

El síndrome de *burnout* en supervisados en Terapia Dialéctica Conductual: Una revisión de literatura

Jairo L. Arce-Morales
Irmay Rodríguez-Rivera
Universidad Carlos Albizu, Puerto Rico

RESUMEN

Esta revisión de literatura examinó los estudios realizados sobre el rol de la supervisión de Terapia Dialéctica Conductual (TDC) en el síndrome de burnout de estos terapeutas con la finalidad de guiar futuras investigaciones sobre métodos de supervisión clínica. Este artículo evalúa los factores protectores del modelo de supervisión individual y grupal de la TDC como herramienta para el manejo del síndrome de burnout en diferentes tipos de proveedores de salud mental. La modalidad individual entrena a las terapeutas en el manejo de pacientes categorizados como retantes. Por otro lado, la modalidad grupal propicia un ambiente equilibrado entre lo personal (p. ej. validación y percepción de logro) y lo profesional (p. ej. menor estigma y apatía). Finalmente, sugerimos próximas áreas a investigar ya que encontramos una disponibilidad muy limitada de investigaciones en el mundo hispanohablante realizadas sobre este tema; con lo que, instamos a investigadores/as hispanohablantes a iniciar su aportación investigadora.

PALABRAS CLAVE

Burnout, Terapia Dialéctica Conductual, métodos de supervisión.

ABSTRACT

This literature review examined the findings about the Dialectical Behavioral Therapy (DBT) supervisor's role on the supervisees' burnout with the goal of guiding future research about clinical supervision methods. This article evaluates protective factors of DBT individual and group supervision as a tool for managing the burnout of different types of mental health providers. The individual modality trains the therapists on how to manage clients categorized as challenging. On the other hand, group modality propitiates a balancing environment between the personal (e.g. validation and success perception) and the professional (e.g. less stigma and apathy). Finally, we suggest future areas to research as we found a very limited availability of Spanish research conducted about this topic; with this, we urge hispanophone researchers to provide their research contribution.

KEYWORDS

Burnout, Dialectical Behavioral Therapy, supervision methods.

Recibido: 09/01/2020; aceptado: 04/05/2020.

Correspondencia: Jairo L. Arce-Morales. Universidad Carlos Albizu. San Juan Campus, 151 Calle Tanca San Juan, PR 00901. Correo-e: jarce224@sju.albizu.edu

“Burnout ... is the total sum of hundreds and thousands of tiny betrayals of purpose.”
-Richard B. Gunderman. Burnout: A Mismatch made in hell

Dada la necesidad de mantener saludables a las personas que atienden pacientes con Trastorno de Personalidad Límite (TPL), este escrito explora las investigaciones existentes sobre cómo la supervisión basada en el modelo Dialéctico Conductual puede atender el *burnout* de terapeutas practicantes de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC).

La TDC -desarrollada por la Dra. Marsha Linehan inicialmente para proveer una intervención efectiva para mujeres que viven con el TPL con historial de conductas no suicidas (Linehan, 1993)- está enmarcada dentro de la “tercera ola”, o generación, de terapias Cognitivo Conductual. Con esta ola se expandió el repertorio de psicoterapia aplicada solo al cambio de la conducta (i.e. Terapia Conductual) y aquella enfocada en los pensamientos mal adaptativos (i.e. Terapia Cognitivo Conductual), a tratamientos psicológicos enfocados en la relación del paciente con sus pensamientos y emociones. Esta tercera ola enfatiza en asuntos tales como *mindfulness*, emociones, aceptación, la relación consigo mismo, valores, metas y metacognición, lo cual se observa en la TDC (Hayes & Hofmann, 2017).

A través de los años el modelo de TDC se ha expandido a diversidad de trastornos. Tiene un abordaje biosocial donde el individuo vive con una vulnerabilidad emocional (i.e. alta sensibilidad, reactividad y lento retorno a línea base) y se desarrolla en un ambiente invalidante con

personas a su alrededor que desestiman como indeseable sus emociones, pensamientos y conductas (Heard & Swales, 2015; Linehan, 1993). La terapia se rige por tres principios: aceptación, cambio y dialéctica (Linehan, 1993; Swenson, 2016). La aceptación conlleva el entender, ser compasivos y comunicarlo de una forma clara. El cambio conlleva el delinear metas y tomar pasos distintos para alcanzarlas tomando en consideración motivadores y obstáculos en su trecho. Y, la dialéctica se inserta al balancear los polos opuestos de validar y aceptar el historial, pensamientos y emociones mientras simultáneamente movemos a la persona a hacer cambios.

Cada principio posee sus propias destrezas a entrelazar en terapia. Las destrezas se agrupan en cuatro módulos: 1) conciencia plena, 2) tolerancia a la angustia, 3) regulación emocional y 4) efectividad interpersonal. Estas destrezas se adquieren a través de la terapia individual y grupal, videos de destrezas y *coaching* telefónico (Linehan, 2015). La terapia individual toma como base: la TDC, técnicas del conductismo, y solución de problemas. Mientras la terapia grupal y los videos de destrezas funcionan como intervenciones educativas que apoyan el uso de destrezas efectivas a reforzar en momentos de alta tensión a través del contacto telefónico para *coaching* con su terapeuta (Heard & Swales, 2015; Linehan, 1993; Swenson, 2016). Por lo tanto, las funciones de TDC son: aumentar el uso de conductas efectivas, motivar a la persona a la adherencia del tratamiento para moverse al cambio, generalizar conductas efectivas, y facilitar el cambio del ambiente social con fines de alcanzar y mantener metas (Linehan, 2015).

Revisión de la literatura

La búsqueda fue hecha en la base de datos de la Universidad Carlos Albizu, EBSCO host y ResearchGate, enfocada en los artículos encontrados con las siguientes palabras claves: *Burnout*, *dialectical behavioral therapy*, *DBT*, *supervisión in DBT*, *supervisor role in burnout*, *mental health burnout*, síndrome de burnout, quemazón y terapia dialéctica conductual. Fueron escogidos aquellos artículos directamente relacionados con el concepto de burnout y métodos de supervisión enfocados en TDC. La literatura identificada se presentará en el siguiente orden temático: 1) Síndrome de Burnout; 2) Burnout y la TDC y; 3) Supervisión y Burnout.

Síndrome de burnout

Se ha encontrado que del 21-67% de las/os trabajadoras/es de salud mental experimentan altos niveles de *burnout* (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2012). El síndrome de burnout ocurre a razón de agotamiento físico y emocional y la reducción en la auto-percepción de logro en el trabajo dado a la exposición continua al estrés laboral (Campbell, 2005). Según descrito por Morse et al. (2012), el síndrome de burnout se compone de tres dimensiones: agotamiento emocional (e.g. fatiga, drenado/a), despersonalización (e.g. cinismo, actitudes negativas hacia su cliente) y reducción de logros personales (e.g. autoevaluación negativa del trabajo propio). En otras palabras, las personas pueden estar en riesgo de *burnout* por exigencias laborales, recursos limitados, sobrecargarse, conflicto interpersonal, percepción de injusticia y disparidad en la

visión de la empresa al compararla con la visión propia (Campbell, 2005; Leiter & Maslach, 2009; Maslach & Goldberg, 1998; Ofri, 2013; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Cabe resaltar, con miras de utilizar un término más específico, que debemos distinguir el *burnout* de la *fatiga por compasión*. La fatiga por compasión ocurre principalmente a causa de la/el terapeuta preocuparse profundamente por la persona (un proceso interno más parecido al experimentado por cuidadores) llevándole a estar vulnerable emocionalmente lo que le provoca agotamiento; mientras que el síndrome de burnout conlleva un efecto de variables internas y externas relacionadas a la exposición prolongada a eventos estresantes (por ejemplo, paciente no adherente, poco apoyo de supervisores) que inciden en el área física (como debilidad o enfermedades personales), emocional (como el cinismo) y ejecución (como el absentismo) de la persona (Campbell, 2005). Por tanto, el síndrome de burnout trastoca de forma holística a la persona que por consecuente influye en la calidad de intervención e interés en su trabajo.

Burnout y la TDC

Aunque en los estudios revisados no siempre se detalló el modelo de terapia utilizada por estas/os trabajadoras/es, entendemos que las/os terapeutas en TDC no son inmunes al *burnout* según el tipo de pacientes que espera impactar (Linehan, 1993; Morse et al., 2012). Debido a lo retante que pueden ser las conductas de la población atendida que vive con TPL, el agotamiento físico-emocional y la reducción en la auto-percepción de logro es experimenta-

do por los terapeutas de TDC (Waltz, Fruzzetti, & Linehan, 1998). La terapia se desarrolló para personas que presentan conductas autolíticas como mecanismo para manejar lo emocional y poseen un alto riesgo de morir por suicidio, descrito como "*inherently a very difficult nature of work*" que puede causar *burnout* en las/os terapeutas (itálico añadido por autores; Waltz et al., 1998).

Al momento de hacer la revisión no se identificaron investigaciones que evaluaran la TDC como variable causal al nivel de burnout en terapeutas. Debido a la alta demanda de esfuerzo emocional que conlleva trabajar con pacientes de TPL, esta terapia requiere espacios para *debriefing*, apoyo grupal y velar por el autocuidado (Chalker et al., 2015; Linehan, 1993; Waltz et al., 1998) para manejar los retos que viven sus terapeutas. El *debriefing* supone el reflejo de la relación y del proceso 'terapeuta-paciente' en la de 'terapeuta-supervisor/a'; por lo cual aquí, se alienta a describir los eventos, emociones y pensamientos que están afectando la relación para que la/el terapeuta identifique esos mecanismos en sesión y facilite su cambio hacia conductas apropiadas (Waltz et al., 1998). El apoyo grupal y autocuidado son velados por la supervisión grupal o equipo de consulta que vela por el balance entre aceptación y cambio en la terapia y el terapeuta.

Los factores del burnout antes mencionados se combinan para reducir la calidad y la efectividad de la/el terapeuta en TDC, lo que afectará directamente a su cliente y perjudica su propia salud. Según refiere la literatura, la supervisión clínica en general (i.e. medicina, salud mental, entre otras) representa un ele-

mento de apoyo, de desarrollo de destrezas para prevenir el burnout por estrés, para asistir al personal con las demandas emocionales y permitirles procesar las experiencias de trabajo (Edwards et al., 2006; Field, 2016; Wallbank & Hatton, 2011; Waltz et al., 1998) sin embargo, aún no se conoce cuál es el rol y beneficio qué tiene en específico -si alguno- la supervisión de TDC y cómo podemos incrementar los factores protectores de esta para la reducción del *burnout*. Dada esta justificación, nuestra revisión vislumbra conocer cómo la supervisión enfocada en TDC incide en el síndrome de burnout de las/os terapeutas y guiar futuras investigaciones en torno al tema.

Supervisión y Burnout

La/el supervisora/or es custodia/o de la carga de trabajo de la/el terapeuta. En supervisión individual debe monitorear los factores de riesgo - carga excesiva de trabajo, presión del tiempo, conflicto y ambigüedad de roles, ausencia de recursos, retrocomunicación escasa, falta de autonomía, injusticia o inequidad en el trabajo, reconocimientos insuficientes y factores protectores (estructura y enfoque en destrezas)- que mitiguen la ansiedad de desempeño en la persona supervisada (Field, 2016; Morse et al., 2012). Adicionalmente, el grupo de consulta o supervisión atiende el apoyo percibido por parte de la/el supervisada/o, lo cual se relaciona a la reducción en el agotamiento emocional, el síndrome de burnout, la despersonalización, el incremento del logro personal y la autopercepción de autoeficacia terapéutica (Gibson, Grey, & Hastings, 2009).

Las supervisiones bajo una visión psicoterapéutica entremezclan los procesos, técnicas y principios que ocurren en terapia, por lo que la/el supervisada/o y supervisor/a continúan practicando el modelo de terapia con el fin de mejorar su implementación (Smith, 2009). El modelo de supervisión psicoterapéutico de la TDC busca incorporar al proceso de supervisión los principios aplicados en terapia con la/el participante y su terapeuta (Waltz et al., 1998). Al igual que en terapia, la supervisión parte de la premisa que la/el terapeuta trabaja con una población en la que la intervención se torna retante. Estas conductas retantes conllevan, pero no se limitan, a: 1) la evitación y abandono del proceso, que reduce la satisfacción de la/el terapeuta; 2) cruzar los límites terapéuticos, que incentiva actitudes negativas y miedo en la/el terapeuta; y 3) desregulación conductual, que debilita la alianza terapéutica (Chalker, et al., 2015). Estas conductas características de las personas que viven con TPL, y diagnósticos comórbidos, promueve que las/los terapeutas evalúen a la población como retante y la estigmaticen (Morse et al, 2012).

Según Waltz et al. (1998) dos modalidades de la supervisión en TDC son grupal e individual, estas fomentan la consulta continua. La supervisión grupal o equipo de consulta es una parte integral de la terapia que conlleva un mínimo de dos personas que se reúnen con frecuencia para discutir dificultades con sus casos con el fin de aprender de TDC y mejorar su implementación aplicando los principios de aceptación y cambio. La supervisión individual supone la reunión de 'terapeuta-supervisor' de forma individual con el fin de mantener

el balance de los principios de TDC con la/el paciente, el equipo en sí mismo y el manejo del burnout. La/el supervisora/or funge como consultora/r y maestra/o (Field, 2016), mientras la supervisión grupal brinda apoyo y ayuda en torno a encontrar la dialéctica en el proceso terapéutico (Waltz et al., 1998). El modelo de supervisión parte de la idea que la naturaleza del trabajo terapéutico es retante debido a su población, por lo cual trabaja en conjunto con la/el terapeuta de distintas formas para maximizar la calidad de la terapia (Chalker et al., 2015; Waltz et al., 1998).

El modelo terapéutico TDC es uno manualizado por lo cual la supervisión posee una estructura similar que guía a quienes comienzan a exponerse al escenario clínico y fortalece las destrezas de quienes ya se encuentran en la práctica. Quienes han sido supervisados bajo el modelo de TDC indican que posee una secuencia a seguir (i.e. *shadowing*, codirigir, dirigir grupos con supervisión y dirigir sin supervisión) según el nivel de desarrollo del terapeuta para así la/el supervisada/o obtener destrezas y adiestramiento consistente. Field (2016) identifica que *shadowing* – o aprendizaje por observación- conlleva asistir de forma pasiva en una sesión de terapia, codirigir es la participación como apoyo de otro terapeuta en la sesión, dirigir grupos con supervisión es participación en la que se recibe insumo durante y/o después, mientras que dirigir sin supervisión es la intervención independiente. La supervisión comienza con una mirada de maestro para las personas que no han tenido experiencia en TDC, luego provee libertad (i.e. autodidacta y empoderado) en su ejecución sin alejarse de las metas y

preceptos bajo una supervisión de consulta. Adicionalmente, la estructura disminuye la ansiedad por desempeño y la ambigüedad de metas a cumplirse; sin embargo, la supervisión también debe monitorear aquellas/os terapeutas que se adhieren estrictamente a la estructura reduciendo su flexibilidad y efectividad terapéutica (Field, 2016).

El modelo sugiere que la/el terapeuta enseña a su participante destrezas para lograr una vida que valga la pena vivir mientras que la/el supervisora/or ofrece oportunidades y guía a la/el supervisada/o a utilizar las mismas, como lo es la plena conciencia, autocuidado y regulación de emociones, que en otras intervenciones ha denotado disminuir el *burnout* en terapeutas (Shannon, Simmerlink-McCleary, Im, Becher, & Crook-Lyon, 2014). La percepción positiva del efecto del apoyo que percibe la/el terapeuta se refleja en modelos similares a TDC donde están propensos al síndrome de burnout porque requiere invertir gran cantidad de tiempo y esfuerzo en la terapia (Zahratka, 2010). Un ejemplo de esto es la investigación de Gibson et al. (2009) con el análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) para autismo donde terapeutas pueden dedicar sobre 4 horas por participante. En este modelo las/los terapeutas experimentaron mayor autoeficacia cuando percibían que sus supervisoras/es mostraban apoyo, lo cual redujo despersonalización, síndrome de burnout, cansancio emocional y aumentó el balance entre trabajo y metas personales.

Según el estudio de Haynos, Fruzzetti, Anderson, Briggs y Walenta (2016), el adiestramiento en TDC funge como factor protector

ante el síndrome de burnout mientras mengua el estigma hacia sus pacientes. El adiestramiento en destrezas del modelo TDC atiende la disminución en la salud emocional y física, satisfacción y ejecución laboral, pobre continuidad de cuidado, actitudes negativas hacia las personas, su prognosis y el ausentismo. Los principios del modelo y las destrezas atienden la fatiga mental, apatía y autocuidado que se percibió como reemplazable o secundario según estos hallazgos. Desafortunadamente, el adiestramiento en TDC no está disponible en todas las áreas donde se ofrecen servicios y las/los proveedoras/es aprenden a través de libros autodidactas o formas de baja intensidad de adiestramiento sin supervisión directa (Haynos et al., 2016; Landes et al., 2016). Consecuentemente, el riesgo de *burnout* puede ser más alto de las/os proveedoras/es no poseer el adiestramiento necesario y basado en evidencia para atender personas que viven con diagnósticos de TPL y similares.

La supervisión grupal o de consulta son reuniones compuestas de otras/os terapeutas y supervisora/or en la cual se hacen ejercicios de plena conciencia, atienden y dan insumo sobre los casos, observan sus límites y falibilidad al igual que ayudan a la/el terapeuta a encontrar balance dialéctico¹ con la/el participante (Waltz et al., 1998). Zahratka (2010) encontró que las/los terapeutas que asistieron regularmente a los grupos de consulta enfocados en TDC exhiben mayor cansancio emocional al compararlo con otros grupos de supervisión. No obstante, exhibieron menos despersonalización.

¹ *Balance dialéctico*: La síntesis más beneficiosa de elementos (por ejemplo, creencias o ideas) contrarios entre sí.

zación y *burnout* mientras aumentó la percepción de logro personal y crecimiento personal por la dinámica de validación, apoyo e insumo que promueve el grupo de consulta. Aun con la dificultad ocasional en torno a la dinámica de ofrecer y recibir insumo de las/los miembros del equipo las/los terapeutas informaron lograr regularse emocionalmente y adquirir destrezas para continuar la regulación (Walsh, Ryan, & Flynn, 2018) lo cual es clave para atender el síndrome de burnout.

La literatura sugiere que la TDC tiene factores específicos que pueden ser útiles en supervisión para manejar el síndrome de burnout. Según indican Waltz et al. (1998) y Field (2016), al comenzar la supervisión en TDC, la/el terapeuta debe ser orientado sobre la naturaleza de la terapia y conocer las expectativas y acuerdos entre terapeuta y supervisor para luego comenzar el adiestramiento formalmente. Junto con esto, se debe evaluar que la/el terapeuta esté dispuesta/o a trabajar en su regulación emocional y traer las técnicas de TDC a su vida. Ahora bien, en la relación de supervisión se deben aplicar estrategias de validación, esto es utilizado cuando la conducta del terapeuta fue razonable y sobrepone al "castigo" que emite la/el paciente cuando su terapeuta está siendo efectivo. Para poder validar apropiadamente, la/el supervisora/or debe entender la experiencia de la/el terapeuta con su paciente y así asegurarse qué deberá validar o cambiar. La supervisión debe ser activa donde se incluyen sugerencias para mejorar, ideas, alentar y apoyar a la/el terapeuta.

Por esto, otra área importante, que puede parecer contradictoria para el manejo del sín-

drome de burnout, es que la supervisión empuja y alienta al terapeuta a hacer una mejor TDC. Para poder manejar la incertidumbre y el estrés que conlleva esto, se adiestra para incrementar el conocimiento de nuevas técnicas, lo cual puede reducir el *burnout* (Morse et al., 2012). De igual forma, se le alienta a confrontar los miedos que interfieren con el tratamiento, a practicar la sesión durante la supervisión y hacer juego de roles. Por esto, aquí la/el supervisora/or tendrá una función similar a la de *coach* ya que da retrocomunicación, dirección y motiva a persistir a hacer cosas difíciles. Sin embargo, debe equilibrar entre aceptación y empujar al cambio para evitar ser muy crítico donde el terapeuta se sienta como incompetente; o acepte demasiado, terminando poco activo en proveer retrocomunicación que mejore la terapia (Waltz et al., 1998).

El síndrome de burnout se podría reducir con estas estrategias de supervisión ya que ambas partes aprenden a reconocer qué sucede en la relación de supervisión-supervisado, pueden hablar y trabajar los problemas donde ambas partes sientan frustración y pérdida de control. Igualmente, según señalan Waltz et al. (1998) la/el terapeuta que esté aprendiendo TDC debe "forcejear con la incertidumbre e integrar grandes cantidades de información para tomar una decisión clínica" (p.106) por lo cual la/el supervisora/or debe anticiparse a la frustración y alentar al supervisado a discutir directamente estos sentimientos debido a que no hay una única respuesta correcta para intervenir. Como el TDC pone el bienestar de la/el participante como alta prioridad, esto involucra alta inversión emocional por parte de

su terapeuta donde la/el supervisora/or -y el grupo consultor- puede ayudarle a sobrellevar tiempos difíciles en la intervención (Little, 2000; Waltz et al., 1998). Según la literatura, existen técnicas de segunda generación efectivas con beneficios de duración breve (por ejemplo, entre 6 y 12 meses) para el burnout; sin embargo, las técnicas de terapias de tercera generación han mostrado ser más efectivas al incrementar en la persona su percepción de cualidades y habilidades humanas positivas, del valor personal, del sentido de significado personal y satisfacción laboral. Algunas de estas estrategias son programas de meditación, talleres de aceptación y compromiso y prácticas de *mindfulness* (Morse et al., 2012).

Las investigaciones encontradas presentan varias limitaciones. La principal es la escasez y actualización en literatura en torno a la supervisión en el modelo de la TDC, particularmente en la literatura hispana disponible. Secundario a esto, se encontró escasez de investigaciones longitudinales y evaluación de intervenciones. La literatura se compuso de investigaciones cualitativas con recogido de datos a través de entrevistas, revisión literaria o cuantitativa transversal donde no fue evaluado el tamaño del efecto al ser investigaciones exploratorias. En torno a los participantes, los métodos del recogido muestral sugieren que las personas con mayor nivel de *burnout* eran quienes rechazaban participar de las investigaciones por los efectos que esto tiene en su desempeño y motivación. La muestra fue limitada ya que se compuso de proveedores de servicios y no se incluyó la perspectiva de las/los que recibían el servicio. Se sugiere evaluar la efectividad de la intervención vis a

vis el nivel del *burnout*, miedo y estigma ante la población. Además, se debe investigar sobre la aplicabilidad de este modelo en supervisiones a terapeutas de distintos trasfondos multiculturales, por esto países hispanohablantes serian espacios fértiles para investigar. Finalmente, no se pudo distinguir en la literatura disponible, si las diferencias en la supervisión se dan a raíz de la modalidad de TDC o por factores característicos de la/el supervisora/or.

Conclusión

Este escrito tenía el objetivo de explorar la literatura disponible sobre la supervisión con el modelo de TDC y su efecto sobre el síndrome de burnout del terapeuta. Para aumentar la probabilidad de reducir el *burnout* del terapeuta, las estrategias sugeridas a utilizarse, como mínimo, para la supervisión de TDC son (Morse et al., 2012; Waltz et al., 1998):

- Orientar al terapeuta sobre la naturaleza de la terapia.
- Comprender la experiencia del terapeuta para poder validarle efectivamente.
- Adiestrar en destrezas específicas que le serán útiles para llevar efectivamente la terapia y que reduzcan la incertidumbre.
- Hacer juego de roles simulando las sesiones.
- Discutir directamente sentimientos de frustración.
- Sin embargo, para lograr implementarlo efectivamente, la literatura (Campbell, 2005; Gibson et al., 2009; Morse et al., 2012; Waltz et al., 1998)(Electronic insta a los supervisores de TDC a:
- Tener el adiestramiento de TDC adecuado.

- Poseer o ganar experiencia como supervisados en TDC en su práctica clínica.
- Ajustar los requisitos de la supervisión a las necesidades y recursos disponibles en el ambiente clínico (e.g. tiempo, materiales, entre otros).
- Incluir a otros/as profesionales en la discusión de caso a razón de obtener un insumo cabal.
- Calendarizar las reuniones de supervisión grupal y fomentar su asistencia para nutrir al supervisado con la retroalimentación de sus pares.
- Alentar la práctica de las destrezas del modelo para promover la salud mental y física del/la supervisado/a.

Por último, no se pueden olvidar las destrezas y deberes básicos que debe utilizar un/a supervisor/ra; entre ellas se resalta la importancia de monitorear la carga de trabajo del terapeuta para reducir la posibilidad del síndrome de burnout.

Finalmente, debido a la cantidad limitada de investigaciones, este es un tema que debe ser expandido y trabajado desde la investigación cualitativa y cuantitativa para determinar dónde nos encontramos, dónde nos podemos dirigir, qué opinan los terapeutas y proceder a confirmar o desmentir la efectividad de estrategias específicas de la supervisión de TDC para el manejo del síndrome de burnout. Debido a estos vacíos de investigación, y al enlace idiomático y académico que representa la población hispanohablante, instamos a las distintas instituciones académicas a llenar este vacío y aportar a la investigación en español en TDC

guiándose por las áreas de oportunidad investigativa aquí resaltadas.

Referencias

- Campbell, J. (2005). *Essential of Clinical Supervision*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons.
- Chalker, S. A., Carmel, A., Atkins, D. C., Landes, S. J., Kerbrat, A. H., & Comtois, K. A. (2015). Examining challenging behaviors of clients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.003>
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., ... Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1007–1015. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x>
- Field, T. A. (2016). A different type of supervision: Training clinical mental health counseling interns in dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(3), 233–247. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.774/mehc.38.3.04>
- Gibson, J. A., Grey, I. M., & Hastings, R. P. (2009). Supervisor support as a predictor of burnout and therapeutic self-efficacy in therapists working in ABA schools. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1024–1030. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0709-4>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16, 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Haynos, A. F., Fruzzetti, A. E., Anderson, C., Briggs, D., & Walenta, J. (2016). Effects of dialectical behavior therapy skills training on outcomes for mental health staff in a child and adolescent residential setting. *Journal of Hospital Administration*, 5(2), 55–61. doi: 10.5430/jha.v5n2p55
- Heard, H. L., & Swales, M. A. (2015). *Changing behavior in DBT: Problem solving in action*. New York: Guilford Press.

- Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3, 9-17. doi: 10.1186/s40479-016-0043-3
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17, 331-339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual*. New York: Guilford Press.
- Little, L. B. (2000). *Training in dialectical behavior therapy as a means of reducing therapist burnout* (Master's thesis). Recuperado de ProQuest Dissertations and Theses database.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive psychology*, 7, 63-74. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(98\)80022-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(98)80022-X)
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- Ofri, D. (2013). *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine*. Boston: Beacon Press.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204 - 220. doi:10.1108/13620430910966406
- Shannon, P. J., Simmelink-McCleary, J., Im, H., Becher, E., & Crook-Lyon, R. E. (2014). Developing self-care practices in a trauma treatment course. *Journal of Social Work Education*, 50, 440-453. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.917932>
- Smith, A. L. (2009). Role play in counselor education and supervision: Innovative ideas, gaps, and future directions. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4, 124-138. <https://doi.org/10.1080/15401380902945194>
- Swenson, C. R. (2016). *DBT principles in action: Acceptance, change, and dialectics*. New York: Guilford Press.
- Wallbank, S., & Hatton, S. (2011). Reducing burnout and stress: the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Community Practice*, 84(7), 31-35. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21941708> <http://proquest.umi.com/pdf/6a2a384196136a6a731ff9e275987cce/1328096397//share3/pqimage/pqirs102v/201202010609/56454/6991/out.pdf>
- Walsh, C., Ryan, P., & Flynn, D. (2018). Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5, 3-14. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0080-1>
- Waltz, J., Fruzzetti, A., & Linehan, M. M. (1998). The Role of Supervision in Dialectical Behavior Therapy. *The Clinical Supervisor*, 17, 101-113. https://doi.org/10.1300/J001v17n01_09
- Zahratka, C. (2010). *Dialectical Behavior Therapy: The effect of the consultation team on potential therapist burnout*. (Doctoral dissertation) Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/500088083?pq-origsite=gscholar>