrimiento propio y ajeno, alejándole de lo que le desborda y pudiendo tener efectos y atrogénicos. “Hacer consciente lo inconsciente es como conquistar un nuevo territorio. Cada uno de nosotros tiene un Oeste Salvaje propio que explorar y en última instancia, poder considerarlo como un hogar potencial” (Buechler, 2024) desde el que tolerar las embestidas a las que el trauma nos someterá. Y no decimos a las que el trauma sufrido por el otro nos someterá, hacemos referencia al trauma, cuando es escuchado, como evento que nos compete a los dos miembros de la díada. El trauma no es solo una categoría clínica, sino una vivencia encarnada que nos interpela éticamente.

Trabajar el trauma desde esta perspectiva conlleva una serie de riesgos a los que nos enfrentamos como profesionales, algo abordado y puesto en evidencia por múltiples autores (Buechler, S. (2024), Herman, J. (2004), Orange, D. (2021), Mc Williams, N. (2025), Rothschild, B. (2009), Van der Kolk, B. (2015)). En este artículo nos proponemos ahondar en uno de dichos riesgos en particular; la emergencia de la dinámica del héroe en los profesionales de intervención y analizar el patrón relacional que se configura con uno mismo como profesional y con el entorno (incluidos los Otros). De igual modo se exploran los posibles beneficios y costes a medio y largo plazo que implica la emergencia de dicha dinámica. Entre los efectos negativos subrayamos la posibilidad de desarrollar Burnout Ético.

El Burnout ético a través del concepto del Héroe

Memento Mori

Es por todos conocida la antigua tradición romana de que cuando un general entraba victorioso a la metrópoli, en su auriga o junto a él de algún modo se le recordaba la célebre consigna; *Memento Mori, recuerda que vas a morir*. Hasta ahora entendíamos que el motivo de tal ritual consistía en dominar la soberbia del Héroe triunfador. Pero todo ritual alberga en su seno el misterio que lo justifica, y se podría entender que la consigna también recuerda la naturaleza humana y por lo tanto vulnerable del héroe.

No nos resulta ajeno el método de recurrir al héroe a nivel social para gestionar las catástrofes naturales y humanas más recientes; El 11S y los bomberos, el 11M y los servicios de emergencias y otros pasajeros, Covid 19, los médicos, médicas y personal sanitario en general, La Dana, los voluntarios que desbordaron las zonas afectadas, el accidente del Iryo y el pueblo de Adamuz.... Nuestro reconocimiento a todas aquellas personas que arriesgaron sus vidas por ayudar y salvar las de los demás. Pero es preciso que la emoción no impida analizar en mayor profundidad este fenómeno, ya que, aunque sea por el simple hecho de repetirse en todos los casos merece nuestra máxima atención.

Entendemos que existe, entre otras, una política particular para la gestión de las catástrofes y el trauma colectivo y queremos denominar como política del héroe a aquella estrategia, a nivel institucional y mediática, que procura, en medio del caos y de la catástrofe, resaltar con especial interés y premura la figura del héroe.

Las catástrofes y emergencias naturales por un lado y las situaciones traumáticas provocadas por el hombre por otro (aquellas perpetradas por el hombre son más devastadoras para la psique como señala Hermmman (2004), debido a que implican una intención maliciosa o una negligencia grave dirigida a dominar, someter o destruir a la víctima y una violación de la confianza y el Contrato Social), nos han dejado un sinfín de enseñanzas. Un análisis de estas sobrepasaría el objetivo de este trabajo, pero quizá podamos señalar algunas que por singulares merecen nuestra atención;

- La realidad de que no siempre salimos mejor (la resiliencia no se puede dar por sentado); Este hecho lo comprobamos particularmente en Madrid tras el 11M y tras la pandemia cuando encontramos en las consultas casos de personas que se sentían culpables por no haber sido capaces de comportarse de forma heroica. Si esto lo trasladamos a los profesionales de la salud, encontramos que generó un profundo sentimiento de impotencia, el cual se halla en el núcleo del potencial devenir del burnout
- La emergencia de un imperioso olvido, o la sospechosa necesidad de olvidar. El tema del olvido es muy llamativo. Entre las personas que se dedican a la atención clínica se ha advertido la dificultad propia o del entorno para ubicar hechos temporalmente posteriores a los atentados o a la pandemia (no así el momento exacto del atentado o del anuncio del confinamiento los cuales se recuerdan con especial nitidez). Hubo una velocidad llamativa en dejar de hablar del tema sin que éste, por supuesto, haya desaparecido. La novela *La razón del mal* (Argullol, 2015) hace hincapié en este hecho de forma casi profética. No se trata solo del olvido que sobreviene tras el trauma, sino de la urgencia en olvidar.

- La urgencia en hacer emerger lo heroico: Hacer emerger la figura del héroe tiene importantes implicaciones psicológicas a diferentes niveles (individual, social, político...) que también se pondrán de manifiesto en el contexto psicoterapéutico.

La Paradoja del Héroe; cercenar la empatía en nombre de la comunidad

Si nos centramos en el héroe como símbolo social y cultural, apreciamos que tiene un valor positivo, cohesivo y regulador en el plano emocional. Atenúa la sensación de vulnerabilidad, focaliza la atención en lo que hay que hacer aquí y ahora e insufla cierta esperanza, en el ser humano, en su capacidad para la su-pervivencia y en el futuro. El rol de lo Heroico ya ha sido abordado con anteriori-dad como aglutinador del sentido de identidad y negación de la vulnerabili-dad (Ullman, 2016) en un trabajo que analiza como el Héroe guerrero israelita se disocia del niño del gueto de Varsovia, víctima e impotente, imperando el papel admirado y valorado socialmente de encargado de la supervivencia del pueblo y el sostén de la tradición cultural. La emergencia de un ser dispuesto al autosa- crificio heroico por su comunidad no es baladí, sino el resultado de un minucioso trabajo y labor a lo largo del tiempo. Un nuevo hombre, una *persona nueva*, emerge de casi cualquier tiempo de crisis a lo largo de la historia de la humani-dad. En los primeros Kibbutz la persona ideal era aquella dispuesta a sacrificar sus necesidades personales por los objetivos del grupo. Ese modelo a la larga tenía un coste emocional muy alto impactando en la capacidad de los niños para la expresión emocional y para la intimidad (Bettelheim, 1969, Berman, 1988). Si un miembro decidía dedicarse a algo que no era de primer interés para el grupo o antepo- nía, por ejemplo, la relación con sus hijos al interés general era "dura- mente condenado como individualista y egoísta. Se le exigía que hiciera autocrí- tica en público, era humillado en las reuniones de la comunidad y a veces, *incluso*, era expulsado" (Berman, 2004) Esta forma de proceder pone en evidencia el peso de la presión social y la emergencia en el sujeto de un superyó severo que tiene una relación más profunda con el grupo de iguales interiorizado que con las figuras parentales (Berman, 1988) También nos lleva a reflexionar res- pecto a las consecuencias de anteponer de forma polarizada lo comunitario o lo individual como valor supremo.

El Héroe actúa y hace lo que hay que hacer, sin tener en cuenta el riesgo que ello implica para su propia vida o seguridad. Quienes han trabajado directa o indirectamente en emergencias, catástrofes o zonas en conflicto, saben del riesgo que implica para los grupos de trabajo la aparición de héroes, que cuando no contagian al grupo se convierten en lobos solitarios a los que más tarde posi- blemente habrá que atender y destinar recursos de ayuda habitualmente esca- sos. Y luego estamos los no héroes, aquellos que, en un momento dado, en tiempos de pandemia cancelan su cita con un paciente tuberculoso, por miedo a que el contacto con él

conlleve la propia muerte. Es posible que más tarde, al verle y cruzar con él la mirada uno se pueda sentir indigno.

El Héroe emerge en un mundo hostil. El afuera es amenazante y aterrador, lleno de peligros que acechan y ante los cuales hay que estar alerta. A mayor percepción de riesgo, el Héroe actuará de forma menos reflexiva. Es entrenado para disociarse de su vulnerabilidad, para negar el riesgo y reducir la posibilidad de ser paralizado por el miedo. Pero la negación del miedo y del propio sentir tiene un precio; cercena la posibilidad de conectar con la propia vulnerabilidad y la del otro, con el dolor de los demás, en un proceso pensado para la actuación según un código, unas reglas, una forma correcta (heroica) o incorrecta de actuar.

La capacidad empática del héroe y del terapeuta puede ser cercenada parcialmente. La empatía, es nuestra principal aliada a la hora de poder comprender el sufrimiento ajeno, pero por su propia naturaleza también se convierte en la puerta de entrada para uno de los problemas más frecuentes en la población sanitaria y en particular para el personal clínico; El Burnout.

Burnout Ético

Mas allá de los cuestionamientos que esta categoría nosológica plantea (Tizon,2010), queremos ir un poco más allá de la tridimensionalidad con la que se encuentra asociada; el desgaste emocional, la despersonalización (que entendemos como deshumanización, y la sensación de baja realización personal. Queremos centrarnos en las Implicaciones de la emergencia de la dinámica del héroe en contextos traumáticos y su relación con la dimensión ética del Burnout, la cual consideramos, requiere una especial consideración.

No es ninguna novedad que el trabajo clínico en dichos contextos o con personas con un alto grado de dependencia genera un gran desgaste a todos los niveles.

Diríamos que ni siquiera es necesario que el contexto sea traumático o traumatizante. La clínica cotidiana es suficientemente ardua como para generar toda clase de síndromes en los clínicos. Una clara muestra de ello es la alta tasa de problemas de salud y en particular de salud mental que se encuentra en población sanitaria (Tizón, 2010)

La experiencia nos demuestra que “nos llevamos pacientes para casa”, que hay situaciones que no abandonan el reino de nuestros pensamientos, que hay casos que pueden llegar incluso a afectar a las personas con las que convivimos. Hay una intimidad que necesita ser compartida. Un pensar y una reflexión que requiere ser puesta en palabras.

La empatía, es nuestra principal aliada a la hora de poder comprender el sufrimiento ajeno, pero esta debe ser regulada. Por ejemplo, la empatía somática inconsciente puede ser un

factor importante que subyace al riesgo de desarrollar fatiga por compasión, trauma vicario o síndrome del burnout. La empatía somática se convierte en peligro cuando el terapeuta no es consciente de ella y, por lo tanto, estando fuera de su control, sintoniza inconscientemente con las sensaciones, emociones, imágenes y pensamientos de sus pacientes traumatizados. Bajo tales circunstancias, los terapeutas pueden llegar a ser incapaces de discriminar entre lo propio y lo que proviene de la experiencia de su paciente. Esta confusión es realmente la más problemática, porque *la inmensa mayoría de pacientes tendrán una mayor capacidad para mantenerse en contacto consigo mismos cuando el personal de atención es capaz de estar en contacto con lo que sienten*¹.

De importancia capital es mantener una conciencia plena, de modo que no se asimilen por parte del personal (sanitario, clínico, etc.) estados de los pacientes que pongan en riesgo su propio bienestar. Si preocupa el hecho de no reflejar o sintonizar adecuadamente con los pacientes, conviene recordar que: muchos pacientes traumatizados experimentan la sintonización reflejada como algo intrusivo, sintiendo que no disponen de su propio espacio o experiencia. (Rothschild, 2016)

De todas formas, más allá del Trauma vicario, de la fatiga por compasión o del síndrome de Burnout, es preciso hacer una matización que, sin negar la naturaleza y aspectos diferenciales de los conceptos y categorías previas, aporta una significativa dimensión de análisis y que, de forma cada vez más frecuente, se ha convertido en una variable a tener en cuenta en contextos de trabajo y espacios de supervisión. Es lo que se ha convenido en denominar Burnout ético.

Este concepto se usa principalmente en el contexto de la psicología de las organizaciones y en psicología del trabajo para tratar aspectos problemáticos entre los valores del trabajador y los de la organización en la que trabaja. Nosotros queremos trasladar el concepto al ámbito clínico y al de la intervención psicológica en contextos socio-comunitarios.

Entendemos por *Burnout ético* el desgaste a nivel emocional en los profesionales de la salud generado por el conflicto entre los valores éticos y clínicos del profesional y los valores y criterios que rigen la organización privada o pública en la que trabaja.

Cuando los profesionales en sus contextos de trabajo, además de tener que realizar su labor clínica, tienen que preocuparse o defender los derechos y condiciones de las personas con las que trabajan, se produce una forma de desgaste que hemos convenido en denominar burnout ético. Queremos citar algunos ejemplos con los que nos hemos encontrado para facilitar la comprensión de algo que por ubicuo no está, a nuestro entender, suficientemente tenido en cuenta a la hora de contemplar y atender la salud mental de los profesionales de la salud o a

la hora de evaluar la salubridad de determinados contextos y entornos profesionales;

- Profesionales que intervienen con personas refugiadas, víctimas de conflictos de diferente naturaleza y en la sociedad se pone en entredicho la condición de víctimas de esas personas.
- Terapeutas que trabajan en centros de protección de menores y perciben que el propio sistema de protección genera situaciones de alienación y vulnerabilidad en los niños.
- Personal que trabaja en centros de detención de inmigrantes, donde los usuarios en muchos casos viven en condiciones sanitarias inhumanas y el personal tiene que trabajar en espacios o situaciones inadecuadas.
- Personal clínico en hospitales, en unidades psiquiátricas totalmente colapsadas donde las altas y los ingresos se toman principalmente por criterios administrativos y no clínicos.
- Profesionales que intervienen en atención psicológica a víctimas de violencia machista donde en ocasiones los procedimientos penales conllevan a la retraumatización de las víctimas.
- Psiquiatras y psicólogas que dejan de realizar guardias para no tener que realizar contenciones físicas en pacientes.

Podríamos enumerar más situaciones, pero consideramos que, para esta primera aproximación a la dimensión ética del burnout en el ámbito clínico, estos ejemplos son suficientes. Como mencionábamos previamente, el principal conflicto ético que puede derivar en Burnout es cuando el profesional que interviene, además de lo que supone su carga profesional, siente que tiene que proteger los derechos de las personas que atiende.

El trauma tiene un poder devastador sobre los sistemas de cuidado que deberían proteger al individuo, y los terapeutas y el personal que atiende a personas que han sufrido situaciones traumáticas pueden verse arrastrados por la misma devastación (Herman, 2004)

Como mencionábamos al principio de este trabajo entendemos que, *desde una perspectiva relacional, no creemos que el sufrimiento psíquico pueda ser escindido de su contexto histórico, político y social* por lo tanto se genera en las personas que trabajan a nivel clínico un conflicto entre los imperativos clínico y social. Este conflicto se da cuando percibimos que el sistema, institución, sociedad, gobierno (estructuras socio-político-institucionales) están negando o perpetuando el sufrimiento de diferentes maneras:

- El no reconocimiento de las víctimas
- La no contribución a reparar el daño

- Inmigración, pobreza, racismo, exclusión sanitaria (Formas de violencia estructural institucionalizada)

Para poder denunciar el daño estructural, primero hay que reconocerlo y ello implica reconocer también que el trauma no siempre es el resultado de un hecho puntual, sino que es consecuencia de sistemas que lo generan, lo perpetúan y lo sostienen. Esto señala que el trauma está más allá del secreto familiar que lo niega y que nos resulta tan familiar a los profesionales que nos dedicamos a la atención psicoterapéutica.

Los clínicos no solo se ven teniendo que ser capaces de sostener el espacio terapéutico y facilitar la posibilidad de elaboración y alivio del sufrimiento (compromiso clínico), sino que también, en muchas ocasiones se encuentran con que el sufrimiento del paciente deriva de situaciones inherentes a la estructura sanitaria donde se procura su atención. La falta de reconocimiento de los aspectos estructurales que generan sufrimiento no solo es una forma más de negación, sino que pueden ser vividos como una forma de complicidad. "La neutralidad técnica no debe convertirse en indiferencia moral. El analista está implicado en el mundo y su ética no termina en el consultorio" (McWilliams, 2004)

Cuando la magnitud o la intensidad de la experiencia desborda la capacidad de elaboración por parte de personal clínico y pacientes, cuando el sistema o la institución donde se lleva adelante dicha labor sanitaria no tiene en cuenta las consecuencias de intervenir en contextos traumáticos o traumatizantes, es posible sentir impotencia, caer en actuaciones, violaciones de límites, intentos de controlar al paciente (Herman, 2004) que pueden sumir a los profesionales en profundos conflictos éticos. Orange (2009) nos advierte que la neutralidad técnica no puede sostenerse cuando el sufrimiento del paciente es el resultado de condiciones y circunstancias sociales que también afectan al terapeuta. La compasión exige implicación.

Por lo tanto, entendemos que la conceptualización del Burnout Ético, no solo nos aporta una perspectiva respecto al daño moral que puede sobrevenir en el personal clínico cuando sus valores y el ejercicio de su trabajo entran en conflicto sino la posibilidad de aislar una variable que es necesario ser tomada en cuenta para comprender la complejidad de los cuadros psicopatológicos que con cada vez mayor frecuencia presenta el personal sanitario.

Gracias a pensar en la dimensión del conflicto ético en el personal sanitario que padece sintomatología de fatiga por compasión, trauma vicario o burnout, podemos tener en cuenta tres cuestiones adicionales; Los conflictos de valores, la desesperanza moral y la sensación de Indefensión ética. A modo de breve esbozo de dichas cuestiones:

- Conflictos de valores: Cuando el terapeuta o personal sanitario debe aplicar protocolos que a su parecer son deshumanizantes o cuando el propio lugar donde trabaja está perpetuando

el daño que procura sanar.

- **Desesperanza moral:** Entendemos que la desesperanza moral sobreviene no cuando uno tiene la sensación de que no puede más, sino que siente profundamente que no puede ser lo que el otro necesita que uno sea para poder sostenerlo. Cuestión estrechamente relacionada con la baja realización personal de la triada sintomática nuclear del burnout. Esto se convierte en todo un desafío para la identidad profesional (Buechler, 2024)
- **Indefensión ética:** Cuando uno debe elegir entre sostener el encuadre o denunciar lo que está pasando y está generando daño, con las consabidas implicaciones respecto al riesgo de perder el trabajo o sufrir presiones por parte de la organización donde ejerce.

Cuando la tensión ejercida por las circunstancias arriba descritas no se resuelve satisfactoriamente, es decir, al menos poder hablar de ello, poner en palabras o encontrar espacios de descarga emocional, habitualmente se desarrollan en el clínico sentimientos de vergüenza, culpa e indefensión con el consiguiente potencial aislamiento y sensación de alienación.

Por la Empatía entra la peste

Al igual que Ferenczi plantea en su Diario Clínico que sin simpatía no hay curación, (a lo sumo intelecciones sobre la génesis del padecer...) (Ferenczi, 1932), es posible que nos encontremos en un momento donde abundan las intelecciones y donde a su vez la simpatía se halla secuestrada. En el contexto clínico, cualquier expresión de rabia, ira, culpa o vergüenza por parte del terapeuta es fácilmente juzgada y condenada (en muchos casos por el propio profesional). También en el caso de los pacientes, dicha expresión puede ser condenada por parte de los profesionales incapaces de tolerar su expresión, pero recordemos que la gestión de dichos sentimientos en soledad puede llegar a ser demoledora. A nivel contratransferencial, la no aceptación de las emociones experimentadas como negativas por parte del terapeuta y la consiguiente no integración en el proceso terapéutico pueden dar lugar a diferentes fenómenos clínicos, como impases, abandonos, rupturas de la alianza terapéutica y burnout. “Es desagradable reconocer que el trabajo terapéutico puede incluir niveles primitivos de odio y miseria de los que nadie nos advirtió cuando decidimos dedicarnos a ayudar a la gente” (McWilliams, 2025) Por nuestra parte, defendemos la importancia del reconocimiento y la validación emocional, resultando ineludible acceder, atravesar y por momentos, habitar dichos territorios, para poder co-construir con nuestros pacientes un espacio mutuo compartido y de esa forma tener mayores oportunidades para la recuperación. Al igual que otros autores (Winnicott, (1947), Herman (2004), Buechler (2024),

McWilliams, (2025)) consideramos que el reconocimiento en el propio psicoterapeuta de las emociones menos confortables no solo es imprescindible para la prevención del burnout, sino que además las consideramos verdaderas oportunidades de gran valor para el proceso terapéutico.

No somos ajenos al miedo y a la ansiedad que un clínico puede sentir al aproximarse a experiencias compartidas de profundo sufrimiento y horror. Sabemos que la función empática nos pueda dañar, que lo traumático conecta con nuestras propias discontinuidades, pérdidas, temores y traumas, pudiendo caer en la tentación de quedarnos en silencio, un silencio que resulta familiar para cualquier clínico, asociado en ocasiones, al secreto profesional que nos aleja de nosotros mismos y de los demás y nos hace sentir que todos aquellos que nos rodean ignoran una realidad compartida, acechante, crueles por su no saber, indefensos..., alentando un sentimiento de alienación que nos daña, con la ingenua ilusión de una neutralidad protectora, pero ya J. Maroda (2002) nos enseñó hace mucho tiempo, que no hay sitio donde esconderse.

En estos casos, la supervisión en general y la supervisión entre iguales (McWilliams, 2025) en particular, puede constituirse en una forma de facilitar dicho reconocimiento. Estos espacios de contención, sostenedores, permiten restablecer la continuidad entre los aspectos disociados del self del terapeuta y previenen el burnout ético. Solo a través de la relación con otro, es posible el restablecimiento de la salud y del sano funcionamiento del self. Esta función es fundamental para poder trabajar con personas traumatizadas con aspectos del self profundamente disociados.

Otros posibles modos de prevención.

Desde el punto de vista que estamos planteando, considerar que la psicoterapia relacional "tradicional" puede por sí misma hacer frente a la demanda que plantea la sanación de las personas traumatizadas sería como aunar al psicoanálisis relacional a la categoría de teoría heroica. Por contra, pensamos que su integración o ampliación junto con otros programas novedosos como los "open dialogue", (Seikkula y Arnkil, 2016), podrían ser valiosos, adaptables y muy útiles para el trabajo en trauma, permitiendo pasar del diálogo al "triálogo", del único testigo a la experiencia compartida, ampliando la red de sostén y regulación dentro de la propia consulta, pasando de la consulta al ágora polifónica. Hay quienes critican la posibilidad de inclusión de terceros en el espacio terapéutico, alegando una disminución de la "intimidad" que genera el tú a tú. Es cierto, pero no debemos dejar de lado que un exceso de intimidad puede ser yatrogénico para pacientes traumatizados, generando una mayor desregulación emocional en la díada. En cualquier caso, postpondremos este debate para un

análisis más detallado en un futuro.

En contextos de protección internacional o trabajo con migración, los aportes del ethnopsicoanálisis (Tobie Nathan, 1999) llevados a la práctica por el equipo de M. R. Moro y Golse (2019) en su clínica transcultural en Francia ofrecen una nueva forma de intervención muy respetuosa y cuidadosa para todos los participantes y que por lo que sabemos, todavía no se está aplicando en el contexto español y que merecería una especial atención.

Además, apoyarnos en el trabajo grupal, las redes comunitarias no profesionalizadas, el diagnóstico social y el arte como forma de resistencia serán fundamentales para hacer más llevadera nuestra tarea.

Epilogo

Es momento de cuidarse, de sanar, de cuidarnos y sostenernos, de contenernos. Ante la despresurización que la caída de valores está generando en nuestra sociedad, tenemos que ponernos la máscara de oxígeno a nosotros mismos en primer lugar para poder ayudar al paciente pasajero. Todos vamos en el mismo avión ante estos vientos de falta de libertad, de justicia y de esperanza. Una esperanza que en ocasiones solo podrá ser sostenida unilateralmente, y no como un ejercicio fundado en la sensatez, sino como una antorcha encendida en medio de la oscuridad. La fe en el tratamiento en ocasiones es un acto voluntario. No se puede culpar a nadie por no defender aquello en lo que no cree, pero nadie puede negar que aquello en lo que cree independientemente de si su naturaleza es concreta o ilusoria, tiene poder. Creer es crear. Respecto a la ética, Orange defiende su naturaleza unilateral y asimétrica. Depende de nosotros defender una ética radical y en ocasiones sostener unilateralmente la esperanza incluso, o podríamos decir, sobre todo, cuando atravesamos territorios destruidos. Sin ambages, el psicoterapeuta relacional no sostiene la esperanza de modo estoico, sino sabiendo que corre el riesgo de que si en el futuro del proceso analítico hay un villano, como dice Buechler (2024), "ese villano, probablemente sea yo"

REFERENCIAS

- Argullol, R. (2015) *La Razón del mal*. Barcelona; Acantilado
- Berman, E. (1988) Communal upbringing in the Kibbutz: The allure and risks of psychoanalytic utopianism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 43:319-335. New Heaven, CT: Yale University Press
- Berman, E. (2004) *Impossible Training: a relational view of Psychoanalytic education*. London: Analytic Press
- Bettelheim, B. (1969) *Children of the dream*. New York: Avon
- Buechler, S. (2024) *Permanezco ejerciendo como psicoterapeuta. Los pesares y las alegrías de una carrera clínica*. Madrid; Agora Relacional
- Fromm, E. (1985) *El corazón del hombre*. Fondo Cultura Económica
- Herman, J. L. (2004) *Trauma y Recuperación*. Madrid; Espasa Calpe
- Maroda, K. (2002). No place to hide: Affectivity, the unconscious, and the development of relational techniques. *Contemporary Psychoanalysis*, 38(1), 101–120.
<https://doi.org/10.1080/00107530.2002.10745808>
- McWilliams, N (2004) *Psychoanalytic Psychotherapy.: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press
- McWilliams (2025) *El Diagnóstico psicoanalítico. Comprender la estructura de personalidad en el proceso clínico*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Moro, M. R., Golse, B. (2019) *Creer en situación transcultural. Una oportunidad para las infancias*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.
- Nathan, T. (1999) *La Influencia que cura*. México; Fondo de Cultura Económica
- Orange, D. (2009). *Thinking for Clinicians. Philosophical resources for contemporary psychoanalysis and the humanistic psychotherapies*. New York: Routledge
- Orange, D. M. (2013) *El desconocido que sufre. Chile; Cuatro vientos*
- Rothschild, B. (2016) *Ayuda para el profesional de ayuda. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Seikkula, J., Arnkil T. E. (2016) *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial. Barcelona
- Tizón García, J.L. (2010). El "Burn-out": ¿desgaste, desengaño, enfado crónico, enfermedad o trastorno psicopatológico? *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 82-103. [[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]] [ISSN 1988-2939]
- Ullman, C. (2016). Transformando al Héroe: la dialéctica del heroísmo y el proceso psicoanalítico en contextos de destrucción. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (3): 728-737. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100308
- Van der Kolk, B. (2015) *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Girona; Eleftheria
- Volóshinov, V. (2009) *El Marxismo y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires; Ediciones Godot Argentina.

Original recibido con fecha: 30/03/2026 Revisado: 4/02/2026 Aceptado: 15/04/2026

NOTAS: