

Impacto del burnout del psicólogo en la relación terapéutica¹

Impact of psychologist burnout on the therapeutic relationship

Yesenia Arenas Lugo²

Martha Isabel Sierra Franco³

Daniela Zuluaga Hurtado⁴

Resumen

El burnout se ha convertido en un tema de interés en el campo de la salud, por la exigencia de condiciones óptimas que garanticen una atención idónea. En este contexto se encuentra inmerso el psicólogo, puesto que la mayor parte del tiempo está expuesto a emociones, sentimiento y pensamientos intensos por las constantes narraciones de pérdida por parte de sus consultantes. Por esta razón el presente artículo tuvo como objetivo analizar el impacto del síndrome de burnout del psicólogo en la relación terapéutica; y evidenciar los efectos en la labor psicológica.

Se llevó a cabo por medio de la recopilación de información histórica desde el año 1974 hasta 2019, teniendo estudios actualizados del tema entre 2009 y 2019. A lo largo de la compilación se obtuvieron diferentes hallazgos: por una parte, el síndrome de burnout se evidencia en la mayoría de profesiones a causa de la exposición prolongada de factores estresantes en el campo laboral, y por la ausencia de estrategias para enfrentarlos. Asimismo en

¹ El presente artículo de aproximación teórica pretende hacer referencia al impacto del síndrome de burnout del psicólogo, y como esto interfiere en la relación terapéutica y la labor psicológica.

² Psicóloga de la UAN. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes. Correo: yesse_2509@hotmail.com

³ Psicóloga de la USB. Estudiante aspirante a grado de la Especialización en Psicología Clínica con énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes. Correo: martigeme@hotmail.com

⁴ Asesora. Magister en Psicología Clínica de la Universidad del Norte. Candidata a Doctorado en Psicología de la F.U Konrad Lorenz. Correo: danielazuluagahurtado@gmail.com

la relación terapéutica se crea y sucede la psicoterapia, por consiguiente posibilita y determina el tratamiento. Dicho vínculo se logra entre terapeuta y paciente, logrando un trato incondicional, comprensivo y empático, unido a los resultados exitosos que este evidencia durante el tratamiento. En este sentido, y frente al objetivo planteado en el artículo se evidenció, que el burnout afecta directamente la relación terapéutica, debido a que es causante de sesgos en las intervenciones e interpretaciones por parte del profesional a sus consultantes, generando consecuencias negativas para el proceso psicoterapéutico.

Palabras clave: Burnout, relación terapéutica, terapeutas, psicología, alianza terapéutica, salud mental, psicólogo.

Abstract

Burnout has become a topic of interest in the field of health, due to the requirement of optimal conditions that guarantees an ideal care. In this context the psychologist is immersed, since most of the time he is exposed to intense emotions, feelings and thoughts by the constant narratives of loss and pain on the part of his consultants. For this reason, this article aimed to analyze the impact of the psychologist's burnout syndrome on the therapeutic relationship; and show the effects on psychological work.

It was carried out through the collection of historical information from 1974 to 2019, therefore having found studies on the subject between 2009 and 2019. Throughout the compilation different findings were obtained: on the one hand, the syndrome of Burnout is evidenced in most professions because of the prolonged exposure of stressors in the labor field,

and the absence of strategies to deal with them. Also, the therapeutic relationship is created and psychotherapy happens, so it enables and determines the treatment. This link is achieved between therapist and patient, achieving an unconditional, compressive and empathic treatment, together with the successful results that this evidence during the treatment. In this sense, the appearance of exhaustion in a psychologist represents the negative consequences for all those around him as his personal, family, work and social context. In this sense, and against the objective set forth in the article, it is evident that burnout directly affects the therapeutic relationship, because it causes biases in the interventions and interpretations by the professional to his consultants, generating negative consequences for the process psychotherapeutic

Keywords: Burnout, therapeutic relationship, therapists, psychology, therapeutic alliance, mental health, psychologist.

El síndrome de burnout (SBO), conocido también como síndrome de desgaste laboral o profesional, se produce como resultado a diferentes presiones por periodos prolongados de tiempo ante factores estresantes relacionados con el trabajo. (Forbes, 2011)

Edelwich y Brodsky (1980) describen el burnout como una ausencia progresiva de energía, sentido e idealismo. Asimismo, Maslach (1981) lo caracteriza como agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo. En la misma línea Kettani, Serhier, Othmani, Agoub y Battas (2017) plantean que el burnout es el resultado de un desajuste a nivel profesional a causa de la ausencia de estrategias o herramientas de afrontamiento adecuadas.

La prevalencia del SBO varía significativamente de un país a otro e incluso dentro de la misma región. En España oscila entre 17.3 y 30% y se encuentran cifras similares en Chile con un valor 31%. Del mismo modo, en Colombia la presencia de burnout puede interferir en el bienestar de los profesionales y la calidad del cuidado que brindan.

En el estudio realizado por Tejada y Gómez (2012) midió la prevalencia de burnout en profesionales de la salud mental en Colombia, y estableció si su presencia está relacionada con condiciones demográficas y otras variables laborales.

En este estudio llevado a cabo con una metodología descriptivo transversal, se encontró que 9.9 % de los participantes presentaban altos niveles de burnout., donde aspectos como la edad, el trabajo como empleado y la dedicación exclusiva al área clínica fueron factores primordiales relacionados a la presencia del síndrome en esta población. Debe destacarse el uso por primera vez en Colombia del instrumento del CESQT, el cual mostró propiedades psicométricas adecuadas, lo que indica que puede usarse para evaluar el síndrome de burnout.

En el estudio dirigido al personal sanitario, Pérez, Lechuga, Aun, Pacheco, Racedo y Ruiz (2007) mostró que el 41,6% padecía un alto nivel de cansancio emocional, específicamente los médicos y el personal de enfermería; el 23%, un alto nivel de despersonalización, en médicos, y un 27,9% tenía una baja realización personal.

Este agotamiento se ha observado en gran medida en el área de la salud, dado las exigencias necesarias para brindar una atención idónea al consultante (Baker, 2003; Barnett y Hillard, 2001; Maslach, 1982; Morse et al., 2012). De esta manera se ha considerado, en el caso específico de los psicólogos, que estos se encuentran expuestos a experiencias emocionalmente intensas, por la constante acumulación de narraciones de sufrimiento, trauma y pérdida por parte de sus pacientes. (Rabu, Moltu, Binder y McLeod, 2016)

En esta medida, esta profesión es considerada como un factor de riesgo psicosocial, debido a que el profesional crea una relación estrecha con cada uno de sus pacientes, donde se implican problemas emocionales de ambas partes que pueden repercutir en la vida personal del terapeuta (Guy y Liaboe, 1986; Farber y Heifetz, 1982; Will, 1979; Greben, 1975; Varma, 1997).

Por lo tanto, la práctica de la terapia psicológica tiene gran impacto en la vida privada del psicólogo (Szmulewicz, 2013). Sin embargo la mayoría de los abordajes profesionales se han centrado exclusivamente en las consecuencias que tiene la psicoterapia en la vida de los pacientes y en la construcción de realidades terapéuticas. No obstante, esta actividad también conforma la vida y la construcción del mundo del terapeuta, pues el hecho de realizar terapia impacta sobre la vida y el que hacer del mismo, al ser incluido de una manera tan íntima en el mundo de los pacientes.

Acontecimientos vitales como el embarazo, la muerte de seres queridos, el divorcio, los ascensos laborales, y demás situaciones que hacen parte de la vida de todas las personas, también suceden en la vida de los terapeutas, demostrando que este no es un observador de la vida, sino un participante más, siendo a veces victorioso y a veces víctima (Coderch, 1987; Guy, 1995). Así que, por más que este intente conservarse estable durante el proceso de psicoterapia, estas situaciones hacen que su vida y su labor profesional se vean gravemente afectadas y en ocasiones puedan ser altamente estresantes, complejas y agotadoras, hasta tal punto que interfieran en la relación terapéutica (Coderch, 1987; Guy, 1995) generando un impedimento en todas las áreas de su vida.

Es por esta razón, que el objetivo del presente artículo es Analizar el impacto del síndrome de Burnout del psicólogo en la relación terapéutica; y con esto evidenciar los efectos del burnout en la labor psicológica.

Metodología

Este artículo es producto de una revisión teórica, la cual se desarrolló a partir de la búsqueda histórica desde el año 1974 hasta 2019, ya que era necesario la contextualización de las variables establecidas en el artículo, y conocer la evolución de las mismas a lo largo de la historia, hasta llegar a la actualidad. Teniendo por tanto estudios recientes frente al tema, entre 2009 a 2019. Se utilizaron bases de datos como Scopus, Redalyc, Scielo. Estas cubren alrededor de 18.000 títulos de más de 5.000 editores internacionales, incluyendo la cobertura de 16.500 revistas revisadas por pares en diferentes áreas del conocimiento. También se tuvo en cuenta diferentes autores y modelos explicativos en la búsqueda respecto al concepto de Burnout y su relación con la alianza terapéutica. La revisión se ejecutó en inglés, francés y español. Las

palabras claves usadas fueron burnout, relación terapéutica, terapeutas, psicología, alianza terapéutica, salud mental, psicólogo, entre otras.

Marco Teórico

Historia

La palabra Burnout fue descrita por primera vez como el estar quemado en el año 1974 por Herbert Freunderberger, un médico psiquiatra de una clínica de New York de toxicómanos. Este notó diferentes cambios en el comportamiento, como ansiedad y pérdida de la energía de los voluntarios cuando eran expuestos a horarios con número de horas elevadas, poco salario, ambientes hostiles y exigentes.

Posteriormente en 1976 la psicóloga Cristina Maslach estudiaba en las respuestas emocionales en profesionales que presentaban algún servicio a la comunidad ante situaciones de estrés. Esta utilizó el mismo término refiriéndose a la pérdida de responsabilidad y desinterés en el trabajo.

Luego Pines y Kafry en 1978 describieron este término como un estado general que se caracterizaba por el agotamiento no solo físico sino emocional y actitudinal. Para el año de 1979 el término burnout fue descrito como un síndrome que integraba la falta de capacidad para afrontar cada situación laboral y personal que se presentaba (Spaniol y Caputo, 1979).

Edelwichy y Brodsky (1980) retomaron los conceptos de la psicóloga de Maslach, sin embargo plantearon que el SBO es una pérdida del idealismo, energía y motivos de realización diaria debido a las condiciones de trabajo, además propusieron cuatro fases de desarrollo del síndrome:

- a. Entusiasmo: Descrito como niveles altos de metas y aspiraciones, de sobrecarga energética, y de ausencia para percibir el peligro.
- b. Estancamiento: Inicia al momento de no cumplir con expectativas propuestas, generando frustración.
- c. Frustración: Esta fase se caracteriza por ser el núcleo principal del síndrome, pues inician problemas físicos, emocionales conductuales.
- d. Apatía: Por medio de esta, se construye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Cabe decir, que en el mismo año Freudenberg complementa el concepto a Edelwich y Brodsky mencionando que el Síndrome de Burnout se caracteriza por un estado de frustración o fatiga debido al modo de vida y a las situaciones que no producen los objetivos esperados (Freudenberg, 1980). Para el año de 1981 Pines y Kafry se unen al psicólogo Aaronson en donde asemejan el síndrome a un estado de agotamiento físico, emocional y mental debido a la exposición por un periodo largo de tiempo a situaciones que afectan al individuo emocionalmente (Pines, Aaronson y Kafry, 1981).

En el mismo año Maslach y Jackson exponen ante la convención de asociación americanos de psicólogos al síndrome como la respuesta dada al estrés crónico laboral que resulta en la afectación de la calidad de vida por aspectos como el agotamiento emocional, desarrollo de actitudes negativas hacia compañeros de trabajo y desvaloración del rol propio a nivel profesional (Maslach y Jackson, 1981). Además, expresan que el síndrome de burnout es un estado tridimensional dado por: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal reducida.

Luego en el año de 1983 Smith y Nelson contradijeron lo que Maslach y Jackson habían expresado ya que concluyeron que no era indicado definir al síndrome de Burnout por su alta complejidad en características. Desde ese entonces varios psicólogos y médicos describieron características similares del síndrome como lo fueron Gardem, Shirom y Connop hasta el año 1997. Carlin, Garcés y Ruiz en el 2010 establecieron la diferencia de los estados psicopatológicos que se presentan y las actitudes afectivas y cognoscitivas que afectan los procesos psicofisiológicos de los trabajadores.

Pese a su reconocimiento como un componente de riesgo laboral por parte de la organización mundial de la salud (OMS) y su enfoque diagnóstico guiado por médicos y profesionales de la salud mental, el Síndrome burnout no se incluye en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) ni en la nueva versión del manual de la asociación estadounidense de psicología (DSM V). (APA, 2013).

Burnout en psicólogos

Los profesionales de la salud específicamente los psicoterapeutas, se enfrentan continuamente a la información estresante que los pacientes traen a la consulta psicológica o psiquiátrica (Cazabat, 2002). En este mismo sentido Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio y Bejarano (2009), describen el SBO como un padecimiento patológico, ocasionado por el estrés crónico de aquellas profesiones que se caracterizan por ofrecer una atención intensa y duradera a personas con diferentes requerimientos (Muñoz, 2016).

De acuerdo a esto existen rasgos que delimitan al burnout y lo distinguen de otros tipos de estrés, uno de ellos es la afectación a los ideales del sujeto, la cual provoca un deterioro en las

aspiraciones, ideas y deseos, generando sentimientos de desilusión y frustración, deteriorando posteriormente el sentimiento de realización personal.

De esta manera, el SBO puede perturbar la identidad profesional, causando una crisis vocacional. En este sentido el sujeto inicia a cuestionar las razones por la cual eligió su profesión, y/o comienza a proyectar la idea de dedicarse a otra actividad (Alecsiuk, 2015).

Como lo mencionan Hernández, Olmedo e Ibáñez (2003), la mayoría de las investigaciones sobre burnout se han encaminado a los profesionales de los servicios humanos, por tanto los psicólogos tendrían un papel protagónico en dicha preocupación.

Con base a esto, la Psicología Clínica es considerada una de las áreas de la psicología que compromete al profesional a tener todas las competencias y aptitudes psicológicas suficientes para tratar una enfermedad mental, una inadaptación, o alguna dificultad que la persona considere importante de ser reestablecida (Oñate, Resett, Menghi, Iglesia, 2016).

El psicólogo clínico puede estar afectado por su trabajo de manera tanto positiva como negativa. Positivamente ya que la terapia actúa como un eficaz estímulo de crecimiento personal, con esto logra mejorar su calidad de vida y la de sus pacientes (Aponte y Winter, 1988). Y de manera negativa generando burnout, no solamente en el desempeño laboral (Bergé, 2008) sino también en la vida privada, dado que los comportamientos de desinterés y la frialdad permanente de los sentimientos impactan notoriamente sobre su familia y amigos (Gil y Peiró, 1997 citado en Marrau, 2009).

Así como la mayoría de profesiones, la psicología suele causar una elevada satisfacción personal en su desempeño (Rao y Mehrotra, 1998); sin embargo, así como todas, también puede

generar riesgo psicosocial, puesto que es una labor en la que el profesional mantiene un vínculo cercano con los pacientes.

Se considera que dicha relación conlleva la inmersión del psicólogo en problemáticas emocionales que afectan su propia vida personal. Asimismo, los conflictos entre los intereses de la organización, familia, escuela, empresa o institución, y los de las personas a quienes atienden suelen ser aspectos de debates personales que sobrecargan y desgastan al psicólogo (Benevides et al, 2002).

Comúnmente el psicólogo considera que su labor es la de conservar una postura de respuesta constante, de estar siempre en condición de atender y si es posible solucionar los requerimientos de sus pacientes. Por lo tanto en muchas ocasiones sienten que es una labor exigente y agotadora más que como algo conveniente (Rao y Mehrotra, 1998).

Los psicoterapeutas, suelen trabajar directamente con el estrés y los estresores de sus clientes (Varma, 1997) y están más expuestos a la privacidad, a la interacción y a la implicación con estos al acudir y participar en el proceso de personas que sufren una problemática considerable e importantes dificultades emocionales (Dare, 1997; Viveros, Ortega, 2009).

En esta misma línea la psicología clínica desde sus inicios ha requerido un contacto próximo con el consultante, de alrededor de cincuenta minutos por semana, más el tiempo dedicado antes y después de la sesión. La mayoría de las veces el cliente está en una situación de angustia, por tanto es deber del psicólogo generar estrategias constantemente para el control de las emociones. (Benavides, Porto y Basso, 2010).

El exceso de demanda cuantitativa y cualitativa, también representa un factor de riesgo. La demanda cuantitativa es consecuente de la gran cantidad de consultantes que el psicólogo

puede llegar a atender sin tiempo de intervalo adecuado. Asimismo debe realizar numerosos procedimientos como: informes, fichas, lecturas, y entre otros. Este exceso cuantitativo en muchos casos propicia el agotamiento emocional, el cual es otra dimensión del SBO (Porto y Basso, 2010).

En cuanto a la demanda cualitativa, el mismo profesional muchas veces (por cuestiones económicas) atiende a diversos tipos de clientes, entre ellos niños, jóvenes, adultos, ancianos que poseen diferentes problemáticas: depresión, ansiedad y trastornos de aprendizaje. Esta gran gama de posibilidades exige del psicólogo un gran esfuerzo.

Dicho exceso lleva al psicólogo a dudar de su capacidad de laborar generando sentimientos de poca eficacia profesional, siendo esta la tercera dimensión del síndrome. Otros profesionales poseen la mayor parte de su día libre, teniendo la frustración de no tener la cantidad de clientes que desea o requiere. Así como dificultades en: la amplitud de su área del conocimiento, tornando prácticamente imposible mantener actualizado, aislamiento físico, emocional y social, idealización del psicólogo por parte de los clientes y muchas veces de la sociedad, así como remuneración insuficiente. (Porto y Basso, 2010).

Burnout del psicólogo en la relación terapéutica

Según Lambert (1992) la relación terapéutica es el medio a través del cual se crea y sucede la psicoterapia y por lo tanto es el factor que posibilita y determina el tratamiento. Para Mahoney y Fernández (1998) la aptitud como persona que tiene el terapeuta es un aspecto fundamental para el éxito de la terapia, asimismo factores como la orientación teórica y técnica de acuerdo al campo de acción. Por su parte, Fiorini (2004) considera al terapeuta como guía y

persona de enseñanza por ser quien brinda, las técnicas, los modelos y las posibles soluciones necesarios para que la terapia sea una vivencia emocionalmente correctiva.

Por otra parte, Bordin (1994) planteó su teoría sobre la alianza terapéutica conformándola por tres aspectos interdependientes: acuerdo en las metas, acuerdo en las tareas y vínculo positivo. La solidez en la construcción de la relación terapéutica depende del nivel de acuerdo establecido entre paciente y terapeuta. Por lo tanto, la relación terapéutica determina en gran medida los posibles resultados de la terapia (Horvath y Bedi, 2002).

En esta medida, los terapeutas que se muestran congruentes, asertivos e incondicionales con sus pacientes se les facilita negociar los objetivos y recomendaciones de la terapia y finalmente construyen un vínculo terapéutico más positivo (Watson y Geller, 2005; Gómez, 2010). Ahora bien, una herramienta principal en el proceso de psicoterapia es la relación terapéutica, ya que le brinda al paciente seguridad suficiente para enfrentarse al proceso y convertirlo en una experiencia emocional adecuada (Coderch, 1987).

Rivadeneira, Dahab y Minici (2007) resaltan que en las técnicas cognitivo conductuales el psicólogo además de tener un bagaje teórico y técnico óptimo, debe contar con diferentes características y fortalezas en comunicación dirigidas especialmente a la creación y fortalecimiento de la relación terapéutica (Vélez, 2014).

Por lo tanto, en la práctica conductual se considera que el vínculo que se crea entre terapeuta y paciente se fortalece mediante los resultados exitosos que el paciente evidencia durante el tratamiento. Sin embargo dicha efectividad puede romperse si el terapeuta no tiene en cuenta la creación de dicho vínculo. Por tal motivo, el manejo correcto de este, incrementa la

confianza del paciente hacia el tratamiento y por consiguiente los resultados óptimos.

(Rivadeneira, Dahab, Minici. 2007)

Otras teorías plantean que la alianza terapéutica es un proceso de co-construcción entre terapeuta y usuario que se elabora a través del lenguaje. Para otros enfoques es una articulación en la que tanto consultante como terapeuta realizan contribuciones (Arango y Moreno, 2009), siendo de vital importancia la salud mental del terapeuta al momento de iniciar un proceso terapéutico con el otro. Al ser una construcción creada entre ambos, las expectativas, perspectivas, opiniones, e intereses que se van forjando sobre la terapia, permiten afianzar el vínculo. En este, cada uno cuenta con un papel y un conocimiento propio y definido de su rol (Corbella y Botella, 2003).

En este sentido, la aparición del Burnout en un psicólogo representa consecuencias negativas para todos los que le rodean como los destinatarios de la organización en la que labora, el entorno personal y él mismo (Durruty, 2005). No sólo es suficiente darse cuenta del riesgo que afronta el terapeuta para conservarse saludable física y mentalmente, sino también que hace para llevarlo a cabo. Para que un profesional pueda ayudar a otro, debe primero ayudarse él mismo (Guerra, Rodríguez, Morales, y Betta, 2008).

Así como se mencionó, los psicoterapeutas son individuos como cualquiera con logros e inconvenientes (López, 2010). Por lo tanto, es inevitable que dichas vivencias proporcionen en el terapeuta malestar. Dicha desazón puede verse reflejada en la relación terapéutica afectándola negativamente.

Las deserciones de los pacientes, el aplazamiento de las sesiones, los inconvenientes en el cumplimiento de los logros propuestos, y demás, son consecuencias que durante el proceso

terapéutico podrían estar relacionadas con la afectación del terapeuta. En este sentido el terapeuta no estaría cumpliendo satisfactoriamente con las obligaciones que profesionalmente debe cumplir (Londoño y Flórez, 2010)

Cuando el psicólogo se encuentra quemado y por lo tanto no cuenta con características como: la asertividad, la incondicionalidad, la comprensión, la empatía, la congruencia y la calidad humana, se imposibilita la construcción de la relación terapéutica y por consiguiente el desarrollo óptimo de la terapia se ve interferido. Se sugiere entonces que el psicoterapeuta desarrolle ciertas habilidades con el fin de evitar a todo costo la ruptura de la alianza entre él y su paciente. En este contexto el terapeuta debe ser congruente consigo mismo y con su paciente, con el objetivo de guiar a la persona que atiende a que lo sea, creando una coherencia entre lo que piensa, siente y expresa (Vélez, 2014).

El terapeuta debe aceptar incondicionalmente a su paciente, comprenderlo y admitirlo tal cual es, sin cuestionar ni juzgar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Es decir, valorarlo como persona y orientarlo en todo el proceso para que resuelva sus dificultades. Asimismo, el psicólogo debe contar con una adecuada calidad humana, con el fin de facilitar el establecimiento del vínculo terapéutico. Pues mediante el trato del terapeuta hacia sus pacientes y su comportamiento con estos, se posibilita o no la creación de la relación terapéutica. Dado que la mayoría de las veces el paciente logra reconocer el bienestar del terapeuta por medio de la actitud que le brinda, siendo esta la que invita al paciente a vincularse. (Vélez, 2014)

Cabe decir que gracias a la importancia que han ganado las investigaciones y sus autores en el mundo sobre relación terapéutica, permitió que la Asociación de Psicología Americana (APA) aborde en sus lineamientos de trabajo, la división 29, "relación terapéutica" (Psychotherapy's Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships). El fin principal

de la creación de dicha división es reconocer los componentes que garantizan la eficacia en la relación terapéutica y precisar procedimientos efectivos para la adaptación de la terapia a cada paciente en particular (Wittenberg y Norcross, 2001).

Para concluir en la figura 1, se evidencia los componentes de la relación terapéutica, donde se identifica diferentes elementos a tener en cuenta, como son los aspectos que interfieren en la creación de la alianza terapéutica, al igual que los componentes facilitadores que permiten la eficacia del establecimiento del vínculo terapéutico.

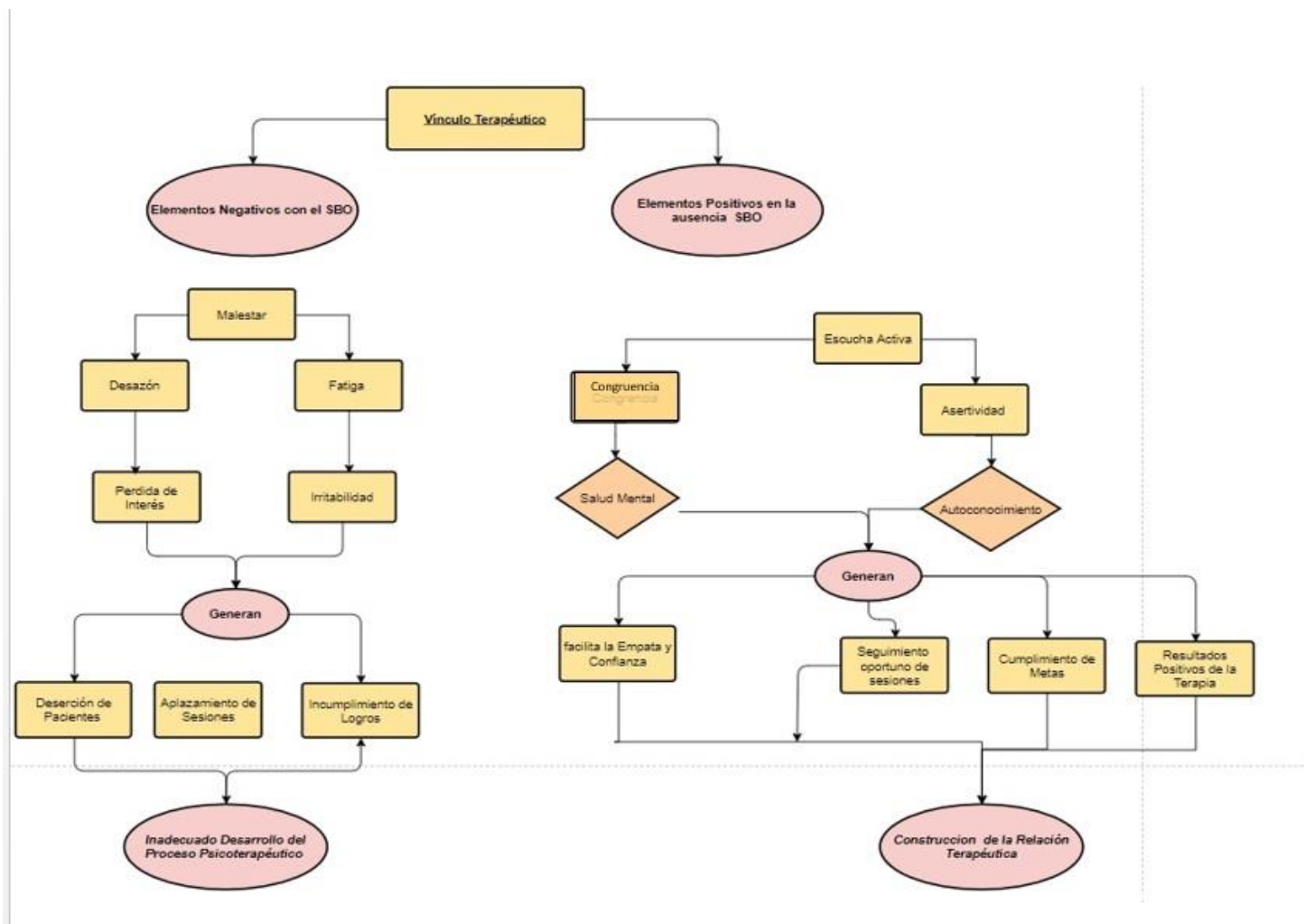


Figura 1: Componentes de la relación terapéutica

Conclusiones

El burnout se puede considerar como la aparición de un conjunto de sentimientos o conductas vinculadas al estrés laboral, que originan en cualquier persona malestar y como tal la incapacidad de obtener un desempeño adecuado, en sus diferentes contextos o esferas a las cuales hace parte como son a nivel individual, familiar, social y laboral.

A partir de la revisión teórica, se evidencia una alta prevalencia en diferentes partes del mundo, notándose que el área de la salud, se encuentra en gran medida inmersa en dicha problemática, donde se podría considerar que las personas que establecen una relación de cuidado con otra, pueden ser vulnerables a presentar burnout (Maslach, 2003).

Desde el área de psicología, se requiere el continuo contacto con otras personas que muchas veces se encuentran en situaciones de miedo, dolor, angustia o muerte, permitiendo que tengan una mayor exposición al burnout. Esto generaría para el psicoterapeuta, una disminución en sus deseos o metas y aspiraciones, creando así sentimientos de desilusión, frustración y poca realización personal, lo cual conllevaría probablemente a una crisis o una disfunción frente a la relación terapéutica y la calidad de la atención prestada.

Se debe de tener en cuenta la toma de decisiones por parte del psicoterapeuta frente a las intervenciones a realizar, notándose una inadecuada respuesta emocional y conductual a raíz del burnout, ocasionando malestar o incomodidad con su tarea, intervenido de igual manera a nivel de la comunicación u objetivos planteados con el paciente.

En ese sentido, frente a las revisiones teóricas y el objetivo planteado en el artículo se evidencia, que el burnout tiene afectación en la relación terapéutica, debido a que se puede generar un sesgo en las intervenciones o interacciones por parte del profesional y el consultante, a

viéndose afectado la ética profesional. Es así que el desgaste profesional es un síndrome que afecta a los profesionales de ayuda, debido a diferentes situaciones emocionalmente demandantes, produciéndose un estado de agotamiento emocional, físico y mental (Ortega y López 2004). Y esto genera afectaciones que interfieren diferentes esferas del personal en psicología, creando con frecuencia una considerable sintomatología de estrés.

Discusión

A lo largo de la revisión teórica se evidenció que el síndrome de burnout (SBO), no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva. Que sigue al abandono de intereses, que en un determinado momento fue importante, es así que se considera el burnout como una forma de cansancio cognitivo (Moreno y Peñacoba, 1999). Por lo tanto cabe decir que uno de los puntos imperantes se encuentra asociado con las expectativas laborales, centrado principalmente en la motivación, compromiso e interés por parte del profesional frente a las posibilidades de realizar adecuadamente sus funciones.

Por otra parte una de las limitaciones que se observaron, corresponde al hecho de contar con pocos sustentos científicos frente al burnout en Latino América, principalmente en Colombia. Resaltando que las escasas investigaciones, se encuentran direccionadas al personal sanitario, como enfermeras y médicos. Pero es importante destacar que el burnout aqueja a todo tipo de profesionales, los cuales se ven afectados por factores internos y externos, al igual que las condiciones de trabajo, por ende se considera pertinente tener un mayor enfoque al psicólogo debido a las constantes exposiciones de emociones y experiencias vividas por los consultantes y que estas son transmitidas a este profesional.

Por último un aspecto a tener en cuenta es la importancia de fomentar el cuidado de la salud mental del propio psicólogo. Dentro de la relación terapéutica se requiere generar en el consultante interés, compromiso y liderazgo, esa capacidad de entrega es percibida. Y ello conlleva a un proceso terapéutico satisfactorio. Si dicho proceso no se cumple y se encuentra fragmentado no se realizará una intervención o una relación clara y precisa.

Referencias

- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24(1), 43-56.
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.
- Aponte, H., y Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista sistemas familiares*, 4(2), 2-15.
- Aranda, C. (2011). El Síndrome de Burnout o de quemarse en el trabajo: un conflicto en la salud de los profesionales. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 45-54.
- Benevides-Pereira, A. M. T., Porto-Martins, P. C., y Basso Machado, P. G. (2010). Síndrome de Burnout en profesores universitarios. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. De <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1174>
- Benevides-Pereira, A. M. T., y Moreno-Jiménez, B. (2003). O Burnout e o Profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 68-75.
- Benevides-Pereira, T., María, A., Porto-Martins, P. C., y Basso Machado, P. G. (2010). Síndrome de burnout en psicólogos clínicos. In Ponencia presentada en el 11vo Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis, Febrero-Marzo, (15).
- Bergé, M. E. N. (2011). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?* Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo K., y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Revista Salud Uninorte*, 23(1), 43-51. Retrieved July 13, 2019
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bordin, ES (1994). Teoría e investigación sobre la alianza terapéutica de trabajo: Nuevas direcciones. *La alianza de trabajo: teoría, investigación y práctica*, 173, 13-37.
- Carlin, M., y de los Fayos Ruiz, E. J. G. (2010). The burnout syndrome: Historical evolution since the employment context to the sports field. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Cazabat, E. (2002). Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar. *Revista de Psicotrauma*.
De <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/6185>.
- Coderch, J. (1987). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica, Barcelona: Herder.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
- Durruty, P. (2005). *Ejes de autocuidado para el psicoterapeuta orientado a la prevención del síndrome de burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa*. Universidad de Chile, Santiago: Memoria
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.

- El, A. K., Serhier, Z., Othmani, M. B., Agoub, M., y Battas, O. (2017). Evaluation of burnout syndrome among doctors in training at the Ibn Rochd University Hospital, Casablanca. *The Pan African medical journal*, 27, 243-243.
- Etchevers, M., Putrino, N., Giusti, S., Helmich, N., Cantaro, M., Tabullo, Á., y Argibay, P. Relación entre paciente y terapeuta: investigación, práctica y docencia. Buenos Aires. Argentina.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias* (Edición ampliada). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freudenberger, H. J. (1980b). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.
- Freudenberger, H. J. (1989). Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care*, 3(1-2), 1-10.
- García, L. T., Jiménez, M. D. L. A., Riaño, S. L., Cuitiva, U., y Alexander, E. (2018). *Prevalencia del síndrome de burnout en el personal asistencial de salud del servicio urgencias de la Unidad Integrada de Servicios de Salud de Fontibón. Subred Suroccidente ESE y de la Unidad Integrada de Servicios de Salud Engativá Subred Norte ESE*. Bogotá.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 3(1), 1-21.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psykhé (Santiago)*, 17(2), 67-68.

- Hernández, G. L., Olmedo, E., y Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2).
- Horvath, A. O., y Bedi, R. P. (2002). *The Alliance, Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, New York. US. *Norcross JC*.
- Jenaro, C., Flores, N., y González, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 107-121.
- Kanner, AD, Kafry, D., y Pines, A. (1978). Destaca en su ausencia: la falta de condiciones positivas como fuente de estrés. *Diario de estrés humano*, 4 (4), 33-39.
- Lambert, EG, Hogan, NL, Jiang, S., Elechi, OO, Benjamin, B., Morris, A. y Dupuy, P. (2010). La relación entre la justicia distributiva y procesal y la satisfacción con la vida correccional, el agotamiento y la intención de cambio: un estudio exploratorio. *Revista de justicia penal*, 38 (1), 7-16.
- Lambert, M. J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. In J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- López, J. M. O., Bolaño, C. C., Mariño, M. J. S., y Pol, E. V. (2010). Exploring stress, burnout, and job dissatisfaction in secondary school teachers. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 107-123.

- Mahoney, M., y Fernández-Álvarez, H. (1998). La vida personal del psicoterapeuta. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 16, 9-22.
- Malakh-Pines, A., Aronson, E., y Kafry, D. (1981). Burnout: Del tedio al crecimiento personal. New York. Estados Unidos. *Prensa Libre*.
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades*, 10(19), 167-177.
- Maslach, C. (2003). El agotamiento laboral: nuevas direcciones en la investigación y la intervención. *Direcciones actuales en la ciencia psicológica*, 12 (5), 189-192.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California, USA: Palo Alto
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Medina, L. I. L. (2010). La otra cara de la terapia: la vida personal del psicoterapeuta. *Poiésis*, 10(19).
- Minici, A., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Revista de terapia cognitivo conductual, 1, 1-4.
- Moreno, B., Meda, R. M., Morante, M. E., Rodríguez, A., y Palomera, A. (2006). Validez factorial del inventario de burnout de psicólogos en una muestra de psicólogos mexicanos. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 445-455.
- Muñoz, E. (2016). *Influencia del autocuidado en la aparición del desgaste profesional en psicólogos clínicos y sanitarios*. Madrid. Universidad Pontificia ICAI ICAIDE Comillas.

- Oñate, M. E., Resett, R., Menghi, M. S., y Iglesia, M. F. (2016). Burnout y autoconcepto en psicólogos clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 215-229.
- Otero, B. G. I., Grajeda, G. G., Canto, V. B., Venegas, J. M., y Luque, C. M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y salud*, 23(2), 217-226.
- P. Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Palacios, X., y Pérez, A. M. (2017). *Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional*. Colombia. Universidad del Rosario.
- Peñacoba, C., y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para evaluar el estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y estrés*, 5(1), 61-78.
- Pereira, A. M. T. B., Moreno, Bernardo., Hernández, E. G., y Gutiérrez, J. L. G. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el " inventario de Burnout de psicólogos". *Clínica y salud*, 13(3), 257-283.
- Pérez, M. B., Lechuga, E. N., Aun, E. A., Pacheco, H. B., Rolón, K. R., y Sará, J. R. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23(1), 43-51.
- Pines, A. y Kafry, D. (1978). *Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto: Canadá.

- Pines, A., Aaronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press
- Quiceno, J. M., y Alpi, S. V. (2007). Burnout: " Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125.
- Råbu, M., Moltu, C., Binder, P. E., y McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737-749.
- Rao, K., y Mehrotra, S. (1998). Psicólogos clínicos en la India: Un tiempo para la reflexión y la acción. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25 (2), 124-35.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., y Minici, A. (2007). La relación terapéutica en Terapia Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 12, 1-6.
- Rúa, N. M. (2014). Relación terapéutica desde los distintos enfoques psicológicos. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-5.
- Ruiz, C. O., y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas¹. *International journal of clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), 204-220.
- Sheen, K., Spiby, H., y Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *International journal of nursing studies*, 52(2), 578-587.

- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., y Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(1), 35-46.
- Smith, NM, y Nelson, VC (1983). Burnout: una encuesta de bibliotecarios de referencia académica (nota de investigación). *Universidades y bibliotecas de investigación*, 44 (3), 245-250.
- Spaniol, L., y Caputo, J. (1979). Professional burn-out: A personal survival kit. Massachusetts. US. Human Services Associates.
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.
- Tejada, P., & Gomez, V. (2012). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(3), 874-874.
- Vega, N. V., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C., Ojeda, C., y Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de cirugía*, 24(3), 153-164.