



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO:
MODALIDAD MONOGRAFÍA

“CONSIDERACIONES SOBRE LA RELEVANCIA DE LA
SALUD MENTAL EN EL PSICOTERAPEUTA ”

ESTUDIANTE: MICHEL NICOLÁS OCHOA ALBÍN

C.I: 5.015.113-6

TUTORA: DENISSE DOGMANAS

REVISORA: ANDREA BIELLI

MONTEVIDEO, ABRIL 2021

ÍNDICE

<u>Resumen.....</u>	<u>3</u>
<u>Introducción.....</u>	<u>4</u>
<u>El psicoterapeuta como eje de análisis</u>	<u>6</u>
<u>¿Qué es un psicólogo?.....</u>	<u>6</u>
<u>La psicología clínica.....</u>	<u>7</u>
<u>¿Qué es la psicoterapia?.....</u>	<u>8</u>
<u>Habilidades del psicoterapeuta</u>	<u>8</u>
<u>La salud mental en el psicoterapeuta</u>	<u>9</u>
<u>Definición de salud y conceptos de salud mental.....</u>	<u>10</u>
<u>Investigaciones sobre salud mental en estudiantes de psicología.....</u>	<u>13</u>
<u>Investigaciones sobre salud mental en psicólogos.....</u>	<u>16</u>
<u>El papel de la ética en el psicoterapeuta.....</u>	<u>25</u>
<u>Autocuidado.....</u>	<u>27</u>
<u>Terapia personal, autoconocimiento y la persona del psicoterapeuta.....</u>	<u>33</u>
<u>Consideraciones finales.....</u>	<u>37</u>
<u>Bibliografía.....</u>	<u>40</u>

Resumen

El presente trabajo monográfico se enmarca en el contexto del Trabajo final de grado de la licenciatura en Psicología y cuya finalidad es el poner sobre la mesa el tema de la salud mental en los psicólogos, más concretamente en los psicoterapeutas.

A través de los distintos ejes planteados en los siguientes párrafos y por medio de las fuentes citadas, el objetivo es visibilizar la existencia de problemas de salud mental en psicoterapeutas profesionales, ilustrando que estos no se encuentran ajenas a tales problemáticas, en las cuales se observan fenómenos como la depresión, la angustia, la ansiedad e incluso el suicidio.

Con toda la información sobre la mesa, se hace hincapié en la necesidad de abordar tal dimensión debido a la poca investigación y visibilidad del tema, así como el investigar sobre cual es el panorama que se presenta en nuestro país, a su vez producir espacios de discusión como de diagramar futuras líneas de acción en conjunto con el resto de actores sociales.

Palabras claves —

Psicólogo - salud mental - ética - autocuidado

Introducción

Hablar sobre salud mental es una actividad que ha cobrado mayor presencia a nivel social en estos últimos tiempos. Las barreras estigmatizantes que recaían sobre las personas que solicitaban los servicios de profesionales de tal área se van difuminando y son cada vez más las personas que se interesan y preocupan por su salud psíquica.

Al mismo tiempo, se han logrado grandes avances referentes a la accesibilidad y protección de los derechos de las personas como lo representó la Ley de Salud Mental N° 19.529 del año 2017 que marcó un hito histórico a nivel nacional en esta materia.

Sin embargo, a pesar de las transformaciones alentadoras que se han estado apreciando, al momento de hablar sobre salud mental, existe una dimensión, la cual no se contempla a primera vista, la de los propios profesionales de la salud mental, en este caso más concreto, los psicoterapeutas.

Según el Censo de Psicólogos 2014, estimó un número de 9.782 personas en base al registro de graduaciones, ajustado por tasas de mortalidad, siendo casi en su totalidad egresados en el ámbito público, contando hasta el año 2011 con una tasa de 263 psicólogos cada 100.000 habitantes, lo que convierte al Uruguay en el país con mayor tasa de psicólogos por habitante del mundo, superando incluso a la Argentina (214 cada 100.000 hab) (Gimenez, 2016).

Teniendo en cuenta tales números y enlazando con la temática del trabajo, los problemas de salud mental incluso pueden ser más comunes entre los profesionales de la salud mental porque el trabajo en esta área impone grandes exigencias emocionales y estrés a los profesionales, y para empezar, es más probable que aquellos con experiencia vivida se sientan atraídos por trabajar en este campo (Smith & Moss, 2009).

Farber et al. (2005), Barnett (2007) y Graves (2008) citados en Conchar & Repper (2014) creen que las motivaciones de las personas que ingresan a las profesiones de consejería o terapia están influenciadas por las experiencias de la primera infancia. Barnett, cita las dos principales experiencias contribuyentes como siendo estas la experiencia de pérdida y privación, particularmente en los primeros años, y el fracaso de los cuidadores para satisfacer las necesidades narcisistas del niño (Conchar & Repper, 2014)

Los terapeutas de salud mental no tienen una reserva inagotable de empatía, paciencia o tolerancia, son humanos como el resto y quizás incluso más susceptibles a los factores estresantes debido al trabajo que hacen a diario (Dattilio, 2015).

El entorno de trabajo presurizado y a menudo angustiante de los profesionales médicos, pueden conducir al agotamiento, el estrés y la ansiedad (Conchar & Repper, 2014).

A lo último, se añade que a diferencia de la extensa investigación realizada con el público en general, sabemos relativamente poco sobre la salud mental de los proveedores de servicios de salud mental (Tay et al, 2018). Cuestión a la que se le suma que los niveles más bajos de discapacidad que resultan de un problema de salud mental se correlacionan a una mayor capacidad de ocultación en el lugar de trabajo (Brohan et al., 2012).

Mientras, a nivel de la formación, está la creencia tácita de que revelar los problemas de salud mental de una persona puede verse con desconfianza y podría resultar en discriminación (Tay et al, 2018).

También la existencia de barreras al momento de la búsqueda de ayuda pueden acentuar el problema, como por ejemplo, el estigma social, los miedos al tratamiento, el miedo a las emociones, utilidad y riesgos anticipados y auto-revelación (Bearse et al, 2013).

Aunque algunas de estas barreras existen para casi todo el mundo, otras parecen ser exclusivas de los profesionales de la salud mental (Bearse et al, 2013).

Ello resulta alarmante por las implicaciones que tienen los profesionales de la salud mental en las personas no solo en la esfera privada de los pacientes sino también a nivel público, pudiendo llegar a producirse situaciones o eventos que se codeen tanto con la ética como la deontología, a lo que se le suma que curricularmente en nuestro país, un egresado en la licenciatura en Psicología no se encuentra con las herramientas suficientes para comenzar con el ejercicio de la profesión.

Por todo lo dicho, se vuelve relevante indagar en este campo. Teniendo como base la bibliografía recopilada al momento de realizarse este trabajo, para así aportar los resultados de investigaciones llevadas a cabo en otros países, tanto de estudiantes de la carrera como de egresados, para dar cuenta de una realidad que le sobrellevan a estos, como por ejemplo la incidencia de trastornos como la ansiedad, la angustia y la depresión es estas personas.

Dada la pluralidad de campos existentes dentro de la psicología y los perfiles correspondientes a cada uno de ellos, es que el trabajo se enfocará hacia la psicología clínica y en específico, a la psicoterapia, por lo que el sujeto central en las siguientes páginas será el psicoterapeuta.

El psicoterapeuta como eje de análisis:

Para el comienzo del abordaje en la temática, primero se vuelve necesario el conceptualizar que es un psicólogo, cuáles son las características de su profesión, el perfil general del profesional, las diferentes ramas que componen la disciplina, la formación tanto académica como personal, sus competencias, habilidades y herramientas.

- ¿Qué es un psicólogo?

El psicólogo, según la APA (American Psychological Association) es:

"una persona con formación profesional en una o más ramas o subcampos de la psicología".

Las actividades profesionales de los psicólogos también son variadas, pero pueden incluir asesoramiento psicológico, participación en otros servicios de atención de salud mental, pruebas y evaluaciones educativas, investigación, docencia y consultoría empresarial y organizativa (APA, 2015)

Tal definición es de carácter orientativo, ya que el ejercicio de definir lo qué es un psicólogo, implica a su vez, el definir qué es la psicología, siendo tal empresa uno de los grandes problemas que ha tenido la disciplina a lo largo de su existencia y que ha ido complejizándose con el pasar del tiempo, debido al surgimiento de nuevas corrientes psicológicas y ámbitos de trabajo en dónde se han logrado insertar los psicólogos.

En sí mismo, al momento de describir el perfil de egreso del licenciado en Psicología por la Universidad de la república en nuestro país, en ningún momento se nombra habilidades o herramientas definidas sino una serie de características y expectativas esperables:

El/la Licenciado/a en Psicología tendrá por objetivos el desempeño de prácticas profesionales y/o académicas en Psicología, orientados por fundamentos éticos que contemplen la defensa de los derechos humanos, reconociendo los niveles de implicación que lo atraviesan como sujeto y los códigos deontológicos que están asociados a los campos de intervención del psicólogo.

El/la Licenciado/a en Psicología podrá implementar diversas estrategias en Salud desde la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación en los diversos modos en que lo psicológico se expresa.

(Extracto del documento "Plan de Estudio de la Licenciatura en Psicología 2013",

aprobado en Resolución N° 20, del CDC - 25/09/12)

- **Psicología clínica:**

Tales fenómenos exigen al psicólogo, una manera de ser y actuar específicas que no tienen porque estar correlacionadas con otras áreas de trabajo, por ejemplo, el perfil y las competencias de un psicólogo clínico se diferencian de otro insertado en el campo de las organizaciones y el trabajo, al estar orientadas a objetivos distintos.

Un psicólogo clínico, citado en Cedeño et al (2017), se encarga del "...diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, así como la prevención, promoción y cuidado de la salud mental en el ser humano. En el área de salud, el psicólogo clínico se vincula específicamente con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales (p.7).

Ante todo lo expuesto hasta el momento, se reafirma la premisa de que no existe un perfil de psicólogo generalista, y que la psicología en ese sentido, se parece a disciplinas como la ingeniería, compuesta por múltiples ramas, que exigen al profesional un perfil determinado (Roe, 2003). Por lo que adoptaremos ante tal complejidad, un campo específico de trabajo como eje para discutir, aunque lo expresado a lo largo del trabajo, puede extrapolarse en cierta medida a otras áreas.

Dentro de la psicología, la psicología clínica es la rama más popular y es el área que que asocian generalmente el resto de las personas a la psicología, vinculada en gran medida por el psicoanálisis gracias a la figura del diván y del analista. No obstante, configura una visión simplista de la misma, por ser en general más diversa por la cantidad de corrientes psicológicas que poseen una teoría y práctica que se diferencian (en menor o mayor medida) entre sí.

Al igual que el intentar definir qué es la psicología, sucede lo mismo cuando hacemos lo mismo con la psicología clínica, dónde parece haber más conceptualizaciones de la misma que definiciones propiamente dichas, para lo cual, de forma orientativa, se opta por introducir una conceptualización elaborada por el instituto de psicología clínica de la facultad de psicología de la Udelar "se ocupa de la investigación, comprensión e intervención de las

condiciones que pueden generar malestar o sufrimiento a las personas en los distintos y variados contextos en los puedan tener lugar; y, en las dimensiones, individual, grupal, familiar, institucional y comunitaria". Mientras, la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) la define como: la rama de la psicología que se especializa en la investigación, valoración, diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de los trastornos emocionales y del comportamiento (APA, 2015). Por último en la misma línea, Rey & Guerrero (2012) definen a la psicología clínica como un área de especialización centrada en la investigación y tratamiento de la conducta anormal orientada al diagnóstico, estudio y tratamiento de aquellos desórdenes del comportamiento (Arias, 2014), siendo una rama fundamental en la misma la psicoterapia.

- **¿Qué es la psicoterapia?**

La Asociación Americana de Psicología define la psicoterapia principalmente como cualquier servicio psicológico proporcionado por un profesional capacitado que utiliza principalmente formas de comunicación e interacción para evaluar, diagnosticar y tratar reacciones emocionales disfuncionales, formas de pensar y patrones de comportamiento (APA, 2015).

Para Gómez (2010), la psicoterapia es considerada la forma más común de intervención en psicología clínica, mientras que para Feldman (2010) citado en Morales (2018) se llama psicoterapeuta a aquel profesional capacitado para el empleo de técnicas psicológicas que brindan ayuda a las personas para superar sus dificultades y trastornos psicológicos, resolver problemas cotidianos o generar un crecimiento personal (p.7).

Habilidades del psicoterapeuta:

En este momento, se vuelve pertinente hablar sobre el perfil que debe contar un psicoterapeuta, lo que implica hablar sobre las habilidades que debe poder desarrollar en general para el correcto ejercicio de la profesión.

Por otro lado, Bados López y García Grau (2011) citando a Cormier y Cormier (1991/1994) y Ruiz y Villalobos (1994) mencionan cuales deben ser la características generales de todo terapeuta: autoconocimiento, autorregulación, tener un buen ajuste psicológico general (En términos generales, **una buena salud mental por parte del terapeuta** va asociada a mejores resultados del tratamiento), experiencia vital; conocimiento de contextos

socioculturales diversos, haber recibido una buena formación teórica y práctica y confiar en su propia habilidad y técnicas terapéuticas, energía y persistencia, flexibilidad, cumplimiento de principios éticos y profesionales establecidos en el código deontológico de la profesión (Bados & García, 2011 p. 3-4).

Mientras mayor entendimiento y destreza demuestre de todas estas facetas, mayores son las probabilidades de éxito del proceso terapéutico.

Todas ellas comprenden variables que son definidas dentro del espectro clínico como “factores específicos” y “factores inespecíficos” del terapeuta.

Los primeros refieren a los aspectos técnicos del enfoque utilizado en el tratamiento, mientras los segundos se encuentran relacionados a los aspectos del consultante, el profesional y la relación que se produce entre ambos (Santibáñez et al. 2008).

Al momento de hablar sobre la eficacia de la psicoterapia, Safran (1994) realizó un análisis respecto a la investigación en psicoterapia concluyendo que el 15% del cambio psicológico en terapia puede atribuirse a los factores específicos, mientras que un 45% en relación a factores de la relación terapéutica. Dentro de las variables inespecíficas, se ha encontrado que la relación terapéutica, y en específico la alianza terapéutica, posee una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia” (Santibáñez et al. 2008)

Al representar un porcentaje bastante alto, las variables que hacen a las características personales del profesional, llamado “la persona del terapeuta” es que se vuelve necesario ahondar en esta dimensión que no solo compete a las formas de su propia subjetividad como resultado de su vida personal, sino que también a su propia salud mental, al ser el psicoterapeuta su propia herramienta de trabajo, esto ha llevado, en palabras de Cisternas (2013) que a partir de la década de 1970, se comenzará a estudiar el fenómeno del desgaste emocional relacionado con su actividad (p.28).

Es en este momento en el cual se vuelve pertinente comenzar a sobre la salud mental en el psicoterapeuta.

La Salud mental en el psicoterapeuta

El terapeuta antes que un profesional, es un “ser humano” por lo cual, padece de los mismos problemas y sufrimientos que cualquier otra persona, incluidos los psicológicos, el tener conocimientos de ellos es cierto que contribuye a que pueda detectarlos, reconocerlos

y trabajarlos de forma que pueda llegar a una solución por lo menos mitigarlos dentro de lo que permitan sus posibilidades. Pero también, es cierto que un psicoterapeuta pueda ser consciente de sus circunstancias y aún así, no realice mayores esfuerzos para mejorarse a sí mismo. Ello de por sí, representa un problema a nivel personal pero se agrava considerablemente cuando se tiene en cuenta que el trabajo implica tratar con otras personas, y al ser su propia herramienta de trabajo, no solo peligra el complicar su propia situación a nivel psicológico sino que también corre el riesgo de causarle un daño a sus propios pacientes si no se encuentra en condiciones óptimas de trabajar, un escenario que también se riñe con la ética profesional.

Pero antes de entrar en profundidad en estos temas, primero iremos desglosando las ideas de salud mental, sus implicancias en el propio terapeuta y en su trabajo en la clínica.

- **Definición de salud y conceptos de salud mental**

La salud mental como constructo es un concepto bastante difuso y muy recurrido al mismo tiempo. En general se utiliza para referirse a un estado o condición del individuo, a un campo sea conceptual o práctico dentro de la salud pública, o una serie de patologías psiquiátricas y problemas psicosociales, incluso a un conjunto de iniciativas sanitarias, sociales y políticas (Miranda, 2018).

Aquellos organismos internacionales encargados de la salud mental cuentan con definiciones más o menos oficiales que sin embargo, no están exentas de críticas y que se ven superadas por el uso diario de la noción de salud mental.

En este sentido, Restrepo & Jaramillo (2012) citado en Miranda (2018):

“la salud mental se presenta como un objeto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar”; discursos y prácticas que “obedecen a racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras, y por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que le subyacen” (p.87).

Por lo tanto, Miranda (2018) al momento de pensar si se debe tratar de dar una definición sobre salud mental, afirma que no tiene mucho sentido intentar hacerlo ya que, esta noción

tiende a huir de los procesos de objetivación y medición, propios del método científico, aunque tal planteo no niega la necesidad de hablar sobre la misma.

Por lo que, al momento de referirnos a la salud en su forma más holística, desde la Organización Mundial de la Salud la define como: “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Organización Mundial de la salud, 1948).

La OMS al definir la “salud mental” en su página web la refieren como “*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (OMS, 2018).

Mientras, en nuestro país, la ley de salud mental promulgada en el año 2017 promueve un paradigma cuyo modelo de salud integral que busca garantizar el respeto de los derechos de los usuarios que forman parte del sistema de salud, como se expresa en el artículo N°1 donde:

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social” (Ley de salud mental, 2017).

a la vez que define a la salud mental en el artículo N° 2 como:

...un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley de salud mental, 2017).

Cassari (2010) menciona que para diplomarse en psicología y ejercer la profesión, basta con cumplir los requerimientos académicos, sin previamente haber sido evaluado su estado mental, añadiendo lo curioso que psicólogo sea capaz que realizar exámenes psicodiagnósticos sin previamente haber pasado por ellos, a lo cual se pregunta si su propio estado mental, influye o no en los resultados de sus intervenciones.

Tay et al. (2007) afirman que:

“los problemas de salud mental pueden ser incluso más comunes entre los profesionales de la salud mental porque el trabajo en esta área impone grandes exigencias emocionales y estrés a los profesionales, y para empezar, es más probable que aquellos con experiencia vivida se sientan atraídos por trabajar en este campo” (p.1-2).

Tales autores, mencionan que se sabe relativamente poco sobre la salud mental de los profesionales en los servicios de salud mental. La cultura dentro de las profesiones de la salud y la salud mental puede hacer que sus miembros vean los problemas de salud mental como una debilidad, por lo que sientan el deber de ser mentalmente resilientes y capaces de hacer frente por sí mismos. En consecuencia, pueden experimentar vergüenza y miedo a ser juzgados negativamente por el público, su familia, amigos, empleadores y compañeros de trabajo cuando desarrollan problemas de salud mental (Tay et al, 2007).

Ello es importante de abordar debido al impacto que tiene en la profesión en general y en los colegas del psicólogo. Los casos públicos de mala conducta de los terapeutas a menudo presentan a los psicólogos de una manera vergonzosa, lo que daña la reputación del campo ante el ojo público.

Además, los colegas pueden verse afectados de varias formas, incluidas las tensiones que rodean la presión para tomar alguna acción y las reacciones de transferencia posiblemente dañinas del profesional en cuestión sobre el colega (Sherman, 1996).

En este sentido, el estado mental del terapeuta toma un gran protagonismo, ya que la persona del terapeuta es la herramienta principal en la psicoterapia, ya que, quien posee una mayor comprensión y dominio de sí puede ofrecer un servicio mejor. Volviéndose necesario tener en cuenta que es casi imposible separar la persona del profesional, ya que la propia salud mental impactará en la eficacia de un proceso terapéutico (Cassari , 2010).

En el plano psicoterapéutico, Albanesi de Nasetta y Tifner (2004) citado en Casari (2010) comentan que “muchas veces los pacientes imitan las conductas del terapeuta o inclusive específicamente a través de la técnica del modelado, se modelan las conductas del paciente tomando como referente la conducta del psicólogo. Si el modelo a seguir fuera patológico, como por ejemplo que el psicoterapeuta tuviera un trastorno de la personalidad, esto afectaría su desempeño” (p.33-34).

Antes de pasar al siguiente apartado, resulta importante señalar que el definir la salud mental como constructo es complejo dado lo abarcativo del mismo.

- **Investigaciones sobre salud mental en estudiantes de psicología**

En la literatura científica abundan investigaciones sobre estudiantes de psicología en dimensiones relacionadas a la salud mental, pero no ocurre lo mismo cuando se investiga a profesionales (Cassari, 2010).

Se han realizado diferentes investigaciones en estudiantes de cuarto año de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis en base a la escala CEPER (Cuestionario Exploratorio de la Personalidad) observándose que los estudiantes presentan 3 estilos de personalidad característicos: El esquizotípico (personas que presentan dificultades en las relaciones interpersonales), de personalidad límite (que también presenta inestabilidad en las relaciones interpersonales y en sus afectos a la vez que una notable impulsividad), y de personalidad depresivo (que presenta baja autoestima y dificultades para disfrutar). Tanto el estilo límite de personalidad como el estilo depresivo, también se encontraron en investigaciones posteriores (Casari, 2010).

Silva & De la Cruz (2017) agregan que “las actividades académicas universitarias constituyen una importante fuente de estrés y ansiedad, y en consecuencia influyen en el bienestar físico y psicológico de aquellos estudiantes que piensan no tener tiempo suficiente para concluir sus estudios.

Citando a Martínez-Otero (2014), señalan que “el mundo universitario presenta ciertas características y exigencias que pueden conducir a los jóvenes a tener reacciones adaptativas que deriven en perturbación psicológica y disminución de su rendimiento escolar” (Silva & De la Cruz, 2017, p.4-5).

Hallazgos de Micin y Bagladi (2011), señalan que “en universidades extranjeras y chilenas, se aprecia una alta incidencia de trastorno de salud mental en universitarios, “Entre ellos, los trastornos de ansiedad, presentan una tasa cercana al 15%, siendo más frecuentes en mujeres (19.5%) que en hombres (8%), excepto el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social, cuyas tasas son semejantes” (González et al, 2014, p.37).

En la Universidad de Chile para ingresar a la carrera de Psicología, los aspirantes deben aprobar un Examen Especial de Admisión de Alumnos de características psicodiagnósticas. Las patologías señaladas como obstáculos al momento de ingresar a la carrera están los cuadros orgánicos cerebrales, trastornos psicóticos como los bipolares y la esquizofrenia, desórdenes de la personalidad y el abuso y dependencia de drogas (Casari, 2010).

Conrado y Herrero (2004) evaluaron el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de psicología de diferentes años de cursada, en una universidad de España. Encontraron que las sustancias más consumidas eran el cannabis y derivados, en segundo lugar los tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica, y por último cocaína. Aunque en este estudio no se detectaron patrones de drogodependencia, esta preocupación es compartida con algunas instituciones académicas de Estados Unidos donde se realizan controles al azar para comprobar si los estudiantes han consumido sustancias ilegales, a través del análisis de orina (Consoli y Machado, 2004).

Luque (2006) evaluó la incidencia de trastornos de personalidad y síndromes clínicos en estudiantes de psicología. Encontró como síndrome más representativo en la muestra, el trastorno del estado de ánimo distimia. También se encontró que ésta última correlaciona con la edad de los sujetos, y la autora lo relaciona con la etapa que están transitando los mismos y su relación con la inminente inserción laboral. Otro hallazgo importante de esta investigación, es la correlación significativa entre la edad de los sujetos con dependencia del alcohol y la escala depreciación (tendencia a informar más patología de la que se tiene). La autora relaciona este hecho nuevamente con la etapa que están atravesando los sujetos, que los lleva a tener una percepción negativa de sí mismo y a intentar escapar de la realidad a través del abuso del alcohol y otras (Casari, 2010, p.36).

Otra fuente de tensión que se asocia a la formación académica del estudiante es la tendencia a encontrar síntomas propios de psicopatología, llegando a creer que padece cualquier enfermedad que está estudiando (Acuña, 2017). Para Halleck y Woods (1962) citado en Acuña (2017), “quizá no haya ningún psiquiatra o psicólogo clínico que haya

acabado su formación sin haberse preocupado en su momento u otro por la pérdida de la cordura ”; finalmente, tanto Halleck y Woods (1962) como Merklin y Little (1967) han comprobado que muchos estudiantes de psiquiatría experimentaban ansiedad y depresión que iban de moderadas a graves, síntomas neuróticos transitorios y perturbaciones psicosomáticas de diversa gravedad (p.8-9).

Tales antecedentes representan una llamada de atención sobre el posible desempeño de los estudiantes como futuros profesionales al momento de ejercer la psicoterapia una vez egresados de la carrera. Por último y a grandes rasgos, se presentan dos posturas en base a quién recae fundamentalmente la responsabilidad de los actos cometidos por los psicólogos, quienes sostienen que que la propia institución académica quien debe hacerse responsable de la calidad de sus egresados, protegiendo el prestigio de la disciplina y promoviendo el mejor servicio posible a través de un examen de características psicodiagnósticas al inicio de los estudios, o aquella que apela a la propia autonomía del profesional, obligándolo a que adopte una actitud responsable en su desempeño, incluyendo el ser consciente de sus limitaciones, su estado mental incluido, si este es un obstáculo para su ejercicio (Cassari, 2010).

El primer punto en concreto resulta de por sí controversial, al implicar una restricción en el ingreso a la universidad, por chocar contra los valores que propugna la propia Universidad de la República en pos de una democratización del conocimiento y el acceso universal a la educación superior. Hablar sobre ello implica un debate que se encuentra en permanente vigencia sobre la aceptación de futuros estudiantes en la carrera, generando una gran problemática en lo que refiere sobre al acceso no solo a la carrera sino que también a la educación en general al manifestarse la dificultad de *“preservar el bienestar de las personas y comunidades que eventualmente consultan a un psicólogo/a, garantizando una adecuada intervención profesional”* y por el otro lado el *“derecho a la educación de las personas, por lo cual podría entenderse que sujetos con trastornos mentales (de cualquier nivel de gravedad) pueden estudiar cualquier carrera universitaria, al menos en universidades públicas* (Cassari, 2010, p.5).

Aparte, esto también plantea dos interrogantes, el profesional ¿En qué momento debe ser evaluado? ¿Cuándo inicia sus estudios académicos o cuándo está por comenzar a trabajar con personas? (Cassari, 2010).

Existen elementos para proponer otra postura, que sería la posibilidad de realizar un examen psicodiagnóstico al inicio de los estudios académicos, pero donde no existan resultados excluyentes, sino que se recomiende psicoterapia a quienes presenten resultados negativos (Cassari, 2010).

Por ejemplo “La Universidad de Buenos Aires “Realiza un exámen preventivo de salud obligatorio a todos los estudiantes de la U.B.A. En sus instalaciones, la Facultad de Psicología tiene a su cargo la evaluación psicológica preventiva donde algunos de los objetivos propuestos fueron: el relevamiento de información psicopatológica relevante y la detección de sujetos en riesgo o con problemas psíquicos leves o severos. Tal información permitiría planificar acciones de prevención para mejorar el estado de salud psicofísica de los estudiantes, sobre la base de la información obtenida (Gauna, 2007).

- **Investigaciones sobre salud mental en psicólogos**

Respecto al tema de los psicoterapeutas profesionales, Sherman (1996) cita un artículo de 1971 que en su traducción se llama "No tiene que estar loco, pero puede ayudar" de Richard Krebs (1971) quién señaló que existe una "creencia en la comunidad en general de que las personas con los locos están algo locos ellos mismos "(p.299). A pesar de la historia de estas creencias, el campo de la psicología ha comenzado recientemente a abordar directamente la salud mental de los psicólogos y los posibles resultados negativos de las dificultades de los psicoterapeutas con el funcionamiento emocional (Sherman, 1996).

Mientras, Smith & Burton Moss (2009) mencionan que hay ciertos "peligros" ocupacionales dentro de la profesión de los psicólogos que pueden aumentar la probabilidad de estrés o “burnout” relacionados con el trabajo, como los comportamientos negativos de los pacientes, tendencias suicidas, agresividad, aislamiento emocional, falta de éxito terapéutico, tareas administrativas exigentes y de papeleo. La depresión y el suicidio, el abuso o la dependencia de sustancias, las reacciones de estrés no relacionadas con el trabajo, el trauma indirecto y secundario, problemas financieros, dificultades familiares y en las relaciones como los traumas infantiles y el divorcio son otros ejemplos que influyen en los individuos (Smith & Burton Moss, 2009).

Las personas empleadas en el campo de los servicios humanos tienen un mayor riesgo de agotamiento profesional. Según Jenaro et al. (2007), el agotamiento es el resultado del estrés laboral crónico que se compone de actitudes y sentimientos negativos hacia los compañeros de trabajo y el rol laboral, así como sentimientos de agotamiento emocional.

Comúnmente se conceptualiza como un síndrome compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal (Smith & Burton Moss, 2009).

Tal que el trabajo también puede intervenir como causa o agravante de los problemas de salud mental a través de tres factores fundamentales: condiciones del medio ambiente material, medio ambiente psicológico y medio ambiente socioeconómico, que suelen actuar de forma acumulativa y negativa sobre la salud del trabajador (Mingote et al, 2011).

Las personas con cualquier trastorno mental pueden experimentar varias alteraciones del comportamiento que constituyen signos de alerta en el ámbito laboral indicativos de la necesidad de una evaluación inicial (Mingote, 2011).

Otros signos adicionales de desgaste profesional incluyen un aumento en el uso de sustancias, intoxicación en momentos inapropiados y síntomas de "resaca", y a menudo, los signos de abuso de sustancias son sutiles en lugar de evidentes. Los signos sutiles incluyen quejas de colegas o supervisados, cambios en el comportamiento, llegar tarde a las citas o reuniones, cuidado personal o higiene deficiente y ausencias frecuentes e inexplicables (Smith & Burton Moss, 2009).

Se ha sugerido que los psicólogos en los Estados Unidos experimentan altos niveles de angustia personal, depresión y tasas más altas de suicidio e ideación suicida que el resto de las personas. Esto se ha atribuido a vulnerabilidades ocupacionales, incluida la exposición repetida a material angustioso y emocionalmente intenso, preocupaciones sobre la seguridad del cliente, presión para cumplir con los objetivos establecidos, aislamiento profesional y un equilibrio deficiente entre el trabajo y la vida. En una encuesta realizada por la APA en el año 2010, casi la mitad de los psicólogos encuestados no habían revelado ni buscado ayuda en respuesta a pensamientos suicidas (Tay et al, 2018).

Citando un estudio de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987), el 59,6% de los psicólogos estadounidenses informaron haber trabajado a pesar de estar demasiado angustiados para ser útiles, mientras que el 36,7% indicó que la calidad de la atención que brindaban se veía afectada por su angustia (Tay et al, 2018).

Si bien la angustia personal no siempre puede resultar en una discapacidad, es esencial reconocer el impacto de la angustia en el trabajo del profesional. Podrygula (1994) tiene una visión extrema al describir tales problemas como inevitables, en el sentido de que todos los

psicólogos se verán afectados por ellos al menos una vez en el transcurso de sus carreras (Sherman, 1996).

La angustia y la discapacidad son componentes similares pero diferenciados que se encuentran relacionados con el bienestar de un psicólogo. Aunque la angustia no necesariamente da como resultado una problemas en la salud mental de los psicoterapeutas, la angustia a menudo precede a la discapacidad y puede considerarse una "señal de advertencia" (Sherman, 1996).

La literatura existente advierte que la angustia psicológica es una seria preocupación para quienes trabajan en el campo de la salud mental, muchas investigaciones documentan la correlación negativa entre los problemas personales de los terapeutas y el desempeño laboral (Dettle, 2014).

Estudios observacionales y no controlados menos recientes revelan que los profesionales de la salud mental corren el riesgo de experimentar una angustia significativa que incluye estrés ocupacional, problemas financieros, problemas médicos, depresión y problemas de relación (Dettle, 2014).

Se destaca que las demandas por negligencia son más comunes cuando el psicólogo experimenta estrés. Otras investigaciones citadas han evaluado la interferencia de los problemas personales del profesional en el funcionamiento laboral. Por ejemplo, el 32,3% de los que respondieron a una encuesta informaron haber experimentado depresión o agotamiento hasta el punto de interferir con el trabajo. Otra encuesta realizada por Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) sobre psicólogos en ejercicio indicó que aproximadamente el 60% respaldaba haber practicado la terapia cuando estaban "demasiado angustiados para ser eficaces". Finalmente, el 36,7% de los profesionales supuestamente angustiados indicaron que su angustia disminuía la calidad de la atención que brindaban a sus clientes (Guy, Poelstra y Stark, 1989) (citado en Sherman, 1996, p.300).

En cuanto a la intimidad sexual con los pacientes, esto representa una clara violación a la ética, pero que puede ser considerada una práctica negligente, también puede ser un signo de deterioro si el bienestar comprometido del psicoterapeuta si contribuyó a este comportamiento poco ético y dañino (Smith & Burton Moss, 2009).

En el año 1983, Bissell propuso un sistema categórico con tres categorías en las que puede caer el comportamiento de los profesionales.

El primero, el profesional incompetente, se refiere a un profesional poco capacitado o que no conoce los conocimientos actuales. El segundo, el profesional poco ético, se refiere a alguien que es deshonesto o indiferente hacia los clientes.

Finalmente y de relevancia para esta discusión, el profesional con patologías es aquel que está enfermo, pero que no es malicioso, deshonesto o ignorante (Smith & Burton Moss, 2009).

La depresión es una preocupación principal entre los psicólogos encuestados por Pope y Tabachnick (1994), y es la principal razón por la que los psicólogos buscan tratamiento. Gilroy, Carroll y Murra (2002) encontraron que el 62% de los miembros de la división de consejería de la APA encuestados, se identificaron como deprimidos mientras el 42% experimentó ideación o comportamiento suicida. Estos hallazgos son similares a los reportados por Deutsch (1985) casi 20 años antes, quien identificó tasas de depresión del 57% y tasas de intentos de suicidio del 2% en su encuesta de psicoterapeutas a nivel de maestría y doctorado. Aunque los síntomas depresivos pueden ser una causa común del tratamiento de los psicólogos, se han observado otras razones para buscar tratamiento personal, incluido el matrimonio, el divorcio, dificultades en las relaciones, baja autoestima o confianza en sí mismo, ansiedad y problemas relacionados con la carrera, el trabajo y los estudios (Smith & Burton Moss, 2009).

Deutsch (1985) encontró que el 11% de una muestra de psicoterapeutas a nivel de maestría y doctorado reportaron problemas con el abuso de sustancias. Nuevamente, esto afecta directamente la atención con los pacientes e incluso el 6% de los psicólogos encuestados por Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) informaron que realizaban terapia bajo la influencia del alcohol (Smith & Burton Moss, 2009).

Si bien el agotamiento puede ocurrir entre los profesionales que trabajan con clientes de diversos trastornos, la traumatización indirecta y el estrés traumático secundario son el resultado del tratamiento de personas traumatizadas o la exposición constante a los informes subjetivos que despiertan emocionalmente de los clientes (Smith & Burton Moss, 2009).

Además del agotamiento, los psicólogos corren el riesgo de sufrir traumatismos indirectos y fatiga por compasión (Bearse et al, 2013). Brady, Guy, Poelstra y Brokaw (1999) estudiaron el traumatismo indirecto entre psicoterapeutas y encontraron que un mayor contacto con

clientes que habían sobrevivido al abuso sexual y una mayor exposición a detalles gráficos estaban relacionados con síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los terapeutas. Aquellos psicoterapeutas con un historial de trauma personal también son más propensos a experimentar un trauma indirecto que aquellos sin él (Smith & Burton Moss, 2009).

La traumatización vicaria se relaciona con los efectos del material gráfico y traumático presentado por los pacientes. Por otra parte, la fatiga por compasión compromete la propia capacidad empática de reconocer el dolor en los demás, la motivación para responder a él y la capacidad del psicoterapeuta para experimentar las emociones dolorosas del paciente. La exposición directa al sufrimiento emocional de los pacientes y un sentido prolongado de responsabilidad por el cuidado del mismo también contribuyen a la fatiga por compasión (Bearse et al, 2013).

Otro factor de riesgo para los profesionales de la salud mental es la contratransferencia, un fenómeno en psicoterapia que puede afectar las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales de clientes particulares.

La contratransferencia puede manifestarse de diversas formas, pero las más problemáticas ocurren cuando los psicólogos no reconocen los beneficios terapéuticos potenciales de la contratransferencia y asumen que todos esos sentimientos deben evitarse, cuando la contratransferencia se maneja mal debido a los problemas no resueltos del propio terapeuta, y por último, cuando los sentimientos de contratransferencia se convierten en conductas, particularmente sexualizados u hostiles hacia el otro (Bearse et al, 2013).

Para Edwards, J.L., & Crisp, D.A (2017) es una concepción común que las personas que se dedican a la psicología son aquellas que están tratando de resolver sus propios problemas. En base a la oración anterior, Bearse et al (2013) afirman que la misma puede sonar como una generalización impositiva, pero puede existir una cierta veracidad en que una parte de los psicólogos estén predispuestos a las enfermedades mentales antes de ingresar al campo, e incluso algunos pueden ver una carrera en psicología como una forma de resolver sus propios problemas psicológicos.

Otros pueden ver la psicoterapia como una forma de reducir la soledad, y algunos pueden disfrutar de la sensación de poder y control que experimentan en el entorno de la psicoterapia (Guy, 1987). En relación con el público en general, los psicólogos pueden tener una incidencia de trauma infantil más alta de lo normal (Elliott y Guy, 1993; Nikcevic, Kramolisova-Advani y Spada, 2007). Aunque las experiencias traumáticas de la infancia

pueden permitir a los terapeutas ser más empáticos con los clientes con problemas como "curanderos heridos", una motivación interna para la curación personal pondrá en riesgo la relación psicoterapéutica (Guy, 1987) (Bearse et al, 2013, p.150).

En relación a la problemática del suicidio, la misma también se encuentra presente dentro del colectivo psicológico. Según un estudio realizado por Pope & Tabachnick (1994) la ideación suicida entre los psicólogos prevalece con un 29% informado de los encuestados, mientras casi el 4% indicó que hizo al menos un intento de suicidio durante su vida profesional. También se encontraron resultados similares en otro estudio posterior realizado por Gilroy, Carroll y Murra (2002) en el que el 42% de sus encuestados informó haber experimentado ideas o conductas suicidas. Estas estadísticas son bastante alarmantes cuando se contempla que los profesionales de la salud mental deben estar en un estado de salud saludable si planean ser responsables del tratamiento de los demás. De acuerdo a Dattilio (2015) esto es preocupante ya que muchos de los sujetos en los estudios antes mencionados estaban tratando a clientes deprimidos y suicidas mientras ellos mismos estaban deprimidos y tenían tendencias suicidas (Dattilio, 2015).

En una Encuesta de Asistencia y Bienestar de Colegas de la APA de 2009, se encontró que el 40-60% de los profesionales que respondieron informaron al menos una pequeña interrupción en el funcionamiento profesional debido al agotamiento, la ansiedad o la depresión. El 18% por ciento reconoció que había tenido ideas suicidas al lidiar con factores estresantes o desafíos personales y profesionales (Kleespies, P. M et al. 2011).

Smith y Burton Moss (2009) han revisado los factores de riesgo de deterioro en el funcionamiento de los psicólogos. Incluyen características de la ocupación como el desafío de manejar la naturaleza íntima, confidencial y no recíproca de la relación entre el cliente y el terapeuta, el aislamiento en el contexto laboral (particularmente en la práctica privada individual), lidiar con comportamientos negativos del cliente o del paciente como agresión y potencial suicida, presiones asociadas con la atención administrada, demandas de roles rápidamente cambiantes en entornos institucionales y clínicos, disminución del control individual sobre el trabajo y aumento del tiempo necesario para el papeleo y/o tareas administrativas. Es posible que tales factores estresantes relacionados con el trabajo puedan crear o exacerbar factores de riesgo de suicidio (Kleespies, P. M et al, 2011).

Dos estudios examinaron las tasas de suicidio de los miembros de la APA en comparación con la población general. La tasa de suicidio entre los psicólogos varones fue comparable a la tasa de los varones en la población general; sin embargo, la tasa de suicidio entre las

psicólogas fue significativamente mayor en comparación con la tasa de mujeres en la población general, casi tres veces mayor, lo que sugiere que las psicólogas, en ese momento, podrían haber estado en riesgo elevado por suicidio en comparación con las mujeres de la población general (Kleespies, P. M et al, 2011).

La subnotificación y la subdetección de la depresión y la conducta suicida afectan a todas las investigaciones sobre el suicidio y lo que también se aplica a las estimaciones del suicidio en psicólogos. Además, debido al estigma asociado al suicidio, cuando hay dudas sobre la causa de la muerte, los médicos forenses pueden estar motivados para informar una causa de muerte distinta al suicidio (Kleespies, P. M et al, 2011).

De acuerdo con los datos reportados por un estudio realizado por Hendin, Lipschitz, Maltzberger, Haas y Wynecoop (2000) en dónde se deseaba obtener información de los terapeutas sobre sus reacciones a los suicidios de los pacientes a su cargo, los participantes del estudio afirmaron con frecuencia que estaban "aturdidos" o "conmocionados" por la noticia del suicidio de un colega. Ninguno dijo que había previsto el suicidio como una posibilidad (Kleespies et al, 2011).

Se desconocen las razones de esto, pero varios estudios han encontrado que los psicólogos con frecuencia ocultan información clínica importante a su terapeuta y quizás también ocultan dicha información a sus colegas. Por ejemplo, en la encuesta de la APA mencionada anteriormente, el 14% de los psicólogos que informaron sobre ideas suicidas indicaron además que no se lo contaron a nadie, ni siquiera a su terapeuta (Kleespies et al, 2011).

Un hallazgo común entre estos informes de casos publicados y los informes de las entrevistas de nuestros colegas fue que los pacientes con frecuencia tenían dificultades o se negaban a retomar la terapia inmediatamente después del suicidio de su terapeuta (Kleespies, P. M et al, 2011). Aún más preocupante, es la cuestión de cómo reparar la aparente ruptura en la relación entre el paciente y el terapeuta, de modo que el paciente o los sobrevivientes del cliente deseen volver a participar en la terapia para tratar los problemas por los que originalmente buscaron tratamiento (Kleespies, P. M et al, 2011).

El conocimiento y la experiencia en la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales, desafortunadamente, no fomenta la inmunidad a los trastornos mentales ni asegura un funcionamiento óptimo. Los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental son presuntamente vulnerables a los mismos factores de riesgo de suicidio que afectan a los profesionales de la salud no mental, incluidos los trastornos mentales, el

aislamiento social, las enfermedades físicas, el desempleo, los conflictos familiares, la desesperanza, la impulsividad, etc (Kleespies et al, 2011).

Si los programas de posgrado y capacitación en psicología incluyeran educación sobre los riesgos de los trastornos en profesionales y los beneficios de las prácticas de bienestar en su plan de estudios, parece plausible que los futuros psicoterapeutas tendrían más probabilidades de ver los signos de una dificultad personal inminente y estar más conscientes de la opción de buscar ayuda. Sin embargo, como Schoener (1999) ha señalado, la psicología, como campo, no ha enfatizado este aspecto de la educación profesional (Kleespies et al, 2011).

Las investigaciones más recientes revelan datos preocupantes en relación a los psicólogos con trastornos que son identificados y confrontados por sus colegas, los cuales son escasos en el mejor de los casos (Smith & Burton Moss, 2009)

Good, Thoreson y Shaughnessy (1995) encontraron que el 43% de los psicólogos encuestados conocían a un psicólogo masculino con un problema de abuso de sustancias y el 28% conocía a una psicóloga con un problema de abuso de sustancias. Una vez más, sin embargo, sólo el 19% de los encuestados reconoció haber confrontado a su colega sobre su abuso de sustancias. Thoreson, Budd y Krauskopf (1986b) informaron hallazgos similares, con el 33% de su muestra teniendo conocimiento de un colega que abusó del alcohol, pero solo el 12% intervino con el colega (Smith & Burton Moss, 2009).

Una razón para no intervenir con un colega puede ser la falta de conciencia de los signos de angustia y posible deterioro. Algunos signos de angustia, que incluyen poca energía, concentración deficiente, disminución de la paciencia y disminución de la confianza (Gilroy et al., 2002), probablemente sean evidentes para el psicólogo afectado, pero no observables para el resto de sus colegas, que no suelen identificar fácilmente estos síntomas debido a la naturaleza personal de los síntomas y a la independencia con la que funcionan muchos psicoterapeutas (Smith & Burton Moss, 2009).

Una vez el deterioro en la salud mental se vuelve evidente, los compañeros pueden dudar en intervenir por una multitud de razones. Cuando en una investigación realizada por Floyd, Myszka y Orr (1998) con una muestra de 633 profesionales, cuando se le preguntaron a los psicólogos qué les impedía expresar su preocupación por un colega, el 43% no creía que el comportamiento del colega afectaría su funcionamiento profesional, el 26% creía que la

intervención daría como resultado un efecto adverso y el 22% no estaba seguro de su responsabilidad profesional para hacerlo. El 19% de estos psicólogos informaron que expresar preocupación por un colega puede resultar en un riesgo para ellos mismos, y el 13% cree que podría resultar en un riesgo para su colega (Smith & Burton Moss, 2009).

Los resultados de Floyd y sus colegas son consistentes con la literatura adicional que sugiere que los psicólogos temen las posibles consecuencias negativas si intervienen con un colega con problemas de salud mental. Los psicólogos pueden percibir que la intervención afectaría negativamente su relación con el colega deteriorado, lo que generaría riesgos indeseables para el colega (p. Ej., Despido de su empleo, pérdida de la licencia) o para uno mismo (p. Ej., Miedo a un litigio, miedo a perder amigos, miedo a ser confrontado con los propios defectos) (Smith & Burton Moss, 2009).

Los psicólogos indican que no están seguros de cómo lidiar con la discapacidad o no saben qué información se requiere para informar sobre un colega con discapacidad. La investigación apoya la educación para disipar estos conceptos erróneos con respecto a la discapacidad de los compañeros, lo que sugiere que cuanto mejor informados estén los psicólogos sobre los problemas de la discapacidad, es más probable que se preocupen por la discapacidad entre sus colegas (Smith & Burton Moss, 2009).

Lo último, siguiendo la línea de Pope (1994) citado en Smith & Burton Moss (2009) implica que se debe reconocer el estigma asociado con admitir la angustia y la "conspiración del silencio" existente sobre la situación del psicoterapeuta, ya que es probable que no se expliciten los síntomas.

A lo largo de su formación y sus carreras profesionales, rara vez se anima a los psicólogos a expresar dudas o preocupaciones sobre sí mismos. Más bien, se les anima a mantener un rostro de competencia en todo momento. Como resultado, los psicólogos pueden racionalizar su propio comportamiento, presentándose varios medios por los cuales esto puede ocurrir. Un psicólogo puede considerar que su comportamiento es ético si puede identificar a otros colegas que participan con un comportamiento idéntico o si el daño causado no fue intencional. Los psicólogos también pueden excusar su comportamiento si creen que hay poco riesgo de que otros se enteren del comportamiento o si no tienen la intención de volver a participar en el mismo (Smith & Burton Moss, 2009).

El papel de la ética en el psicoterapeuta

La ética mantiene una estrecha relación con la psicología, ya que en el escenario profesional del psicólogo debe existir una simetría ligada al accionar ético de tal manera que en su condición de disciplina y de profesión, debe establecer mayores puentes para comunicar, incorporando el principio de beneficencia, y su formación profesional se deriva de la comprensión académica, la misma que responderán a las necesidades propias del ejercicio profesional (Salazar et al, 2019).

El Código de Ética de la APA (2002) citado en Smith & Burton Moss (2009) “establece claramente que los psicólogos deben abstenerse de iniciar una actividad cuando saben o deben saber que existe una probabilidad sustancial de que sus problemas personales les impidan realizar sus actividades laborales de manera competente (p.6) . Además, cuando se sospecha que los conflictos personales pueden interferir con los deberes laborales, el psicólogo debe tomar las medidas adecuadas, como obtener consulta o asistencia profesional, y determinar si debe limitar, suspender o terminar sus deberes laborales (Smith & Burton Moss, 2009).

Línea que se repite en el código de ética profesional del psicólogo del Uruguay (2000) en el apartado de responsabilidades generales del psicólogo, artículo N° 8 donde se especifica que: el/la psicólogo/a no ejercerá su profesión cuando esté limitado/a por un estado de intoxicación, enfermedad física y/o psíquica, o se vea afectado/a por una situación que le impida en forma temporal o permanente un desempeño adecuado.

Pope y col. (1987) informaron de un indicador perturbador de la falta de conocimiento de los psicólogos sobre la observación de la salud mental de un colega. En su estudio, el 14% de los psicólogos cree que siempre es poco ético o al menos en la mayoría de las circunstancias presentar una queja de ética contra un colega (Smith & Burton Moss, 2009).

Es aquí donde se cruzan los dilemas éticos que conllevan a circunstancias inapropiadas de comportamiento sexual; incumplimiento del código ético en el secreto profesional; erradas formas de evaluación y análisis; y la no ejecución del consentimiento informado, trabajos judiciales y la toma de decisiones (Salazar et al, 2019).

Jonas (1995) citado en Sanchez (2017) afirma que *“responsabilizarse de la propia vida es un ejercicio de autonomía y debemos hacer de ello no solo una práctica legal sino sobre todo ética”* (p.4).

En el ámbito de la salud, la psicoterapia actúa como una herramienta al servicio de mejorar los resultados o diagnósticos en las personas que presentan alguna enfermedad, para así disminuir los niveles de ansiedad y mejorar la adaptación de los pacientes al ritmo del tratamiento, llevándose a cabo sólo si se mantiene una óptima función clínica y ética del operador de salud mental. Por esta razón la psicología apoyada de la ética representa un equipo en el cual se beneficie y proteja la dignidad e integridad de las personas (Salazar et al, 2019)

Lo mencionado es de gran importancia, ya que no es raro que una gran mayoría de profesionales de la salud mental admitan incidentes de trabajo cuando están demasiado angustiados para ser efectivos. En un estudio de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987)mencionado anteriormente, casi todas las personas encuestadas reconocieron que eran conscientes del hecho de que hacerlo tampoco era ético. Sin embargo, a pesar de esta conciencia, continuaron violando su ética como si fuera solo una objeción menor (Dattilio, 2015).

El incumplimiento de las obligaciones que posee el profesional en este caso, puede resultar de un propósito deliberado (la figura jurídica del “dolo”) o por negligencia, imprudencia, impericia, o inobservancia de los reglamentos establecidos. El psicoterapeuta no puede eludir las consecuencias de sus decisiones, es decir, sus acciones u omisiones, cuando éstas ocasionen un daño, lo cual implica que el mismo deba responder ante la justicia. El psicólogo en ese campo responderá en tanto sujeto de derecho, con el objetivo de reparar un perjuicio causado a otro sujeto de derecho (Salomone, 2008).

Aquí es dónde el concepto de “mala praxis” señala la omisión de prestar los servicios a los que está obligado el psicólogo al momento de trabajar con un paciente, dando como resultado un perjuicio para este (Salomone, 2008).

El Código de Ética de la APA (2002) citado en Smith & Burton Moss (2009) sugiere que los psicólogos tienen la responsabilidad ética de intervenir de manera adecuada cuando la falta de aptitud de otro psicólogo interfiere con la atención del paciente.

Por ejemplo, el principio fundamental de beneficencia y no maleficencia establece: “Los psicólogos se cuidan de no hacer daño. En su actuación profesional, los psicólogos buscan salvaguardar el bienestar y los derechos de aquellos con quienes interactúan profesionalmente y otras personas afectadas (p.6).

Por último, el artículo N°20 de la Ley de salud mental especifica que:

Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas (Ley de Salud Mental, 2017).

Esto último implica que el estado a través de su sector sanitario, también es responsable de la salud de su propio personal de salud mental en caso de que estos necesiten apoyo, incluida la mental. Por otra parte, aquellos que se desenvuelven por fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) deberían tener ciertas garantías para poder acceder a prestaciones similares y incluso contención por parte del resto de actores que forman parte del colectivo social, al entender a la salud mental no solo como una exigencia propia sino también como un derecho, como se estipula en el artículo uno de la ley de salud mental.

Autocuidado

Lamentablemente, los profesionales de la salud mental tradicionalmente han subestimado la importancia que cumple el estilo de vida y los factores estresantes que afectan su trabajo, casi hasta el punto de que puede ser hipócrita lo que recomiendan a sus pacientes. Esto ha sido documentado repetidamente en la literatura profesional, que retrata un desinterés crónico por el autocuidado de los trabajadores de la salud mental (Dattilio, 2015).

Figley (1995) citado en Guerra et al (2011) señala que “aquellos profesionales que trabajan en el alivio del sufrimiento emocional a menudo absorben el sufrimiento mismo. Por tanto, resulta necesario que estos profesionales desarrollen prácticas de autocuidado como forma de prevenir el desgaste laboral” (p.320) .Aunque los psicólogos se dedican a la profesión de ayudar a los demás a través de la investigación, la educación, la prevención y la intervención, parece que es posible que no estén tan atentos a brindar una atención similar a ellos mismos (Smith & Burton Moss, 2009).

Las áreas de estrés más frecuentes que se informaron incluyeron agotamiento, contratransferencia, traumatización indirecta, pérdidas personales, problemas con el cobro de cuotas y conflictos con los compañeros de trabajo (Dattilio, 2015)

Los psicólogos aunque se encuentren capacitados para ayudar a otros a superar sus desafíos y obstáculos, en ocasiones pueden necesitar ayuda para ellos mismos. En una encuesta de la APA Colleague Assistance de 2009, algunas de las barreras más frecuentes para el uso de la ayuda de los colegas fueron: la falta de tiempo (61% de los encuestados); la minimización o negación de problemas (43%); las preocupaciones de privacidad o confidencialidad (43%); la vergüenza o culpa (40%); el desconocimiento de los recursos disponibles (31%); el miedo a perder el estatus profesional (29%); y el apoyo social inadecuado (27%) (Kleespies et al, 2011).

El cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, siendo inherentes para la supervivencia de todo ser vivo. Por ello, el papel del autocuidado es fundamental para promover la vida y el bienestar de cada persona de acuerdo a las características culturales de género, étnicas y ciclo de vida (Morales, 2018).

Quizás, una clave para superar tales barreras puede ser reconocer la necesidad y el uso regular de estrategias de autocuidado similares a las recomendadas a los clientes o pacientes (Kleespies et al, 2011).

El concepto de Autocuidado tiene su origen en la salud pública, y más específicamente desde la práctica de la enfermería (Oltra, 2013)

La Organización Mundial de la Salud citado en Morales (2018) define el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, etc., es decir los cuidados en el entorno cotidiano de las personas (p.1).

Para Dorothea Orem citado en Morales (2003), autocuidado se define como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario” (p.1). El Autocuidado, por tanto, “no es una actitud azarosa ni improvisada

sino que una función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan deliberadamente con el objeto de mantener su salud y bienestar” (Oltra, 2013).

Por lo que el autocuidado es entendido como la capacidad que debe desarrollar cada individuo, durante su proceso vital, en aras de promover, proteger y mantener la vida y la salud para lograr una buena calidad de vida, en el cumplimiento de un proyecto de desarrollo humano armónico (Zoila & Duque, 2015).

De acuerdo con ello, y parafraseando Juan Pablo Beca (2004): “El médico, y todo profesional de la salud, necesita tener incorporadas, como carácter o virtudes personales ciertas condiciones de valores, equilibrio y salud mental para ser capaz de ayudar a otros en sus propios procesos de curación”.

Desde esta perspectiva, el autocuidado posee principios los cuales se deben cumplir si se desea alcanzar, siendo estos los siguientes:

- Implica una responsabilidad individual y una vida ligada a las experiencias de la vida cotidiana.
- Se apoya en un sistema formal como es el de la salud, e informal con el apoyo social.
- Posee un carácter social, ya que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- La práctica de autocuidado posee fines protectores o preventivos, la persona tiene la certeza de que mejorará su nivel de salud (Morales, 2018).

Se han descrito variadas estrategias de Autocuidado que van desde aquellas centradas en la persona del profesional, en el fortalecimiento de los equipos de trabajo, en la responsabilidad de las instituciones para ofrecer condiciones que minimicen los riesgos en los profesionales así como espacios de contención garantizados para los trabajadores, y las estrategias centradas en la formación de profesionales de la salud en temas dedicados al reconocimiento del desgaste en su labor, así como en el entrenamiento de habilidades relacionales para el mejor desempeño en la práctica asistencial (Oltra, 2013).

Las estrategias centradas en la persona del profesional aluden principalmente a la posibilidad de visualizar oportunamente los malestares y síntomas de agotamiento emocional, así como la descompresión o vaciamiento, que se refiere a la oportunidad de compartir con los pares y el equipo las emociones asociadas a la carga de trabajo cotidiano, la mantención de redes de apoyo personales y protección de áreas libres de temas laborales (Oltra, 2013).

Las estrategias de autocuidado en el ámbito ocupacional, incluyen tomar medidas para minimizar el riesgo y la responsabilidad profesional, reducir los problemas financieros, aumentar la competencia del terapeuta al conocer la información clínica actual, prestar atención a las pautas éticas y profesionales, navegar o eliminar la atención administrada de manera efectiva, para así reconocer los peligros de la práctica psicológica, implementando un horario abierto y flexible, para crear y asegurar oportunidades de consulta y relación con otros profesionales (Smith & Burton Moss, 2009) .

Para Gálvez (2008) citado en Oltra (2013) también sería una responsabilidad de autocuidado exigir a las instituciones de salud que velen por el cuidado de los profesionales, como una responsabilidad social ya que de no proveer los mecanismos protectores y correctores se verían vulnerados los derechos de los pacientes a una atención de calidad (p.89).

La responsabilidad profesional conlleva este compromiso en el logro de la excelencia, y así como asevera Lydia Feito (2007), “la búsqueda de la excelencia es una exigencia ética” (Oltra, 2013).

Conectando con la línea anterior, Heidegger alude al cuidado como forma de ser esencialmente ética: algo más que un acto y una actitud. Plantea el autor que el cuidado es existencialmente a priori a toda posición y conducta fáctica del ser ubicado, es decir, que se halla siempre en ella. El cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes de que este actúe, y todo cuanto haga irá siempre acompañado e impregnado de cuidado (Zoila & Duque, 2015). Siguiendo una de las recomendaciones de la Carta de Ottawa (1986) citado en Zoila & Duque (2015): “las personas podrán alcanzar su plena salud potencial cuando sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud (p.39).

Zoila & Duque (2015) proponen una serie de estrategias al momento de implementar el autocuidado en los profesionales de la salud como durante su formación, algunas de ellas son:

Asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana pues, al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado es compartir las propias vivencias. En la medida en que el personal universitario viva con bienestar, se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.

Contextualizar el autocuidado en todos los espacios universitarios, es decir, orientarlo de acuerdo con las características de género, etnia y proyecto vital humano, reconociendo la diversidad de rasgos que posee cada ser humano dentro de la sociedad.

Como institución democrática, la universidad debe generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir el compromiso activo e informado de los actores en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo (p.42-43)

Clemente (2007) citado en Morales (2018) propone tres aspectos que debe tomar en cuenta el psicoterapeuta para su cuidado y evitar el burnout que se puede generar ante su ejercicio laboral:

La formación inicial y continuada: uno de los elementos del burnout es la autovaloración de incompetencia e ineficacia, por lo tanto, la solidez, teórico-técnica, la actualización, el mantenimiento de la apertura, la curiosidad del interés ante el aprendizaje resulta ser un elemento de protección de primera orden (p.22).

El ajuste y equilibrio en la responsabilidad en el ejercicio profesional: en el trabajo de ayuda a seres humanos con frecuencia se suele crear la hiperresponsabilidad, especialmente cuando se inicia en la profesión, ya que se desea brindar toda la ayuda posible, con lo que se aísla la responsabilidad real que posee el paciente ante su problemática, por lo tanto, el terapeuta deberá de ser capaz de adjudicar la responsabilidad al paciente y compartir esta en menor grado (p.22).

Atención a las redes personales de apoyo: contar con redes personales de apoyo es uno de los elementos que se consideran relevantes en el manejo del estrés. Sin embargo, estas se

pueden ver contaminadas cuando el profesional no puede dejar el trabajo, es decir lleva las cargas del trabajo a casa. (p.22).

Norcross y Guy (2007) fomentan el uso de relaciones de tutoría para garantizar el bienestar personal de los psicólogos y recibir retroalimentación de pares profesionales valiosos. Los autores también señalan que modelar y orientar el autocuidado y el desarrollo de por vida es importante para la comunidad de psicólogos y los aprendices. Existe evidencia empírica de que la tutoría puede ser una intervención positiva para mejorar la atención de las personas a la superación personal. Por ejemplo, Dearing, Maddux y Tangney (2005) encontraron que los estudiantes graduados de psicología eran más propensos a buscar terapia personal cuando percibían que sus profesores de formación tenían actitudes favorables o de apoyo hacia esta estrategia de autocuidado.

Cuando a los miembros del mismo estudio de muestra se les preguntó sobre sus propias experiencias con la psicoterapia, no es de extrañar que el 86% informara que habían recibido tratamiento de salud mental en algún momento de sus vidas. Sin embargo, un alarmante 59% admitió que hubo ocasiones en las que podrían haberse beneficiado del tratamiento, pero no lo buscaron. Esto plantea una pregunta interesante sobre por qué los profesionales de la salud mental, de todas las personas, se demorarían en buscar ayuda para sí mismos. Uno pensaría que los profesionales de la salud mental serían los primeros en verificar su propio estado mental porque es una parte muy importante de su trabajo. Esto se debe particularmente a que tratar con los clientes a diario y la intensidad de lograr objetivos profesionales, ya sea en la investigación o en la enseñanza de muchas clases o en la consultoría, es sin duda un desafío emocional y físico (Dattilio, 2015).

De hecho, la mayoría de los psicólogos que se dedican a la psicoterapia personal están satisfechos con el resultado (Bike et al., 2009). El aprendizaje experiencial, como lo que ocurre en la psicoterapia, puede ayudar a los psicólogos a comprender mejor la naturaleza de su trabajo y a ser más eficaces para satisfacer las necesidades de sus clientes (Daw y Joseph, 2007). Al haber tratado con éxito sus propios problemas personales, los psicólogos en psicoterapia personal también pueden obtener un mayor sentido de eficacia en su propia capacidad para ayudar a los demás (Pope y Tabachnick, 1994). También pueden experimentar una especie de camaradería con su psicoterapeuta que puede ayudar a disminuir los sentimientos de aislamiento (Coster y Schwebel, 1997).

Orr (1997) citado en Detlle (2014) afirma que los psicólogos deben tener la convicción para abordar sus propias vulnerabilidades y miedos como seres humanos. Deben ser capaces de cuidar de sí mismos sin vergüenza por ello, de la misma forma en que se preocupan por los demás. Si no manejan el estrés de manera constructiva, se quedarán sin sus herramientas básicas, dejándolos incapaces de dar a los pacientes, estudiantes o clientes más de lo que han mantenido para ellos mismos (p.26).

Pero así como ha habido una falta de prevención de la discapacidad en la profesión de la psicología, parece que también puede haber una deficiencia en los programas de formación en psicología (Smith & Burton Moss, 2009)

En primer lugar, es necesario educar a los psicólogos y a los aprendices de psicología sobre los riesgos, los signos, la prevención, la intervención y el tratamiento de la angustia y la discapacidad a nivel individual y profesional para garantizar que no se descuide el bienestar de los psicólogos. En segundo lugar, se fomentan mayores iniciativas de las asociaciones nacionales y estatales (Smith & Burton Moss, 2009).

El autocuidado es personal y colectivo. Es importante que nuestras organizaciones – cuando las hay – pueden sentar bases para la reflexión en torno al autocuidado y generar políticas institucionales que coadyuven a generar una cultura al respecto: respetar días y horarios de trabajo, establecer periodos de descanso, generar mecanismos de resolución de conflictos, etc. Este principio del autocuidado se liga a la idea de que las emociones las sentimos no solo por el hecho de ser humanas si no por el hecho de vivir en colectividad, de estar en relación constante con las personas.

En este tipo de abordajes se vuelve necesario la inclusión de una dimensión colectiva, a la que contenga lo diverso e histórico sobre un padecimiento concreto, emergentes que son vividos de manera colectiva y superan las posibilidades de una mirada netamente individual. Se pretende impulsar una prácticas de salud cuya base sea lo relacional, donde el acto de cuidar se vuelve un medio y un fin, por lo que la protección de los derechos es clave para tal abordaje (Bang, 2014).

Para cerrar, Stolkiner (1988) citada en Bang (2014) afirma que “desde esta perspectiva, la participación en sí es un factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva” (p.115).

Autoconocimiento y la persona del terapeuta:

Es fácil darse cuenta que existen pocas investigaciones de las características que debe tener un terapeuta para empezar a ejercer adecuadamente su labor, sin embargo, a lo largo de la carrera se pueden vislumbrar luces de lo que se debe ser, para poder facilitar los re-aprendizajes de los futuros pacientes, se llega al consultorio sabiendo que es inútil combatir con el establecimiento de un vínculo, y por tanto, es imposible luchar con la afectación psíquica. El psicoterapeuta debería estar preparado para hacer elaboraciones más rápidas de pérdidas, duelos, deserciones y apegos mal elaborados al momento de trabajar con los pacientes. Por ello, se debe insistir más en el autoanálisis, en la psicoterapia del psicoterapeuta, en vez de tratar de que el psicólogo se forme como sucede, en una máquina de diagnosticar (López, 2010).

Se arguye entonces que ningún psicólogo clínico que empiece sus prácticas, con supervisión y/o sin ella, está exento de las consecuencias de trabajar con una persona, que influye, por mecanismos inconscientes, en su propia psique. Además de la importancia del mismo trabajo terapéutico en su propia persona, los avances clínicos de los pacientes, los estancamientos, las necesidades de cambio de tratamiento, de cambio de terapeuta, la deserción del paciente, etc., pues todo ello acaece, tanto en la identidad profesional (Harrsch, 2005) como en el yo del clínico (López, 2010).

Sobre la relación terapeuta-paciente, el terapeuta que no ha realizado un análisis de sí mismo ni ha elaborado algunos aspectos de su propia vida, puede tener escenas temidas no resueltas que le produzcan reacciones contratransferenciales o de contraidentificación proyectiva que dificulten sus funciones. Se presume que estas deben ser resueltas durante el período de su formación, sin embargo, a lo largo de la vida, como todo individuo, el psicoterapeuta se enfrenta con diversas crisis vitales, que deben elaborarse de una manera adecuada, de lo contrario, puede interferir en el proceso positivo de sus pacientes (López, 2010).

En las universidades debe convertirse en una exigencia desde los inicios del pregrado si no para cada estudiante de psicología por lo menos para las personas que veamos que más lo necesitan o aquellas que por iniciativa propia emprenden un proceso personal de psicoterapia, no importa el enfoque o modelo por seguir (Acuña, 2017).

A pesar de que no hay datos suficientes que justifiquen empíricamente la necesidad de terapia personal para el futuro psicoterapeuta, gran parte de los programas de formación la exigen o recomiendan, y porcentajes muy elevados de psicoterapeutas la han recibido, la siguen recibiendo y la recomiendan para el ejercicio óptimo de la profesión. De esta manera, una sugerencia activa de profesionales y practicantes debe ser tenida en cuenta como una necesidad básica del psicoterapeuta, y encontrarla allí donde se reflexiona sobre el trabajo y sobre el sí mismo (López, 2010).

El profesional ya debe tener ciertas bases de autoconocimiento, pero si carece de ellas, podría caer en razones narcisistas para acudir a los otros, y esto podría verse reflejado también en sus relaciones con los pacientes y a largo plazo, podría tener consecuencias serias y negativas para su propia salud como el "burn-out" (López, 2010)

Un estudio de Pope y Tabachnick (1994) citado en Smith & Moss (2009) indicó que los psicólogos suelen utilizar la terapia personal; el 84% de los psicólogos encuestados informaron haber estado en terapia y el 85,6% describió su experiencia terapéutica como muy útil o excepcionalmente útil (p.8).

Mahoney (1997) citado en Smith & Moss (2009) encontró que el 88% de los practicantes de psicoterapia con doctorado y no doctorado habían participado en terapia personal. Además, los resultados indicaron que el 28% de los doctores habían participado en terapia personal en el año anterior y el 22% estaba recibiendo psicoterapia actualmente (p.8).

Al parecer, muchos psicólogos aprecian los beneficios de la terapia personal. Coster y Schwebel (1997) citado en Smith y Burton Moss (2009) encontraron que tanto los psicólogos con buen funcionamiento psíquico como con deficiencias creían que la terapia personal era fundamental para mantener la estabilidad personal y profesional, mientras los psicólogos con problemas en su salud mental, calificaron a la psicoterapia con una importancia superior que sus colegas sin dificultades (p.8). Por lo que es un mito que los psicoterapeutas no necesitan ni quieren terapia personal para sí mismos y que la mayoría de ellos con frecuencia buscan esos servicios por sí mismos. Se une a muchos otros profesionales en la afirmación de que los psicólogos deben utilizar la terapia personal como un medio para prevenir y mejorar la angustia y el desgaste laboral (Smith y Burton Moss, 2009).

A pesar de estos hallazgos y recomendaciones, existe evidencia de que algunos psicólogos aún mantienen actitudes negativas o inciertas hacia la obtención de psicoterapia personal.

Cuando Mahoney (1997) citado en Smith y Burton Moss (2009) examinó las creencias de los psicólogos sobre el uso de la terapia personal, el 21% de los psicólogos deseaba estar más abiertos a la idea, el 18% tenía preocupaciones sobre su valor, el 16% indicó vergüenza por ser un paciente y el 13% expresó preocupación por la confidencialidad (p.8). Otra muestra de psicólogos calificó la participación en terapia personal entre las cinco conductas de mantenimiento propio más bajas en las que se habían involucrado para mantener su bienestar profesional (Smith y Burton Moss, 2009).

Dada la naturaleza íntima de la comunidad de psicología, muchos psicólogos pueden sentirse incómodos al buscar ayuda de aquellos con quienes están familiarizados a nivel profesional o personal. Otras barreras para buscar terapia incluyen el miedo a la exposición y las acciones punitivas y el alto costo de la terapia. Incluso, asumiendo su papel como "sanador", los psicólogos también pueden creer que deberían poder resolver sus problemas por sí mismos (Smith y Burton Moss, 2009).

Es posible que aún falte tiempo para que los estudiantes, psicólogos y universidades se apropien de la necesidad de terapia al psicoterapeuta, y de entender que no todas las personas pueden llegar a serlo de manera positiva sin pasar por allí. Tal vez falten más investigaciones del impacto positivo que puede causar que el terapeuta vaya a psicoterapia, pero la necesidad ya está ahí, ya estaba puesta desde antes, desde siempre (López, 2010).

El terapeuta debe tener una especial preocupación por estar atento al modo en que organiza su mundo interno, su historia y su contexto, de manera tal que estas dificultades se transformen en recursos al servicio del proceso terapéutico y no en intervenciones iatrogénicas (López, 2010).

El uso de la persona del terapeuta en el proceso terapéutico, es más que una simple autodevelación. Se refiere a poder saber quién es y cómo se relaciona con los pacientes en forma habitual (Tita, 2013).

Dado que el camino hacia el conocimiento personal es un proceso que no tiene fin, pues mientras se viva se sigue teniendo experiencias, el ensamblaje terapéutico también es continuo, de modo que la tarea de ver/entender al otro va unida con la tarea de verse y entenderse (Tita Szmulewicz, 2013).

El crecimiento personal del terapeuta y el desarrollo de la consciencia sobre “sí mismo” se erigen como pilares básicos para su evolución profesional, constituyendo variables relevantes para investir una adecuada alianza (Tita, 2013).

Norcross y Prochaska (1982) descubrieron que una tercera parte de los que inician una terapia personal lo hicieron primordialmente con el fin de adquirir práctica, con la esperanza de volverse mejores psicoterapeutas.

Una razón mucho más convincente, para aconsejar a exigir que los terapeutas en formación inicien una psicoterapia personal, es consecuencia del hecho de que muchos de los que inician en la profesión han experimentado, o siguen experimentando, perturbaciones emocionales que van de moderadas a graves (Ford, 1963)

La elaboración de conflictos sin resolver la resolución de problemas que deben ser solucionados y la facilitación del desarrollo personal y la madurez para así procurar un alivio al estudiante, que lucha contra problemas dolorosos y en ocasiones debilitantes (Acuña, 2010).

Henry (1966) citado en Acuña (2017) afirma que “la carrera de un profesional dedicada a la salud mental, al menos los dedicados a la tarea terapéutica, constituye tanto un compromiso con un estilo de vida, como desempeñar un tipo de trabajo”; Al terapeuta en formación se le permite salir al encuentro de la propia vulnerabilidad, las propias debilidades y el dolor personal. Implica algo más que cierto grado de aprendizaje conceptual (p.235-236).

Ello no solo incidirá en una mayor estabilidad personal, sino que también aumentará la capacidad del futuro psicoterapeuta para ayudar a sus pacientes. Como ha dicho Jung “el tratamiento del paciente empieza con el doctor, por así decirlo. Solo si el doctor sabe cómo manejarse a sí mismo y a sus propios problemas, podrá enseñarle al paciente a hacer lo mismo” (Acuña, 2017).

Cerrando con este capítulo, Luque (2006) señala que “dado que son fundamentales para el desempeño del rol de psicólogo la integridad y conocimiento de sí mismo, podría suponerse que el psicólogo sólo podrá ayudar a conseguir bienestar psíquico si cuenta en gran medida con estas cualidades...” (Casari, 2010, p.6).

Consideraciones finales

A lo largo del trabajo se ha realizado un breve recorrido desde la figura del psicólogo, la psicología clínica, las habilidades que debe tener un psicólogo hasta llegar al punto central del mismo, la salud mental en los psicólogos. Se citaron las cifras recogidas por varias investigaciones donde se referencia a las diversas problemáticas que se encuentran íntimamente conectadas con la temática como lo son la angustia, la depresión, el deterioro y el suicidio por ejemplo.

Se enfatizó el valor del autocuidado en el profesional y el pensarse tal dimensión dentro de la formación, posteriormente, se cierra con la necesidad del autoconocimiento, la realización de terapia personal que se conjuga en la persona del psicoterapeuta quién es uno de los ejes fundamentales durante el proceso terapéutico junto a los pacientes, cosa que se expresa en las mencionadas “variables inespecíficas del terapeuta”, mientras la ética entra problematizando el ejercicio del profesional que no se encuentra capacitado para trabajar cuando su salud psíquica no es la óptima, pudiendo resultar en un daño para los otros.

Todo lo anterior ilustra la complejidad que representa la función del trabajo clínico en psicoterapia y cuya idoneidad para realizarlo está sujeta a múltiples factores. Incluso habiendo delimitado a los mismos, no resulta menos complicado el de calificar quienes se encuentran aptos para el ejercicio y quienes no, cosa que no se resuelve como es visto con la obtención del correspondiente título.

Sería importante el hecho de realizar investigaciones con el objetivo de conocer cómo es la situación de nuestro país relativo a la salud mental en los psicólogos. Lo antes mencionado, no solo se fundamenta por las repercusiones que tienen estos profesionales en la salud de la población general, sino por el hecho de que actualmente no existe una entidad que regule el ejercicio liberal de los psicólogos, como sucede en otras profesiones como el derecho, por lo que ante intervenciones de carácter iatrogénicas que puedan suceder, existirían determinados vacíos jurídicos al momento de juzgar tales hechos.

Ante la falta de contenido a nivel académico sobre el tema del autocuidado y la salud mental, sería relevante que la Facultad de Psicología de la Udelar y también de la Universidad Católica, implementarán en la currícula tales temáticas para visualizar la importancia sobre la salud mental no solo del resto de las personas sino también en uno mismo, siendo tales actos éticos que contribuyen con el correcto ejercicio de la profesión.

También se resalta en la necesidad de abordar la cuestión desde una dimensión social. Tales fenómenos son expresión de las circunstancias en las cuales nos encontramos viviendo

Así como ha habido una falta de prevención de la discapacidad en la profesión de la psicología, parece que también puede haber una deficiencia en los programas de formación en psicología. Ante ello, es necesario educar a los psicólogos y a los estudiantes sobre los riesgos, los signos, la prevención, la intervención y el tratamiento de la angustia y la discapacidad a nivel individual y profesional para garantizar que no se descuide el bienestar de los psicólogos (Smith & Burton Moss, 2009).

En relación al ingreso de perfiles de estudiantes que se encuentren con problemas de salud mental, sería pertinente que las instituciones se plantearan un debate, no con la finalidad de restringir el acceso sino para llegar a la mejor solución que beneficie tanto a los futuros estudiantes como para la academia y el resto en la sociedad en general.

A su vez, dependiendo de la magnitud de la problemática en nuestro país, el contemplar la creación de espacios de apoyo y consulta para psicoterapeutas que necesiten de recurrir a tales servicios así como la elaboración de políticas que atiendan las necesidades presentes en colaboración tanto del estado como de otros actores sociales. Esto implica asumir una mirada desde lo colectivo para implementar las mejores estrategias para abordar las dificultades que conlleva tal proceso.

Lalotís y Grayson (1985) citado en Smith & Burton Moss (2009) opinaron que “es especialmente irónico que los psicólogos, que están capacitados para tratar trastornos emocionales y problemas de estrés de la vida, solo tengan servicios dispersos para sus propios miembros” (p.19).

También por lo visto en distintas investigaciones citadas, sería relevante trabajar el tema del estigma el cual viene asociado a ser un trabajador de la salud mental que padece justamente de problemas de salud mental. Parece ser que el mismo se muestra como un impedimento al momento de buscar ayuda de otras personas, sobre todos colegas, lo que ilustraría una cierta hipocresía no solo por parte del mismo psicólogo sino también del resto de sus colegas al no reconocer que como ser humano, no nos encontramos con inmunidad ante las contingencias que acontecen a lo largo de la vida. Crear una atmósfera en la que los problemas de discapacidad se discutan abiertamente y se abordan de una manera

compasiva y no punitiva no sólo beneficia a los psicólogos, sino que también puede permitir que los psicólogos sirvan como modelo para otras profesiones y ayuden a disminuir el estigma asociado con la salud mental en general (Smith & Burton Moss, 2009).

El problematizar y atacar tal estigma se vuelve necesario.

Ante lo expuesto y para darle un cierre a lo expuesto, Piñol Martínez (2014) resalta que es "poco coherente exigir o aspirar a conseguir la salud de otras personas, si antes no nos hemos exigido esto a nosotros mismos".

Bibliografía

Acuña Bermúdez, Edgar Alfonso (2017). La psicoterapia: un momento oportuno para los psicólogos clínicos. *Psicología desde el Caribe*, 34(3), 230-241.

Bang, Claudia. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

Bearse, J. L., McMinn, M. R., Seegobin, W., & Free, K. (2013). Barriers to psychologists seeking mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(3), 150–157.

Bados López, A., y García Grau, E. (2002). Habilidades terapéuticas. Ed. Universidad de Barcelona.

Casari, L. (2010). ¿Es necesaria la salud mental en los psicólogos? *Diálogos*, 1 (2), 29-41.

Código de Ética de los Psicólogos del Uruguay (2000). Recuperado de <http://www.psicologos.org.uy/index.php/sobre-cpu/codigo-de-etica.html>

Conchar, C. and Repper, J. (2014), "Walking wounded or wounded healer?" Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature", *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 18 No. 1, pp. 35-44.

Dattilio, F. (2015). The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Australian Psychologist*, 50, 393 - 399.

Dettle, Krista L., "Psychologist Self-Care, Perceived Stress, Psychological Distress, and Coping Self-Efficacy Across the Career-Span" (2014). Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs). 2000.

Franco Peláez, Zoila Rosa, & Duque Escobar, Jorge Alberto. (2015). La bioética y el autocuidado de la salud: imperativos para la formación integral en la universidad. *Acta bioethica*, 21(1), 37-44.

Kleespies PM, Van Orden KA, Bongar B, Bridgeman D, Bufka LF, Galper DI, Hillbrand M, Yufit RI. Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Prof Psychol Res Pr*. 2011 Jun 1;42(3): 244-251.

Gauna, María (2007). La responsabilidad social de la universidad y la salud mental de los estudiantes universitarios. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Giménez, L. (2016). Psicólogos en Uruguay: Una aproximación. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 29-62.

González, K., Gaspar, P., Luengo, S. y Amigo, J. (2014). Salud mental en estudiantes de la carrera de psicología, Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Integración Académica en Psicología*, 2 (6), 35-43.

Guerra Vio, C., Platz, A. M., Bermúdez, A. N., & Vidal, N. R. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos [Psychometric examination of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 319–328.

Jorge Guillermo Cedeño Meza, Leonor Alexandra Rodríguez Alava, Martha Cecilia Escobar García y Francisco Javier Sosa Arteaga (2017): "Perfil del psicólogo clínico y la demanda laboral en el área de salud del Cantón Portoviejo", *Revista Caribeña de Ciencias Sociales* (abril 2017).

Lara Cisternas, S. (2013-12-23). Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales, acercamiento desde la teoría humanista-experiencial.

Medina, L. I. L. (2010). La otra cara de la terapia: la vida personal del psicoterapeuta. *Poiésis*, 10(19).

Mingote Adán, José Carlos, Pino Cuadrado, Pablo del, Sánchez Alaejos, Raquel, Gálvez Herrero, Macarena, & Gutiérrez García, M^a Dolores. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 188-205.

Miranda Hiriart, G. (1). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. / What we Talk About When we Talk About Mental Health?. *Utopía Y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 86-95. Recuperado a partir de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/33308>

Morales, N. (2018) Herramientas y estrategias utilizadas para el autocuidado por los psicólogos clínicos Guatemaltecos que trabajan como psicoterapeutas. Tesis de grado. Guatemala

Muñoz M. M. A. (2015). De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9.

Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Revista GPU*, 9(1), 85- 90.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Piñol Martínez, I., (2014). Estrés del terapeuta ocupacional (Tesis de Pregrado) Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Barcelona. España

Plan de Estudio de la Licenciatura en Psicología 2013 (PELP 2013). Resolución N° 20, del Consejo Directivo Central - 25/09/12 <https://bit.ly/2EYWNwE>

República Oriental del Uruguay, Parlamento (2017). Ley de Salud Mental 19529.
Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484987417783.htm>

Roe, Robert (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo?. Papeles del Psicólogo, 24(86),1-12.

Salazar Velasco, Gabriela Dayana [1] ; García Sánchez, Adriana Gabriela [1] ; Leòn Ochoa, Bianca Yuceth [1] ; Vallejo Aguirre, Génesis Liseth. Dilemas éticos en el profesional de psicología. Ammentu: Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe, N°. 15 (julio-diciembre), 2019, págs. 115-124.

Salomone, G. Z.: (2008) Responsabilidad profesional: las perspectivas deontológica, jurídica y clínica. Mimeo. www.psi.uba.ar (Práctica de investigación: La psicología en el ámbito jurídico. Código 775)

Sánchez, T. (2017). Deontología del decir y del callar en Psicología Clínica. Clínica Contemporánea, 8, e29

Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, Román Mella, María Francisca, Lucero Chenevard, Claudia, Espinoza García, Alejandra Elena, Iribarra Cáceres, Daniela Eugenia, & Müller Vergara, Pamela Alejandra. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. Terapia psicológica, 26(1), 89-98.

Silva-Gutiérrez, B., & Cruz-Guzmán, U.D. (2017). Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ28).

Sherman, M. D. (1996). Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. *Clinical Psychology Review*, 16(4), 299–315.

Smith, P. L., & Moss, S. B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1–15.

Szmulewicz E, Tita. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.

Tay, S.; Alcock, K.; Scior, K. Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *J. Clin. Psychol.* 2018, 74, 1545–1555

VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.