



Universidad Abierta Interamericana

Título: “Síndrome De Burnout en Acompañantes Terapéuticos”.

Directores de Tesis: Gómez Alonso, Raúl.

Tesista: Papa, Ignacio.

Título a obtener: Lic. En Psicología.

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Fecha: Agosto 2023

Resumen

La finalidad de este trabajo consistió en realizar un aporte desde la psicología al campo del Acompañamiento Terapéutico siendo el objetivo Describir Qué relación existe entre los niveles de Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas (Género, Edad, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos estudiantes de psicología de la ciudad de Rosario. El tipo de diseño utilizado para la investigación, según los objetivos, fue descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por N = 30 acompañantes terapéuticos, cursando el último año de la carrera de Psicología y trabajan en la ciudad de Rosario. La edad de los sujetos de la muestra se encuentra en el rango de 20 a 50 años.

Se emplearon diversos instrumentos para la recolección de datos. En primer lugar, se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico MBI. Además del cuestionario, se llevó a cabo una Entrevista Semiestructurada con los participantes. Esta forma de entrevista permitió explorar en mayor profundidad las experiencias, percepciones y emociones de los sujetos en relación con el tema de estudio. Por último, se empleó una Encuesta como otro instrumento de recolección de datos. Esta encuesta constó de una serie de preguntas diseñadas para recopilar información relevante sobre las variables de interés en la investigación. Los resultados mostraron que Un 96,7% de los sujetos muestra marcadores altos (Valores de referencia: 27 – 54) en la subescala de Agotamiento Emocional. El 50% de los sujetos registra elevadas puntuaciones (Valores de referencia: 10 – 30), en la subescala de Despersonalización mientras que el otro 50% tiene un nivel moderado (Valores de referencia: 6 – 9) en dicha subescala.

Respecto a la subescala de Realización Personal, un 73,3% de los sujetos obtiene una puntuación baja (Valores de referencia: 0 – 33). Estos registros indican la presencia del síndrome.

Palabras Clave: Síndrome de "Burnout" - Acompañamiento Terapéutico –Psicología – Variables sociodemográficas.

Agradecimientos

A la memoria de mi madre, porque su sostén y confianza hicieron posible transitar este camino.

A Carla, que con tanto amor, paciencia y apoyo incondicional supo acompañar mi esfuerzo.

A mi hermano cuya presencia es fortaleza.

A mis directores porque me han brindado su tiempo, orientación y guía.

Índice

Introducción	1
Estado del Arte.....	3
Problema	6
Objetivos	7
Marco Teórico.....	8
Capítulo I: Variables Sociodemográficas.....	8
Capítulo II: Síndrome De Burnout - Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (SQT)	10
Construcción del concepto y definiciones.....	10
2.1. Estrés	10
2.2. Síndrome de Burnout	11
2.3. Manifestaciones del Síndrome de Burnout	16
Capítulo III: Acompañamiento Terapéutico	18
3.1. Historizando el Acompañamiento Terapéutico.....	18
3.2. La subjetividad como elemento fundamental	20
3.3. El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo	21
3.4. Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano como coordenada.	23
3.5. Acompañamiento Terapéutico y Psicoanálisis.....	24
3.6. Sobre la Transferencia en el Acompañamiento Terapéutico	25
Capítulo IV: El equipo terapéutico como un espacio que aloja.....	26
Marco Metodológico.....	28
Análisis de datos.	32
Conclusiones	47
Referencias bibliográficas.....	53
Anexo	i

Introducción

El Síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida de quienes lo padecen. A partir del año 2023, el “Burnout” se incorpora en la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) 11ª edición, con la nominación de: síndrome de desgaste profesional. (CIE-11, 2023). Su definición más aceptada hoy en día es la propuesta por Maslach y Jackson (Maslach y Jackson, 1981) quienes consideran que el síndrome es una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

Existen numerosas investigaciones acerca de Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo, pero en menor cantidad relacionadas al trabajo de Acompañamiento Terapéutico; es ésta una de las razones de la pertinencia del tema de investigación.

La finalidad de este trabajo consiste en realizar un aporte desde la psicología al campo del Acompañamiento Terapéutico siendo el objetivo Describir Qué relación existe entre los niveles de Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas (Edad, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos estudiantes de psicología de la ciudad de Rosario.

Uno de los propósitos de este trabajo es reflexionar sobre lo que aportan los profesionales Acompañantes Terapéuticos que trabajan con personas con sufrimiento psíquico, y que se desempeñan en un escenario que contiene el riesgo identificable como Síndrome de quemarse por el trabajo o Burnout.

García (1991, citado en Peinado y Garcés, 1998) remarca que el Síndrome de Quemarse en el Trabajo es un problema característico de aquellas profesiones que deben mantener una interacción sostenida y cotidiana, como médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, entre otros. Por dicha razón, uno de los síntomas del síndrome es el desgaste emocional que se va generando en el trabajador debido a la interacción diaria con otros. En el ámbito de la Salud Mental el Acompañante Terapéutico es uno de los profesionales que se encuentra expuesto a algunos de los estresores desencadenantes del

Burnout, y, por lo tanto, resulta relevante indagar sobre el tema para desarrollar aportes que podría hacer la psicología.

El dispositivo de acompañamiento terapéutico se inserta en el marco de un trabajo interdisciplinario; en dónde la indicación de la inclusión del AT surge del terapeuta o coordinador de dispositivo que está llevando adelante el caso (Psicólogo o Psiquiatra en la mayoría de los casos). Es decir que es dicho profesional quien delimita los objetivos y estrategias de su inclusión; siendo el acompañante, un “recurso clínico especializado” (Rossi, 2013) que permite sostener un proyecto terapéutico, complementando la tarea del profesional, con su inserción en la vida cotidiana del paciente y familia.

Este trabajo pretende también realizar una revisión de los aportes teóricos e investigaciones sobre la temática abordada, para lograr una comprensión de la misma aportando nuevos conocimientos que enriquezcan aquellos estudios realizados por distintas disciplinas implicadas en este tema, relacionadas tanto al campo de la salud mental como al de las ciencias sociales.

Asimismo, resulta importante mencionar que esta investigación se orienta hacia el objetivo de generar algún aporte sobre la temática con el propósito de que los profesionales de la salud mental puedan elaborar estrategias que promuevan medidas de prevención y protección en el nivel individual fundamentalmente de los acompañantes terapéuticos, pero también de los equipos y de las instituciones.

Desde la psicología no se puede dejar de leer que existe demanda de una transformación progresiva de la formación y el entrenamiento de los profesionales de la salud, además de la creación y puesta en funcionamiento de dispositivos alternativos de abordaje del sufrimiento psíquico, es decir, la tendencia hacia la construcción de un abordaje interdisciplinario cuyo principal objetivo es la combinación y colaboración para desde el conocimiento de las respectivas disciplinas crear un plan de diagnóstico, tratamiento e intervenciones, además incentivar el uso de este tipo de abordaje con la finalidad de aportar en la progresiva transformación del sistema de salud. Este trabajo aspira también a sembrar interrogantes y generar nuevas inquietudes de investigación en esta línea.

Estado del Arte

A continuación, se describirán aquellas investigaciones que son antecedentes al presente estudio, en donde están implicadas las variables que resultan involucradas en este trabajo. Las investigaciones han sido recuperadas mediante las bases Elsevier, PubMed, Redalyc, Scielo y Science Direct entre otras, resultando la página web Google Académico un nexo con las mismas. Allí se colocaron las palabras claves de la investigación (Síndrome de "Burnout" - Acompañamiento Terapéutico - Psicología - Variables sociodemográficas) logrando obtener diversos estudios referidos a las temáticas en cuestión, accediendo así a diferentes revistas científicas.

Hay variadas investigaciones que se han llevado adelante con el propósito de explorar, identificar y/o analizar las implicancias del Síndrome de Burnout desde que Freudenberger en 1974 empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su clínica de Nueva York. Posteriormente, en 1976 Cristina Maslach dio a conocer la palabra Burnout en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, quienes terminaban “quemándose” realizando esa tarea.

Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Río (2003) consideran de importancia las variables personales y variables organizacionales en los estudios sobre Síndrome de Burnout. Algunas de las variables personales consideradas son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento. Respecto a las variables organizacionales consideradas se encuentran: clima laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

Por su parte Olabarría y Mansilla (2007) consideran como referencia el contexto de modalidades laborales interactivas para su investigación sobre cuidados a los equipos de Salud Mental y concluyen que es necesario configurar medidas de protección y cuidado de los equipos con respecto al Síndrome de Burnout.

Un antecedente a citar, con base en nuestro país es el trabajo de investigación de Ferrer Larsen y Vázquez (2017) de la Universidad Nacional de Mar Del Plata. El trabajo aborda los conceptos de psiquiatría tradicional y movimiento anti psiquiátrico para introducirse en la reforma de la Ley de Salud Mental en la Argentina, la cual propicia nuevos dispositivos

terapéuticos, entre los cuales se puede mencionar el acompañamiento terapéutico, para orientarse hacia la conceptualización del síndrome de burnout y su relación con la práctica profesional del acompañante terapéutico.

En su investigación llevada a cabo desde la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Cecilia Reyna (2016) se centra en analizar las manifestaciones del síndrome de burnout en un colectivo particular de agentes de salud, los acompañantes terapéuticos, e indaga acerca de las estrategias de afrontamiento empleadas, tanto en términos generales como específicas de la profesión, y su relación con los síntomas del síndrome.

Depetris (2016) en su investigación se planteó como objetivo general indagar la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y sus principales características en acompañantes terapéuticos que se desempeñan con pacientes de patologías graves en la ciudad de Córdoba. Siguiendo el modelo psicosocial propuesto por Gil Monte y Peiró (1997), sostiene que el proceso de desarrollo del SQT se inicia con bajo sentimiento de realización personal en el trabajo y, de forma paralela, altos sentimientos de agotamiento emocional, a los cuales siguen actitudes de despersonalización. La muestra de participantes estuvo conformada por 30 acompañantes terapéuticos de la ciudad de Córdoba, el 66,7% de sexo femenino y el 33,3% de sexo masculino, con edades entre 21 y 29 años ($M = 24,93$). En este estudio identificó un grupo conformado por el 16,7 % de participantes con alto riesgo de sufrir SQT.

Por su parte Filas (2010) ha trabajado las incidencias de los indicadores del Síndrome de Burnout en Acompañantes Terapéuticos que trabajan sin equipo terapéutico y en relación a pacientes con patologías graves. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Rosario con una muestra accidental integrada por 10 acompañantes terapéuticos de ambos sexos con edades que oscilan entre los 25 y 61 años, cuyas experiencias laborales están entre los 2 y 21 años.

La investigación se guió por los siguientes cuatro objetivos:

Caracterizar el contexto actual, dentro de la salud mental, del acompañante terapéutico en relación a la oferta y demanda de su servicio, en la ciudad de Rosario. En éste primer objetivo, determinó una excesiva demanda en relación a la oferta de trabajo.

Describir el trabajo del acompañante terapéutico, cuando se desempeña sin equipo terapéutico. Este objetivo se focaliza en el equipo terapéutico, la conclusión más certera que el autor deslinda de este trabajo es que cuando el trabajo se desempeña sin equipo, no existe contención, hay una escasa o nula comunicación entre el acompañante terapéutico y

coordinador del dispositivo. En este sentido también menciona como punto importante a la falta de supervisión.

Identificar posibles influencias de la contratransferencia en el acompañante terapéutico de pacientes con patologías graves en la producción de Síndrome de Burnout. Respecto a este objetivo planteado la investigación abre nuevos interrogantes sobre este punto ya que no arroja resultados concluyentes.

Identificar indicadores de despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional del acompañante terapéutico:

La mayoría de los Acompañantes Terapéuticos encuestados presentan un gran agotamiento emocional traducido en un 46 %.

Un 37% de los acompañantes terapéuticos encuestados presentan falta de realización personal y pérdida paulatina de la motivación.

Por último, un 17% de los acompañantes terapéuticos encuestados presentan despersonalización. El profesional pierde la sensibilidad habitual para con el paciente, toma una extensa distancia con ellos y se esto expresa en que sus modos de comunicación recaen en automatismos.

Problema

Planteamiento Del Problema

¿Qué relación existe entre los niveles de Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas (Edad, Género, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos estudiantes de psicología de la ciudad de Rosario?

Objetivos de la Investigación

General:

- Describir posibles asociaciones entre los niveles de Síndrome de burnout y variables sociodemográficas (Edad, Género, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos que desempeñan su labor en la ciudad de Rosario.

Específicos:

- Identificar el nivel de Síndrome de Burnout en Acompañantes terapéuticos en acompañantes terapéuticos que se encuentran cursando la carrera de Psicología y desempeñan su labor en la ciudad de Rosario.
- Analizar dimensiones de las variables sociodemográficas estudiadas (Edad, Género, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos).
- Establecer asociaciones entre Síndrome de Burnout y variable sociodemográficas.

Marco Teórico

1. Variables Sociodemográficas

El adjetivo sociodemográfico no posee una definición específica, sin embargo, es posible comprender su significado prestando atención y enfocándose en los términos que permiten su desarrollo.

Social alude a aquello vinculado a la sociedad: el conjunto de individuos que viven en un mismo territorio y respetan normas en común. Lo demográfico, se asocia a la demografía, que es el estudio de un grupo humano desde una perspectiva estadística, centrado en su evolución o en un periodo específico.

El diccionario demográfico multilingüe de Naciones Unidas (1985) define el concepto de demografía como: “una ciencia que tiene como finalidad el estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados fundamentalmente desde un punto de vista cuantitativo”.

Las variables sociodemográficas son características o atributos que se utilizan para describir y agrupar a las personas en función de su contexto social y demográfico. Estas variables se emplean ampliamente en la investigación social y en estudios de población para analizar y comprender los patrones y las características de diferentes grupos de personas. Es un conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomados, hacerse proyecciones y predicciones que invitan a la reflexión del investigador y a la búsqueda de posibles soluciones.

Las variables sociodemográficas consideradas en esta investigación son: Edad, Género, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos.

Género: Esta variable sociodemográfica hace referencia a las características distintivas de identidad y expresión de género que una persona puede tener, generalmente clasificadas en masculino y femenino. Sin embargo, es importante destacar que esta clasificación puede variar y que existen identidades de género diversas que pueden incluir a personas no binarias, de género fluido, entre otras.

Edad: Esta variable se refiere al período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual. La edad se considera una medida cuantitativa y se expresa típicamente en años.

Estado civil: Esta variable describe el estado legal o civil de una persona en relación con su vínculo de pareja. Los valores de esta variable que se incluyeron en la investigación son: soltero/a; casado/a; unión libre; separado/a; divorciado/a; viudo/a; otro.

Carga horaria: Esta variable sociodemográfica hace referencia al número de horas que una persona dedica a su ocupación principal o trabajo remunerado durante un período determinado, generalmente semanal o mensual. La carga horaria puede variar según el tipo de empleo y las regulaciones laborales del país o sector específico.

Sector: Esta variable indica el ámbito o sector económico en el que una persona se desempeña laboralmente. Los sectores pueden incluir, entre otros, el sector público, el sector privado, sector mixto, el sector sin fines de lucro, etc.

Antigüedad: Esta variable hace referencia al tiempo transcurrido desde que una persona se incorporó a una determinada organización o empresa, o desde que inició su actividad como trabajador monotributista o autónomo. Se utiliza para medir la experiencia y la permanencia de un individuo en su lugar de trabajo actual o en su trayectoria como profesional independiente.

Nivel académico: Esta variable se refiere al nivel de educación formal alcanzado por una persona. Puede incluir categorías como educación primaria, educación secundaria, educación terciaria (técnica, universitaria), posgrado, entre otros.

Tipo de contrato: Esta variable describe el tipo de relación laboral o contractual que una persona tiene con su empleador. Puede incluir categorías como contrato indefinido, contrato a plazo fijo, contrato por obra o servicio, contrato temporal, contrato de tiempo parcial, contrato de tiempo completo, entre otros.

Ingresos: Esta variable sociodemográfica se refiere al nivel de ingresos económicos que una persona percibe durante un período determinado, generalmente mensual o anual. Los ingresos pueden provenir de diversas fuentes, como el empleo, negocios propios, inversiones u otras fuentes de ingresos.

2. Síndrome De Burnout - Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (SQT).

Construcción del concepto y definiciones.

2.1. Estrés

Para comenzar, se considera pertinente definir el concepto estrés.

Por diferentes motivos estrés se ha convertido en un término de uso común, sin embargo, no está muy claro aún el significado del concepto en sí; para unos es sinónimo de sobresalto, para otros hace referencia a malestar y, para la mayoría, un generador de tensión. Lazarus y Folkman (1984) expresan que “Para el sujeto el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas”.

Numerosas investigaciones se han centrado en las manifestaciones clínicas del estrés, es decir, en el estrés negativo o distrés, encontrando fuerte relación con la patología psicósomática que afecta en gran medida la calidad de vida y las distintas áreas de funcionamiento social, familiar, académica, laboral de las personas que lo experimentan.

Según Wheaton (1996) y Sandín (1999), existen cinco características definitorias de los estresores: a) El estresor debe implicar amenaza o demanda; b) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de “elasticidad” de dicho organismo; c) El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo; d) Ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas, y; e) Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario. (Quiceno & Stefano, 2007).

El estrés no sobreviene de manera repentina. Al sujeto se le presentan diversas señales, de que se está ante una situación que lo produce. Desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto, se pasa por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento (Melgosa, 1995).

En cuanto a la fase de alarma, constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas ante este agente son las primeras que aparecen.

Cuando el estrés prolonga su presencia más allá de la fase de alarma, el sujeto entra en la segunda fase, denominada de resistencia. Empieza a tomar conciencia de que está perdiendo

mucha energía y su rendimiento es menor, lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra la forma. (Naranjo Pereira, M. L., 2009)

Posteriormente, se presenta la fase de agotamiento que es la fase terminal del estrés. Esta se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente. La fatiga incluye un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno, y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira. (Naranjo Pereira, M. L., 2009)

2.2. Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Su definición no se encontraba en el DSM-V, ni en la CIE 10 y usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. A partir del año 2023, el “burnout” se incorpora en la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) 11ª edición, con la nominación de: síndrome de desgaste profesional. (CIE-11, 2023). Cuya descripción es la siguiente:

“Es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida”.

Es menester aclarar que en este trabajo se utilizará también la denominación “Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, por los elementos psicosociales que incluye, ante otras denominaciones alternativas.

Antes de desarrollar es pertinente hacer una consideración por la cual he decidido escoger la denominación Síndrome de Quemarse por el Trabajo, y es porque resulta importante ya que los conceptos son unidades de pensamiento que abarcan las características comunes asignadas a los objetos y no están vinculados a determinadas lenguas, aunque reciben la

influencia social y/o cultural de cada momento, entonces, son elementos clave para la comprensión de los fenómenos, pues delimitan su extensión, nos ayudan a entender lo que son y lo que no son.

Según el modelo de Maslach y Jackson (1981), el síndrome de “burnout” se caracteriza por un proceso que se identifica por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal.

El agotamiento emocional, se caracteriza por la pérdida de motivación, cansancio y malestar causado por las prácticas que son propias de la tarea a realizar, de forma que el trabajo pierde el atractivo y cualquier sentimiento de satisfacción. En esta primera fase del burnout se distingue también un sentimiento de indefensión como consecuencia de haber intentado activamente, desde los recursos y herramientas subjetivas, modificar situaciones, relaciones y formas de proceder, sin embargo, el sujeto experimenta y percibe que no ha obtenido ningún resultado por ello a pesar de este esfuerzo.

La segunda fase, a destacar particularmente, es la despersonalización. Es el núcleo del burnout, es la consecuencia del malestar y la angustia por el fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Podemos decir que este momento particularmente se caracteriza por un tipo de conducta con las personas a las que se tiene que atender, acompañados o pacientes en este caso, marcado por la falta de interés, la objetivación de sus problemas, la pérdida de empatía y sensibilidad. La despersonalización es un tipo de conducta en la que se asocian sentimientos de desánimo y hostilidad.

La tercera fase del proceso, el abandono de la realización personal, podría enmarcarse y caracterizarse por el sentimiento y la creencia, cada vez más generalizada, de que el trabajo no merece la pena, de que es imposible cambiar las cosas, de que la mejora personal no vale la pena intentarla, y, finalmente, la aparición de pensamientos de posible cambio de trabajo. Se puede ampliar que, en caso de trabajo en instituciones, este sentimiento de imposibilidad de cambio, se hace extensivo a lo institucional, de manera que este malestar se expande y se piensa que institucionalmente es imposible cambiar las cosas, de que la mejora personal y la institucional no vale la pena, y por ende la aparición de pensamientos de posible cambio de institución donde se ejerce. La pérdida de motivación con respecto al propio trabajo y de satisfacción en su ejecución acompañan esta tercera fase del burnout.

La expresión original anglosajona “burnout syndrome” ha sido traducida de diferentes formas al español, lo que ha originado que existan diferentes denominaciones para un mismo fenómeno.

Siguiendo el trabajo de Pedro Gil-Monte (Gil-Monte P. R., 2003) de manera resumida se expone en lo siguiente, una revisión sobre los términos y denominaciones utilizadas para aludir al Síndrome De Quemarse Por El Trabajo.

Un primer grupo recogería las denominaciones que toman como referencia para la denominación en español el término original anglosajón burnout. En este grupo de denominaciones se habla de: síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2002).

Un segundo grupo recoge aquellas denominaciones que junto al término original emplean la denominación: desgaste psicológico por el trabajo (García, Sáez y Llor, 2000).

Y un tercer grupo recoge aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral o estrés crónico laboral asistencial (Manzano, 2001).

Gil Monte (2003) propone la denominación “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” y fundamenta expresando que contribuye a la comprensión del fenómeno por las siguientes razones: a) da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de síntomas, b) nos informa sobre la necesidad de identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología, c) desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador con lo que se evita estigmatizar al individuo, d) se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial y, e) permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga, ansiedad, etc. (p. 193).

Como referencia y orientación en la construcción del concepto y las definiciones presento los aportes de autores (Quiceno & Stefano, 2007) que han trabajado respecto a los diferentes modelos del SQT o Burnout.

Modelos del Burnout. Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia Alpi, Stefano (2007)

Modelos Comprensivos	Representantes	Descripción
<i>Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de Cherniss (1993) - El modelo de autocontrol de Thompson Page y Cooper (1993) 	<p>Es inspirado en los trabajos de Albert Bandura. Analizan los mecanismos psicológicos</p> <p>Que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.</p>
<i>Los Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Buunk y Schaufeli (1993) - Hobfoll y Freddy (1993) 	<p>Consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad.</p>
<i>Modelos desarrollados desde la teoría organizacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> - El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) - El modelo de Winnubst (1993) 	<p>En el contexto y las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.</p>
Modelos de Proceso	Representantes	Descripción
<i>Modelo tridimensional del MBI-HSS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Maslach(1982) - Golembiewski, Munzenridery Carter(1983) - Leiter y Maslach (1988) - Lee y Ashforth (1993) - Gil-Monte (1994) 	<p>Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)</p>
<i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Edelwich y Brodsky (1980) 	<p>El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración)</p>

<i>Modelo de Price y Murphy</i>	- Price y Murphy (1984)	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación; 2. Labilidad emocional; 3. Culpa debido al fracaso profesional; 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda; y 6. Equilibrio.
<i>Modelo de Gil Monte</i>	- Gil Monte (2005)	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT: Perfil 1. Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT).

Si bien hay algunas diferencias que se expresan en los resultados y análisis de los diferentes estudios, según el ámbito en que han sido desarrollados, en general coinciden en los síntomas que más han sido reportados habitualmente por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout, son: a nivel somático: fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, etc. A nivel conductual: comportamiento de desconfianza que a veces se torna paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, conductas agresivas hacia los pacientes, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos. A nivel emocional: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, sentimientos depresivos. A nivel cognitivo: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, desganado para el desempeño del rol profesional, sentimientos de fracaso profesional, etc.

1.2. Manifestaciones del Síndrome Burnout.

Las manifestaciones del síndrome pueden expresarse de manera particular en diferentes sujetos, sin embargo, según Bianchini Matamoros es posible encontrar elementos comunes:

- “1. Inconformidad en el trabajo.
2. Actitudes negativas hacia el trabajo.
3. Pérdida de interés y preocupación por el paciente.
4. Uso de etiquetas para referirse a los pacientes o usuarios, abuso verbal y a veces físico del paciente.
5. Desilusión o frustración.
6. Indiferencia.
7. Interacción despersonalizada e irrespetuosa y un esfuerzo mínimo para llevar adelante el tratamiento.
8. Ausentismo frecuente.
9. Aumento de las quejas somáticas o aparición de las siguientes molestias:
 - dolor de cabeza tensional
 - calambres musculares y espasmos
 - dolor de espalda, cuello y hombros
 - tensión mandibular
 - dolores crónicos
 - jaqueca
 - manos y pies fríos
 - presión alta
 - problemas de la piel
 - alergias
 - asma
 - artritis
 - desórdenes digestivos
 - dolores estomacales y cólicos
 - estreñimiento
 - diarrea
 - resfríos frecuentes

- cáncer
- disfunciones metabólicas
- infartos y problemas circulatorios
- ritmo cardíaco irregular
- insomnio
- fatiga
- irregularidades respiratorias
- respiración rápida
- sobrealimentación
- abuso del alcohol o drogas
- problemas sexuales
- ansiedad
- depresión

10. Socializar excesivamente con el personal descuidando la atención directa.

11. Concentrarse en una parte del trabajo (administrativo) y descuidar otras.

12. Alteración de las relaciones interpersonales con compañeros.

13. Deseo de cambiar de trabajo o de profesión.

14. Irritabilidad.

15. Hostilidad, inestabilidad emocional, miedos y fobias, problemas de aprendizaje, olvidos, torpeza”. (Bianchini Matamoros, M. 2007)

En la misma línea Aceves, coincide con Matamoros, afirmando que existen varios tipos de manifestaciones que pueden considerarse como signos de alarma:

“Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.

Aislamiento: es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.

Ansiedad: es la sensación persistente que tiene el medico de que algo malo va a suceder.

Miedo o temor: una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo. Depresión: este es uno de los problemas cada vez más comunes en médicos y estudiantes de medicina; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio.

Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.

Fuga o anulación: el médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no prohibidas.

Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo

Culpabilidad: sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo.

Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de autonegación.

Comportamiento riesgoso: comportamiento no característico de la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual con conductas de riesgo.

Sensación de estar desbordado y con desilusión. Se percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.

Abandono de sí mismo: Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.

Pérdida de la memoria y desorganización: Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño". (Aceves, 2006)

3. Acompañamiento Terapéutico

3.1. Historizando el Acompañamiento Terapéutico

Desde su surgimiento en Argentina, en una fecha indeterminada que podríamos situar entre finales de los años 60 y principios de los 70 del pasado siglo XX, el Acompañamiento Terapéutico nace como una herramienta clínica que se inscribe en una búsqueda -compartida

por una buena parte de los profesionales del campo de la Salud Mental¹ cuyo propósito no era otro que intentar subvertir los lineamientos por entonces imperantes, aun fuertemente arraigados, del modelo manicomial. (Pulice, 2011)

Gabriel Pulice traza que, a partir del impulso de la Psiquiatría dinámica, la Antipsiquiatría y, fundamentalmente el Psicoanálisis se comenzó a trabajar sobre la idea de que era posible avanzar en el tratamiento de pacientes con padecimientos psíquicos severos. Este movimiento de apertura fue generando las condiciones para la implementación de dispositivos de atención ambulatorios, los cuales propiciaron el desarrollo de nuevas disciplinas. Entre estos dispositivos, la Creación del Hospital de Día es correlativo de una nueva significación de la locura y su tratamiento. (Pulice, 2011)

En Argentina uno de estos proyectos fundamentales relacionados con el movimiento de sustitución de lógicas manicomiales fue la creación, en 1956, por Mauricio Goldemberg del primer Servicio de Salud Mental con Sala de Internación de pacientes de Psiquiatría que tuviera lugar en el marco de un Hospital General. (Pulice, 2011)

Como agente relevante de construcción Pulice² comparte la experiencia de un momento importante en este proceso. En noviembre de 1994 se concreta la organización de un encuentro específico para propiciar el desarrollo y la realización de la propuesta de avanzar en una articulación entre la clínica y la teoría del Acompañamiento Terapéutico. Se organiza entonces, en Buenos Aires, El Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico. El testimonio de ese esfuerzo colectivo fue la publicación de un texto que pasó a ser por entonces una nueva referencia bibliográfica para la formación de los acompañantes terapéuticos³.

En septiembre de 2001 se realiza el Segundo Congreso Nacional, en la ciudad de Córdoba. Como efecto de estas construcciones colectivas y a partir de la multiplicación de nuevas instancias de capacitación específica con creciente reconocimiento formal (cursos de nivel terciario y universitario) la formación profesional de Acompañantes Terapéuticos va construyendo especificidad. De aquí en más los encuentros, jornadas, y congresos nacionales

¹Señalan Enrique Carpintero y Alejandro Vainer esta expresión, «*campo de la Salud Mental*», surge justamente en esa época, como un término aglutinador de esta nueva corriente integrada indistintamente por psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y demás profesionales afectados al trabajo clínico con pacientes psicóticos- que se proponía superar el modelo manicomial como única forma de asistencia. Se encontrará un desarrollo más amplio del tema en *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*, Tomo I (1957-1969), Buenos Aires, Editorial Topía, 2004.

²Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico - Gabriel O. Pulice

³Pulice, G., Manson, F.; y otros. (Compiladores), *Publicación del Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Ediciones Las Tres Lunas, 1995.

e internacionales ya no dejaron de sucederse, por nombrar algunos encuentros: Bahía Blanca (2007), Porto Alegre (2008), San Luis (2009), Querétaro y Mar del Plata (2010), nuevamente Buenos Aires (2011), etc. y los lazos que se fueron generando en todos estos años han dado lugar a un creciente intercambio, una incesante producción de bibliografía y de experiencias, que hicieron posible que aquella herramienta clínica surgida en cierto momento como una pura praxis, haya alcanzado ya su carta de ciudadanía como una profesión cada vez más reconocida y jerarquizada.

3.2. La subjetividad como elemento fundamental

La Ley de Salud Mental N° 26.657, propone una perspectiva que instituye la subjetividad como elemento fundamental. Esta ley reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Es innegable que “la incorporación de la noción de sufrimiento psíquico implica no solo un cambio semántico en relación a lo que era la enfermedad mental, sino que involucra transformaciones en las intervenciones, en los dispositivos y en las instituciones, generando permanentes tensiones y heterogeneidad en los modos de respuesta que se establecen” (Rossi, A. V., y Bustos, M. Á. 2018. p. 494).

Considerando un planteo importante sobre el tema, creo pertinente citar textualmente a Silvia Faraone (Faraone, 2013) “El sufrimiento subjetivo, involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento primordial, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer” (p.36).

Estos cambios conceptuales constituyen un campo específico de la Salud Mental donde lo histórico-social está incluido en el modo de padecimiento de los sujetos en tanto se vincula con la producción de sentidos y significados por los cuales éstos organizan y simbolizan sus prácticas.

El modo en que se manifiesta el sufrimiento de los sujetos lleva la marca de la época.

Tomando a Silvia Bleichmar se puede mencionar que la subjetividad está atravesada por los modos históricos de representación con los cuales cada sociedad determina aquella que considera necesaria para la formación de sujetos aptos para desplegarse en su interior. Es un

producto histórico, surge de un proceso, en efecto de determinadas variables históricas. La subjetividad varía en las diferentes culturas y sufre transformaciones a partir de las mutaciones que se dan en los sistemas históricos- políticos. (Bleichmar, 2005)

Actualmente, en la práctica de Acompañante Terapéutico, existen demandas complejas caracterizadas por la urgencia, el desborde, la desorganización, la ansiedad elevada, la angustia y consumos problemáticos, donde predomina el acto por sobre la palabra.

Acuerdo con lo que proponen Rossi y Bustos (Rossi, A. V., y Bustos, M. Á. 2018) quienes expresan con énfasis que en la actualidad “es necesario problematizar acerca de qué sujeto de la intervención en salud mental es el que contemplan los dispositivos existentes ya que es fundamental para pensar la construcción de dispositivos sustitutivos que se distancien de procesos de hospitalización y medicalización de la vida cotidiana. Esto nos enfrenta a continuos debates teórico-técnicos y éticos para no replicar dispositivos cuya función de control social se traduce en la práctica, en vigilar y disciplinar. Este es el modo en que muchas veces se da respuesta al padecimiento mental de los sectores más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad” (p. 494).

Es indispensable pensar y construir dispositivos que alojen al sujeto e implementen estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje.

3.3. El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo

“Los dispositivos tienen, pues, como componente, líneas de visibilidad, de enunciación, líneas de fuerzas, líneas de subjetivación, líneas de ruptura, de fisura, de fractura que se entrecruzan y se mezclan mientras unas suscitan a otras a través de variaciones o hasta mutaciones de disposición.”

Gilles Deleuze, *¿Qué es un dispositivo?*

Es válido expresar que, ante todo, hoy día pensamos el acompañamiento en términos de Dispositivo. El término dispositivo, tomado del pensamiento de Foucault, refiere al entramado de una serie de prácticas y mecanismos con el objetivo de hacer frente a una

urgencia y de conseguir un efecto. Lacan lo ubica con relación a la metáfora, “el desarrollo de una metáfora, de un dispositivo para pensar, exige primero entender para qué sirve”. (1954:129)

“Una metáfora, puede sernos de utilidad como un dispositivo para pensar, es decir, para habilitar significaciones condensadas en múltiples significaciones posibles que de ella deriven, es decir operando a partir de lo dicho, otros decires”. (Minnicelli, 2008).

A partir de la posición de lectura que este concepto ofrece, me interesa rescatar, con Kuras Mauer, tres aspectos consustanciales con el acompañamiento terapéutico: la naturaleza estratégica del dispositivo, su heterogeneidad y su funcionamiento en red. El concepto de dispositivo ha permitido redimensionar el acompañamiento en tanto hoy es mucho más que una herramienta terapéutica. Se trata de un proyecto de conceptualización que, apoyado en las categorías fundamentales del psicoanálisis, ha ido conquistando nuevos territorios y campos de aplicación. Se trata también de un posicionamiento ético frente a la enfermedad y su implementación se teje con enunciados, discursos e instituciones que la regulan. (Kuras Mauer, 2017)

Retomando que el dispositivo tiene una naturaleza estratégica, heterogeneidad y su entramado de red; puedo afirmar que lo estratégico del dispositivo es aquello que lo origina, lo organiza y configura su discurrir. La heterogeneidad del dispositivo de acompañamiento atañe a la formación, a la diversidad de su práctica clínica y a la multiplicidad de formulaciones teóricas; pero también son heterogéneos los modos de constitución de los dispositivos, su inserción disciplinaria. La noción de red de relaciones plantea al dispositivo como una malla en la que se tejen relaciones entre elementos.

Deleuze plantea al dispositivo como una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal. Está compuesto por líneas de diferente naturaleza y esas líneas del dispositivo no abarcan ni rodean sistemas cada uno de los cuales sería homogéneo por su cuenta, sino que siguen direcciones diferentes. (Deleuze, 1990)

Se puede arrojar entonces que el acompañamiento terapéutico es también una especie de madeja compuesta por fibras heterogéneas, desparejas.

El acompañamiento terapéutico, mediante el concepto foucaultiano de dispositivo, gana la posibilidad de ser caracterizado como una práctica estratégica concreta. Crea una realidad compleja y móvil, irreductible al marco de una disciplina y tiene aspectos de multiplicidad, actualidad, singularidad, continuidad y discreción que caracterizan al acompañamiento

terapéutico; como dice Foucault un dispositivo es una “máquina para hacer ver y para hacer hablar”. En esta línea de pensamiento, el acompañamiento terapéutico es un dispositivo de intervención clínica.

Kuras de Mauer y Resnizky indican que “Frente al recurso asilar surgió una propuesta de atención en salud mental que opone el chaleco químico la posibilidad de una contención humana”.

3.4. Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano como coordinada.

El dispositivo de acompañamiento terapéutico tiene como objetivo fortalecer las estrategias diseñadas y desarrolladas por profesionales, coordinadores, equipos y/u otros dispositivos. Los servicios del dispositivo pueden desarrollarse dentro del hogar, en ambientes educativos o laborales, en actividades recreativas y de esparcimiento, así como en el tránsito de una internación hospitalaria. Este dispositivo intenta dar respuesta a aquellas situaciones que por su complejidad corren el riesgo de quedar por fuera de las modalidades de asistencia existentes. Al mismo tiempo promueve la problematización necesaria de la singularidad de cada caso, permitiendo un abordaje enmarcado clínicamente.

En tal sentido el acompañamiento terapéutico contribuye y/o posibilita la construcción de un espacio transicional que dé lugar a la producción de autonomía para que algo del sufrimiento pueda ceder. Esto es, propiciar un pasaje del encriptamiento del sufrimiento en soledad a la construcción de un problema con otros.

Leonel Dozza de Mendonça (2017) inaugura una pregunta a la que construye una respuesta que permite establecer coordenadas certeras para pensar la práctica de Acompañamiento Terapéutico constituida en especialidad.

La mencionada pregunta es: ¿Cuáles serían los elementos que constituyen las fronteras del AT en relación a otras prácticas similares pero distintas?

Para la respuesta propone como pilares: La formación específica (concepción vincular y clínica de lo cotidiano); el encuadre: estable y abierto; la supervisión/coordinación del equipo y la inclusión en la estrategia del tratamiento.

Con formación específica refiere directamente a formarse en una concepción vincular de la existencia humana y, más específicamente, del sufrimiento psíquico.

Con el término clínica de lo cotidiano el autor viene a indicar que, más allá de la comprensión clínica que podamos tener de los procesos vinculares, el acompañamiento terapéutico se procesa en gran medida mediante situaciones e intervenciones escénicas.

Cabe mencionar que otro pilar que lo diferencia de otras prácticas es el Encuadre. Su propuesta posiciona la intervención desde un encuadre abierto, es decir, abierto a la participación, por lo general no planificada, de terceros, ya sea un camarero, vecinos, amigos y familiares del paciente. Desde esta noción de encuadre, las situaciones dejan de ser “interrupciones” o “ataques al encuadre” y pasan a poder pensarse y analizarse como situaciones que pueden contribuir en la construcción.

En lo que respecta al Tiempo, en AT se interviene desde un encuadre fijo (no rígido), es decir, se encuadra las citas, por ejemplo, los martes y los jueves de tal a cuál hora.

El aspecto temporal del encuadre es un gran facilitador de la vinculación y es una referencia estable que permite valorar los procesos vinculares que se van desarrollando.

Por último, el AT, por sí sólo, no es el tratamiento sino algo que puede incluirse en la estrategia de un tratamiento. Para que sea específicamente AT tiene que estar en coordinación con la estrategia terapéutica o de tratamiento que se construye para cada sujeto en cada caso.

3.5. Acompañamiento Terapéutico y Psicoanálisis

Resulta propicio ubicar coordenadas teóricas, epistemológicas y profesionales que orienten el trabajo con cada sujeto y sin dudas eso no estará dado solamente por una definición de la figura del acompañante ni en lo que potencialmente podría hacer. La brújula del psicoanálisis (Ocariz, 2017) plantea un horizonte general: una praxis sostenida transferencialmente que se propone producir transformaciones en estados de sufrimiento subjetivo respetando la singularidad de cada caso, orientada éticamente.

Existen muchas y diversas definiciones de Acompañante Terapéutico en las que se le atribuyen actividades y funciones, considerando las tareas que puede realizar, las funciones que puede asumir, los campos de prácticas en los que puede incluirse, etc. Respecto a este punto expresa Cecilia López Ocariz (2017), que si podemos encontrar una coprevalencia en todas ellas es que las coordenadas que orientarán la posición del Acompañante Terapéutico

se sitúan respecto del lazo y afirmar que estas coordenadas estarán dadas por el particular modo de sostener y trabajar con el lazo transferencial.

Me resulta pertinente refiriéndome a un nodo importante del quehacer del Acompañante Terapéutico, poner en consideración y seguir nuevamente el hilo de López Ocariz (2017) cuando avanza sobre la disponibilidad libidinal del acompañante y cómo se ofrece el Acompañante Terapéutico al lazo.

La autora (López Ocariz,2017) expresa que la dimensión libidinal del lazo no está dada sólo por su dimensión transferencial que pone en juego el acompañado, sino también por la disponibilidad libidinal del acompañante para propiciar y sostener ese lazo. Es decir, no se trata de una disposición para ejecutar acciones específicas, sino que implica una disposición de cierto monto de libido para sostener las actividades o la presencia requerida.

3.6. Sobre la Transferencia en el Acompañamiento Terapéutico

Melero (2019) postula que lo que caracteriza al Acompañante Terapéutico es el desarrollo de un vínculo afectivamente significativo, que es encausado clínicamente para producir salud. Eso que nombramos como vínculo afectivamente significativo, es una de las formas de lo que en psicoanálisis se llama transferencia. Entonces el autor desenfunda una pregunta certera: ¿Cuáles son las características de la transferencia que nos importa especialmente comentar hoy en relación al AT?

La respuesta que esgrime Melero, y su planteo como fundamento, es que “la transferencia en rigor implica la posibilidad de crear novedades en el registro vincular de las personas, para que esas novedades puedan desplegarse en otros ámbitos que no son el terapéutico, en otras relaciones sociales”.

En el mismo escrito Melero (2019) propone respecto al trabajo del Acompañante Terapéutico y la transferencia, que “hay una cierta ingenuidad en creer que se pueden ofrecer rasgos identificatorios de manera voluntaria, ya que la identificación es un proceso construido a nivel inconsciente, e impulsado por el deseo”. Sigue desarrollando la idea: “El acompañante terapéutico, antes de ofrecer rasgos identificatorios como si fuera algo deliberado, debe reflexionar sobre aquello que el otro le propone, y disponer de un marco teórico o de un

universo de ideas que le permita metabolizar lo que el otro manifiesta, para decidir qué direccionalidad va a imprimirle a su apuesta como acompañante”.

Es posible pensar la transferencia como la creación de condiciones para que el otro deposite sobre la figura del Acompañante Terapéutico y así poder trabajar juntos, no con él o sobre el paciente. La transferencia no se ofrece, se produce en el encuadre. Y la intervención, siempre es, en primera instancia a través de la escucha. El vínculo más la posibilidad de trabajo, de ese modo se interviene como Acompañante Terapéutico. Construir con el otro las herramientas para dar condiciones de elaboración de ese padecimiento.

El dispositivo no es el equipo efectivamente, sino la lectura que se hace con las posibilidades de trabajo. Es por eso que lo posible se da a través del vínculo. El Acompañante Terapéutico cumple la función de poner a jugar en el vínculo, donar algo de las lecturas.

4. El equipo terapéutico como un espacio que aloja

Para introducir a este tema resulta relevante citar reflexiones de Alicia Stolkiner (1999) sobre el trabajo interdisciplinario. La autora nos propone un camino de análisis en un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal. Dice al respecto: “las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo”.

En lo concerniente al equipo terapéutico, resulta esencial que el AT tenga participación en la construcción de la estrategia terapéutica en cada caso, podemos leer esta propuesta de análisis orientándonos a que, tanto el equipo como la dinámica de trabajo deben buscar su sentido operativo con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Siguiendo la reflexión de Stolkiner, pero pensando en clave de construcción de un equipo terapéutico y asumiendo la proposición como condición de posibilidad de lectura, este movimiento inevitablemente implica declinaciones, renunciamentos que serán terreno fértil para la posibilidad transformación. Stolkiner(1999) lo expresa así: “La participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera, y fundacional, es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud”. Otro autor de basta producción en lo referente a interdisciplina es Edgar Morín que en Sobre la interdisciplinariedad (Morin, 1994), respecto de la unidad de las disciplinas reconoce que ésta no depende sólo de buenas intenciones y para él “la

integración de la ciencia tiene sentido sólo si es capaz de aprehender, al mismo tiempo, la unidad y la diversidad, la continuidad y las rupturas”.

En la misma línea Beri y Tello (Beri, C.; Tello, C. 2005) proponen seguir el compás hacia la interdisciplina con la misión de amalgamar contextos diversos que posibiliten la integración de los saberes dispersos y realizar un esfuerzo por llevar a cabo una reflexión que se exija a sí misma contextualizar y enhebrar las informaciones y los conocimientos.

Trabajar en equipo tiene la ventaja de que esta función de acompañamiento y de sostén no repose en las características individuales de una persona, lo que garantiza su continuidad a lo largo del tiempo y de una multiplicidad de recursos para sobrellevar los eventuales inconvenientes o imprevistos.

El Acompañante Terapéutico no trabaja en soledad, de manera aislada, sino que la dimensión de lo grupal es de prioridad. Su trabajo se inscribe dentro de un equipo. La tarea misma se define en este seno, donde varios profesionales y con un espíritu interdisciplinario, crean una estrategia clínica concreta.

Para que haya acompañamiento terapéutico tiene que haber dispositivo y la estrategia no puede ir en detrimento de la autonomía del paciente. Es fundamental que el Acompañante Terapéutico tenga claro que la finalidad del trabajo es siempre dar lugar al sujeto para que construya un grado de autonomía que le permita asumir un compromiso con su propio deseo, para que algo del sufrimiento ceda. La posibilidad que ofrece el acompañamiento terapéutico es la de generar un espacio diferenciado que le permita al sujeto construir con un otro.

El territorio del acompañante se define en situación, y ello a partir de que se define un proyecto terapéutico. Parados desde el paradigma de la complejidad, y sustentando una noción de sujeto que entiende que no se lo puede aislar de su contexto histórico y social del cual su posición subjetiva emerge. Cualquier abordaje que no tenga en cuenta esta dimensión histórica social presente estará condenado al fracaso.

En salud mental y adicciones, Prácticas y experiencias de Programa Andrés Rosario (Cárcamo, I. et.al. 2012), se encuentra de manera clara la conceptualización de lazo social.

Toman a Lewokowics y a Lyotard, que conceptualizan el lazo social como el efecto del posicionamiento subjetivo determinado tanto por una historia en común, como por la referencialidad a un mismo código que los integrantes de una sociedad poseen, y que les permiten relacionarse. Lo que permite la construcción de estos lazos sociales, es la capacidad que el sujeto posee de investir libidinalmente a los objetos. Y lo que sostiene y regula ese

lazo social es el discurso, es decir, una estructura que permita leer ese vínculo, las relaciones que se establecen y que se dan entre partes. Acompañar en la cotidianidad como suele decirse del Acompañante Terapéutico ¿No sería equivalente de estar presente en lo cotidiano del padecer psíquico del sujeto? Si solo acompañamos ese malestar queda en suspenso, hay que interrumpirlo para que se desvíe hacia otros circuitos. Y sería más bien, acompañar a que esa persona encuentre el modo de transitar la vida.

Marco Metodológico

Tipo de estudio

El tipo de diseño utilizado para la investigación, según los objetivos, descriptivo y transversal.

Estudio descriptivo: Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), un estudio descriptivo tiene como objetivo principal describir las características o propiedades de una población, fenómeno o situación de estudio, sin establecer relaciones causales ni manipular variables. Es decir, busca responder a preguntas como "¿qué ocurre?", "¿cómo es?" (p. 67). En un estudio descriptivo, se recopila y analiza información de manera sistemática para proporcionar una representación precisa y completa del fenómeno o población de interés.

Estudio transversal: Según Creswell (2014), un estudio transversal implica recolectar datos en un solo momento en el tiempo, con el objetivo de describir o analizar una población o fenómeno en un momento específico. Este tipo de diseño es adecuado para estudios en los que el interés se centra en una instantánea de la población o fenómeno de estudio en un momento particular, sin seguir a los participantes a lo largo del tiempo. Los datos se recopilan de manera simultánea de todos los participantes y se analizan para describir la distribución o características del fenómeno o población en estudio en ese momento.

Unidades de análisis.

Población:

Acompañantes terapéuticos que se encuentran cursando la carrera de Psicología y desempeñan su labor en la ciudad de Rosario.

Muestra

La muestra estuvo constituida por $N = 30$ acompañantes terapéuticos que se encuentran cursando el último año de la carrera de Psicología y trabajan en la ciudad de Rosario. La edad de los sujetos de la muestra está comprendida entre los 20 y 50 años.

Criterios De Selección De La Muestra

En esta investigación la muestra es no probabilística, también llamada muestreo intencional o de conveniencia. Esto es que la selección de la muestra ha sido arbitraria y “la elección de los elementos (de la muestra) no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características del investigador. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones” (Hernández Sampieri et al, 1991) y de los objetivos de la investigación.

La utilidad de la muestra no probabilística en un diseño de estudio es que no se requiere tanto de una representatividad de elementos de una población sino la muestra de sujetos expertos respecto de un tema. Según Hernández Sampieri (1991) “En ciertos estudios es necesaria la opinión de sujetos expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas” (1991); pero también explica que los sujetos-tipo también son una muestra “utilizada en este tipo de investigaciones donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización” (1991).

Instrumentos de recolección de datos

- Cuestionario sociodemográfico MBI, (Burnout Maslach Inventory).
- Entrevista Semiestructurada
- Encuesta

Cuestionario sociodemográfico Burnout Maslach Inventory (MBI).

Descripción Del Instrumento De Registro

Se administró el cuestionario sociodemográfico MBI, (Burnout Maslach Inventory de Maslach) elaborado por Maslach y Jackson en el año 1981, el cual busca establecer la correlación entre los factores situacionales y el estar emocionalmente exhausto.

El MBI es un inventario autoadministrado que consta de 22 reactivos, los cuales son aseveraciones sobre sentimientos personales o actitudes. Estos reactivos se valoran utilizando una escala Tipo Likert conformada por siete adjetivos, que evalúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems: (0) Nunca; (1) Alguna vez al año o menos; (2) Una vez al mes o menos; (3) Algunas veces al mes; (4) Una vez a la semana; (5) Varias veces a la semana; (6) Diariamente.

Gil-Monte y Peiró (1997) llevaron a cabo un estudio de validación del MBI en la población española, que incluyó la adaptación y validación del cuestionario en español. Algunos de los criterios de validación utilizados en este estudio incluyen:

Validez de contenido: Se realizó una revisión exhaustiva del cuestionario original de Maslach y se llevaron a cabo adaptaciones y ajustes para asegurar la pertinencia y adecuación del cuestionario en la población española.

Validez de constructo: Se llevaron a cabo análisis de factorialidad para evaluar la estructura factorial del cuestionario y asegurar que las subescalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal median constructos distintos y relacionados con el síndrome de burnout.

Validez concurrente: Se realizaron comparaciones con otras medidas de síntomas relacionados con el estrés laboral y la salud mental para evaluar la capacidad del MBI para discriminar entre grupos con y sin síntomas de burnout.

Validez de criterio: Se evaluó la capacidad del MBI para predecir variables relacionadas con el síndrome de burnout, como la satisfacción laboral, el absentismo y el turnover.

Fiabilidad: Se evaluó la consistencia interna de las subescalas del MBI a través del cálculo de coeficientes alfa de Cronbach, que indican la consistencia interna y confiabilidad de las puntuaciones del cuestionario.

Entrevista Semiestructurada

Descripción del instrumento de registro

Como señalan Bogdan y Taylor: “Para adquirir conocimientos sobre la vida social, los científicos sociales reposan en gran medida sobre relatos verbales” (Bogdan y Taylor, 1987). La entrevista cualitativa es flexible y dinámica, no estructurada, no estandarizada y abierta. Se trata de un instrumento que permite una narración conversacional creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado.

María J. Mayan en ‘Una introducción a los métodos cualitativos’, expresa que “La entrevista semiestructurada se usa cuando el investigador sabe algo acerca del área de interés, por ejemplo, desde la revisión de la literatura, pero no lo suficiente como para responder las preguntas que se ha formulado”. (Mayan, 2001).

Este tipo de entrevista puede diseñarse como entrevista de tópico, es decir, una entrevista que busca indagar sobre determinado evento o tema.

En la entrevista semiestructurada existe posibilidad para la reformulación y la profundización en algunas áreas, combinando algunas preguntas de alternativas abiertas con preguntas de alternativas cerradas de respuesta. Por lo general, existe una pauta de guía de la entrevista, en donde se respeta el orden y el fraseo de las preguntas. Por ejemplo: “¿Trabaja actualmente?”, se podría profundizar preguntando ¿En qué trabaja? si la respuesta hubiera sido afirmativa.

El tipo de datos que deseamos recoger pueden referirse a una comunidad concreta, a una experiencia o acontecimiento determinado, o a un problema de investigación social. Estas diferencias, son las que van a determinar las técnicas utilizadas en la entrevista

Consideraciones éticas

Se ha garantizado a los participantes de la investigación el completo anonimato en las entrevistas; cuyos datos serán usados exclusivamente para los objetivos del estudio. Ante consentimiento informado los participantes han expresado voluntariamente su intención de ser incluidos en la investigación.

Análisis de datos

Encuesta

A partir del análisis se registra que la mayoría de los sujetos de la muestra se encuentra en un rango de edad de entre 35 y 45 años que representa un 73,3% y el 26,7% restante se encuentra en el rango de 18 a 30 años.

En referencia al sector en el que trabajan, los resultados muestran que el 63,3% trabaja en sector privado, este porcentaje representa a 19 sujetos de la muestra.

Respecto del tipo de contrato el 63,3% trabaja con contrato temporal; el 33,3% bajo una modalidad no especificada, referenciada como Otro tipo de contrato; y solo el 3,3% trabaja con contrato fijo.

En cuanto al registro referente al tiempo en el ejercicio de la profesión el 63,3% (19) de los sujetos tiene una antigüedad de 2 a 5 años; un 30% (9) entre 6 y 10 años y un 6,7% (2) un año.

Entrevista

Ejes temáticos principales de la entrevista y áreas de interés correspondientes.

Se construyeron estas categorías para analizar y organizar la información recopilada en la entrevista, identificando los temas clave y las áreas de interés.

Eje 1: Experiencia y Contexto Laboral
Experiencia como Acompañante Terapéutico
Oferta y demanda en el contexto laboral en la práctica profesional actualmente
Eje 2: Horario y Dinámica de Trabajo
Diferencias entre trabajar menos de tres y más de tres horas diarias con una misma persona acompañada
Frecuencia semanal de trabajo
Eje 3: Trabajo en Equipo
Integración en equipo terapéutico

Relación con el profesional convocante o coordinador del dispositivo
Diferencias entre trabajar con y sin equipo terapéutico
Reuniones periódicas de re trabajo de casos con el equipo terapéutico
Importancia de las reuniones de equipo para re trabajo de casos
Eje 4: Participación y Estrategia Terapéutica
Participación del Acompañante Terapéutico en la construcción de estrategias terapéuticas
Eje 5: Autocuidado y Psicoterapia Personal
Uso de espacios de psicoterapia personal

A partir de los datos recogidos en las entrevistas es posible afirmar que existe una alta demanda de acompañantes terapéuticos en la ciudad de Rosario, pero los salarios y remuneraciones se encuentran desactualizados, a la vez que se registran extensas demoras en la acreditación de los pagos ya que la mayoría de los mismos están sujetos a los tiempos burocráticos de las obras sociales y/o prepagas. Esta modalidad conlleva que los profesionales inevitablemente tengan que tomar muchos acompañamientos al mismo tiempo, lo que en relación a la cantidad de horas trabajadas por semana los resultados muestran que el 56,7% de los acompañantes trabajan más de 10 horas semanales; el 23,3% 10 horas por semana; el 13,3 trabaja 8 horas semanales y el 6,7% de los acompañantes menos de 8 horas por semana.

En relación al trabajo del acompañante integrado en un equipo terapéutico interdisciplinario todos los profesionales lo consideran una condición necesaria, lo expresan de la siguiente manera y son referidos al puesto laboral en concreto, a la organización y a la propia persona.

Entrevistado 1: *“En el trabajo en equipo se pueden pensar las estrategias terapéuticas con otros, las vías posibles de trabajo. Compartir y expresar las dificultades con la que nos vamos encontrando en el trabajo cotidiano. Trabajar sin equipo de trabajo en mi experiencia me ha generado más cansancio, angustia, sentir que uno está solo, sin resguardo”.*

Entrevistado 12: *“Trabajar con equipo ofrece una red estratégica que permite elaborar e intervenir de manera más eficaz en los casos que presentan situaciones complejas”.*

Entrevistado 16: *“Trabajar sin equipo terapéutico es muy difícil porque no hay una estrategia terapéutica común que permita pensar y re trabajar situaciones cotidianas ni tampoco el caso a largo plazo”.*

Entrevistado 30: *“Nunca trabaje sin equipo. Trabajar con equipo me resulta de mucho aprendizaje al escuchar otros con mayor experiencia, de otras disciplinas diferentes a la carrera de psicología que estoy estudiando”.*

Entrevistado 17: *“Trabajar sin equipo no es posible hoy en día ya que el AT quedaría muy expuesto y haciendo el trabajo de estrategia a la vez que poniendo el cuerpo en las intervenciones diarias lo que generaría un desgaste enorme e imposible de sostener”.*

De acuerdo a lo registrado 27 de 30 (90%) profesionales entrevistados considera relevantes las reuniones de equipo para retrabajo de casos. Los datos obtenidos reflejan que las reuniones tienen una duración aproximada de dos horas y se registran dos modalidades predominantes: presenciales y virtuales, pudiendo intercalarse la periodicidad y modalidad según consideraciones para cada caso particular. Además, hay comunicación no formal vía WhatsApp.

El 100% (30) de los sujetos entrevistados remarca la importancia sustancial de la participación del acompañante terapéutico en la construcción de la estrategia terapéutica en cada caso ya que el dispositivo de acompañamiento terapéutico se inserta en el marco de un trabajo interdisciplinario siendo el acompañante, un “recurso clínico especializado” (Rossi, 2013) que permite sostener un proyecto terapéutico con su inserción en la vida cotidiana del paciente y familia. Resulta relevante esta consideración ya que la participación implica una mayor carga horaria de trabajo, la necesidad de actualización en formación constante para la mejora en el trabajo que se traduce en un elevado nivel de compromiso y responsabilidad en cada caso, a la vez que aumenta la probabilidad de que se desencadenen estresores.

Ante la pregunta sobre si recurren a algún espacio psicoterapéutico individual, 28 de los 30 profesionales lo hacen. Los dos AT que completan la nómina de 30 no recurren a un espacio individual de psicoterapia.

Cuestionario sociodemográfico MBI, (Burnout Maslach Inventory)

Se administró el cuestionario sociodemográfico MBI, (Burnout Maslach Inventory) elaborado por Maslach y Jackson en el año 1981, el cual busca establecer la correlación entre los factores situacionales y el estar emocionalmente exhausto.

Consiste en un inventario autoadministrado, conformado por 22 reactivos que son aseveraciones sobre sentimientos personales o actitudes, valorados con una escala Tipo Likert conformada por siete adjetivos que evalúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems: (0) Nunca; (1) Alguna vez al año o menos; (2) Una vez al mes o menos; (3) Algunas veces al mes; (4) Una vez a la semana; (5) Varias veces a la semana; (6) Diariamente.

El instrumento está conformado por tres subescalas que miden las dimensiones características del Burnout:

Agotamiento emocional: formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar emocionalmente exhausto y agotado por el trabajo.

Despersonalización: consiste en 5 ítems que describen una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios de cuidados o servicios. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Realización Personal: contiene 8 ítems que describen sentimiento de competencia, autoeficacia y logro personal en el trabajo.

Según Gil Monte y Peiró, (1997) un alto grado de Burnout se refleja en los puntajes elevados de las subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización; y bajo en Realización Personal. El término medio se refleja en los puntajes medios en las subescalas de Realización Personal. Las puntuaciones se consideran bajas entre 1 y 33 puntos. En la subescala Agotamiento Emocional el puntaje máximo es de 54 puntos. En la escala Despersonalización es de 30, y en la subescala Realización Personal el puntaje máximo alcanza los 56 puntos.

El análisis de los datos recogidos muestra que 96,7% de los profesionales entrevistados obtienen puntajes elevados en la subescala de Agotamiento Emocional que representa un alto nivel de Burnout. El 3,3% restante ha obtenido una puntuación que se ubica en el nivel moderado de Burnout. El promedio general de puntaje de los sujetos en esta subescala es de 39,7 puntos, este es un indicador adicional de alto nivel de Burnout. (Gráfico 1)

En la subescala Despersonalización se registra 50% de los sujetos han obtenido elevados puntajes indicando estos resultados alto nivel de Burnout. El otro 50% ha obtenido puntajes que indican moderado nivel de Burnout. (Gráfico 2)

73,3% de los sujetos ha obtenido baja puntuación en la subescala Realización Personal contribuyendo este indicador al resultado de un alto nivel de Burnout. 22 sujetos de un total de 30 se encuentran en este porcentaje. 6 sujetos de la muestra representan el 20% que ha

obtenido puntajes que reflejan nivel moderado y 2 sujetos representan el 6,7% que ha obtenido puntajes elevados en esta subescala. (Gráfico 3)

Corrección De La Prueba

El instrumento está conformado por tres subescalas que miden las dimensiones características del Burnout:

Subescala de Agotamiento Emocional

Consta de 9 preguntas que describen sentimientos de estar emocionalmente exhausto y agotado por el trabajo. La puntuación máxima en esta subescala es de 54 puntos. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto. Los ítems que conforman esta subescala son: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Subescala de Despersonalización

Está formada por 5 preguntas que describen una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios de cuidados o servicios. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima en esta subescala es de 30 puntos. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto. Los ítems que conforman esta subescala son: 5, 10, 11, 15 y 22.

Subescala de Realización Personal

Se compone de 8 preguntas que describen sentimientos de competencia, autoeficacia y logro personal en el trabajo. La puntuación máxima en esta subescala es de 48 puntos. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la realización personal. En este caso, la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal, más afectado está el sujeto. Los ítems que conforman esta subescala son: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

La validez de la estructura factorial del cuestionario ha sido ampliamente corroborada, así como su consistencia interna y fiabilidad, cuyos resultados arrojan un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.90 (Gil Monte y Peiró, 1997).

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Aunque no existen puntuaciones de corte clínicas para medir la existencia o no de burnout, se pueden utilizar los siguientes criterios orientativos: en la subescala de Agotamiento Emocional (AE), puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 correspondería a puntuaciones intermedias, y puntuaciones por debajo de 19 indicarían niveles de burnout bajos o muy bajos. En la subescala de Despersonalización (D), puntuaciones superiores a 10 serían indicativas de un nivel alto, de 6 a 9 medio y menores de 6 indicarían un bajo grado de despersonalización. En la subescala de Realización Personal (RP), un puntaje de 0 a 33 indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia, y superior a 40 indicaría una sensación de logro.

Gráfico 1.

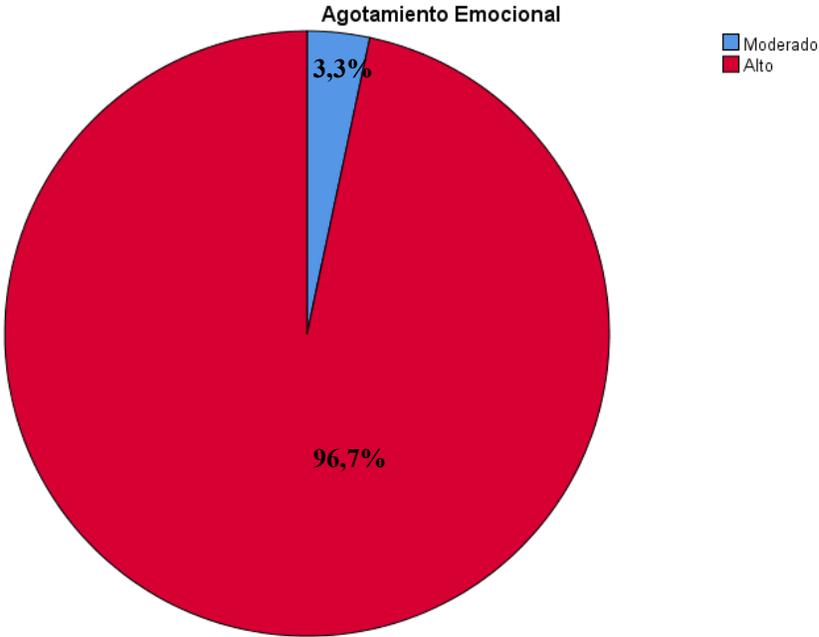


Gráfico 2.

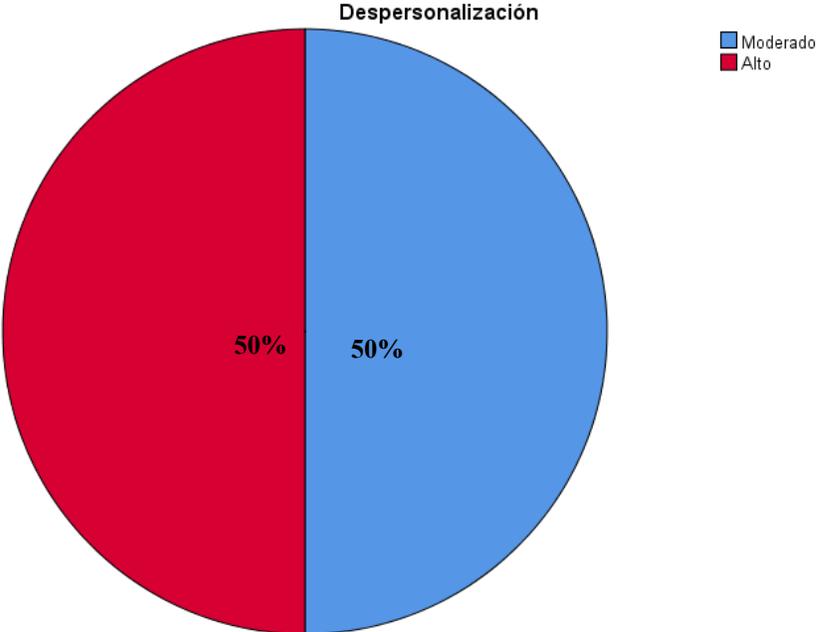
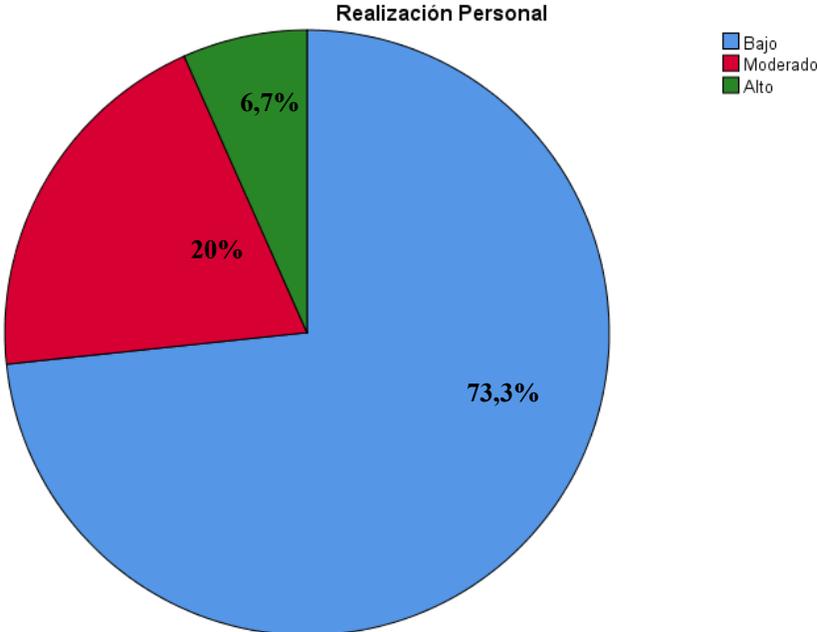


Gráfico 3.



Comparativa Variables sociodemográficas y Síndrome de Burnout

Al comparar los promedios generales de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con los valores de referencia establecidos, del análisis se obtienen las siguientes conclusiones:

Agotamiento Emocional: El promedio de agotamiento emocional (39.7) se sitúa en la categoría "Alto", superando el rango de referencia (27 – 54) para este nivel. Esto sugiere que los individuos evaluados están experimentando un agotamiento emocional significativo en su trabajo como Acompañantes Terapéuticos. El agotamiento emocional alto puede afectar negativamente su bienestar emocional y su capacidad para enfrentar las demandas laborales y emocionales.

Despersonalización: El promedio de despersonalización (10.7) se encuentra en la categoría "Moderado", dentro del rango de referencia (6 – 9) para este nivel. Esto indica que, si bien el nivel de despersonalización no es alarmantemente alto, existe cierto grado de distancia emocional o despersonalización en la interacción con los pacientes. Se debe considerar la importancia de mantener una conexión empática y genuina en el trabajo terapéutico.

Realización Personal: El promedio de realización personal (27.8) se sitúa en la categoría "Bajo", por debajo del rango de referencia (34 – 39) para este nivel. Esto sugiere que los individuos evaluados podrían estar experimentando un nivel insatisfactorio de realización personal en su trabajo. La baja realización personal puede influir en la satisfacción laboral y la motivación para seguir desempeñándose en la profesión.

En conjunto, los resultados indican que los Acompañantes Terapéuticos evaluados enfrentan altos niveles de agotamiento emocional, lo que podría impactar negativamente en su bienestar emocional y su capacidad para brindar un apoyo terapéutico efectivo. Además, se observa despersonalización en las interacciones y una baja realización personal en el trabajo. Estos hallazgos señalan la importancia de abordar el bienestar emocional de los profesionales y la implementación de estrategias de prevención.

VALORES DE REFERENCIA			
	Bajo	Moderado	Alto
Agotamiento emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56

PROMEDIO GENERAL 3 SUBESCALAS			
Agotamiento Emocional	Alto	Promedio	39.7
Despersonalización	Moderado	Promedio	10.7
Realización Personal	Bajo	Promedio	27.8

Edad

Rango de edad de 18-30 años: 26,7% (8 Sujetos)

Rango de edad de 31-45 años: 73,3% (22 Sujetos)

Sujeto	Edad	AE	AE	D	D	RP	RP
2	18-30	35	Alto	0	Bajo	31	Bajo
17	18-30	36	Alto	9	Moderado	24	Bajo
20	18-30	43	Alto	12	Alto	28	Bajo
22	18-30	46	Alto	15	Alto	21	Bajo
23	18-30	40	Alto	16	Alto	32	Bajo
26	18-30	38	Alto	10	Alto	34	Moderado
28	18-30	37	Alto	1	Bajo	26	Bajo
30	18-30	35	Alto	4	Bajo	23	Bajo

En esta tabla, los valores reflejan los niveles de Burnout para cada dimensión (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal) en el rango de edad de 18-30 años. Los valores "Alto", "Moderado" y "Bajo" indican el nivel de cada dimensión para cada sujeto. Los resultados sugieren que, en este rango de edad, los niveles de Agotamiento Emocional y Despersonalización son altos de acuerdo a los valores de referencia, mientras que la Realización Personal tiende a ser baja. Esto indica riesgo de síndrome de Burnout en esta población que se asocia también a las altas demandas laborales y estrés asociado al trabajo, que afectan especialmente a individuos más jóvenes y menos experimentados.

Sujeto	Edad	AE	AE	D	D	RP	RP
1	31-45	46	Alto	9	Moderado	28	Bajo
3	31-45	20	Moderado	0	Bajo	41	Alto
4	31-45	30	Alto	2	Bajo	40	Alto
5	31-45	37	Alto	9	Moderado	34	Moderado
6	31-45	37	Alto	7	Moderado	33	Bajo
7	31-45	41	Alto	0	Bajo	36	Moderado
8	31-45	34	Alto	3	Bajo	27	Bajo
9	31-45	40	Alto	8	Moderado	37	Moderado
10	31-45	28	Alto	1	Bajo	35	Moderado
11	31-45	38	Alto	14	Alto	37	Moderado
12	31-45	45	Alto	27	Alto	19	Bajo
13	31-45	51	Alto	25	Alto	19	Bajo
14	31-45	45	Alto	16	Alto	19	Bajo

15	31-45	49	Alto	23	Alto	16	Bajo
16	31-45	46	Alto	15	Alto	16	Bajo
18	31-45	45	Alto	21	Alto	14	Bajo
19	31-45	39	Alto	11	Alto	26	Bajo
21	31-45	46	Alto	15	Alto	30	Bajo
24	31-45	39	Alto	21	Alto	25	Bajo
25	31-45	45	Alto	13	Alto	31	Bajo
27	31-45	41	Alto	5	Bajo	27	Bajo
29	31-45	39	Alto	9	Moderado	24	Bajo

En esta tabla, se observa que las personas en el rango de edad de 31-45 años presentan niveles elevados de Agotamiento Emocional y Despersonalización, mientras que la Realización Personal tiende a ser baja. Esto indica que los trabajadores en este rango de edad están experimentando agotamiento emocional y desconexión con sus tareas laborales. Los altos puntajes registrados en la subescala Despersonalización también sugieren que experimentan desconexión emocional o despersonalización en su interacción con los acompañados en sus labores diarias.

Género	No se registran resultados que indiquen una influencia directa y relevante del género en el riesgo de experimentar el síndrome de burnout.
---------------	--

Respecto a esta variable es importante considerar que, aunque no se evidencie una asociación directa, podrían haberse incluido en los instrumentos preguntas para recopilar datos sobre roles histórico-culturales, responsabilidades, estereotipos de género, entre otros. Esto habría permitido un análisis más completo de la influencia de estas variables en el riesgo de síndrome de burnout.

Estado civil

Sujeto	Estado civil	AE	AE	D	D	RP	RP
1	Unión libre	46	Alto	9	Moderado	28	Bajo
2	Unión libre	35	Alto	0	Bajo	31	Bajo
3	Soltero (a)	20	Moderado	0	Bajo	41	Alto
4	Soltero (a)	30	Alto	2	Bajo	40	Alto
5	Unión libre	37	Alto	9	Moderado	34	Moderado
6	Soltero (a)	37	Alto	7	Moderado	33	Bajo
7	Soltero (a)	41	Alto	0	Bajo	36	Moderado
8	Unión libre	34	Alto	3	Bajo	27	Bajo
9	Soltero (a)	40	Alto	8	Moderado	37	Moderado
10	Soltero (a)	28	Alto	1	Bajo	35	Moderado
11	Casado (a)	38	Alto	14	Alto	37	Moderado
12	Unión libre	45	Alto	27	Alto	19	Bajo
13	Unión libre	51	Alto	25	Alto	19	Bajo
14	Unión libre	45	Alto	16	Alto	19	Bajo
15	Unión libre	49	Alto	23	Alto	16	Bajo
16	Unión libre	46	Alto	15	Alto	16	Bajo
17	Soltero (a)	36	Alto	9	Moderado	24	Bajo
18	Unión libre	45	Alto	21	Alto	14	Bajo
19	Casado (a)	39	Alto	11	Alto	26	Bajo
20	Soltero (a)	43	Alto	12	Alto	28	Bajo
21	Unión libre	46	Alto	15	Alto	30	Bajo
22	Casado (a)	46	Alto	15	Alto	21	Bajo
23	Soltero (a)	40	Alto	16	Alto	32	Bajo
24	Soltero (a)	39	Alto	21	Alto	25	Bajo
25	Casado (a)	45	Alto	13	Alto	31	Bajo
26	Soltero (a)	38	Alto	10	Alto	34	Moderado
27	Separado(a)	41	Alto	5	Bajo	27	Bajo
28	Unión libre	37	Alto	1	Bajo	26	Bajo
29	Casado (a)	39	Alto	9	Moderado	24	Bajo
30	Soltero (a)	35	Alto	4	Bajo	23	Bajo

Casado: 16% (5 Sujetos).

Separado: 3.33% (1 Sujetos).

Unión libre: 40% (12 Sujetos).

Soltero: 40% (12 Sujetos).

En la tabla puede apreciarse puntajes elevados en las subescalas Agotamiento Emocional y Despersonalización, a la vez que puntajes que indican Realización Personal baja. Sin embargo, a partir de los datos analizados en las encuestas y entrevistas revelan que las personas casadas o con una relación estable disponen de una red de apoyo, un entramado socioafectivo y recursos emocionales que contribuye a reducir el riesgo de burnout en comparación con las personas solteras o divorciadas.

Sector

Privado.

Público.

Mixto.

Otro.

Sector: Los resultados obtenidos en referencia a esta variable exponen que en el sector privado trabajan: 19 sujetos de un total de 30 es decir el 63.33%. En el sector público trabajan: 1 sujeto expresando el 3.33% de la muestra. Quienes trabajan en un sistema mixto representan el 13.33% es decir 4 sujetos de 30. En otro sistema (no especificada la modalidad) trabajan 6 de 30 sujetos que representan el 20%.

Tipo de contrato

Tipo de contrato: 63.33% de la muestra, es decir 19 sujetos de total de 30, trabaja bajo la modalidad de Contrato Temporal. El 33.33% lo hace bajo Otro tipo de contrato y un solo sujeto que representa el 3.33% lo hace bajo la modalidad de Contrato Fijo. El análisis de las variables Sector y Tipo de contrato expresa una preponderancia de trabajo en el sistema privado (63.33%) a la vez que es predominante la modalidad de contrato temporal (63.33%). En conclusión, se infiere que estas dos variables influyen en el riesgo de experimentar el síndrome ya que se identificaron desencadenantes, como la precariedad laboral, largas jornadas de trabajo, salarios y remuneraciones desactualizados, a la vez que se registran extensas demoras en la acreditación de los pagos.

Antigüedad

1 año de antigüedad: 6.67% (2 sujetos).

2 a 5 años: 63.33% (19 sujetos).

6 a 10 años: 30% (9 sujetos).

En referencia a esta variable se observa que puede tener una influencia relativa ya que puede implicar una mayor habilidad para administrar el tiempo de manera efectiva, capacidad de elección y participación en un caso según análisis de los propios recursos subjetivos y técnicos. Estas habilidades y recursos pueden desempeñar un papel crucial como factores protectores contra el desarrollo del síndrome de burnout, pero no pueden asociarse exclusivamente con la variable mencionada.

Ingresos

Se ha tomado como referencia el Salario Mínimo Vital y Móvil de abril de 2023, en \$80.342

Los valores de referencia de valor hora son los de Incluir Salud (\$595) y Iapos (\$1463) ya que son los dos prestadores que en las entrevistas se registraron predominantes.

El promedio de valor hora de acompañamiento terapéutico es de \$979, por lo tanto un profesional necesitaría trabajar aproximadamente 21 horas por semana y 82 horas al mes para alcanzar el monto del Salario Mínimo Vital y Móvil que es la menor remuneración que debe percibir en efectivo el trabajador que en teoría le aseguraría una alimentación adecuada, vivienda digna, educación, vestuario, asistencia sanitaria, transporte y esparcimiento, vacaciones y previsión.

Los resultados de la investigación expresan que esta variable sociodemográfica se asocia al burnout pues los salarios y remuneraciones desactualizados a la vez que las extensas demoras en la acreditación de los pagos de las obras sociales y/o prepagas, se relacionan con la responsabilidad y superación personal que es motivada por un salario digno.

Carga horaria laboral

Sujeto	Carga laboral	AE	AE	D	D	RP	RP
1	Mas de 10	46	Alto	9	Moderado	28	Bajo
3	Mas de 10	20	Moderado	0	Bajo	41	Alto

4	Mas de 10	30	Alto	2	Bajo	40	Alto
5	Mas de 10	37	Alto	9	Moderado	34	Moderado
6	Mas de 10	37	Alto	7	Moderado	33	Bajo
11	Mas de 10	38	Alto	14	Alto	37	Moderado
12	Mas de 10	45	Alto	27	Alto	19	Bajo
14	Mas de 10	45	Alto	16	Alto	19	Bajo
17	Mas de 10	36	Alto	9	Moderado	24	Bajo
20	Mas de 10	43	Alto	12	Alto	28	Bajo
21	Mas de 10	46	Alto	15	Alto	30	Bajo
23	Mas de 10	40	Alto	16	Alto	32	Bajo
24	Mas de 10	39	Alto	21	Alto	25	Bajo
26	Mas de 10	38	Alto	10	Alto	34	Moderado
27	Mas de 10	41	Alto	5	Bajo	27	Bajo
28	Mas de 10	37	Alto	1	Bajo	26	Bajo
29	Mas de 10	39	Alto	9	Moderado	24	Bajo

Se concluye que tener una carga de trabajo de 10 horas semanales o más, con altas demandas y plazos ajustados, aumenta el riesgo de burnout. 24 sujetos de la muestra (80%) trabajan 10 horas semanales o más. Se concluye que esta variable se asocia con el riesgo de burnout.

En el análisis de los datos obtenidos en las encuestas y entrevistas se registran indicadores desencadenantes relacionados con el Burnout, como la precariedad laboral que se relaciona a largas jornadas de trabajo sin la remuneración correspondiente o en un ambiente que afecta la salud física y/o psicológica del trabajador.

Conclusiones

Para finalizar, resulta de especial interés retomar el objetivo general que tuvo el presente trabajo: Describir qué relación existe entre los niveles de Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas (Edad, Género, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos, estudiantes de psicología de la ciudad de Rosario.

En relación al primer objetivo específico, el cual consistía en Identificar el nivel de Síndrome de Burnout en acompañantes terapéuticos que se encuentran cursando el último año de la carrera de Psicología y desempeñan su labor en la ciudad de Rosario. En una primera afirmación general se confirma, mediante los datos relevados, que las personas que

experimentan el síndrome de Burnout tienen autopercepciones comunes y significativas. Estas incluyen la pérdida de autoestima, acompañada de fatiga emocional, física y mental, falta de entusiasmo, sentimientos de impotencia e inutilidad, y la sensación de no poder dar más de sí mismas. Estos indicadores son señales de que el síndrome está presente.

El análisis de los datos recogidos revela una situación destacada en relación al nivel de burnout entre los profesionales. Según los resultados obtenidos, se observa que un 96,7% presenta puntajes elevados en la subescala de Agotamiento Emocional, lo cual indica que una relevante mayoría de los participantes (29) experimenta un alto nivel de cansancio emocional y agotamiento en su trabajo.

Además, se registra que el 50% de los sujetos (15) ha obtenido puntajes elevados en la subescala de Despersonalización. Esto sugiere que la mitad de los participantes muestra un alto grado de despersonalización, es decir, han desarrollado actitudes y comportamientos distanciados o deshumanizados hacia su trabajo y las personas con las que interactúan en el entorno laboral.

Por otro lado, el restante 50% de los sujetos (15) ha obtenido puntajes que indican un nivel moderado de burnout en la subescala de Despersonalización. Esto implica que aún existe un grupo considerable de profesionales que experimenta un grado significativo de despersonalización, aunque no tan pronunciado como el primer grupo mencionado.

Adicionalmente, se destaca que un 73,3% de los sujetos ha obtenido una baja puntuación en la subescala de Realización Personal. Este resultado indica que 22 profesionales se sienten insatisfechos y desmotivados en su trabajo, lo cual contribuye a un alto nivel de burnout.

Los resultados muestran una situación relevante en cuanto al nivel de burnout entre los profesionales entrevistados. Los elevados puntajes registrados en las subescalas agotamiento emocional, despersonalización y bajos registros en realización personal señalan la importancia de abordar este tema y promover un entorno laboral más saludable y equilibrado, donde los profesionales puedan encontrar satisfacción y bienestar en su trabajo.

En torno al objetivo específico “Analizar dimensiones de las variables sociodemográficas estudiadas” (Edad, Género, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) y respecto al objetivo específico

que consistía en “Establecer asociaciones entre Síndrome de Burnout y variable sociodemográficas”.

A partir del análisis de los datos se deduce que los factores sociodemográficos pueden influir en la probabilidad de experimentar síndrome de burnout. A continuación, se mencionan algunas variables sociodemográficas que se analizaron en la investigación y han resultado relevantes ya que pueden influir en el síndrome de burnout:

Edad: las personas en el rango de edad de 31-45 años presentan niveles elevados de Agotamiento Emocional y Despersonalización, mientras que la Realización Personal tiende a ser baja. Esto indica que los trabajadores en este rango de edad están experimentando agotamiento emocional y desconexión con sus tareas laborales.

El análisis de las variables *Sector* y *Tipo de contrato* expresa una preponderancia de trabajo en el sistema privado (63.33%) a la vez que es predominante la modalidad de contrato temporal (63.33%). En conclusión, se infiere que estas dos variables influyen en el riesgo de experimentar el síndrome ya que se identificaron desencadenantes, como la precariedad laboral, largas jornadas de trabajo, salarios y remuneraciones desactualizados, a la vez que se registran extensas demoras en la acreditación de los pagos.

Respecto a la variable *Carga de trabajo* se concluye que tener una carga de trabajo de 10 horas semanales o más, con altas demandas y plazos ajustados, aumenta el riesgo de burnout. Además, los hallazgos del estudio revelan que existe una asociación entre la variable sociodemográfica *Ingresos* y el síndrome de burnout, ya que los sueldos y las retribuciones obsoletas guardan relación con el sentido de responsabilidad y el desarrollo personal, los cuales se ven impulsados por una remuneración justa. En el análisis de los datos obtenidos en las encuestas y entrevistas se registran indicadores desencadenantes relacionados con el burnout.

Adicionalmente, se identificó durante el estudio que la ausencia de motivación; falta de concentración y dificultad para la toma de decisiones; problemas vinculares y aislamiento; frustración, irritabilidad y negatividad, son los principales signos en que se manifiestan los efectos de Burnout en los acompañantes terapéuticos que componen la muestra.

Los datos recopilados permiten inferir en el contexto de la investigación que el Síndrome de Burnout incide considerablemente en la calidad de atención ya que los síntomas del Burnout tienen un impacto negativo que afecta a los acompañantes, al equipo de trabajo,

a la organización o institución, y a la vez al sistema de salud en general, ya que provoca una reducción de la capacidad y la calidad del trabajo. El Síndrome de quemarse por el trabajo o burnout, en profesionales y equipos que trabajan en dispositivos de Acompañamiento Terapéutico, aún en los orientados y enmarcados desde el paradigma de la Ley Nacional de Salud Mental, genera costos subjetivos que producen efectos en la atención a los usuarios, en la interacción interna del equipo y en la relación del equipo con otros equipos de la red. En el caso de los dispositivos que funcionan en organizaciones o efectores de salud pública o privada repercute también en la relación entre el equipo y la organización o institución de la que dependen. En relación con el trabajo del acompañante integrado en un equipo terapéutico interdisciplinario, la relevancia de las reuniones de equipo para retrabajo de casos y la importancia de la participación del acompañante terapéutico en la construcción de la estrategia terapéutica en cada caso se registra en las respuestas de los acompañantes de la muestra como fundamento esencial para el trabajo cotidiano. En el marco de la investigación, es pertinente resaltar que estos tres aspectos del trabajo particularmente señalados implican una mayor carga horaria, la necesidad de actualización en formación constante, que se traducen en un elevado nivel de compromiso y responsabilidad en cada caso, a la vez que aumenta la probabilidad de que se desencadenen estresores incrementando el riesgo de experimentar el síndrome de Burnout.

Como toda investigación, la presente no se encuentra exenta de limitaciones. Con respecto a la muestra podría considerarse que es no representativa y que se podrían haber realizado una cantidad mayor de entrevistas, encuestas y cuestionarios. Dentro de las debilidades que se han encontrado durante la realización de la investigación se incluye también escaso material bibliográfico disponible a nivel nacional. Quizás esto esté relacionado con la reducida información sobre Burnout que ofrecen las carreras de Psicología de las universidades de la República Argentina, tanto públicas como privadas, dentro de su plan de estudios. Si consideramos al Burnout como un síndrome tridimensional en el que el trabajador presenta agotamiento emocional, despersonalización o tratamiento cínico y actitud negativa hacia los pacientes, además de una baja realización personal y que este síndrome puede afectar seriamente la calidad de vida y salud mental de quienes lo padecen, claramente estamos hablando de un malestar o padecimiento que tiene estrecha relación con la psicología, por lo tanto es menester que los alumnos de dicha carrera cuenten,

aunque sea, con una básica formación al respecto. Esto sería favorable para estimular la investigación respecto al Burnout y temas que se desprenden de él.

Al recolectar antecedentes, se observó no sólo la carencia de investigaciones sobre el tema de estudio sino también la escasa producción de las mismas en Latinoamérica.

Se presenta como fortaleza que el tema del presente trabajo es un primer intento de investigación en la región y que podría resultar de especial interés para el ámbito de la psicología y profesionales de especializaciones afines.

El síndrome de Burnout no es simplemente un cansancio o agotamiento físico, sino que es un fenómeno complejo que involucra aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. Se caracteriza por una sensación de agotamiento emocional, despersonalización o cinismo hacia el trabajo, y una disminución de la realización personal en el ámbito laboral.

El contexto laboral, abarcando aspectos como el tiempo dedicado al trabajo, la carencia de control sobre las tareas, la falta de aprecio y el escaso respaldo social, son factores importantes que contribuyen al desarrollo del síndrome de Burnout. Un entorno laboral estresante y poco saludable puede aumentar el riesgo de experimentar y padecer Burnout.

Considerando que el síndrome de Burnout puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental de las personas, puede provocar síntomas como fatiga crónica, insomnio, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, ansiedad, depresión y disminución del funcionamiento cognitivo, se desprenden algunas propuestas de estrategias de prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout en los acompañantes terapéuticos. Basado en los resultados se concluye que la prevención es fundamental. Es importante tomar medidas preventivas para evitar el síndrome de Burnout. Esto incluye promover un entorno laboral saludable, establecer límites entre el trabajo y la vida personal, fomentar el equilibrio entre el trabajo y el descanso, promover la autogestión del estrés y proporcionar apoyo y recursos adecuados a los acompañantes terapéuticos.

El autocuidado es una parte importante de la prevención y el manejo del síndrome de Burnout. Esto implica cuidados a nivel físico, emocional y mental. Tomarse tiempo para descansar, buscar apoyo profesional.

La intervención temprana es importante. Si se sospecha que se está experimentando síntomas de Burnout, es importante buscar ayuda profesional lo antes posible. La

intervención temprana puede ayudar a prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar el pronóstico. Por tanto, para un adecuado afrontamiento y manejo de este riesgo es preciso tener en cuenta medidas de prevención y protección en el nivel individual, del equipo y de la organización o institución. Y, considerar especialmente, los cuidados que los equipos humanos en servicios que trabajan con personas con patologías psíquicas graves habitualmente no reciben y que sería conveniente que estuvieran disponibles.

Referencias bibliográficas

- Aceves, Guillermo. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias. (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Agamben G. ¿Qué es un dispositivo? Conferencia en la UNPL, 12-10-2005.
- Beri, C.; Tello, C. (2005). La interdisciplinariedad como "contrafuego" al neoliberalismo académico. IV Jornadas de Sociología de la UNLP, 23 al 25 de noviembre de 2005, La Plata, Argentina. La Argentina de la crisis: Desigualdad social, movimientos sociales, política e instituciones. En Memoria Académica. Disponible en:http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6673/ev.6673.pdf
- Bianchini Matamoros, M. (2007, noviembre) "El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud". Costa Rica: Med. Leg. Vol.13-14.
- Bleichmar, Silvia. "La subjetividad en riesgo". Cap. XI "Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis". 1era Edición. Editorial Paidós. 2005. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. "Los ritos de institución" en ¿Qué significa hablar? Torrejón de Ardoz. Akal, D.L. 1985. Meditaciones Pascalianas. Barcelona: Anagrama, 1999.
- Carpintero, E. y Vainer, A. Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70, Tomo I (1957-1969), Buenos Aires, Editorial Topía, 2004.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS), (Versión: 01/2023). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

- Deleuze G. ¿Qué es un dispositivo? En Michel Foucault, filósofo. Editorial Gedisa. Barcelona, 1990.
- Depetris, E. M. Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en acompañantes Terapéuticos de patologías graves (Doctoral dissertation), 2016.
- Diccionario demográfico multilingüe (Español segunda edición 1985). Recuperado de <http://es-ii.demopaedia.org/wiki/10#101>
- Dozza de Mendonça, L. Fronteras del acompañamiento terapéutico. En: Frank, M.L; Costa M; Hernández, D. (Comp.). Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras. Editorial Brujas. 2017.
- Faraone, Silvia (2013) “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”. Rev. Salud Mental y Comunidad N° 3. UNLa. Buenos Aires.)
- Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill.
- Ferrer Larsen, B., & Vazquez, R. B. Análisis empírico del Burnout en la práctica del acompañante terapéutico en la ciudad de Mar del Plata bajo el marco de la nueva ley de Salud Mental (Doctoral dissertation), 2017.
- Filas, S. Acompañamiento terapéutico y Síndrome de Burnout (Doctoral dissertation, Tesis de Pregrado) Universidad Abierta Interamericana. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102411.pdf>, 2010.
- Foucault M. Entrevista (Dits et écrits, 3, 299) citada por Agamben G. en ¿Qué es un dispositivo?, 1977.

- Frank, M.L; Costa M; Hernández, D. (Comp.). Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras. Editorial Brujas. 2017.
- García, M., Sáez, M. C. y Llor. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16(2), 215-228. 2000.
- Gil-Monte, P. R. Burnout Syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones - Volumen 19, Nº 2 - Págs. 181-197, 2003.
- Gil-Monte, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería, 2002.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Ignacio Cárcamo [et.al.]. Salud mental y adicciones: práctica y experiencias - Rosario: Rey Tinta Editorial, 2012.
- Kuras Mauer. Acompañamiento Terapéutico. Un espacio Vincular. P. 94. En: Frank, M.L; Costa M; Hernández, D. (Comp.). Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras. Editorial Brujas. 2017.
- Lacan, J. [1953-1954] Los Escritos Técnicos de Freud. Seminario 1. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Lacan, J. [1954-1955] El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. Seminario 2. Buenos Aires: Paidós, 1992.

López Ocariz, C. Acompañamiento Terapéutico. Las tensiones de su clínica y la especificidad de su posición.” Tesis de Maestría en Psicopatología y Salud Mental. FCM, UNR, 2017.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *J Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.

Mayan, María J. Una introducción a los métodos cualitativos, 2001.

Melero, J. El arte del Acompañamiento Terapéutico. El Acompañamiento Terapéutico como práctica. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/arte-del-acompanamiento-terapeutico>, 2019.

Melgosa, J. (1995). Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés! Madrid: Safeliz.

Minnicelli, Mercedes. Escrituras de la ley en la trama social. Ensayo sobre la relación entre dispositivos, ceremonias mínimas y prácticas profesionales. *Revista Pilquen Sección Psicopedagogía - Año X - N° 5*, 2008.

Morin Edgar. (1994). Sobre la interdisciplinariedad. *Boletín del Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires*. (No. 2). Recuperado de <http://www.pensamientocomplejo.com.ar/documento.asp?Estado=VerFicha&IdDocumento=14>.

Morin Edgar. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Naranjo Pereira, M. L., (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.

Olabarría, B. & Mansilla F. Ante El Burnout: Cuidados A Los Equipos De Salud Mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 12, N° 1, pp. 1-14, 2007.

- Ortega Ruiz, C y López Ríos, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Universidad de Almería, España, 2003.
- Peinado, A. y Garcés, E. (2004). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. En *Anales de Psicología*, 14, pp. 83-93.
- Pulice, G. *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*, Buenos Aires, Letra Viva, 2011.
- Quiceno, Japcy Margarita, & Vinaccia Alpi, Stefano Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2) ,117-125. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>, 2007.
- Reyna, C., & Bracco, C. Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de investigación en psicología*, 14(2), 29-43, 2011.
- Rossi, A. V., y Bustos, M. Á. / *Anuario de Investigaciones*, 2018, Vol. 3, N°3, 491-496)
- Rossi, P.G. *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores.* (3ra Ed) Buenos Aires: Polemos, 2013.
- S.J. Taylor y R. Bogdan. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Paidós, 1987.
- Stolkiner, A. *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.* *El Campo Psi.* Abril 1999. <http://www.campopsi.com.ar/>
- Tejo, R. *La pandemia, lo imprevisto y la respuesta singular de los sujetos. El dolorido hastío del mundo.* <https://www.pagina12.com.ar/286193-el-dolorido-hastio-del-mundo>

Anexo

Entrevista

El siguiente instrumento forma parte de una investigación que se orienta a realizar un aporte desde la psicología al campo del Acompañamiento Terapéutico siendo el objetivo Describir posibles asociaciones entre los niveles de Síndrome de burnout y variables sociodemográficas (Edad, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos que desempeñan su labor en la ciudad de Rosario. Tu colaboración es muy valiosa para el objetivo del proyecto. Se requiere que respondas con sinceridad, es completamente confidencial y no existen respuestas correctas o incorrectas.

- 1) ¿Hace cuánto tiempo trabaja como Acompañante Terapéutico?
- 2) ¿Cómo definiría, según su experiencia, la oferta y la demanda en el contexto laboral en su práctica profesional actualmente?
- 3) ¿Con qué frecuencia semanal trabaja? ¿Cuántas horas trabaja por jornada?
- 4) ¿Cuáles son las diferencias que usted podría describir entre trabajar menos de tres y trabajar más de tres horas diarias con un mismo acompañado?
- 5) ¿Trabaja usted integrado en un equipo terapéutico?
- 6) ¿Cómo describiría Ud. su relación con el profesional convocante o coordinador del dispositivo?
- 7) ¿Cuáles son las diferencias que usted, según su criterio y experiencia, podría mencionar respecto a trabajar con equipo terapéutico y trabajar sin equipo terapéutico?
- 8) ¿Hay reuniones periódicas de re trabajo de casos con el equipo terapéutico? En caso de respuesta afirmativa. ¿Con qué frecuencia se realizan? ¿Qué duración tienen estas reuniones?
- 9) Según su consideración ¿Resultan o no indispensables las reuniones de equipo para re trabajo de casos?
- 10) ¿Considera usted que el Acompañante Terapéutico debería tener participación en la construcción de la estrategia terapéutica en cada caso? ¿Podría argumentar brevemente por qué?

11) ¿Recurre usted a algún espacio de psicoterapia personal?

Encuesta

El siguiente instrumento forma parte de una investigación que se orienta a realizar un aporte desde la psicología al campo del Acompañamiento Terapéutico siendo el objetivo Describir posibles asociaciones entre los niveles de Síndrome de burnout y variables sociodemográficas (Edad, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos que desempeñan su labor en la ciudad de Rosario. Tu colaboración es muy valiosa para el objetivo del proyecto. Se requiere que respondas con sinceridad, es completamente confidencial y no existen respuestas correctas o incorrectas.

1. Género:

2. Edad:

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46-59
- d) +60

3. Estado Civil:

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Unión libre
- d) Separado(a)
- e) Divorciado(a)
- f) Viudo (a)
- g) Otro

4. Nivel de estudios.

- a) Primario
- b) Secundario

- c) Terciario
- d) Tecnicatura

- e) Grado
- f) Licenciatura
- g) Posgrado
- h) Otro

5. Número de hijos.

- a) 1-2
- b) 3-5
- c) +5
- d) Sin hijos

6. En qué sector trabaja

- a) Público
- b) Privado
- c) Mixto
- d) Otro

7. Tipo de contrato

- a) Fijo
- b) Temporal
- c) Mixto
- d) Otro

8. Cantidad de horas de trabajo semanales

- a) Menos de 8
- b) 8
- c) 10
- d) Mas de 10

9. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando como Acompañante Terapéutico?

- a) 1 año
- b) 2 a 5 Años
- c) 6 a 10 Años
- d) Mas de 10 Años

MBI (Inventario De Burnout De Maslach)

El siguiente instrumento forma parte de una investigación que se orienta a realizar un aporte desde la psicología al campo del Describir posibles asociaciones entre los niveles de Síndrome de burnout y variables sociodemográficas (Edad, Estado civil, Carga horaria, Sector, Antigüedad, Nivel académico, Tipo de contrato, Ingresos) en acompañantes terapéuticos que desempeñan su labor en la ciudad de Rosario. Tu colaboración es muy valiosa para el objetivo del proyecto. Se requiere que respondas con sinceridad, es completamente confidencial y no existen respuestas correctas o incorrectas.

			Nunca	Alguna vez al año O menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	AE	Al final de la jornada me siento agotado							
3	AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	RP	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes							

		como si fueran objetos.							
6	AE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	AE	Me siento “quemado” por el trabajo.							
9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	AE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada							

		a mis pacientes.							
18	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	AE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							