

# Trabajo Fin de Grado

Relación entre la autoeficacia y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas y el agotamiento percibido en los profesionales de salud mental que asisten a un entrenamiento intensivo de DBT

Relationship between self-efficacy and concerns about treating suicidal patients and perceived burnout in mental health professionals attending a DBT Intensive Training

Autor/es

Marta Alemán Bermúdez

Dra. María Vicenta Navarro Haro

Grado en Psicología

2021



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad Zaragoza**

## ÍNDICE

1. Introducción.....	4
1.1. Terapia dialéctica Conductual .....	4
1.2. El Síndrome de Burnout.....	6
1.3. Preocupaciones y autoeficacia sobre el tratamiento de pacientes suicidas.....	7
1.4. Justificación del estudio.....	8
2. Objetivo e hipótesis .....	9
3. Método.....	10
3.1. Participantes.....	10
3.2. Instrumentos.....	10
3.3. Procedimiento .....	12
3.4. Análisis de datos .....	13
4. Resultados.....	14
4.1. Características de la muestra.....	14
4.2. Asociaciones entre burnout, autoeficacia y preocupaciones sobre tratar pacientes suicidas.....	14
4.3. Correlaciones parciales controlando la experiencia profesional (en meses) y el número de pacientes tratados ( en un mes). .....	14
5. Discusión .....	15
6. Referencias .....	19
7. Anexos.....	24

### Resumen

La formación inadecuada en la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio son amenazas importantes para la capacidad de los profesionales de la salud mental para intervenir de manera efectiva. El objetivo de esta investigación es explorar la relación entre el burnout, la autoeficacia y las preocupaciones sobre el suicidio. La muestra de estudio estuvo compuesta por 127 profesionales de la salud mental ( $M = 36,03$ ;  $DT = 8,99$ ) de 12 nacionalidades de habla hispana diferentes. Las medidas incluyeron la escala Eficacia sobre la evaluación y manejo del riesgo de suicidio, la escala Preocupaciones sobre el tratamiento de clientes suicidas y el Inventario de agotamiento de Copenhague. Se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre el agotamiento y la escala de preocupaciones sobre el tratamiento de clientes suicidas. La autoeficacia en la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio también se relacionó de manera significativa, pero negativa, con el agotamiento. Comprender y conocer los mecanismos que pueden subyacer a la salud mental de los profesionales interesados en tratar clientes suicidas es importante para informar y desarrollar programas de formación.

*Palabras clave:* Terapia dialéctica conductual, profesionales de salud mental, agotamiento del profesional, autoeficacia, preocupaciones al tratar pacientes suicidas.

### Abstract

Inadequate training in the assessment and management of suicide risk are major threats to the ability of mental health professionals to intervene effectively. The objective of this research is explore the relationship between burnout, self-efficacy and concerns about suicide. The study sample was composed of 127 mental health professionals ( $M = 36.03$ ;  $SD = 8.99$ ) of 12 different Spanish speaking nationalities. The measures included the Efficacy in Assessing and Managing Suicide Risk scale, the Concerns about Treating Suicidal Clients scale, and the Copenhagen Burnout Inventory. We found statistically significant positive correlations between burnout and the concerns about treating suicidal clients scale. Self-efficacy in assessing and managing suicide risk was also significantly, but negatively related to burnout. Understanding and being aware of the mechanisms that may underlie mental health of the professionals interested in treating suicidal clients is important to inform and develop training programs.

*Keywords:* dialectical behavior therapy, mental health profesional, burnout, self-efficacy, concerns about treating suicidal clients.

## Introducción

### 1.1. Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT; Linehan, 1993, 2014) es una terapia psicológica de tercera generación que fue desarrollada por la Dra. Marsha Linehan durante los años 80. Se trata de una intervención integral que se ha reconocido como la intervención psicológica con mayor evidencia empírica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP; Kliem et al. 2010; Stoffers et al. 2012), un trastorno grave y complejo de gran prevalencia (sobre el 20%) en poblaciones clínicas (p.ej., Grant et al. 2008) y con un alto uso de los servicios de salud mental (Bender et al., 2001). Este trastorno además tiene una tasa de mortalidad por suicidio consumado del 9% (APA, 2013).

Esta terapia nace de un modelo biosocial combinando técnicas cognitivo-conductuales, de Mindfulness y de la filosofía dialéctica basadas todas en la aceptación de la realidad tal y como es (De la Vega y Sánchez, 2013). La teoría biosocial define los problemas del trastorno límite de la personalidad como el resultado de la transacción entre las personas con alta sensibilidad emocional y entorno invalidantes (familias, escuelas, lugares de trabajo, centros de tratamiento) que no son capaces de percibir y responder de manera eficaz a sus vulnerabilidades (Finch, Masland, Jenkins y Unruh, 2020; Linehan, 1993). Según esta teoría, la interacción entre la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante daría lugar a una desregulación emocional persistente, que sería la característica clave en el TLP. Linehan ha propuesto que el programa de tratamiento desde su teoría debe enfocarse con relación a tres principios básicos: el principio de interrelación y globalidad, el principio de polaridad y el principio de cambio continuo. Un aspecto novedoso es hacer necesario la validación de las experiencias de los pacientes y de intentar encontrar un significado a las conductas límites como base del tratamiento (Palacios, 2004).

Lo más importante del tratamiento del TLP es la psicoterapia (García, Martín y Otín Llop, 2010). Actualmente, la DBT ha demostrado tener efectos beneficiosos y significativos en términos de ira, en el comportamiento suicida y parasucidalidad, en la psicopatología asociada a la ansiedad y a la depresión, en definitiva, en el estado de la salud mental de la persona con TLP (Stoffers et al. 2012).

Este tratamiento está centrado en la adquisición de habilidades y comportamientos a través de las cuales mejoran la atención y desarrollaran una mejor tolerancia de la angustia, una regulación de sus emociones y gestión de sus relaciones.

A fin de cuentas, el mecanismo de cambio tiene lugar tras la adquisición y la generalización de las habilidades con el objetivo de ser más reguladas emocionalmente, conscientes y eficaces (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins y Unruh, 2017).

Desde su desarrollo inicial para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), la DBT ha sido adaptada a diferentes rangos de edad, categorías diagnósticas y dispositivos asistenciales, ya que ofrece una aproximación de tratamiento multicomponente, integradora y flexible (García y Navarro, 2016). En la última década, la DBT no solo ha mostrado beneficio para tratar el trastorno límite de la personalidad, sino también se ha aplicado a varias poblaciones caracterizadas por la desregulación emocional, ampliando su aplicación a un gran número de trastornos psicológicos y poblaciones, y considerándose así una intervención transdiagnóstica (Ritschel et al. 2013).

La DBT estándar consta de 4 formatos o modos de tratamiento: terapia individual, entrenamiento en habilidades, generalización de las habilidades y equipo terapéutico. La DBT es una intervención basada en principios y no en un manual de tratamiento. Las estrategias se derivan de intervenciones cognitivas y del comportamiento (p.ej., evaluación del comportamiento, manejo de contingencias, exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento de habilidades), de la filosofía dialéctica y de las intervenciones basadas en la aceptación (p.ej. validación y atención plena o mindfulness) (García y Navarro, 2016). Esta terapia es un claro ejemplo de evolución y adaptación, ha ido incluyendo modificaciones con el objetivo de adoptar el tratamiento a la complejidad de cada trastorno, incorporando así estrategias de validación y aceptación junto a intervenciones dirigidas al cambio (García y Navarro, 2016).

Durante las dos últimas décadas, la DBT ha sido objeto de importantes esfuerzos de diseminación en Estados Unidos y a nivel internacional. Ha sido considerado uno de los mayores esfuerzos de diseminación y con más exitosos realizados por quienes desarrollan tratamientos psicológicos basados en la evidencia (McHugh y Barlow, 2012).

En la terapia DBT, se tratan con poblaciones con diferentes comorbilidades y complejidades, es por ello por lo que a esta terapia se le exige un conocimiento más profundo de los principios del tratamiento y competencia en la aplicación de las estrategias informadas. Por tanto, el enfoque basado en principios prepara a los

profesionales para responder a situaciones novedosas que son inevitables cuando se trabaja con problemas tan complejos (DuBose et al., 2018).

El modelo de entrenamiento intensivo en DBT (DBT Intensive Training™ Model; DBT-ITM) es el método de entrenamiento estándar para obtener una capacitación o certificación en DBT (Landes y Linehan 2012). Este modelo de entrenamiento fue desarrollado por la Dra. Linehan, la autora de la DBT, como respuesta a la demanda de entrenamiento en DBT. El objetivo principal del DBT-ITM es proporcionar el entrenamiento necesario para que los equipos puedan tener éxito en implementar un programa de DBT completo, que incluye los cuatro modos de tratamiento mencionados anteriormente (Linehan et al. 1991). Existen pocas investigaciones que hayan evaluado de manera formal la eficacia de los métodos de entrenamiento de la DBT.

Las personas que reciben el entrenamiento intensivo de DBT son profesionales de la salud mental. Existen varios factores que influyen en la implementación de esta terapia y entre ellos, están las variables del terapeuta (p.ej. estado emocional, habilidades para manejar los problemas). El entrenamiento intensivo de terapia dialéctica conductual (DBT), tiene como objetivo ayudar a estos profesionales a implementar con éxito un programa de DBT en su entorno clínico, incluye también entrenamiento específico en la evaluación y manejo del riesgo de conductas suicidas que pueden ocurrir en pacientes con desregulación emocional.

## **1.2.El Síndrome de Burnout**

El concepto central del síndrome de burnout es la fatiga y el agotamiento emocional (Molinero, Basart y Moncada, 2013). Este síndrome se define como el proceso de respuesta a los estresores crónicos de índole emocional e interpersonal que se compone de tres dimensiones sintomáticas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la escasa realización personal (Oñate, Resett, Menghi, e Iglesia, 2016). Se trata de la atribución que hace la persona a una esfera concreta de la vida, lo importante es la forma en la que la persona percibe, interpreta y comprende la situación que está viviendo, estando ésta influenciada en gran parte por su rol social y la sociedad en la que vive (Molinero, Basart y Moncada, 2013).

Este síndrome posee una alta incidencia entre los profesionales que se dedican a la salud mental, a pesar de no ser reconocido por el CIE-10, ni por el DSM-IV y ni por el DSM-V como entidad, está demostrada la capacidad que posee de afectar la calidad

de vida de aquellos individuos que lo sufren, por lo que es muy importante entenderlo para poder tratarlo y prevenirlo (Saborío y Hidalgo, 2015)

La investigación ha demostrado que, aunque la toma de decisiones clínicas se trata de un proceso consciente, los profesionales de la salud mental pueden no ser completamente conscientes de sus emociones. Y ha señalado que es de vital importancia formar y capacitar a los profesionales para que puedan reconocer y comprender sus emociones para así aumentar la exactitud de sus decisiones y juicios, concretamente cuando se encuentran en situaciones de alta presión y condiciones emocionalmente inestables (Ying, Musser y Galynker, 2021).

Gil- Monte (2005) afirma que esto puede desencadenarse por una serie de aspectos personales, ciertas características del ámbito laboral o por situaciones externas al trabajo como pueden ser las relaciones sociales o familiares.

Los terapeutas que aplican la terapia dialéctica conductual no son inmunes a poder sufrir el síndrome de burnout. Al tratar a pacientes con el trastorno límite de la personalidad, el agotamiento físico, emocional y la disminución en la autopercepción de logro es experimentada también por los terapeutas de la DBT (Morales y Rivera, 2020).

Se trata de un atributo que ha sido menos estudiado pero muy importante en el terapeuta y necesario tenerlo en cuenta a la hora de aplicar la DBT ya que se piensa que el agotamiento del terapeuta es mayor para los profesionales que aplican DBT con pacientes de alto riesgo de suicidio y difíciles de tratar (Linehan et al., 2000). En estudios realizados se ha podido comprobar que el recibir formación en DBT y su aplicación, disminuye el agotamiento del terapeuta y la experiencia de estrés asociada a la aplicación de la DBT (Carmel, Fruzzetti y Rose, 2014; Perseus et al. 2007).

Recientes investigaciones han encontrado que recibir entrenamiento en DBT puede reducir el agotamiento del terapeuta. Sin embargo, los mecanismos por los que esto puede ocurrir no están claros.

En la actualidad, no se conoce como se puede aumentar los factores de protección ante este síndrome (Morales y Rivera, 2020).

### **1.3.Preocupaciones y autoeficacia sobre el tratamiento de pacientes suicidas**

La conducta suicida es una condición clínica definida como el desarrollo del pensamiento suicida, llegando hasta el acto suicida consumado (Ferré-Grau, Montescó-Curto, Mulet-Valles, LLeixá-Fortuño, Albacar-Riobó y Adell-Argentó, 2011).

Una amenaza importante en la capacidad de los profesionales de salud mental para intervenir eficazmente en los casos de suicidio es un entrenamiento inadecuado en

la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio (Bongar y Harmatz, 1991; Neimeyer, 2000). Actualmente, no existen datos publicados sobre el efecto del entrenamiento intensivo de DBT en las preocupaciones y autoeficacia de los profesionales para tratar pacientes suicidas.

El estudio realizado por Mingote, Crespo y Rodrigo (2013), afirma que los profesionales que se dedican a la salud mental tienen mayor probabilidad de sufrir algún intento de suicidio que el resto de la población. Los profesionales tienen mayor resistencia a pedir ayuda debido al estigma que han ido internalizando a lo largo de su formación y experiencia con miedo a que les perjudique en su carrera (Mingote, Crespo, Hernández y Rodrigo, 2013). Solo la mitad de los profesionales de la salud mental se muestran dispuestos a pedir y buscar ayuda profesional (Hassan, Ahmed y White AC, 2009).

La autoeficacia percibida y las preocupaciones sobre el tratamiento de los pacientes con conductas suicidas pueden ser factores de protección a la vez que de riesgo relacionados con el agotamiento en los profesionales de la salud mental interesados en el manejo del riesgo de suicidio (Harned et al., 2017)

El hecho de tratar con personas con ideas y conductas suicidas ha demostrado reducir el riesgo de esta conducta, aun así, no existen programas formales para el entrenamiento de trabajadores de la salud mental que se dediquen al enfrentamiento e intervención de esta problemática (Foley y Kelly, 2007).

#### **1.4. Justificación del estudio**

El hecho de investigar en la implementación de intervenciones basadas en la evidencia es de gran importancia para poder evaluar los programas de tratamiento y su continuación. En la DBT, es significativamente fundamental debido a la población diana, que son personas con desregulación emocional de grave y alto riesgo de comportamiento suicida y autolesiones que hacen un gran uso de los sistemas de salud mental. También es de gran relevancia examinar los factores que influyen en una implementación eficaz que pueden ayudar a mejorar la sostenibilidad de los programas de tratamiento y así poder llegar a los pacientes más graves y disminuir el comportamiento suicida. Por último, es fundamental investigar en los factores del terapeuta y su organización en la implementación, pudiendo así beneficiar al binomio “costo- eficacia”. Se ha encontrado que aquellos terapeutas que tratan con pacientes con ideas suicidas sufren altos grados de burnout.

Una inadecuada formación en la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio es una amenaza importante para la capacidad de los profesionales de la salud mental para intervenir de manera efectiva en esta población, lo que podría hacer que aumente el nivel de ansiedad y el agotamiento del profesional.

Por estos motivos, es importante evaluar aquellos factores del terapeuta que influyen a la hora de tratar pacientes con conducta suicida con el objetivo de poder mejorar y enfocar de una manera adecuada las formaciones específicas para los profesionales y poder mejorar su salud mental.

### **Objetivo e hipótesis**

El objetivo general del presente estudio es explorar la relación existente entre el burnout percibido y la autoeficacia sobre la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio y las preocupaciones sobre el suicidio en profesionales de la salud mental de habla hispana.

Los objetivos específicos son:

1. Explorar la relación entre burnout y preocupaciones de los profesionales sobre el suicidio.
2. Analizar la relación entre burnout y autoeficacia de los profesionales sobre la evaluación y el manejo del suicidio.
3. Evaluar las relaciones anteriores controlando la experiencia profesional y el número de pacientes tratados por los terapeutas.

El presente estudio plantea varias hipótesis:

1. Existirá una relación positiva y estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y preocupaciones del suicidio de los profesionales.
2. Habrá una relación negativa y estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y la autoeficacia de los profesionales.
3. Se hipotetiza que, controlando por número de pacientes tratados y experiencia laboral, existirá una relación positiva estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y las preocupaciones sobre el suicidio y una relación negativa estadísticamente significativa entre el síndrome de burnout y la autoeficacia en los profesionales de la salud mental.

## Método

### 3.1. Participantes

La población del estudio consistió en los profesionales de salud mental de España y/o Latinoamérica que se habían inscrito en un entrenamiento intensivo de DBT y que aceptaron participar en la investigación. Los criterios de inclusión para la participación en el estudio son: (1) Tener al menos 18 años; (2) Estar inscrito en un entrenamiento de DBT; (3) Comprender el idioma español, (4) Aceptar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión son: (1) Tener menos de 18 años; (2) No estar inscrito en un entrenamiento de DBT; (3) No comprender el idioma español.

Como se puede observar en la Tabla 1, la muestra total estuvo formada por 127 profesionales relacionados con la salud mental de entre 24 a 68 años ( $M=36,03$ ;  $DS=8,999$ ), de 12 nacionalidades diferentes, un 26,7% fueron varones y un 73,3% mujeres. De los 127 participantes, la mayoría estaban casados (38,8%). De toda la muestra, las profesiones con mayor porcentaje fueron psicólogos/as clínicos (59,1%) y psiquiatra (28,3%).

Tabla 1. *Características demográficas de la muestra.*

	N	%
Edad		100%
24 -68 años	127	
Sexo		
Varones	31	26,7%
Mujeres	85	73,3%
Estado Civil		
Casados	45	38,8%
Profesiones		
Psicólogo clínicos	75	59,1%
Psiquiatría	36	28,3%

*Valores perdidos N=11*

### 3.2. Instrumentos

**Autoeficacia en la evaluación y gestión del riesgo suicida (SETSP; (Harned, Lungu, Wilks y Linehan, 2017)).**

La evaluación de la autoeficacia en la evaluación y la gestión del riesgo suicidio se ha medido mediante el cuestionario Autoeficacia en la evaluación y gestión del riesgo suicida (SETSP). Este cuestionario está formado por 8 ítems que miden los factores y actitudes de los profesionales en la evaluación y gestión del riesgo suicida. Los encuestados tienen que responder informando sobre sus conductas ante la situación de riesgo suicida de un paciente (“Evaluó con precisión los factores de riesgo de suicidio a largo plazo”, “Evaluó con precisión los factores protectores del suicidio”). Las alternativas de respuesta siguen una escala tipo Likert formadas por siete opciones que puntúan de 1 a 7 respectivamente: “fuertemente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “un poco en desacuerdo”, “ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, “un poco de acuerdo”, “de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo” (Harned, et al, 2017). El cuestionario presenta en cuanto a sus propiedades psicométricas un alfa de Cronbach de 0,876 en nuestra muestra.

**Preocupaciones sobre el tratamiento de clientes suicidas (CATSP; (Harned, Lungu, Wilks y Linehan, 2017).**

Para medir las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas se optó por el Concerns about Treating Suicidal Clients (CATSP). Este cuestionario está formado por 22 ítems que miden a través de cuatro subescalas. En primer lugar, la subescala de las preocupaciones a cometer errores clínicos (6 ítems) evalúa las preocupaciones de los clínicos en la intervención con clientes suicidas, la subescala de las preocupaciones sobre la competencia (5 ítems) mide las preocupaciones relacionadas a tener una insuficiente formación. Por otro lado, la subescala de las preocupaciones sobre la responsabilidad (6 ítems) evalúa los miedos y temores de ciertos enfrentamientos como consecuencia con el intento de suicidio y, por último, la subescala de las preocupaciones sobre el impacto emocional (5 ítems) se encarga de evaluar las preocupaciones a experimentar angustia emocional. Las alternativas de respuesta siguen una escala tipo Likert formadas por siete opciones que puntúan de 1 a 7 respectivamente: “fuertemente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “un poco en desacuerdo”, “ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, “un poco de acuerdo”, “de acuerdo” y “fuertemente de acuerdo”. Los participantes tienen que responder informando de sus preocupaciones en la intervención con pacientes suicidas, el impacto que esto les dejaría y sus preocupaciones sobre su competencia y responsabilidad (“No hospitalizaré a un paciente suicida cuando sea necesario o sería eficaz”), (“Me devastaría emocionalmente si uno de mis pacientes cometiera suicidio”), (“Proporcionar consultoría a otros clínicos

sobre pacientes suicidas por temor a ser considerado responsable de los errores de los otros clínicos”) (Harned, et al, 2017). ). Con respecto a las propiedades psicométricas, el cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0,922 en nuestra muestra.

**CBI (Versión española del Copenhagen burnout inventory; Molinero, Basart y Moncada, 2013).**

La evaluación del síndrome de burnout se ha medido mediante la validación española del CBI. La validación española está formada por 19 ítems que miden tres dimensiones: la personal (PB), la relacionada con el trabajo (WB) y la dimensión relacionada con el trabajo con clientes (CB). Las tres escalas han sido diseñadas para poder ser utilizadas en diferentes escenarios. La dimensión personal se puede definir como la fatiga o el agotamiento emocional que la persona percibe. La segunda dimensión, implica la relación con el trabajo sin el establecimiento de relaciones causales y, por último, la dimensión relacionada con el trabajo de clientes se puede definir como la fatiga o el agotamiento emocional que una persona experimenta a la hora de trabajar con otras personas. La evaluación referida se realizó con los 19 ítems para cada subescala. Los encuestados tienen que responder informando sobre su agotamiento psicológico producido por su trabajo (“¿Te sientes frustrado por tu trabajo?”, “¿Con qué frecuencia estás psicológicamente agotado?”), y sobre cómo se sienten al trabajar con otras personas (“¿Estás cansado de trabajar con clientes o usuarios?”, “¿A veces te preguntas cuánto tiempo podrás continuar trabajando con clientes o usuarios?”). Las alternativas de respuesta siguen una escala tipo Likert formada por cinco opciones que puntúan de 1 a 5 respectivamente: “nunca”, “solo alguna vez”, “algunas veces”, “muchas veces” y “siempre” (Molinero, Basart y Moncada, 2013). En cuanto a las propiedades psicométricas del cuestionario, presenta un alfa de Cronbach de 0,934 en nuestra muestra.

### **3.3. Procedimiento**

El intensivo de DBT se ha impartido en dos fases de 5 días de entrenamiento (Partes 1 y 2) separados por aproximadamente 6-9 meses de auto-estudio e implementación de las estrategias de la DBT (Ver anexo 1).

Se desarrolló un protocolo para cada fase del estudio. El protocolo se basó en un estudio con profesionales estadounidenses publicado por la investigadora principal junto al equipo de Linehan (Navarro et al., 2019). No obstante, se realizaron una serie de modificaciones en el protocolo original: 1) Se eliminaron algunos cuestionarios para reducir el tiempo de completar la batería; 2) Se actualizaron los cuestionarios con las

últimas versiones validadas y las validaciones en castellano y, con el consentimiento de los autores, se añadieron dos cuestionarios sobre preocupaciones y autoeficacia para tratar pacientes suicidas (ver Harned et al., 2017).

Al ser una línea de investigación reciente, algunos de los cuestionarios sobre implementación no están validados al castellano. Por ello, varios de los cuestionarios mencionados anteriormente se tradujeron a través de un proceso de traducción inversa para asegurar la equivalencia conceptual. La traducción de la versión al castellano fue llevada a cabo por un traductor nativo independiente que dominaba el inglés. La versión española fue traducida de nuevo al inglés por un traductor independiente cuya lengua nativa era el inglés. No se requirieron cambios significativos para obtener las versiones finales.

El reclutamiento de los participantes (profesionales de salud mental) se realizó mediante el envío de un email a las listas de correo electrónico del alumnado que se ha inscrito en el entrenamiento intensivo de DBT. Para poder utilizar su email, a través de DBT Latinoamérica, los participantes dieron previamente su autorización para el manejo de sus datos teniendo en cuenta la política de datos (Ver anexo 2).

Los profesionales recibieron un email por parte de DBT Latinoamérica con un mensaje de invitación (ver Anexo 3) y un enlace mediante el cual accedieron a la hoja de información y consentimiento informado, y una vez aceptaron participar, accedieron a la encuesta de una serie de cuestionarios que fueron realizados de manera online a través de la plataforma Qualtrics, formando así parte del estudio.

Los procedimientos de este estudio cuentan con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón.

### **3.4. Análisis de datos**

El análisis de los datos recogidos se ha llevado a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 22. Con el objetivo de encontrar la relación entre las preocupaciones y autoeficacia del suicidio y el síndrome burnout, primero se analizaron las relaciones entre el agotamiento del profesional junto a sus subescalas y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas mediante correlaciones bivariadas entre síndrome de burnout y preocupaciones. En segundo lugar, con el objetivo de conocer la relación entre la autoeficacia percibida del profesional y el agotamiento, se optó también por una correlación lineal de Pearson entre la autoeficacia y burnout, desglosando también las subescalas de esta última. Por último, con el objetivo de ver la relación entre el agotamiento del profesional, preocupaciones sobre el

tratamiento de pacientes suicidas y autoeficacia controlando por las variables número de pacientes tratados (promedio en un mes) y experiencia laboral (en meses), se realizaron correlaciones parciales para poder ver esta relación.

## Resultados

### 4.1. Características de la muestra

Como se indica en la tabla 2, del total profesionales de salud mental que respondieron a los cuestionarios, aquellos que señalaron que habían aplicado alguna vez la terapia DBT fueron 50 participantes (39,4%), de estos 50 participantes, un 48,4% fueron varones y un 41,2% fueron mujeres. Se obtuvo una media de 43,18 en horas invertidas previas al intensivo en DBT (Tabla 3) y el tratamiento más usado por la muestra es la terapia cognitivo-conductual (48,8%) (Tabla 4). En cuanto al promedio de pacientes que los profesionales ven en un mes, se obtuvo una media de 72,80 (Tabla 5).

### 4.2. Asociaciones entre burnout, autoeficacia y preocupaciones sobre tratar pacientes suicidas.

El análisis de la correlación bivariada entre el agotamiento del profesional (Síndrome de Burnout) y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas muestra una relación significativa ( $r=.0199$ ;  $p<.05$ ) (Ver tabla 6). También se han llevado a cabo análisis de correlaciones bivariadas desglosando el síndrome de burnout en las subescalas personal, de trabajo y trabajo con clientes, obteniendo correlaciones significativamente positivas entre las preocupaciones y la subescala personal ( $r=.188$ ;  $p<.05$ ) y con la subescala del trabajo ( $r=.195$ ;  $p<.05$ ) (Ver tabla 7).

El análisis de la correlación bivariada entre la autoeficacia y el agotamiento del profesional indica una relación significativamente negativa ( $r=-.247$ ;  $p<.05$ ). El mismo análisis con el síndrome de burnout desglosado, indica que la relación entre la subescala relacionada con el trabajo y la autoeficacia es también significativamente negativa ( $r=-.257$ ;  $p<.05$ ) al igual que la subescala del trabajo con clientes muestra una relación significativamente negativa con la autoeficacia del profesional ( $r=-.232$ ;  $p<.05$ ) (Ver tabla 8).

### 4.3. Correlaciones parciales controlando la experiencia profesional (en meses) y el número de pacientes tratados.

El análisis de las correlaciones controlando por la variable *Número de pacientes tratados* entre el síndrome de Burnout y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas indica que la relación es positiva y estadísticamente

significativa ( $r=,201$ ;  $p<,05$ ). Con la misma variable controlada, se muestra una relación negativa y estadísticamente significativa entre el agotamiento del profesional y la autoeficacia percibida ( $r= -,245$ ;  $p<,05$ ).

En el caso de las correlaciones controlando por la variable *Experiencia laboral* (en meses) entre el agotamiento del profesional y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas muestran una relación positiva y estadísticamente significativa ( $r=,199$ ;  $p<,05$ ). Controlando por la misma variable, la relación entre el síndrome de burnout y autoeficacia percibida por el profesional indica una correlación negativa y estadísticamente significativa ( $r= -,232$ ;  $p<,05$ ).

### **Discusión**

El objetivo general del presente estudio era analizar la posible relación entre el burnout percibido por el profesional y la autoeficacia sobre la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio y las preocupaciones sobre el suicidio en profesionales de la salud mental de habla hispana. Los resultados obtenidos afirman las hipótesis planteadas inicialmente, afirmando una relación entre el agotamiento del profesional, la autoeficacia y la preocupación sobre el tratamiento de pacientes con conductas de riesgo de suicidio en los profesionales de salud mental.

En primer lugar, en el caso de las correlaciones bivariadas los resultados muestran que la relación entre preocupaciones y burnout es positiva y estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con la subescala personal y de trabajo del burnout. Este hecho podría explicarse debido a las demandas laborales excesivas, y en este caso, el hecho de tratar con pacientes suicidas genera una gran implicación emocional y personal en el profesional. Esto puede hacer que aparezcan expresiones de malestar que pueden llegar a pasar inadvertidas como las preocupaciones, estas expresiones de malestar hacen que la persona llegue a perder su idea de progreso, es decir, la capacidad de trabajo y de desarrollo profesional y personal, siendo esto capaz de aumentar el nivel de sufrimiento interno de la persona y desencadenar el desarrollo del síndrome de burnout (Moisés, 2018).

En segundo lugar, en el caso de la relación entre autoeficacia y burnout, la relación es negativa y estadísticamente significativa al igual que la subescala del trabajo con clientes muestra una relación significativamente negativa con la autoeficacia del profesional. Estos resultados obtenidos coinciden con el estudio de Jeanneau y Armelius (2000) que encontraron una relación negativa entre el autoconcepto y su capacidad de

trabajo con el síndrome de burnout. Todas las profesiones relacionadas con la salud mental en general están relacionadas con el estrés laboral y esto a su vez puede generar problemas a nivel individual, social e interpersonal. Estos profesionales tienen que enfrentarse a diario a tareas que les exigen una gran implicación emocional y organización de trabajo (situaciones de sufrimiento, de dolor, frustración). Por todo ello, para evitar el síndrome de burnout, los profesionales deben tener estrategias personales en su repertorio conductual para reducir o incluso llegar a eliminar las fuentes de estrés a nivel individual y a nivel de trabajo (Llor Lozano, Seva Llor, Díaz Agea, Llor Gutiérrez y Leal Costa, 2020). En este sentido, de acuerdo con García, Escorcía y Perez (2017) se puede afirmar que el profesional que tiene una valoración positiva de sí mismo, de sus capacidades y una alta autoeficacia, tendrá menos posibilidades de desarrollar el síndrome de burnout.

En tercer lugar, en el caso de las correlaciones parciales, al controlar las variables años de experiencia (en meses) y número de pacientes tratados (en un mes), también se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre burnout y preocupaciones y, correlaciones negativas estadísticamente significativas entre burnout y autoeficacia percibida del profesional. La experiencia clínica se midió como la cantidad de meses que un profesional ha pasado dedicándose a la salud mental y la variable del número de pacientes como la cantidad de clientes que un profesional ve en promedio a lo largo de un mes. Este resultado confirma que, al dejar controladas las variables de experiencia laboral y número de pacientes tratados, seguirá existiendo relación entre burnout, autoeficacia y preocupaciones. Es decir, estas dos variables (experiencia laboral y número de pacientes tratados) no afectan a la relación positiva existente entre preocupaciones y burnout y a la relación negativa entre autoeficacia y burnout.

Por lo tanto, se puede concluir de estos datos que, el agotamiento del profesional está relacionado con la autoeficacia y con las preocupaciones de los profesionales de la salud mental al tratar pacientes con conductas de riesgo de suicidio. Es importante destacar que estos hallazgos fueron independientes del sexo y la edad.

La autoeficacia percibida y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas pueden ser objetivos importantes cuando se intenta reducir el agotamiento de los profesionales interesados en el manejo del riesgo de suicidio.

El estudio cuenta con una serie de limitaciones que conviene tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Una de las principales limitaciones ha sido la escasa

literatura científica que aborda los aspectos de la autoeficacia y de las preocupaciones de los profesionales a la hora de tratar a pacientes con ideas suicidas, y también la literatura respectiva a los posibles resultados tras un entrenamiento en DBT. También se puede encontrar como limitación de este estudio el no poder analizar las mismas variables tras recibir un entrenamiento intensivo en DBT y poder comparar los resultados con un posttest. Y finalmente, como limitación también se podría hacer mención al tamaño muestral limitado que no permite el poder extrapolar los resultados obtenidos a otras poblaciones

A pesar de estas limitaciones, el estudio realiza aportaciones relevantes basadas en una aproximación a la relación existente entre la autoeficacia percibida y las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas y el agotamiento en los profesionales de salud mental. Aporta información que invita a seguir investigando y contribuir en futuras investigaciones a llegar más allá de la comprensión de la relación entre la autoeficacia, síndrome de burnout y preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas además de, poder investigar si los entrenamientos intensivos en DBT realmente mejoran la autoeficacia en el manejo del riesgo de suicidio, reducen las preocupaciones sobre su tratamiento o si reducen el agotamiento a través de otros mecanismos inexplorados. De esta forma, la literatura promovería el diseño de nuevos programas enfocados a la promoción de la evitación del síndrome de burnout, aumento de la autoeficacia y la reducción de las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas en los profesionales de salud mental.

A modo de conclusión, cabe resaltar la relevancia que tienen estos hallazgos para la prevención e intervención de los profesionales de la salud mental en tres variables imprescindibles para un profesional. En primer lugar, el síndrome de burnout se trata de un síndrome que no aparece de manera repentina, sino que se empieza a desarrollar con sentimientos y sensaciones de estar agotado emocionalmente (Moreno Jiménez, Meda Lara, Rodríguez Muñoz, Palomera Chavez y Morales Loo, 2006; Ortiz Vivero y Ortega Herrera, 2009). El hecho de que un profesional se siente quemado por su trabajo es un factor de riesgo para su salud mental y que puede llegar a impactar en otras áreas relevantes de la vida de la persona (Harter, 2012).

En segundo lugar, en cuanto a la autoeficacia percibida, se trata de un concepto muy importante e imprescindible en la vida de un profesional dedicado a la salud mental. El desarrollar una buena percepción de la autoeficacia y tener unas buenas estrategias personales en su repertorio conductual hará que el profesional se sienta más

competente y seguro y capaz de reducir o incluso llegar a eliminar las fuentes de estrés y así, evitar el síndrome de burnout. Además, dentro de esta variable podemos encontrar el autoconcepto, esto es aquellos rasgos y atributos que cada persona tiene a nivel de su propia conciencia y que emplea para describirse a uno mismo en distintos aspectos de su vida. Dicha variable se va desarrollando a partir de las experiencias personales y de las relaciones con otras personas (Harter,1999).

Por último, en cuanto a las preocupaciones sobre el tratamiento de pacientes suicidas está relacionado con la variable de la autoeficacia. El hecho de que los profesionales dedicados al tratamiento de pacientes suicidas no tengan un buen repertorio conductual y una buena y rápida capacidad de actuación puede ayudar al desarrollo del síndrome de burnout. El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos en continuo cambio que se desarrolla con el objetivo de controlar las demandas específicas internas y externas. Se trata de un concepto que afecta al rendimiento laboral y a los aspectos personales del profesional en estas situaciones (Folkman y Lazarus, 1985). Por tanto, el modo de afrontamiento al tratar a pacientes suicidas es algo fundamental para evitar el desarrollo del síndrome de burnout.

Para terminar, se ha de decir que comprender y conocer los mecanismos que pueden subyacer a la salud mental de los profesionales interesados en tratar clientes suicidas es importante para informar y desarrollar programas de formación.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental*
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., y McGlashan, T. H. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 295–302.
- Bongar, B., y Harmatz, M. (1991). Clinical psychology graduate education in the study of suicide: Availability, resources, and importance. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 21*(3), 231–244.
- Carmel, A., Fruzzetti, A. E., y Rose, M. L. (2014). Dialectical behavior therapy training to reduce clinical burnout in a public behavioral health system. *Community Mental Health Journal, 50*, 25–30.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports, 4*(1), 21-30.
- De la Vega, I., & Quintero, S. S. (2013). Terapia Dialéctico Conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica, 10*(1), 45-55.
- disorders (5th. Ed.)* Washington, DC: APA.
- DuBose, A. P., Botanov, Y., Navarro-Haro, M. V., y Linehan, M. M. (2018). Evidence-based Training: The Intensive Model of Training in Dialectical Behavior Therapy. En Swales, M. A. (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., LLeixá-Fortuño, M., Albacar-Riobó, N., & Adell-Argentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería, 20*(3), 155-159.

- Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., y Unruh, B. T. (2020). Lo que funciona en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *RET: revista de toxicomanías*, (84), 3-14.
- Foley, S. R., & Kelly, B. D. (2007). When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Advances in psychiatric treatment*, 13(2), 134-138.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes, it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278.
- García Padilla, A. A., Escorcía Bonivento, C. V., & Perez Suarez, B. S. (2017). Síndrome de Burnout y sentimiento de autoeficacia en profesores universitarios. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 65-126.
- García-Palacios, Azucena y Navarro Haro, Marivi. (2016). *Terapia Dialéctica Comportamental*, Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Síntesis
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. España: Editorial Síntesis
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533–545.

- Harned, MS, Lungu, A., Wilks, CR y Linehan, MM (2017). Evaluación de una herramienta multimedia para la evaluación y gestión del riesgo de suicidio: la red de seguridad contra el suicidio Linehan. *Revista de psicología clínica*, 73 (3), 308-318.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: The Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and Sociocultural Foundations*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hassan TM, Ahmed SO, White AC, Galbraih N: A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine* 9 (4): 327-332, 2009
- Jeanneau, M., & Armelius, K. (2000). Self-image and burnout in psychiatric staff. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(5), 399-406.
- Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- Kliem, S., Kröger, C., y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936–951.
- Landes, S. J., y Linehan, M. M. (2012). Dissemination of dialectical behavior therapy: An intensive training model. En D. H. Barlow & R. K. McHugh (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archive of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., y Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218–232.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT® skills training manual Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz Agea, J. L., Llor Gutiérrez, L., & Leal Costa, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(59), 68-92.
- McHugh, K., y Barlow, D. (2012). *Dissemination and Implementation of evidence-based psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
- Mingote Adán, J. C., Crespo Hervás, D., Hernández Álvarez, M., Navío, M., y Rodrigo García-Pando, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204.
- Moisés Rafael, N. E. (2018). *Nivel del síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, julio 2018* (Doctoral dissertation, Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña).
- Morales, J. L. A., y Rivera, I. R. (2020). El síndrome de burnout en supervisados en Terapia Dialéctica Conductual: Una revisión de literatura. *Análisis y modificación de conducta*, 46(173), 57-66.
- Navarro-Haro, M. V., Harned, M. S., Korslund, K. E., DuBose, A., Chen, T., Ivanoff, A., & Linehan, M. M. (2019). Predictors of Adoption and Reach Following Dialectical Behavior Therapy Intensive Training™. *Community mental health journal*, 55(1), 100-111.

- Neimeyer, R. A. (2000). Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(4), 551–560
- Oñate, M.E., Resett, S., Menghi, M.S, y Iglesia, M.F. (2016). Burnout y Autoconcepto en Psicólogos Clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27 (103), 215-229
- Palacios, A. G. (2004). La terapia dialéctico comportamental para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Informacio psicologica*, (84), 40-51.
- Perseius, K. I., Kaver, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., y Samuelsson, M. (2007). Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with Young self-harming women showing borderline personality symptoms. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(7), 635–643.
- Ritschel, L. A., Miller, A. L., y Taylor, V. (2013). Dialectical behavior therapy for emotion dysregulation. En J. Ehrenreich-May & B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment for youth psychopathology* (pp. 203–232). New York: Guilford Press.
- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD005652.
- Viveros, G. R. O., & Herrera, M. E. O. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214.
- Ying, G., Chennapragada, L., Musser, ED y Galynker, I. (2021). Detrás de las respuestas emocionales de los terapeutas a los pacientes suicidas: un estudio del modelo narrativo de crisis del suicidio y las emociones de los médicos. *Suicidio y conducta potencialmente mortal*.

## Anexos

Anexo 1.

### CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

#### ENTRENAMIENTO INTENSIVO DE DBT PARTE 1

**Proyecto de investigación:** Actitudes de los profesionales de salud mental hacia la práctica clínica e implementación de la Terapia Dialéctica Conductual

**Investigador principal:** Dra. María Vicenta Navarro Haro

#### CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL

1. Edad:
2. País:
3. Sexo:
  - a. Mujer
  - b. Hombre
  - c. Otro:
4. Estado Civil:
  - a. Casado/a
  - b. Soltero/a
  - c. En pareja
  - d. Separado/a
  - e. Divorciado/a
  - f. Viudo/a
  - g. Otro:
5. ¿Cuál es su cualificación más alta?
  - a. Licenciatura
  - b. Grado
  - c. Máster
  - d. Doctorado
  - e. Especialización dentro de Medicina/Enfermería/Psicología
  - f. Otra:
6. Por favor, seleccione su profesión PRIMARIA
  - a. Enfermera especializada
  - b. Entrenador/Coach
  - c. Terapeuta de pareja/familia
  - d. Terapeuta de salud mental

- e. Psiquiatra
  - f. Psicólogo/a
  - g. Trabajador social
  - h. Terapeuta de uso de sustancias
  - i. Otra:
7. ¿Tiene la habilitación/certificación de su disciplina?
- a. Si
  - b. No
8. ¿Cuál es su dispositivo de trabajo primario?
- a. Práctica privada
  - b. Clínica comunitaria ambulatoria
  - c. Hospital de día
  - d. Unidad de ingresados/internados
  - e. Residencial
  - f. Militar
  - g. Forense
  - h. Universidad
  - i. Salud pública
  - j. Bienestar/servicios sociales
  - k. Otro:
9. Indique la población con la cual trabaja:
- a. Niños
  - b. Adolescentes
  - c. Adultos
  - d. Personas con trastornos alimentarios
  - e. Personas con trastornos de uso de sustancias
  - f. Población forense
  - g. Personas con trastorno por déficit de atención
  - h. Personas con trastornos de ansiedad
  - i. Personas con trastornos psicóticos y estados asociados
  - j. Personas con trastornos de ansiedad
  - k. Personas con trastornos de desarrollo
  - l. Personas con trastornos de la personalidad
  - m. Otra:
10. Por favor, indique la aproximación de tratamiento que ha usado más a menudo en su trabajo:
- a. Terapia Cognitiva, Conductual, Cognitivo-Conductual
  - b. Centrada en el cliente/Humanista
  - c. Terapia Dialéctica-Conductual (DBT)
  - d. Intervenciones psicodinámicas
  - e. Psicoanálisis
  - f. Gestalt

- g. Interpersonal
- h. Modelo de rehabilitación
- i. Aproximación sistémica
- j. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)
- k. Psicoterapia analítica funcional (FAP)
- l. Otra:

11. ¿Cuántos años ha estado en su trabajo actual?
12. ¿Cuántos pacientes ve en promedio cada mes?.....
13. ¿Cuántas horas aproximadamente ha invertido en formación previa en DBT (p.ej. seminarios, clases, talleres, etc)? ....
14. ¿Ha realizado un curso intensivo de DBT completo anteriormente?
  - a. Si
  - b. No
15. ¿Ha aplicado la DBT alguna vez?
  - a. Si
  - b. No
16. ¿Ha aplicado la terapia individual de la DBT con uno o más pacientes?
  - a. Si
  - b. No
17. ¿Para cuántos pacientes ha sido el terapeuta de DBT primario?
18. ¿Ha llevado a cabo entrenamiento en habilidades de la DBT en grupo o individualmente?
  - a. Si
  - b. No
19. ¿Para cuántos grupos fue el leader o terapeuta principal?...
20. ¿Ha atendido a estos pacientes como parte de un equipo de consultoría DBT?
  - a. Si
  - b. No
21. ¿Cuántas horas ha invertido en asistencia/participación a un equipo de consultoría DBT?...
22. ¿Cuántos miembros había en su equipo primario de consultoría DBT?....
23. ¿Ha proporcionado entrenamiento/coaching (p.ej. consultas telefónicas) fuera de las sesiones a sus pacientes?
  - a. Si
  - b. No

24. ¿De cuántos pacientes fue el entrenador/coach primario?...

25. ¿Practica Mindfulness (atención plena) regularmente?

- a. Si
- b. No

26. ¿Cuántas horas de mindfulness practica a la semana?





terapeuta si uno de mis pacientes se suicidara								
22. No podré acceder a una consultoría efectiva sobre el tratamiento de pacientes suicidas cuando lo necesite	○	○	○	○	○	○	○	○



manejo del riesgo de suicidio								
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

### Inventario Copenhagen de Burnout

**Instrucciones:** Por favor, seleccione la respuesta que mejor se corresponde con sus experiencias en el contexto profesional.

<p><b>1. ¿Es duro trabajar con clientes o usuarios?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>2. ¿Sientes que das más que recibes cuando trabajas con clientes o usuarios?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>3. ¿Te sientes quemado por tu trabajo?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>
<p><b>4. ¿Trabajar con clientes o usuarios consume tu energía?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>5. ¿Tu trabajo es emocionalmente agotador?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>6. ¿Te sientes frustrado por tu trabajo?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>
<p><b>7. ¿Es frustrante trabajar con clientes o usuarios?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>
<p><b>8. ¿Por la mañana te agota pensar en otro día de trabajo?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>9. ¿Con qué frecuencia estás psicológicamente agotado?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p>

Siempre
<p><b>10. ¿Con qué frecuencia te sientes agotado?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>11. ¿Con qué frecuencia piensas “no puedo más”?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>12. ¿Con qué frecuencia estás físicamente agotado?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>13. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>14. ¿Tienes suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p>
<p><b>15. ¿Con qué frecuencia te sientes débil y susceptible de enfermarse?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>
<p><b>16. ¿Estás cansado/a de trabajar con clientes o usuarios?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>
<p><b>17. ¿Te sientes agotado/a al final de tu jornada laboral?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>
<p><b>18. ¿A veces te preguntas cuánto tiempo podrás continuar trabajando con clientes o usuarios?</b></p> <p><input type="radio"/> Nunca      <input type="radio"/> Solo alguna vez      <input type="radio"/> Algunas veces      <input type="radio"/> Muchas veces      <input type="radio"/></p> <p>Siempre</p>

**19. ¿Sientes que cada hora de trabajo es agotadora?**

- Nunca       Solo alguna vez       Algunas veces       Muchas veces       Siempre

Anexo 2.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

**Título de la investigación:** ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL HACIA LA PRÁCTICA CLÍNICA E IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

**Investigador Principal:** María Vicenta 2016 Haro **Tfno:**  
978618101 **mail:** mvnavarro@unizar.es

**Centro:** Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza e Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón

### 1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando desde la Universidad de Zaragoza y el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, en colaboración con la Universidad Jaime I y DBT Latinoamérica. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética, pero antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- tiene a su disposición un correo electrónico para hacer todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- acepte el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

### 2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su colaboración para contestar una serie de cuestionarios que permitirán obtener información sobre las actitudes que tienen los terapeutas en su experiencia con pacientes graves y sobre la viabilidad de implementar la DBT en su lugar de trabajo.

En el estudio, se espera que participen unos 50 profesionales de salud mental de España y Latinoamérica que van a recibir un entrenamiento intensivo de DBT.

### 3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de esta investigación es evaluar las actitudes de los profesionales de salud mental respecto a la práctica clínica con pacientes graves y sobre sus expectativas hacia la implementación de la DBT en sus centros, así como su experiencia previa aplicando DBT, antes y después de recibir un entrenamiento intensivo en Terapia Dialéctica

Conductual. Entender mejor las variables relacionadas con los terapeutas y su organización podría ayudar, de forma indirecta, a mejorar la implementación de tratamientos basados en la evidencia para pacientes graves.

#### **4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?**

Contestar a una serie de cuestionarios a través de la plataforma online Qualtrics ® durante la parte 1 y 2 del entrenamiento intensivo de DBT.

#### **5. ¿Cuánto tiempo cuesta contestar los cuestionarios?**

La duración aproximada es de 20 minutos.

#### **6. ¿Qué riesgos o molestias supone?**

Los posibles efectos secundarios de la participación incluyen estrés o las molestias. Responder a las preguntas de esta encuesta puede parecer personal o puede causar molestias. Los investigadores se encargarán de proteger la confidencialidad. Si comienza a experimentar algún efecto secundario, puede dejar de responder en cualquier momento.

#### **7. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?**

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social. Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

#### **8. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?**

La plataforma de encuestas online Qualtrics ® cumple con el RGPD (Reglamento General de Protección de Datos), cuenta con un certificado de seguridad ISO 27001 y permite la corrección, modificación y eliminación de datos personales de manera permanente de sus servidores. En el siguiente link: puede encontrar más información sobre la política de privacidad de Qualtrics.

Información básica sobre protección de datos.

Responsable del tratamiento: María Vicenta Navarro Haro

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador

principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección [mvnavarro@unizar.es](mailto:mvnavarro@unizar.es), Universidad de Zaragoza.

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato mediante el uso de códigos aleatorios, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso de investigación. A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

#### **10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?**

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. En caso de que desee conocer los resultados, póngase en contacto con el investigador principal del estudio.

#### **11. ¿Puedo cambiar de opinión?**

Su participación es totalmente voluntaria. Si decide no participar, no será penalizado. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

#### **12. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?**

En la primera página de este documento está recogido el nombre, teléfono y el correo electrónico de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a ella en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL HACIA LA PRÁCTICA CLÍNICA E IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Al hacer clic en el botón a continuación, usted da su conformidad de que:

- He leído la hoja de información del estudio.
- He leído la política de privacidad de la plataforma Qualtrics®:  
<https://www.qualtrics.com/uk/platform/gdpr/>
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis datos no pueden asociarse a una persona identificada o identificable por haberse sustituido por un código.
- Soy mayor de edad (tengo al menos 18 años).
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  1. Cuando quiera
  2. Sin tener que dar explicaciones

	Confirmando que soy mayor de edad y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información, y acepto la política de privacidad de la plataforma Qualtrics.
	NO soy mayor de edad o NO presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

#### Anexo 3.

##### Mensaje de invitación:

Como alumno/a del Entrenamiento Intensivo de DBT, le invitamos a participar en una investigación que permitirá obtener información sobre las actitudes que tienen los profesionales de salud mental en su experiencia con pacientes graves y sobre la viabilidad de implementar la DBT en su lugar de trabajo.

Esta investigación se está llevando a cabo a través de la Universidad de Zaragoza, y en colaboración con la Universidad Jaime I y DBT Latinoamérica.

Este enlace, le llevará a una batería de cuestionarios con una duración aproximada de 20 minutos.

[https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_4OC35qBoXM3m9Dv](https://jaumei.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_4OC35qBoXM3m9Dv)

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio de investigación, por favor no dude en contactar con la investigadora principal del estudio, Mariví Navarro  
mvnavarro@unizar.es

Le agradecemos enormemente su participación.

Tabla 2. *Total de profesionales que han aplicado o no alguna vez la terapia DBT.*

		<b>¿Ha aplicado la DBT alguna vez?</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	50	39,4	43,1	43,1
	No	66	52,0	56,9	100,0
	Total	116	91,3	100,0	

Tabla 3. *Horas invertidas previas al intensivo en DBT.*

<b>Estadísticos</b>	
¿Cuántas horas aproximadamente ha invertido en formación previa en DBT (p.ej. seminarios, clases, talleres, etc)?	
Media	43,18
Desviación estándar	85,470

Tabla 4. *Tratamientos usados por los terapeutas.*

<b>Por favor, indique la aproximación de tratamiento que ha usado más a menudo en su trabajo</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Terapia Cognitiva, Conductual	62	48,4	53,0	53,0
	Total	117	91,4	100,0	
Perdidos	Sistema	11	8,6		
	Total	128	100,0		

Tabla 5. *Promedio de pacientes que los profesionales ven en un mes.*

<b>Estadísticos</b>			
¿Cuántos pacientes ve en promedio cada mes?			
N	Válido		115
	Perdidos		12
Media			72,80
Desviación estándar			89,594

Tabla 6. *Resultados de las correlaciones entre el agotamiento del profesional (CBI), la autoeficacia percibida (SETSP) y las preocupaciones a tratar pacientes con intención suicida (CATSP).*

		<b>Correlaciones</b>		
		CBI_TOTAL	CATSP_TOTAL	SETSP_TOTAL
CBI_TOTAL	Correlación de Pearson	1	,199	-,247
	Significación		,035	,008
	N	113	113	113
CATSP_TOTAL	Correlación de Pearson	,199	1	-,131
	Significación	,035		,166
	N	113	113	113
SETSP_TOTAL	Correlación de Pearson	-,247	-,131	1
	Significación	,008	,166	
	N	113	113	113

Tabla 7. *Resultados de la correlación entre las preocupaciones a tratar pacientes con ideas suicidas (CATSP) y las subescalas del agotamiento del profesional (CBI).*

		<b>Correlaciones</b>			
		CBI_personal	CBI_trabajo	CBI_clientes	CATSP_total
CATSP_Total	Correlación de Pearson	,188*	,195*	,164	1
	Sig. (bilateral)	,046	,039	,083	
	N	113	113	113	113

Tabla 8. *Resultados de la correlación entre la autoeficacia percibida (SETSP) y las subescalas del agotamiento del profesional (CBI).*

		<b>Correlaciones</b>			
		CBI_Personal	CBI_Trabajo	CBI_Clientes	SETSP_TOTAL
SETSP_TOTAL	Correlación de Pearson	-,186*	-,257**	-,232*	1
	Sig. (bilateral)	,049	,006	,014	
	N	113	113	113	113