

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Prevención del Burnout en Profesionales de la Salud

Alumna: María Soledad Franco.

Tutor: Dra. Gabriela Ramos Mejía.

Índice

1.	Introducción	2
2.	Objetivo General	3
2.1.	Objetivos Específicos	3
3.	Marco Teórico.....	3
3.1.	Burnout.....	3
3.1.1.	Historia del concepto de Burnout	3
3.1.2.	Características y Sintomatología	5
3.1.3.	Instrumentos de medición del Burnout	7
3.1.4.	Factores de riesgo de Burnout	8
3.1.5.	Burnout en los profesionales de salud.....	10
3.2.	Prevención del Burnout	13
3.2.1.	Conceptualización de prevención	13
3.2.2.	Prevención del Burnout en los profesionales de salud mental	14
3.2.3.	La supervisión como dispositivo de prevención	16
3.2.4.	La capacitación como prevención del Burnout	18
3.3.	La prevención del Burnout en el modelo sistémico	20
3.3.1.	Breve historia del modelo sistémico	20
3.3.2.	El modelo sistémico y las terapias breves focalizadas aplicadas a casos complejos.	22
3.3.3.	Sistema de apoyo a la labor terapéutica en el modelo sistémico	25
4.	Metodología	28
4.1.	Tipo de Estudio	28
4.2.	Participantes	28
4.3.	Instrumentos	29
4.4.	Procedimiento	29
5.	Desarrollo.....	30
5.1.	De qué manera la configuración, características y modalidad de trabajo de una Institución Sistémica pueden funcionar como medidas de prevención del Burnout en terapeutas que atienden casos complejos.....	30
5.2.	Estrategias, herramientas y actividades que ofrece la Institución Sistémica a los terapeutas como medidas de prevención del Burnout.....	37
5.3.	Beneficios y dificultades que encuentran los terapeutas en relación a las diferentes medidas de prevención del Burnout utilizadas por la Institución.	44
6.	Conclusiones	48
7.	Referencias Bibliograficas	54
	Anexos	63
	ANEXO 1. Entrevista semiestructurada a coordinadora de la institución.....	63

1. Introducción

En el marco de lo requerido por la Licenciatura en Psicología en la Universidad de Palermo. Se realizó la práctica de habilitación profesional en un Centro de Psicoterapia que brinda formación y atención en la Salud Mental en el Modelo Sistémico de Psicoterapia Breve Estratégica, desde una visión integral no solo de la persona que consulta sino también de los profesionales intervinientes.

Las actividades que se realizaron en la práctica fueron las siguientes: entrevistas telefónicas semi-estructuradas con la coordinadora, cuestionarios online realizados a los profesionales que son parte de la institución y diferentes lecturas bibliográficas. Además, se realizó una observación no participativa de una reunión de supervisión en la que participaron terapeutas y psiquiatras que son parte de un equipo multidisciplinario, cuyo propósito es elaborar recursos y estrategias terapéuticas. Otras de las actividades realizadas fueron observaciones no participativas de diferentes videos sobre la Institución, sus cursos y posgrados. Esta organización tiene como meta mantener a los profesionales en formación continua en un enfoque estratégico y capacitándolos en los diferentes tipos de dispositivos psicoterapéuticos, ya sean, terapias grupales, de parejas, o individuales.

Es a partir de ese momento que surgió la inquietud por este trabajo. Si bien es cierto que en todas las profesiones existen presiones que afectan de manera integral a la persona, los profesionales de la salud mental por la naturaleza exigente de su trabajo, suelen tener un nivel de exposición mayor a factores estresantes. Dentro del campo de la psicoterapia los casos complejos exponen a los terapeutas a una amplia variedad de circunstancias, emociones, sentimientos y pensamientos intensos durante todo el proceso. Esto repercute directamente en la salud del profesional dejándolo potencialmente vulnerable a desarrollar el síndrome de burnout y, en consecuencia, afectar los resultados del tratamiento, además de la eficacia y seguridad de la atención brindada. De aquí, el interés por analizar el dispositivo de trabajo que utiliza la Institución para la prevención del burnout en los terapeutas que atienden casos complejos.

2. Objetivo General

Analizar el dispositivo de trabajo de una Institución Sistémica para la prevención del burnout en los terapeutas que atienden casos complejos.

2.1. Objetivos Específicos

- Describir de qué manera la configuración, características y modalidad de trabajo de una Institución Sistémica pueden funcionar como medidas de prevención del burnout en terapeutas que atienden casos complejos.
- Describir las estrategias, herramientas y actividades que ofrece la Institución Sistémica a los terapeutas como medidas de prevención del burnout.
- Indagar los beneficios y las dificultades que encuentran los terapeutas en relación a las diferentes medidas de prevención del burnout utilizadas por la Institución.

3. Marco Teórico

3.1. Burnout

3.1.1. Historia del concepto de burnout

El síndrome de burnout emerge, primero, como un problema social, no como una construcción teórica; moldeado por preocupaciones pragmáticas e identificado como un peligro potencial para las personas que trabajan en servicios humanos y atención médica (Schaufeli, Maslach & Marek, 2017). Al principio no tenía nombre y rara vez se reconocía o discutía abiertamente. En cierto sentido, era un tema tabú dentro de estas ocupaciones, porque se consideraba equivalente a admitir que algo podría sucederle a los profesionales que los llevaría a actuar de una manera que se consideraría "no profesional". La reacción de muchas personas fue negar que existiera tal fenómeno o creer que, si existía, era relativamente raro que un profesional lo pudiera padecer. No obstante, estas percepciones comenzaron a cambiar a medida que más médicos e investigadores escribieran sobre el agotamiento (Maslach, 2017).

Asimismo, se identifican dos fases en la evolución de este constructo, una fase pionera y otra empírica. En la fase precursora del desarrollo conceptual del burnout el foco estaba en la descripción clínica del fenómeno, procedente de investigaciones basadas en técnicas exploratorias cualitativas, la investigación se basó principalmente

en observaciones y entrevistas en los servicios humanos y el sector de la atención médica (Maslach, 2017; Maslach & Leiter, 2016a; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2000; Schaufeli et al., 2017).

Es recién en 1974, que el síndrome de burnout en el ámbito de la salud se describe por primera vez en dos artículos científicos publicados, uno de Sigmund Ginsburg y otro de Herbert Freudenberger (Freudenberger, 1974; Ginsburg, 1974). De acuerdo a Heinemann y Heinemann, (2017) ninguno de ellos inventó el término; sin embargo, dado que Freudenberger lo popularizó debido a varias publicaciones adicionales, es considerado fundador del concepto, mereciendo el crédito por describir una experiencia particular y analizar sistemáticamente un estado mental en el lugar de trabajo, incluso antes de que se convirtiera en una condición psicológica y clínicamente relevante.

Posteriormente, en la fase empírica el énfasis se desplazó a la investigación sistemática sobre el agotamiento y, en particular, a la evaluación de este fenómeno (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016b; Schaufeli et al., 2017). En 1976, será Christina Maslach quien lleve el concepto de un modelo médico-clínico a uno psicosocial, y junto a sus colaboradores describieron al burnout como un síndrome tridimensional (agotamiento emocional, despersonalización, logro reducido) definición que fundó las bases para el desarrollo del Maslach Burnout Inventory (MBI), permitiendo una aproximación más empírica del agotamiento (Maslach & Jackson, 1981).

A través del MBI, los investigadores lograron medir fácilmente el estado mental en diferentes profesiones y poblaciones, y descubren que estos profesionales “quemados” mostraban una pérdida total de preocupación y emociones por las personas con las que trabajaban tratándolos de maneras deshumanizadas (Farber & Heifetz, 1982). Es entonces, cuando comienza a pensarse este síndrome como un agotamiento emocional e interpersonal crónico, relacionado con las demandas laborales que se manifiestan en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa a personas que están en una situación de necesidad o dependencia (Heinemann & Heinemann, 2017).

De hecho, estos primeros investigadores provenían de la psicología social y clínica, por lo cual gravitaban hacia ideas relevantes de estos campos. Investigadores posteriores procedentes de la psicología industrial-organizacional, enfatizaban la conveniencia de un sólido análisis de las actitudes y comportamientos laborales. Así, a

lo largo de estas dos fases, el constructo teórico multidimensional sobre el burnout fue creciendo, integrando la noción del agotamiento con otros marcos conceptuales (Maslach, 2017; Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016a; Schaufeli et al., 2017).

Si bien, en la actualidad este marco teórico sigue siendo el predominante, desde que surgió este concepto hubo varios debates sobre su contenido (Shoji et al., 2015). Esto abrió camino a nuevos enfoques que presentaron otras miradas y argumentos frente a la definición del agotamiento, con una perspectiva unidimensional del concepto. En efecto, Heinemann y Heinemann (2017) sostuvieron que, a pesar de las crecientes investigaciones sobre el agotamiento y los esfuerzos por aclarar el diagnóstico en las últimas cuatro décadas, el concepto seguía estando en discusión dentro de la comunidad científica. De modo que, esta confusión en el campo probablemente se deba a las diferentes pautas que existen respecto a la clasificación del agotamiento (Doulougeri, Georganta & Montgomery, 2016).

3.1.2. Características y Sintomatología

El síndrome de burnout aún no existe en el Manual de Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición (DSM-5) por no ser aceptado por completo en el campo académico como un trastorno mental en sí mismo (Williams, Reed-Knight, Self, Robiner & Ward, 2019). Pero, desde hace tiempo se lo reconoce como un riesgo laboral en profesiones que sirven a las personas, como en el cuidado de la salud y la educación (Maslach & Leiter, 2016a). Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud incluyó el agotamiento en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en el capítulo: "Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud". Si bien no considera el burnout como una afección médica, basándose en la conceptualización de Maslach y Jackson (1981), lo clasifica como un fenómeno ocupacional tripartito que abarca las siguientes dimensiones: sentimientos de agotamiento, distancia mental o sentimientos de cinismo relacionados con el trabajo de uno, y la reducción de la eficacia profesional, que existen en el contexto ocupacional, es decir, no deben aplicarse a otras áreas de la vida (OMS, 2019).

Ahora bien, para Maslach (2018) la dimensión del agotamiento refiere a cansancio o fatiga que pueden manifestarse tanto física (dolores de cabeza, gastrointestinales, hipertensión, trastornos de sueño) como psíquicamente, y representa un desgaste de los recursos personales y emocionales, sin ninguna fuente de reposición.

Es decir, que el sujeto carece de suficiente energía para enfrentar otro día u otra persona necesitada, experimentando la sensación de no tener más nada que ofrecer profesionalmente. El componente de agotamiento representa la dimensión de estrés individual básico del síndrome de burnout. La dimensión del cinismo representa el componente interpersonal del agotamiento, que originalmente se llamó despersonalización dada la naturaleza de las ocupaciones de servicios humanos (Maslach & Jackson, 1981); refiere a una respuesta negativa, hostil o excesivamente desapegada al trabajo, que a menudo incluye una pérdida de idealismo. Por lo general, inicia desarrollándose como una autoprotección en respuesta a la sobrecarga de agotamiento emocional, una pantalla con forma de preocupación desapegada, pero el riesgo es que esa defensa puede convertirse en deshumanización (Maslach, 2018). La dimensión de ineficacia profesional representa la medida de autoevaluación del agotamiento, inicialmente llamada logro personal reducido (Maslach & Jackson, 1981); está asociado a una disminución de los sentimientos de competencia y productividad en el trabajo. La persona experimenta una creciente sensación de inadecuación acerca de su capacidad para hacer bien su trabajo, entrando en conflicto sobre su rol como profesional (Maslach, 2018).

Las investigaciones han demostrado que los trabajadores que están experimentando agotamiento están desmotivados, abrumados, incapaces de hacer frente a sus tareas laborales mostrando un bajo rendimiento y respuestas negativas como angustia, insatisfacción laboral y bajo compromiso organizacional (Freudenberger, 1974; Maslach, 2017). Las personas que experimentan agotamiento pueden tener un impacto negativo en sus colegas, tanto al causar un mayor conflicto personal como al interrumpir las tareas laborales. Cuando el agotamiento alcanza la etapa de alto cinismo, puede resultar en un mayor ausentismo y un aumento de la rotación (Maslach & Leiter, 2016b; Maslach, 2018). Investigaciones recientes indican que; el cinismo puede ser el componente crítico del agotamiento, más que el agotamiento solo (Leiter & Maslach, 2016b). Es probable que el empleado que experimenta estas tres dimensiones del agotamiento lleve a su hogar mucha ira emocional, hostilidad y frustración. Además, puede molestarse más fácilmente por pequeñas interrupciones, comenzando discusiones sobre situaciones cotidianas del hogar. Pero, al mismo tiempo, quiere alejarse de las personas por un tiempo, y no escuchar otra voz o tratar con otro problema (Maslach, 2018).

Plieger, Melchers, Montag, Meermann y Reuter, (2015) señalaron que al

síndrome de burnout también se lo relaciona con la depresión, y se ha debatido mucho sobre el significado de ese vínculo. Una suposición, es que el agotamiento causa o precipita efectos negativos en términos de salud mental, estado de ánimo deprimido, tristeza, ansiedad y disminución de la autoestima, y esto puede tener un impacto significativo tanto en la vida familiar como laboral del trabajador afectado. Ambos conceptos tienen una superposición sustancial y comparten vías etiológicas claves, es decir, a través del estrés irresoluble y síntomas similares (Bianchi, Schonfeld, Vandel & Laurent, 2017).

Ahora bien, es cierto que varios estudios indican que el conjunto de síntomas representados por el agotamiento y la depresión están altamente correlacionados, y el riesgo de depresión aumenta con la gravedad del agotamiento. Sin embargo, el agotamiento y la depresión pueden distinguirse por las dolencias somáticas y los síntomas predominantes que los caracterizan, y por sus respectivas asociaciones con estresores de la vida (Orosz et al., 2017; Plieger et al., 2015). El aspecto que permite discriminar estos conceptos es la impotencia o incapacidad que en el caso del burnout está confinada al ámbito laboral, mientras que en la depresión se despliega llegando a cubrir todas las áreas de la vida del sujeto (Simionato & Simpson, 2018).

También, surgieron muchas discusiones por la confusión que se genera al momento de diferenciar el estrés laboral con el síndrome de burnout, ya que ambos son muy comunes entre los trabajadores. A pesar de que la diferencia no está claramente definida, se entiende ampliamente que el agotamiento es una fase más avanzada del estrés crónico y solo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno; mientras que el estrés conlleva efectos positivos y negativos (Govindarajan, 2018).

3.1.3. Instrumentos de medición del Burnout

La primera medida de agotamiento que se basó en un programa integral de investigación psicométrica para evaluar las tres dimensiones del constructo fue el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI, Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson & Leiter, 2017). El MBI se considera el estándar de oro en la investigación del burnout (McCormack, MacIntyre, O'Shea, Herring & Campbell, 2018), habiendo sido adaptado a varios idiomas (Heinemann & Heinemann, 2017). Se conforma de tres subescalas: agotamiento emocional (9 ítems), cinismo o despersonalización (5 ítems) y falta de realización personal (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada

como baja, media o alta. El agotamiento emocional se usa para medir la sensación de cansancio que causa el trabajo. La despersonalización se usa para medir la actitud desconectada hacia el trabajo y los clientes, y la falta de realización personal se usa para medir la emoción negativa expresada con respecto al logro personal y éxito en el trabajo (Schaufeli et al., 2017).

En la edición del manual de Maslach, Jackson y Leiter, (1996) se presentan tres versiones del MBI: en primer lugar, el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) que; es la versión clásica dirigida a los profesionales del servicio de Salud, en segundo lugar, se encuentra el MBI-Educators Survey (MBI-ES), que es la versión para profesionales de educación, y finalmente el MBI-General Survey (MBI- GS), versión que presenta un carácter más genérico, para todos los grupos ocupacionales. En las siguientes ediciones se agregaron el MBI-GS (S) para estudiantes y la MBI-HSS (MP) para personal médico (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli & Schwab, 2017). Si bien, los creadores del MBI argumentan que se desarrolló como un instrumento de investigación y no como una herramienta de diagnóstico (Maslach & Jackson, 1981), dicha distinción no impidió que el MBI sea utilizada como una herramienta clínica (Doulougeri et al., 2016).

3.1.4. Factores de riesgo de Burnout

El síndrome de burnout se estudia como un fenómeno complejo y continuo, con sus tres dimensiones separadas pero relacionadas y, como en la mayoría de los fenómenos humanos, los factores causales suelen ser múltiples (Rupert, Miller & Dorociak, 2015). Por esta razón, es difícil identificar cuáles son los factores de riesgo determinantes, pero investigaciones recientes indicaron que algunos son más relevantes que otros. Es importante subrayar que ninguno de estos factores por sí solos se consideran causantes directos, sino que al combinarse favorecen la aparición del burnout (Lee, Kim, Paik, Chung & Lee, 2019).

En las décadas de investigación, la mayoría de los resultados sobre el burnout revelaron que los factores situacionales y ambientales de la organización, es decir, su contexto interno y externo, parecen ser tan importantes para comprender el agotamiento como las variables personales del trabajador. Esto no significa que la personalidad o las diferencias individuales no sean importantes, porque indubitablemente lo son, sino que la naturaleza de la tarea y el contexto del lugar de trabajo son factores de riesgos especialmente significativos (Maslach, 2017; Schaufeli et al., 2017). Es más, el

agotamiento en muchos entornos de trabajo se estigmatiza como un signo de debilidad; y, en consecuencia, muchos empleados son reacios a revelar que están luchando con las demandas del lugar de trabajo o la hostilidad de los compañeros de trabajo (Maslach, 2018). También, las estrategias de gestiones inadecuadas y liderazgos deficientes mostraron asociaciones fuertes con el agotamiento. Un ambiente de trabajo con este tipo de dificultades limita la iniciativa subjetiva y la independencia del empleado al mismo tiempo que impone requisitos y presión laboral (Govindarajan, 2018; Irinyi, Lampek, Németh, Zrínyi & Oláh, 2019; Lee et al., 2019).

Por lo tanto, el agotamiento resulta de una falta de coincidencia entre el individuo y el entorno de trabajo, y esto ocurre por la intervención de fuentes o factores claves. Para poder entender mejor este desajuste o incongruencia percibida, entre la persona y el trabajo, estos factores claves han sido analizados en relación a seis áreas críticas (Maslach, 2017; Maslach, 2018; McCormack et al., 2018):

Carga de trabajo: cuando hay una sobrecarga de trabajo tanto cualitativa como cuantitativa puede ocurrir agotamiento, al desgastar la capacidad de las personas para satisfacer las demandas del trabajo. Si esta condición de trabajo es crónica, hay pocas oportunidades para descansar, recuperarse y restablecer el equilibrio.

Control: se identifica un vínculo claro entre la falta de control y los altos niveles de estrés y agotamiento. Cuando los empleados perciben que no pueden influir en las decisiones que afectan su trabajo, ni ejercer autonomía profesional o no tienen posibilidad de acceder a los recursos necesarios para realizar un trabajo eficaz es más probable que experimenten agotamiento.

Recompensa: el reconocimiento y la recompensa insuficientes, ya sean financieros, institucionales o sociales aumentan la vulnerabilidad de las personas al agotamiento, porque devalúa tanto el trabajo como a los trabajadores, y está estrechamente asociado con sentimientos de ineficacia.

Comunidad: asociado con las relaciones continuas que los empleados tienen con otras personas en el trabajo. Cuando estas relaciones se caracterizan por aislamiento, falta de apoyo y confianza, o por conflictos no resuelto y faltas de respeto, existe un mayor riesgo de agotamiento.

Justicia: Las personas utilizan la calidad de los procedimientos y su propio tratamiento durante el proceso de toma de decisiones, como un índice de su lugar en la comunidad. Cuando aparece la discriminación o favoritismo, el cinismo, la ira y la hostilidad pueden surgir si las personas sienten que no están siendo tratadas con el

respeto que se deriva de un trato justo.

Valores: se relaciona con aquellos conflictos éticos o las tareas sin sentido. A saber, cuando hay un conflicto de valores en el trabajo y, por lo tanto, una brecha entre los valores individuales y organizacionales, los empleados se encontrarán haciendo una compensación entre el trabajo que quieren hacer y el trabajo que tienen que hacer, y esto puede conducir a un mayor agotamiento (Maslach, 2017; Maslach, 2018; McCormack et al., 2018).

3.1.5. Burnout en los profesionales de salud

Aunque el síndrome de burnout ha sido un tema de debate durante muchos años, recientemente está comenzando a obtener una atención generalizada por los riesgos que plantea (Maslach, 2018). De hecho, la preocupación por este síndrome entre los profesionales de la salud fue en aumento y con razón, debido a que el agotamiento elevado del personal está directamente relacionado con una peor seguridad y calidad de prestación de servicios en los entornos de atención médica (Hall, Johnson, Watt, Tsipa & O'Connor, 2016; Williams et al., 2019). De hecho, dos meta-análisis recientes proporcionaron evidencias de que el agotamiento del personal de salud se encontró asociado con un aumento en las probabilidades de una atención insegura, comportamientos no profesionales y baja satisfacción del paciente (Panagioti et al., 2018; Salyers et al., 2017). En esta misma línea, los hallazgos de otro meta-análisis (O'Connor, MullerNeff & Pitman, 2018) advirtieron que el 40% de los proveedores de la salud registraron un alto agotamiento emocional.

Asimismo, en un estudio que tuvo como objetivo estimar la frecuencia del síndrome de burnout en psicólogos y psiquiatras argentinos, se observó que, del total de los participantes (n=544), solo el 9.6 % obtuvo niveles altos, pero cabe destacar que el nivel moderado fue reportado por el 81.6 %, lo cual da cuenta de una alarmante proporción de personal de la salud se encontraba en riesgo (Giménez, Gilla, Morán & Olaz, 2018).

De igual manera Parr, Pinto, Hanson, Meehan y Moore (2016) señalaron que los profesionales del área de servicios asistenciales tienen tasas más altas de suicidios, enfermedades psicosomáticas, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Además, la organización debe enfrentar las secuelas del agotamiento de sus profesionales, ya que la disminución de la motivación, el aumento del ausentismo y la alta rotación de sus

empleados, afectan la calidad de atención brindada. Para poder llevar a cabo su tarea de proporcionar un servicio seguro, efectivo, rápido y eficiente a los pacientes, sus profesionales deben estar motivados (Govindarajan, 2018). En ese sentido Margiotta, Crudden, Byrne y Doherty (2018) agregan que el impacto negativo del burnout influye en los profesionales afectados como también en el personal que trabaja con ellos. Es más, en una investigación se descubrió que las personas con síntomas de agotamiento elevados, pero no clínicamente relevantes, tienen problemas con la concentración y la memoria en tareas de la vida cotidiana y las relacionadas con el trabajo, lo que podría tener consecuencias importantes para la seguridad laboral en términos de mayor riesgo de cometer errores, lesionarse o posibles accidentes (Horvat & Temet, 2020).

Los psicólogos son un grupo creciente de proveedores de atención de la Salud Mental (Johnson, Corker & O'Connor, 2020) y dentro del campo clínico, el trabajo emocionalmente evocador del psicólogo lo sitúa en contextos o situaciones de atención muy estresantes, poniéndolos en riesgo de sufrir angustia y agotamiento (Williams et al., 2019). Asimismo, debido a la naturaleza distintiva del trabajo en la profesión de asesoramiento y psicoterapia, un terapeuta requiere la capacidad de tener interacciones profundas con sus clientes (Lee et al., 2019). Esta relación implica un alto grado de trabajo cara a cara, contacto que está directamente asociado al agotamiento (Margiotta et al., 2018).

Además, en el área de la salud mental se proponen factores particulares que son fuentes claves para que trabajadores de este campo sean más vulnerables al agotamiento (Maslach & Leiter 2016a). Muchas veces, las historias relacionadas con la muerte o abusos en las sesiones de terapia pueden resultar en una angustia emocional más severa para los psicoterapeutas que otras historias de vida (Choi, Puig, Kim, Lee & Lee, 2014). También, cuando el terapeuta percibe que no está teniendo éxito en el tratamiento de sus pacientes, puede experimentar frustración o fracaso, dudando de sus capacidades como profesional (Farber, 1983; Partarrieu, 2018; Wolfe, 1981).

Igualmente, las altas demandas de trabajo son uno de los factores más importantes que contribuye al burnout en los terapeutas (Giménez et al., 2018; McCormack et al., 2018). De igual forma, otros factores también inciden en el desarrollo de esta condición; los elementos organizativos como completar el papeleo excesivo; los contextuales como trabajar en el ámbito público o privado; y aquellos factores relacionados a políticas organizacionales que imponen restricciones a los profesionales, sin ningún tipo de libertar para regular y controlar la carga horaria

(Govindarajan, 2018; Portoghese, Galletta, Coppola, Finco & Campagna, 2014).

Por otro lado, un meta-análisis realizado por Lee et al. (2019) incluyó, además de los factores ocupacionales comunes, variables que intervienen en la calidad de la relación terapéutica como la clientela negativa (conductas peligrosas, amenazantes o conflictivas). Los resultados muestran que el agotamiento emocional, dentro de las tres dimensiones del burnout, fue el más fuertemente relacionado con varios factores ambientales como las horas de trabajo, la sobrecarga de roles, el conflicto de roles y la ambigüedad del rol, con excepción de la clientela negativa que también se relacionó más fuertemente con la despersonalización y la reducción de los logros (Lee et al., 2019).

Todas estas emociones negativas que atraviesa el profesional, pueden agotar emocional y físicamente a los terapeutas además de que representan una fuente de interferencia grave a la hora de realizar intervenciones (McCormack et al., 2018). Además, este síndrome puede influir negativamente en la calidad del trabajo y, por lo tanto, en el estándar de atención brindada. Por ello, el agotamiento del terapeuta es una variable que puede afectar el proceso relacional y la percepción que el paciente tiene sobre la calidad de atención que está recibiendo, esto puede poner en peligro la continuidad del tratamiento (Lee et al., 2019). Porque, al experimentar estos sentimientos problemáticos, el profesional puede adoptar una postura distante como un modo de defensa, y el ofrecer este tipo de respuesta a las necesidades del cliente podría debilitar la alianza terapéutica y disminuir la eficacia del tratamiento (Levy, Koehler & Hunt, 2019).

En esta misma línea, Horvath (2018) señala que la extensión del tratamiento no parece influir en el resultado terapéutico, pero sí en la calidad de la alianza; la relación se interpreta como un ingrediente activo del tratamiento. Es más, los resultados de un meta-análisis provee evidencia empírica sólida que señala la cualidad de la alianza terapéutica como un factor facilitador causal moderado para los resultados de la terapia. La alianza representa una calidad emergente de colaboración y asociación mutua entre el terapeuta y el cliente (Flückiger, Wampold & Horvath, 2018).

El agotamiento de los médicos, psicólogos y enfermeros es un problema de salud pública que exige acciones urgentes por parte de las instituciones de salud, los órganos rectores y las autoridades reguladoras. Si no se aborda, se corre el riesgo de que esta crisis se agrave aún más amenazando con socavar la provisión de atención, además de desgastar la salud mental de los profesionales de la salud (Bridgeman, Bridgeman &

Barone, 2018; Jha et al., 2019).

3.2. Prevención del Burnout

3.2.1. Conceptualización de prevención

La prevención es definida como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas, con una mirada biopsicosocial del ser humano. Según su nivel de intervención mejora el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. En ese marco, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se desprende de los servicios de salud, cuando considera que poblaciones o individuos están expuestos a factores de riesgo identificables, con el objetivo de mitigar las consecuencias de las patologías una vez desencadenadas (Lellis, Interlandi & Martino, 2015).

Cabe aclarar, que el concepto de factor de riesgo apela a ciertas variables relacionadas con la probabilidad de desarrollar una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarla. Los factores de riesgo se dividen en no modificables: relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la herencia; y los modificables: aquellos susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos con acciones preventivas. Para la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad, se requiere de una buena identificación de sus causas modificables (Reina & Chavarro, 2005).

Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles. Dentro de cada uno de ellos; se conciben acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad (Lellis et al., 2015; Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011):

Prevención primaria: son acciones que se aplican a determinados grupos poblacionales, orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo, brindando medidas de protección específicas ante enfermedades reconocidas. El objetivo de estos programas radica en disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no

dañinos para la salud.

Prevención secundaria: están destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente, sin manifestaciones clínicas; esto significa la búsqueda en sujetos aparentemente sanos de enfermedades. Son medidas dispuestas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo. Sus objetivos son reducir la prevalencia de la enfermedad.

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud, y de este modo mejorar la calidad de vida de las personas enfermas. Aquí es fundamental resaltar la importancia del control y seguimiento del enfermo, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente.

Mientras más precoz se apliquen las acciones preventivas, más efectiva será en frenar el curso de la enfermedad, o impedir que se desarrolle en la población o individuo. Por lo tanto, se debe dar énfasis a la prevención primaria antes de que aparezca la enfermedad, con el fin de contribuir al bienestar de la población en general. La prevención es un proceso activo donde se debe tener presente tanto el contexto como la percepción social (Vignolo et al., 2011).

3.2.2. Prevención del Burnout en los profesionales de salud mental

Para Clauss et al., (2018) y Rupert et al., (2015) a partir del movimiento de la Psicología Positiva, los recientes escritos conceptuales y la investigación sobre el agotamiento en los profesionales de la salud, han pasado a un enfoque de prevención primaria dentro de las organizaciones, poniéndose el énfasis en evaluar requisitos y recursos, conocer su disponibilidad y utilizarlos de manera efectiva. Son las organizaciones las que tomaron la iniciativa de cara a la prevención, por ser las encargadas del diseño y configuración del entorno laboral, comprendiendo que es una inversión para el futuro. Por ello, el modo de prevenir el síndrome de burnout sería eliminando los factores que lo desencadenan. Esto se logra mejorando la calidad de vida y la cultura organizacional (Leiter & Maslach, 2017).

De acuerdo con Toussaint (2013) una buena dirección, liderazgo y una correcta gestión de recursos son aspectos obligatorios para transformar la atención de los pacientes. Para esto, se necesita una estrategia eficaz de prevención del agotamiento en el que se considere el trabajo que hacen todos los días los profesionales de la salud. Un

sistema operativo de gestión por procesos es crítico para llevar a cabo este trabajo, pues el modo en que se hacen las tareas debe ser eficiente. Además, Krusie (2018) señaló que las organizaciones pueden aumentar sus posibilidades de desarrollar su propio programa exitoso de prevención del agotamiento evaluando cuidadosamente su estado actual, adoptando sistemas robustos de mejora de procesos e integrando su programa con los sistemas y estructuras organizacionales existentes.

Por otro lado, Leiter y Maslach (2017) proponen un modelo preventivo en el que sitúan el agotamiento en el extremo de un continuo y definen el extremo opuesto como el compromiso de la persona, con su labor y con los objetivos de la organización. Un sentimiento, casi ideal, por el cual los profesionales realizarían sus funciones, motivados no solo por percibir un salario, sino sobre todo, porque estarían comprometido con los objetivos de la institución, ofreciendo al profesional un sentido de eficacia.

Asimismo, Govindarajan (2018) suma otros mecanismos preventivos diseñados para eliminar el agotamiento en los profesionales de la atención médica: una buena definición de roles, responsabilidades y autoridades para reducir burocracias; precisar los criterios para la asignación de recursos para diferentes procesos de la organización de modo que los resultados requeridos y los recursos asignados se supediten adecuadamente; establecer los mecanismos necesarios para divisar proactivamente las posibles brechas de conocimiento que puedan aparecer en el personal y luego proporcionarles la capacitación necesaria para que puedan realizar correctamente las tareas asignadas. La promoción de equipos de trabajo, fomentar la participación de los empleados y que, al mismo tiempo, por medio de algún tipo de incentivos sean reconocidos por su contribución. Por último, agregar un sistema de retroalimentación entre cuerpos directivos y personal; que le permita analizar, medir; y mejorar continuamente la motivación del personal (Govindarajan, 2018).

En esta misma línea Land, (2018) señalo que las organizaciones deben emplear estrategias integrales para lidiar con el agotamiento y desarrollar resiliencia en sus empleados, si es que quieren enfrentar las enormes presiones de satisfacer las muchas demandas de atención médica en la actualidad. Desarrollar una cultura de cuidado y seguridad; diseñar procesos de trabajo para disminuir el estrés; eliminar los factores que contribuyen al agotamiento; educar a las partes interesadas; proporcionar y promover recursos de bienestar que produzcan resultados efectivos y positivos, son todas estrategias claves para abordar y prevenir el burnout, pues este síndrome requiere un

enfoque organizativo total.

Respecto al agotamiento del terapeuta, en términos generales, los estudios se enfocaron más en investigar las demandas laborales que los recursos laborales; sin embargo Johnson et al., (2020) resaltaron que es necesario comprender cuáles son los recursos laborales que funcionan mejor para prevenir proteger a los profesionales de padecer agotamiento. De hecho, los resultados del meta-análisis realizado por Lee et al., (2019) proporcionaron sustento para indicar que la supervisión en profundidad sería el tipo de intervención más útil para prevenir el burnout en los terapeutas que atienden pacientes negativos. La supervisión es una herramienta esencial para que el profesional pueda hacer frente al alto nivel de ansiedad que conlleva el tratamiento de clientes que presentan pensamientos o conductas relacionadas con el suicidio (Levy et al., 2019).

En esta misma línea Johnson et al., (2020) sostienen que, para la mayoría de los terapeutas, la psicoterapia con pacientes desafiantes o difíciles puede ser una experiencia incómoda. Hablar con un colega de confianza, supervisor, administrador u otra persona de apoyo puede ser útil para tratar eficazmente con una clientela negativa. Dichas intervenciones podrían utilizar una variedad de enfoques, incluida la capacitación, la supervisión de la supervisión, o la mejora del apoyo organizacional para la supervisión. También, la reflexión junto a la autoconciencia parece ser fundamental para obtener buenos resultados, particularmente con pacientes complejos (Wolf, Goldfried & Muran, 2017).

Rupert et al., (2015) refirieron que prevenir el burnout en los psicoterapeutas debe ser un motivo de preocupación tanto por las implicancias personales como las profesionales, puesto que un potencial funcionamiento deteriorado y la competencia reducida plantean preocupaciones éticas. En esta línea de pensamiento puede situarse al Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (2013), que establece que “un psicólogo debe ejercer su profesión dentro de los límites de su competencia y debe participar continuamente en el desarrollo y entrenamiento de sus habilidades”, advirtiendo incluso a los profesionales, para que sean conscientes de cualquier problema personal que pueda afectar negativamente sus competencias y que tomen las medidas adecuadas para resolverlo (APBA, 2013).

3.2.3. La supervisión como dispositivo de prevención

La supervisión clínica se reconoce cada vez más como una parte vital de los

sistemas de atención médica modernos y efectivos (Milne, 2007).

En el marco de la práctica terapéutica clínica la supervisión puede ser conceptualizada como un proceso de apoyo al terapeuta que ocurre simultáneamente al tratamiento psicoterapéutico (Milne, 2007). En ella, los terapeutas comparten sus experiencias clínicas con sus pares y con terapeutas de mayor experiencia, con el fin de ampliar la mirada para salir de bloqueos o situaciones confusas, encontrando nuevos modos de intervención. De acuerdo con Leto, Nigro, Menegazzo, (2015), se trata de una tarea colaborativa, donde se trabaja y observa tanto los casos clínicos presentados, como el desempeño profesional y el autocuidado de los terapeutas nuevos o avanzados. El apoyo de los supervisores es sumamente importante, incluso más que el apoyo de los compañeros de trabajo.

En este mismo sentido, Lee et al., (2019) revelaron que la supervisión en profundidad trata no solo la carga de trabajo objetiva del terapeuta, sino también la carga de trabajo subjetiva planteando cuestiones no resueltas relacionadas con el rol, como las responsabilidades no relacionadas con la psicoterapia, que podrían resultar en un deterioro profesional. En la supervisión, el terapeuta puede reflexionar sobre por qué hace este trabajo, por qué continúa haciéndolo, qué significados tiene su trabajo para él y cómo estos significados pueden haber evolucionado y cambiado con el tiempo. De hecho, la relación de supervisión puede ser el único espacio en el que existe el tiempo y la seguridad emocional para estas reflexiones (Verete, 2017).

De acuerdo a Maslach et al., (2001) y Maslach (2017) existe una hipótesis de amortiguación que sugiere que el apoyo social debería moderar la relación entre los factores de riesgo y el agotamiento, es decir, la asociación será fuerte cuando el apoyo social sea bajo, pero débil cuando el apoyo sea alto. Por eso, la supervisión resulta ser un factor protector clave contra el agotamiento en los trabajadores de la salud (Maslach et al., 2001).

En este sentido, un estudio cualitativo en psicoterapeutas sustentó esto, indicando que la calidad de la relación en términos de apoyo y confianza fue particularmente importante (Hammond, Crowther & Drummond, 2018). Igualmente, para lograr una relación de alta calidad son necesarios factores relacionales centrales, por ejemplo, seguridad, honestidad, conexión y tono emocional positivo, que serían el sostén y la estructura de la supervisión (Beinart & Clohessy, 2015). Para ello, se debería equipar a los supervisores para crear un espacio seguro en la supervisión donde los supervisados se sientan capaces de ser abiertos y honestos sobre sus experiencias. El

éxito o fracaso de la relación de supervisión depende en gran medida de la alianza que se establezca entre ambos (Norcross & Popple, 2017).

Por otro lado, los pocos estudios cuantitativos que investigaron el vínculo entre la supervisión y el agotamiento en terapeutas informaron que, las horas de supervisión recibidas cada semana no tienen una asociación significativa con el agotamiento (Westwood, Morison, Allt & Holmes, 2017). Pero, estos resultados proporcionaron evidencia adicional de la importancia de la alianza de supervisión, es decir, la calidad de la relación que se da entre supervisor y supervisado (Swords & Ellis, 2017). En línea con estos estudios previos, una investigación realizada recientemente por Johnson et al., (2020) indicó que una mayor calidad en la relación de supervisión se asocia significativamente con la desconexión, pero no con el agotamiento en los terapeutas. Estos hallazgos son consistentes con las predicciones del modelo general del burnout que indica que, si bien los factores como el exceso de trabajo causan agotamiento, los recursos laborales inapropiados provocan mayor desconexión en los profesionales de la salud (Maslach et al., 2001).

3.2.4. La capacitación como prevención del Burnout

Según; Govindarajan (2018) muchas organizaciones de la salud subestiman la importancia de la capacitación de los profesionales, dado que la falta de conocimiento o habilidades para que las tareas que se les pide realizar; es una causa importante de agotamiento. Por lo tanto como medida de prevención, las personas deben estar calificadas, ser competentes y estar continuamente actualizadas con las guías y tratamientos de la práctica clínica. Además, la motivación del personal depende también de las oportunidades para aprender y crecer profesionalmente, ya que la versatilidad reduce la monotonía del trabajo y proporciona una variedad de funciones que generalmente son más satisfactorias para el personal.

Al respecto, Granek, Nakash, Ben-David, Shapira y Ariadg (2017), señalaron que los proveedores de la salud mental a menudo tienen dificultades para asistir casos con ideación suicida, debido a la falta de comprensión y capacitación adecuada. La presión por la responsabilidad de la supervivencia del paciente también puede verse agravada por los sentimientos de temor, impotencia y pánico que el terapeuta experimenta por no sentirse preparado para tratar un tema tan grave como la ideación suicida (Levy et al., 2019). Sumado a esto, la ansiedad sobre si esas decisiones podrían

o no resultar en demandas legales. De este manera, miedo al litigio puede manifestarse en forma de duda, devastación y sentimiento de fracaso, lo cual puede ser emocionalmente y físicamente agotador para el terapeuta y potencialmente comprometer su eficacia clínica en el tratamiento de personas con ideación suicida (Moerman, 2012). Es responsabilidad de las instituciones ofrecer capacitaciones y atender las necesidades de los estudiantes, preparando de esta manera profesionales clínicos calificados para satisfacer de manera efectiva las necesidades de sus clientes más vulnerables (Mackelprang, Karle, Reihl & Cash, 2014).

De igual modo, Maslach y Leiter (2016b) remarcaron que el agotamiento en el trabajo es un problema tan complejo que no se puede afrontar por sí solo. Un individuo puede cambiar su comportamiento, pero sin ayuda no puede transformar su medio social. Estos autores consideran que las intervenciones como los cursos, capacitaciones y trabajo en equipo tienen más posibilidades de lograr un cambio efectivo, porque de esta manera, las personas obtienen nueva información, refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de las tareas obteniendo además consejos, apoyo emocional u otros tipos de ayuda (Maslach, 2017).

Blow y Karam (2017) indicaron que, si bien el terapeuta es una variable de cambio crucial en cualquier proceso de psicoterapia, es de suponer que aquellos profesionales que trabajan con sistemas complejos como ser terapia de familia, parejas o de grupos, requieran mayores habilidades para negociar estos contextos terapéuticos tan exigentes. Así que, para realizar la tarea correctamente necesitan ser competentes y tener cierta base de autoconocimiento, que les permita formular respuestas empáticamente precisas a los pacientes y mantener tales revelaciones y sus propias reacciones emocionales en privado, sin que eso los fatigue o desgaste. Es posible que los terapeutas más capacitados o con mayor experiencia sean más hábiles para hacer preguntas de seguimiento a los pacientes (O'Brien & Haaga, 2015).

Los buenos terapeutas tienen herramientas que les permiten equilibrar los problemas profesionales y personales al lograr mantener un límite saludable con sus pacientes (Lee et al., 2019). Un ejemplo de esto; es la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). El programa de formación incluye un componente indispensable para el cuidado del terapeuta, que consiste en asistir a un grupo de consulta semanalmente como forma de apoyo constante y mejora de la técnica. Jergensen (2017) realizó un estudio cuyo objetivo fue establecer en qué medida los profesionales capacitados en DBT utilizaban las habilidades de este tratamiento en su vida cotidiana y en qué medida impactaban

sobre sus niveles de estrés y agotamiento. Los principales hallazgos indicaron que el uso de estas habilidades es un predictor significativo de disminución del agotamiento para los practicantes de DBT. Por lo tanto, es importante que los programas de capacitación en las organizaciones consideren en aumentar los planes de estudio para incluir herramientas que faciliten el logro de competencias críticas basadas en el conocimiento y las habilidades relacionadas con la evaluación y el manejo de clientes complejos (Mackelprang et al., 2014).

Por su parte, el modelo terapéutico del DBT incluye el desarrollo de las habilidades sociales del cliente en las áreas de efectividad interpersonal, atención plena, regulación de las emociones y tolerancia a la angustia; componentes que -según Linehan (2015) podrían potencialmente reducir el agotamiento en los terapeutas.

3.3. La prevención del Burnout en el modelo sistémico

3.3.1. Breve historia del modelo sistémico

Wainstein (1999; 2006) señalo que la aparición del modelo sistémico sucedió en un determinado contexto social, cultural e histórico. El final de la Segunda Guerra Mundial dejó un aumento en la demanda de tratamientos terapéuticos. Si bien la superación del paradigma manicomial vigente resultó una tarea laboriosa, fueron varios los aportes de distintos marcos –de la teoría general de los Sistemas y la Cibernética, la teoría de la Comunicación, Constructivismo- los que influyeron en el nacimiento del paradigma sistémico. Cada uno con su especificidad para el estudio de las distintas características del sistema humano (Ceberio & Linares, 2005).

En 1959, Don Jackson funda junto a Jules Riskin y Virginia Satir el Mental Research Institute (MRI). Luego en 1960, al staff se incorpora Paul Watzlawick, quien será considerado como el abanderado del grupo de Palo Alto. La historia del MRI se convierte en la historia de la evolución de una concepción de la terapia sistémica, y su trabajo radica en descubrir unos conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica de la terapia familiar (Wittezaele & García, 1994). Casabianca y Hirsch (2009) señalaron que el equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia desde la perspectiva interaccional. Los investigadores de la Escuela de Palo Alto, en oposición al modelo lineal, estudiaban la comunicación como un todo integrado solo comprensible dentro del contexto en el que tiene lugar, otorgándole un sentido a la interacción y reflexionando sobre ella en un marco holístico

como fundamento de toda actividad humana (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 2011).

Entre las actividades del instituto del MRI estaban las orientadas a la formación para la terapia familiar, puestas en marcha por Virginia Satir, enfocadas especialmente en los aspectos prácticos y caracterizadas por su transparencia a la hora de implementarlas, dominio que hasta entonces le competía solo al terapeuta y su paciente. Las mismas, consistían en mostrar las intervenciones a partir de las técnicas audiovisuales, el uso del espejo; y el énfasis en la supervisión directa, o en vivo, dispositivo que constituye una aportación revolucionaria del modelo sistémico (Ceberio & Linares, 2005; Wittezaele & García, 1994). En efecto, Ackerman, Beatman, Jackson, y Sherman (1970) mencionaron que la formación práctica en psicoterapia es una actividad de características complejas donde el subjetivismo subyuga casi de forma absoluta, y es entonces cuando la presencia de un guía se hace imprescindible, por lo que es muy difícil imaginarla dissociada de la supervisión.

En 1967, Richard Fisch propuso la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve, dando origen al Brief Therapy Center, al que luego se sumaron Paul Watzlawick, John Weakland y Art Bordin. Este grupo generó un cambio radical en psicoterapia creando lo que hoy se conoce como el Modelo de Palo Alto, delineando un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a los consultantes a producir un cambio. Kopec (2007) señaló que una característica distintiva del enfoque de este modelo de terapia es el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo, ya que se parte de conceptualizar que las personas poseen la potencialidad de solucionar los problemas que surgen en las distintas etapas del ciclo vital. En esta línea, la terapia breve está encaminada a fomentar la autoeficacia de las personas para lograr la disponibilidad del cambio (Kopec, 2007).

De acuerdo a Cazabat (2007), la Terapia Breve Focalizada (TBF) surge a partir de una investigación que intentaba precisar y sistematizar las condiciones que motivan el cambio personal que se desarrolla en la terapia, estableciéndose – de manera arbitraria – que se podría promover activamente un cambio en los clientes en diez sesiones. Por su parte, la organización del trabajo consistía en un terapeuta asistiendo a una familia mientras varios colegas observaban a través de un espejo; donde el profesional podía salir a intercambiar opiniones o sus colegas podían intervenir entrando a la sala. Mientras, las conversaciones se gravaban y una vez por semana el equipo se reunía a discutir los casos y las intervenciones, observando el impacto de la interacción sobre el síntoma e intentando comprender la función de este en la familia

(Wittezaele & García, 1994).

Para Hirsh y Rosarios (1987) el grupo del MRI aportó una técnica especialmente diseñada para poder trabajar no solo con eficacia sino con eficiencia. La TBF permite desarrollar intervenciones basadas sobre objetivos preestablecidos y los resultados de las estrategias implementadas proporcionan información importante sobre cómo se mantiene el problema; lo que lleva al desarrollo de protocolos de tratamiento específicos para varios trastornos de salud mental (Nardone & Watzlawick, 2005). Este modelo de psicoterapia con un enfoque Basado en la Evidencia, ha demostrado ser clínicamente efectivo en el tratamiento de varios trastornos psiquiátricos. Resultados de investigaciones experimentales recientes han sido lo suficientemente alentadores para confirmar su eficacia y efectividad (Castelnuovo et al., 2011; Jackson, Pietrabissa, Rossi, Manzoni & Castelnuovo, 2018; Nardone & Portelli, 2005; Pietrabissa et al., 2016; Pietrabissa et al., 2019).

La concepción de la terapia sistémica aportó, lo que tanto Ceberio y Linares (2005) como Wittezaele y García (1994) señalaron como un dispositivo de trabajo que generó un cambio sustancial sobre algunas cuestiones en relación con lo que significa hacer psicoterapia. Este modelo organizativo, con protocolos de tratamientos como refirieron Nardone y Watzlawick (2005) en el cual los terapeutas cuentan no solo con técnicas para trabajar con eficiencia sino que además, como indicó Ackerman et al., (1970) brinda sostén profesional durante las sesiones y espacios específicos de supervisión, opera como dispositivo de protección- como se analizará más adelante- sobre todo en los casos difíciles.

3.3.2. El modelo sistémico y las terapias breves focalizadas aplicadas a casos complejos.

De acuerdo con Weakland, Fisch, Watzlawic y Bodin (1974) la terapia breve focalizada (TBF), respecto a la terapia sistémica clásica, presta mayor atención al problema que presenta el paciente, aquello que lo mantiene y la manera de modificar la situación. Desde este enfoque los problemas forman parte de la vida y nacen de la mala gestión de transiciones vitales u otros desafíos en los sistemas interaccionales en los que el sujeto se ve envuelto, es decir, que aquellos intentos para resolverlos -las soluciones intentadas- mantienen y por lo tanto fundan el problema en sí mismo. El propósito de intervención será conseguir que las conductas del sistema con el que se trabaja sean

incompatibles con las soluciones intentadas. En esta misma línea Fisch, Weakland y Segal (1984) señalaron que este modelo de terapia se basa en una conceptualización de la naturaleza de los problemas revelando una discontinuidad con los modelos tradicionales psicodinámicos. La finalidad de esta terapia no es que el consultante gane insight o tome conciencia de sus procesos intrapsíquicos, sino que el objetivo es cambiar ciertas conductas que generan sufrimiento en la vida cotidiana, desde una mirada interaccional y no individual (Sastre, Aiguabella, Arnal & Schlanger, 2019).

Conforme a Fisch y Schlanger (2012), los terapeutas especialistas en terapia breve parten de una posición no normativa, entendiendo que no hay una manera única o correcta de organización dentro de un sistema. De ello se desprende que este es un enfoque no patológico, donde se pondera el valor de trabajar con conductas y no con categorías diagnósticas o rótulos de patologías. Desde la perspectiva de este modelo se aspira a una aproximación pragmática, orientada a metas mínimas concretas y simples; donde los problemas son tratados como únicos, ya que cada situación es única en su contexto. En otras palabras, Nardone y Watzlawick (2005) manifestaron que lo importante del encuadre en esta terapia es consignar un correcto diagnóstico interaccional, considerando que, identificar el circuito vicioso nos permite armar una hipótesis explicativa y sintética de cuál es el problema que motiva la consulta. Viendo el problema como una persistencia con la que se ha estado luchando de forma inapropiada durante mucho tiempo. Por esta razón, para Sastre et al., (2019) la curiosidad del profesional debe apuntar a entender cada realidad de manera idiosincrática, dado que existen tantas realidades como sujetos, cada uno construye su realidad y, por ende, también sus problemas. Lo interesante desde la TBF, es poder observar como a nivel psicológico un problema complejo y lleno de matices se constituye y mantiene vigente como resultado de la ejecución de ciertas soluciones que precisamente causan el efecto contrario.

En este sentido, para Nardone y Watzlawick (1995) la psicoterapia se convierte en una terapia relacional, entendida como un estudio de la comunicación interpersonal en el aquí y ahora, dirigida a modificar por medio de acciones concretas el sistema relacional del individuo. Sobre ello, García y Ceberio (2016) señalaron que la TBF fundamenta sus principios estratégicos en una teoría de la solución. Su objetivo final consiste en ayudar al paciente a encontrar una clave para solucionar el problema que tiene, durante un período de tiempo limitado, poniendo toda su atención en el principal problema manifiesto. Entonces, lo primero que da comienzo al proceso terapéutico, de

acuerdo a Casabianca y Hirsch (2009) es la entrevista de admisión, el tiempo dedicado por consultor y consultante a establecer un vínculo que favorezca el trabajo. Es la sesión de evaluación y de consulta, cuyo objetivo consiste en determinar si existe o no un problema, es el espacio donde se mide el riesgo o la urgencia, de modo tal de poder adecuar la respuesta asistencial a la demanda expresada. Esto quiere decir que en el relato del consultante hay determinados hechos que requieren ser armados y evaluados dependiendo de la complejidad del caso. En consecuencia, se determinara qué tipo de terapia es la más adecuada para ese paciente y si las sesiones serán individuales, en pareja o con la familia, dándose inicio al proceso terapéutico.

Sastre et al., (2019) mencionaron que en esta evaluación inicial, se realiza el encuadre y se llena la ficha en la cual registran y definen junto con el paciente el problema en términos de motivo de consulta. Sobre ello, Casabianca y Hirsch (2009) señalaron que el modelo de registro consta de ciertos componentes, elementos necesarios para evaluar el contexto del problema: queja inicial; qué lo llevó a presentarse ahora a la terapia; cómo el problema afecta su vida diaria; historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo y cómo); qué deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema; indagar soluciones intentadas, o sea, conductas concretas que han sido efectuadas para solucionar el problema y que son identificadas por el paciente y por otros significativos; los tratamientos anteriores y actuales; nivel de motivación e interés del paciente y de las personas significativas que lo rodean; así como las expectativas que tiene con relación a la terapia y al terapeuta; y por último, el diagnóstico, en conjunto con la meta mínima pactada con el paciente y número de sesiones previstas para el logro de las mismas.

En este sentido, Weakland et al., (2014) señalaron que dentro de este encuadre psicoterapéutico la motivación y expectativas tanto del paciente como del sistema familiar, son factores importante para definir un tratamiento equivalente en eficacia, efectividad y eficiencia. En línea con esto último, Frey y Hunt (2018) coincidieron en que dentro de este modelo conceptual las intervenciones relacionales son de gran utilidad, porque funcionan como mecanismos de acción no solo para pacientes con necesidades de salud conductual leves a moderadas, sino también aquellos con presentan cuadros más severos. Sobre todo en aquellos cuadros clínicos complejos heterogéneos que afecta a múltiples dimensiones vitales del individuo y que su tratamiento requiere de abordaje multidimensional.

Referente a los datos anteriormente descriptos por Casabianca y Hirsch (2009)

sobre el modelo de registro, señalaron que en la hoja hay un espacio designado para que el admisor formule las intervenciones y estrategias a seguir por el terapeuta tratante. Sobre ello, Wainstein (2006) describe principalmente cuatro intervenciones o técnicas básicas y efectivas para implementar durante toda la terapia. Primero, la reformulación, cumple la función de cambiar el marco conceptual y emocional desde la cual se percibe la situación problema, enmarcándola dentro de otra estructura y en consecuencia, cambia la conducta. Segundo, las sugerencias, alternativas de acción que ofrece el terapeuta pero queda a elección del consultante llevarlas a cabo o no. Por último, las prescripciones que se dividen en: directas, constituyen aquellas indicaciones explícitas de comportamiento para ser cumplidas por el consultante, intervención utilizada mayormente en pacientes con baja resistencia al cambio y colaboradores; indirectas o paradójales, cuando el terapeuta plantea al consultante que realice alguna acción, con la intención de que no llegue a cumplirla, son intervenciones que tienen como finalidad que el paciente cambie por medio del camino de la oposición.

Por todo lo expuesto, Fisch et al., (1984) destacaron cuan significativo es un adecuado registro de la primera entrevista porque permite identificar y evaluar el problema, aparte de diseñar y planificar el caso. De esta forma, a partir de los datos obtenidos de la sesión de admisión se seleccionaran y definirán las intervenciones, línea de trabajo que será utilizada por el terapeuta tratante como disparador para generar en el paciente el cambio buscado. Asimismo, Hirsh y Rosarios (1987) mencionaron que una vez establecida un área de atención, el terapeuta de la TBF destinará las intervenciones necesarias que lo ayuden a divisar las causas subyacentes de los síntomas. Igualmente, pondrá el foco en las habilidades de cada consultante, de tal forma que a partir de estas él pueda construirse un futuro posible con mayores oportunidades y posibilidades de desarrollo. Este tipo de terapia confía en el contexto y la autonomía de los pacientes, entiende que una vez que los cambios comienzan a ser visibles las personas tienen el potencial para seguir cambiando.

3.3.3. Sistema de apoyo a la labor terapéutica en el modelo sistémico

Ceberio y Linares (2005) señalaron que la psicoterapia es una actividad en la cual el profesional puede experimentar sentimientos de incertidumbre o de perturbación. Una práctica donde el riesgo de burnout es tan alto, demanda fuertemente dispositivos adecuados de protección y apoyo. Y, por tal efecto, se imponen la formación continuada

y el trabajo en equipo.

Inicialmente la terapia familiar no consideró necesario el trabajo sobre la propia persona del terapeuta. Sin embargo, cada vez es mayor el consenso acerca de la conveniencia de incluir espacios vivencial-experiencial en la formación de los futuros, pues el terapeuta es ante todo un ser humano (Ceberio & Linares, 2005). Se trata entonces, de generar en la formación un espacio que permita incluir las emociones de una forma más explícita y directa. Esto posibilita que los terapeutas compartan, se equiparen y se protejan del estrés que producen algunas situaciones intensas (Leto et al., 2015). Algunas de las actividades propuestas, en relación con este proceso, son las guías reflexivas que incorporan preguntas autorreferenciales; la bitácora, que permite registrar puntos de inicio y de llegada, las desviaciones, y en general, las autoobservaciones que involucran el reconocimiento de emociones. Durante el proceso de entrenamiento, el autodescubrimiento es permanente; desde el inicio hasta el final, el terapeuta en formación se encuentra abocado a la reflexión sobre sí mismo, en coherencia con las premisas epistemológicas de dicha formación (Rodríguez-Bustamante et al., 2019). Por su parte, Ceberio y Linares (2005) señalaron que el trabajo sobre el estilo terapéutico también es una herramienta de apoyo, dado que ayuda al alumno a capitalizar sus recursos genuinos y naturales, propios de su personalidad y por otro, a poder desplegar aquellos de los que carece ampliando de esta manera su gama de posibilidades de intervención. Otra herramienta de autodescubrimiento es el genograma: posibilita la reflexión en torno a la familia de origen, creencias, prejuicios, patrones, mandatos y modelos que internalizamos tempranamente. De acuerdo a Ceberio et al., (2000) la vivencia de construir y trabajar el propio genograma, como las implicaciones que de él se desprenden, equivale para los sistémicos a la de realizar una terapia personal.

En el modelo sistémico existen dos modalidades de supervisión (Ceberio & Linares, 2005): una de ellas – denominada como supervisión en vivo o directa -, se desarrolla durante la sesión de terapia bajo la coordinación del supervisor detrás de un espejo, en nuestro país de la conoce cámara Gesell. En contraste, la supervisión en diferido o indirecta se lleva a cabo después de la sesión terapéutica. Durante la formación y entrenamiento de terapeutas, la supervisión en vivo, se realiza durante sesiones reales o simuladas en Cámara Gesell: los terapeutas en formación asumen el rol de terapeuta, co-terapeuta u observador de manera alterna, y analizan lo que acontece, integrando los elementos conceptuales, metodológicos y vivenciales del modelo terapéutico (Rodríguez-Bustamante, Pérez-Arango, Bedoya-Cardona &

Herrera-Rivera, 2019). El profesional/docente que cumple el rol de supervisor, además de la tarea de presentar una ruta epistemológica, en conexión con las experiencias vivenciales, se convierte fácilmente en un referente, soporte emocional y promotor del despliegue de recursos y creatividad de los terapeutas en formación (Ceberio, Moreno & Des Champs, 2000).

Previo a describir las características y propósitos de la supervisión diferida, es preciso señalar que en el modelo sistémico de la TBF, la hoja de registro del proceso terapéutico es otra gran herramienta de apoyo dado que tiene como finalidad proveer al terapeuta de todos los datos importantes y necesarios para poder operar (Casabianca & Hirsch, 2009). De acuerdo a estos autores, la hoja de registro se convierte en una especie de cuadro que le proveerá los instrumentos necesarios para mantener o cambiar el rumbo de la terapia cuando así lo requiera. Otro de los usos de esta herramienta, consiste en identificar lo que no se sabe del paciente. Pues, al utilizarla en todas las sesiones eso facilita a que se clarifique aquello que no se interrogó en su momento o aclara información poco precisa o confusa dada por el paciente. Según Sastre et al., (2019) tanto los registros de la primera sesión como de las posteriores son un marco orientador donde el terapeuta evidencia los avances que se han realizado en función de las metas pautadas al comienzo del proceso terapéutico, o bien, si esas metas no se están cumpliendo y es necesario algún otro tipo de intervención para lograr el cambio buscado por el paciente. Este encuadre tiene como premisa básica, que la regularidad del registro elaborado por el terapeuta lo fuerce a una toma de conciencia reflexiva sobre lo que sucede en cada una de las sesiones, visualizando no solo el recorrido del proceso terapéutico sino también la efectividad de sus intervenciones con el objetivo de poder mejorar su rendimiento en las sesiones futuras (Hirsch & Rosarios, 1987). En el mismo sentido se manifestaron Casablanca y Hirsch (2009) al señalar que el registro estandarizado del proceso terapéutico le permitirá al profesional realizar una observación crítica sobre su trabajo, dándole una oportunidad de descubrir errores y evitar omisiones. Además, toda esa información recopilada puede ser utilizada en el espacio de supervisión, en especial para lograr una mejor elaboración del caso cuando la terapia evidencia signos de estancamiento y no avanza en la dirección deseada (Hirsch & Rosarios, 1987).

Sobre la base de estos registros, en la supervisión en diferido o indirecta se exploran cinco aspectos de la labor terapéutica: los datos preliminares del caso; el motivo de consulta; el sistema terapeuta-paciente poniendo el foco en las dificultades,

emociones e ideas que se conectan con la impotencia y el fracaso o las acciones consideradas por el terapeuta como ineficaces; la planificación del trabajo terapéutico relacionado con objetivos, metas, cantidad de sesiones, tipo de terapia; y, por último, intervenciones, directivas o técnicas para aplicar. En este enfoque la supervisión se realiza bajo la modalidad grupal, aunque también podría llevarse a cabo en privado (Ceberio & García, 2016).

En síntesis, el modelo sistémico de Terapia Breve al que adhiere la institución analizada incorpora desde las primeras instancias de formación de los futuros terapeutas una serie de herramientas que –unas haciendo foco en el autodescubrimiento y el trabajo vivencial de carácter grupal- y otras en la supervisión directa en cámara Gesell, sientan las bases para que la labor terapéutica se desarrolle en equipo, lo que permite ganar confianza al compartir dudas e inseguridades con compañeros y supervisores, permitiendo sentir el respaldo del grupo (Leto et al., 2015).

Desde este Modelo se postula que el aprendizaje es un proceso de formación continuo, es por eso que Ceberio y Linares (2005) señalaron que la supervisión directa y la diferida son modalidades de gran importancia y se complementan, puesto que la primera constituye el eje vertebral del programa de formación de un futuro terapeuta, mientras que la indirecta es idónea para profundizar y actualizar el aprendizaje de las variables teóricas y clínicas y además facilita el espacio, como señaló Verete (2017), en el que existe el tiempo y la seguridad emocional para reflexionar sobre los significados y desafíos del trabajo terapéutico.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El estudio es de tipo Cualitativo Descriptivo.

4.2. Participantes

Los participantes fueron una profesional de formación cognitiva-conductual y sistémica, quien además coordina las actividades de pasantía en la institución y resto de la muestra estuvo constituida por cuatro psicólogos con orientación sistémica, un hombre, tres mujeres, con edades comprendidas entre los 28 y 40 años pertenecientes a la institución, y con experiencia de 10 años promedio. La participación de los mismos

fue voluntaria, auto-administrado, no remunerativa y anónima resguardando los datos de los entrevistados.

4.3. Instrumentos

Entrevistas telefónicas semi-estructuradas con la Coordinadora en tres ejes: el primer eje, relacionado con estructura física, organizacional y funcionamiento del Centro; segundo eje, vinculado con la postura de la institución frente al burnout en los terapeutas; y, el tercer eje, sobre la finalidad y beneficios de las estrategias, herramientas y actividades llevadas a cabo por el Centro.

Cuestionario online dirigidos a los psicólogos pertenecientes al Centro. Preguntas para completar estructuradas en tres ejes: el primer eje, relacionado con datos socio-demográfico y profesional; segundo eje, experiencias subjetivas de la práctica clínica asociadas al burnout; tercer eje, beneficios y dificultades de los dispositivos, herramientas y actividades brindados por el Centro: derivación de paciente por proceso de admisión por profesional experto, registro de entrevista, historias clínicas informatizadas, supervisión, cámara Gesell, trabajo en equipo, cursos y capacitaciones (Anexo 1).

Observaciones no participantes de videos obtenidos de la institución: uno de ellos es del Director del Centro; haciendo referencia a la conformación organizacional de la Institución. Luego, se observaron varios videos de Terapia Breve Focalizada, donde se menciona cómo definir un motivo de consulta a través del modelo de registro, y las diferentes estrategias para abordar el problema. Conocimiento teórico y pericia técnica que permite al terapeuta abordar con eficiencia cualquier situación clínica que se le presente. También, diferentes videos de pasantes de la institución que relatan cómo fue su experiencia en la misma. Por último, un video del Coordinador general de Psiquiatría, explicando que la falta de entrenamiento formal en casos críticos y complejos es la mayor fuente de burnout en los terapeutas.

Observación no participante de supervisión de terapeutas. Se realizaron anotaciones de campo tomadas durante el espacio de supervisión.

4.4 Procedimiento

En una primera etapa se procedió a observar videos del Posgrado en Terapia

Breve Focalizada que realizan en la institución, se analizó la información iniciando una serie de observaciones de la videoteca de la institución, videos del Director, del Coordinador general de Psiquiatría y de pasantes que han realizado cursos y capacitaciones en la institución. Posteriormente, la coordinadora estableció contacto con cuatro profesionales para entregarles el cuestionario online (Anexo 1).

En una segunda etapa, se realizó una observación no participante de una supervisión llevada a cabo en la institución. La misma tuvo una duración de 90 minutos y se efectuó a través de videoconferencia debido a las circunstancias de aislamiento social en el país. En la misma, participaron un grupo de terapeutas, un psiquiatra que estaba a cargo de uno de los casos que se presentó, el supervisor y el supervisor de psiquiatría. En este espacio, los terapeutas continuaron con el seguimiento de algún caso complejo o presentar uno nuevo.

Durante todo el proceso de la investigación, se estableció contacto con la coordinadora por medio de llamadas telefónicas donde se realizaron seis entrevistas semi-estructuradas de 15 minutos de duración, aproximadamente. A partir de la información y datos recabados se procedió a analizar los objetivos planteados en la investigación.

5. Desarrollo

5.1. De qué manera la configuración, características y modalidad de trabajo de una Institución Sistémica pueden funcionar como medidas de prevención del Burnout en terapeutas que atienden casos complejos.

Inicialmente, se trabajó sobre un video institucional que da cuenta del relato de la historia personal y profesional del director de este Centro. A partir de allí y sumado a la información recabada de las anotaciones realizadas de las entrevistas con la coordinadora y de la visualización del video del coordinador de Psiquiatría, se investigó de qué manera la configuración, características y modalidad de trabajo que posee esta Institución, puede funcionar como dispositivo de prevención del burnout en terapeutas que atienden casos complejos.

Respecto a la configuración de esta Institución, las autoridades comparten con Leiter y Maslach (2017) que la organización es la encargada de planificar y diseñar el entorno laboral como medida de prevención del burnout en los terapeutas. En palabras

de las autoridades: *“creemos que el diseño de espacios y herramientas de gestión adecuados dentro del Centro, han sido factores fundamental para poder llevar a cabo nuestra labor. Porque están orientados a facilitar el trabajo del terapeuta, eliminando eventuales estresores que puedan surgir frente al trato frecuente de casos difíciles. Considerando que este Centro brinda atención y cuidado de la salud mental a grandes poblaciones con problemáticas y demandas muy variadas, siendo conscientes que las urgencias psiquiátricas pueden presentarse en diversos escenarios clínico. Por esta razón, aunque todos nuestros profesionales disponen de consultorio privado, dentro de nuestras instalaciones contamos con diferentes espacios de atención clínica. Por un lado, el sector de emergencia e internación conformado por un equipo entrenado para asistir con eficacia pacientes en situación de riesgo, proporcionando apoyo y capacitación a los terapeutas tratantes para trabajar conjuntamente y ofrecerles a sus pacientes el plan de tratamiento adecuado. Por el otro, un equipo de psiquiatría con consultorios externos y atención a domicilio, dispositivos que beneficia tanto al paciente como a los terapeutas tratantes. También, las autoridades señalaron que disponen de otros escenarios de atención clínica que asisten a los terapeutas que manejan casos graves, los cuales ayudan a reducir posibles factores de riesgo que puedan gatillar este síndrome: “teniendo en cuenta la complejidad de nuestra práctica en nuestras instalaciones funciona el dispositivo de cámara Gessell y otros espacios como ser la supervisión y capacitaciones, destinados a la formación y mejora de habilidades de nuestros profesionales. Espacios confieren herramientas e intervenciones que les permita evaluar y tratar pacientes que por su singularidad presenten alta resistencia al cambio. En este caso se deduce que la institución intenta reducir factores ocupacionales, por ejemplo los pacientes negativos (Lee et al., 2019); ya que son varios los factores contextuales que intervienen en el desarrollo del burnout en los terapeutas (Govindarajan, 2018; Portoghese, et al., 2014).*

Asimismo, conforme a lo expresado por las autoridades, el diseño organizacional del Centro tiene la característica insigne de estar deliberadamente planeado e integrado por una estructura que conforma con varias áreas o niveles, esta definición de elementos es lo que da forma a esta Institución. En primer lugar, la cumbre estratégica conformada por el director y las autoridades más relevantes, su función es tener una visión global del Centro y definir los objetivos. En segundo lugar, una línea media compuesta por los supervisores y coordinadores que tienen la función de delegar y asignar tareas a cada sector para perseguir aquellos objetivos propuestos por las autoridades. Por último, el

núcleo de operaciones, aquellos profesionales que se encargan de las tareas y la provisión de servicios a los pacientes. Para las autoridades de esta institución el propósito principal de esta distribución es coordinar el trabajo que se ha dividido. Al estructurar de manera eficiente el capital humano, según capacidades, especialidades y experiencia, solventan los retos diarios que se presentan en el quehacer del terapeuta. Para ejemplificar, el director en su discurso argumento: *“inicialmente éramos unos pocos las que conformábamos el Centro, siendo necesario con el correr de los años, incorporar más profesionales. Porque, cuando estas a cargo de una institución de estas características, hay que aprender a delegar, organizar y sustituir el afecto de ese grupo primario por una cantidad de procesos que le den sentido a la gente y que al mismo tiempo permitan que este grupo más grande vaya más o menos en la misma dirección. Y así, poder lograr un acuerdo en los procesos porque sin eso, las metas se vuelven irrelevantes”*. En este caso, se infiere que la autoridad de esta institución intenta conseguir el compromiso de sus terapeutas, el extremo opuesto del agotamiento (Leiter & Maslach, 2017); a través de gestiones y liderazgos adecuados (Govindarajan, 2018; Irinyi et al., 2019; Lee et al., 2019).

En virtud de lo anteriormente expuesto, se consideró la opinión de la coordinadora: *“la naturaleza de la organización, su estructura y el funcionamiento del lugar de trabajo reflejan las relaciones entre nuestros profesionales, así como la realización de las tareas. Aunque, en mi caso dentro del Centro ocupó diferentes roles, por un lado, como coordinadora de pasantías y otro como terapeuta, en ambos, siento que logré maximizar mi desempeño, gracias al trabajo mancomunado de todos los profesionales que son parte de este equipo de trabajo. Tener unidad de acción es lo que nos permite brindar una atención eficaz y obtener mejores resultados para nuestros pacientes, incluidos aquellos difíciles de abordar. Pero, sobre todo, creo que esto es posible, porque el contexto laboral que ofrece el Centro toma en cuenta el lado humano del trabajo y trata de no ceder lugar a posibles desequilibrios entre los aspectos laborales y personales que pueden llegar a surgir cuando haces este trabajo”*. Esto se relaciona con Maslach (2017) y Schaufeli et al., (2017) en que este síndrome es un problema asociado a la realidad social donde se desarrolla la actividad laboral. Se colige que la institución propone disminuir los factores de riesgo ambientales (Lee et al., 2019), pues son los más fuertemente asociados con la dimensión agotamiento emocional en los terapeutas.

Por estas razones, las autoridades refieren que este Centro se configura y tiende

a estructurarse, buscando una armonía interna en relación con su entorno y las relaciones que se dan entre los distintos elementos que forman esta Institución. Ante todo, resaltando que la base de esta configuración es la estandarización de destrezas y conocimientos de sus profesionales, una estructura para perfeccionar lo ya sabido. Por consiguiente, el director planteó: *“es necesaria la participación temprana en ciertas organizaciones; pues, la misma moldea el carácter y autodisciplina del terapeuta, potenciando su aprendizaje en distintos planos mejorando así sus competencias, es decir, qué cosas tienes que estudiar y observar, y sobre qué cuestiones debes restringirte. Especialmente en el tratamiento de sistemas complejos, donde se ven implicados múltiples áreas problema y que precisan de un abordaje más integral”*. En este sentido, a modo de ejemplo se tuvo en consideración el relato de la coordinadora: *“a los pocos meses de recibirme era parte de una institución de características muy diferente al Centro. Si bien estaba cómoda, sentía que no alcanzaba a desarrollar mis habilidades. Por tal motivo, es que me acerco al Centro con la intención de poder continuar con mi formación y, tiempo después me incorporó al equipo de terapeutas. Recuerdo que ya con el primer posgrado que realicé, adquirí valiosa información de parte de profesionales idóneos. Todo lo provisto durante el curso fue muy enriquecedor para mí, sobre todo, porque estaba dando mis primeros pasos como terapeuta. Participar en esta institución me dio el mayor de los aprendizajes, saber identificar cuáles son mis propios recursos y, limitaciones profesionales y personales; además del valor que tiene la formación continua en nuestra profesión. Pero, ante todo, aprendí a buscar ayuda cuando estoy frente a un caso difícil o, en su defecto, a derivar al paciente cuando se ven involucradas limitaciones profesionales”*. Se presume que la institución se responsabiliza por sus empleados, los acompaña en sus necesidades entrenándolos para ser profesionales calificados y efectivos (Mackelprang et al., 2014), lo cual se asocia con la prevención del burnout, porque cuando una organización implementa intervenciones de este tipo los beneficios son mayores a la hora de enfrentar el agotamiento de sus empleados (Maslach, 2017; Maslach & Leiter, 2016b).

Igualmente, para las autoridades este Centro se caracterizan por ser una Institución que se enfoca en objetivos concretos que obedece a un enfoque cooperativo y estratégico. Donde los profesionales aprenden a trabajar abordando los problemas de una manera sistemática. Esto les otorga cierta disciplina mental que les permite, particularmente, en situaciones difíciles ampliar el foco de atención para poder vislumbrar correctamente la complejidad del caso y la diversidad de alternativas

posibles y necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos. Considerando que la psicoterapia presenta continuamente relaciones de cierta complejidad que implican grandes desafíos para el profesional. Por esta razón, las acciones preventivas de la institución están encaminadas a la formación del terapeuta. Sobre ello, el director en su relato mencionó que esta Institución se mantiene a la vanguardia ofreciendo programas de asistencia y formación en el modelo de terapia breve focalizada, para aquellos terapeutas que estén interesados en adquirir herramientas, específicas y eficaces para su práctica clínica. Sobre ello, la coordinadora describe su propio trayecto personal en sus seis años de experiencia dentro del Centro: *“ser parte de este equipo favoreció a que pudiera desarrollar actitudes y a perfeccionar mi trabajo, tener un encuadre terapéutico dónde apoyarme, como el de la terapia breve focalizada, fue esencial para ordenar el material clínico y mejorar mis intervenciones. El arte de la terapia es emocionalmente y físicamente agotadora principalmente con aquellos pacientes de características y conductas negativas, por eso recibir una buena formación teórica y práctica en este modelo de terapia, me permitió poder anticiparme y reducir considerablemente los errores, consiguiendo ayudar con éxito a muchos de mis pacientes”*. En términos de las intervenciones desarrolladas por la TBF, se infiere que el director propone una técnica para trabajar con eficiencia las distintas problemáticas que aquejan a los pacientes (Hirsh & Rosarios, 1987; Nardone & Watzlawick, 2005); lo cual favorece a que el terapeuta experimente sentimientos de eficacia profesional, fortalecer esta sensación aleja la posibilidad de que sufra algún tipo de desgaste (Maslach, 2018; Maslach & Jackson, 1981).

También, las autoridades refirieron que este Centro se caracteriza por tener un sistema de actividades que utiliza diferentes recursos, los cuales definen la modalidad de trabajo propia de esta Institución. En este sentido, el director alegó: *“que una organización por definición es aquella en la que todos saben con qué recursos cuentan, tanto la institución como los que trabajan en ella; y que, al mismo tiempo, son desplegados sistemáticamente sobre los servicios proporcionados”*. Para él, este Centro de psicoterapia en sus procesos, en los métodos, en los modos de informar cumple bastante con esta idea. Para ejemplificar, la coordinadora expresó: *“el conjunto de actividades interrelacionadas entre sí que implementa esta institución, es decir, la técnicas de este modelo de terapia, la plataforma virtual, entrevista de admisión, plan de derivaciones, historias clínicas informatizadas, supervisión y todas las oportunidades de desarrollo profesional que nos ofrecen; en mi opinión, desempeñan*

un papel clave en la reducción del estrés de todos nosotros. En vista de que, las características de la demanda es muy diversa, desde problemas para afrontar los cambios del ciclo vital a diagnósticos severos. En mi caso personal, siento que la manera en que se hacen las cosas en el Centro amortigua el impacto de las complejas demandas que muchas veces me enfrento en mi consultorio". Este relato se asocia con el enfoque de prevención primaria promovido por la Psicología Positiva (Clauss et al., 2018; Rupert et al., 2015) que hace énfasis en los recursos y requisitos, ya que las organizaciones deben tomar la iniciativa de eliminar los factores desencadenantes de este síndrome (Leiter & Maslach, 2017). Además, la coordinadora agregó: *"En muchos momentos en los que veía que los casos no avanzaban, o algo salía fuera de lo esperado en el proceso, me llegaba a replantear mi trabajo y mis capacidades para atender pacientes de gravedad. Sin embargo, gracias a la forma en que trabajamos en el Centro, logre sobrellevar esa angustia y frustración"*. En concordancia con Land (2018) se deduce que el Centro diseña procesos que produzcan resultados eficaces para disminuir el agotamiento y desarrollar resiliencia en los terapeutas.

En efecto, para las autoridades dicha modalidad de trabajo institucional, el ofrecerle al terapeuta diferentes recursos desde donde abordar la tarea clínica, es sumamente crucial y decisiva al momento de tratar con pacientes complejos. A modo de ejemplo la coordinadora menciona su experiencia, en este caso, con el sector de emergencias e internación: *"en mis años como psicoterapeuta en esta institución, he tenido que abordar situaciones de emergencias con varios de mis pacientes, sobre todo actualmente, dado que muchos de ellos estaban estables pero empeoraron por el contexto de aislamiento. Por eso, contar con el área de emergencias para trabajar este tipo de casos es de mucha ayuda, ante todo, porque estos escenarios son de mucho estrés para todos los involucrados, incluidos nosotros los terapeutas"*. Incluso, las autoridades resaltaron que las conductas de riesgo son situaciones muy críticas, la complicación más severa y la más temida por los profesionales, porque son la mayor fuente de estrés y de burnout en muchos terapeutas. Esto se alinea con lo propuesto Williams et al., (2019) sobre que el psicólogo clínico, está expuesto a estos escenarios estresantes, y con Lee et al., (2019) en que este tipo de pacientes se relacionan fuertemente con las tres dimensiones del burnout.

Por las causas anteriormente citadas, esta institución propone una capacitación como formación y modalidad de trabajo para las conductas de riesgo, tratando de arrojar luz sobre esta problemática, ya que los profesionales no suelen tener un training formal

para este tipo de pacientes. Por lo cual, para las autoridades es importante que los profesionales estén capacitados para el reconocimiento y manejo inicial de estas urgencias; coincidente con la información presentada por Granek et al., (2017) sobre que la falta de capacitación hace que muchos profesionales tengan complicaciones para tratar estos temas (Levy et al., 2019). Para ejemplificar, la coordinadora relató sus vivencias durante estos últimos años de su carrera al especializarse en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP): *“cuando comencé a trabajar con estos pacientes, tuve que hacer frente a diversas situaciones de riesgo como son las autolesiones o intentos de suicidios, y saber que era responsable del bienestar de una persona me daban mucho miedo. Sin embargo, creo que lo que más amplificó este miedo en mí, fue la falta de capacitación. Por eso por recomendación de mi supervisor, realice la capacitación que ofrece el Centro sobre esta problemática”*. En este caso, se presume que las capacitaciones facilitan el logro de competencias y habilidades relacionadas con la evaluación y el manejo de clientes complejos (Mackelprang et al., 2014); consiguiendo que el profesional mantenga un límite saludable con su consultante (Lee et al., 2019) evitando así el agotamiento.

Por último, en término de la hipótesis sobre que el apoyo social amortigua los factores de riesgo (Maslach et al., 2001; Maslach 2017); según las autoridades de este Centro, el trabajo en equipo es una modalidad que permite priorizar objetivos y fines comunes. Por eso, resulta fundamental para esta institución fomentar el trabajo en equipo, ya que es un elemento poderoso, sobre todo, frente a escenarios de mucha complejidad donde los terapeutas se encuentran más susceptibles a padecer este síndrome. Por tal motivo, las autoridades mencionan: *“Como institución debemos ofrecer a nuestros terapeutas el tipo de ayuda que necesitan, no solo brindándole herramientas para mejorar su desempeño sino también habilitándoles diferentes espacios en donde pueden ser escuchados, dada la relación constante, directa y muchas veces conflictiva que se tiene con los pacientes”*. Asimismo, en referencia a los dispositivos de formación, protección y apoyo (Ceberio & Linares, 2005) necesarios en toda práctica clínica; la coordinadora dio su parecer acerca de ello: *“esta forma de trabajo permite que el equipo “aprenda a aprender” de su propia experiencia. Para poner esto en funcionamiento, por un lado, el Centro organiza reuniones de supervisión con la finalidad de que cada uno de los terapeutas cuente con al menos un encuentro semanal a su disposición, en el marco de estas reuniones se supervisan aquellos casos que generan conflictos y dudas. Por otra parte, están las supervisiones*

con uso de cámara Gesell, en este espacio los profesionales tienen la oportunidad de observar el modo de trabajo del equipo terapéutico y desarrollar una metaperspectiva sobre lo que se está llevando a cabo en el manejo de un caso clínico complejo". En este caso, se infiere que tanto la estructura, características y gestión de la institución, el contar con varios niveles – la cúspide, medio estratégicos y bajos operativos- son acciones que aminoran este síndrome (Govindarajan, 2018; Irinyi et al., 2019; Lee et al., 2019). Además que los profesionales cuenten con aéreas especializadas de trabajo y formación cómo ser el sector de emergencias, trabajar en equipo, supervisión y capacitación, son factores protectores que optimizan la calidad de relación entre profesionales (Swords & Ellis, 2017). Por todo lo anteriormente expuesto, es que estas medidas adoptadas por el Centro son eficaces para prevenir el burnout en terapeutas que tratan pacientes complejos.

5.2 Estrategias, herramientas y actividades que ofrece la Institución Sistémica a los terapeutas como medidas de prevención del Burnout.

Por medio de las anotaciones realizadas a partir de la visualización de los videos del Director y del Coordinador de Psiquiatría, así como la información recabada de las entrevistas con la Coordinadora, se describen las diferentes estrategias, herramientas y actividades que esta Institución propone a los terapeutas como medidas de prevención del burnout.

Respecto al sistema operativo de gestión, en términos de estrategia preventiva eficaz para el agotamiento de Toussaint (2013); la coordinadora, a quien nombraremos como C., mencionó: *“el modelo de gestión de la Institución es jerárquico, por capas, están los terapeutas, admisores y coordinadores que, además, están divididos por áreas, de formación, pasantías, capacitación interna, admisión, psiquiatría, y cada área tiene su supervisor. También, está el coordinador de coordinadores que a su vez tiene su supervisor, y, por supuesto, el director”*. A modo de ejemplo, la coordinadora explicó que, durante los primeros meses como terapeuta en el Centro le derivaban muchos casos de familias. Durante un tiempo intentó trabajar con grupos familiares, pero la realidad comenzaba a sobrepasarla, sentía que no tenía las herramientas suficientes para afrontar un sistema de tal complejidad. Desbordada por la situación decide tener una charla con su supervisor y manifestarle sus sentimientos. Inmediatamente, obtiene toda la atención y acompañamiento del supervisor, quien prontamente se comunicó con el supervisor de

los coordinadores de admisión para que no le derivaran al sistema casos de grupos familiares. En este caso, se infiere que la definición de roles y responsabilidades constituyen una estrategia de prevención (Govindarajan, 2018), pues impacta sobre el área Justicia (Maslach, 2017; 2018; McCormack et al., 2018); que el terapeuta perciba que las decisiones en el trabajo son justas y equitativas, es un factor protector clave para reducir el agotamiento.

Otra de las estrategias, en cuanto a los sistemas robustos de mejora de procesos (Krusie, 2018), la coordinadora planteó que el Centro utiliza el Plan de Admisión y derivaciones, porque cumple funciones clínicas y organizativas, algo que beneficia no solo al Centro sino también a los terapeutas. Luego, C. describe que: *“quien realiza esta entrevista de admisión es un terapeuta experimentado que generalmente no es quien continúa atendiendo al consultante, sino que dependiendo la particularidad del caso puede ser derivado a otra institución. Por ejemplo, los casos de autismo, adicciones o trastornos alimenticios son derivados a establecimientos especializados en estas problemáticas; o bien, si el admisor considera que el tratamiento es con terapia dialéctica conductual (DBT), el consultante será derivado a un profesional de nuestro Centro que se especializa en esa terapia”*. En términos de gestión de recursos de Toussaint (2013) esta institución comprende que no cuenta con los recursos suficientes para el tratamiento de ciertas patologías; se infiere que al incorporar en sus procesos otras organizaciones colabora con el sentimiento de eficacia de sus empleados, estrategia que facilita la prevención del burnout (Krusie, 2018).

De igual manera, la coordinadora recordó que inicialmente como terapeuta percibía una gran diferencia en su práctica clínica, en cuanto a tensión y estrés, entre aquellos pacientes que venían de manera particular y los que llegaban derivados del Centro. Porque estos últimos al llegar a su consultorio con una estrategia de tratamiento diseñado por el admisor, le concedía mayor seguridad frente a sus pacientes y una sensación de alivio, pues tenía ya armado un punto de partida. Asimismo, la coordinadora cuenta: *“Si bien, en la actualidad, conquiste cierta experiencia a la hora de plantear un tratamiento, me ayuda mucho el sistema de derivación del Centro, sobre todo con pacientes complicados. Igualmente, otra de las ventajas del Plan de Admisión y Derivaciones, es que el admisor al tener en el sistema la especialización de cada terapeuta, eso creo que evita, en mi opinión, que muchos de nosotros no corramos riesgo de sufrir agotamiento. Esto es algo que siempre hablamos con mis colegas, porque muchas veces, por fuera del Centro, tomamos consultantes con determinadas*

problemáticas para los que no estamos preparados o, que aún, no tenemos experiencia suficiente". En este caso, se colige que para este Centro promover recursos y estrategias integrales, son elementos claves que ayudan al terapeuta a enfrentar la presión de tener que satisfacer las diferentes demandas que se presentan en el consultorio (Land, 2018).

En cuanto área clave Recompensa (Maslach, 2017; 2018; McCormack et al., 2018) como estrategia de motivación laboral, a finales de cada año el Centro realiza dos encuentros. El primero, es una jornada académica donde se presentan distintas investigaciones, con la intención de mantener a todos sus profesionales al tanto de las innovaciones en psicoterapia. El segundo, es una reunión donde se hace entrega de una bonificación a aquellos terapeutas que lograron el puntaje más alto según su desempeño. Puntaje que se desprende de una historia clínica informatizada de un caso, elegida por azar y donde se evalúan variables cuantitativas y cualitativas. Sobre ello, la coordinadora comentó: *"hará dos años en la fiesta de fin de año gané la bonificación, recibir un reconocimiento por tu trabajo está bueno, te da cierta satisfacción, y de algún modo te motiva a intentar mantener ese nivel de desempeño. Pero bueno, no siempre se logra el cometido, también otros años me han tocado puntajes que no eran los mejores. Sin embargo, las observaciones que realiza el auditor en la evaluación anual, en mi opinión, le suma mucho a tu trabajo como terapeuta, es una oportunidad más que empuja a instruirte y perfeccionarte"*. Se infiere que la institución utiliza estímulos materiales (Govindarajan, 2018) como factores protectores; dado que el no reconocimiento profesional por parte de la organización está asociado a sentimientos de ineficacia (Maslach, 2018).

Por otro parte, una de las herramientas concretas utilizadas por esta institución son las historias clínicas informatizadas (HCI) que provienen de las hojas de registro y que luego se suben al sistema donde queda archivada y protegida en la plataforma virtual del Centro, a disponibilidad de todos los profesionales. La utilidad y provecho de las HCI, en esta oportunidad, se pudo apreciar durante la observación de la supervisión. Previo a la presentación de cada uno de los casos, el supervisor solicitaba al terapeuta el número de la HC del paciente para buscarlo en el sistema. Rápidamente se visualizaba en pantalla toda la información necesaria y pertinente para trabajar aquello que el terapeuta exponía como dificultad o conflicto. En uno de los casos se hizo hincapié en revisar, de la HCI del paciente, su pre-entrevista y hoja de admisión; y de la HCI de otro paciente buscaron en el sistema las últimas sesiones para ver anotaciones e intervenciones del terapeuta. Durante todo el proceso de supervisión se recurrió a este

sistema virtual, tener las HCI permitió que los profesionales tuvieran un panorama claro de cada caso presentado, generando comunicación y agilizando el flujo de trabajo de los profesionales, y en consecuencia, un aumento en la productividad de la actividad clínica. Lo cual se asocia con los criterios en la asignación de recursos (Govindarajan, 2018) medida de prevención que toda organización debería implementar.

Asimismo, la coordinadora opina sobre las ventajas que encuentra como terapeuta a esta herramienta: *“poder acceder al sistema, es decir, a la plataforma virtual, en cualquier momento del día, para ver las HCI resulta muy práctico y me facilita mucho mi trabajo en el consultorio. Más aún cuando estoy por supervisar algún caso, que podamos visualizar en ese momento la historia clínica del paciente me ayuda mucho, porque al tener toda la información y mis anotaciones, no tengo esa tensión de que me estoy olvidando de compartir algún dato relevante. Incluso, ahora que realizamos las supervisiones de manera online como mis compañeros pueden leer en simultáneo toda la información, pueden estar viendo algo que yo no, siempre una mirada desde otra perspectiva suma muchísimo”*. En este caso, se deduce que la institución consigue optimizar los recursos para promover la usabilidad y la eficiencia clínica logrando mitigar el burnout en los profesionales y por consiguiente, mejorar la calidad de prestación de servicios (Hall et al., 2016; Williams et al., 2019).

Otra de las herramientas ofrecida por la institución son las hojas de registro, propias del modelo TBF (Hirsch & Rosarios, 1987). Su utilidad también se contempló durante la observación de la supervisión, donde un terapeuta expuso el caso de un adolescente (llamado de modo ficticio Juan) con diagnóstico de trastorno adaptativo, pero que desde hace semanas se encuentra con angustia y síntomas depresivos. Ante este caso, el profesional manifestó estar muy preocupado por que no veía progresos en Juan, planteó tener dudas sobre sus intervenciones y respecto a una interconsulta psiquiátrica, teniendo en cuenta, además, antecedentes familiares del paciente. En ese instante, tanto el supervisor como el psiquiatra, proponen revisar el proceso terapéutico mediante la hoja de registro analizando las anotaciones de las últimas dos sesiones. Con el objetivo de repasar junto con el terapeuta cuáles habían sido sus intervenciones, qué cosas pregunto y cómo las ejecutó, y de qué manera respondió a ellas el paciente. Esto permitió que el terapeuta realizara una revisión crítica de su trabajo, consiguiendo de este modo definir nuevas formas de proceder y accionar en su intercambio con el paciente. Frente a este resultado, el terapeuta expresó sentirse más confiado en poder lograr o generar un avance en el tratamiento de Juan. Esto se vincula con lo formulado

por Casablanca y Hirsch (2009) sobre las ventajas del uso de esta herramienta. En este caso, se colige que la institución implementa esta herramienta para aumentar el sentimiento de logro personal en los terapeutas (Maslach & Jackson, 1981) como una forma de evitar un futuro desgaste en los profesionales.

En cuanto a la supervisión, en términos de la definición de Milne (2007), durante el transcurso de la misma se logró observar y reconocer la importancia de esta herramienta como apoyo al terapeuta y parte vital de un sistema de atención moderno y efectivo. Puntualmente, en uno de los casos presentados se observó lo útil que es esta herramienta como intervención para prevenir el burnout en los terapeutas que atienden pacientes negativos, como es el caso de una paciente, de 50 años, que desde hace varias sesiones amenaza con suicidarse. Actualmente la paciente se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico, pero, hace un mes tuvo un cambio de medicación por su psiquiatra tratante, quien también estaba presente en la supervisión. Asimismo, el terapeuta expuso que la paciente refería sentirse deprimida y que durante las sesiones se comunicaba con verbosidad, en un estado como entrenado de asociación libre sin poder establecer un foco claro. Durante la supervisión el terapeuta relató sus conflictos con la paciente, contó que lo trató de inútil, que cuestiona sus acciones y que no cooperaba con las tareas o intervenciones que el profesional le proponía, desestimando constantemente su trabajo. Luego el profesional destacó sentirse perdido sin poder discernir cómo continuar abordando este caso y que debido a eso la vida de su paciente corre peligro. Porque en repetidas ocasiones la paciente le ha dejado claro que no le avisará, ni dará señales del momento en que cumplirá su amenaza. Por último, el terapeuta enunció claramente tener miedo de lo que pueda hacer la paciente, además de su preocupación por las consecuencias legales. En este caso, el supervisor habilitó un espacio seguro para que el profesional pudiera exteriorizar sus emociones (Norcross & Popple, 2017); pues las preocupaciones por la supervivencia del paciente y la mala praxis resultan desgastantes para los terapeutas (Moerman, 2012).

Posteriormente, se observó que ante lo expuesto por el terapeuta, tanto el supervisor como el supervisor de psiquiatra, le respondieron que percibían manipulación por parte de la paciente. Frente a ello, le sugirieron al terapeuta planificar junto con el grupo otras vías de intervención para recuperar una cuota de poder frente a la situación, con el fin de poder abordar el caso; lo cual se asocia con Ceberio y García (2016) sobre que el trabajo en equipo funciona para analizar las dificultades acerca de la dñada terapeuta-paciente. Por otro lado, al terapeuta y psiquiatra tratantes, el supervisor

de psiquiatría les explicó que, en vista del reciente cambio de medicación deberían prontamente divisar los efectos y ver una mejoría en la paciente. Igualmente les recomendaron a ambos seguir supervisando, teniendo en cuenta la sensibilidad y características complejas del caso. Y el supervisor frente a la angustia del terapeuta, remarcó: *“estas problemáticas pueden desencadenar mucha ansiedad y frustración, y muchas situaciones en las que podemos tropezar; pero eso no significa ser un mal terapeuta, significa ser humano. Abordar estas dificultades es exactamente el tipo de cosas que debes abordar con tu supervisor”*. En este caso, usar esta herramienta es esencial para afrontar los sentimientos negativos que conlleva el trabajo de pacientes en riesgo (Levy et al., 2019); ya que es el espacio ideal para estas reflexiones (Verete, 2017). Luego de las palabras del supervisor, el terapeuta agradeció a sus compañeros por el acompañamiento, denotando sentirse aliviado, más tranquilo, porque supervisar el caso lo ayudó a posicionarse desde otro lugar. Y que, gracias a las sugerencias que se le realizaron, se sentía más confiado para trabajar la próxima sesión con la paciente. Por tanto, se infiere que esta institución recurre a la supervisión como herramienta de prevención, dado que es un factor protector contra el agotamiento en los profesionales de la salud (Maslach et al., 2001).

Además de las herramientas citadas por la institución se suma la cámara Gesell, modalidad de trabajo que forma el eje vertebral de todo programa de formación (Ceberio & Linares, 2005). A modo de ejemplo, la coordinadora facilitó un caso complejo que trabajó en cámara Gesell: *“Paciente depresiva de 26 años, con múltiples focos de angustia, ideas de muerte. En la cámara me brindaron una reformulación panorámica por la cual la paciente cuando actuaba conductualmente a favor de la mejoría (por ejemplo, vestirse, estudiar, salir de su casa) eso implicaba estar creciendo; y cuando se implicaba en conductas contra el cambio (quedarse aislada, meterse en los problemas de los padres) eso significaba que no estaba en ese momento dispuesta a crecer. Eso me dio un marco de trabajo más amplio, donde no me sentía tan atada a responder a la demanda de “solución” frente a la inactividad de la paciente y a su estado emocional que me preocupaba. Y también le dio a ella la posibilidad de enmarcar esas conductas en direcciones (crecer-no crecer) a elegir en su vida. Tener este marco de trabajo me sacó la presión/estrés de tener que hacer algo que no estaba pudiendo hacer”*. En este caso, se infiere que la institución recurre a la supervisión en vivo como un espacio de reflexión sobre el desempeño y el autocuidado del profesional (Leto et al., 2015), ya que opera especialmente en la carga de trabajo subjetiva sobre

asuntos asociados con el rol del terapeuta (Lee et al., 2019).

Por último, según la coordinadora en esta institución existe gran apoyo social, el uso de esta herramienta es importante para promover y afianzar una red de apoyo dentro del entorno laboral en donde todos los profesionales se sientan acompañados. A esto, la coordinadora respondió: *“antes de ser parte de esta gran familia, en general recuerdo que sentirme muy sola. Hoy tengo, por un lado, compañeros de trabajo con quien puedo contar en situaciones de conflictos o cuando tengo alguna inquietud sobre mi trabajo. Y por otro lado un grupo que, además de ser colegas, somos amigos con quienes comparto salidas y momentos fuera del Centro. Para mí cuando los vínculos relacionados con el trabajo funcionan bien todo se hace más fácil”*. Por otra parte, este apoyo de grupo se observó durante todo el proceso de supervisión, en donde se apreció un trabajo cooperativo, y una buena integración del equipo multidisciplinario, todo esto potenció la formación y habilidades de los profesionales allí presentes. En concordancia con el factor clave señalado como área Comunidad, (Maslach, 2017; 2018; McCormack et al., 2018); en este caso se infiere que esta institución plantea como contrapartida relaciones positivas dado que son esenciales a la hora de prevenir el burnout.

En referencias a las actividades que ofrece el Centro como medidas de prevención de este síndrome, están los cursos y capacitaciones. Esta institución tiene apreciaciones similares a las de Blow y Karam (2017) respecto a las destrezas necesarias que debe tener un terapeuta que trabaja con sistemas complejos. Por un lado, la coordinadora mencionó que los empleados que son parte del Centro deben participar de actividades de formación y actualización propuestas por el Departamento de Docencia Interna del área clínica, y cita algunos ejemplos: *“Si los directivos ven que los terapeutas están teniendo algún problema con cuestiones clínicas, como el dar tareas a los pacientes, se procede a dar un curso específico sobre eso”*; *“Se dieron también cursos introductorios al modelo, curso de cómo tratar la infidelidad en terapia de parejas, y jornadas de capacitación en realidad virtual”*. Lo cual se asocia a una estrategia para aumentar los sentimientos de competencia y productividad en el trabajo (Maslach, 2018; Maslach & Jackson, 1981), ya que los factores conflicto y ambigüedad de rol en los terapeutas se relaciona fuertemente con la dimensión de agotamiento emocional (Lee et al., 2019).

También, la institución ofrece actividades de formación en psicoterapia que apuntan a capacitar a cualquier profesional, ya sea que pertenezcan al Centro o no, con un enfoque estratégico a través de cursos y posgrados. para ejemplificar, la

coordinadora comentó que: *“al trabajar con pacientes que tiene características de desregulación emocional, como es el TLP, problemática a la que actualmente me dedica, fue indispensable realizar el curso introductorio a la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) que dicta el Centro. Fue una formación intensiva teórica práctica que me entreno como terapeuta para distinguir, tomar decisiones y tratar estos complejos diagnósticos. Que como terapeuta suelen presentarme grandes desafíos y también muchas dificultades pero con este curso aprendí y desarrolle habilidades, y estrategias especiales para conducir y diseñar un buen plan de tratamiento. Hasta puedo decir, que las habilidades que aprendí de esta terapia, como entrenamiento para mis pacientes también las uso en mi vida profesional y cotidiana, porque me permiten manejar el estrés y seguir trabajando eficazmente sin llegar a agotarme; lo cual se asocia con Jergensen (2017) en que el empleo de estas habilidades, es un predictor significativo en la disminución del agotamiento para los practicantes de DBT.*

Igualmente, la coordinadora resaltó los beneficios que tiene para los terapeutas este curso y el plus que les ofrece la Institución, diciendo que: *“si bien, es un programa de formación integral para todo terapeuta. Cuando eres parte del equipo de profesionales de este Centro, y trabajas con población que tiene diagnóstico TLP, contar con un grupo de trabajo al cual podemos acudir los terapeutas semanalmente. El mismo, funciona como sostén y nos ayuda a seguir perfeccionando la técnica porque siempre aparecen dudas durante la práctica clínica, sumando a todo esto tenemos las supervisiones que son exclusivas para pacientes con esta problemática”.* En este caso, se colige que la Institución, en términos de mecanismos preventivos de Govindarajan (2018) proponen estas actividades como medida primordial, procediendo proactivamente ante las posibles fisuras de conocimiento en su personal; las cuales consiguen reducir el agotamiento en los terapeutas (Linehan, 2015).

5.3 Beneficios y dificultades que encuentran los terapeutas en relación a las diferentes medidas de prevención del Burnout utilizadas por la Institución.

A partir de la realización de los objetivos anteriores se consideró pertinente realizarles una encuesta a terapeutas que son parte de este equipo, en relación a los beneficios y dificultades percibidos respecto al dispositivo de trabajo que implementa esta Institución con el fin de evidenciar si ciertamente son medidas preventivas del síndrome de burnout.

En términos de mejora de procesos (Krusie, 2018) como estrategias de prevención del burnout dentro de una organización; respecto al Plan de Admisión-Derivación la opinión de los terapeutas fue unánime en cuanto a que el sistema de derivación de pacientes es muy organizado. Que el caso esté armado previamente por el admisor los beneficia mucho, especialmente con los casos complejos: *“el paciente cuando llega a tu consultorio tiene una estrategia de tratamiento que sigue los estándares propuestos por la institución, esto hace que contemos con un mismo idioma a la hora de interpretar los casos”*. En este sentido, coincidieron con Toussaint (2013) quien postuló que; un sistema operativo de gestión por procesos es imprescindible en aquellas organizaciones orientadas al cuidado de salud de las personas, en donde la manera de hacer las tareas debe ser eficiente.

En relación con las historias clínicas informatizadas y al uso del modelo de registro, en términos de Fisch et al., (1984), los terapeutas respondieron que el mayor beneficio está en que: *“es un sistema muy organizado y eso ayuda, también las HCI permiten llevar el caso al día, se puede tener acceso en cualquier lugar y momento pudiendo hacer un repaso previo a cada sesión”*; lo cual se relaciona con los criterios de la asignación de recursos (Govindarajan, 2018) como estrategia de prevención de este síndrome. Sin embargo, como dificultad dos de los terapeutas mencionaron que, *“aunque tengan mucho valor como portadoras de información, el completarlas hojas de registro, así como la carga de información al sistema (HCI), se vuelve muchas veces un poco tedioso y agotador”*. Se infiere que los factores como completar el papeleo excesivo (Govindarajan, 2018; Portoghese et al., 2014) y área clave Carga de Trabajo (Maslach, 2017, 2018; McCormack et al., 2018), en este caso podrían ser fuentes de riesgo que puede conducir a que los terapeutas experimenten agotamiento.

La supervisión, según lo informado por los entrevistados, funciona como programa de formación, se realiza de manera grupal y desarrolla el esquema general que describen Ceberio y García (2016). En relación con esto, los terapeutas estuvieron de acuerdo en que es una herramienta que utilizan muy seguido y; aunque, no siempre supervisen casos propios, les sirve para participar y compartir estrategias, conocimientos e ideas con sus colegas; tener miradas diferentes frente a un mismo caso puede ser muy beneficioso. Además, todos mencionan que es un espacio que amplía sus conocimientos teóricos lo cual mejora su práctica profesional, y donde también se enriquecen de otros estilos terapéuticos; en línea con Ceberio y Linares (2005) sobre que la supervisión es un dispositivo de formación y aprendizaje, un proceso de

crecimiento continuo. Más aún, cuando el terapeuta siente el respaldo de todo el equipo, el poder compartir dudas e inseguridades con compañeros y supervisores, propicia la enseñanza y aumenta la confianza (Leto et al., 2015). El relato de dos terapeutas son un claro ejemplo de esto: *“las veces que presenté un caso sentí que las intervenciones del supervisor fueron de una manera muy respetuosa, eso me hizo sentir resguardada y acompañada”*; *“recuerdo una paciente de unos 80 años que se refería a mí de forma agresiva y me decía que yo no iba a entender nunca lo que a ella le pasaba porque era muy chica. Era una de mis primeras pacientes así que me costaba frenar su agresión. Pedí ayuda a mis supervisores quienes me remarcaron el hecho de que en ese contexto de agresión no podía permitir la sesión y eso me ayudó mucho con futuros casos similares, a cómo poner un freno y darle un encuadre a las sesiones”*. Se infiere que estos factores relacionales positivos son lo que sostienen y dan estructura a la supervisión (Beinart & Clohessy 2015), la calidad de la relación en términos de apoyo y confianza son particularmente importantes (Hammond et al., 2018). Por otro lado, uno de los terapeutas, quien se ha especializado en TLP, enfatiza el impacto positivo que tienen las supervisiones para él; ya que, generalmente, las sesiones con sus pacientes suelen ser con una carga emocional más intensa y por ende, son más agotadoras. Por esta razón, en esta Institución aquellos profesionales que trabajan con esta población tienen dos supervisiones por semana; coincidente con Lee et al., (2019) sobre que la supervisión en profundidad es la intervención más útil para prevenir el burnout en los terapeutas que atienden pacientes negativos.

En cuanto al trabajo en equipo, en términos de apoyo social de Maslach (2018), los profesionales manifestaron que: *“es muy importante porque el trabajo en consultorio a veces puede ser un poco solitario, está bueno sentir que estás acompañado, mantenerse en contacto es muy importante para la confianza y el bienestar profesional y personal. Tengo amigos que hice en el Centro a quienes les consulto si tengo algún problema”*. En este caso, estas relaciones continuas de apoyo que los empleados tienen con otras personas en el trabajo, inciden sobre el área clave Comunidad y funcionan como factor protector del burnout (Maslach, 2017, 2018; McCormack et al., 2018). En efecto, otras de las experiencias relatadas dan cuenta del efecto positivo del trabajo en equipo: *“sirve para poder tener otras opiniones, y, en los casos empantanados, para poder avanzar. No solo por el contenido teórico que pueden aportar los colegas, me nutro mucho de los distintos estilos de los terapeutas para tomar lo que considero me servirá, y a modo de catarsis desde lo personal cuando nos*

pasan cosas muy particulares con algunos pacientes”; “contar con un grupo de trabajo que te oriente cuando vez que el caso no progresa es de mucha utilidad, porque cuando un paciente abandona la terapia no está bueno, en mi caso me ha generado mucha frustración”. De este modo, en relación con Johnson et al., (2020) hablar con colegas de confianza, supervisor u otra persona de apoyo puede ser útil para tratar eficazmente pacientes desafiantes o difíciles. En este caso, se presume que el apoyo social modera la relación entre los factores de riesgo y el agotamiento (Maslach et al., 2001; Maslach 2017).

En relación al uso de la cámara Gesell, los terapeutas coinciden en los resultados positivos de esta modalidad de supervisión, opinan que es un marco de trabajo que les permite compartir experiencias clínicas con sus pares y con otros terapeutas experimentados; esto se vincula con lo formulado por Leto et al., (2016). También, refieren que en algunas ocasiones se simula una sesión y en otras los terapeutas tienen la posibilidad de ir con algún paciente y tener una sesión en vivo. En efecto, uno de los terapeutas refirió: *“es un muy buen recurso ya que se ven detalles del caso y la manera de abordarlo que, quizás, en una supervisión normal se pasan por alto. Sin dudas es el espacio que más herramientas me da como profesional para resolver y tener estrategias para casos difíciles porque al recibir feedback concreto de tus falencias como terapeuta puedes seguir mejorando”*. Como procesos de entrenamiento, en términos de Rodríguez-Bustamante et al., (2019), en este espacio de supervisión directa se congregan conceptos formales, técnicas y procedimientos, además de un proceso vivencial de aprendizaje. De aquí que, una de las terapeutas dice: *“participo activamente de los espacios de cámara porque el supervisor no te marca solos los errores, sino también aquellas intervenciones que haces bien, eso para mí es muy valioso sobre todo cuando hay momentos que dudas de tus capacidades”*. En este caso, se infiere que el supervisor a través de esta alianza que se genera a partir de las experiencias vivenciales de los terapeutas, se convierte en un modelo a seguir (Ceberio et al., 2000).

En referencia a los cursos y capacitaciones, todos los terapeutas concuerdan en que, formarse es una parte muy importante del trabajo como terapeuta, permite tener más herramientas para la clínica y al mismo tiempo ganar confianza en uno mismo; lo cual se vincula con aquello que Maslach (2018) nombra sentimiento de competencia. También, una de las terapeutas mencionó que: *“cada vez que realizó un curso me llevo amigos, nuevos vínculos y aprendizaje de profesionales excelentes con mucha experiencia que nos brindan todos sus conocimientos”*. En este caso, en concordancia

con Maslach y Leiter (2016b) sobre que los cursos y capacitaciones empujan a que los terapeutas puedan lograr un cambio efectivo en su desempeño profesional. Por lo tanto, se deduce que al obtener información nueva, refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de las tareas, la institución utiliza estas herramientas ya que actúan como medidas efectivas para prevenir el burnout de sus profesionales (Maslach, 2017).

6. Conclusiones

A través de lo elaborado en este Trabajo Final Integrador, la revisión bibliográfica, la realización de entrevistas, cuestionario y observaciones, se puede señalar que si fue posible cumplir con los objetivos propuestos. Es decir, se logró detallar de qué manera la configuración, características y modalidad de trabajo de una Institución Sistémica; y las estrategias, herramientas y actividades utilizadas, actúan como dispositivo para la prevención del burnout en los terapeutas que atienden casos complejos. Consiguiendo contemplar el funcionamiento y desarrollo del dispositivo de trabajo como medida preventiva y la significación e impacto del mismo sobre los terapeutas.

Respecto al primer objetivo, se pudo observar la configuración y características que posee la institución, además de apreciar como su estructura y gestión organizacional define una modalidad de trabajo, que viene funcionando como unidad operativa para prevenir el burnout en los terapeutas especialmente en aquellos que trabajan con casos complejos. Dado que entre las características de los pacientes los principales factores que generan un nivel de estrés muy alto entre los terapeutas, son los factores ocupacionales como ser pacientes negativos (conductas peligrosas, amenazantes o conflictivas). Por tal motivo, esta Institución implementa medidas preventivas que ponen énfasis en la formación del terapeuta conservando como meta el modelo estratégico. Intervención que puede otorgar herramientas útiles al profesional para trabajar en contextos de riesgo y que tiene como objetivo aumentar el sentimiento de competencia. Asimismo, este dispositivo de prevención se enfoca en el contexto de la organización: características de gestión, procesos, elementos organizativos y diseño del puesto, que evitan factores de riesgo relacionados con el rol, y que fomentan tanto la participación como la autonomía del terapeuta. Pasando por un sistema de actividades que apela a distintos recursos, desarrollando factores protectores que favorecen no solo el rendimiento profesional sino también el cuidado personal del terapeuta. Para ello,

planifican un escenario laboral positivo, una modalidad de trabajo con enfoque colaborativo que promueve el compromiso y la comunicación, creando un ambiente abierto para que los profesionales puedan discutir cómo tratar pacientes complejos. Al aplicar estas medidas preventivas eluden factores relativos a las exigencias emocionales derivadas de las relaciones interpersonales durante el manejo de pacientes -en situación clínica grave o con características difíciles- minimizando el riesgo de que los terapeutas padezcan síndrome de burnout.

Con relación al segundo objetivo, esta institución implementa ciertas estrategias, herramientas y actividades como dispositivo de prevención, proponiendo y planteando un conjunto de acciones encaminadas a mitigar la aparición del síndrome de burnout en los terapeutas. Se concluye que a nivel estratégico, la presencia de un sistema operativo jerárquico permite una distribución adecuada y equitativa de tareas, en donde cada profesional cumple un papel sin la necesidad de ocupar la totalidad de los espacios, lo cual podría sobrecargar a los profesionales. Asimismo, las estrategias preventivas como apelar al plan de admisión-derivación y recurrir e integrar en su programa de atención instituciones especializadas en otras problemáticas (autismo, adicciones, trastornos alimenticios) para las cuales este Centro no cuenta con los recursos necesarios, son medidas que evitan dificultades imprevistas. Ambas medidas proporcionan una red de seguridad y consiguen transparencia, obteniendo así una visión general de la carga de trabajo del equipo evitando el desgaste de los terapeutas, maximizando en ellos el sentimiento de eficacia. Otra importante estrategia es la recompensa, que apunta al reconocimiento profesional, entendiendo que estímulos materiales producen un impacto a nivel psicológico, porque otorgan mayor seguridad e interés en la tarea. A parte, que los profesionales de esta institución dispongan de diferentes herramientas, como ser HCI, hojas de registro, supervisión, cámara Gessel aminoran de manera significativa el riesgo o el daño de aquellas situaciones extremas a las que se ven sometidos los terapeutas que trabajan gestionando problemas emocionales de pacientes difíciles. Dado que el manejo de los pacientes con características complejas genera dilemas legales, éticos y afectivos muy intensos, los cuales pueden agravarse aún más si no se cuenta con una red de confianza o no se trabaja en equipo. Pero no solo las conductas suicidas son agotadoras y difíciles de manejar para los terapeutas, también se pudo identificar otros factores como ser la hostilidad de los pacientes, ya sea de manera directa, mediante ataques verbales o conductas agresivas, o en forma indirecta, como rechazos sistemáticos de cualquier sugerencia o intervención, descalificaciones o rupturas

frecuentes del encuadre. Por tales razones, estas herramientas son medidas de protección, sobre todo, frente a este tipo de situaciones. Porque además promueven y generan comunicación entre los miembros del Centro, esto permite que los terapeutas realicen una revisión crítica del trabajo sin juzgamientos, aprendan a dominar las técnicas, contemplando la posibilidad del trabajo conjunto y el pensamiento abierto a nuevas miradas para un mejor desempeño profesional aumentando así la productividad y eficiencia clínica. Igualmente, en la institución se destacó como factor protector relevante para prevenir el burnout, la promoción y consolidación de una red de apoyo que brinde afecto positivo a los terapeutas. Puesto que, fomentar y mantener relaciones interpersonales de confianza impactan e influyen sobre la satisfacción laboral, variable que tiene mucha injerencia sobre la salud mental de los profesionales, sobre todo en contextos de alta complejidad. Por último, se observó que la institución evalúa y analiza los conocimientos que requieren sus profesionales. Por ello, facilitan el proceso de formación por medio de capacitaciones, cursos y jornadas. Actividades útiles que le permite al terapeuta actualizar saberes y experiencias que nutran su praxis, incrementando el sentimiento de logro personal y disminuyendo factores laborales como la ambigüedad y conflicto de rol.

En cuanto al tercer objetivo, se puntualizó en las respuestas ofrecidas por los terapeutas respecto a los beneficios y dificultades que encuentran en el dispositivo de trabajo que implementa la institución como medida preventiva del burnout. Se encontró que el sistema de recepción y derivación de casos para los profesionales es una medida estratégica de prevención. Debido a que, la elaboración de un plan de tratamiento con un diagnóstico integral del paciente por parte del terapeuta admisor, le proporciona al terapeuta pautas concretas para la continuidad del proceso terapéutico especialmente en casos complejos. En cuanto a las HCI que derivan de las hojas de registro, si bien es cierto que en algunos de los encuestados surge como queja que el ingreso de datos puede resultar exhaustivo. Sin embargo, todos aseguran que es un sistema útil que funciona como centro de comunicación y repositorio de información, de fácil acceso, al cual pueden ingresar solos o compartir con el equipo en tiempo real, de manera instantánea. Para los terapeutas, tanto las hojas de registro como las HCI, son herramientas que traen con ellas una curva de aprendizaje que deben ser comprendidas para permitir su pleno potencial. Son elementos esenciales que permiten mejorar la prestación de servicios, optimizar el desempeño y la eficiencia, reduciendo así la carga de trabajo. Las herramientas supervisión y cámara Gesell son apreciados como espacios

que tienen una acción educadora, de transmisión de conocimiento y orientadora. Participar de estos espacios les permite a los terapeutas ver puntos fuertes y débiles, resolver dificultades o temores. Recursos que consideran necesarios para evaluar el proceso terapéutico y garantizar la calidad de los procedimientos frente a situaciones difíciles de resolver o cuando se ven sobrepasados en sus competencias. Puesto que, se logró identificar que no solo los pacientes agresivos suelen desgastar a los terapeutas, situaciones como el abandono del tratamiento o cuando el profesional percibe no estar avanzando, puede ser un golpe a la autoestima profesional y generar reacciones de fracaso, desilusión. Todas estas herramientas son contempladas por los profesionales como escenarios de gran apoyo y contención emocional, ya que el trabajo en equipo les brinda múltiples ventajas, entre ellas disminuir la carga y responsabilidad que el trabajo individual del terapeuta puede acarrear. Sobre cursos y capacitaciones, consideran que son actividades que los mantiene a la vanguardia sobre nuevas metodologías de trabajo, que aportan a su desarrollo profesional además de brindarles oportunidades para relacionarse con sus pares.

En síntesis, la institución acciona de manera anticipada apostando a políticas óptimas de dirección organizacional mejorando la calidad de vida laboral de los terapeutas. Con la finalidad de evitar o disminuir posibles factores de riesgo, ya que este síndrome tiene un desarrollo insidioso y progresivo como respuesta a exigencias laborales crónicas, como ser la atención y abordaje de casos críticos y difíciles. Por ello, a criterio de la pasante la implementación de medidas como el modelo de terapia, plan de derivaciones, HCI, hoja de registro, supervisión, cámara Gesell, capacitaciones y el reconocimiento de su desempeño a través de una recompensa económica, son acciones de prevención primaria que apuntan principalmente a la dimensión ineficacia profesional. En cuanto a la dimensión cinismo las medidas que logran reducir dichos síntomas son el trabajo en equipo, apoyo social y ambos tipos de supervisiones. Mientras que la dimensión agotamiento emocional las acciones que atenúan son la supervisión y el plan de derivaciones. Todas estas intervenciones producen resultados eficaces al momento de reducir los factores de riesgo que pueden provocar sintomatología (conductual-física-emocional-relacional) asociada al síndrome de burnout. Habida cuenta de que este síndrome es un problema de origen psicosocial del ámbito laboral, que la Institución cuente con este dispositivo de prevención es una variable crucial para enfrentar las vicisitudes del proceso terapéutico. Puesto que, los terapeutas están acostumbrados a pensar en las emociones del paciente e interesados

respecto a cómo manejarlas, sin considerar que muchas veces es el terapeuta el que está alterado en sus emociones en ciertas situaciones terapéuticas.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo se pueden señalar varias cuestiones. En primer lugar, el proceso de esta práctica se realizó de manera online en el marco del aislamiento social preventivo obligatorio por la enfermedad COVID-19. En consecuencia, surgieron limitaciones y dificultades en la recolección de información que han llevado a la pasante a adaptar el material, apelar a la creatividad y resignar aspectos que se consiguen con una práctica presencial, quedando este trabajo empobrecido en estos aspectos. La falta de contacto cara a cara tanto con las autoridades de esta institución como con los terapeutas que allí trabajan, impactó en la indagación y el análisis de los datos. Esto llevó a adaptar la metodología a material grabado y entrevistas telefónicas. La pasante reconoce la limitación de no solo no tener contacto subjetivo con los actores de la institución, sino, además, no haber podido recorrer la institución y ver las prácticas de prevención en acción. Sin embargo, el presente trabajo contiene suficiente información para hacer una descripción adecuada de la forma de trabajo que dé pie a futuras investigaciones. Por otro lado, una limitación metodológica a considerar es la conformación de la muestra, los psicólogos entrevistados fueron seleccionados por la coordinadora de la práctica y representan una muestra pequeña y sesgada de los terapeutas de la institución.

A partir de las entrevistas y el material analizado han surgido en la pasante reflexiones y cuestionamientos. En primer lugar, se señala que el programa de prevención de la institución corresponde a un nivel primario, que si bien supone un efecto positivo en la reducción de las tres dimensiones que operan como factores de riesgo del síndrome de burnout, se focaliza especialmente en la dimensión ineficacia. Desde la perspectiva de la pasante, sería conveniente que la acción institucional ampliara su atención y considerara las otras dos dimensiones con mayor profundidad. Por ejemplo, podría promoverse la realización de talleres experienciales que faciliten un espacio de reflexión y automonitoreo para trabajar con mayor profundidad la prevención del agotamiento emocional, dimensión que como se analizó, se presenta como la que menor atención convoca. Por su parte, incluir en la formación profesional de los terapeutas la temática del burnout como contenido de estudio, esto les ofrecería la información necesaria para observar cuidadosamente e identificar sintomatología asociada a este síndrome. En relación a esto último, la pasante rescata que estando la subjetividad siempre presente cuantas más miradas nutran el diseño con más eficacia

operará el dispositivo de prevención del burnout. Asimismo, un enfoque más completo y multidimensional debería incluir prevención secundaria, encaminada a la búsqueda activa de posible sintomatología en los terapeutas, para lo cual podría aplicarse algún instrumento de evaluación de modo regular, por ejemplo: el MBI-HSS. Y en caso de detectar el síndrome establecer la prevención terciaria que incluya programas de psicoeducación, medidas dirigidas al tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los casos encontrados.

Un aporte importante del presente trabajo es que brinda información actual sobre la prevención del burnout en terapeutas argentinos. Considerando que la prevención debe ser tomada a nivel organizacional, dado que las características de la persona y de la organización, tanto como el interjuego entre ambas, son posibles factores de riesgo o de protección contra el Burnout. En función de esto, a criterio de esta pasante, para el desarrollo de nuevas líneas de investigación es relevante incluir en el análisis aspectos tales como la dinámica cultural y del ámbito laboral en la que los terapeutas se desempeñan. En particular respecto a dos de los factores de riesgo del burnout analizados en este trabajo: factor clave carga de trabajo (Maslach, 2018) y los factores organizacionales (Govindarajan, 2018; Portoghese et al., 2014), los cuales afectan de manera significativa a todos los profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta el contexto actual, se sugiere estudiar el impacto de la atención clínica en forma remota en los terapeutas de la institución y evaluar la eficacia del dispositivo de prevención analizado en el TFI frente a este escenario de incertidumbre y complejidad que aportó la pandemia. Es decir, estudiar posibles secuelas psicológicas debido a las dificultades y desafíos que con frecuencia esta modalidad de trabajo virtual genera en los profesionales, como ser la sobrecarga de tareas y horas. El enfrentar este tipo de condiciones laborales durante un tiempo prolongado puede ocasionar en los terapeutas gran agotamiento físico y mental, ya que otorga pocas posibilidades para descansar, recuperarse y restablecer el equilibrio. Es allí cuando los niveles de estrés pueden aumentar y, en casos extremos, acabar provocando burnout en los profesionales. Por todo lo expuesto, evaluar si el Centro frente a este contexto de restricción y aislamiento pudo mantener activa la red de “contención” contra este síndrome, resulta ser una propuesta interesante como futura línea de investigación, dado que el agotamiento en los terapeutas está directamente relacionado con una disminución en la seguridad y calidad de prestación de servicios.

7. Referencias Bibliográficas.

- Ackerman, N. W., Beatman, F. L., Jackson, D. D., & Sherman, S. N. (1970). *Teoría y práctica de la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Proteo S.C.A.
- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (2013). Código de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. Punto 6.03. Obtenido de: <http://www.psicologos.org.ar/docs/Etica.pdf>.
- Beinart, H., & Clohessy, S. (2015). Clinical supervision. En N. Tarrrier & J. Johnson (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases* (pp. 352–370). Hove, England: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315694191>
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S., Vandell, P., & Laurent, E. (2017). On the depressive nature of the “burnout syndrome”: A clarification. *European Psychiatry*, 41(1), 109–110. doi:org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.008
- Blow, A. J., & Karam, E. A. (2017). The therapist’s role in effective marriage and family therapy practice: The case for evidence based therapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 716–723. doi: 10.1007/s10488-016-0768-8
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2017). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147–152. doi:10.2146/ajhp170460
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. Santa Fe: Universidad Católica.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L., Pietrabissa, G., & Molinari, E. (2011). The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials*, 12, 114–120. doi: 10.1186/1745-6215-12-114
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.). *Qué y cómo*. (pp 15–20). Buenos Aires: Dunken
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico* (Vol. 90). Buenos Aires: Grupo Planeta

(GBS).

- Ceberio, M., Moreno, J. y Des Champs, C. (2000). La formación y el estilo del terapeuta. *Perspectivas Sistémicas*, 60 (1-16). Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/formacion3.htm>
- Choi, H., Puig, A., Kim, K., Lee, S., & Lee, S. M. (2014). Examining Differential Effects of Internal and External Resources on Counselor Burnout Symptoms in South Korea. *Journal of Employment Counseling*, 51(1), 2–15. doi:10.1002/j.2161-1920.2014.00037.x
- Clauss, E., Hoppe, A., O’Shea, D., González Morales, M. G., Steidle, A., & Michel, A. (2018). Promoting personal resources and reducing exhaustion through positive work reflection among caregivers. *J. Occup. Health Psychol.* 23, 127–140. doi: 10.1037/ocp0000063
- Doulougeri, K., Georganta, K., & Montgomery, A. (2016). “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus?. *Cogent Medicine*, 3(1) 1-10. doi:10.1080/2331205x.2016.1237605
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional psychology*, 13(2), 293. doi:10.1037/0735-7028.13.2.293
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes (2ª Ed.)*. Barcelona: Herder
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Frey, L. M., & Hunt, Q. A. (2018). Treatment for suicidal thoughts and behavior: A review of family-based interventions. *Journal of marital and family therapy*, 44(1), 107-124. doi: 10.1111/jmft.12234
- García, F. E. & Ceberio, M.R. (2016). *Manual de terapia sistémica breve*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Ginsburg, S. G. (1974). The problem of the burned-out executive. *Personnel Journal*, 48, 598-600.
- Giménez, S. B., Gilla, M. A., Morán, V. E., & Olaz, F. O. (2018). Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10(3), 1-20. doi: 10.5872/psiencia/10.3.22

- Govindarajan, R. (2018). An organizational improvement model for preventing burnout of healthcare employees. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 6(04), 306-317. doi:10.4236/jhrss.2018.64044
- Granek, L., Nakash, O., Ben-David, M., Shapira, S., & Ariad, S. (2017). *Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 27(1), 148–154. doi:10.1002/pon.4481
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PloS one*, 11(7), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hammond, T. E., Crowther, A., & Drummond, S. (2018). A thematic inquiry into the burnout experience of Australian solopracticing clinical psychologists. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01996>
- Heinemann, L. V., & Heinemann, T. (2017). Burnout research: Emergence and scientific investigation of a contested diagnosis. *SAGE Open*, 7(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>
- Hirsh, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: la organización del cambio*. Buenos Aires. Nadir.
- Irinnyi, T., Lampek, K., Németh, A., Zrínyi, M., & Oláh, A. (2019). Discriminating low, medium and high burnout nurses: Role of organizational and patient-related factors. *Journal of Nursing Management*, 1-8. doi:10.1111/jonm.12825
- Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnuovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(8), 688-701. doi:10.1037/ccp0000313
- Jergensen, K. (2017). Practice What You Preach: An Exploration of DBT Therapists Personal Skill Utilization in Burnout Prevention. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 187–199. doi:10.1007/s10615-017-0633-6
- Jha A, Iliff A, Chaoui A, Defosez S, Bombaugh M, Miller Y, (2019) A crisis in health care: A call to action on physician burnout. *Waltham, MA: Massachusetts Medical Society MHaHA, Harvard TH Chan School of Public Health, and Harvard Global Health Institute*. <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/21/2019/01/>
- Johnson, J., Corker, C., & O'Connor, D. B. (2020). Burnout in psychological therapists:

- A cross-sectional study investigating the role of supervisory relationship quality. *Clinical Psychologist*.doi:10.1111/cp.12206
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.). *Qué y cómo*. (pp 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Krusie, K. R. (2018). Preventing Burnout: Successful Initiatives Look Beyond Symptoms. *Frontiers of health services management*, 35(2), 24-28. doi:10.1097/HAP.0000000000000046
- Land, T. (2018). Fighting the Fire of Burnout in Healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 35(2), 1–2. doi:10.1097/hap.0000000000000050
- Lee, M. K., Kim, E., Paik, I. S., Chung, J., & Lee, S. M. (2019). Relationship between environmental factors and burnout of psychotherapists: Meta-analytic approach. *Counselling and Psychotherapy Research*.1–9 .doi:10.1002/capr.12245
- Leiter, MP y Maslach, C. (2017). Burnout y compromiso: contribuciones a una nueva visión. *Burnout Research*, 5, 55–57. doi: 10.1016 / j.burn.2017.04.003
- Lellis, M., Interlandi, C., & Martino, S. (2015). Introducción a la Salud Pública como área del conocimiento y de la acción. En M. de Lellis (Ed.), *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental* (pp 11-42).Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Leto, A., Menegazzo, D., & Nigro, M. (2015). *Tramas familiares*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken.
- Levy, R. L., Koehler, A. N., & Hunt, Q. A. (2019). A Phenomenological Investigation of Therapists' Experiences When Working with Suicide. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(4), 147-164. doi:10.1080/08952833.2019.1603922
- Linehan, M. (2015). *Dialectical behavior therapy skills training manual*. NY: The Guildford Press.
- Mackelprang, J. L., Karle, J., Reihl, K. M., & Cash, R. E. (2014). Suicide intervention skills: Graduate training and exposure to suicide among psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 8, 136–142. doi:10.1037/tep0000050.
- Margiotta, F., Crudden, G., Byrne, D., & Doherty, A. M. (2018). Prevalence and covariates of burnout in consultant hospital doctors: Burnout in consultants in Ireland study (BICDIS). *Irish Journal of Medical Science*, 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/ s11845-018-1886>

- Maslach, C. (2017). Finding solutions to the problem of burnout. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69(2), 143–152. doi:10.1037/cpb0000090
- Maslach, C. (2018). Agotamiento laboral en contextos profesionales y económicos. *Diversity in Unity: Perspectives from Psychology and Behavioral Sciences*, 11-15. London: Taylor&Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113. doi:10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (2017). *Maslach Burnout Inventory Manual-Fourth Edition*. Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016a). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. doi:10.1002/wps.20311
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016b). *Burnout. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 351–357. doi:10.1016/b978-0-12-800951-2.00044-3
- Maslach, C., Schaufeli, WB y Leiter, MP (2001). *Desgaste profesional*. Revisión anual de psicología, 52 (1), 397-422. doi: 10.1146 / annurev.psych.52.1.397
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-19. doi:10.3389/fpsyg.2018.01897
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 437-447. doi: 10.1348/014466507X197415
- Moerman, M. (2012). Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 214–223. doi:10.1080/14733145.2011.628031
- Nardone G., & Portelli C. (2005). *Knowing Through Changing: The Evolution of Brief Strategic Therapy*. Glasgow: Crown House Publishing.
- Nardone G., & Watzlawick P. (2005). *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Techniques, and Research*. Lanham, MD: Aronson

- Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). *Clinical supervision essentials series. Supervision essentials for integrative psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/15967-000
- O'Brien, J. L., & Haaga, D. A. F. (2015). Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 414–420. doi:10.1037/pro0000037
- O'Connor, K., Muller Neff, D. y Pitman, S. (2018). Burnout en profesionales de la salud mental: una revisión sistemática y metaanálisis de prevalencia y determinantes. *European Psychiatry*, 53, 74–99. doi: 10.1016 / j.eurpsy.2018.06.003
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud. Glosario de Términos*. Ginebra: OMS.
- Orosz, A., Federspiel, A., Haisch, S., Seeher, C., Dierks, T., & Cattapan, K. (2017). A biological perspective on differences and similarities between burnout and depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 112–122. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.005
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhue, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ...Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA: Internal Medicine*, 178 (1317–1331), 1317–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Parr, J. M., Pinto, N., Hanson, M., Meehan, A., & Moore, P. T. (2016). Medical graduates, tertiary hospitals, and burnout: a longitudinal cohort study. *The Ochsner Journal*, 16(1), 22–26. <http://www.ochsnerjournal.org/content/16/1/22.full>
- Partarrieu, A. (2018). Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación el perfeccionismo. In *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/25>
- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Gibson, P., Boardman, D., Gori, A., & Castelnovo, G. (2016). Brief strategic therapy for obsessive–compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. *BMJ open*, 6(3) 1-

10. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009118>

- Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., Jackson, J. B., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Gibson, P. (2019). Brief Strategic Therapy for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: A Clinical and Research Protocol. *Frontiers in psychology, 10*, 1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00373. Recuperado de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00373/full>
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research, 2*(1), 19–24. doi:10.1016/j.burn.2015.03.001
- Reina, C. A. J., & Chavarro, P. S. (2005). *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad-Enfoque en Salud Familiar*. Madrid: Panamericana.
- Rodríguez-Bustamante, A., Pérez-Arango, D.A., Bedoya-Cardona, L.M. y Herrera-Rivera, O. (2019). Terapia familiar sistémica. Sobre el self del terapeuta. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 11*(1), 89-108. doi: 10.17151/rlef.2019.11.1.6.
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us?. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(3), 168-174. doi: 10.1037/a0039297
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., & Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine, 32*(4), 475-482. doi: 10.1007/s11606-016-3886-9
- Sastre, L. S., Aiguabella, A. K., Arnal, G. D., & Schlanger, K. (2019). Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute. *Apuntes de Psicología, 36*(3), 173-180.
- Serebrinsky, H. A., & Rodríguez, S. E. (2014). *Diagnóstico sistémico: el diagnóstico de los sistemas humanos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Psicolibro ediciones.
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology, 74*(9), 1431-1456. doi:10.1002/jclp.22615
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds.). (2017). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (Vol. 33). NY: Taylor & Francis. doi:10.4324/9781315227979

- Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2015). Associations between job burnout and self-efficacy: a meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(4), 367–386. doi:10.1080/10615806.2015.1058369
- Swords, B. A., & Ellis, M. V. (2017). Burnout and vigor among health service psychology doctoral students. *The Counseling Psychologist*, 45(8), 1141–1161. doi:10.1177/0011000017747548
- Toussaint, J. (2013). A management, leadership, and board road map to transforming care for patients. *Frontiers of health services management*, 29(3), 3-15. doi:10.1097 / 01974520-201301000-00002
- Vetere A. (2017) An Attachment Narrative Approach to Systemically Informed Supervision Practice. In: Vetere A., Sheehan J. (eds) *Supervision of Family Therapy and Systemic Practice. Focused Issues in Family Therapy* (pp. 219-226). Springer, Cham.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- Wainstein, M. (1999). *Comunicación: un paradigma de la mente*. Buenos Aires. Universitaria de Buenos Aires, Facultad de psicología.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder Editorial.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *FamilyProcess*, 13 (2), 141-168. doi: 10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Westwood, S., Morison, L., Allt, J., & Holmes, N. (2017). Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. *Journal of Mental Health*, 26, 172–179. doi: 10.1080/09638237.2016.1276540
- Williams, A. M., Reed-Knight, B., Self, M. M., Robiner, W. N., & Ward, W. L. (2019). Psychologists' practices, stressors, burnout, and wellness in academic health centers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 1-12.

11. doi: 10.1007/s10880-019-09678-4

Wittezaele, J. J., & García, T., (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona:Herder.

Wolf, A. W., Goldfried, M. R., & Muran, J. C. (2017). Therapist negative reactions: How to transform toxic experiences. En L. G. Castonguay & C. E. Hill (eds.) *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp 175–192). Washington, DC: American Psychological Association.

World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. Retrieved May 30, 2019 from www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

Anexos

ANEXO 1. Entrevista semiestructurada a coordinadora de la institución.

Primer Eje: Estructura física, organizacional y funcionamiento del Centro

1. -¿Cuántos profesionales conforman la institución? ¿A qué disciplinas pertenecen? ¿Firman contrato laboral, en qué consiste? ¿Reciben algún tipo de bono o premio?
2. -¿Qué características físicas tiene la institución, con que instalaciones cuenta?
3. -¿Cómo es la estructura organizacional, directivos, áreas, sectores o departamentos?
4. -¿Cómo es el funcionamiento de la atención que brinda la institución?
5. -¿Atienden cualquier tipo de problemática? ¿Porque? ¿Realizan derivaciones?

Segundo Eje: Postura de la institución frente al burnout en los terapeutas

1. -¿Qué postura adopta de la Institución frente al burnout de los terapeutas? ¿Qué directivas o medidas preventivas proponen?
2. -¿Desde la conformación de la institución han tenido algún profesional diagnosticado con síndrome de burnout? ¿Porque cree o no cree que paso?

Tercer Eje: Beneficios de las estrategias, herramientas y actividades llevadas a cabo por el Centro.

1. -¿Cuáles son los beneficios y que finalidad tienen las entrevistas de admisión y el registro de la primera entrevista?
2. -¿En qué consisten las Historias Clínicas Informatizada? Beneficios.
3. -¿Cómo es el dispositivo de supervisión? ¿Cuántos supervisores tienen por área? ¿Cómo es la comunicación entre ellos? Beneficios.
4. -La cámara Gesell además de dispositivo de formación, ¿le parece que sirve como prevención del burnout?
5. -¿Cómo es la dinámica del trabajo en equipo? ¿Quienes participan y cómo?
6. -En qué consiste el Departamento de docencia interna, beneficios y finalidad.

7. -¿Con que frecuencia realizan talleres o capacitaciones?
8. ¿Los profesionales realizan en conjunto alguna actividad recreativa fuera de la institución?
9. -¿Cree que la comunicación entre los directivos y los profesionales es frecuente y fluida?