Síndrome de Burnout, Afrontamiento y Estilo Personal del Terapeuta en psicólogos clínicos del AMBA

Burnout Syndrome, Coping and Personal Style of the Therapist in clinical psychologists of the AMBA

Diego Argentino* **, Marcelo R. Ceberio** y Ángel Elgier**

*Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito XIII
**Universidad de Flores

Resumen

El objetivo de esta investigación ha sido analizar la relación entre el Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento y el Síndrome de Burnout entre los psicólogos clínicos de la muestra. Para ello, se encuestó a 235 psicólogos clínicos del AMBA y se le administró el MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), el EPT-C (Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta) y la (COPE) Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento en la versión castellana de Crespo y Cruzado (1997). En primer lugar, se pudo observar que el 8.1% de los encuestados padecían Burnout de acuerdo a los puntos de corte establecidos por Neira (2004). En segundo término, se han encontrado cuarenta y siete correlaciones significativas entre estas dimensiones, por lo que se puede concluir que las cuatro variables principales estudiadas se encuentran íntimamente relacionadas, influyendo mutuamente entre sí. Además, se encontraron veintidós correlaciones entre estas dimensiones y algunas variables sociolaborales. La información relevada por la presente investigación, resulta para la formación de grado y posgrado de esta población ya que contribuiría en la prevención de este Síndrome a través de la modificación en las pautas de interacción con sus pacientes.

Palabras clave: Estilo Personal del Terapeuta, Burnout, Afrontamiento, Psicólogos Clínicos, terapeutas

Abstract

The goal of this research was to analyze the relationship between Therapist Personal Style, Coping Styles and Strategies and Burnout Syndrome among the clinical psychologists. In order to achieve this goal, 235 clinical psychologists from the AMBA (Argentina) were surveyed and administered the MBI HHSS (Maslach Burnout Inventory Human Services), the EPT-C (Therapist Personal Style Questionnaire) and the (COPE) Multidimensional Scale for the Evaluation of General Coping Styles in the Spanish version of Crespo and Cruzado (1997). First, it could be observed that 8.1% of the respondents suffered from Burnout according to the cut-off points established by Neira (2004). Second, forty-seven significant correlations were found between these dimensions, so it can be concluded that the four main variables studied are closely related, mutually influencing each other. In addition, twenty-two correlations were found between these dimensions and some socio-labor variables. The information gathered by the present research is useful for the undergraduate and graduate training of this population since it would contribute to the prevention of this syndrome through the modification of the interaction patterns with their patients.

Keywords: Therapist Personal Style, Coping, Burnout, Clinical Psychologists, Counselors

Introducción

La tarea realizada por los psicólogos clínicos, conlleva algunas variables que influyen directamente en la salud de los profesionales e indirectamente en los pacientes que reciben este servicio. En la presente investigación se profundizará sobre tres fenómenos que influyen directamente en el trabajo psicoterapéutico: El Estilo Personal del Terapeuta (EPT), el Síndrome de Burnout, y los Estilos y Estrategias de Afrontamiento que utiliza frecuentemente. Respecto del primero de estos conceptos, Corbella y Fernández Álvarez, (2006) describen al EPT como las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser. También afirman que, por tratarse de un Estilo, aunque pueda sufrir pequeñas modificaciones, el EPT tiende a permanecer estable en el tiempo y dirige gran parte de las conductas del profesional respecto de su práctica clínica (García y Fernandez-Alvarez, 2007).

En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los psicoterapeutas, diversos estudios entre los que se encuentran Deutsch (1984); Cushway y Tyler (1994); Murtagh y Wollersheim (1997); Sherman y Thelen (1998); Stevanovic y Rupert (2004); Colao-Vitolo, (2006); Gerber y Hoelson, (2011); Sciberras y Pilkington (2018) han observado la tendencia

hacia el uso del apoyo social y la supervisión como forma de combatir el estrés del trabajo clínico por un lado, y por otro, correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el Síndrome de Burnout entre otra variables. Rodríguez Marín, (1995) y Gil-Monte y Peiró (1997) por ejemplo, coincidirán en entender al *burnout* como una respuesta al estrés laboral cuando las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto fracasan o son insuficientes.

Respecto del segundo constructo a investigar, Rao y Mehrotra (1998) plantean que el síndrome del *burnout* (SBO) puede afectar a los psicólogos, ya que es una población de riesgo por las características de su tarea asistencial. Cuando un psicoterapeuta sufre SBO, padece síntomas muy variados que interfieren negativamente en su trabajo, salud y vida personal. Los pioneros en la literatura del Afrontamiento son Lazarus y Folkman (1984, 1986), quienes afirman que esta variable regula las reacciones emocionales de quienes se encuentran ante situaciones de estrés. Un tiempo después, Crespo y Cruzado (1997) sostienen que los Estilos de Afrontamiento adaptativos se correlacionan con un nivel de estrés menor que si los Estilos de Afrontamiento utilizados corresponden con los Estilos de Afrontamiento desadaptativos.

A la luz de los estudios presentados, es interesante inferir algún punto de intersección entre el EPT y los Estilos de Afrontamiento que puede usar un psicólogo clínico. Carver y Scheier (1994), conceptualizaron distintos Estilos de Afrontamiento como predisposiciones personales utilizadas para enfrentar diversas situaciones estresantes y van a disponer el uso de ciertas Estrategias de Afrontamiento, así como la estabilidad temporal y situacional de las mismas. En el mismo trabajo, los autores, diferencian entre un Afrontamiento situacional, que puede variar según su entorno y el disposicional, a partir del cual las personas desarrollan estilos conductuales habituales para enfrentar situaciones estresantes.

Dado que esta disposición a utilizar algunos estilos y estrategias por parte del psicólogo, tiende a tener alguna estabilidad temporal y que el Estilo Personal del Terapeuta comparte estas características, resulta interesante averiguar si existe cierta correlación entre algunas de las dimensiones del EPT y las diferentes formas de afrontamiento. Asimismo, esta estabilidad del Afrontamiento disposicional, hace posible que un Estilo de Afrontamiento desadaptativo se asocia a altos niveles de estrés crónico laboral, también llamado Síndrome de Burnout. Carlin y de los Fayos (2010) diferencian al SBO en dos variantes: SBO estado y SBO proceso. De ese modo, podemos ver una dimensión estática de este concepto asociada a un estado final que es medido para conocer su estado, y una dimensión procesual del SBO, que se produce en diferentes etapas de desarrollo, acompañadas de determinados mecanismos de afrontamiento al estrés.

La presente investigación se ha propuesto determinar de qué manera se interrelacionan las diferentes dimensiones del SBO, Estilos y Estrategias de Afrontamiento y EPT.

Marco Teórico

Moreno-Jiménez et al., (2005), afirman que todos los autores señalan a Freudenberger como quien acuñó el término de Burnout de una manera formal, pudiéndose definir como "el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás" (Freudenberger, 1974). Según Schaufeli y Buunk (2003), Freudenberger utilizó esa denominación para referirse al estado en el que quedaban los profesionales que trabajaban con él en la New York Free Clinic. Observaba que en un principio, los trabajadores eran entusiastas e idealistas, se comprometían con el trabajo y los pacientes. Pero al cabo de uno a tres años esta energía y motivación disminuía, al mismo tiempo que aumentaba la distancia y frialdad para con los internos.

En un principio, tanto Freudenberger como Maslach investigaban el SBO exclusivamente en el personal asistencial. En sus primeras formulaciones, Maslach (1976) definía inicialmente el burnout como "un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo". Estos lineamientos dieron lugar al MBI-HSS, primer cuestionario sistemático para evaluar el síndrome, que se centraba inicialmente en el estudio de profesiones asistenciales, especialmente las sanitarias, (Maslach y Jackson, 1981). Desde ese momento el constructo presentó 3 dimensiones: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización Personal. Los ítems de la primera dimensión, evalúan la fatiga del profesional y su falta de deseo de realizar las tareas asistenciales, mientras que la segunda se refiere a un trato despersonalizado que el trabajador puede tener con sus pacientes, tomando alguna distancia como forma de tomar distancia del stress y las emociones displacenteras. En el caso de la Realización Personal, se mide la sensación que tiene el trabajador acerca de lo útil y significativo que le resulta su labor. Posteriormente Maslach y Leiter (1997) investigaron las variables organizacionales que contribuyen a desarrollar Burnout. Enumeraron seis áreas principales, las cuales son: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores.

Respecto del Estilo Personal del Terapeuta, puede ser definido como "el conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto", y que está constituido por las condiciones singulares

que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional (Fernández-Álvarez y García, 1996; Fernández-Álvarez et al., 2003); influye en la marcha de cada proceso terapéutico, e incide sobre los resultados de las acciones terapéuticas, aunque en diferente grado según el tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico (García y Fernandez-Alvarez, 2007). El estilo terapéutico es la manera personal que un terapeuta conduce e inocula el modelo de psicoterapia que se ve influenciado por dos variables: las personales, tales como historia, ciclo evolutivo, ideología y las contextuales, como lugar de atención, persona del paciente, problema o trastorno que trata, tipo de terapia grupal, familiar, de pareja.

El EPT es un constructo multidimensional, conformado por un conjunto de dimensiones (Instruccional, Atencional, Expresiva, Operacional e Involucrativa, Fernández-Álvarez, 1998). Cada dimensión se encuentra en un continuo bipolar. Estas funciones, en la práctica, se llevan a cabo de manera integrada, y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su ejercicio profesional. Por tratarse de un Estilo, el EPT tiende a permanecer estable en el tiempo, aunque pueda sufrir pequeñas modificaciones como resultado del entrenamiento recibido, de cambios en las condiciones de trabajo, cambios evolutivos o circunstancias vitales del terapeuta (García y Fernández-Alvarez, 2007).

El Afrontamiento es una variable vastamente estudiada en la literatura científica. A pesar de eso, no existe acuerdo en cuanto a los conceptos, las formas de evaluación y los resultados de las investigaciones (Monat y Lazarus, 1985; Roberts et al., 1987; Aldwin y Levenson, 1994; Snyder, 1999). Pese a que aún no se lo denominaba Afrontamiento, la Psicología ha estudiado desde hace mucho tiempo la forma en la que una persona intenta manejar los sucesos estresantes.

El enfoque psicoanalítico aportó el concepto de mecanismos de defensa, el cual tiene algunas similitudes y diferencias respecto del concepto de Afrontamiento. Quizá el solapamiento entre ellos se deba a que las Estrategias de Afrontamiento se apoyan en el concepto de mecanismos de defensa como antecedente, ya que el enfoque teórico que desarrolló los mecanismos de defensa ha sido el psicoanálisis desde sus inicios; en cambio las Estrategias y Estilos de Afrontamiento fueron desarrollados por el enfoque cognitivo conductual medio siglo más tarde.

Respecto de las diferencias entre el afrontamiento y los mecanismos de defensa, varios autores insisten en el hecho de que estos últimos distorsionan la percepción de la realidad como medio para reducir la ansiedad (Haan, 1997; Cramer, 1998). También se subraya el aspecto inconsciente de los mecanismos de defensa (Maldavsky et al., 2005; Cramer, 1998, 2000,

2008; Freud 1959), en contraste con el aspecto consciente, esforzado e intencional de las Estrategias de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Cramer, 1998, 2000, 2008). Por esa razón, la observación del afrontamiento se realiza habitualmente a través de autoinformes, lo cual se centra exclusivamente en la conducta consciente, mientras que los mecanismos de defensa suelen ser observados por el analista debido a su carácter inconsciente.

Por otro lado, varios autores afirman que existen algunas similitudes entre ambos conceptos. Cramer (1998) explica que estos conceptos: a) Se activan en momentos de adversidad y estrés; b) Reducen el incremento de emociones negativas; c) Apuntan a lograr la adaptación. Snyder (1999) señala que el término Afrontamiento se introdujo por primera vez como categoría separada en Psychological Abstracts en 1967. Lazarus y Folkman (1986), afirman que entre 1940 y 1960, el afrontamiento fue concebido exclusivamente como un concepto organizativo en la evaluación clínica. Recién en los años ochenta, se fue constituyendo en el centro de todo un grupo de psicoterapias y programas educativos que tenían como objetivo desarrollar recursos adaptativos de las personas.

Para Carver y Scheier (1994), existen dos aspectos del Afrontamiento. El situacional, en el que el Afrontamiento puede variar de un momento a otro según su entorno, y el disposicional, a partir del cual las personas, en base a situaciones estresantes que experimentan, desarrollan Estilos conductuales habituales para enfrentarlas y que pueden ser utilizados ante situaciones nuevas. Esta diferenciación entre los Estilos y las Estrategias de Afrontamiento podría aportar información importante que debería ser tomada en cuenta a la hora de realizar alguna intervención psicoterapéutica.

Crespo y Cruzado (1997) realizaron su versión castellana del COPE, la cual fue utilizada en la presente investigación. Si bien continúa utilizando 15 escalas, las mismas son reagrupadas en 6 Estrategias debido a cómo se comportaron estadísticamente en la validación realizada en España. El Estilo de Afrontamiento de Consumo de Alcohol y Drogas incluye la Estrategia de consumo de Alcohol o Drogas. Asimismo, el Estilo de Afrontamiento Cognitivo del Problema implica las Estrategias de Aceptación, Humor, Resignificación Positiva y Refrenar el Afrontamiento. Por otro lado, el Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema conlleva las Estrategias de Crecimiento Personal, Planificación y Afrontamiento Activo y Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento. En cuanto al Estilo de Afrontamiento de Escape Cognitivo, contiene las Estrategias de Negación, de Afrontamiento Religioso y de Evitación. A su vez el Estilo de Afrontamiento Emocional comprende las Estrategias de Búsqueda de Apoyo Emocional y la de Centrarse en Emociones y Desahogarse. Del mismo modo el Estilo

de Afrontamiento de Escape Conductual incluye las Estrategias de Actividades Distractoras y la de Concentrarse en Solucionar la Situación.

Método

El presente estudio es cuantitativo correlacional, no experimental, con diseño transversal. Se compararon los valores de los cuestionarios MBI HHSS con los de EPT-C y COPE para analizar la relación entre las diferentes variables de cada constructo, aunque no se pueda precisar causalidad alguna (Sampieri et al., 1991). Las variables que se buscaron controlar fueron las tres dimensiones del SBO, el nivel de SBO global, las cinco dimensiones del EPT y los diferentes Estilos y Estrategias de Afrontamiento. El método de control, fue estadístico inferencial.

Se utilizó una muestra de 235 psicólogos clínicos que atienden pacientes en AMBA. La recolección de datos se realizó a través del servidor de encuestas *surveymonkey*.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por un 82.6% (n = 194) personas de género femenino y el 17.4% (n = 41) personas de género masculino. Respecto del análisis de confiabilidad, la mayoría de las subescalas en su consistencia interna osciló entre valores moderados y buenos. No obstante, tres subescalas del inventario COPE presentaron coeficientes bajos o muy bajos, menores a 5 (subescalas RA, ADS, y E). Todos los puntajes brutos mostraron una distribución que se apartó significativamente de un modelo normal, $ps < .02$, con excepción de RP del MBI y Exp del EPT-C.

A)Variables sociolaborales y las variables relacionadas al síndrome de burnout

Para determinar la presencia del síndrome de *burnout* en esta muestra de trabajadores se utilizaron las puntuaciones propuestas por Neira (2004) como puntos de corte para este grupo de profesionales: puntajes mayores a 20 en CE, mayores a 5 DES, e inferiores a 34 en RP. De este modo, se consideró que un sujeto presentó *burnout* cuando cumpliese con estos tres criterios. En esta muestra, se observó que un 44.3% se situó por encima del punto de corte en CE (n = 104), un 27.7% lo hizo en DES (n = 65), mientras que un 23.8% se encontró por debajo del punto de corte en RP (n = 56). Al considerar la presencia o ausencia de burnout en función de las tres subescalas, se halló que un 8.1% (n = 19) de sujetos presentan signos del síndrome en las tres dimensiones (ver Tabla I).

Tabla I

Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales de sujetos por encima o del
del punto de corte para las subescalas del MBI y el criterio de presencia de burn

		N	*%*
CE	No	131	55.7
	Si	104	44.3
DES	No	170	72.3
	Si	65	27.7
RP	No	179	76.2
	Si	56	23.8
Burnout	No	216	91.9
	Si	19	8.1

Nota: MBI: Maslach Burnout Inventory, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, RP: Realización Personal.

En primer lugar, se exploraron las correlaciones entre la edad de los participantes y sus puntuaciones en las variables concernientes al nivel de *burnout*. Se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar valores superiores de CE y DES, y valores menores en RP. Esto se observó en la estadística a partir de las correlaciones analizadas entre Edad y CE, r_s = -.208, p< .01, Edad y DES, r_s = -.156, p< .02, y Edad y RP, r_s = .157, p< .02. En cambio, no se hallaron correlaciones significativas entre género ni orientación teórica con burnout.

B)Variables sociolaborales y Estilo personal del terapeuta

Al analizarse las correlaciones entre la edad del terapeuta y sus Estilos terapéuticos evaluados con el EPT, se halló que los sujetos más jóvenes tendieron a presentar un Estilo más involucrado con sus pacientes, r_s = -.142, p< .03, y tendieron a presentar un Estilo menos expresivo, r_s = .132, p< .05. Cabe señalar que ambas correlaciones resultaron leves. El resto de las correlaciones no arribaron a la significación estadística, ps> .09. En relación a la variable sexo, se halló que, las mujeres en comparación con los hombres, presentaron un Estilo menos expresivo, $t(233)$ = -2.424, p< .02, y menos operativo $t(233)$ = -2.664, p< .01 (ver Gráfico II).

Gráfico II

C)Variables sociolaborales y Afrontamiento

Cuando se analizaron las asociaciones entre la variable edad y las Estrategias de Afrontamiento, se halló que covarió negativamente con Cad,r_s= -.152, p< .001 y positivamente con Reli, r_s = .225, p< .001; con AEA, r_s = .209, p< .001. (ver Tabla III).

Tabla III

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las Estrateg de Afrontamiento del COPE y edad. *: p< .05.*

	Coeficiente de correlación	**Sig. (bilateral)**
BAS	-,107	,101
RELI	,225	,001
HUM	,044	,501
CAD	-,152	,020

PAA	,092	,158
AEA	,209	,001
CED	-,014	,834
ACEP	-,003	,969
NEG	,100	,128
RA	,183	,005
CESS	,047	,473
CP	,051	,437
REinP	,083	,206
ADS	-,050	,449
EVA	-,018	,789

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia), CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Por otro lado, al analizar las asociaciones entre la variable edad y los Estilos de Afrontamiento, se covarió negativamente con Cad,r_s = -.152, p< .001 y positivamente con AconP, r_s = .174, p< .008; con Ecog, r_s = .148, p< .02. (ver Tabla IV).

Tabla IV

Matriz de correlaciones Rho de Spearman en los Estilos de Afrontamiento del COPE y edad. p< .05.

	Coeficiente de correlación	Sig. (bilatera
Edad	1,000	.
AConP	,174	,008
ACogP	,103	,115
ECog	,148	,023
AEmo	-,092	,162
ECond	,015	,822
CADro	-,152	,020

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual.

Luego, al analizar las asociaciones entre la variable género y los Estilos de Afrontamiento, ser varón covarió positivamente con Cad. (ver Tabla V).

Tabla V

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre lo Estilos de Afrontamiento del COPE y sexo. *: p< .0*

	Sexo	N	Media
AConP	1 Femenino	194	29,7371
	2 Masculino	41	29,8049
ACogP	1 Femenino	194	38,7010
	2 Masculino	41	41,0732
ECog	1 Femenino	194	17,5825
	2 Masculino	41	17,5854
AEmo	1 Femenino	194	34,1598
	2 Masculino	41	32,5366
ECond	1 Femenino	194	19,0206
	2 Masculino	41	18,6585
CADro	1 Femenino	194	4,5876
	2 Masculino	41	5,1707

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual.

Por último, ser varón solo obtuvo correlación significativa con la Estrategia de Afrontamiento Cad. (ver Tabla VI).

Tabla VI

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre Estrategias de Afrontamiento del COPE y sexo. p< .05.

	Sexo	N	Media
BAS	1 Femenino	194	24,5876
	2 Masculino	41	22,8537
RELI	1 Femenino	194	6,6856
	2 Masculino	41	6,8780
HUM	1 Femenino	194	9,0206
	2 Masculino	41	10,0244
CAD	1 Femenino	194	4,5876
	2 Masculino	41	5,1707

PAA	1 Femenino	194	18,2680
	2 Masculino	41	18,3415
AEA	1 Femenino	194	4,4278
	2 Masculino	41	4,6829
CED	1 Femenino	194	9,5722
	2 Masculino	41	9,6829
ACEP	1 Femenino	194	10,5309
	2 Masculino	41	11,1951
NEG	1 Femenino	194	4,9536
	2 Masculino	41	5,0976
RA	1 Femenino	194	9,9227
	2 Masculino	41	10,5122
CESS	1 Femenino	194	11,3454
	2 Masculino	41	11,2439
CP	1 Femenino	194	7,0412
	2 Masculino	41	6,7805
REinP	1 Femenino	194	9,2268
	2 Masculino	41	9,3415
ADS	1 Femenino	194	7,6753
	2 Masculino	41	7,4146
EVA	1 Femenino	194	5,9433

2	Masculino	41	5,6098

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia),CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

D)Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de burnout y las Estrategias y Estilos de Afrontamiento

Con el fin de abordar el objetivo específico de esta tesis relativo a las asociaciones entre los valores de burnout y las Estrategias de Afrontamiento de los sujetos de la muestra, se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman entre las distintas subescalas de los instrumentos. La matriz de correlaciones se expone en la Tabla VII. Se halló que el CE presentó correlaciones leves pero significativas en sentido directo con CAD, rs = .230, p< .001, CES, rs = .180, p< .01, y N, rs = .203, p< .01. También el CE mostró correlaciones inversas significativas, específicamente con CP, rs= -.270,p< .001. En relación a la despersonalización que reportaron los sujetos, se halló que la subescala DES covarió positivamente con CAD, rs=.169, p < .01, y negativamente con CP, rs=-.192, p < .01. Finalmente, se observó que distintas variables relativas a las Estrategias de Afrontamiento correlacionaron de modo directo leve con la realización personal reportada por los encuestados. Específicamente, RP covarió de este modo con BAS,rs = .167, p< .02; RELI, rs= .144, p< .03; PAA, rs= .326, p< .001; A, rs= .241, p< .001; CESS, rs= .237, p< .001; CP, rs= 38.7, p< .001;y Rpos, rs= .289, p< .001. En cambio, RP presentó correlaciones inversas con AEA, rs = -.190, p< .01; y N, rs= -.143,p< .03.

Tabla VII

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y COPE. *: p< .

		BAS	RELI	H	CAD	PAA	AEA	CED	ACEI	NEG	RA	CESS	CP	Rpos
CE	rs	.001	.011	-.009	.230	-.122	.113	.180	-.092	.203	.098	.045	-.270	-.116
	p	.987	.866	.888	<.001	.061	.085	.006*	.159	.002*	.133	.492	<.001	.076
DES	rs	-.053	.033	.048	.169	-.089	.124	.079	-.003	.107	.019	-.009	-.192	-.054
	p	.422	.617	.466	.009*	.172	.059	.225	.969	.102	.775	.892	.003*	.410
RP	rs	.167	.144	.107	-.050	.326	-.190	-.020	.241	-.143	.032	.237	.387	.289
	p	.010*	.027*	.101	.445	<.001	.004*	.758	<.001	.028*	.629	<.001	<.001	<.001

Nota: ACEP: Aceptación, AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia),CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, CED: Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT: Estilo Personal del Terapeuta, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Al realizarse las correlaciones entre las dimensiones del MBI y los puntajes brutos del COPE relativos a los Estilos de Afrontamiento, se hallaron distintas correlaciones significativas, en

su mayoría leves. Por un lado, se observó que CE covarió negativamente con AConP, rs= -.212, p< .001, y positivamente con ECog, rs= .189, p< .01, y CADro, rs= .230, p< .001. Además, DES correlacionó negativamente con AConP, rs= -.152, p< .02, y positivamente con ECog, rs= .158, p< .02, y CADro, rs= .169, p< .01. Finalmente, los puntajes de RP presentaron covariaciones directas con AConP, rs= .420, p< .001, ACogP, rs= .219, p< .001, AEmo, rs= .129, p< .05, y una covariación inversa con ECond, rs= -.180, p< .01. (ver Tabla VIII).

Tabla VIII

Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y los Estilos Afrontamiento del COPE. *: p< .05.

		AConP	ACogP	ECog	AEmo	ECond	CADro
CE	rs	-.212	-.027	.189	.051	.050	.230
	P	.001*	.678	.004*	.438	.442	<.001*
DES	rs	-.152*	.031	.158	-.024	.043	.169
	P	.019	.640	.015*	.710	.511	.009*
RP	rs	.420	.219	.025	.129	-.180*	-.050
	P	<.001*	.001*	.702	.048*	.006*	.445

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), CE: Cansancio Emocional, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, DES: Despersonalización, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, MBI: Maslach Burnout Inventory, **CEDESRP**

e) Asociaciones entre las variables relacionadas al síndrome de burnout y el Estilo personal del terapeuta

Por último, en la Tabla IX se puede observar la matriz de correlaciones entre las subescalas del MBI y las subescalas del EPT-C. El CE mostró covariaciones leves positivas pero significativas con el Estilo At, r_s= .169, p < .001, y el Estilo Op,r_s = .153, p< .02. Por su parte, los niveles de DES correlacionaron, también de modo directo y leve, con los de At, r_s= .256, p< .001, y Op, r_s= .254, p< .001. Finalmente, RP presentó una correlación inversa y leve con At, r_s = -.189, p < .01, y de forma directa con el Estilo terapéutico Exp, r_s= .237, p< .001.

Tabla II

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del MBI y El C. *: p< .05.*

		At	Exp	Ins	Inv	Op
CE	r_s	.169	-.009	.002	.114	.153
	P	.009*	.885	.970	.080	.019*
DES	r_s	.256	.043	.006	-.028	.254
	P	<.001*	.514	.923	.667	<.001*
RP	r_s	-.189	.237	-.005	.041	-.118
	P	.004*	<.001*	.935	.532	.070

Nota: At: Dimensión Atencional, CE: Cansancio Emocional, DES: Despersonalización, E: Evitación, ECog: Escape Cognitivo, ECond: Escape Conductual, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, MBI: Maslach Burnout Inventory, Op: Dimensión Operativa, RP: Realización Personal.

F) Asociaciones entre las variables relacionadas a las Estrategias y Estilos de Afrontamiento y el Estilo personal del terapeuta

El Estilo terapéutico At presentó una covarió negativamente de forma leve con H, r_s= -.129, p< .05. Por su parte, el Estilo Exp presentó correlaciones positivas y leves con BAS, r_s= .207, p< .001; RELI, r_s= .214, p< .001; CAD, r_s= .135, p< .04; PAA, r_s= .293, p< .001; CED, r_s= .207, p< .001; ACEP, r_s = .199, p< .001; CESS, r_s = .137, p< .04; r_s= RA, .130, p < .05; y Rpos, r_s= .219,p< .001. No se observó ninguna covarición entre los Estilos Ins y Op con ninguna de las Estrategias de Afrontamiento, mientras el Estilo Inv mostró una covariación negativa, leve pero significativa con AEA, r_s= -.191, p< .01 (ver Tabla X).

Tabla III

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre las subescalas del COP EPT-C. *: p< .05.*

		At	Exp	Ins	Inv	Op
BAS	r_s	-.029	.207	-.055	-.005	-.061
	p	.655	.001*	.401	.940	.353
RELI	r_s	.006	.214	.002	-.044	.125
	p	.922	.001*	.973	.500	.055
H	r_s	-.129	.105	-.098	-.104	-.018
	p	.048*	.107	.135	.111	.779
CAD	r_s	.003	.135	-.127	.116	.062
	p	.959	.038*	.052	.075	.343
PAA	r_s	-.012	.293	-.041	.072	.078
	p	.854	<.001*	.530	.274	.233

AEA	r_s	.087	.002	-.098	-.191	.107
	p	.183	.981	.133	.003*	.100
CED	r_s	-.005	.207	-.004	.001	.014
	p	.944	.001*	.951	.984	.827
ACEP	r_s	-.068	.199	-.067	-.054	-.035
	p	.298	.002*	.308	.408	.594
N	r_s	.086	.003	-.011	-.041	.061
	p	.190	.962	.865	.533	.353
RA	r_s	-.106	.134	-.014	-.170	-.042
	p	.105	.041*	.827	.009	.526
CESS	r_s	-.092	.137	-.049	-.004	-.029
	p	.161	.036*	.457	.956	.662
CP	r_s	-.062	.101	-.014	-.117	-.035
	p	.342	.121	.830	.073	.593
Rpos	r_s	-.106	.219	.033	-.065	-.010
	p	.106	.001*	.615	.322	.874

Nota: ACEP: Aceptación, ADS: Actividades Distractoras, AEAA: Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de apoyo emocional, CAD: Consumo de Alcohol o Drogas (Estrategia),CED:

Centrarse en Emociones y Desahogarse, CESS: Concentrarse en Solucionar la Situación, COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, CP: Crecimiento Personal, DES: Despersonalización, E: Evitación, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Exp: Dimensión Expresiva, H: Humor, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, NEG: Negación, Op: Dimensión Operativa, PAA: Planificación y Afrontamiento Activo, RA: Refrenar el Afrontamiento, RELI: Afrontamiento Religioso RP: Realización Personal, RPos: Resignificación Positiva.

Cuando se analizaron las asociaciones entre el Estilo personal del terapeuta y las Estrategias de Afrontamiento, se halló que el Estilo Atencional covarió negativamente con ACogP,r_s = -.149, p< .03. Por su parte, el Estilo Expresivo correlacionó positivamente con AConP, r_s = .250, p< .001; con ACogP, r_s = .208, p< .001; con ECog, r_s = .174, p< .01, con AEmo, r_s = .231, p< .001; y con CADro, r_s = .135, p< .04. El Estilo Instruccional correlacionó negativamente con ACogP, r_s = -.158, p< .02. No se detectaron asociaciones significativas entre los Estilos Instruccional y Operativo con ninguno de los Estilos de Afrontamiento (ver Tabla XI).

Tabla XI

*Matriz de correlaciones Rho de Spearman entre los puntajes totales de Estilos Afrontamiento del COPE y EPT. *: p< .05.*

		Atencional	**Expresiva**	**Instruccional**	**Involucración**	**Operativa**
AConP	r_s	-.050	.250	.000	.092	.026
ACogP	r_s	-.149	.208	-.053	-.158	-.023
ECog	r_s	.018	.174	-.003	-.074	.102

AEmo	r_s	-.040	.231	-.043	-.012	-.063
Econd	r_s	.087	-.076	.017	.022	.031
CADro	r_s	.003	.135	-.127	.116	.062
BAS	*rs*	-.029	.207	-.055	-.005	-.061
RELI	*rs*	.006	.214	.002	-.044	.125
H	*rs*	-.129	.105	-.098	-.104	-.018
CAD	*rs*	.003	.135	-.127	.116	.062
PAA	*rs*	-.012	.293	-.041	.072	.078
AEA	*rs*	.087	.002	-.098	-.191	.107
CED	*rs*	-.005	.207	-.004	.001	.014
ACEP	*rs*	-.068	.199	-.067	-.054	-.035
N	*rs*	.086	.003	-.011	-.041	.061
RA	*rs*	-.106	.134	-.014	-.170	-.042
CESS	*rs*	-.092	.137	-.049	-.004	-.029
CP	*rs*	-.062	.101	-.014	-.117	-.035
Rpos	*rs*	-.106	.219	.033	-.065	-.010

Nota: AcogP: Afrontamiento Cognitivo del Problema, AConP: Afrontamiento Conductual del Problema, AEmo: Afrontamiento Emocional, At: Dimensión Atencional, BAS: Búsqueda de

apoyo emocional, CADro: Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo), COPE: Cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento del Estrés, DES: Despersonalización, ECond: Escape Conductual, EPT-C: Cuestionario sobre el Estilo personal del terapeuta, Ins: Dimensión Instruccional, Inv: Dimensión Involucración, MBI: Maslach Burnout Inventory, Op: Dimensión Operativa, RP: Realización Personal.

Discusión y conclusiones

Sin lugar a dudas, se ha alcanzado satisfactoriamente el objetivo general de la presente investigación, el cual ha sido analizar la relación entre las dimensiones del Estilo Personal del Terapeuta, los Estilos y Estrategias de Afrontamiento con las dimensiones del Síndrome de Burnout.

En relación con los diferentes objetivos específicos, se puede afirmar que se los ha ido cumpliendo satisfactoriamente, ya que se ha medido el nivel del SBO de este grupo de psicólogos clínicos, observando que el 8.1% de los encuestados padecían esta problemática. Por otro lado, se ha observado que existen variadas correlaciones entre las dimensiones de estas variables estudiadas y se han comparado los resultados entre psicólogos y psicólogas de la muestra, observando que no existen diferencias significativas respecto de los casos de burnout, aunque las mujeres conformen una enorme mayoría, alcanzando el 82.6% de la muestra.

Se han podido confirmar las tres hipótesis de la investigación, ya que, tal como se sospechaba, se encontraron correlaciones entre diversas dimensiones del Síndrome de Burnout, del EPT y las diferentes Estrategias y Estilos de Afrontamiento del Estrés. De hecho, se han encontrado cuarenta y siete correlaciones significativas entre estas dimensiones, por lo que se puede concluir que las cuatro variables principales estudiadas se encuentran íntimamente relacionadas, influyendo mutuamente entre sí. Además, se encontraron veintidós correlaciones entre estas dimensiones y algunas variables sociolaborales.

En base a los resultados obtenidos, es factible considerar que algunas variables podrían considerarse factores protectores y algunos factores de riesgo del SBO. Entre los factores de riesgo, tres variables correlacionaron positivamente con CE y DES y Negativamente con RP, ellas son: Estilo Atencional (focalizado) y los Estilos de Afrontamiento denominados Escape Cognitivo y Consumo de Alcohol y Drogas (Estilo). Otra estrategia íntimamente relacionada con el Síndrome de Burnout es la negación, que presenta covariación positiva con Cansancio

Emocional y negativa con Realización Personal. Algo similar sucede con el Estilo Operativo, que mantiene covariaciones positivas tanto con Cansancio Emocional como con Despersonalización. Si bien no tiene relación con las tres dimensiones del concepto, se la encuentra altamente relacionada con la presencia del síndrome.

Con respecto a los factores protectores, se encontraron tres variables que correlacionaron negativamente con CE y DES y positivamente con RP: Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema y la Estrategia Crecimiento Personal y edad. Se puede concluir que las acciones preventivas deberían dirigirse especialmente a los psicoterapeutas jóvenes y a quienes utilicen como Estrategia de Afrontamiento y el consumo de drogas y alcohol y el Estilo de Afrontamiento Escape Cognitivo; también los que usen como Estrategia de Afrontamiento el Crecimiento Personal y el Estilo de Afrontamiento Conductual del Problema, y quienes utilicen un Estilo focalizado.

En cambio, se puede inferir que el hecho de atender pacientes con consumo problemático de sustancias no constituye para los psicólogos estudiados, un factor que predisponga por sí mismo, al aumento de ninguna de las dimensiones del Síndrome de Burnout. De esta forma se cuestiona el mito tantas veces escuchado en que afirma que este tipo de tarea "nos quema y deteriora". Sin embargo, es posible que haya algunas otras variables organizacionales que puedan explicar mejor la razón de esta sensación de encontrarse agotado.

Otra conclusión posible consiste en que la confluencia simultánea de las variables Realización Personal, edad, Estilo Expresivo, Búsqueda de Apoyo Emocional, Afrontamiento Religioso, Planificación y Afrontamiento Activo, Realización Personal, Afrontamiento Emocional, Afrontamiento Cognitivo del Problema y Afrontamiento Conductual del Problema protege del SBO, ya que ninguna de ellas presenta covariación con CE y DES.

Respecto de las posibles aplicaciones de la investigación, la información aportada complementa estudios realizados con anterioridad y brinda orientaciones fundamentadas empíricamente para poder llevar adelante capacitaciones que tiendan a prevenir el síndrome de burnout entre los psicólogos clínicos. La difusión de la información recogida a los psicoterapeutas graduados y estudiantes de grado, puede resultar de utilidad en la toma de decisiones sobre su forma de trabajo y su calidad de vida.

Referencias

Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (1994). Aging and personality assessment. *Annual review of gerontology and geriatrics*, *14*(1), 182-209.

Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales de Psicología, 26(1), 169-180.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, *66*(1), 184.

Colao-Vitolo, N. (2006). *Coping and bereaved psychologists: Impact on the psychotherapy process*. California Institute of Integral Studies.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of Personality*, 66 (6), 919-946.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, *55*(6), 637.

Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.

Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.

Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35-42.

Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. P*rofessional Psychology: Research and Practice*, 15(6), , 833-845.

Fernández-Álvarez, H. (1996). Características personales del psicoterapeuta. Colección de trabajos distinguidos. *Serie Psiquiatría*, 1(4), 141-142.

Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J. & Corbella-Santomá, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125. doi: 10.1002/ cpp.358

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of social Issues*, 30, 159-165.

García, F. & Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(II), 121-128.

García, F. y Fernández-Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el Estilo Personal del Terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* , *16* (2), 121-128.

Gerber, O., & Hoelson, C. N. (2011). Curiosity and coping with uncertainty among psychologists-in-training. *New Voices in Psychology*, *7*(1), 3-18.

Gil-Monte, P. R., y Silla, J. M. P. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Síntesis.

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. P. (1991). *Metodología de la investigación.* Mc Graw-Hill Interamericana Editores.

Lazarus, R.S. (1986). *The psychology of stress and coping*. Hemisphere.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés, valoración y afrontamiento* . Editorial Springer.

Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. M., Buceta, C., ... & Widder, F. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. UCES.

Maslach, C. y Jackson, SE (1981). La medida del agotamiento experimentado. *Diario de comportamiento organizacional* , *2* (2), 99-113.

Maslach, C. (1976). Bumed-out. *Hum behavior*, 5, 16-22.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about Burnout: How organization cause, personal stress and what to do about it San Francisco: Jossey-Bass.

Monat, A., Lazarus, R. S. & Reevy, G. (2007). T*he Praeger handbook on stress and coping.* Praeger/Greenwood.

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa, E. & Morante, M.E. (2005). Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez, (Comp.): *Quemarse en el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout* (pp. 161-182). Egido Editorial, S.L.

Murtagh, M. P., & Wollersheim, J. P. (1997). Effects of clinical practice on psychologists: Treating depressed clients, perceived stress, and ways of coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*(4), 361.

Neira, M. D. C. (2004). *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en los profesionales de la salud*. Gambacop.

Rao, K., & Mehrotra, S. (1998). Clinical psychologists in India: a time for reflection and action. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 124-35.

Roberts, J. G., Browne, G., Streiner, D., Byrne, C., Brown, B., & Love, B. (1987). Analyses of coping responses and adjustment: stability of conclusions. *Nursing Research*, *36* (2), 94-97.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud.* Síntesis.

Sciberras, A., & Pilkington, L. (2018). The lived experience of psychologists working in mental health services: An exhausting and exasperating journey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(2), 151.

Sherman, M. D., & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional psychology: Research and practice*, *29*(1), 79.

Snyder, C. R. (1999). *Coping: The psychology of what works*. Oxford University Press.

Stevanovic, P. & Rupert, P. A. (2004) Career-Sustaining Behaviors, Satisfactions, and Stresses of Professional Psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 41(3), 301-309.