



Universidad Nacional de Mar del Plata  
Facultad de Psicología

**“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.”**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

**Cátedra de Radicación:**

Seminario Hospital Público: procesos de transformación institucional

**Supervisora:**

Mg. Redondo Ana I.

**Alumnas:**

Ferrer Larsen, Brenda (Mat. 085267/08) DNI: 35620952

Vazquez, Rocío Belén (Mat. 08000/07) DNI: 34058779

**Año 2016**

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

Este Informe Final corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Ferrer Larsen Brenda, Mat. 08526/08 y Vázquez Rocío Belén, Mat. 08000/07 de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Ferrer Larsen Brenda, Mat. 08526/08 y Vázquez Rocío Belén, Mat. 08000/07 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los .... días del mes de ..... del año 2016”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

## Informe de Evaluación del Supervisor

En mi condición de supervisora del presente trabajo de investigación titulado “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”, realizado por las alumnas Ferrer Larsen, Brenda (Mat. 085267/08) Vázquez, Rocío Belén (Mat. 08000/07), dejo constancia de aprobación de los contenidos del mismo.

La lectura del trabajo permite observar el logro de los objetivos propuestos a través de una exposición clara, ordenada y coherente. Con respecto a las condiciones formales de la presentación se cumple con lo estipulado en la reglamentación vigente.

Se trabajó respetando las pautas de la planificación, en forma ordenada y comprometida, resolviendo con eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones.

La temática desarrollada puede ser de utilidad para las Cátedras de Psicología Laboral y Psicología Social, por lo cual se sugiere ofrecer este informe a quienes puedan aprovecharlo.

Por todo lo anterior, apruebo el trabajo realizado y este informe final.

Mar del Plata, 27 de Octubre de 2016.

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Ferrer Larsen Brenda, Mat. 08526/08 y Vázquez Rocío Belén, Mat. 08000/07)".

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

## Índice General

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Capítulo 1.</b> ....                             | <b>1</b>  |
| 1. Introducción.....                                | 2         |
| <b>Capítulo 2.</b> .....                            | <b>3</b>  |
| 2. Marco teórico.....                               | 4         |
| 2.1. Psiquiatría tradicional y antipsiquiatría..... | 4         |
| 2.2. Ley de Salud Mental.....                       | 10        |
| 2.3. El Acompañamiento Terapéutico.....             | 14        |
| 2.4. Síndrome de Burnout.....                       | 26        |
| <b>Capítulo 3.</b> .....                            | <b>37</b> |
| 3. Metodología.....                                 | 38        |
| 3.1. Composición Muestral.....                      | 38        |
| 3.2. Instrumentos.....                              | 39        |
| 3.3. Procedimiento.....                             | 41        |
| <b>Capítulo 4.</b> .....                            | <b>43</b> |
| 4.Resultados.....                                   | 44        |
| <b>Capítulo 5.</b> .....                            | <b>61</b> |
| 5. Discusión.....                                   | 62        |
| 5.1. Análisis de resultados.....                    | 62        |
| 5.2. Conclusión. ....                               | 66        |
| <b>Bibliografía.</b> .....                          | <b>71</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”  
Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

# **CAPITULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

## **1. Introducción**

En el presente trabajo se abordarán los conceptos de psiquiatría tradicional y movimiento antipsiquiátrico 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. A su vez, finalizando, se establecerá la conceptualización del Síndrome de Burnout y su relación con la práctica profesional del Acompañante Terapéutico (A.T.).

*“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”  
Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2. Marco teórico**

### 2.1 Psiquiatría tradicional y antipsiquiatría

#### *Historia y conceptualización*

En cuanto a la psiquiatría tradicional, Galende (1983) contextualiza el surgimiento de la misma en Francia durante la Revolución Francesa. Previamente a la Revolución, dicho país contaba con un alto índice de marginados que continuaba en aumento, a la vez que regía una política de encierro sistemático. En aquellos tiempos reinaba la guerra con Inglaterra, dándose una competencia manufacturera que terminaría con la ruina del aparato productivo francés. Dicha situación generó un importante número de desocupados y la disminución de las tierras comunales. Como consecuencia se generaron expulsiones de grandes masas de campesinos hacia las zonas urbanas. Se generaron multitudes hambrientas con las que se mezclan diferentes marginados: locos, prostitutas, desocupados, mendigos, etc. Paralelamente al ascenso de la burguesía se incrementan los reclamos por los derechos ciudadanos. Instalada la revolución en el poder, se plantea una contradicción entre la libertad del ciudadano y la seguridad que reclama la sociedad, concluyéndose que aquellos individuos considerados como amenaza a la comunidad debían ser excluidos. Pinel (1745 - 1826), médico francés, es designado para diferenciar y separar a los internados, pudiendo así plantear las bases para una diferenciación de los locos de los demás. La tarea de Pinel consistía en discernir entre los simuladores y los locos de verdad, hacer justicia con los ciudadanos encerrados, propiciándoles

mejores condiciones humanas a los locos. Pinel resulta una figura central en referencia al médico trabajando en el Asilo. Con él se concibe la asignación a la medicina del problema de la locura. Se produce así según Galende (1983) el cambio de estatuto para el loco: se funda la psiquiatría como disciplina médica y el loco pasa a ser enfermo. El hecho de que el tratamiento médico del loco se haya realizado en situación de encierro ha favorecido la asociación entre la psiquiatría y el manicomio.

Siguiendo con el lineamiento de Galende (1983) el asilo funcionó como sostén de la relación terapéutica, y dentro de su organización interna era posible percibir un ejercicio de poder que actuaba sobre la conducta de los sujetos en condiciones especiales tales como encierro forzoso, privación de objetos personales, métodos violentos de contención, etc. Se está aquí ante la asociación de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otro. Dentro de este tipo de institución se genera una alienación por parte de la psiquiatría, la misma ejerce un poder legal sobre los sujetos que se encuentran dentro de la institución determinando su encierro. El psiquiatra como figura asistencial concentra el poder y la razón. Esta relación implica el ejercicio de una violencia en el plano de los cuerpos, en el plano jurídico y en el plano social.

En conclusión, desde la conceptualización de Galende, “la psiquiatría tradicional excluye, encierra y custodia a los enfermos en nombre de la ciencia y su verdad.” (Galende, 1983, pág. 430.)

Siguiendo este lineamiento Foucault (1973, 1974) hace mención al poder psiquiátrico, que durante los primeros años del siglo XIX, actuaba en esencia como un complemento de poder dado a la realidad. Foucault plantea la idea de que el poder psiquiátrico implica una determinación en el manejo y la administración. El autor establece que es considerado un régimen, esperándose así efectos terapéuticos: *“régimen de aislamiento y regularidad, uso del tiempo, sistema de carencias medidas, obligación de trabajar, etc.”* (Foucault, 1973, pág.173) Al hacer mención a un régimen se entiende al poder psiquiátrico como dominación, tentativa de sojuzgamiento.

Por otra parte Foucault también describe la marcación médica dentro del asilo haciendo referencia a la fundamental presencia física del médico y su omnipotencia. En líneas generales dicho autor asimila el espacio asilar al cuerpo del psiquiatra.

Por último puede decirse que para Foucault, la psiquiatría clásica, en definitiva, reinó y funcionó sin demasiados problemas exteriores entre 1850 y 1930, a partir de un discurso que ella consideraba y ponía en funcionamiento como un discurso verdadero; a partir de ese discurso, en todo caso, deducía la necesidad de la institución asilar y, asimismo, la necesidad de que cierto poder médico se desplegara dentro de ella como ley interna y eficaz. En suma, de un discurso asumido como verdadero deducía la necesidad de una institución y un poder.

Siguiendo a Galende, a mediados del siglo XX la evolución de la disciplina médica reorganiza la concepción que se tiene del conocimiento en

relación a la locura, lo que conlleva la implementación del modelo anatomoclínico desde el cual la locura puede ser observada y descripta. La locura posicionada en lugar de objeto posibilita su conocimiento desde otra óptica, un conocimiento racional de la misma. Dicha perspectiva genera las bases del conocimiento contrastable y científico del hombre. Es así como dentro de las condiciones de encierro manicomial, los profesionales comienzan a clasificar y ordenar lo patológico.

A mediados del siglo XIX y principios del siglo XX, es posible referirse a ciertos autores paradigmáticos. Entre ellos Emil Kraepelin (1856-1926) quien plantea un acercamiento, observación estrictamente clínica en el que la alternativa del enfermo es reducida de síntoma a signo. Creó una nueva clasificación de las enfermedades mentales que publicó en 1883 y que aún hoy, con algunas variantes, es el marco clínico donde se asienta parte del conocimiento psiquiátrico.

Otro autor reconocido de la época es Bleuler (1857-1940) quien escribe en 1911 una monografía sobre Demencia Precoz, a la que sugiere llamar Esquizofrenia, donde critica ciertos aspectos enunciados por Kraepelin. Bleuler desarrolla criterios diagnósticos clasificatorios a través de síntomas primarios y secundarios. Este autor no hizo referencia a criterios evolutivos específicos, vinculó la esquizofrenia a estados agudos y mencionó la posibilidad de una curación. En cuanto a ello recalcó impactos terapéuticos posibles. En dicha postura este autor se opone a la teoría kraepeliniana del debilitamiento prematuro e ineluctable.

Por su parte Freud dentro de sus teorizaciones postula la existencia de un inconsciente, preconsciente y consciente, instancias psíquicas del ser humano. Detrás de dicha teorización propone una re significación de los sueños, un nuevo método terapéutico de la mano de las asociaciones libres. Una interpretación de lo que llamó lapsus, chistes, etc., generando un aporte para la conceptualización de la Salud Mental.

Otra figura relevante de la psiquiatría fue Karl Jaspers. Su libro *Psicopatología general*, de 1912, tuvo una gran influencia en el pensamiento psiquiátrico posterior. Designa como proceso a la irrupción de síntomas que interrumpen la continuidad histórico vital de un individuo. Este autor se contrapone al entendimiento popular de las enfermedades mentales lo cual genera el cuestionamiento del criterio diagnóstico y los métodos utilizados en la psiquiatría. Dichos métodos son caracterizados como más estrictos.

Siguiendo a Galende (1983) es que se podría hablar de “la incorporación al “viejo arte de curar” de distintas ciencias (biología, física, física atómica, entre otras). Es así como se transforma la imagen del médico y la medicina mental viéndose sacudidas por la inclusión de modos de pensamiento y prácticas terapéuticas provenientes de la sociopolítica, la dinámica de grupos, la psicología, la antropología, el psicoanálisis, la lingüística, etc.” (Galende, 1983, pág. 439.)

Más precisamente hacia el año 1967 David Cooper publica su libro *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. En dicho libro el autor reflexiona y cuestiona los modos de actuar médicos y pseudomédicos en lo referente a los aspectos

psiquiátricos tanto en la conducta humana como en tanto sistema terapéutico. En él la psiquiatría es considerada como una disciplina que en la práctica “anula” a una extensa clase de personas. Al autor le preocupa el problema de la violencia en psiquiatría y llega a la conclusión de que la misma resulta ser la proyección de la violencia implícita de la sociedad que se deposita en los pacientes.

Hacia el final de su libro Cooper plantea la idea de que el término “curar” es un término que engloba una conceptualización muy ambigua. Propone que la curación conlleva como fin último la restauración de la salud, desde una óptica omnipotente de llegar a los ideales considerados por los médicos, produciéndose así una connotación perversa, lo cual genera consecuencias destructivas de subjetividad bajo el término “curar”. Plantea la creciente necesidad del apoyo de la independencia del paciente como dispositivo pertinente concluyendo que la ayuda médica sería la posibilidad y único camino propuesto para los pacientes de renovarse y alcanzar integridad y autonomía.

Podría decirse que, aunque el término antipsiquiatría fue creado por David Cooper en un contexto muy preciso, sirvió para designar un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, que se desarrolló entre 1955 y 1975 en los estados donde se habían institucionalizado la psiquiatría y el psicoanálisis como saberes reguladores de la normalidad y la anormalidad.

Siguiendo con dicho lineamiento, en Gran Bretaña el líder de la anti-psiquiatría fue Ronald Laing (1927-1989), un psiquiatra de Glasgow inspirado por la filosofía existencialista de Sartre. Éste caracteriza a la locura en su fase de descubrimiento, poniendo énfasis en no describirla simplemente como un colapso. Se refiere a la misma acentuando su liberación potencial y la renovación.

En conclusión, la antipsiquiatría exige la desinstitucionalización de las prácticas psiquiátricas, pretende reformar la dinámica asilar y transformar las relaciones entre los médicos y trabajadores y los internados en el sentido de una gran apertura al mundo de “la locura”. Se intenta así la eliminación de la conceptualización de “enfermedad mental”. Al hacer referencia a la antipsiquiatría se supone un ejercicio de cuestionamiento propio por parte de la comunidad psiquiátrica a fin de desnaturalizar y problematizar tanto el ejercicio profesional del psiquiatra como el papel político del psiquiatra como un instrumento de control social de aquellos que no encajan con una normalidad/moralidad dominante.

En relación a estos desarrollos, se han dado importantes avances en el campo jurídico-legal a nivel internacional como así también a nivel nacional.

## 2.2 Ley de Salud Mental

### *Reforma de la Ley de Salud Mental en la Argentina*

En el caso de la Argentina, la recientemente sancionada Ley 26.657 de Salud Mental (2010) define 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.

El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental ciertos derechos entre los cuales se encuentra: el derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; entre otros.

A su vez la Ley de Salud Mental plantea en su capítulo V como modalidad de abordaje que la promoción de la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría,

trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Y además plantea que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará así al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. De esta manera se propone que se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en Salud Mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

En cuanto a las intervenciones plantea que la internación sea considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo pueda ser llevada a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Establece a su vez que debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Ahora bien, esta nueva conceptualización de la Salud Mental y de sus implicancias permite plantear un cambio de paradigma, proponiendo un nuevo sistema que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para considerarlas sujetos de derecho. Ese nuevo sistema incluye la sustitución progresiva de los manicomios por dispositivos basados en la inclusión social como las casas de convivencia, Acompañamiento Terapéutico, hospitales de día, cooperativas de trabajo, experiencias de radio, de arte, atención en hospitales generales. Además de la prohibición de crear nuevos manicomios. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la constatación de riesgos ciertos o inminentes.

Se asiste a un aumento de la accesibilidad a tratamientos que no coarten el derecho básico de la libertad y a un trabajo interdisciplinario en cuanto al abordaje, rompiendo con la hegemonía psiquiátrica. Como también menciona Galende (1997) el profesional de la Salud Mental de hoy está obligado a pensar conjuntamente los problemas del sufrimiento mental del individuo. Este autor plantea la superación de las prácticas psiquiátricas de hospital, proponiendo que se efectúe un tratamiento que penetre sin violentar la cotidianidad de la vida del paciente. Además en la búsqueda del cambio del modelo psiquiátrico se intentan especificar cuestiones relacionadas con la prescripción de los medicamentos. Puntualmente en el artículo 12 de la nueva Ley de Salud Mental se hace referencia a la prescripción de medicamentos sólo en respuesta a las necesidades

fundamentales de la persona con padecimiento mental y con fines terapéuticos, y nunca como castigo, o por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de Acompañamiento Terapéutico o cuidados especiales. Este artículo denota la inclusión de los A.T. en el marco de la Salud Mental nombrando dichos auxiliares de modo explícito. Resulta de gran importancia debido a que ante el desamparo de legalidades, su nombramiento implica la necesidad del reconocimiento de este rol como profesional.

### 2.3 El Acompañamiento Terapéutico

#### *Surgimiento y conceptualización*

Rossi (2005) destaca que ya a finales de los años '60 en la Argentina se desarrollaron un conjunto de propuestas conceptuales, clínicas, comunitarias, y político-sociales que promovieron una nueva significación de la locura y de sus posibilidades de tratamiento. Estas condiciones distintivas, sumadas a los avances de la psicofarmacología, fueron permitiendo dispositivos terapéuticos por fuera del tiempo y del espacio institucional. Ello produjo el surgimiento de la actividad que se denominaría Acompañamiento Terapéutico.

Kuras de Mauer (2011) afirma que la historia del acompañamiento fue construyendo un cuerpo teórico, una técnica, instituciones asistenciales, espacios de formación y leyes que regulan su ejercicio.

Kuras de Mauer y Resnizky (2009) enmarcan al A.T. como un aporte complementario al trabajo psicoterapéutico y psiquiátrico, como un agente

de Salud Mental, como parte de un tratamiento de abordaje múltiple. Desde este modelo se define al Acompañante Terapéutico desde una función asistencial, cuyo trabajo se enmarca en un equipo psicoterapéutico, contando con la dirección y supervisión de un profesional de la salud a cargo (Kuras de Mauer & Resnizky, 1985). A su vez Rossi (2002) menciona justamente la plasticidad del acompañante en cuanto a que permite articular lo intra y lo extrahospitalario, así como la reducción de los períodos de internación, en consonancia con la nueva Ley de Salud Mental. Esta plasticidad a la que se refiere el autor está enmarcada dentro de una relación terapéutica personalizada, que tiene en cuenta las especificidades de cada paciente, sus vínculos de referencia, y los lineamientos terapéuticos que se están llevando a cabo. Con ello es posible hablar de diversas modalidades de intervención que se ajustan a cada paciente en particular. Al tratarse de un dispositivo flexible, el Acompañante Terapéutico es considerado como un recurso fortalecedor y complementario de los abordajes tanto institucionales como profesionales.

A su vez Rossi en su conceptualización del Acompañamiento Terapéutico menciona la importancia de dicho auxiliar de salud en cuanto a que posibilita la asistencia ambulatoria de pacientes con deficiencias y perturbaciones psíquicas como así también de pacientes que vivencian situaciones de crisis o emergencias. Habitualmente el rol del acompañante se desempeña en el medio cotidiano del paciente no limitándose solo a

espacios institucionales, sino también a espacios sociales, públicos, privados de cada sujeto.

En relación a la temática Nora Cavagna (1996) agrega a las anteriores definiciones mencionadas que el Acompañante Terapéutico trabaja y se desenvuelve en un nivel vivencial, no interpretativo con lo cual se encuentra comprometido el hecho de “poner el cuerpo” y posicionarse, ante el paciente; receptiva, cálida y confiablemente. De esta manera se genera una pequeña distancia y gran disponibilidad afectiva, posibilitando mayor eficacia terapéutica.

A partir de los aportes de Kuras de Mauer, Resnizky, Rossi y Cavagna es posible concluir que el Acompañante Terapéutico es un agente de Salud Mental, que posee una función asistencial, de contención en un nivel vivencial, no interpretativo, de sostén; desempeñándose dentro de un equipo interdisciplinar terapéutico bajo la dirección y supervisión de el/los profesional/es a cargo de cada caso particular. Este dispositivo es caracterizado por cierta plasticidad lo cual posibilita trabajar con las características específicas de cada paciente en sus ámbitos cotidianos. Se presenta como un dispositivo complejo, alternativo a la internación de pacientes graves.

Particularmente a nivel local, en Mar del Plata, un referente en la temática es Jorge Horni, quien en su libro *“El acompañamiento terapéutico y la integración social de las personas con trastornos psíquicos.”* define al A.T. como *“el Acompañante Terapéutico es un auxiliar de la Salud Mental, quien*

*se vale en lo fundamental, del diálogo, el ejercicio (cognitivo conductual) y la relación interpersonal como factores generadores de cambio, apelando también al uso de medios físicos, contribuyendo de este modo al tratamiento de los trastornos psíquicos, de acuerdo a la planificación y objetivos propuesto por el nivel profesional y ejecutados bajo su dirección y supervisión.” (Horni, 2005, pág. 20.)*

### *Funciones*

Según Rossi en cuanto a las responsabilidades y actividades a cargo del Acompañante Terapéutico menciona la promoción del lazo social, la búsqueda de la inclusión del paciente en ámbitos educativos, laborales y recreativos. Intenta impedir la estigmatización social y la exclusión a fin de fomentar el bienestar del paciente. A su vez tiene como fin la contención tanto del paciente como de su familia en situaciones de crisis y emergencias clínicas. En tanto trabaja interdisciplinariamente, se sostiene con atención sobre la evolución del paciente, pudiendo detectar tempranamente signos de una posible recaída, realizando de esta forma un aporte al equipo terapéutico. Por último agrega que el Acompañante Terapéutico recibe indicaciones en lo referente al sostenimiento de los lazos familiares y sociales que resulten favorables.

Kuras de Mauer y Resnizky (2009) en su libro “*Acompañantes terapéuticos*” realizan una descripción de las funciones del Acompañante Terapéutico. En un primer lugar nombran y describen la función de

contención al paciente, en ella explicitan que el acompañante se ofrece como sostén ayudando al paciente a delimitarse a sí mismo. Ello se denota en la frase *“Acompaña y ampara al paciente en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza, e incluso en aquellos momentos de mayor equilibrio.”* (Kuras de Mauer, & Resnizky, 2009, pág. 31.) En segundo lugar el A.T. tiene como función el ofrecerse como referente, es decir que el mismo se ofrece como un tercero a modo de organizador psíquico posibilitando de esta manera la regulación del paciente. El Acompañante Terapéutico intenta y muestra al paciente una diversidad de opciones comportamentales frente a las demandas de la vida cotidiana, ello resulta terapéutico debido a que rompe con el clásico modo de vinculación que lo conduce a enfermar, y en segundo lugar debido a que auxilia al paciente a aprender a esperar y postergar. Como tercera función las autoras mencionan el hecho de ayudar a reinvestir. Debido a que en ciertas patologías se trabaja con pacientes en graves condiciones, que poseen un yo debilitado y comprometido por la enfermedad, el Acompañante Terapéutico se ofrece a la manera de un organizador psíquico capaz de intervenir operativamente y decidir por el paciente. En cuanto a la cuarta función se habla de registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente, aquí el rol del A.T. se vuelve crucial debido a que debe realzar las conductas adaptativas y mejor organizadas, su conexión con la realidad, en desmedro de los aspectos desajustados de su personalidad. Al intentar canalizar las inquietudes del paciente se busca un doble objetivo: liberar la capacidad creativa inhibida y

tiende a la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador. La quinta función se refiere al aporte de una mirada ampliada del mundo objetivo del paciente. El Acompañante Terapéutico se vuelve vocero de las actividades cotidianas del paciente en diferentes ámbitos, en tanto registra información acerca de qué forma de relacionarse tiene, con quién, qué emociones lo dominan, así como también actividades fisiológicas tales como su alimentación, medicación, el sueño y su higiene personal en tanto resultaran datos significativos. Ello posibilitará una mirada ampliada integral sirviendo como indicador diagnóstico y pronóstico para una mejora de la estrategia clínica que se lleve a cabo. En sexto lugar se habla del hecho de posibilitar un espacio para pensar. El A.T. en la generalidad de los casos, queda ubicado en el lugar de “intérprete” aunque este no formule las interpretaciones del inconsciente, propone un espacio dialógico que posibilitará el despliegue comunicativo del paciente en post de legitimar un espacio más de procesamiento y metabolización. En anteúltimo lugar se puede nombrar como séptima función la orientación en el espacio social. Ante la falta de dominio del espacio social y su desconexión con el mundo circundante el A.T. intentara abolir esa distancia intentando lograr un reencuentro paulatino y en su justa medida con aquello perdido por el paciente perturbado. Por último como octava función Kuras de Mauer y Resnizky proponen la intervención en la trama familiar. Ante ciertas situaciones de ruptura en la trama familiar, el A.T. resultará conector de las

relaciones, intentando la aproximación en tanto sea saludable del paciente con la familia.

En referencia a las funciones que debe realizar el Acompañante Terapéutico Gustavo Rivarola (2002) escribe en su texto *Acompañamiento Terapéutico y función secretario* sobre la función del Acompañante Terapéutico como organizador del pensamiento, ayuda memoria. Dicho autor encuentra una vinculación entre la función del acompañamiento y del secretario, al respecto Rivarola (2002) explica que quien pauta la relación es el loco, por ello lo homologa al “amo”. Ubica la relación que se entabla entre el A.T. y el paciente dentro un marco de confianza que promueve la existencia de confidencias y secretos.

Si bien se han clarificado anteriormente las funciones que competen al Acompañamiento Terapéutico, resulta menester aclarar que su labor no puede cumplirse de forma aislada.

#### *Trabajo interdisciplinar*

Kuras de Mauer y Resnizky hacen referencia a la inscripción de esta actividad dentro de un equipo terapéutico. En consonancia a ello y en cuanto al equipo desarrollan la idea de que *“Es la pertenencia al mismo y la identificación con el esquema referencial y las pautas de trabajo que de él emanan, lo que permitirá perfilar su quehacer clínico.”* (Kuras de Mauer, & Resnizky, 2009, pág. 29.).

Al hablar de equipo psicoterapéutico Korin (1978) puntualiza en *“Equipos Psicoterapéuticos para paciente críticos”* que resulta fundamental para su existencia la presencia de dos o más personas que asistan a un mismo paciente y se ocupen de su entorno, estableciendo una intercomunicación fluida y periódica. Tanto la familia como el paciente tienen la posibilidad de saber acerca de la existencia de dicha comunicación. Kuras de Mauer y Resnizky priorizan la circulación fluida de la información dentro del mismo a fin de evitar los intentos de manipulación y los pactos perversos a los que puedan inducir, tanto el paciente como los familiares, en el curso del tratamiento.

Al hablar de equipo psicoterapéutico dichas autoras puntualizan su conformación interdisciplinar, es decir que en su generalidad es posible hablar de un psicoterapeuta, que tiene como rol central el abordaje familiar; un administrador psiquiátrico que tiene como función la coordinación médica, de ser necesaria; un psicoterapeuta individual y uno o más Acompañantes Terapéuticos. Este equipo involucra un abordaje múltiple, heterogéneo y de cooperación entre sus miembros, siendo todos ellos responsables (directos o indirectos) del/los paciente/s y del secreto profesional. A su vez puede ser considerado como una “red terapéutica” y entre sus miembros se dará una relación de gran significación, de interdependencia, de asimetría y clara diferenciación de roles.

Si bien con anterioridad se ha mencionado la conformación del equipo terapéutico en líneas generales, de forma más específica pueden ser parte

del mismo, de acuerdo a la patología a abordar, profesionales de áreas tales como kinesiología, musicoterapia, asistencia social, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otras.

Este equipo interdisciplinar resulta para el Acompañante Terapéutico una necesidad intrínseca debido a que una de sus características es la posibilidad de brindar los denominados espacios de supervisión múltiples.

### *Supervisión*

Kuras de Mauer y Resnizky postulan que “La supervisión es un espacio de revisión de los puntos ciegos del Acompañante Terapéutico, de sus resistencias inconscientes, de sus ideologías, de su ética; es un lugar de cotejo y reformulación de las teorías en relación con la clínica.” (Kuras de Mauer & Resnizky, 2009, pág. 60.).

Generándose así la posibilidad de pensarse a sí mismo y por sí mismo, esta tarea sólo puede realizarse fuera del campo clínico en este u otros espacios. El espacio de supervisión implica una articulación teórico-clínico-técnico facilitando el hecho de pensar y significar las distintas situaciones a las cuales se enfrenta el A.T. intentado dejar por fuera los efectos transferenciales y contratransferenciales directos. La supervisión es un ingrediente ineludible en la labor profesional.

Dichas autoras junto a Moscona en su libro “*Psicoanalistas, un autorretrato imposible*” (2002) conciben al espacio de supervisión desde una

óptica distinta, asegurando que la supervisión resulta un encuadre protector de otro encuadre, sin resultar por ello una práctica alienante.

### *Marco legal*

Los espacios mencionados anteriormente resultan necesarios para paliar el vacío legal que poseen estos auxiliares de salud. Si bien anteriormente se ha referido al lugar que proporciona para los A.T. la nueva ley de Salud Mental, no hay una ley que especifique, proteja e inscriba al Acompañante Terapéutico en relación a políticas sanitarias a nivel nacional, aunque sí a nivel provincial como es el caso de San Luis. No existe en la actualidad la acreditación de estas carreras en los Ministerios de Educación respectivos a nivel nacional como se mencionó anteriormente, si bien se cuenta con la existencia de un código de ética promulgado por la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA).

Por otra parte, al hablar de Acompañamiento Terapéutico Kuras de Mauer y Resnizky mencionan el espacio transicional que se crea una vez establecido el vínculo entre A.T. y paciente.

### *Espacio transicional*

Este espacio se designa como aquel que se encuentra entre la desconexión y la pertenencia, entre el silencio estratégico y la palabra orientadora. Resulta significativa la aclaración que surge a partir del denominado “espacio entre” que utilizan al definir el espacio transicional.

Dicho conector da cuenta de las imprecisiones territoriales en que el A.T. se encuentra, realizando un esfuerzo por no posicionarse en un encuadre único, ni tampoco flexibilizarse al punto de quedar desamparado.

Frente a dichas imprecisiones territoriales y al desconocimiento social de las competencias y límites del A.T. y su rol, tanto por parte de las familias como así también de las instituciones en las cuales se desempeña profesionalmente el A.T., se presenta la necesidad del sostenimiento de un encuadre.

### *Encuadre*

Kuras de Mauer y Resnizky sostienen que resulta menester delimitar las normas de funcionamiento que deben establecerse para que la tarea pueda ser desarrollada del modo más eficaz posible.

En una primera instancia concuerdan en la importancia de la instauración del encuadre y para ello es necesaria la formulación de una consigna inicial, sencilla y clara, en el vínculo que comienza a formarse. Al hablar de esta consigna tanto el A.T. como el paciente se ubican frente a un objetivo común, lo cual impide ambigüedades y delimita claramente la función del A.T. como agente terapéutico.

Por otra parte, además de establecer la consigna con el paciente, paralelamente existe un acuerdo laboral con quienes requieren su servicio. La convocatoria de un A.T. no es realizada siempre por la familia, muchas

veces es también solicitada por un psicoterapeuta, equipo, institución, entre otros.

Si bien la solicitud puede provenir de distintas personas, según Horni (2005) la práctica del A.T. se inicia generalmente por indicación del terapeuta. Siendo convocado para trabajar auxiliando personas con problemas que exigen de recursos que permitan llegar con la intervención más allá de los límites del consultorio. Horni en su libro *El acompañamiento terapéutico y la integración social de las personas con trastornos psiquiátricos* explica “...Cuando es indicado el acompañamiento, entonces el profesional o equipo tratante ha trazado un plan que amplía los horizontes terapéuticos.” A su vez en dicho libro Horni distingue dos momentos: a) El momento en que se formula un marco conceptual y procedimiento singular, estableciéndose las hipótesis, objetivos, encuadre, instrucciones, conjeturas, indicaciones, identificación de situaciones de conflictos, diagnósticos situacionales, acciones posibles, etc. En dicho momento el A.T. no posee una posición pasiva en la planificación, sino que deberá realizar sus aportes según sus experiencias. Y en segundo lugar b) Se intenta la implementación de lo anteriormente descripto. Aquí se pone en juego el encuentro efectivo y el nivel vivencial del Acompañante y el paciente. En la implementación de lo acordado anteriormente con el equipo o terapeuta en su generalidad surgen problemáticas, urgencias, imprevistos no considerados dentro de la planificación, allí es donde se juega la espontaneidad del A.T. quien toma decisiones sin consultar al equipo.

Acorde a las demandas propias del ejercicio del rol, el mal desenvolvimiento de la práctica, el no respeto de sus limitaciones por parte de las instituciones, la falta de formación e instrucción de los A.T. como así también la falta de información brindada por los cursos formadores, el vacío de una legislación que regule y exponga las delimitaciones del rol y de sus consecuencias, y la ausencia de un reconocimiento profesional y social del rol como así también de la confusión familiar del paciente sobre sus limitaciones prácticas; pueden conllevar entre sus consecuencias a un estrés laboral –Síndrome de Burnout (SBO)-.

## 2.4 Síndrome de Burnout

### *Historia y conceptualización del SBO*

Este término fue utilizado originalmente en los años 60 para referirse a los efectos del abuso crónico de drogas. Maslach y Jackson (1986) definieron el Burnout como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional.

Hacia los años 70 el concepto de “quemarse por el trabajo” comienza a ser utilizado por Freudengberguer (1974), en Estados Unidos, para explicar el deterioro de los ciudadanos y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicio.

Freudernberguer observó entre sus trabajos de investigación que luego de un año de trabajo, los voluntarios sufrían una pérdida progresiva de

energía que terminaba en un agotamiento general, síntomas de ansiedad y de depresión, encontrándose desmotivados por el trabajo y emocionalmente agresivos.

Dicho autor define al Burnout como un “vaciamiento de sí mismo” que es provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad.

Para reducir la ambigüedad terminológica que presenta el Burnout en la literatura científica Cherniss (1980) enfatiza la actividad laboral como antecedente en la aparición del Burnout y lo define como alteraciones negativas a nivel personal que se generan luego de permanecer un largo tiempo en trabajos frustrantes o con excesivas demandas. A su vez determina que el Burnout es un proceso transaccional de estrés en el trabajo y acomodamiento psicológico destacando tres momentos: desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales; respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; y por último cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Maslach y Jackson (1986) definieron el Burnout como un proceso tridimensional caracterizado por el agotamiento emocional (sensaciones de sobreesfuerzo físico y la disminución o pérdida de recursos emocionales), la despersonalización (desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas clínicas hacia los receptores del servicio prestado) y la falta de

realización personal y profesional (tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa). A partir de ello crearon el Cuestionario de Maslach el cual se caracteriza por la evaluación de las tres dimensiones mencionadas.

### *El Burnout en relación a trabajos asistenciales*

Maslach ha dado a conocer públicamente el concepto de Burnout dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA) refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, especialmente en los profesionales de ayuda como los sanitarios y los educadores.

Por otra parte, Gil-Monte, Peiró y Valcarcel en 1995 desarrollan un modelo explicativo del Burnout, definen a dicho síndrome como una respuesta al estrés crónico laboral, la cual se caracteriza por sentimientos displacenteros y actitudes negativas hacia todo el entorno laboral tanto en lo referido a la tarea en sí como también hacia los demás trabajadores. Ello es consecuencia de una falla en las estrategias de afrontamiento que funcionan equilibrando los estresores laborales. En caso de operar correctamente resultan efectivas para la eliminación de los estresores logrando el mantenimiento de la realización personal.

García Izquierdo (1990) a partir de sus investigaciones sostiene que el Burnout es característico de profesionales de servicios humanos. Destaca particularmente que es un problema de aquellos profesionales que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. Por esta razón

una de las características del síndrome es el “desgaste emocional” que dicha interacción va produciendo en el trabajo.

Si bien los autores anteriormente mencionados destacan que el Burnout se encuentra relacionado a trabajos asistenciales, Neira (2004) en referencia al tema sostiene que entre las causas del síndrome existen variables personales del trabajador, ambientales y laborales de la organización y del trabajo en sí.

### *Causas*

Neira (2004) plantea una dicotomía entre autores que acentúan las variables personales como causa del síndrome y autores que enfatizan la situación laboral como causa del mismo, concluyendo que también se encuentran quienes resaltan la valoración igualitaria de ambas variables al hacer referencia a las causas.

Entre las variables laborales destaca las condiciones adversas del ambiente físico, las relacionadas con los vínculos interpersonales y con la tarea en sí misma. Entre ellas especifica:

- Trabajo repetitivo y monótono, que provoca fatiga y mayor propensión a accidentes.
- Ambigüedad del rol, entendida como la falta de claridad en las funciones que le corresponden.
- Conflicto de rol ya sea por disparidad entre lo que el trabajador espera de su desempeño y lo que esperan los demás, por resistencia a hacer lo que

se le pide si está en contra de sus valores, o por considerar que no le corresponde hacerlo.

- Elevada responsabilidad.
- Innovación tecnológica sin apoyo para su aprendizaje.
- Sobrecarga cualitativa y cuantitativa de trabajo, con exigencias y apremio de tiempo.
- Falta de adecuación al cargo.
- Recursos e insumos inadecuados.
- Remuneración insuficiente.
- Inestabilidad laboral en el puesto y/o en la organización.
- Falta de autonomía en la organización del trabajo.

Las relaciones interpersonales que generan Burnout son aquellas que interfieren en el ejercicio normal de la tarea y que propician un “clima” institucional negativo.

### *Consecuencias*

En cuanto a las consecuencias del síndrome Neira plantea que a nivel individual se manifiesta en distintos planos. En el plano físico suelen manifestarse alteraciones en el sistema inmunológico, disfunciones psicosomáticas, fatiga, agotamiento, hipertensión, contracturas musculares, cefalea, taquicardia, trastornos del apetito, del sueño, sexuales, gastrointestinales, etc. Por otra parte, en el plano emocional, suele presentarse irritabilidad, agresividad, llanto, ansiedad, labilidad emocional,

tristeza, desesperanza, aburrimiento, apatía, suspicacia, aislamiento, rigidez, frustración, culpa, depresión, baja autoestima, actitudes negativas hacia sí mismo, baja tolerancia a la frustración, nerviosismo, inquietud, sentimiento de vacío. En tercer lugar, en el plano intelectual, se observan trastornos de la atención, percepción, memoria, juicio, concentración, etc. Y por último en el plano conductual suele manifestarse mayor predisposición a accidentes, aumento en el consumo de alimentos, alcohol, café, tabaco, fármacos, drogas, además de conflictos interpersonales que deterioran los vínculos familiares y sociales, empeoramiento de la calidad de vida, disminución de los intereses individuales, etc.

#### *Diferenciación entre SBO y estrés.*

Si bien dicho síndrome en muchas ocasiones es homologado al estrés en el plano laboral, es pertinente aclarar que existe una diferenciación entre los términos estrés y Burnout. Mientras que el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el Burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso una vez atravesada cierta etapa.

A su vez es posible percibir que el síndrome no se presenta siempre en la misma intensidad sino que fluctúa, pudiendo notarse en bajos niveles o en altos, es por ello que es considerado un proceso cíclico aunque continuo. El síndrome no aparece de forma súbita sino que se exhibe de forma

paulatina. Al mencionar su aparición de este modo, resulta pertinente hablar de su evolución.

### *Evolución*

En una primera instancia se presenta como un estrés agudo producto del desajuste entre las demandas laborales y los recursos materiales y humanos. Hacia una segunda etapa el sujeto busca de forma excesiva adaptarse a dichas demandas, sin embargo ello solo es posible mantenerlo un acotado tiempo concluyendo en una pérdida de control. Al suceder ello se hace visible una pérdida de disposición al trabajo y reducción de las metas laborales. Es importante destacar que hasta dicha etapa la situación es reversible. La tercera etapa coincide con síntomas de desgaste emocional, despersonalización y falta de realización. Por último dentro de la cuarta etapa el sujeto se haya deteriorado psicofísicamente actuando con bajas frecuentes, falta de eficacia en las tareas y convirtiéndose en incompetente para su trabajo y el entorno social del mismo.

En consonancia con ello, específicamente Neira señala las consecuencias laborales del Burnout:

- Disminución de la satisfacción, del interés, de la motivación, del compromiso, del rendimiento, de la calidad de servicio y de la productividad.
- Aumento del ausentismo, de la rotación, de los accidentes y errores.
- Clima laboral hostil con relaciones interpersonales pobres y conflictivas, falta de cooperación y apoyo.

- Incumplimiento y retraso en el horario y las tareas.
- Abandono real o manifiesto del puesto de trabajo.
- Pedido anticipado de jubilación.
- Cambio de profesión, etc.

Estas consecuencias están fuertemente relacionadas con la predisposición y rasgos de la personalidad. Existen ciertos aspectos de la personalidad que inciden en la probabilidad de contraer el síndrome. Entre ellas se encuentra la elevada autoexigencia, la baja tolerancia al fracaso, la necesidad de excelencia y perfección, la necesidad de control y el sentimiento de omnipotencia frente a la tarea.

### *Tratamiento*

En cuanto al tratamiento un posible abordaje terapéutico individual consiste en que el sujeto en primera instancia pueda reconocer el motivo de su estrés, establecer un diálogo con sus compañeros para identificar si existen situaciones similares a las que él/ella se encuentra. También resulta fructífero identificar las tareas del trabajo que más disfruta llevar a cabo.

Más específicamente Peiró (1995) puntualiza tres diferentes niveles de estrategias que pueden llevarse a cabo:

A) Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia.

- B) Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales.
- C) Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

## 2.5 Investigaciones

Es importante destacar ciertas investigaciones que fueron llevadas a cabo en relación al Burnout y su relación con prácticas asistenciales. La más relevante y afín a la temática a investigar es una Tesina realizada en la ciudad de Rosario durante el año 2010 por Filas. Fue realizada en base a una muestra que trabaja con pacientes graves, en exceso de horas y sin un equipo terapéutico, a quienes se les administró el cuestionario de Maslach para determinar los indicadores de Burnout.

Otra investigación en relación a la temática es la realizada por Fernandez D'Adam, la cual hace referencia a la prevención del Burnout (Desajuste laboral) en los acompañantes terapéuticos. Se caracteriza por ser una investigación descriptiva de la temática. La misma se llevó a cabo en el año 2006 en la ciudad de Buenos Aires. En la misma afirma que el Síndrome es resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a los A.T. cuya tarea fundamental implica una relación, en la cual, la ayuda, el acompañamiento y el apoyo ante los problemas del paciente son el eje central del trabajo generando síntomas de agotamiento emocional,

despersonalización, sensación de reducido logro personal, acompañándose de trastornos físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal.

En tercer lugar, otra investigación realizada en torno a la temática abordada se realizó en la ciudad de Córdoba durante el año 2011 por Bracco y Reyna. El objetivo central de este estudio fue analizar las manifestaciones de Síndrome de Burnout en un colectivo particular de agentes de salud, los acompañantes terapéuticos. Asimismo, se indagó acerca de las estrategias de afrontamiento empleadas, tanto en términos generales como específicas de la profesión, y su relación con los síntomas del síndrome.

Particularmente en la ciudad de Mar del Plata se ha realizado un proyecto de investigación, aunque no en específico de la relación entre Burnout y Acompañamiento Terapéutico. Es posible citar dicha investigación debido a que establece la relación del Síndrome de Burnout y una profesión de carácter asistencial. La misma se titula “Expectativas de trabajo y estrés laboral en personal de servicio de emergencias” fue realizada durante el año 2006, elaborado por las alumnas Delle Done, Oyarbide y Taboh Martinez. En el mismo detallan que los servicios de emergencia son generadores de estrés por excelencia, como objetivo se plantean el conocimiento de las expectativas de trabajo y su grado de cumplimiento, así como también la posible relación que pudiera existir entre esto último y el desarrollo del estrés laboral en el personal de los servicios de base operativa y radio de la empresa Cardio.

Otras investigaciones referidas al Burnout realizadas también en la ciudad de Mar del Plata se titulan “Profesión docente y estrés laboral: Síndrome de Burnout y satisfacción laboral en docentes de EPB de centros públicos del partido de la costa” realizado en el 2007 por los alumnos Canteros, Malgor y Scigliano. La otra investigación realizada en el año 2004 titulada “Exploración del Síndrome de Burnout en trabajos de hoteles de Mar del Plata”, por las autoras Asin, López y Pingaro.

Los diferentes aportes que dichas investigaciones realizaron resultan de importancia para los saberes y la práctica profesional, en consecuencia se considera pertinente para el avance de la psicología y de los recursos auxiliares la contribución de dicho trabajo como complemento a dichos saberes profesionales. Por ello el presente proyecto surge a partir de la necesidad de estudiar el agotamiento emocional en relación a la práctica del acompañamiento terapéutico debido a la creciente preocupación por la preservación de la Salud Mental de los auxiliares y profesionales de la salud, y asumiendo que el deterioro de su calidad de vida conlleva repercusiones sobre la propia práctica, los pacientes, y la sociedad en general.

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

### **3. Metodología**

En este capítulo se presenta la metodología implementada en la presente investigación. Se describen: la composición de la muestra, los instrumentos utilizados para recolectar la información requerida, el procedimiento llevado a cabo y los resultados obtenidos. El estudio empírico realizado se basó en un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo-correlacional.

#### **3.1. Composición muestral**

La muestra intencional no probabilística (N=70) está conformada por sujetos adultos que se desempeñan como acompañantes terapéuticos, de ambos sexos, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Dichas personas deberán estar trabajando actualmente, ya sea en instituciones públicas o privadas, centros de día, o en domicilios particulares. La composición muestral es la siguiente: 55 mujeres (78,6 %) y 15 hombres (21,4%) con una edad que oscila entre 18 y 56 años con una media de 32 y un desvío de 8 años y 5 meses para el total de casos estudiados. El 51,4% de la muestra posee formación básica alcanzada (primario y/o secundario), en tanto que el 48,6% posee formación superior alcanzada (nivel equivalente a terciario/universitario). Del total de sujetos, el 52,8% está compuesto por estudiantes o profesionales del área de Psicología. En segundo lugar el 15,7% está compuesto por estudiantes o profesionales de las carreras de Terapia Ocupacional y Servicio Social. Mientras que el 31,5% está

compuesto por estudiantes y profesionales de diferentes carreras; o solo poseen el primario o secundario completo. Por último el 97,1% de los sujetos realizó un curso de acompañamiento terapéutico mientras que el 2,9% no lo ha realizado.

### 3.2. Instrumentos

Para llevar a cabo este estudio se utilizó un instrumento psicológico y un cuestionario diseñado a los fines del presente trabajo; ambos en formato autoadministrable, con el fin de evaluar la interrelación entre el agotamiento profesional y la práctica de acompañamiento terapéutico. Es decir que para el logro de tal objetivo se administraron el Cuestionario de Maslach (Maslach Burnout Inventory-M.B.I.-) y el Cuestionario para Acompañantes Terapéuticos.

#### *Cuestionario para Acompañantes Terapéuticos*

Este cuestionario de autoinforme ha sido diseñado y aplicado para la presente investigación en sujetos de Mar del Plata. Mediante el mismo se relevó información sobre los datos básicos y específicos propios de la práctica de los Acompañantes Terapéuticos.

Los datos básicos obtenidos informaron sobre la edad, el género y el nivel de instrucción de los sujetos.

Los datos específicos de la práctica han sido recabados, a través de 19 ítems, e informaron sobre el tiempo de ejercicio profesional, la

concepción de Acompañante Terapéutico que el sujeto posee, las principales actividades que realiza y últimos diagnósticos con los que ha trabajado, obstáculos que percibe en su práctica, por quién es solicitado para su trabajo, si se desempeña en conjunto con otros profesionales y si supervisa sus prácticas, los lugares en los cuales trabaja, cantidad de horas que dedica a su profesión semanalmente y en último lugar si se encuentra satisfecho con su remuneración, tiempo de pago y trabajo.

#### *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)*

El Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, se encuentra formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. La factorización de los 22 ítems da cuenta de 3 dimensiones que son denominadas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

La dimensión de agotamiento emocional consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Dicho agotamiento constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables e insatisfechas, aparece la queja constante y se pierde la capacidad de

disfrute. Para protegerse de dichas sensaciones el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo.

La dimensión de despersonalización está formada por 5 ítems y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La despersonalización constituye un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza emocional. Se refiere a actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo. El sujeto generalmente se manifiesta de forma hiperactiva, lo cual incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

La dimensión de realización personal se compone de 8 ítems y evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente. Dicho estado se caracteriza por una pérdida de ideales y un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y creativas.

### 3.3. Procedimiento

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

Este estudio se basa en un diseño transversal, descriptivo/correlacional, y los datos obtenidos fueron procesados con el software SPSS 21.0.

El procedimiento consistió en la administración de los instrumentos en forma individual, en un encuentro de aproximadamente 30 minutos. La realización de los cuestionarios fue en casas particulares, puntos de encuentro públicos o instituciones. En todos los casos la participación fue voluntaria, anónima y bajo consentimiento informado. Los sujetos fueron contactados en el medio universitario, escuelas, instituciones relacionadas con la práctica del A.T. o a través de profesionales que trabajan con ellos.

Durante los encuentros se explicó en qué consistía la temática que se intentaba estudiar, a qué facultad correspondía y se brindó una breve explicación sobre los instrumentos utilizados para luego proporcionarles los cuestionarios.

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

# **CAPÍTULO 4**

## **RESULTADOS**

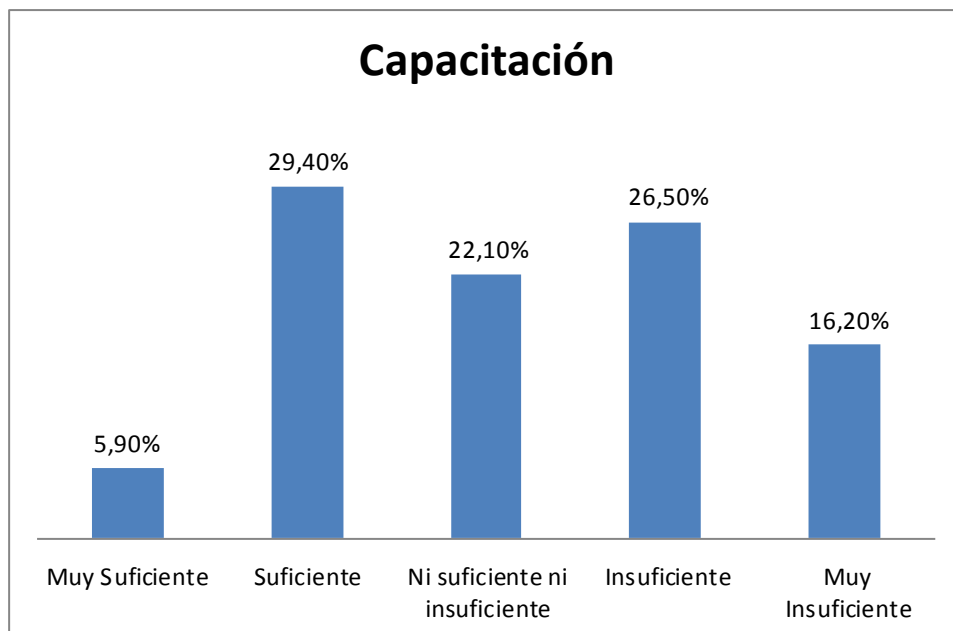
#### **4. Resultados**

A continuación se presentarán los resultados obtenidos mediante los instrumentos administrados: Cuestionario para Acompañantes Terapéuticos y *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1986) en la muestra de 70 acompañantes terapéuticos de Mar del Plata.

Para comenzar, resulta relevante destacar que en cuanto a la exploración de las características de la práctica de los A.T. que se desempeñan en el campo de Salud Mental, se obtuvo que:

##### *Capacitación:*

En cuanto a los sujetos que realizaron el curso de acompañamiento terapéutico se halló que la mayoría de los sujetos valoró la capacitación recibida en el mismo como “Suficiente” (29,4%) e “Insuficiente” (26,5%). Mientras que en las valoraciones extremas se encontraron los menores porcentajes “Muy insuficiente” (16,2%) y “Muy suficiente” (5,9%). Por último el 22,1% consideró que la capacitación recibida fue “Ni suficiente, ni insuficiente”.



#### *Definición de acompañante terapéutico*

Según los datos obtenidos, a través del cuestionario, se logró captar las diferencias que la muestra presentó en referencia a cómo definir al acompañante terapéutico.

Para el análisis de dichas respuestas se procedió a seleccionar cinco variables recurrentes, no excluyentes, que a continuación se detallan:

- Auxiliar de salud mental/Agente de salud mental.
- Sostén/Contención emocional.
- Trabajo en equipo interdisciplinar.
- Todas.
- Ninguna.

En cuanto la primera variable se concluyó que de los 70 sujetos un 60% consideró al acompañante terapéutico como un agente o auxiliar de salud. A modo de ejemplo se cita la siguiente definición presente en uno de

los cuestionarios: *“El A.T. es el agente auxiliar capacitado para facilitar diversas tareas al acompañado teniendo en cuenta sus necesidades terapéuticas.”*

A su vez en cuanto a la variable que hace referencia a la consideración del acompañante como sostén o contención emocional, de la muestra total, se halló que un 15,7% adhirió a dicha variable: *“Quien oficia de sostén para que el paciente mantenga su función dentro de la familia, comunidad y ámbito social, es quien propone e incentiva la realización de actividades positivas, recreativas y lúdicas.”* (cita extraída de un cuestionario)

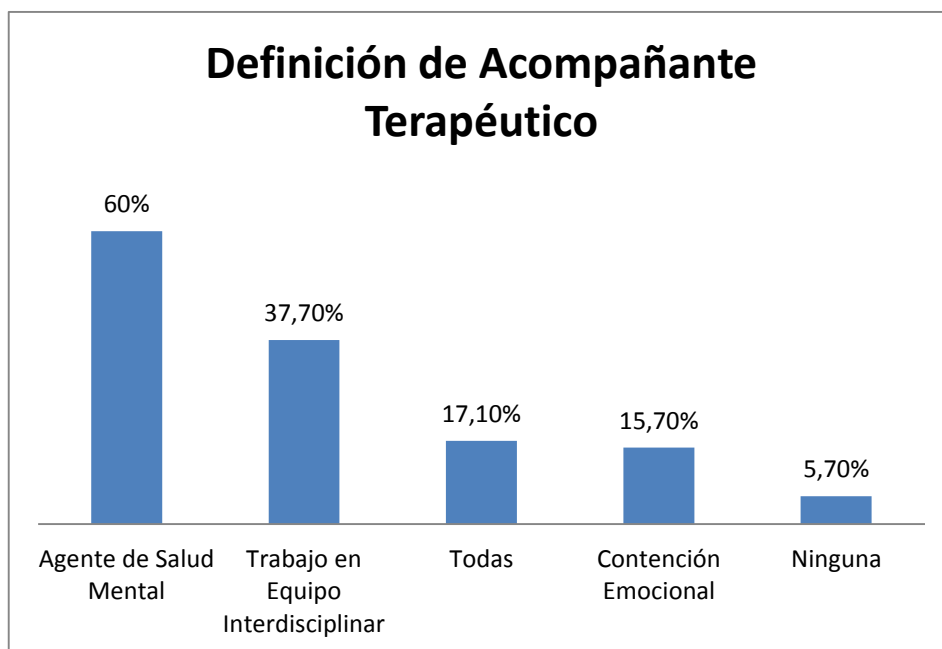
Por otra parte dentro de la consideración del trabajo interdisciplinar como parte de la definición del A.T. se obtuvo que un 37,7% optó por dicha inclusión dentro de la respuesta: *“Refuerzo dentro de un equipo interdisciplinario.”* (cita extraída de los cuestionarios)

Resulta relevante aclarar que en su mayoría quienes seleccionaron dicha variable también incluyeron dentro de su definición la mención del acompañante como un auxiliar o agente de salud mental.

Finalizando, quienes no incluyeron en su definición ninguna de las variables mencionadas constituyeron el 5,7%: *“Aquella persona que dispone de recursos y conocimientos para poder articularlos en beneficio del paciente para la resolución de situaciones cotidianas y o particulares de sí mismo y su vinculación con el entorno.”* (cita extraída de los cuestionarios)

Por último el 17,1% definió al A.T. incluyendo todas las variables: *“Un agente de salud, parte de un equipo interdisciplinario que contiene al*

*paciente en su vida cotidiana, en especial cuando transita una crisis en su diagnóstico.” (cita extraída de los cuestionarios).*



*Principales actividades, obstáculos y diagnósticos tratados por el acompañante terapéutico*

En cuanto a las principales actividades realizadas por el A.T., las mismas fueron evaluadas de modo tal que cada cuestionario indagó sobre las tres opciones que el entrevistado consideró principales dentro de su rol. Se obtuvieron de esta manera 210 respuestas, entre las cuales se destacaron “actividades escolares/diarias”, “contención”, “socialización/integración” y “paseo/recreación/juego”.

En cuanto a las actividades escolares y actividades diarias se entiende por las mismas que el A.T. brinda ayuda, apoyo y sostén pedagógico tanto dentro del establecimiento educativo como así también por fuera, continuando las actividades de los docentes. A su vez en cuanto a las

actividades diarias, las mismas engloban la ayuda y acompañamiento en la rutina cotidiana del paciente según sus particularidades. Se halló que 14% de las respuestas concordó con esta actividad.

Siguiendo con las acciones destacadas, se reflejó que el 12% de las respuestas coincidió con la función de contención por parte del acompañante terapéutico.

En tercer lugar dentro de la actividad socialización, se consideró el reforzamiento de la vinculación entre pares, promoción de vínculos familiares y habilidades sociales en general. El porcentaje obtenido fue del 10%.

Por último en lo referente a los paseos, recreación y juegos, el 9,5% de las respuestas concluyeron que la misma constituía una de las principales.

Por otro lado se apreció la reiteración de otras actividades, como cuidados físicos e higiénicos, escuchar y observar al paciente, traslado, fomentar la autonomía e independencia, refuerzo de tratamiento entre otras, no aportando las mismas datos significativos.

En su contraparte, en lo referido a los obstáculos el 30% de los acompañantes manifestaron que el principal inconveniente para el desempeño de sus actividades es la confusión del rol por parte de la familia y en segundo lugar de la escuela. Lo cual fue descripto en diversos cuestionarios como fallas en el respeto por el encuadre. Dentro de dichas fallas es posible mencionar las problemáticas que surgen debido a la no consideración por los horarios pautados, al hecho de la confusión del A.T.

con cuidadores, al desconocimiento de las tareas correspondientes al rol, entre otras.

En segundo lugar se halló una igualdad de porcentajes en cuanto a dos variables: dificultades de pago por parte de las obras sociales y dificultades en relación al equipo de profesionales que trabajan en conjunto con el A.T. Dichos porcentajes fueron del 13%.

En cuanto a las dificultades de remuneración por parte de las obras sociales se evidenció la falta de pago, o el pago tardío por parte de las mismas.

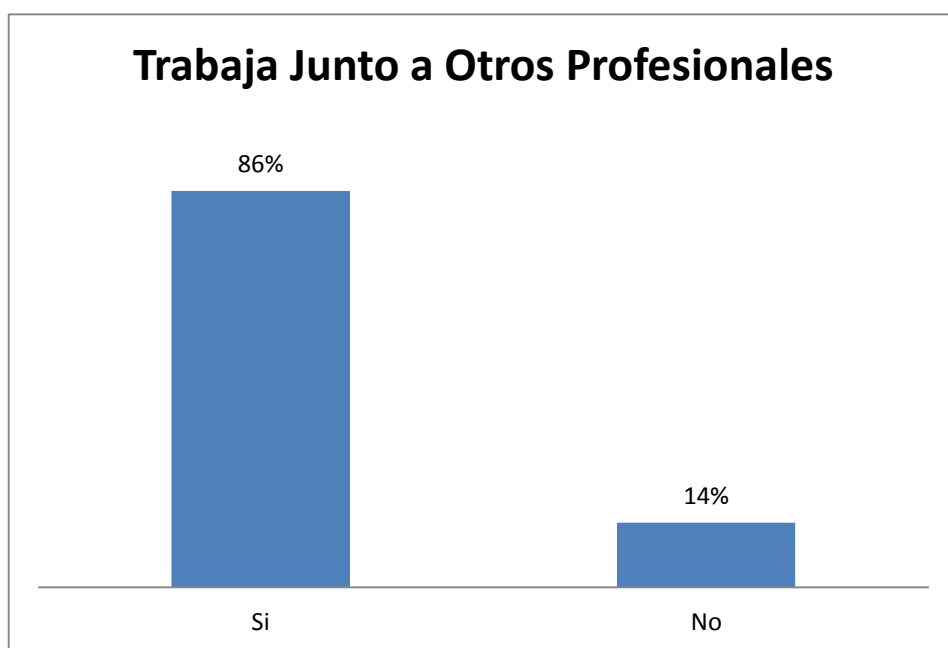
Por otra parte en relación al equipo se destacó: la falta de supervisión y de inclusión del A.T., ausencia del equipo, la falta de comunicación y de integración entre los profesionales que trabajan con el mismo paciente, confusión entre el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario.

En cuanto a los demás obstáculos que aparecieron se pueden destacar: la burocracia institucional, la falta de formación del A.T., la ausencia de sostén legal que regule la práctica, cuestiones referidas a las subjetividades de cada paciente y barreras arquitectónicas entre otros.

Por último en cuanto a los diagnósticos de los pacientes con los que los A.T. han trabajado y trabajan actualmente se pudo concluir que tanto el Trastorno Generalizado de Desarrollo (T.G.D.) y Retraso Mental resultaron ser los porcentajes más destacados (9%). Otro dato que se destacó fue el diagnóstico de Parálisis Cerebral (P.C.) constituyendo el 5% de las respuestas.

### *Equipo Interdisciplinario*

De la muestra total de sujetos el 86% manifestó trabajar junto a otros profesionales de distintas disciplinas: mayoritariamente trabajan con psicólogos y terapeutas ocupacionales, en menor escala con trabajadores sociales y psicopedagogos mientras que en una escala intermedia con psiquiatras.

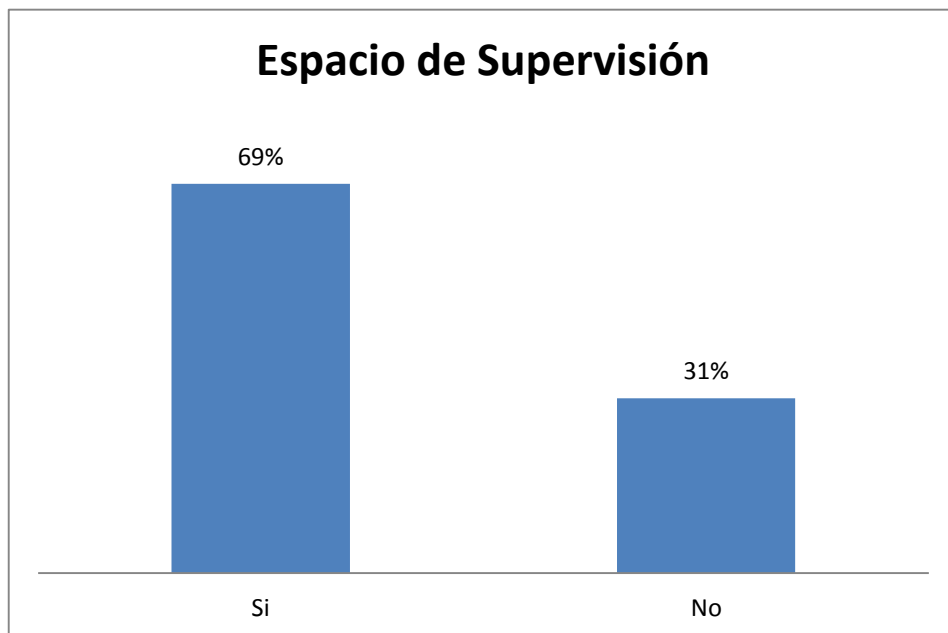


A modo de aclaración resulta relevante informar que, el hecho de trabajar con un equipo de profesionales, no es condición suficiente para poder afirmar que en la totalidad de dichos casos exista la supervisión. La suma de casos que no supervisa se encuentra conformado por 22 personas (31% de la muestra total). Entre ellas 12 afirmaron que no supervisan los

casos aunque si poseen equipo (55%), mientras que 10 personas afirmaron no supervisar ni tampoco poseer equipo (45%).

A su vez el 69% de sujetos aseguraron contar con espacios de supervisión. Los mismos fueron clasificados de acuerdo a 4 tipos de caracterizaciones que se reiteraban en las distintas definiciones. El porcentaje mas significativo lo constituyo la clasificación en la cual se definió la supervisión como *“espacio de definición, evaluación y seguimiento de objetivos y estrategias”* con un valor del 49%. En segundo lugar, con el 26,6%, dichos encuentros fueron caracterizados como *“espacio de consulta, evacuación de dudas e intercambio de información”*. Por último el 20,4% de los sujetos conformaron la variable denominada *“otros”*.

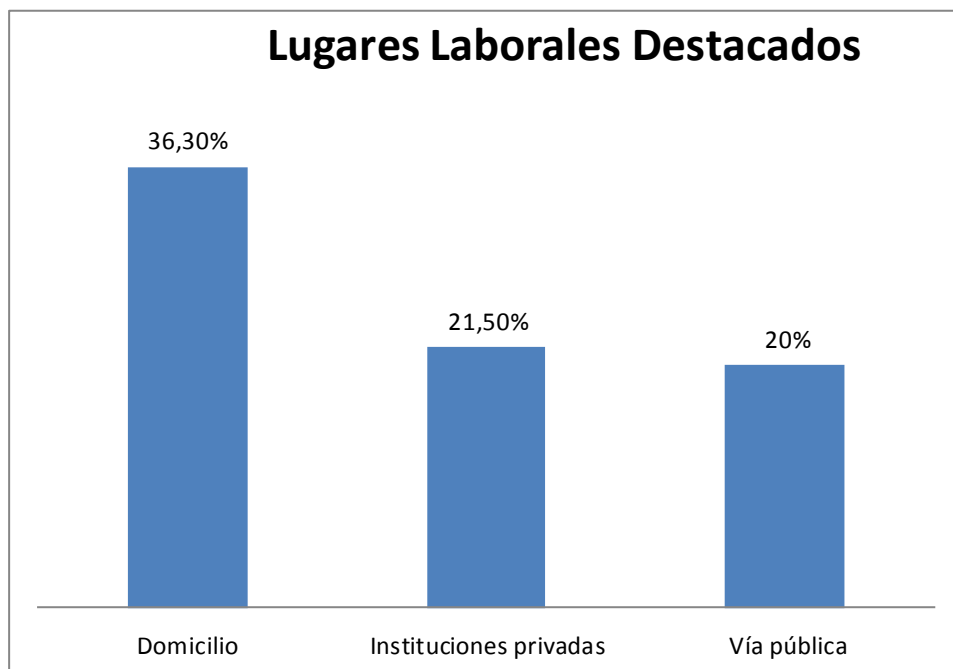
Resulta pertinente explicitar la única definición que abarcó todas las clasificaciones anteriormente mencionadas constituyendo el 2% restante. *“En mi caso utilizo los espacios de supervisión para pensar si mi práctica está contribuyendo a los objetivos propuestos y de qué manera. Para reflexionar críticamente sobre mi trabajo y aprender nuevas estrategias de intervención con profesionales, psicólogos y acompañantes terapéuticos con más experiencia que puedan aportar otra mirada, evacuar dudas y elucidar cuestiones transferenciales que a uno se le puede pasar por alto en el vinculo cotidiano con el paciente”*.



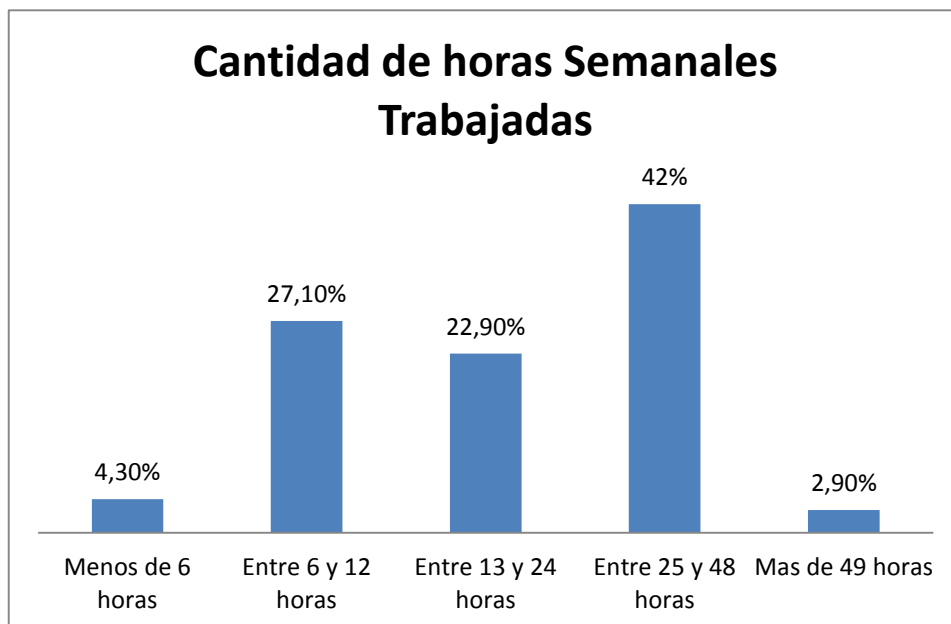
#### *Praxis del A.T.*

En dicho apartado se analizarán los datos en cuanto a los lugares y el tiempo en el que se desenvuelven los acompañantes diariamente, semanalmente e históricamente, como así también lo concerniente a la remuneración y conformidad o disconformidad con respecto a las mismas.

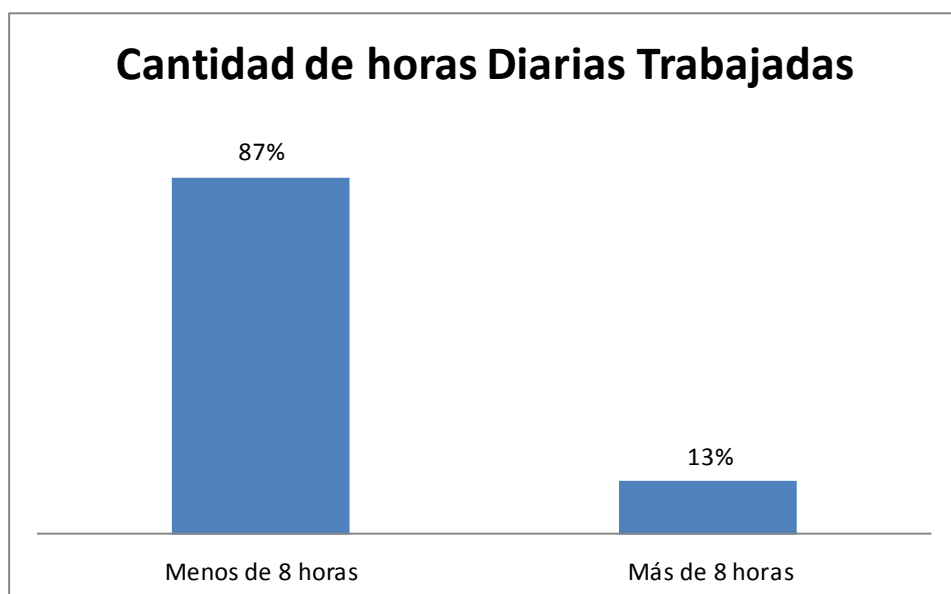
Los acompañantes son solicitados para desempeñarse en diferentes espacios físicos, entre los cuales se encuentran instituciones públicas, privadas, centros de día, domicilio del paciente, vía pública y otros. Dichas clasificaciones no son excluyentes, debió a que varios de los auxiliares han manifestado desempeñarse en más de uno de estos lugares. Aun así es pertinente mencionar que el 36,3% afirmó que asiste al domicilio para desempeñar su labor. Mientras que otros dos espacios destacados fueron las instituciones privadas elegidas por un 21,5% y vía pública seleccionada por el 20%.



En cuanto a la cantidad de horas semanales la mayoría, el 42,9% de los sujetos, destacó trabajar semanalmente un promedio de entre 25 y 48 hs., mientras que el 27,1% aseguró trabajar entre 6 y 12 hs. En tercer lugar, el 22,9% afirmó desempeñarse en su rol entre 13 y 24 hs. Por último las minorías se agruparon en los extremos: el 4,3% tiene una carga horaria menor a 6 hs. semanales y en su contraparte el 2,9% posee una carga de más de 49 hs. semanales.

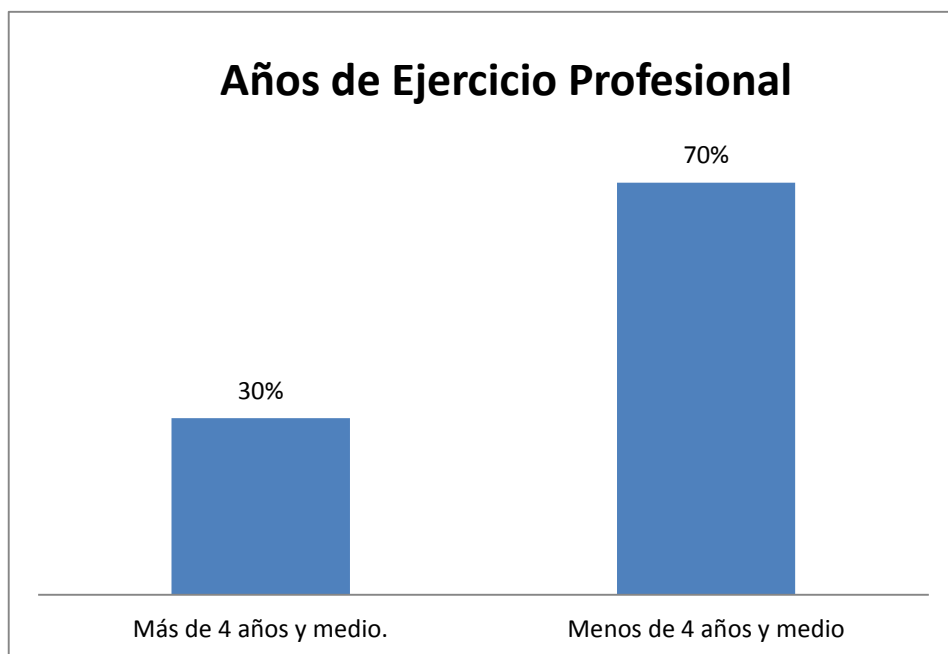


A su vez es pertinente destacar que el 87% de los sujetos no trabajan usualmente más de 8 hs. diarias, en cambio el 13% restante destacó trabajar comúnmente más de 8 hs. diarias.

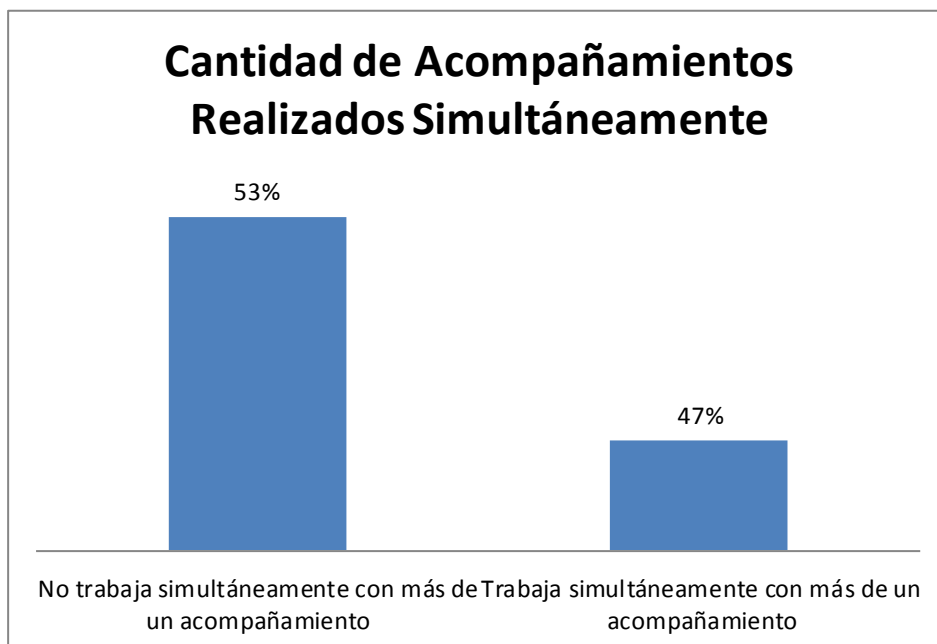


En relación al tiempo que lleva cada sujeto ejerciendo como Acompañante, a fin de sistematizar los datos obtenidos, se ha decidido

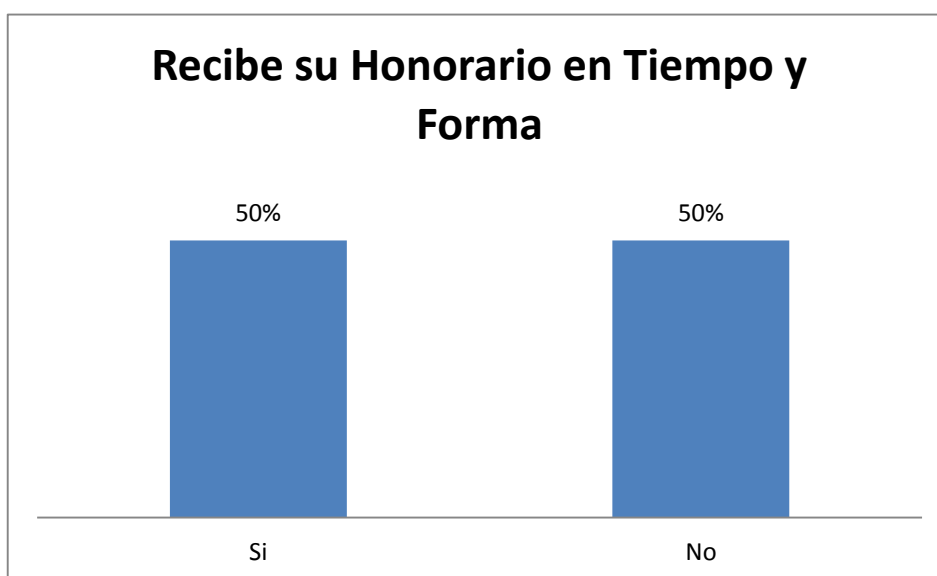
establecer un punto de corte de 4 años y medio. Por encima del mismo (más de 4 años y medio de ejercicio profesional) se hayó el 30%, mientras que el 70% de los sujetos restantes se agruparon por debajo del límite establecido (menos de 4 años y medio de ejercicio).



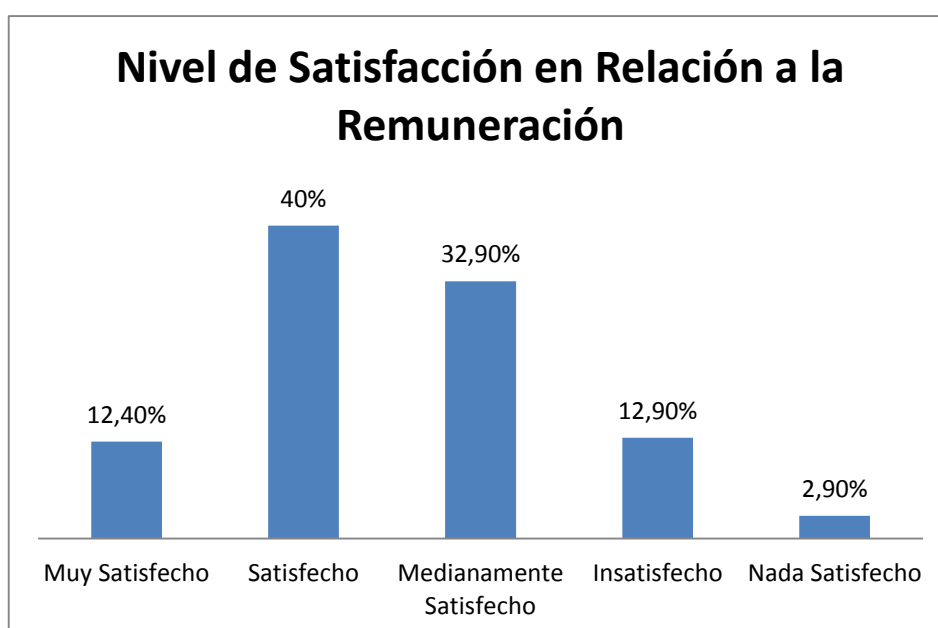
A base de lo indagado se obtuvo también que el 53% de los acompañantes no trabaja simultáneamente con más de un paciente y en oposición el 47% si lo realiza.



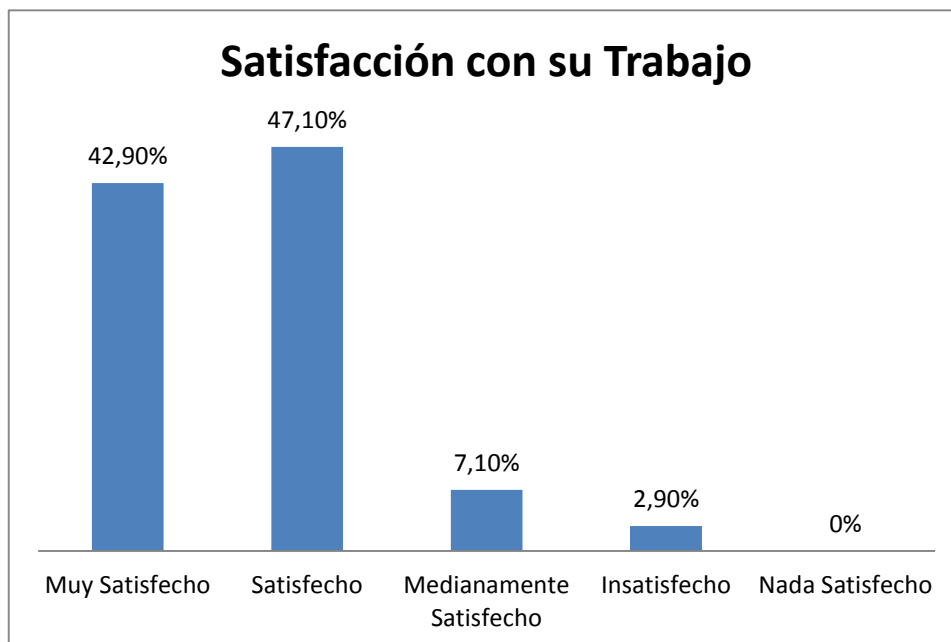
En relación a la remuneración cabe mencionar que se ha indagado acerca del pago en tiempo y forma de la misma, obteniendo como resultado que el 50% de los sujetos no recibe sus honorarios respetando lo acordado mientras que el 50% restante recibe los mismos según lo pautado.



Además se cuestionó sobre la satisfacción sentida por cada acompañante con respecto al monto obtenido por la labor realizada. Se hayó que la mayoría de los individuos se encuentra satisfecho (40%) o medianamente satisfecho (32,9%). Mientras que de un modo intermedio se encuentran los niveles insatisfechos (12,9%) y muy satisfecho (12,4%). Quedando como última opción el nivel nada satisfecho (2,9%).



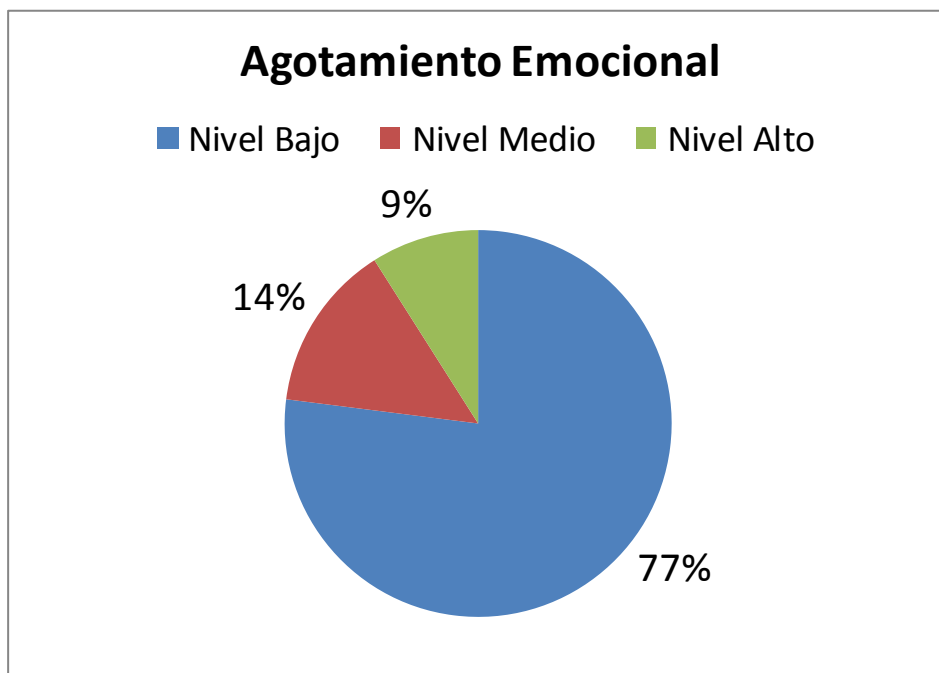
Finalizando se analizó la satisfacción, de modo general, que los sujetos expresaron tener con respecto a la práctica. El 47,1% afirmó encontrarse satisfecho, el 42,9% expresó sentirse muy satisfecho, el 7,1% medianamente satisfecho mientras que el 2,9% se consideró insatisfecho.



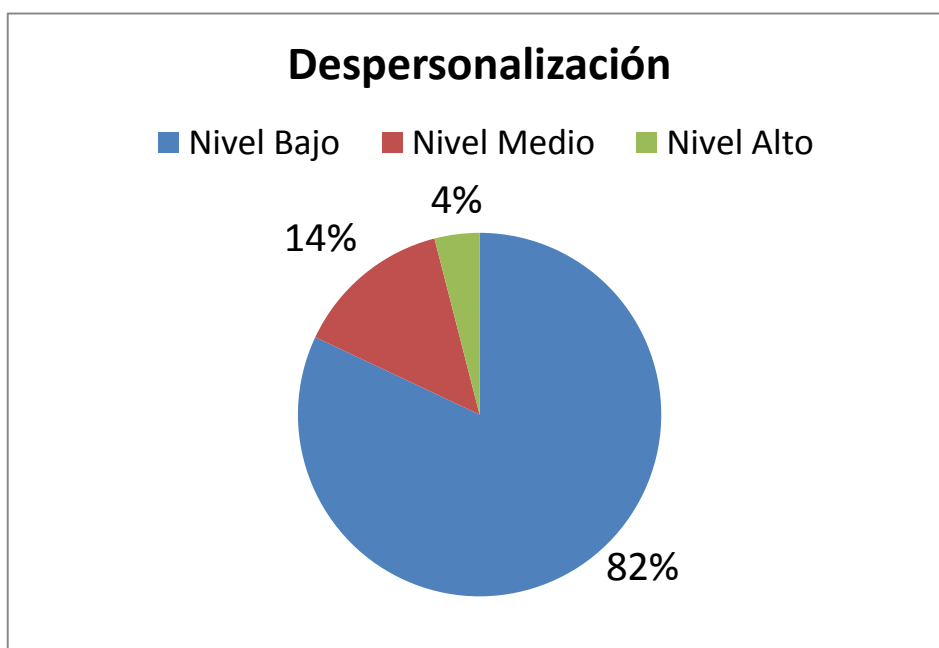
#### *Síndrome de Burnout*

A continuación se analizarán los datos obtenidos en las tres dimensiones evaluadas en el MBI.

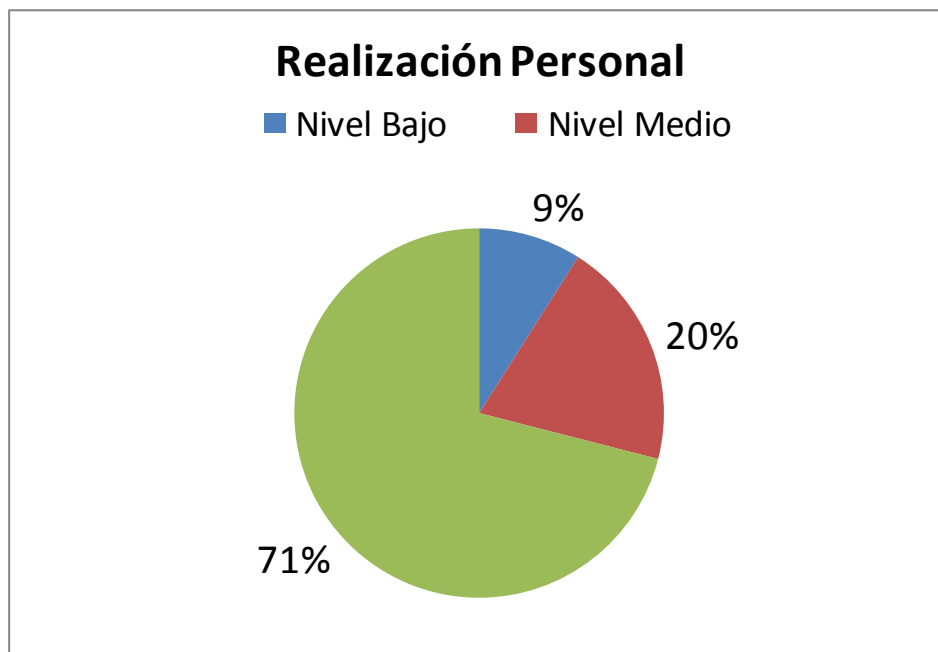
En cuanto al *Agotamiento Emocional* (AE) se puede apreciar que en la muestra total se encontró un alto porcentaje en el Nivel Bajo (77%) siendo notoria la discrepancia respecto del Nivel Medio (14%) y Alto (9%) las cuales tienen porcentajes similares entre sí.



Por otro lado, en la dimensión *Despersonalización* (DE) se continúa evidenciando como porcentaje principal el Nivel Bajo (82%), el cual se ve distanciado del porcentaje Nivel Medio (14%) y cercano al Nivel Alto (4%) como se evidenció en la dimensión de Agotamiento Emocional.



A su vez en la última dimensión, *Realización Personal (RP)*, se indica como porcentaje más significativo el Nivel Alto (71%), al cual le sigue el Nivel Medio (20%), quedando por último como porcentaje menos significativo el Nivel Bajo (9%).



De esta manera, según lo establecido por el manual del MBI, el cual indica que puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones y bajas en Realización Personal evidencia la presencia del SBO, concluimos que el **100% de la muestra manifiesta ausencia del SBO.**

*“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”  
Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

# **CAPÍTULO 5**

## **DISCUSIÓN**

## **5. Discusión**

### **5.1. Análisis de Resultados**

Se partió en la presente investigación, llevada a cabo con un grupo de acompañantes terapéuticos de la ciudad de Mar del Plata (n=70), planteando el siguiente objetivo general: *“Detectar la presencia o ausencia de indicadores del Síndrome de Burnout (SBO) en acompañantes terapéuticos de la ciudad de Mar del Plata”*.

Se ha encontrado que los niveles obtenidos para las dimensiones Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal fueron Bajo (77%), Bajo (82%) y Alto (71%) respectivamente. Por lo cual es posible afirmar, debido a dichos resultados, que predomina una ausencia significativa del SBO en dichos sujetos.

Ahora bien, particularmente, según los objetivos específicos planteados puede constatarse en cuanto al primero de ellos *“Explorar la relación entre la presencia-ausencia de indicadores de Síndrome de Burnout y la edad biológica de los acompañantes terapéuticos marplatenses”* que no existe una relación puntual entre un rango de edad determinado y la ausencia o presencia del SBO, debido a que se hallaron todo tipo de edades dentro de la muestra evaluada y no se encontró ningún sujeto que presentara SBO, concluyendo así que la edad no es una variable determinante.

Ante el segundo objetivo propuesto *“Identificar si existe una vinculación entre indicadores del Síndrome de Burnout y la antigüedad en el*

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

*rol de los acompañantes terapéuticos de la ciudad de Mar del Plata”* se halló, que tal como el objetivo anterior, no existe una vinculación entre las variables analizadas. Dicha conclusión se obtuvo debido a que ninguno de los sujetos de la muestra presenta SBO.

Sin embargo, resulta pertinente destacar ciertos porcentajes que se han obtenido en relación a los indicadores de Burnout y el tiempo de ejercicio profesional realizado.

|  | <b>Realización Personal</b> |              |               | <b>Cansancio Emocional</b> |              |             | <b>Despersonalización</b> |              |             |
|--|-----------------------------|--------------|---------------|----------------------------|--------------|-------------|---------------------------|--------------|-------------|
|  | <b>Bajo</b>                 | <b>Medio</b> | <b>Alto</b>   | <b>Bajo</b>                | <b>Medio</b> | <b>Alto</b> | <b>Bajo</b>               | <b>Medio</b> | <b>Alto</b> |
| <b>Más de 4 años y medio de ejercicio profesional. (30%)</b>   | 14,3 %                      | 23,8%        | <b>61,9 %</b> | 76,2%                      | 9,5%         | 14,3 %      | 76,2%                     | 23,8%        | 0%          |
| <b>Menos de 4 años y medio de ejercicio profesional. (70%)</b> | 6,1%                        | 18,4%        | <b>75,4 %</b> | 77,5%                      | 16,3%        | 6,1%        | 83,7%                     | 14,3%        | 2%          |

Como se expone en el cuadro anteriormente realizado, la muestra ha sido dividida entre aquellos sujetos que se agrupan por encima de los 4 años y medio de ejercicio profesional y aquellos que se encuentran por debajo del punto de corte. Se ha podido concluir que no existen diferencias significativas en ninguno de los 3 indicadores del Burnout. Sin embargo

resulta necesario destacar la brecha hallada en el indicador de Realización Personal.

En el nivel Alto de dicho indicador se encontró una diferencia que se expuso mediante los porcentajes: 61,9% y 75,4%, correspondiendo el primer resultado a aquellos sujetos que tienen más de 4 años y medio ejerciendo su labor, mientras que el segundo porcentaje refleja una superioridad del 15% aproximadamente, agrupándose allí aquellos individuos que llevan menos de 4 años y medio de ejercicio. De esta manera es posible concluir que estos últimos presentan mayor Realización Personal.

Por último en cuanto a los indicadores de Cansancio Emocional y Despersonalización, es posible mencionar que en ambos grupos de sujetos, los mayores porcentajes fueron hallados en los niveles bajos de los mismos, sin presentar diferencias notables.

Por último en cuanto al tercer objetivo *“Investigar la relación entre la formación académica de los acompañantes terapéuticos y los indicadores de despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional.”* para mayor claridad, se expondrán los resultados obtenidos según el siguiente cuadro:

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

|                              | <b>Realización Personal</b> |              |              | <b>Cansancio Emocional</b> |              |             | <b>Despersonalización</b> |              |             |
|------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|----------------------------|--------------|-------------|---------------------------|--------------|-------------|
|                              | <b>Bajo</b>                 | <b>Medio</b> | <b>Alto</b>  | <b>Bajo</b>                | <b>Medio</b> | <b>Alto</b> | <b>Bajo</b>               | <b>Medio</b> | <b>Alto</b> |
| <b>Primario (1,4%)</b>       | 0%                          | 0%           | <b>100%</b>  | <b>100%</b>                | 0%           | 0%          | <b>100%</b>               | 0%           | 0%          |
| <b>Secundario (60%)</b>      | 9,5%                        | 14,3%        | <b>76,2%</b> | <b>78,6%</b>               | 11,9%        | 9,5%        | <b>78,6%</b>              | 19%          | 2,4%        |
| <b>Terciario (14,3%)</b>     | 0%                          | 10%          | <b>90%</b>   | <b>70%</b>                 | 20%          | 10%         | <b>70%</b>                | 30%          | 0%          |
| <b>Universitario (24,3%)</b> | 11,8%                       | <b>41,2%</b> | <b>47%</b>   | <b>76,5%</b>               | 17,6%        | 5,9%        | <b>94,1%</b>              | 5,9%         | 0%          |

A partir de la investigación realizada se logró concluir que los sujetos que manifestaron poseer una formación académica primaria, secundaria o terciaria, obtuvieron altas puntuaciones en el indicador de Realización Personal, destacándose significativamente dicho resultado tanto de las calificaciones medias como de las bajas. Resulta menester señalar que en cuanto al nivel universitario pudo observarse una diferenciación con respecto a lo descripto anteriormente, debido a que las puntuaciones medias y altas resultaron similares.

En cuanto al indicador de Cansancio Emocional se halló una concentración de sujetos en el nivel bajo.

Mientras que, por último en el indicador de Despersonalización, tal como en el anterior, las puntuaciones se agruparon dentro del nivel bajo.

Acorde a lo expuesto, se ha concluido de tal modo que, en todos los niveles máximos de estudio alcanzado, los mayores porcentajes de sujetos se agruparon dentro del nivel alto del indicador de Realización Personal y

dentro de los niveles bajos en los indicadores de Cansancio Emocional y Despersonalización; en consonancia con la respuesta del objetivo general del estudio.

A su vez, resulta menester destacar ciertos aspectos indagados que resultan significativos en dicho estudio según los datos que arrojan. Los mismos se hallan en consonancia con la resolución del principal objetivo, permitiendo observar e hipotetizar diferentes motivos por los cuales los sujetos no presentan SBO.

En su generalidad los acompañantes terapéuticos se encuentran trabajando con otros profesionales, supervisando sus casos, desenvolviéndose dentro de las 48 horas semanales legalmente estipuladas. Además, los mismos, particularmente expresaron no trabajar más de 8 horas diarias ni tampoco con más de un paciente. A su vez, en cuanto a su remuneración la mayoría de los sujetos manifestó encontrarse satisfecho, y en referencia a su trabajo aseguraron sentirse satisfechos y muy satisfechos, lo cual constituyó uno de los indicadores más relevantes para dicha conclusión.

## 5.2. Conclusión

Se concluyó, a partir del análisis de los resultados obtenidos, tres consideraciones importantes a reflexionar y destacar

Dichos puntos refieren en primera medida a la posible relación hallada entre los indicadores del MBI cuando no se presenta el SBO pero el CE o

DE son elevados y compensados por la RP. A partir de dicha relación se destaca la importancia del indicador de Realización Personal y el énfasis de la implementación de una mayor exploración cualitativa de dicho indicador. Por último se infiere el valor significativo de la creación de un Marco Legal que resguarde y regule el ejercicio de los Acompañantes Terapéuticos.

En cuanto a la primera consideración, ante la ausencia significativa del SBO en dicho estudio, resulta relevante observar en líneas generales, qué sucede con aquellos sujetos que presentaron altas puntuaciones en los indicadores de Cansancio Emocional y Despersonalización. Se logró arribar a la determinación de que la gran mayoría de los mismos obtuvieron una compensación mediante la alta puntuación de Realización Personal.

Es decir, no fue posible hacer referencia a la presencia de SBO en tales individuos debido a que si bien CE y DE fueron puntuados altos, la calificación de RP determinó la ausencia del Síndrome. Estos datos permiten reflexionar acerca de que los logros profesionales de aquellos Acompañantes Terapéuticos son altos, aunque el costo en la relación AT-paciente también resulta, en algunos casos, elevado.

Es por ello que se considera relevante, en estudios más amplios explorar si existe una reiteración de lo encontrado en los casos anteriormente mencionados. De corroborarse dicha hipótesis se comprende la necesidad de aplicar programas masivos de afrontamiento del cansancio emocional y la despersonalización, más allá de los casos particulares.

Reflexionando acerca del segundo aspecto propuesto, es importante destacar que detrás del objetivo principal se encontraba una hipótesis a base de la cual se indagaron especificidades como la supervisión del AT, la formación profesional, los años de ejercicio, la satisfacción de la remuneración, los obstáculos que dicha práctica acarrea, y la edad cronológica de los sujetos encuestados, entre otros. Dicha hipótesis esperaba hallar entre los factores mencionados, el o los principales motivos que condicionan a los AT a presentar SBO.

Debido a que los resultados fueron concluyentes en cuanto a la ausencia de SBO en la muestra, se resalta la importancia de realizar un estudio que complemente el actual a fin de orientar la investigación hacia aquellos factores que condicionan la alta puntuación en el indicador de Realización Personal.

En el presente estudio se ha podido indagar sobre algunos aspectos que han sido considerados como influyentes en los resultados obtenidos, entre ellos se halla la modalidad de trabajar con otros profesionales y bajo supervisión. En cuanto a este punto específicamente, se ha considerado que el hecho de encontrarse mayoritariamente trabajando en dichas condiciones podría incidir en cuanto a que los sujetos se sientan más contenidos emocionalmente, con mayores herramientas para afrontar dificultades, trabajando con otros profesionales desde diferentes abordajes para el mismo sujeto; todos factores que se hipotetiza podrían aportar condiciones óptimas para una mayor realización profesional.

Por otra parte, existen dos factores que constituyen también aspectos que podrían relacionarse con el bienestar laboral de los sujetos; entre ellos el hecho de sentirse satisfecho con la remuneración y con el trabajo que realiza en sí.

Se ha considerado que las cuestiones señaladas anteriormente deberían seguirse indagando en profundidad para lograr establecer una relación más precisa entre dichos factores y la presencia o ausencia de SBO.

Por último, este estudio resulta un aporte para la nueva Ley de Salud Mental, debido a que en la misma se destaca el ejercicio de los auxiliares de la salud en la externación de pacientes, dentro de los cuales se podría ubicar el rol de AT como uno de los más protagónicos.

Sin embargo, se cree imprescindible la implementación de un Marco Legal propio de la práctica que resguarde y regule el ejercicio del AT, ya que resulta ser un accionar terapéutico de utilización masiva en la actualidad.

A su vez se considera que dentro de dicho código se debe establecer, desde la perspectiva de este estudio, una norma que establezca la obligatoriedad de trabajar bajo la supervisión de un equipo interdisciplinario, tal como se expuso dentro de la definición conceptual del AT en el Marco Teórico de dicha tesina. Debido a que se ha podido comprobar que existen ciertos sujetos que ejercen el rol sin estar bajo dicha supervisión.

Finalizando, es posible dar cuenta, en respuesta a la necesidad planteada en el anteproyecto, que la apreciación de que dichos auxiliares no

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

presentan estrés laboral en su generalidad, resulta significativo para la apoyatura de pensamientos que habilitan a Acompañantes Terapéuticos a desarrollarse con capacidad dentro del ámbito de la salud.

## Bibliografía

- Alderete, S.; Dragotto, P; Frank, M.; Leblebdijian, L; Manson, F.; Pulice, G. & Rossi, G. (2002). *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Asin; López & Pingaro (2004). *Exploración del Síndrome de Burnout en trabajadores de hoteles de Mar del Plata* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.
- Bracco, C. & Reyna, C. (2011). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 31-45.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Canteros; Malgor & Scigliano (2007) *Profesión docente y estrés laboral: Síndrome de Burnout y satisfacción laboral en docentes de EPB de centros públicos del partido de la costa* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.
- Cavagna, N. (1996) *Acompañamiento terapéutico*. En N. Cavagna (coordinadora), Mesa redonda realizada en Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría, Buenos Aires, Argentina.
- Delle Donne; Oyarbide & Taboh Martinez (2006) *Expectativas de trabajo y estrés laboral en personal de servicio de emergencias* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.
- Fernández D'Adam (2006). Prevención del Burnout en los acompañantes terapéuticos. En: D'Adam, G. (comp.) *Haciendo camino Guía para el acompañamiento terapéutico* (pp. 147-160). Buenos Aires: Gabas.
- Fernández, M. (2013). *El movimiento antipsiquiátrico*. Recuperado en <http://suite101.net/article/el-movimiento-antipsiquiatrico-a82683#.V8Wgrfnh> DMy.

- Fernández, N. (2010) *La integración social del paciente psiquiátrico a través de la alfabetización*. (tesis de pregrado). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Filas, S. (2010). *Acompañamiento terapéutico y síndrome de burnout*. (tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina.
- Foucault, M. (1973-1974). *El poder antipsiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1983). *La crisis del modelo médico en psiquiatría*. Rosario, Argentina: Cuadernos Médicos Sociales n°23.
- Galende, E. (1997) De un horizonte incierto. *Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Horni, J. (2005). *El acompañamiento terapéutico y la integración social de las personas con trastornos psíquicos*. Mar del Plata: Suárez.
- Korin, S. (1978). Equipos psicoterapéuticos para pacientes críticos. *Revista de Psicoanálisis*, XXXV, 3, Buenos Aires, 625-643.
- Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Buenos Aires: Trieb.
- Kuras de Mauer, S.; Moscona, S. & Resnizky, S. (2002) *Psicoanalistas, un autorretrato imposible*. Buenos Aires: Lugar.
- Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2009). *Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ley 26.657 (2010) *Derecho a la protección de la Salud Mental*. Boletín Oficial N° 32041.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Neira, M. de C. (2004). Cuando se enferman los que curan. *Estrés laboral y Burnout en los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Ea Ediciones/L.
- Rossi G.P. (2007). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.

*“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”*

*Ferrer Larsen, Brenda – Vázquez, Rocío Belén*

Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídica*, n° 31, Madrid.