

CAPÍTULO 2

CORRELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y RELACIÓN TERAPÉUTICA EN PROFESIONALES DE AYUDA²

Joan Manuel Torres Campuzano

INTRODUCCIÓN

Al compararlos con otro tipo de trabajadores, los que ejercen como profesionales de la salud y la asistencia social se exponen continuamente a una serie de circunstancias que tienden a ser en exceso estresantes: la sobrecarga laboral, los turnos extendidos, la baja compensación salarial, el riesgo de contraer infecciones, los dilemas éticos, la escasez de recursos, el clima laboral inapropiado, la responsabilidad de atender el sufrimiento del otro, entre otras. Estos son proclives a desarrollar condiciones de afectación física y psicosocial como las que se engloban bajo la categoría diagnóstica de *síndrome de burnout*, el cual es definido como un síndrome constituido por tres características principales: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal; y

² El presente artículo compila la revisión documental de uno de los ejes temáticos centrales de la asignatura Electiva de Profundización II (Riesgos Psicosociales) ofertado en décimo semestre del programa de Psicología de la Universidad Santiago de Cali, buscando la integración de reflexiones y discusiones realizadas en el semillero de investigación en psicología humanista Rompecabezas, el cual se enmarca en la línea de investigación Sujeto y Cosmovisión del mismo programa.

se presenta en profesionales de ayuda a personas, como por ejemplo, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales (Maslach y Jackson 1981).

El síndrome de burnout también ha sido definido como una respuesta extrema y desadaptativa ante el estrés laboral crónico, que se caracteriza porque el individuo desarrolla la idea de fracaso profesional, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja (Gil-Monte, 2007).

Así, la presente reflexión enfatizó en el modo en que dichas afecciones pudieran relacionarse o derivar de la relación terapéutica establecida entre los profesionales de la salud y sus pacientes, teniendo en cuenta además la manera en que ello podría condicionar el alcance de los objetivos terapéuticos, para explorar y describir las estrategias profilácticas y correctivas que se usan con mayor frecuencia o que convendría usar en torno a estas problemáticas.

Se consideró el grupo de afecciones psicológicas más comúnmente documentadas en la literatura especializada, a saber, las relacionadas con los signos y síntomas de estrés laboral y síndrome de burnout, dado que constituyen una de las quejas típicas del personal asistencial y de la salud, teniendo en cuenta que "algunas de estas pueden desgastar las capacidades y funciones consideradas como esencia de la personalidad" (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007, p. 233). Además, se expone algunos fundamentos filosóficos y teóricos que explican lo pertinente que resulta para este tipo de profesionales reflexionar en torno a la relación que establecen consigo mismos y con sus pacientes, y en menor grado, con sus colegas y demás compañeros de trabajo.

Se evaluó también el papel que juegan las instituciones educativas y de salud en torno al manejo preventivo y/o correctivo del estrés laboral y el síndrome de burnout. Asimismo, se presentan algunas razones por las cuales los psicoanalistas, los psicólogos y los psiquiatras son advertidos tempranamente en su formación para estar atentos y detectar las posibles situaciones de riesgo inherentes a la relación terapéutica, planteando, de paso, el cuestionamiento de si ocurre lo mismo entre profesionales de otras disciplinas terapéuticas, pues pareciera que aquellos que se forman en campos distintos

(fisioterapeutas, terapeutas del lenguaje, terapeutas ocupacionales, etc.) no suelen ser advertidos para gestionar tales factores de riesgo, y por tanto, tienden a no desarrollar una cultura de autocuidado psicológico individual, grupal ni gremial con el fin de evaluar y elaborar las posibles afecciones psicológicas surgidas o potenciadas por la relación terapéutica.

El documento consta de tres apartados, en los cuales se hace referencia a los riesgos laborales (psicosociales) típicos del ejercicio de carreras de la salud y la asistencia social, el papel que juega el autoconocimiento para el adecuado manejo de la relación terapéutica y un análisis de la responsabilidad y el alcance de la Academia y las instituciones de salud frente al manejo preventivo y correctivo del estrés laboral y el síndrome de burnout.

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES COMUNES AL EJERCICIO DE CARRERAS DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

Aquel que busca sanar o asistir a otros suele experimentar ciertas paradojas emocionales, e independientemente de la disciplina particular que ejerza, este tipo de trabajador ha de ser consciente de su predisposición a desarrollar probables afectaciones a causa de su ejercicio profesional y reaccionar consecuentemente para la elaboración de las mismas.

En el caso de los profesionales de la salud mental, por ejemplo, los elementos de incertidumbre vividos en su labor de atender a personas que sufren configuran un escenario que contiene riesgos con dimensiones identificables del síndrome de burnout (Olabarria y Mansilla, 2007). Del mismo modo, la calidad de vida laboral puede verse afectada por agotamiento o cansancio psicológico, inconformidades con el salario y escaso acceso a actividades de entretenimiento, ocio y descanso debido a las altas demandas laborales típicas en este tipo de carreras (Puello Vilorio Y, Quintero Ramírez N, Canova Barrios C, Camargo Mejía Y, Amaya Hernández L et al., 2014).

Por otra parte, cuando el contexto laboral no responde a las expectativas personales, es posible que comience a generarse incertidumbre y agotamiento emocional; aspectos que llevan paulatinamente

a posteriores cuadros de estrés, al surgimiento de enfermedades psicosomáticas y a una progresiva sensación de frustración (Aparicio y Marsollier, 2011).

Lo anterior cobra especial relevancia toda vez que se ha encontrado relación entre calidad de vida laboral y la salud general de los trabajadores sanitarios, independientemente de variables sociodemográficas como género, edad, estado civil, profesión, cargo o área de trabajo (Buitrago y Martínez, 2011). De igual manera es necesario tener en cuenta lo importante que es para estos trabajadores obtener satisfacción del rol que desempeñan y de las relaciones interpersonales que establecen con sus compañeros y superiores (Bormann y Abrahamson, 2014).

AUTOCONOCIMIENTO Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las reacciones subjetivas de los profesionales de la salud y la asistencia social, que pueden ser múltiples y variadas, funcionales o desadaptativas, no se hacen esperar, pues al igual que sus pacientes, los profesionales también son humanos; sujetos de su propio sistema de creencias, de su configuración particular de rasgos de personalidad, de su cultura y de sus propios conflictos, por tanto, sus reacciones subjetivas pueden manifestarse a través de todo lo que hacen, incluso cuando realizan actividades siguiendo lineamientos *objetivamente* definidos.

En el caso de los psicoterapeutas, por ejemplo, la ansiedad, el temor a que el consultante abandone el proceso y la falta de seguridad y confianza en sí mismo afectan la capacidad para desarrollar la relación empática y segura que es fundamental en las primeras fases de la terapia (Luborsky, 1994). Al mismo tiempo, el apego seguro del consultante permite que el terapeuta se sienta cómodo y confiado para dar apoyo y soporte y, por lo tanto, desarrollar una mejor alianza terapéutica (Arias y Navia, 2011); lo cual pone en evidencia lo fundamental que resulta establecer una relación terapéutica adecuada en todo proceso de atención en salud y asistencia social.

Para seguir ahondando en las reacciones que puede suscitar el paciente en el profesional, conviene retomar algunos conceptos básicos

de la orientación psicoterapéutica humanista, en donde resulta vital para el psicoterapeuta estar atento a la relación terapéutica. Algunos autores, basados epistemológicamente en la fenomenología, exhortan al psicoterapeuta a prestar especial atención a sus actitudes, principalmente, a su disposición a aceptar a los pacientes sin criticarles a razón de sus quejas, y a reaccionar empáticamente ante las problemáticas por las que éstos consultan, lo que sería el equivalente a *ponerse en los zapatos* de la persona atendida sin juzgarla ni dirigirla:

La función del terapeuta sería la de asumir, en la medida de lo posible, el marco de referencia interno del cliente para percibir el mundo tal como éste lo ve, para percibir al cliente tal como él mismo se ve, dejar de lado todas las percepciones según un marco de referencia externo y comunicar algo de esta comprensión empática al cliente. [...] Cada vez más, el terapeuta no-directivo juzga que la comprensión y la aceptación son efectivas, y concentra todo su esfuerzo en el logro de una comprensión profunda del mundo privado del cliente (Carl Rogers, 1977, p. 40).

No obstante, aunque la puesta en práctica de la actitud empática por parte del terapeuta sea benéfica y útil, ésta debe ejercerse con sumo cuidado, en vista de que -si es malinterpretada o malograda- tiene implícito el riesgo de devenir una situación en la que el terapeuta ya no sería capaz de distinguir claramente entre su propio marco de referencia y el de su paciente, de manera que ya no tendría lugar un proceso de comprensión empática, sino un proceso de identificación emocional, abriendo paso a una circunstancia en la que el terapeuta podría experimentar los odios, temores, angustias y demás afectos del paciente como si le fueran propios, por lo que, finalmente, paciente y profesional estarían igual de desvalidos frente a la necesidad de atención del primero; y ante semejante perspectiva ¿quién ayudaría a quién?

En consecuencia, es necesario que el terapeuta esté constantemente atento a sus propias experiencias. A este respecto, otro de los pilares filosóficos de las psicoterapias humanistas, el existencialismo, enfatiza, entre otras cosas, en la obligación de asumir la responsabilidad por la propia individualidad y por las consecuencias que tienen los propios actos sobre los demás.

El primer paso del existencialismo es poner a todo hombre en posesión de lo que es, y asentar sobre él la responsabilidad total de su existencia. Y cuando decimos que el hombre es responsable de sí mismo, no queremos decir que el hombre es responsable de su estricta individualidad, sino que es responsable de todos los hombres (Sartre, 2006, p. 13).

Es posible apreciar en esta sentencia de Sartre un fundamento ético, pues el principio que exige asumir la responsabilidad por los propios actos y los efectos que pueden generar estos sobre los demás, no es solamente un código de conducta o una actitud que se busca que el paciente adquiera durante la terapia, lo que exige también -o más bien- es que el propio terapeuta asuma la responsabilidad por todo lo que es y lo que surge de él mismo en el contexto de su interacción con el paciente, por cuanto sus actitudes y reacciones condicionan sin lugar a dudas su rol profesional y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Por otra parte, en el contexto de la elaboración del psicoanálisis como método terapéutico, en lo que a la captación y elaboración de la información ofrecida por el paciente en la consulta se refiere, Freud propone la práctica de una *atención parejamente flotante*, con lo cual advirtió lo riesgoso de fijarse en uno sólo, o en apenas algunos de los componentes del discurso emitido por el paciente en la sesión.

Tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger entre el material ofrecido; uno fija un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. Pero eso, justamente, es ilícito; si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe; y si se entrega a sus inclinaciones, con toda seguridad falseará la percepción posible (1912, p. 112)

Freud no sólo previno acerca del uso focalizado de la atención sobre unos pocos contenidos referidos por el paciente en la consulta; habló también sobre las implicaciones del *furor sanandi*, esto es, los efectos que conllevan la prisa y el anhelo de propiciar la cura al paciente. Así, encontró en su experiencia clínica ciertas razones para aludir a un fenómeno al que definió con el concepto de *con-*

tratransferencia, lo que en algunas acepciones puede entenderse como "todo aquello que por parte de la personalidad del analista puede intervenir en la cura [...], lo cual tiene como corolario la necesidad del analista de someterse él mismo a un análisis personal" (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 84).

En este sentido, dentro del referido fenómeno contratransferencial, podrían incluirse todas las sensaciones, emociones, pensamientos, actitudes, estereotipos, prejuicios y expectativas, además de los propios complejos y resistencias del terapeuta, los cuales, de no ser manejados por este podrían interferir en el curso o la efectividad del proceso psicoterapéutico. En efecto, ya desde la primera década del siglo pasado, el mismo Freud recomienda a todos los analistas investigar continuamente sus propias dinámicas psíquicas, que bajo este enfoque se consideran primordialmente inconscientes.

Ningún psicoanalista puede ir más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias interiores. Por ello exigimos que inicie su actividad por un autoanálisis y siga profundizándolo mientras aprende, con la práctica en sus pacientes. Quien no efectúe semejante autoanálisis hará bien en renunciar, sin vacilación, a tratar a los enfermos analíticamente (Freud, 1910, citado de Laplanche y Pontalis, 1996, p. 40).

Con el tiempo, se ha considerado aplicar el concepto de *contratransferencia* más allá de los dominios del psicoanálisis y la psiquiatría. En esta vía se encuentran iniciativas como la de Michael Balint (1986), quien recomienda a todos los médicos, indistintamente de su área de especialidad, incluir sus reacciones subjetivas en el proceso diagnóstico: propuso una idea según la cual un médico debiera ir más allá de lo nosológico y lo taxonómico al momento de diagnosticar una enfermedad.

Este autor se basa en su propio concepto del médico como medio de curación, argumentando que si este se reconoce a sí mismo como la fuente de donde proviene y a través de la cual fluye el proceso de atención, entonces ha de entender que su subjetividad debiera funcionar como un factor protector y no como un factor de riesgo o iatrogénico, facilitando así el desarrollo de una intervención más funcional que implique que el profesional tenga conciencia sobre la forma en que opera su subjetividad en el proceso de atención.

Seguramente, aunque en principio tales recomendaciones pudieron ser dirigidas exclusivamente a los médicos, con el advenimiento del trabajo interdisciplinar en salud, profesionales de otros campos han debido atender el mismo llamado, como quiera que nadie que atienda a otro en un contexto terapéutico, de apoyo o asistencia social, puede juzgarse inmune al fenómeno contratransferencial ni a los empujes del *furor sanandi*.

En este punto conviene aclarar que las disciplinas terapéuticas podrían seguir distintos móviles o propósitos. De acuerdo con Joseph Rychlak (1968), al menos en el contexto de la psicología y más específicamente en el ejercicio psicoterapéutico, se encuentra en los motivos *Ético* y *Curativo* un par de derroteros que guían la investigación, la conceptualización y la praxis hacia el abordaje de problemas reales, buscando mejorar la calidad de vida de las personas y contribuir a la disminución de sus síntomas problemáticos. Pero además, este autor confiere a la teorización psicoterapéutica un tercer motivo, *el Erudito*, el cual consiste en la búsqueda del conocimiento como un fin en sí mismo. Este último pareciera ser el móvil que más aplica a ciertas psicoterapias existenciales y al mismo psicoanálisis, en donde no es que exista una renuencia manifiesta a buscar la cura, sino más bien esta se entiende como un proceso o evento concomitante a la exploración y clarificación de experiencias y a la investigación de la vida anímica inconsciente, respectivamente.

Podría ocurrir, además, que la decisión personal de seguir una carrera de salud o de asistencia social tenga implícito, en algunos casos, el deseo por el conocimiento *per se*, más que la inclinación a aplicar saberes con fines terapéuticos o de manejo clínico. Aun así, ¿cómo pretender que un profesional de la salud o la asistencia social no se vea motivado por la intención de ayudar, sanar, contener o cuidar a otros? Más allá de lo que pueda significar para cada disciplina terapéutica *sanar, contener, ayudar, asistir, cuidar*, etc. si alguien que decidió ser profesional de la salud o la asistencia social no se ve movilizado a cumplir dichos propósitos, habría de poner en duda su vocación y el acierto en su elección de carrera.

Más aún, la certeza de que los profesionales de la salud y la asistencia social no lleguen a identificarse emocionalmente con alguno de sus pacientes tendría lugar sólo en la medida en que los primeros

permitieran cualquier condición que anulara su capacidad de ser empáticos, en tanto la empatía demarca la puerta de entrada hacia la *identificación emocional*.

En este orden de ideas, se hace necesario que estos profesionales sean capaces de establecer un límite más o menos definido entre su propio yo y el de las personas que atienden, dado que existe un lugar donde debe diferenciarse "lo propio" (self) de "lo otro" (otherness), (Perls, 2012), y en el contexto de la consulta el profesional es un otro; representa la "otredad" para el paciente, y por ello, la interacción paciente/profesional debe ser tomada en cuenta y formar parte del proceso terapéutico (Martínez, 2013), de manera que reconozcan y asuman la responsabilidad sobre sus reacciones y la forma en que éstas pueden afectar su intervención, además de ser conscientes del modo en que interpretan la realidad de cada paciente y sus consecuentes formas de abordarla.

En concordancia con lo anterior cabría preguntarse si existen métodos para que estos profesionales revisen las maneras en que su subjetividad pudiera afectar sus procesos de intervención y las formas en que interpretan la realidad de las personas que atienden. Por fortuna, la respuesta es afirmativa.

Idealmente, todos aquellos que trabajan atendiendo a personas que sufren debieran llevar a cabo un proceso de reflexión personal, por medio del cual sean capaces de identificar sus puntos ciegos, además de explorar sus prejuicios y creencias con respecto a la muerte y el sufrimiento; las formas en que asumen su rol profesional y las distintas reacciones emocionales asociadas a su labor; para lo cual lo más recomendable sería asistir a un proceso psicoterapéutico individual, preferiblemente antes del ejercicio laboral y con cierta continuidad una vez ingresen en etapa plena de ejecución de su rol profesional.

Igualmente, a nivel grupal, existen estrategias como la propuesta por Michael Balint (2012), que recomienda a todos sus colegas médicos, aplicar el concepto de *contratransferencia* en su ejercicio diagnóstico y de intervención. A través de la metodología de los célebres Grupos Balint, o Grupos Reflexivos Tipo Balint, los integrantes del equipo interdisciplinar se reúnen una vez a la semana por

espacio de una o dos horas para comentar un caso, pero no desde el punto de vista del estudio de caso ni sobre el análisis del caso en torno a su historia clínica, sino más bien para analizar los problemas que surgen en la relación profesional/paciente.

Concretamente, cualquiera de los integrantes del equipo profesional empieza a comentar sobre una dificultad que haya tenido en la atención a algún paciente en particular, la cual se espera sea esclarecida con la ayuda del psicoterapeuta que debe guiar al grupo durante estos encuentros, quien por medio de su intervención *-fomentando la participación activa de todo el equipo-* debe reconocer los factores y condiciones que emergen de la interacción profesional/paciente, para posteriormente ejecutar un proceso de clarificación de experiencias y retroalimentación.

Lo enriquecedor de estas metodologías grupales es que permiten reconocer y experimentar las características del trabajo en equipo, lo que exigiría a sus integrantes tratar asuntos dialécticos y pragmáticos: sus estilos de comunicación, la calidad de sus relaciones interpersonales y su ejercicio del liderazgo; además de fomentar el cruce de opiniones y conceptos entre profesionales de distintas disciplinas, promoviendo la empatía y la posibilidad de que cada uno se vea a sí mismo en la mirada del otro, lo que sin duda les dotaría de mayores insumos y herramientas en torno a cualquier reacción emocional adversa que surja de su labor, fomentando, de paso, la práctica del *apoyo social*, el cual ha demostrado ser uno de los principales factores protectores ante los riesgos psicosociales en el mundo del trabajo.

Por supuesto la utilización de este tipo de abordajes está siempre atravesada por un acto de voluntad; la recomendación de asistir a un proceso psicoterapéutico individual será viable y provechosa sólo en la medida en que la persona así lo decida. Asimismo, en el caso de las intervenciones grupales, se requiere más que el interés de cada uno de los integrantes del equipo de salud, pues la posibilidad de poner en funcionamiento un proceso como el que se maneja en los Grupos Balint sólo se concreta si hay voluntad administrativa por parte de las personas que dirigen las instituciones de salud y de asistencia social, por cuanto es preciso tener en cuenta cuestiones como las rotaciones de los profesionales, el encuadre de turnos,

la asignación de honorarios estipulados al terapeuta, entre otros asuntos logísticos.

Pero ya sea que se practique la actitud empática de manera deliberada y atenta buscando evitar la *identificación emocional* con las problemáticas del paciente, o que se interprete y maneje la *contratransferencia* en su sentido riguroso como un fenómeno primordialmente inconsciente; o dicho de otra forma, independientemente del enfoque del psicoterapeuta consultado y/o de la orientación teórica del facilitador de procesos grupales contratado, lo fundamental es poder reflexionar acerca del propio rol emocional y la manera en que éste interviene con el rol profesional, dado que, en cualquier caso, la probabilidad -o si se quiere, el riesgo- de experimentar los efectos de la *contratransferencia* y de la *identificación emocional* estará siempre implícita entre este tipo de profesionales, mientras puedan estos dedicarse a la práctica clínica o a la atención de pacientes.

Por lo demás, las razones para asistir a psicoterapia no deben implicar siempre la búsqueda de una cura a condiciones psicopatológicas. Claramente, emprender la tarea de conocerse a sí mismo conlleva ciertas ventajas a la persona que así lo decida, y a este respecto Freud (1991) comenta:

Parece natural que un análisis como este, de alguien prácticamente sano, no termine nunca. Quien sepa apreciar el elevado valor del conocimiento de sí adquirido [...], así como del mayor autogobierno que confiere, proseguirá después como autoanálisis la exploración analítica de la persona propia y tendrá la modestia de esperar siempre nuevos hallazgos tanto dentro como fuera de él mismo (p. 116).

Cabe aclarar que la anterior sentencia fue emitida por Freud en el contexto de una sugerencia dirigida exclusivamente a quienes estén interesados en ejercer como psicoanalistas, en su ***Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico***, en concordancia con su consigna de que todos estos debieran practicar un autoanálisis o someterse al análisis con la ayuda de algún colega.

En este orden de ideas, y teniendo en cuenta lo propuesto por Michael Balint en similar sentido, se podría decir que las ventajas de

tal práctica pueden estar a la mano de cualquier profesional de la salud y la asistencia social, y aplicarían también para aquellos que no tengan por oficio el ejercicio de alguna disciplina terapéutica, ni que experimenten signos o síntomas constitutivos de ningún cuadro psicopatológico; pues, sin lugar a dudas, el autoconocimiento obtenido por la vía psicoterapéutica sería benéfico para cualquier persona, incluidas aquellas que puedan considerarse psicológicamente *sanas*.

LA INSTITUCIÓN DE SALUD Y LA ACADEMIA FRENTE AL ESTRÉS LABORAL Y EL SÍNDROME DE BURNOUT

Recientemente, la expansión de la medicina basada en la evidencia y la exigencia de las aseguradoras y algunos sistemas nacionales de salud han hecho cada vez más necesaria la demostración de eficacia, eficiencia y efectividad en los procedimientos terapéuticos, imponiendo la aplicación de tratamientos empíricamente soportados (Arias y Navia, 2011). A este propósito, cabe mencionar que en Colombia la Resolución 2646 de 2008 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social señala que los factores psicosociales (características del trabajo y de la organización que influyen en la salud y bienestar de las personas) deben ser evaluados en el trabajo, con el fin de desarrollar acciones de prevención e intervención que mejoren la calidad de vida de los trabajadores (Cardona, Múnera y Sáenz, 2011).

Por tanto, se entiende que la responsabilidad sobre la prevención y el manejo de las afectaciones psicosociales de los profesionales de la salud y la asistencia social no recae solamente sobre ellos mismos, y que la ejecución de propuestas de prevención y manejo debe darse de acuerdo con estrategias que demuestren rigor conceptual y validez técnica, las cuales deben articularse, por normativa legal, a los sistemas administrativos y de gestión implementados en las instituciones de salud.

Adicionalmente, del mismo modo en que iniciativas como los Grupos Balint requieren de voluntad administrativa para su puesta en marcha y sostenimiento, existen otras variables de tipo organizacional que también debieran tenerse en cuenta, puesto que las decisio-

nes que toman los directivos en torno a la planificación y la gestión del personal pueden influir en la carga de estrés laboral afectando el nivel de bienestar del personal de salud y su calidad de vida, en cuanto incrementa el agotamiento físico, mental y promueve la aparición de trastornos asociados al estrés (Lima, Freitas, Dos Santos, Pereira y Reis, 2013).

De ahí que una adecuada prevención y manejo de los riesgos que conlleva este ejercicio profesional requiera avistar lo individual, lo grupal y lo institucional, ya que la caída de las expectativas, la frustración, el estrés y el desgaste también inciden en la disminución de la calidad de las organizaciones, visto tanto desde su vertiente objetiva (el rendimiento y la productividad) como desde su vertiente subjetiva (la satisfacción, la motivación y la calidad de vida de los trabajadores) (Aparicio y Marsollier, 2011).

De otro lado, añádase al asunto la cuota de responsabilidad que pudiera corresponder a la Academia en términos preventivos, dado que para los profesionales en formación el periodo de práctica profesional no sólo representa un ejercicio de confrontación entre la teoría y la realidad; también implica poner en contraste con la realidad las expectativas con que inician su proceso previo de incursión al mercado laboral. Es en este nivel donde el practicante entra en contacto directo con las distintas formas en que se ejecutan las actividades de diagnóstico, planeación, ejecución y seguimiento a los procesos de intervención propios de su disciplina, encontrando que incluso en ciertas ocasiones la realidad controvierte lo que en las aulas se imparte.

Así las cosas, uno de los desafíos planteados a la educación actual consiste en superar la brecha existente entre la formación y el trabajo, es decir, dar respuesta efectiva al desfase detectado entre lo que el sistema educativo dice ofrecer y las exigencias y desafíos reales del mundo laboral. Quizá sea éste un problema de larga data, pero ante los profundos cambios políticos, económicos y socioculturales de las últimas décadas, cada vez reviste mayor interés (Aparicio y Marsollier, 2011), máxime cuando investigaciones recientes sugieren que los estudiantes universitarios, en particular del campo de la salud, pueden llegar a sentirse física, mental y emocionalmente exhaustos, con una sensación de no poder dar más de sí mismos,

en ocasiones con sentimientos de autosabotaje, indiferencia y baja eficacia frente a los estudios (Palacio, Caballero, González, Gravini y Contreras, 2012).

En consecuencia, detectar prontamente manifestaciones del síndrome de Burnout entre los futuros profesionales de la salud es beneficioso tanto para los estudiantes y los educadores, como para los futuros empleadores y clientes (Balogun y Cols, 1996, citado en Palacio et al, 2012), ya que no solo ofrece evidencias empíricas de la existencia de dicha afección en esta población, sino la oportunidad de desarrollar acciones y programas de prevención del síndrome de Burnout desde el periodo mismo de la formación, que se reviertan en la calidad del proceso de aprendizaje y en el afrontamiento de las variadas situaciones de estrés comunes al quehacer del futuro profesional (Palacio et al, 2012).

Paradójicamente, los cursos universitarios de desarrollo humano suelen ser vistos por algunos actores del sistema educativo como apéndices sin sentido en las mallas curriculares (García, 2014), y aun cuando se encuentren asignaturas reglamentarias sobre ética, bioética y psicología en la mayoría de carreras de salud y de asistencia social, estas pocas veces redundan en una preparación previa para el afrontamiento de las afectaciones subjetivas que aparecen típicamente cuando se ejerce este tipo de carreras.

A este respecto, Nel Noddings (1992; 2002; citada por Chau, Daza y Vega, 2008) menciona que el propósito fundamental de la educación es cuidar y formar para el cuidado. Lo que aplicaría con mayor razón a la educación superior ofrecida a los estudiantes de carreras de salud y asistencia social, ya que este tipo de carreras se supone redundan en el desarrollo de competencias relacionadas con el autocuidado y el cuidado del otro. Así las cosas, las instituciones educativas solo podrían formar para el cuidado y el cuidado del otro si proveen las condiciones para que sus estudiantes cuiden y se sientan cuidados.

Aun así, es poco común ver dentro de las mallas curriculares de este tipo de carreras, cursos que hagan énfasis en la importancia de mantener una adecuada relación terapéutica, sobrellevar relaciones laborales funcionales con los compañeros y colegas, o prepararse

para afrontar el sufrimiento, el estrés, la invalidez y la muerte misma de los futuros pacientes.

Todos los anteriores se entienden como aspectos que quedan implícitos en el proceso formativo, como asuntos que cada docente toca a su manera; acaso como cuestiones que debió prever quien decidió matricularse en una carrera de este tipo, o a lo sumo, atribuyendo al sentido común el manejo de todas estas situaciones, olvidando que el sentido común no suele ser comúnmente compartido, por lo que a la larga, podría ser errónea la fe sobreestimada en aquella capacidad de raciocinio que se asume como colectiva y omnipotente: el llamado sentido común no es más que otro escenario en donde actúa a sus anchas la subjetividad.

CONCLUSIONES

Es preciso concluir que la presente reflexión no pretende configurar un análisis conceptual definitivo sobre el tema; la intención es establecer una visión general sobre algunas reacciones emocionales que comúnmente subyacen o se detonan a propósito del ejercicio de carreras de asistencia social y de la salud, dejando entrever, además, que aunque los psicoanalistas, los psiquiatras y los psicólogos sean los llamados a reflexionar más rigurosamente entorno a la cuestión de la relación terapéutica -por cuanto esta constituye un tema de interés teórico-práctico común a estas tres disciplinas-, no son estos los únicos profesionales que debieran prestarle atención, ni ser los únicos interesados en gestionar el riesgo de fenómenos como la **contratransferencia** y la **identificación emocional** con sus pacientes, lo cual merece tanta atención como la que en los últimos años se ha prestado a los efectos del síndrome de Burnout, máxime cuando es plausible establecer una correlación entre las variables mencionadas.

Al fin y al cabo, es una reflexión que atañe a todos los profesionales de la salud, indistintamente de la diversidad de nociones, principios filosóficos y conceptos propios de cada disciplina, pues más allá de las consideraciones teóricas y técnicas sobre el tema, que por su pertinencia resultan bastante urgentes, se trata de una cuestión que es básicamente de naturaleza ética y moral; pues los profesionales

de la salud y la asistencia social intentan atender, cuidar y sanar a otros; luego, ¿quién les atiende? ¿Quién les cuida? ¿Quién les sana a ellos?

Son los mismos profesionales de la salud -en ejercicio o en formación- los que deberán estar prestos a resolver los efectos de la paradoja del sanador no sanado y a promover la restauración justa del cuidador no cuidado, evitando de paso caer en las aporías del **furor sanandi** y la **identificación emocional**.

En definitiva, como seres humanos, este tipo de trabajadores también necesitan ser atendidos por el entorno en general, por las organizaciones para las cuales laboran, por las instituciones educativas que los forman, y por sus colegas y otros profesionales de la salud, en particular, una empresa en la que se hace necesaria la acción conjunta entre las organizaciones administradoras de los servicios de salud y de asistencia social, las instituciones operadoras de dichos servicios, las distintas agremiaciones de profesionales y la Academia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparicio, M y Marsollier, R. (2011). *El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas*. Psicoperspectivas, 10 (1), 209-220. Recuperado el 6 de junio de 2017 desde <http://www.psicoperspectivas.cl>.
- Arias, E. M y Navia, C. E. (2012). *Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante*. Universitas Psychologica, 11(3), 885-894.
- Arrivillaga, M. Quintero, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- Balint, M. (1986). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Editorial Libros Básicos.
- Bormann, L., & Abrahamson, K. (2014). *¿Do staff nurse perceptions of nurse leadership behaviors influence staff nurse job satisfaction? The case of a hospital applying for Magnet designation*. Journal of Nursening Administration, 44(4), 219-25.
- Chaux, E. Daza, B y Vega, L. (2008). *Las relaciones de cuidado en el aula y la institución educativa*, consultado en julio de 2017, en <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/article-168209.html>.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: Mc Graw-Hill, Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- Freud, S, (1991). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*: en Obras completas volumen 12. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- García, D. (2014). *Ética del cuidado de sí y desarrollo humano: un reto para la Educación Superior*. Revista Lasallista de Investigación, 11(1), 125-132.

- Gil Monte, P. R. y Moreno Jiménez, B. (Comp.) (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lima, J., Freitas, R., Dos Santos, F., Pereira, R., & Reis, L. (2013). *Estrés en la actividad administrativa de enfermería: consecuencias para la salud*. *Avances en Enfermería XXXI (2)*, 144-152.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Martínez, Y. (2013). *Filosofía existencial para terapeutas y uno que otro curioso*. México: Ediciones LAG.
- Maslach, C. and Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Ministerio de la Protección Social (2006). Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043, 2006. Consultado en julio de 2017, en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SistemaObligato-riodeGarant%C3%ADadeCalidad-SOGC.aspx>.
- Olabarría, B. Mansilla, F. *Ante el burnout: cuidados a los equipos de salud mental*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 1-14, abr. 2007. ISSN 2254-6057. Disponible en: <<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4029/3883>>. Consultado en julio 20 de 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.1.2007.4029>.
- Palacio, S. Caballero, C. González, O. Gravini, M. y Contreras, K. (2012). *Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el pro-*

medio académico en estudiantes universitarios. Universitas Psychologica, 11(2), 535-544.

Perls, F. (2012). *Sueños y existencia.* Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Puello Vilorio Y, Quintero Ramírez N, Canova Barrios C, Camargo Mejía Y, Amaya Hernández L et al. Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de una clínica privada de la ciudad de Santa Marta. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2014; 16(1): 87-99. doi:10.11144/Javeriana.IE16-1.cvp.

Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico.* Barcelona: Editorial Herder.

Rogers, C. (1977). *Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Rychlack, J. (1968). *A philosophy of science for personality theory.* Boston. Houghton Mifflin.

Sartre, J. P. (2006). *El existencialismo es un humanismo.* México: Éxodo.

