



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

“Acompañamiento Terapéutico y Síndrome de Burnout”

Tutor de tesina: Raúl Gómez Alonso.

Autor: Santiago Filas.

Título: Licenciatura en Psicología.

Rosario, Noviembre del 2010.

RESUMEN:

La incidencia del Síndrome de Burnout en Acompañantes Terapéuticos, es el tema que se trabajó en la presente tesina. La muestra se caracterizó por tratarse de Acompañantes Terapéuticos que se desempeñan con pacientes graves, y lo hacen en un exceso de horas. La tesina se materializó en la ciudad de Rosario, se tuvo en cuenta el trabajo tanto en instituciones psiquiátricas privadas, como en los domicilios particulares de los pacientes. Se trabajó con 10 Acompañantes Terapéuticos, 6 hombres y 4 mujeres que oscilan entre los 25 y 61 años.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron cuestionarios autoadministrados, con preguntas del tipo cerradas, y entrevistas semiestructuradas. Ambas técnicas fueron de carácter anónimo, y se llevaron a cabo teniendo en cuenta el total de la muestra (10 Acompañantes Terapéuticos).

Para ocuparse del objetivo, antes mencionado en éste trabajo, se tuvo en cuenta el contexto actual de la salud mental pretendiendo no desatender los factores históricos que se relacionan con el campo del Acompañamiento Terapéutico; se describió el campo de acción, en cuanto al trabajo propiamente dicho del Acompañante que se desempeña sin equipo terapéutico. Siguiendo con éste desarrollo, y además, pensando en la problemática del tiempo que comparte éste agente de la salud mental con el paciente, se introdujo la noción de Contratransferencia desde una perspectiva estrictamente Psicoanalítica. Todo esto desembocó en tratar de identificar los indicadores de despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional del acompañante terapéutico, siguiendo el Modelo Teórico de Maslach y Jackson.

El Síndrome de Burnout ha sido declarado como una Pandemia de estos tiempos, el trabajo con seres humanos que implica un compromiso subjetivo, se relaciona con una mayor predisposición a éste malestar, en consecuencia el Acompañamiento Terapéutico y sus

avatares, no escapan a ésta realidad; más bien se muestra sumamente vulnerable a su circunstancia.

PRÓLOGO:

El desgaste profesional es un tema que me ha preocupado desde hace varios años, sobre todo dentro de la salud mental, por la paradoja que ello me representa. Existen numerosas investigaciones acerca de dicho tema, no corre la misma suerte lo investigado en relación al Acompañamiento Terapéutico; es esta otra razón importante por la cual elegí el tema.

En el presente trabajo, se describen los indicadores de Síndrome de Burnout específicamente en a.t.s que trabajan en exceso de horas y sin equipo terapéutico, en relación a patologías graves de la vida de relación.

Existe un desgaste psicológico en el a.t. que no se limita a respetar cuestiones que tienen que ver con el encuadre y con el resguardo de su salud mental, así se encuentran a.t.s. que trabajan en un tiempo excedido con pacientes graves, donde ambos comparten una cotidianidad de al menos 7 horas; a.t.s que desempeñan su tarea con varios pacientes, que no trabajan en equipo, que no reciben la formación adecuada para llevar a cabo su labor y por lo tanto desconocen los riesgos que esto implica, o peor aun, a.t.s que han recibido la formación pertinente y sin embargo no tienen en cuenta el estrés laboral. ¿Qué ocurre en términos contratransferenciales con los pacientes graves, quienes transferencialmente ven en la figura de su acompañante diferentes semblantes?, según la singularidad del caso, dado la cantidad de horas que comparten y de lo que se pone en juego allí.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) consideran al Burnout como una pandemia de éste siglo, con consecuencias que afectan tanto a las personas como a las sociedades en que estas viven, estableciéndose círculos viciosos entre instituciones enfermas que enferman a los individuos que las constituyen, y viceversa.

¿Qué ocurre en la subjetividad del a.t. cuando su trabajo lo sobrepasa?, ¿cómo queda éste afectado? Desde ésta perspectiva se podría pensar al Acompañamiento Terapéutico como una población de alto riesgo a padecer Síndrome de Burnout.

Debido al grado de compromiso de la tarea, y a los vaivenes a los que se ve sometida la persona que elige realizar este trabajo; se hace imprescindible una formación específica con: capacitación, entrenamiento, práctica y supervisión, tanto para el resguardo de la salud mental del paciente como del a.t., de éste último, se ocupa específicamente éste trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

La introspección a veces lleva al sujeto a sitios peligrosos, a catástrofes subjetivas, el camino hacia adentro suele ser doloroso, tal como le ocurre a Harry Haller, el personaje central de *‘El lobo Estepario’* de Hermann Hesse, por eso pienso que siempre es mejor ingresar acompañado a determinados lugares, por alguien, y que éste “alguien” desempeñe el genuino rol que lo convoca.

Dedico este trabajo a todas las personas que me acompañaron y a todas las que acompañé, porque en ese espacio cotidiano y de encuentro hallé amor, paciencia, comprensión y estímulo.

Mi mayor gratitud a Maria Pía, a Raúl Gómez y a mi familia.

INDICE:

1. Introducción.....	10
1.1. Problema	10
1.2. Historización.....	11
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo General.....	15
1.3.2. Objetivos Específicos.....	15
2. Marco Teórico.....	16
Capitulo 1: Acompañamiento Terapéutico.....	16
1.1. Acompañamiento Terapéutico. Un concepto difuso.....	16
1.1.1. Definiciones de Acompañamiento Terapéutico: para salir de lo preliminar.....	17
1.2. Acompañamiento Terapéutico, visión actual en el campo de la salud mental.....	18
1.3. Rol del Acompañamiento Terapéutico en su trabajo específico con el paciente.....	21
1.3.1 Complementos y límites del acompañamiento terapéutico respecto del analista.....	23
1.4. La importancia del Equipo Terapéutico para el acompañamiento terapéutico.....	24
1.4.1 Equipo terapéutico y transferencia.....	26
Capitulo 2: Síndrome de Burnout.....	26
2.1. Definición y Tipos de Estrés.....	27
2.1.1. ¿Cómo es el proceso por el cual el estrés deviene en Burnout?.....	28
2.1.2. Definiciones de Burnout.....	29
2.2. Manifestaciones del Síndrome Burnout.....	30
2.3. Modelo Teórico de Maslach y Jackson.....	31
2.4. Cambios culturales que propician las causas de Burnout.....	34
2.4.1 Poblaciones vulnerables, dentro del contexto social-histórico actual.....	36

Capítulo 3: Acompañamiento Terapéutico y Síndrome de Burnout.....	37
3.1. Consideraciones acerca de las Patologías Graves de la vida de relación.....	38
3.2. Definición de Transferencia y Contratransferencia.....	40
3.2.1 Acompañamiento Terapéutico y Contratransferencia en patologías de la vida de relación.....	41
3.2.2 Acompañamiento Terapéutico y transferencia en Psicosis.....	43
3.3. Incidencia de la Contratransferencia en la producción de Síndrome de Burnout.....	45
3. Estado actual de los conocimientos sobre el tema	47
4. Marco Metodológico.....	51
4.1. Área de estudio.....	51
4.2. Tipo de estudio.....	51
4.3. Población Objetivo.....	51
4.4. Universo.....	51
4.4.1. Muestra.....	51
4.5. Técnicas de recolección de datos.....	52
4.5.1. Instrumentos.....	52
5. Trabajo de campo.....	54
5.1. Análisis del Cuestionario.....	54
5.2. Análisis de las entrevistas.....	55
6. Conclusiones.....	66
7. Bibliografía.....	71
8. Anexo.....	76
8.1. Instrumentos para la recolección de datos.....	76
8.1.1. Cuestionario Autoadministrado: Maslach Burnout Inventory. Escala de Burnout de Maslach.....	76

8.1.1.1. Tabulación del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.....	79
8.1.2. Entrevista semiestructurada.....	80
8.2. Código de Ética Asociación Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA).....	113

1. INTRODUCCION:

1.1. Problema:

¿Cómo son los indicadores del Síndrome de Burnout en acompañantes terapéuticos que trabajan con patologías graves de relación, en exceso de horas y sin equipo terapéutico?

1.2. Historización:

A partir de los fines de la década del 50, comienza a desarrollarse en la Argentina la idea del Hospital de Día, junto a otros sistemas alternativos a la internación manicomial. Por esa época, además, el Psicoanálisis había alcanzado ya un importante desarrollo en nuestro país, a lo que se suma la influencia de las distintas corrientes de la Antipsiquiatría; todos estos elementos tienen fuertes consecuencias en el trabajo clínico de esos años. Una referencia importante es la del Dr. Mauricio Goldenberg, y la creación de “un Servicio Abierto de Psiquiatría en un Hospital General” en el año 1957, en Lanús Provincia de Buenos Aires. Se trata de una forma de trabajo clínico diferente a la concepción asilar. Aquellas iniciativas inauguraron una apertura del servicio de salud mental a la comunidad, la integración de un trabajo interdisciplinario, y la implementación de dispositivos alternativos de tratamiento como la Comunidad Terapéutica y el Hospital de Día, integrando aportes de la Psiquiatría dinámica, la Psicología Social y el Psicoanálisis (Rossi, 1998).

También en Argentina, se destaca (siguiendo este recorrido conceptual, que lleva a la formalización de la función y del territorio del acompañamiento terapéutico) lo que se produjo a partir de experiencias como la de la Comunidad Terapéutica dirigida por el Dr. Raúl Caminos en Federal, Entre Ríos, y las reformas que se dieron en las provincias de Chubut y Rio Negro. Todos esos elementos fueron importantes, en ese contexto histórico, ya que hicieron posible un desarrollo conceptual y clínico para que se generen las condiciones necesarias y así se dé el surgimiento del acompañamiento terapéutico, en la medida en que es correlativo de una nueva significación de la locura y de su tratamiento (Rossi, 1998).

La figura de a.t. emerge entre fines de la década del 60 y principios de la década del 70 acuñada por Eduardo Kalina, quien en un primer momento denominó la función como

“amigo calificado”, al poco tiempo éste nombre sería sustituido por Acompañante Terapéutico. (Cossi, 2001).

El a.t. en la Argentina aparece ligado a la clínica Psiquiátrica, como un recurso clínico comunitario más. Aparecía como una propuesta innovadora y como una influencia del Psicoanálisis, ya que el ámbito clínico Psiquiátrico tradicional estaba en crisis (Rossi, 2007).

A partir de los años 80 el a.t. tomo una mayor divulgación y un aumento de la demanda, sobre todo porque la carrera de Psicología se vio incrementada en el número de alumnos a partir del año 1983, estos estudiantes vieron la oportunidad de salida laboral, de tener las primeras experiencias con “pacientes” en los primeros años de la carrera, así fue que el Acompañamiento Terapéutico se convirtió en una oportunidad de salida laboral temprana (Rossi, 2007).

Con el correr del tiempo se produjo una inserción del a.t. en ámbitos médicos, donde incluso para el Psicólogo por momentos ha sido complejo para su lugar, como ser el tratamiento de pacientes oncológicos, la cuestión de los cuidados paliativos, o lo que se realiza en el ámbito de la geriatría, también intentando la tarea en el marco de un equipo interdisciplinario. En estos años hubo un cambio fundamental en la Argentina respecto de las obras sociales, pese a las fuertes resistencias todavía existentes, el cambio en este momento esta dado en la cobertura del a.t. (Rossi, 2007).

Hoy día, es importante subrayar que existe un mayor conocimiento de la temática, tanto por parte de los profesionales, como de la sociedad en general, del ámbito privado y del ámbito publico.

En el marco de este crecimiento innegable y de estimación compleja, se da la carencia de criterios consensuados claros que delimiten la figura, produciendo al mismo tiempo, un crecimiento de niveles de imprecisión de su definición que alcanza extremos que van desde

caracterizaciones de alta especialización hasta nociones extremadamente vagas y difusas de la figura (Rossi, 2007).

En agosto del presente año, se aprobó el código de ética y deontológica de la figura del a.t. de la Republica Argentina con el objetivo de proveer tanto principios generales como normativas deontológica orientadas a las situaciones con que pueden encontrarse los Acompañantes Terapéuticos en el ejercicio de su profesión, estableciendo así las reglas de conducta profesional que han de regir su práctica. Consta de una Introducción, un Preámbulo, una Declaración de Principios y una sección de Disposiciones Deontológica (ver en el anexo). En la Provincia de Santa Fe existe un proyecto de ley sobre el ejercicio del a.t. (expediente numero 19954-F.P-UCR), la cuál cuenta con media sanción.

En cuanto al Síndrome de Burnout es preciso decir que el término - “estar quemado” - surge de la industria aeroespacial, significa agotamiento del carburante de un cohete, como resultado de un calentamiento excesivo. En la década del sesenta, el vocablo se utilizaba para referirse a las consecuencias psicológicas derivadas del consumo prolongado de drogas. Pero es Freudenberger (1974) quien vincula el concepto de Burnout con el trabajo, para quien se trata de una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador (Freudenberger, 1974; Solaberrieta, 2006).

En 1982 la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales que observaba en los profesionales de ayuda, denominó a los afectados de “sobrecarga emocional” o “síndrome de Burnout”. Esta autora lo describió como “un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan directamente con personas” (Maslach, C., 1982; Solaberrieta, 2006).

En una reciente publicación de la OPS/OMS se presenta *“al síndrome de Burnout como uno de los cinco problemas sanitarios mas graves de la actualidad, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales”*¹ .

¹ Blajeroff, N.(junio 2006). “Despsiquiatrización del Síndrome de Burnout”. Clase dictada en la UTN

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

- Describir los indicadores de Burnout en Acompañantes Terapéuticos que trabajan en exceso con pacientes graves en la vida de relación y sin equipos terapéuticos.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- 1- Caracterizar el contexto actual, dentro de la salud mental, del acompañante terapéutico en relación a la oferta y demanda de su servicio, en la ciudad de Rosario.
- 2- Describir el trabajo del acompañante terapéutico, cuando se desempeña sin equipo terapéutico.
- 3- Identificar posibles influencias de la contratransferencia en el Acompañante terapéutico de pacientes con patologías graves en la producción de Síndrome de Burnout.
- 4- Identificar indicadores de despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional del acompañante terapéutico.

2. MARCO TEORICO:

CAPITULO 1: ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:

El acompañamiento terapéutico es un dispositivo terapéutico que se implementa a partir de la indicación del profesional que dirige la cura y/o administra el tratamiento (Psiquiatra, Psicoterapeuta, Psicoanalista, Médico). Implica la inclusión o apertura de otra instancia al servicio del paciente y su tratamiento, que ofrece la posibilidad de contar con la presencia de un equipo profesional específico en un espacio y en un tiempo pautado. La genuina finalidad del campo de trabajo del acompañamiento terapéutico, lleva a pensar en el quehacer de éste, y pensado desde una modalidad Psicoanalítica, se dirige a la posibilidad de que el paciente advenga como sujeto de deseo.

1.1. Acompañamiento Terapéutico. Un concepto difuso:

El acompañamiento es un término al que se puede atribuir un hacer, cada vez más utilizado en los dispositivos asistenciales, pero que carece de una definición conceptual que determine su función y su diferencia (González, 2008).

Para al menos acercarse a una conceptualización del acompañamiento terapéutico es pertinente plantearse los siguientes interrogantes:

¿Qué es el acompañamiento terapéutico?, y ¿cuál es su especificidad, es decir, que lo distingue de las prácticas ya establecidas?.

Se trata de una oferta para el sujeto, pero cuya demanda viene de lo social, por lo cual en muchos casos, el último beneficiado es el sujeto en cuestión.

El término, en el malentendido del lenguaje puede ser relacionado con ciertas significaciones de tipo médico, tales como “la cura”, los cuidados, o el apoyo de un cierto déficit. No es esta la acepción más apropiada. Con el término acompañamiento se puede

ubicar ese lugar donde se propone asentar, para sostener la particularidad de un acto, orientado por una clínica bajo transferencia (González, 2008).

El “Acompañamiento”, sitúa una acción en sí, con otro y el “Terapéutico” la califica como un efecto secundario que no por esto es menor. Pero se ha de enfatizar que lo principal no es que este acto sea terapéutico, sino que en este pueda inscribirse la hipótesis del sujeto que despliega cada caso (González, 2008).

1.1.1. Definiciones de Acompañamiento Terapéutico: para salir de lo preliminar.

Partiendo de las “no definiciones” del acompañamiento terapéutico, y para salir de estas primeras consideraciones, es preciso continuar desarrollando conceptos en relación a los lugares que si habita la figura del a.t.

El acompañamiento terapéutico es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas (Rossi, 2007).

Se desempeña especialmente en forma ambulatoria, en el entorno habitual (familiar y social) del sujeto: domicilio, calles, bares, cine, clubes, parques, Shopping, escuela, etc. Busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover el desarrollo de un proyecto terapéutico y para esto se vale de la cotidianidad. Su acción se desarrolla en el territorio urbano, en el espacio y el tiempo cotidiano del paciente (Rossi, 2007).

El a.t. se ubica dentro de un equipo terapéutico, como parte necesaria de una estrategia de trabajo que apunta a la salud mental. Su propuesta consiste en armar redes, conectar intervenciones, sostener continuidades (Rossi, 2007).

En términos técnico-jurídicos, se ubica como “auxiliar”, siendo en todo caso un “auxilio” que resulta fundamental en variadas situaciones, aunque el termino traiga connotaciones de una función “menor”(Rossi, 2007).

Puede actuar ante situaciones de emergencia/ crisis, en el momento agudo, aunque no sea exactamente un sistema de “urgencia psiquiátrica”.

También trabaja para facilitar el lazo social, o incentivar la reinserción educativa, laboral, recreativa, en pacientes que no se encuentran en un periodo de desborde o crisis. Es un elemento privilegiado, entre otros recursos, para evitar la estigmatización social, la segregación y la cronificación (Rossi, 2007).

Desde la perspectiva del profesional que conduce el caso, si se piensa en los efectos de esta intervención y su utilidad, el a.t. le permite despejar campos diferenciados de intervención, a la vez que articulados entre si, dado que, desde este espacio, se pueden abordar situaciones y cuestiones que serían complicadas para el terapeuta sostener por si mismo. Cuestiones que resulta pertinente tratar, que no pueden dejarse de lado, aunque lo indicado no sea su intervención directa. En tal sentido, funciona a manera de relevo temporoespacial, planteado en el marco del trabajo terapéutico (Rossi, 2007).

1.2. Acompañamiento Terapéutico, visión actual en el campo de la salud mental:

*“Es en la “clínica del desvalimiento” dónde anida el a.t. Las patologías del desamparo lo alojaron desde el comienzo. En su territorio, el de la indefinición humana, de perímetros borrosos en el inicio, se fue demarcando e inscribiendo con nitidez creciente un espacio para el a.t.”.*²

² Kuras, S. Resnizky, S. (2003). “Acompañamiento Terapéutico. Actualización teórico-clínica”. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.

El a.t. en la actualidad se inscribe dentro de una propuesta alternativa en salud mental. Se transita desde una concepción de asistencia psiquiátrica a la construcción de un campo interdisciplinario en el cual se llegue a la idea de atención integral de la salud mental (Resnizky, 2006).

Emiliano Galende se refiere a las estrategias actuales de salud mental *“el panorama en salud mental en casi todo el mundo occidental se caracteriza por la coexistencia de diversas concepciones del trastorno mental (psiquiátricas, psicoanalíticas, comunitaristas, sociológicas, antropológicas), multiplicidad de tratamientos sumamente heterogéneos (psicofarmacológicos, psicoterápicos, institucionales, biológicos) y también la configuración mixta de modelos de asistencia (coexistencia de modelos asilares clásicos con modelos comunitarios, preventivos)...Cada concepción refleja una manera de pensar al hombre y su relación social”*³.

Teniendo en cuenta la realidad política actual de la salud mental, es importante subrayar que no existe un espacio académico que legitime al a.t. El crecimiento de la profesión plantea nuevos dilemas y requiere nuevas perspectivas de conceptualización y de abordaje. Mantener vivo al a.t., supone un doble desafío: por un lado, retomar una herencia reafirmando su vigencia, y por otro, exige de los acompañantes el compromiso de ubicarse a la altura del tiempo presente (Resnizky, 2006).

Resnizky se pregunta acerca de la resistencia de las políticas de salud en cuanto a crear un espacio para la profesión que merece y necesita el acompañamiento terapéutico, *“nuestra hipótesis es que se trata de una resistencia a abordar con responsabilidad social el malestar del paciente enfermo. ¿Hasta cuándo el a.t. tendrá que trabajar en calidad de indocumentado? Si le impedimos al a.t. que su profesión se institucionalice, lo condenamos*

³ Galende, E. (1994). “Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica”. Buenos Aires: Editorial Paidós.

*a la clandestinidad”*⁴. Si bien se han logrado algunos avances, la mayoría de los a.t.s. (y los profesionales que los convocan) asumen riesgos innecesarios para prestar un servicio legítimamente solicitado y demostradamente necesario para gran cantidad de sujetos. Entre los avances registrados en los últimos tiempos pueden mencionarse (Resnizky, 2006):

- La proliferación de publicaciones que dan cuenta de la idoneidad de este recurso y de su alta eficacia terapéutica (libros, artículos de revista especializadas, trabajos presentados en congresos);
- La realización de congresos nacionales, Iberoamericanos e internacionales de acompañamiento terapéutico;
- La oferta de tecnicaturas universitarias en el acompañamiento terapéutico;
- La fundación de A.T.R.A., Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (ONG que nuclear a a.t.s de todo el país y trabaja por la jerarquización y plena inscripción legal de esta profesión);
- La presentación de varios proyectos de ley (en la legislatura de Bs.As. y en el Congreso de Nación), uno de los cuales ha logrado la primera ley de Ejercicio Profesional del Acompañante Terapéutico por parte de la Legislatura de San Juan, válida para esa provincia Argentina.

Entendiendo las urgencias actuales de la salud mental y del acompañamiento terapéutico propiamente dicho, María Laura Frank dice al respecto: *“los a.t.s. son marginados. Tienden a ser uniformados. Se intenta amalgamarlos con otras profesiones, negando su particularidad. Son vulnerables en la precariedad de sus condiciones laborales. ¿Cómo podría contener quien no se siente contenido? Es preciso que los a.t.s. sean plenamente reconocidos en su singularidad como lo que son:*

⁴ Resnizky, S. (2006, Octubre). “Acompañamiento Terapéutico”. Actualidad Psicológica, 346. p: 29.

*profesionales de la salud mental, legitimados por la demanda social, con competencias, responsabilidades, obligaciones y derechos”.*⁵

1.3. Rol del Acompañamiento Terapéutico en su trabajo específico con el paciente:

Atendiendo al rol del a.t y desde una perspectiva netamente Psicoanalítica, Susana Kuras revisa la experiencia del acompañamiento, pensándola desde una perspectiva metapsicológica; es decir desde el punto de vista dinámico, tópico y económico (Kuras, 2006).

Desde el punto de vista dinámico, considera que los fenómenos psíquicos son resultantes de un conflicto. Desde la perspectiva pulsional, el a.t. se sitúa del lado de las pulsiones de vida, apoyando proyectos que permitan investir un tiempo futuro, promoviendo actividades e intercambios que favorezcan la salida de las sensaciones de impotencia y de la desesperanza. A lo largo del proceso terapéutico el a.t. será, a su vez, testigo -soporte de la pulsión de muerte.

Desde el punto de vista económico se refiere a la cantidad, distribución y circulación de una energía cuantificable. En este sentido, el a.t. favorecerá la transformación de energía libre en energía ligada, buscando vías para la tramitación de lo traumático, portando representaciones que faciliten la simbolización y permitan el surgimiento y despliegue de la palabra.

Desde el punto de vista tópico, y aludiendo a las teorías de los lugares. En este sentido el a.t. como experiencia vincular anida en el espacio “entre-dos”.

Siguiendo con el recorrido teórico pertinente, Rubén Zukerfeld (2006) desarrolla 5 funciones del a.t. dentro del campo de la salud mental:

⁵ Frank, M. L. y Dragoto, P. (2006, Octubre). “Acompañamiento Terapéutico”. Actualidad Psicológica, 346.p: 32.

1. La de implicarse de tal modo que genere un espacio de expresión que pueda darle inteligibilidad a las vivencias traumáticas.
2. La de legitimar el sufrimiento, al darle algún sentido al dolor.
3. La de funcionar como filtro de estímulos excesivos que no pueden ser metabolizados.
4. La de funcionar como “soporte de”, en el depresivo, sobre todo en la queja sin límite del melancólico y la desconfianza paranoide.

5- La de complementar potenciando procesos psicoterapéuticos, en intervenciones psicofarmacológicas y generalmente en cualquier procedimiento médico o psicológico.

Siguiendo con las funciones es importante tener en cuenta que el acompañante no es simplemente un reforzador del yo, deja de ser un portavoz y adopta una posición activa, con la intención de servir a la reunificación yo-cuerpo, por ejemplo del psicótico. Posibilita un interjuego entre el adentro y el afuera e intenta poner un orden a la vivencia de caos y desorganización. Su presencia real pasa a jugar un importante papel, al cumplir la función del otro que unifica, a la manera de Yo-Ideal en tanto imagen de completividad. Se ofrece como emblema de totalidad ilusoria, opera como apoyatura, sostén y captura al psicótico para incitarlo a la imitación y así aliviar la angustia de fragmentación (Caccavallo, 1993).

El a.t. no solo aporta su presencia corporal, si no que ésta va acompañada de la verbalización sistemática, no interpretativa sino organizadora, para pautar tiempos, poner límites en los momentos de desorganización y actuar también como otro regulador en la relación del paciente con sus objetos. Es decir que la palabra se utiliza como mediadora para permitir el acceso a una imagen unificada de sí. Por otro lado, también es relevante, que el acompañante demuestre un interés verdadero por las manifestaciones del paciente: el narcisismo no puede surgir si el otro no lo desea. Esto apunta a la importancia del deseo del Otro como estructurante del “propio” deseo; la mirada de otro deseante puede hacer surgir

la conciencia y el placer de existir. El acompañante no solo aporta su presencia real y corporal sino también la palabra, no interviene sólo a nivel de permitir identificaciones imaginarios sino que debe facilitar acceder a determinadas inscripciones en lo simbólico (Caccavallo, 1993).

En cuanto al encuadre pertinente en que se ejercen las funciones del a.t., es preciso decir que debe ser estable y coherente, pero en especial tiene que *“ser flexible y servir de espacio transicional en el sentido psicológico, personal e interpersonal, debe conjugarse un elasticidad del encuadre con ciertas condiciones de estabilidad y continuidad, de ahí su complejidad”*.⁶

1.3.1 Complementos y límites del acompañamiento terapéutico respecto del analista:

Las funciones del a.t. encuentran su límite al momento de realizar interpretaciones o intervenciones, ya que es el analista el que se aboca a esta tarea aprovechando la lógica de una relación transferencial. Lo mismo ocurre en cuanto a determinados silencios o cortes en la sesión, que también hacen a la limitación del a.t., a diferencia del analista. Siguiendo este pensamiento se puede decir que existe una dependencia del a.t. en relación al analista y a la orientación de la cura (Rossi y Pulice). *“El acompañante se incluye como parte de la estrategia de trabajo de un analista, y acá podemos retomar una diferenciación en cuanto a la táctica: el a.t. va a poder implementar por su parte, un táctica que le es propia, pero que va a estar en el marco de la estrategia que establece quien dirige el tratamiento”*⁷.

En cuanto a la función de la escucha el a.t. no puede situarla en el lugar de la atención flotante ni invitar al paciente a la asociación libre, sino que debe posicionarse en un lugar

⁶ Beyankar, K. (2003). “Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales”. Buenos Aires: Editorial Biblios.

⁷ Rossi, G. y Pulice, G. (S/F). “Acompañamiento Terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización: presentación de material clínico”. Buenos Aires: Editorial Polemos. Modulo IV; p: 149.

distinto al del analista en cuanto a su respuesta a la demanda, ofreciéndose a un diálogo que solo encontrara sus límites en las coordenadas establecidas por el analista (Rossi y Pulice). *“El tipo de escucha del a.t. se sitúa de entrada, en el campo analítico, aunque el acompañante no esté en posición de analista. Esto no quiere decir que el acompañante haga un trabajo de análisis, si bien inscripta en el campo analítico. El lugar del a.t. se distingue netamente del lugar de la cura, sostiene y articula en su materialidad el trabajo analítico”*⁸.

1.4. La importancia del Equipo Terapéutico para el acompañamiento terapéutico:

El equipo terapéutico siempre es importante para el at, es inconcebible trabajar sin él, su rol toma forma en aquella dinámica. *“La función del a.t. puede definirse en relación a la estrategia que construye un analista en un tratamiento y a las particularidades de cada caso. En relación a esto, la función del mismo no puede establecerse a priori, si no que se irá delineando en relación al despliegue del tratamiento analítico. Si bien, el a.t. realiza intervenciones, tiene limitaciones y debe remitirse a una estrategia, pensamos que el espacio que genera tiene su singularidad, con la posibilidad de establecer una táctica propia. En la práctica, esto se sostiene a partir de las reuniones de los a.t.s., la orientación que dé el analista y las supervisiones”*⁹. Kuras sostiene que *“Cuanto más articulado esté el equipo, menos fisuras habrá en la implementación integral de la estrategia de trabajo vigente”*¹⁰.

También el dispositivo es importante porque el grado de implicación que se relaciona con el desgaste físico y psíquico, en el a.t., que supone la atención de patologías graves, algunas

⁸ Apollon, W.; Bergeron, D. y otros. (1997). “Tratar en la Psicosis”. Buenos Aires: Editorial Polemos.

⁹ Argumentos 6. Revista de la Escuela de Psicoanálisis de Sigmund Freud (2001, Agosto). “Acto Analítico. Posición del Analista”. Rosario: Laborde Editorial. p: 45-46.

¹⁰ Kuras, S., Resnizky, S. y otros. (2006, Octubre). “Acompañamiento Terapéutico”. Actualidad Psicológica, N° 346. p: 5.

veces es superlativo, los equipos tienen que cuidarse a sí mismos para dosificar y graduar las expectativas y el compromiso con los que se invierte la tarea (Kuras, 2006).

Otro punto a tener en cuenta en relación al equipo, es el de la supervisión, sumamente importante, allí se trazan los vectores de trabajo de los profesionales, se ubican los criterios en una misma línea *“se trata de una instancia necesaria para llevar adelante el trabajo con el paciente, el equipo terapéutico es un espacio de formación continua del acompañante”*¹¹. Dado que el modo ordinario de ver las cosas se opone a los problemas que se tratan y como no se puede acceder intelectualmente al inconsciente, para evitar perder de vista lo que la enfermedad misma está diciendo es que se hace imprescindible la supervisión dentro del equipo (Cossi, 2001).

El equipo debe ser tanto responsable como tratante de los tratamientos indicados, y también de los que dejaron de hacerse. El tratamiento de un paciente exige sin embargo un compromiso. No existen reglas fijas. Hay que investigar, evaluar, actuar, fundamentar lo hecho con lo evaluado, pero siempre en equipo. Se debe encontrar la ecuación óptima (beneficio-costo-riesgo) para cada caso (Cossi, 2001).

Por último, es preciso afirmar que el Psiquiatra es quien conduce el tratamiento, puede hacer intervenir al a.t., en algunos casos para evitar la internación. La determinación de ingresar al a.t. en un dispositivo es también (como la decisión de internar domiciliariamente o en una clínica u hospital psiquiátrico) una responsabilidad del Médico (Manson, 1997).

¹¹ Argumentos 6. Revista de la Escuela de Psicoanálisis de Sigmund Freud (2001, Agosto). “Acto Analítico. Posición del Analista”. Rosario: Laborde Editorial. p: 46.

1.4.1 Equipo terapéutico y transferencia:

“Pueden producirse en el tratamiento analítico dificultades en relación a la transferencia, excesiva en la psicosis, hostil o erótica en la neurosis, es simplemente el analista, quien considera necesario contar con el recurso del acompañamiento terapéutico, que actúe como una terceridad que posibilite un nuevo movimiento en el tratamiento”¹².

El acompañante no se va a ubicar como intérprete del discurso del paciente, no lo va a puntuar de una manera privilegiada, porque este lugar no va a estar legitimado para él en su relación con el paciente, no es para eso para lo que fue convocado al equipo terapéutico (Rossi y Pulice).

“Consideramos importante, que el analista ocupe su lugar en la dirección del tratamiento como sostén de la transferencia. La función del a.t. no puede suplir la falta de tratamiento analítico, es necesario el analista para que el acompañante tenga la posibilidad de trabajar con el paciente”¹³.

CAPITULO 2: SINDROME DE BURNOUT:

El Burnout laboral es un Síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. La dimensión del agotamiento representa el componente de estrés individual básico del Burnout, se refiere a sentimientos de estar sobreexigido y vacío de recursos emocionales y físicos, así como por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

¹² Argumentos 6. Revista de la Escuela de Psicoanálisis de Sigmund Freud (2001, Agosto). “Acto Analítico. Posición del Analista”. Rosario: Laborde Editorial. p: 45.

¹³ Argumentos 6. Revista de la Escuela de Psicoanálisis de Sigmund Freud (2001, Agosto). “Acto Analítico. Posición del Analista”. Rosario: Laborde Editorial. p: 46.

2.1. Definición y Tipos de Estrés:

El estrés se define como *“el proceso que se origina, cuando en el ambiente exterior como en el interior de la persona, implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado ningún otro sistema”* afecta de forma adversa, cuando el umbral de la tolerancia es sobrepasado de manera consistente. Sin embargo, cierta dosis de estrés parece ser necesaria para que el desarrollo y adaptación procedan con normalidad, porque, paradójicamente, la estimulación insuficiente también constituye una fuente nociva de estrés, es preciso tener en cuenta, además, que el estímulo “en general” no produce estrés, sino que tal experiencia estará mediatizada por la reactividad individual y el estado en que se encuentra la persona al momento de responder a situaciones estresantes. Estas influyen en su capacidad de adaptación y han sido definidas como “el conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas, conductuales y emocionales, características del individuo ante tales situaciones”, cuantificadas en el índice de reactividad al estrés, marcador inespecífico de vulnerabilidad ante el mismo ¹⁴.

El estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas, y los procesos psicológicos diversos que median entre ellos.

El estrés se subdivide en dos modalidades (Alonso Fernández, 1997):

- Los agudos, que equiparan a los acontecimientos de la vida. Suponen una sobrecarga emocional de incidencia básica y duración breve, por ejemplo, la pérdida de un ser querido o un trabajo.

¹⁴ Córdoba, A y Hercht K. (2003). “El problema del estrés en la medicina. Aspectos teóricos, experimentales y clínicos. La Habana: Científico-Técnica. p:61-4

- Los crónicos, identificados con una situación. Se corresponden con una sobrecarga emocional implicada en actividades o situaciones continuadas, en particular, en relación con el trabajo.

Dentro de la modalidad crónica existen dos tipos de estrés (Alonso Fernández, 1997):

- Estrés Positivo o Eustrés: es el necesario para adaptarse adecuadamente a los requerimientos vitales.
- Estrés Negativo o Distrés: expresa el fracaso ante la adaptación. A estos estados negativos se les asocia sentimientos de inseguridad, frustración y desesperación.

Ante cualquier agente estresante se produce un proceso adaptativo caracterizado por una reacción de alarma, seguida de una fase de resistencia, para concluir en un agotamiento. Si la presencia e intensidad del elemento perturbador o agente estresante persiste, la fase de agotamiento produce en el sujeto una indefinición paulatina, su energía se agota y se producen alteraciones somáticas. Aparecen, entonces, los efectos negativos del estrés (distrés) que pueden conducir al individuo a numerosos daños patógenos tanto de orden somático como psicológico (Alonso Fernández, 1997).

Siendo consecuente con lo expresado se puede advertir que el síndrome de Burnout responde a un estrés laboral cronificado (Alonso Fernández, 1997).

2.1.1. ¿Cómo es el proceso por el cual el estrés deviene en Burnout?

Varios autores han tratado de definir el proceso por el cual el estrés deviene en Burnout. Para Cherniss (1980), se trata de un proceso de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, distinguiendo varias etapas:

- 1- Fase de estrés: caracterizada por un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.

- 2- Fase de agotamiento: se producen de forma crónica, respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- 3- Fase de agotamiento defensivo: se aprecian cambios en las actitudes y conducta, como la robotización y el cinismo.

Por su parte, Leiter (1988) estableció la siguiente secuencia: cansancio emocional, fruto del desequilibrio entre demandas y recursos; despersonalización, en respuesta a la situación creada; y falta de realización personal, como resultado del choque entre las estrategias de afrontamiento y el compromiso que se exige.

2.1.2. Definiciones de Burnout:

La Psicóloga Social Christina Maslach oficializó el término Burnout, exponiéndolo públicamente en el Congreso Anual de la APA (Asociación Americana de Psicología) de 1976, y consiguiendo de esta manera captar la atención de los medios académicos. Maslach lo considera como un proceso de estrés crónico por contacto, y lo definió en 1981 como *“un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes”*¹⁵.

Cherniss plantea que el Burnout *“es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral”*.¹⁶

En España, el Dr. Pedro R. Gil-Monte, profesor del Psicología del Trabajo y de las Organizaciones de la Universidad de Valencia, define al Síndrome del Burnout como *“una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector de servicios, que trabajan para las demás personas. Se caracteriza por un deterioro*

¹⁵ Maslach, C. y Jackson, S. (1981). “MBI: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto University of California: Consulting Psychologists Press.

¹⁶ Cherniss, C. (1980). “Professional Burnout in Human Service Organizations”. Nueva York: Praeger.

cognitivo, un experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización”¹⁷.

Marino Martínez Gamarra, coordinador del área de Psicología de Investigación y Desarrollo en Ergonomía y Psicología del Instituto de Investigación de Ingeniería de Aragón, hace referencia al Burnout diciendo que se trata de *“un sentimiento de desmoralización individual o colectiva en el ámbito laboral”¹⁸*

Otros autores plantean que se trata de un *“estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por una persistente implicación en situaciones emocionalmente demandantes”¹⁹*

La mayor parte de los investigadores coinciden en identificar este Síndrome como un estrés laboral asistencial que afecta a los profesionales de diferentes ramas, que generalmente mantienen un tiempo considerable en intensa implicación con personas que a menudo se encuentran en una situación problemática, y donde la relación puede estar cargada de sentimientos de turbación, frustración, temor o desesperación (Ramos, 1998).

2.2. Manifestaciones del Síndrome Burnout:

Las manifestaciones son signos que varían entre diferentes individuos, sin embargo es posible encontrar elementos comunes (Bianchini Matamoros, 2007):

1. Inconformidad en el trabajo
2. Actitudes negativas hacia el trabajo
3. Pérdida de interés y preocupación por el paciente
4. Uso de etiquetas para referirse a los pacientes o usuarios, abuso verbal y a veces físico del paciente.

¹⁷ Gil-Monte, P.R. (2005). “El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout): una perspectiva histórica”, en VV.AA., Quemarse en el trabajo (Burnout). 11 perspectivas del Burnout. Zaragoza: Egido.

¹⁸ Martínez Gamarra, M. (2005). “consideraciones éticas sobre el Burnout”, en VV.AA., Quemarse en el trabajo (Burnout). 11 perspectivas del Burnout. Zaragoza: Egido.

¹⁹ Pines, A.; Aronson, E. y Kafry, D. (1981). “Burnout: from Tedium to Personal Growth. Nueva York: Free Press.

5. Desilusión o frustración
6. Indiferencia
7. Interacción despersonalizada e irrespetuosa y un esfuerzo mínimo para llevar adelante el tratamiento
8. Ausentismo o incapacidades frecuentes.
9. Aumento de las quejas somáticas o aparición de las siguientes molestias: dolor de cabeza tensional; calambres musculares y espasmos; dolor de espalda; cuello y hombros; tensión mandibular; dolores crónicos; jaqueca; manos y pies fríos; presión alta; problemas de la piel; alergias; asma; artritis; desórdenes digestivos; dolores estomacales y cólicos; estreñimiento; diarrea; resfríos frecuentes } enfermedades infecciosas; cáncer; disfunciones metabólicas; infartos y problemas circulatorios; ritmo cardíaco irregular; insomnio; fatiga; irregularidades respiratorias; respiración rápida; sobrealimentación; abuso del alcohol o drogas; problemas sexuales; ansiedad; depresión.
10. Socializar excesivamente con el personal descuidando la atención directa.
11. Concentrarse en una parte del trabajo (administrativo) y descuidar otras.
12. Alteración de las relaciones interpersonales con compañeros
13. Deseo de cambiar de trabajo o de profesión
14. Irritabilidad
15. Hostilidad, inestabilidad emocional, miedos y fobias, problemas de aprendizaje, olvidos, torpeza.

2.3. Modelo Teórico de Maslach y Jackson:

El síndrome de Burnout (estar quemado) ha sido definido de diversas formas y quizás la más precisa es la de Maslach y Jackson (1982), quienes lo interpretaron como un cansancio emocional que conduce a una pérdida de motivación y puede evolucionar hacia

sentimientos de inadecuación y fracaso. Según estas autoras, el Burnout se manifiesta por tres síntomas (Maslach, 1997):

a. Despersonalización se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. La dimensión del cinismo representa el componente del contexto interpersonal del Burnout. Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Normalmente se desarrolla en respuesta al exceso de agotamiento emocional, en principio auto-protector, es decir un amortiguador emocional de “preocupación”. Si el sujeto está trabajando muy intensamente y haciendo demasiadas actividades, comenzará a apartarse, a reducir lo que está haciendo. Pero el riesgo es que el desapego puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización. Con el tiempo los trabajadores crean formas de contención, reducen la cantidad de trabajo, también desarrollan una reacción negativa hacia los demás y el trabajo. A medida que aparece el cinismo, el sujeto cambia desde tratar de hacer su mejor esfuerzo a hacer sólo el mínimo. Su desempeño en el trabajo puede reducirse a “¿Cómo termino lo que estoy haciendo, sigo recibiendo mi sueldo y salgo de aquí?”. Los trabajadores con cinismo reducen la cantidad de tiempo que pasan en su lugar de trabajo, y la cantidad de energía que dedican al mismo. Siguen desempeñándose, pero haciéndolo al mínimo, por lo tanto la calidad de ese desempeño disminuye.

Otro rasgo de despersonalización se relaciona con los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.

b. Falta de realización personal en el trabajo: se trata de una tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional. Cuando se da una relación de ayuda, como en el caso del médico-paciente, generalmente se enfoca a un problema, situación o crisis que el usuario está viviendo. El paciente, los familiares o la misma institución, busca una solución a su problema; por lo tanto esta relación está cargada

de un sinfín de sentimientos entremezclados: esperanza de conseguir solución a su problema, sorpresa, dolor, rabia, frustración, miedo, desesperación, desesperanza o tristeza por lo que está viviendo, ante esta situación del paciente, si el que presta la ayuda (profesional de salud) no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, a las expectativas generadas por aquel que necesita ayuda, se genera una situación de frustración tanto para el paciente como para el profesional de salud; esta última, la mayoría de las veces, no es percibida por el paciente, pero, en cambio el profesional que trabaja continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración, que se transforma con el tiempo en una sensación de pesimismo y escepticismo en el ejercicio de su profesión.

Por lo tanto cuando estas u otras situaciones se dan de manera repetida, existe en el profesional una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional donde se cuestiona su competencia profesional.

c. Agotamiento emocional: Ante la situación anterior, se van incrementando los sentimientos de agotamiento emocional, se percibe cansancio. Se desarrollan sentimientos en relación a no poder ofrecer nada de sí mismo al paciente, ni a compañeros, ni a la familia, ni a él mismo. Hasta llegar a sentirse insatisfecho e infeliz con sus logros. El profesional manifiesta una marcada tendencia hacia los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional, pérdida de la autoestima combinada con fatiga emocional, física y mental, con falta de entusiasmo, y sentimientos de impotencia e inutilidad. Se relaciona con la sensación de no poder dar más de sí mismo.

Continuando con el modelo teórico, Maslach (1997) sostiene que la condición para desarrollar Síndrome de Burnout está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales, e identifica seis factores:

1. Sobrecarga laboral: número de horas, falta de claridad en las horas de descanso laboral y ambientes inadecuados.
2. Falta de control: sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad o faltantes.
3. Insuficiente reconocimiento de la labor: ambigüedad en el desempeño de roles.
4. Sensación de injusticia: por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
5. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo: ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales.
6. Conflicto de valores.

2.4. Cambios culturales que propician las causas de Burnout:

Domingo Caratozzolo plantea que en el mundo ha sucedido un cambio de paradigma, es decir un giro del modelo moderno al posmoderno, se trata de un camino de aniquilación de lo viejo sin el propósito de instaurar o inaugurar una nueva era. Existe en todo caso la repugnancia a la obstrucción, al taponamiento; el hombre incomodo ante el sistema, no pretende suplantarlo, sólo busca hacerlo estallar. Mientras tanto, proliferan y se multiplican los criterios, las vías, las propuestas, los ejercicios teóricos, los experimentos, las discusiones, cuyo objetivo no consiste en consolidarse como doctrina sino en buscar salidas, abrir rumbos. Abandonadas las grandes instituciones del sistema, el sujeto se repliega sobre sí mismo; desilusionado de los proyectos e ideales modernistas, se vuelve apático e indiferente de lo que sucede fuera de sus límites individuales. El valor más humano, el amor al semejante, se sustituye por el amor a los objetos de consumo, por el amor al dinero, por el amor a sí mismo; solo interesa el placer propio, la satisfacción

personal, el puro hedonismo (Caratozzolo, 2006). Si el proyecto moderno queda destruido, liquidado por sus consecuencias, si la propuesta moderna se derrumba, deja un espacio vacío, espacio que va a ser ocupado por el posmodernismo. Pero la posmodernidad no tiene proyecto, una meta a la cual arribar, un programa, una alternativa. La posmodernidad no tiene banderas. *“Las aguas del escepticismo y la desesperanza han barrido con todo aquello que se consideraba incommovible. Los valores universales, las verdades absolutas, las instituciones, cimiento de nuestra sociedad, han corrido la misma suerte que nuestros ideales modernistas de libertad, igualdad y fraternidad. La desmovilización del hombre posmoderno, sujeto descomprometido de sus instituciones, despoja a éstas de su pasada grandeza, del esplendor de antaño, perdiendo el poder de convocatoria, la capacidad de comprometer ideológica y emocionalmente a los individuos”*²⁰.

El sujeto actual, producto de la crisis de la modernidad, se halla descreído, sin ideales totalizantes, fragmentado, y su noción temporal, varió en el sentido de privilegiar lo inmediato por sobre el proyecto a largo plazo, con la consiguiente pérdida de la capacidad de espera y del valor de la palabra, desplazado por la imagen. Se trata de un sujeto descomprometido que ha investido al Yo Ideal (narcisista) por sobre el Ideal del Yo, que privilegia la imagen corporal y el consumo, en desmedro de una interioridad cada vez mas vacía, lo pragmático en lugar de lo racional, y un contacto superficial a cambio de un vínculo más profundo. Han cambiado los modos de relación, y en el contexto caótico, el trabajo es un caldo de cultivo, allí se enraízan y hacen eco muchas de las miserias humanas. Cherniss destaca fundamentalmente dos cuestiones: por un lado, la progresiva ruptura de la cohesión social, que se traduce en una mayor demanda hacia las “profesiones de ayuda”: médicos, psicólogos, enfermeros, policías etc. No sólo se acude más a ellos, sino que

²⁰ Caratozzolo, D. (2006). “Mujeres y hombres en el tercer milenio. Vivir en la posmodernidad”. Rosario: Homo Sapiens Ediciones. p: 16

además se les exige de una u otra manera, directa o indirecta, que se involucren más en la resolución de los problemas que se les presentan (Cherniss; Bosqued, 2008).

En la vorágine de éste paradigma posmoderno el Síndrome de Burnout encuentra su mejor lugar, ya que es una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales, un ejemplo de ello está dado en que más de la cuarta parte de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés laboral (Peiró, 2005). Laura Caballero señala que esta situación psicofisiológica se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima con una sensación de vacío que sufre el trabajador. La Organización Mundial de la Salud ya alertó del posible impacto de los cambios en la salud de la población, sobre todo en los países industrializados, especialmente relacionados con las nuevas tecnologías y con los factores psicosociales. A lo largo del siglo XX el estrés se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado con frecuencia a la actividad laboral (Caballero, 1998, p.1)

2.4.1 Poblaciones vulnerables, dentro del contexto social histórico actual:

El Burnout es un problema que surgió primero en trabajos de cuidado y servicio humano, tales como cuidado de salud mental, servicios sociales, el sistema de justicia criminal, profesiones religiosas, orientación, y educación (Maslach 1982). Todas estas ocupaciones comparten un punto central de proporcionar ayuda y servicio a gente necesitada, en otras palabras, el aspecto principal del trabajo es la relación entre el proveedor y el que recibe. Este contexto interpersonal del trabajo significó que, desde el principio, el Burnout fuese estudiado no tanto como una respuesta individual al estrés sino también, en términos transaccionales, respecto a las relaciones existentes de un individuo en el lugar de trabajo. Además, este contexto interpersonal centró la atención en las emociones del individuo, y en

los motivos y valores que subyacen en su trabajo con los receptores. Las relaciones terapéuticas o de servicio que los cuidadores o proveedores desarrollan con los receptores exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional. Aunque tales relaciones pueden ser gratificantes y adaptativas, también pueden ser bastante estresantes. Dentro de tales ocupaciones, las normas prevalecientes se circunscriben a ser desinteresadas y poner primero las necesidades de los otros; trabajar muchas horas y hacer lo que sea necesario para ayudar al paciente; hacer un esfuerzo extra y dar todo de sí. Además, los ambientes organizacionales para estos trabajos están conformados por diversos factores sociales políticos y económicos (tales como financiamiento de reducciones o restricciones de política) que derivan en ambientes de trabajo de elevada exigencia y bajos recursos. Recientemente, en la medida que otras profesiones se han vuelto más orientadas al servicio personal del cliente, el fenómeno del Burnout se ha hecho cada vez más pertinente para estos trabajos (Maslach y Leiter 1997). Se han efectuado nuevas investigaciones con muestras de participantes en esta gama más amplia de ocupaciones, pero el grueso de los resultados de la investigación acerca del burnout se sigue basando en muestras de cuidado de salud, educación y servicios humanos (Maslach et al. 1996; Schaufeli y Enzmann 1998).

CAPITULO 3: ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO Y SINDROME DE

BURNOUT:

El Acompañamiento Terapéutico, es una profesión que supone un desgaste significativo, por los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que allí se juegan. El a.t. debe advenir a un lugar de un Otro simbólico para el paciente (no al de un semejante): que le prestará un yo, pondrá el cuerpo. Es por eso que lo más óptimo para su subjetividad y la del

paciente, el a.t, se piense como representante de un equipo, agente terapéutico, capaz de distancia y disociación de su yo; como alguien que está en función, en rol.

3.1. Consideraciones acerca de las Patologías Graves de la vida de relación:

Las patologías graves de la vida de relación son aquellas enfermedades que impiden a una persona relacionarse. El campo afectivo-productivo de esta persona está dañado porque su vida está comprometida con la enfermedad (Cossi, 2001).

- Ésta se manifiesta a través de la forma de organizar las representaciones afectivamente.
- El paciente presenta grados debilitados de su conciencia de la enfermedad y de su conciencia de la situación en la que se encuentra, por lo tanto percibe y experimenta mucho más los efectos del proceso que atraviesa y no sus causas, desde este punto de vista siempre es un interlocutor complejo de aquello que cuenta qué le sucede.
- La magnitud de afectos que caracteriza la falta de contención es el exceso, y la dificultad de hallar la ocasión de producción de sus canales de expresión.
- La falta de contención no es carencia afectiva sino expresión del compromiso afectivo desde el punto de vista de la capacidad relacional del paciente

Al momento de pensar en el abordaje de estas patologías, es preciso decir que tanto el equipo como cada uno de sus integrantes deben estar supervisados.

“El campo de trabajo del a.t. se ubica en relación a pacientes con riesgo suicida, adictos, anorexia, bulimia, depresión, psicosis, fobias, ancianos socialmente aislados o pacientes que presentan dificultad en la dirección de un tratamiento o cuando el mismo no es

suficiente”²¹. Se trata de pacientes que presentan dificultades que desbordan los límites del consultorio o el dispositivo institucional, estos casos representaron y representan un borde, y hasta una agujero tanto para la Psiquiatría como para el Psicoanálisis; se trata de un espacio de trabajo abierto a la investigación y una zona de enlace en la práctica cotidiana de distintas disciplinas (Manson, 1997). Frente a este tipo de patologías, la única forma de tratamiento con posibilidad de éxito es el abordaje múltiple. Esta noción se refiere a dos cuestiones fundamentales: por un lado, no se trata sólo al paciente sino también a la familia que por supuesto, también está en crisis; por otra parte, el ya mencionado abordaje múltiple se basa en la acción de todo un equipo interdisciplinario que trabaja tratando la enfermedad a partir de los distintos roles y funciones. La multiplicidad de referentes afectivo-representacionales, no es una consideración física sino simbólica y su objetivo es la materia del trabajo que imprime el tratamiento y no una condición a priori (Cossi, 2001). En dichas patologías graves generalmente acontece una ruptura de la dimensión del discurso que implica la detención de un análisis y/o la interrupción de un tratamiento psicofarmacológico, que dejan tanto al analista como al Psiquiatra sin posibilidad de operar, es cuando aparece en el horizonte la alternativa de hacer intervenir otros recursos, tales como el del acompañamiento terapéutico, una alternativa válida (Manson, 1997).

En cuanto al abordaje de patologías graves algunos autores sostienen que *“Es posible tratar al psicótico con un abordaje psicoanalítico con la condición de adatarlo a las problemáticas particulares que presentan las psicosis. Es menester combinar el tratamiento psicoanalítico con un conjunto de intervenciones que atañen a todas las esferas de la vida del psicótico, afectadas por las manifestaciones de la psicosis. Con pacientes que, además del problema de la psicosis, presentan una desarticulación social*

²¹ Argumentos 6. Revista de la Escuela de Psicoanálisis de Sigmund Freud (2001, Agosto). “Acto Analítico. Posición del Analista”. Rosario: Laborde Editorial. p: 45.

importante, un aislamiento social y afectivo, una ausencia de ocupación regular y recursos financieros insuficientes, la cura psicoanalítica como único tratamiento no alcanza”²².

3.2. Definición de Transferencia y Contratransferencia:

Laplanche, J. y Pontalis, en el Diccionario de Psicoanálisis, definen dos conceptos básicos a saber: Transferencia y contratransferencia:

Contratransferencia: *“conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste”*.²³

Transferencia: *“Designa, en Psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en al cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia”*.²⁴

El paciente tiene dos formas características de presentar una relación transferencial (Cossi, 2001):

- Dependencia, a través de la Transferencia positiva por la cual el paciente acepta un tratamiento más allá de que lo quiera; puede ser influenciado por el equipo, colabora porque esta enfermo. Este tipo de Transferencia no sirve para estar bien con el paciente sino para que acepte tratamientos que de otra forma no aceptaría. Cuando

²² Apollon, W.; Bergeron, D. y otros. (1997). “Tratar en la Psicosis”. Buenos Aires: Editorial Polemos.

²³ Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2006). “diccionario de psicoanálisis”. Buenos Aires: Paidós.p: 84.

²⁴ Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2006). “diccionario de psicoanálisis”. Buenos Aires: Paidós.p: 439.

el paciente es dependiente no se lo deja en la dependencia, se avanza en el tratamiento.

- Rechazo, a través de la Transferencia negativa u hostil tiende a rechazar el tratamiento y todo lo que el equipo proponga. Esta puede surgir entre otras tantas causas a partir de los efectos secundarios del tratamiento. Por eso es tan importante que cuando se manifieste, no haya avanzado sólo la enfermedad sino también el camino de la remisión de la enfermedad. Se debe tener siempre en claro que la transferencia y el mantenimiento de un encuadre terapéutico claro y específico son, sin lugar a dudas, la clave para el éxito de un tratamiento (Cossi, 2001).

La transferencia es la herramienta esencial no solo en encuadres psicoanalítico sino en todo el campo que implica las patologías de la vida de relación, pero adquiere un carácter particular fundamental en el trabajo de la cotidianidad que supone el encuadre del acompañante terapéutico, a través del mecanismo general del falso enlace que supone la transferencia como operación de desplazamiento afectivo (Cossi 2001).

3.2.1. Acompañamiento Terapéutico y Contratransferencia en patologías de la vida de relación

En su trabajo con pacientes graves el a.t se ve influido por la contratransferencia, ya que es imposible evadirse de ella, sobre todo por la singular demanda del sujeto sufriente, parafraseando a Leuret, “No empleéis las consolaciones, pues son inútiles; no recurráis a razones que no persuadan; no seáis tristes con los melancólicos, pues vuestra tristeza aumentará la de ellos; no demostréis alegría, pues se sentirán heridos...” (Cossi 2001)

En cuanto a los posicionamientos del a.t, es preciso decir que no es un amigo y no debe presentarse como tal, ya que si bien en un principio puede facilitar el vínculo, con el

transcurrir del tiempo puede perjudicarlo o hasta producir la interrupción de acompañamiento como consecuencia de borramiento de las diferencias que deben estar presentes. Es decir el a.t. no debe responder a la amistad con la amistad, pero no debe rechazar que el paciente lo ubique en ese lugar, ya que esto es necesario para llevar adelante el acompañamiento (Rossi, 2001).

Los lugares que se generan en la transferencia y contratransferencia se relacionan con *“Soportar, brindar soporte, equivale a protagonizar; a comprometerse, a incidir.”*(...) *“Soportar es compadecerse, acompañar al paciente en la trayectoria de su padecimiento mediante una presencia que matiza, y de esta manera alter, tal padecer”* (...) *“Esta incidencia terapéutica lograda mediante el acto de compadecer es el menester propio del a.t.”* (...) *“En tal sentido, el acompañante es fundador, no restablece lo que no hubo, sino que donde no hubo, crea. Funda un nuevo territorio dentro del campo clínico que propicia el despliegue expresivo de angustias, temores, inhibiciones, es preciso atender también a la contratransferencia del a.t, como parte del proceso terapéutico”*²⁵.

El a.t. heterónimo, es extranjero y propio al mismo tiempo, su ajenidad y proximidad en simultáneo permite ir armando un oasis en el desierto. La mirada del a.t se sostiene desde un paradigma ético estético, la complejidad de realidades en las que se ve actuando hacen que su implicancia esté en constante tensión, la posición ética-estética es la que da cabida y sostiene el dispositivo. El paradigma científico no es suficiente, y las sensaciones empiezan a colmar el territorio, lo que acontece se justifica desde una lógica de lo posible, de lo que se es capaz, de lo que atraviesa el cuerpo y de cómo esto es herramienta activa para el acto terapéutico. El otro y uno nos concebimos desde las afectaciones: me enoja, se alegra, tengo miedo, huida, enfrentamiento, silencio, ruido. Los afectos después se traducen en

²⁵ Kovadloff, S. (S/F). “Una consideración preliminar en acompañamiento terapéutico-Una actualización teórico-clínica. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.

acto: lo escucho, me habla, se sienta, grita, tiembla, lo abrazo, sonrío, corremos, jugamos, comemos, caminamos, descansa (Jarrín, 2009).

Realizar acompañamientos terapéuticos es estar dispuesto a una afectación de altas intensidades y de habilitación de la alegría en escenas de las pasiones tristes. En el Acompañamiento Terapéutico, la creatividad terapéutica se potencia, se abre campo a la producción constante de pinceladas que bosquejen o desdibujen la captura. El simple estar del acompañante terapéutico pone ya en un juego de tensiones las tramas cristalizadas de las familias y su entorno, que junto a un trabajo compartido con los otros profesionales en escena abre un posible territorio para la diferencia y lo nuevo (Jarrín, 2009).

3.2.2 Acompañamiento Terapéutico y transferencia en Psicosis:

La Transferencia es la herramienta privilegiada del trabajo del acompañamiento terapéutico. La relación con el paciente es la clave de todo tratamiento. La primera fachada de éste siempre es afectiva. El trabajo de la transferencia participa de todo tratamiento. De hecho, cuando no se la trabaja los tratamientos se estancan o se truncan (Cossi, 2001). Cabe preguntarse si hay un lugar para el analista, y que sucede con la transferencia en la psicosis. Se puede decir que en éste tema (y una muestra de esto son las divergencias entre los distintos autores psicoanalistas) aun se está en una cuestión preliminar. Mas allá de los avances del psicoanálisis a partir de Lacan, sus conceptualizaciones sobre las psicosis desde la década del 50 en adelante, queda abierto todavía el interrogante acerca de si habría un procedimiento analítico eficaz para su tratamiento. Las discusiones teóricas y las presentaciones clínicas van desde posiciones en que se plantea la imposibilidad de establecimiento de la transferencia, hasta lo que parece como constante en pacientes en crisis y que podríamos situar en términos de cierto exceso en las transferencias, como pueden ser en las transferencias de tono erotomaniaco, por ejemplo (Rossi y Pulice).

Se podría pensar que la transferencia con el a.t. se da en un plano imaginario y es fenoménica. En este trabajo terapéutico existen cuestiones de simpatía, pero no es la misma transferencia entendida como se entiende en el dispositivo analítico para la neurosis. No se legitima la posibilidad de interpretación (Rossi y Pulice). *“En relación a la transferencia en el acompañamiento terapéutico, se podría pensar que se producen fenómenos transferenciales en un plano imaginario, donde se presenta el vínculo ilusorio de la amistad como consecuencia de estar muchas horas con el paciente y el tipo de actividades que se realizan. Lo que hace límite a este vínculo es, la posición que debe tomar el a.t. que, a partir de la abstinencia sitúe nuevamente que la relación que los vincula no es de amistad. El acompañante responde con su palabra en lo cotidiano desde una posición cerca a la del amigo, no puede por ejemplo frente a los pedidos del paciente, en un dialogo, responder sistemáticamente: ¿Y a usted que le ocurre?, o no responder, o interpretar, porque al no estar legitimado para realizar ese tipo de intervenciones puede incluso provocar efectos de agresividad, de ruptura del vínculo con ese paciente”*²⁶.

Cabe destacar que en las patologías graves de la vida de relación, las transferencias cruzan el umbral por sus niveles excesivos de afectos. En muchos casos es con la única herramienta con la que cuenta el AT para tratar al paciente. Por eso se dice que es dadora de posibilidades. Es la capacidad de influenciabilidad del paciente y no la habilidad del terapeuta para influenciarlo. Una persona se influencia en nombre de su enfermedad en los otros. Lo que existe en la persona para que su relación con su terapeuta sea tan fuerte es la enfermedad y es el modo especial de darse del vínculo transferencial el que va definiendo los diferentes roles que el a.t. jugará según las patologías y según los momentos que ésta atraviese, siempre dentro del contexto general de abordaje múltiple. La estructura de este

²⁶ Rossi, G. y Pulice, G. (S/F). “Acompañamiento Terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización: presentación de material clínico”. Buenos Aires: Editoria lPolemos. Modulo IV; p: 152.

tipo de abordaje permite y exige -según las circunstancias- al a.t operar sobre la terceridad, o sea posicionarse frente a la transferencia con modos clásicos como la abstinencia y la neutralidad (Cossi, 2001).

3.3. Incidencia de la Contratransferencia en la producción de Síndrome de Burnout:

El impulso de actuar del a.t frente a la transferencia del paciente es la contratrasferencia. Trabajando en equipo se confrontan las distintas vivencias contratransferenciales del grupo. Al exponerlas se va armando “el rompecabezas” con las distintas piezas que conforman la enfermedad y que surgen a partir de los diversos aspectos del paciente proyectados parcialmente sobre cada uno de los miembros del equipo (Cossi, 2001).

Gustavo Rossi se interroga acerca de los lugares que ocupa el acompañamiento terapéutico y hace hincapié en aquello que el a.t. no es: *“ni psicoterapeuta, ni analista. Ni asistente o trabajador social. Ni educador especial, ni maestra recuperadora. Ni enfermero psiquiátrico. Ni vigilante, custodio o guardia privado. Ni secretario. Ni amigo, ni familiar”*²⁷. De esta manera el autor plantea ciertos límites y coordenadas, acerca de esos “no”, determina que tiene que quedar claro, en especial, para quien soporta el lugar de a.t. Cuando se refiere a “soportar” se dirige al paciente que deposita significaciones negativas y positivas en el a.t., quien se encuentra en el campo que define en mayor medida los procesos transferenciales llamados masivos.

No es tarea fácil para el a.t trabajar con patologías graves, esto implica varios matices. La subjetividad del acompañante sufre un desgaste obvio.

“Soportar la angustia y la desorientación que producen tanto los avances como los retrocesos de los pacientes en tratamiento se torna un desafío fuerte. Reiteradas veces nos

²⁷ Rossi, G.P. (2007). “Acompañamiento Terapéutico”. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Buenos Aires: Editorial Polemos. p: 43.

*han consultado, acerca de la necesidad de un análisis personal de a.t. Sí, creemos que es fundamental como instancia de cuidado personal y profesional. Para el a.t. la experiencia de psicoanalizarse forma parte de la trama de recursos de los que dispone para encarar su trabajo*²⁸.

Será requisito indispensable que el a.t posea un yo suficientemente fuerte como para tolerar la ansiedad, la frustración y el ataque a su integridad psíquica, en la que se ve expuesto al asistir a personas que tienen dificultades. Deben ser personas dispuestas a asumir un compromiso con la convicción de que la constancia del vínculo posibilitará una interrelación madura (Benavides Piaggio y Dubreuil Valenzuela, 2003).

Caballero, se pregunta por quien cuida al a.t, y así se introduce en el Síndrome de Burnout, un trastorno que pueden padecer los trabajadores de instituciones psiquiátricas en porcentajes sorprendentemente mayores que el resto de la población (hasta el 10%) (Guerra y Caballero, 2000). *“Diversos estudios apuntan que los trabajadores asignados al cuidado de patologías mas severas, padecen mas problemas cardiovasculares, mas problemas digestivos, mas accidentes, mas tabaquismo. Podemos pensar en la responsabilidad de la empresa sanitaria a la que pertenecemos, que tiene su parcela de responsabilidad; pero sobre todo, en tanto profesionales del campo de la Salud Mental, debemos pensar en nosotros mismos como generadores/receptores de salud, pues mal podemos cuidar a otros si no empezamos por cuidarnos a nosotros mismos”*.

²⁸ Kuras, S., Resnizky, S. y otros. (2006, Octubre). “Acompañamiento Terapéutico”. Actualidad Psicológica, N° 346. p: 5.

3. ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA:

Es probable que en nuestros días se tropiece a menudo con la noción de Acompañante Terapéutico, en diferentes ámbitos y niveles del campo asistencial en general. La figura del a.t ligada más directamente a la clínica de las psicosis, las adicciones, los trastornos del desarrollo temprano, emerge en el contexto de nuestra región, en la actualidad con este nombre se abarca un campo muy amplio y heterogéneo de prácticas cercanas que llegan hasta regiones tan diferentes como Brasil, España, Italia, Colombia, Paraguay, Chile, Uruguay y Bolivia. Estas regiones, cabe destacarlo, asumen todas su deuda con el contexto argentino y reconocen en nuestra región el origen de sus desarrollos en el campo (Cossi, 2001).

Los modelos teóricos que sostienen estas prácticas con modificaciones en cada región, siguen de cerca los desarrollos que se gestan permanentemente en Argentina. Existen en la actualidad desde tesis doctorales y publicaciones sobre la temática, hasta congresos, jornadas regionales, nacionales e internacionales y diferentes sistemas de prestaciones gubernamentales del servicio, así cómo, carreras terciarias, tecnicaturas universitarias y especializaciones de grado y postgrado.

En cuanto a aportes sobre la temática se puede encontrar la 1ra Jornada Nacional de Acompañamiento Terapéutico, organizada por la UBA. Capacitación Continua Noviembre 1998, allí se destacan las ponencias de Gustavo Cossi quien plantea la urgencia de una capacitación técnica *“esta legitimación en la práctica en la acción misma que debe ser a mi modo de entender las cosas, una acción terapéutica, que si bien implica un entrenamiento de trabajo en equipo implica un contexto Inter y transdisciplinario. No tienen que olvidar nunca que en la función terapéutica, así como nosotros la podemos concebir, y así como nuestra historia nos muestra, la capacitación viene de la práctica*

*misma como fuente de esa formación, pero la práctica obedece a las patologías, obedece a la evolución de patologías y a los trastornos de la vida de relación por lo cual la práctica tiene una variable que es fundamental y que nos exige a nosotros una capacitación técnica”.*²⁹

En el 2º Congreso Nacional de acompañamiento terapéutico que se organizó en Córdoba Argentina, se llamó Deontología y responsabilidad legal del a.t. En este trabajo se discuten algunos de los problemas que presenta el estado actual de delimitaciones formales de la figura de a.t, en el orden de los diversos reconocimientos formales, académicos formativos y práctico profesionales que la figura presenta. Se caracterizan algunas consecuencias éticas, jurídicas y técnicas que se derivan de ellos y las implicancias actuales y futuras que presentan para el ejercicio del rol, atendiendo a los problemas concretos derivados del marco legal actual del acompañante terapéutico desde el punto de vista de los niveles de responsabilidad legal que el ejercicio supone.

En el tercer 3 Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico, 1er Encuentro Interamericano de Acompañamiento Terapéutico, fue organizado por la UBA, en el mes de Junio del 2001. Esta disertación aparece en un tiempo de crecimiento del campo del a.t., allí se discute la situación mundial de los requerimientos y de las demandas en el trabajo de la salud mental, más específicamente en el campo de las patologías graves, también se investiga acerca de cuales son los requerimientos que desde dentro del sector se están haciendo cada vez más evidentes y más necesarios.

En cuanto a las investigaciones acerca del Síndrome de Burnout vale decir que se han indagado en ámbitos tan diversos como la empresa, el deporte y la familia (Maslach, 1993). Las exploraciones iniciales se realizaron en grupos de médicos y enfermeras;

²⁹ Cossi, E.F. (2001). “Consideraciones sobre el Acompañamiento Terapéutico”. Recopilación de Congresos Nacionales de acompañamiento terapéutico.

posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como: Psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de enfermería (Gil-Monte & Peiró, 1997). En los años 80, surgen muchos libros y artículos en donde se planteaban multitud de modelos explicativos, proponiéndose ideas de intervención y se presentaban varias formas de corroborar sus evidencias por medio de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos (Maslach, 1999:36). En ésta década el fenómeno Burnout es casi exclusivamente estudiado en EEUU, gradualmente se incorporan a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, en el que podemos encontrar estudios por todo el mundo. (Moriana y Herruzo, 2005).

Cuando se inició el estudio de este síndrome se pensaba que sólo repercutía en el ámbito psicológico en los médicos, ahora se ha identificado que afectan en lo social, familiar, institucional pero sobre todo en la salud física del profesional de la salud que puede presentar síntomas cardiovasculares, neurodermatitis, alteraciones gastrointestinales (gastritis, colitis, dolor abdominal) y alteraciones respiratorias (Hernández-Vargas; Dickinson, y Fernández Ortega, 2008).

El síndrome de desgaste (Burnout) es un problema que se está presentando en profesionales que trabajan con personas, en especial en los médicos, por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos que pueden desencadenar dicho padecimiento; por externos entendemos cuestiones institucionales e internos como la personalidad del trabajador. (Hernández-Vargas; Dickinson, y Fernández Ortega, 2008)

Acercándonos un poco más en la temática que ocupa ésta tesina, es preciso decir que, recientemente se ha realizado una investigación en Brasil relacionada al Síndrome de Burnout y el Psicólogo clínico. Se vio que dentro de sus áreas de actuación, el profesional Psicólogo está expuesto a innumerables situaciones que pueden contribuir al desarrollo del Síndrome de Burnout. Este síndrome es una consecuencia del estrés ocupacional crónico y

es una creciente preocupación en el ámbito de la salud. La investigación concluye en que el Psicólogo, en especial aquellos que se dedican al área clínica, poseen niveles del Síndrome de Burnout que evidencian que estos profesionales deben tener una atención especial con su salud laboral. También es consenso entre los autores, la importancia del Psicólogo a realizar terapia, ejercicios físicos, poseer momentos de ocio y diversión con el propósito de cuidar su salud y tener condiciones de ofrecer un atendimento clínico adecuado. (Benevides-Pereira; Porto-Martins; Basso Machado, 2010).

4. MARCO METODOLOGICO:

4.1. Área de estudio: La investigación será llevada a cabo en la Ciudad de Rosario, la cual se encuentra en el centro-este de Argentina, cabecera del departamento homónimo ubicada en la provincia de Santa Fe. En la actualidad es la ciudad más importante de la Provincia, la tercera ciudad más poblada de la República Argentina, cuenta con 1.023.158 habitantes.

4.2. Tipo de estudio: La investigación será descriptiva, de tipo transversal y de fuentes primarias.

4.3. Población Objetivo: Se realizara el trabajo con los Acompañantes terapéuticos de la ciudad de Rosario que trabajan con pacientes con patologías graves.

4.4. Universo: Todas las personas que llevan a cabo el trabajo de Acompañantes Terapéuticos.

4.4.1. Muestra: Se trata de una muestra accidental integrada por 10 Acompañantes Terapéuticos de ambos sexos con edades que oscilan entre los 25 y 61 años, cuyas experiencias laborales oscilan entre los 2 y 21 años. En cuanto a sus lugares de trabajo 7 lo hacen dentro de instituciones Psiquiátricas privadas y 3 lo hacen de manera particular. El contacto con los Acompañantes Terapéuticos se efectuó mediante el empleo de redes personales con el propósito de recabar la información necesaria para la Tesina.

Criterios de inclusión: se tienen en cuenta los siguientes criterios

- Que actualmente esté desempeñándose como Acompañante Terapéutico.
- Que trabaje con patologías graves de la vida de relación

- Que trabaje como Acompañante Terapéutico más de 4 horas diarias.
- Que alguna vez lo haya hecho en menos cantidad de horas.
- Que no cuente con la contención y asesoramiento de un equipo terapéutico.
- Que alguna vez haya trabajado dentro de un equipo terapéutico.

El método de selección de dicha muestra fue no aleatoria accidental.

4.5. Técnicas de recolección de datos: se trabajará a través de Cuestionarios y Entrevistas.

4.5.1. Instrumentos: Se utilizará para la recolección de datos Cuestionarios Autoadministrado y Entrevistas Semiestructuradas. Se realizará un análisis cualicuantitativo de los mismos.

4.5.1.1. Cuestionario autoadministrado, con preguntas del tipo cerradas y de carácter anónimo. Se lo administrará a los 10 Acompañantes terapéuticos de la ciudad de Rosario, se trata del cuestionario de Maslach Burnout Inventory {MBI} para medir el Burnout como constructo multidimensional, consta de 22 ítems en donde el administrado elige entre 6 opciones para responder.

4.5.1.2. Entrevistas Semiestructuradas. Esta confeccionada siguiendo el marco teórico como referencia. Se las administrara a los 10 Acompañantes terapéuticos de la ciudad de Rosario.

Procedimientos: las entrevistas se llevaran a cabo en domicilios y bares. Los ejes se centran en: la contratransferencia, el contexto actual en cuanto a la oferta, la demanda y

el tiempo de trabajo del Acompañamiento Terapéutico y el trabajo sin equipo terapéutico. Durarán aproximadamente 40 minutos, el entrevistador será el autor de este trabajo y las efectuará cara a cara.

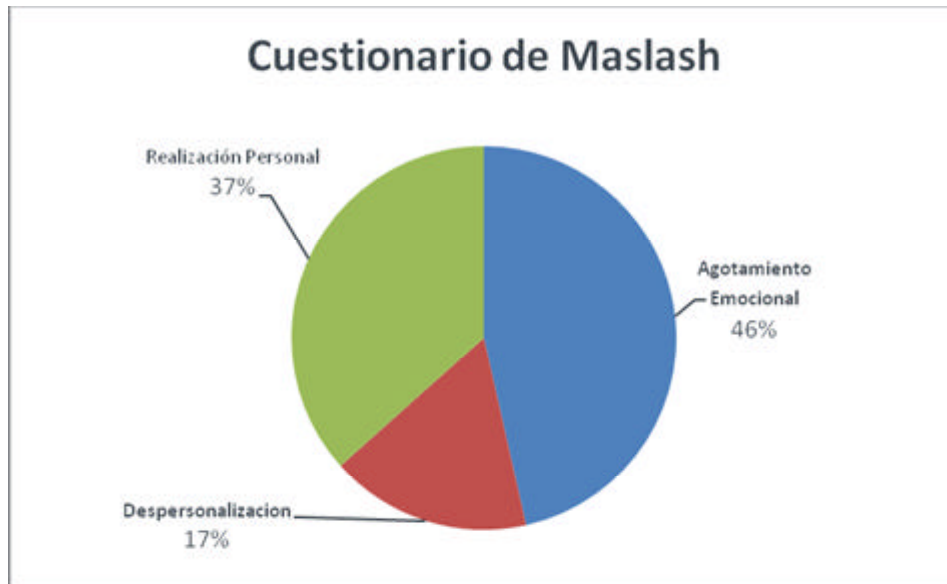
El cuestionario será suministrado antes de comenzar la entrevista. Los ejes se centraran en poder determinar los indicadores de despersonalización, falta de realización personal y agotamiento.

Consideraciones éticas: antes de la recolección de datos se tomaran recaudos propios de investigaciones con seres humanos. Se le explicara al sujeto que es de carácter anónimo y voluntario, también se exteriorizaran los fines de la recolección de datos.

5. TRABAJO DE CAMPO:

5.1. Análisis del Cuestionario:

Gráfico N° 1.



En el gráfico N° 1, Maslach Burnout Inventory de Maslach y Jackson, se puede concluir que **la mayoría de los Acompañantes Terapéuticos encuestados presentan un gran agotamiento emocional traducido en un 46 %.** Un 37% de los acompañantes terapéuticos encuestados presentan falta de realización personal. Y un 17% de los acompañantes terapéuticos encuestados presentan despersonalización.

5.2. Análisis de las entrevistas:

Equipo terapéutico:

Las diferencias en cuanto a trabajar con equipo terapéutico o hacerlo sin él, son muy marcadas, y van en desmedro del trabajo con ausencia del equipo: “Hay diferencias significativas. Casi siempre he trabajado sin equipo, pero también tuve una experiencia con equipo terapéutico, fue muy buena, la recuerdo como una etapa de trabajo diferente al que hago ahora, así que imagínate si no será otra cosa” (Hombre, 25 años); “Al no tener equipo terapéutico siento que mi trabajo se desvaloriza, me siento la alcahueta de turno, y realmente yo estudie para hacerlo como me enseñaron, a mi trabajo. Trabajar en equipo es tener en cuenta una gama de posibilidades que van surgiendo en el día a día, en el minuto a minuto, en el cuerpo a cuerpo, y volcar esto en el equipo es muy positivo para el paciente y para el psiquiatra porque es una información muy valida, muy aprovechable la que nosotros aportamos. Mi experiencia con equipo terapéutico han sido muy buenas” (Mujer, 34 años); “Cuando vos no tenés equipo terapéutico las cosas cambian, porque es justamente la antítesis de lo anterior, ¿no? Vos no te sentís tan involucrado con el paciente, vos sentís que estás haciendo algo que de pronto esta contradiciendo la forma de laburar del acompañante que viene después de vos porque el toma otra política respecto al paciente. No sabes que le están dando respecto a la medicación, no sabes ni siquiera cuantos días va a tener el paciente dentro de esta institución, no podes dar cuenta de nada de eso, le tenés que mentir al paciente, tu rol pasa a ser otro, creo que el desgaste es otro, contención cero, empezás a andar por otro terreno, ¿no? Andas por otro terreno definitivamente distinto a lo que debería ser” (hombre, 27 años). “Eh... o sea la mayoría de las veces en la institución que trabajo, no te dan ninguna estrategia, no te dicen que tenés que hacer, o sea yo creo que mas que acompañante terapéutico, sos un patovica, o un cuidador de enfermo como podría estar

en el PAMI. Pero... entonces es como que uno al laburo lo va haciendo en el momento, la estrategia la hace uno. Con sus errores, con sus aciertos, uno va haciendo lo que mejor puede. Pero bueno, no tenés una contención, no tenés con quien hablar. Yo me acuerdo haber tenido un paciente que yo quería hacerle tal cosa y lo intentaba hablar con la psiquiatra a cargo, y la mayoría de las veces no me daban bola, salvo una psicóloga. Pero me decía que bueno, que lindo, no te sentís como que te escuchan. Siempre te dan uno o dos minutos por días para escucharte y el paciente ni hablar... es el último orejón del tarro” (Hombre, 36 años).

El trabajo del acompañamiento es pensado desde un equipo interdisciplinario, viendo al paciente como un “todo”, pues desde allí, el acompañante ejerce su genuino rol: “me parece que trabajar con equipo es trabajar de manera integral, es ver a la persona como un todo y no establecer un corte, ser reduccionista con alguna mirada ya sea psicológica o médica. Me pasaba con un paciente que estaba atravesado de lleno por el saber medico y mi mirada quedaba relegada” (Hombre, 25 años); “No hay que ser tan lucido para darse cuenta que un paciente debe ser abordado desde las diferentes disciplinas y desde los diferentes discursos, es decir desde lo biopsicosocial, es la única forma de construir una imagen satisfactoria del paciente” (Mujer, 61 años).

Un rasgo fundamental que se le atribuye al equipo terapéutico es la contención y el resguardo de la salud mental del acompañante: “Si vos trabajas con un equipo terapéutico primero te sentís contenido, fundamental. Todo lo que pasa con el paciente se habla con el equipo. Uno esta trabajando en salud mental, trabaja muchas horas, uno llega agotado, con problemas emocionales, y todo eso en un grupo se contiene” (Hombre, 36 años); “un equipo terapéutico te da la posibilidad de intercambiar información relevante acerca del paciente, y también poder sentirse contenido desde las diferentes áreas de los profesionales que apoyan en la cura de ese paciente” (Mujer, 31 años); “El equipo terapéutico lo que hace

es apoyarte y respaldarte en algún sentido”(Mujer, 51 años); “En ese tiempo yo trabajaba con dos acompañantes mas, un Psicólogo que nos coordinaba y un Psiquiatra que era muy piola, teníamos un paciente esquizofrénico que era muy agresivo y salíamos golpeados casi todos los días, trabajábamos en una institución, a esos golpes los llevábamos al equipo los charlábamos, los metabolizábamos de algún modo, hoy no tengo equipo y a los golpes no los comparto con nadie, me refiero a golpes que van mas allá de lo físico” (Hombre, 25 años).

Tiempo de trabajo:

Las jornadas de los a.t.s son extensas, no se suelen respetar siquiera los días de descanso, esto repercute en el desgaste del acompañante: “Ahí se trabaja todos los días sin franco, para tener un franco hay que hacer un lío... porque nadie te quiere reemplazar. Y... las horas diarias son mínimo 8hs. Yo eh trabajado 12 hs. Trabajé 16hs, me acuerdo una vez había trabajo 16hs, y vino el encargado de los acompañantes y me dijo, ¿te podes quedar?, y yo le quería dar una patada en el orto. Le dije que no, y me dijo “tenés que quedarte”, en tono imperativo, porque no consigo a nadie y me tuve que quedar. A veces uno necesita la plata. Trabajar tantas horas es una locura” (Hombre, 36 años); “Yo trabajo ahí de lunes a lunes, 8hs y ocasionalmente 16hs. Creo que lo ideal seria trabajar un turno pero no se si tantas horas porque es muy agotador. Eso no beneficia al paciente” (Mujer, 31 años), “yo trabajo de lunes a lunes, trabajo 8hs por día, eventualmente me ha tocado hacer mas horas. Prácticamente francos no tengo, inclusive te cuento que trabajé en Navidad, en año nuevo, por supuesto que trabajé en mi cumpleaños. Cuando te digo navidad y año nuevo, digo noche buena y te hablo de la noche del 31, así que bueno es bastante agobiante mi trabajo. Es un trabajo que me demanda mucho tiempo y por momentos se torna tedioso” (Hombre 27 años); “yo trabajo 6 veces por semana, y trabajo 8 hs por jornada, ni más ni menos que 8

hs. Yo opino que trabajar tantas horas es jodido para uno, porque esto te desgasta mucho, viste, es como una lima, que te va limando bien de a poquito” (Hombre, 49 años).

Se pueden recoger datos significativos, en cuanto a la cantidad de horas pertinentes y a los porqués que los a.t.s consideraron para su trabajo; es decir contemplando su salud mental, y la del paciente: “Trabajar menos de 4 horas al momento de pensar en ir a trabajar, uno tiene otra iniciativa, menos tiempo, en el cual uno puede volcar estrategias de trabajo. Y puede trabajar de otro modo con el paciente. No se desgasta tanto uno, ni el paciente. Cuando vos trabajas en una excesiva cantidad de horas, ¿si?, vos te das cuenta que en un momento dejas de hacer tu trabajo, y el paciente deja de representarte a vos como su a.t.”(Hombre, 27 años); “Yo creo que se puede trabajar 6 horas como máximo” (Hombre, 36 años);

Otra cuestión a tener en cuenta con respecto a las horas de trabajo, es la económica, hay a.t que son sostén de familia: “si hablamos de la parte económica yo tengo una familia que mantener y trabajar mas horas a mi me significa un mayor ingreso, imposible no poner esto en la balanza. Pero si tu pregunta apunta al desgaste emocional, te digo que obviamente el desgaste es mayor si trabajás mas horas. Es mucho mas jodido” (Hombre, 49 años); “es de lo que vivo y lo que me da de comer. No rechazo por más que este muy desbordado, he estado días enteros de guardia, por supuesto que por momentos duermo con el paciente” (Hombre, 33 años).

Lugar de trabajo:

De los 10 a.t.s entrevistados, 7 trabajan en clínicas privadas de la ciudad de Rosario, y tres desempeñan su labor con pacientes particulares, en los domicilios de los acompañados. Los lugares de trabajo influyen de modos diferentes en los a.t.s:

- Algunos de bs que trabajan en instituciones privadas hacen referencia a su espacio laboral: “Mi lugar de trabajo es como si fuese un trabajo de fábrica, donde uno

cumple un horario, hay turnos, tipo fabrica” (Hombre, 36 años); “yo cuando llego acá no me dicen ni quien es el paciente ni que patología tiene, hay un modo de comunicarse de ésta institución que no esta nada bien, o directamente son nulos. Es como que te falta el respeto a lo que haces” (Mujer, 61 años)

- Los a.t.s que desempeñan su rol en domicilios hacen hincapié en la familia del paciente, como una forma que difiere de la clínica, ya que tiene otros avatares: “yo estoy trabajando en una familia, donde por ahí a mi me suponen un saber que realmente no lo tengo, y entonces se mezclan temas porque si yo no tengo un saber farmacológico, o si no tengo herramientas, estaría bueno que no me lo supongas al menos, pero esta suposición y valga la redundancia, es parte necesaria de este tratamiento, digo parte de nuestro trabajo. Por ahí prestarle la oreja a la familia, a los padres del paciente no viene mal para apaliar un poco la angustia” (Hombre, 49 años); “También tené en cuenta el estrés que te genera la familia del paciente que están tan enfermos, tanto o más que el paciente” (Hombre, 27 años); “se juegan dinámicas familiares donde muchas veces no salís bien parado porque terminas siendo sostén de la angustia, tal como decía Manonni, en un libro que trabaja otra cuestión nada que ver a esto, dice que la única forma de comprender la angustia ajena es en cierto modo apropiársela, es decir sentir algo de esa angustia, y muchas veces en mi trabajo he sentido angustia y la hemos compartido entre los familiares del paciente o con el paciente mismo”(Hombre, 25 años).

Demanda de trabajo:

La demanda de trabajo del Acompañamiento Terapéutico es excesiva en comparación con su oferta, en la ciudad de Rosario. La forma de contacto es casi siempre por referencia, en dónde lo que prima es la confianza y la experiencia del acompañante: “a mi generalmente

me demandan mucho. Siento que hace más de 10 años que estoy trabajando en esto, y que generalmente lo he hecho bien, me conocen muchos psiquiatras, ellos me llaman por teléfono, me dicen cuando entra algún paciente, y yo no rechazo esas ofertas porque lo necesito” (Hombre, 33 años); “Realmente hay mucha demanda de a.t, sobre todo por recomendaciones, no te olvides que el a.t ingresa en la intimidad del paciente, se mezcla entre las cosas del paciente. Cuando digo esto no me refiero solo a lo psíquico, me refiero también a lo material, uno esta en la pieza compartiendo absolutamente todo, y entonces ingresar en esa intimidad del paciente, hace que la persona que te demanda a vos como a.t. te tenga confianza” (Hombre, 27 años); “yo demanda tengo mucha, particularmente creo que somos pocos los AT que trabajamos hace tanto años y que lo hacemos relativamente bien. Así que por suerte nunca me faltó trabajo en esto, y he tenido épocas de salario bajo, pero te diría que generalmente he rechazado demanda, porque hasta me doy el lujo de tomar ciertos trabajos o no tomarlos. Te repito, existe mucha demanda” (Hombre, 49 años). En cuánto a las posibles ofertas de su trabajo, los acompañantes más experimentados siguen una misma línea de pensamiento: “Creo que existe una oferta pero es mas restringida, y está en función a los a.t.s que tienen más años de antigüedad. Existe toda una red de a.t.s en la ciudad de Rosario (risa irónica), que por más que no se vea, existe, en listas de psiquiátricos, en el boca en boca, por recomendaciones, acá todos tenemos el teléfonos de todos: de los que están trabajando con tal o cual paciente, de los que están de vacaciones y no quieren laburar, de los que están desocupados y agarran lo que venga, etc. Entonces nos vamos dando trabajo entre nosotros, o nos llaman instituciones psiquiatricas” (Mujer, 61 años).

La misma demanda de a.t.s que no responde a ningún patrón de estabilidad laboral, lleva a algunos a.t.s a no resignar trabajos y a exigirse más de lo debido: “Tengo mucho trabajo, ahora estoy con un paciente muy ocupado y recibo constantemente ofertas de laburo, pero

éste trabajo esta en función del azar, entonces, que se yo... te podes quedar sin de un momento a otro, es un riesgo que corres. Si vos tenés un paciente que te permite un buen ingreso, te conviene hacer una diferencia para estar más tranqui el día que te quedes sin laburo. Eso también... Yo hace un año que no tengo tres días libres para mi... y es por ésta cuestión a no quedar por fuera de circuito de laburo, no perder relación con la gente que lo hace, siento que si no tomo una guardia corro peligro de quedarme sin laburo por un tiempo hasta que salga otra guardia, porque hay veces como ahora, que te llaman y estas ocupado y hay veces que escasea. Pero la demanda existe siempre y mano de obra calificada para hacerlo no hay mucha” (Hombre, 25 años).

Contratransferencia:

En el vínculo del a.t. con el paciente, donde hay fuertes lazos afectivos, cercanos, de cuerpo a cuerpo, es preciso tener en cuenta la gran disponibilidad afectiva por parte del acompañante, quien de alguna forma se ve afectado por la contratransferencia: “La contratransferencia es como un bicho que te pica, te incomoda. Yo soy muy de cuestionarme las cosas, soy introspectivo, siempre lo fui, y mas se exacerbo este lado mío desde que trabajo en esto. “Ojala no me arrepienta de haberme conocido” dice una canción que me gusta mucho (risas), y me voy conociendo todos los días un poco, con pacientes graves, todo hace ruido, y ni te digo si tu paciente pasa a ser un compañero, un tipo que te confiesa todo porque justamente cree en vos y espera algo de vos, pero nosotros no intervenimos, esa es la cuestión, me muevo en un terreno álgido, porque no soy su amigo, tampoco su analista y mucho menos su enemigo” (Hombre, 25 años); “también aparecen las preguntas concretas acerca de vos mismo, y decís “me pudo haber pasado esto a mí o a un hijo”; “Estamos trabajando con pacientes con crisis subjetivas agudísimas, y lo cruzan al

a.t quizá en el peor momento de su vida ¿Cómo salís vivo de eso? Imposible no movilizarse” (Mujer, 61 años).

Los a.t.s más antiguos, parecieran percibir de otra manera los embates transferenciales masivos de los pacientes graves: “uno ya con los años se hace fuerte, y la puede sobrellevar mejor. A mi me pasaba con los primeros pacientes que me sensibilizaba demasiado, me metía en sus historias. Hoy por hoy, lo manejo de otra manera. Ya no vuelvo tan mal a mi casa, y no por esto te estoy diciendo que soy insensible, pero me tengo que ubicar en el espacio y en el tiempo, en mi casa tengo hijos, marido, trato de no llevar quilombos de trabajo a mi casa” (Mujer, 51 años); “aquello que me produce el paciente no es tanto como cuando empecé. Te diré que me he vuelto fuerte, y esto suena a volverse insensible. Pero, “el hombre es un animal de costumbre” y algo de eso es lo que yo siento. Hay sufrimiento que uno lee en un libro o lo ve en una película, pero cuando los vivís en carne propia, como espectador te digo, sobre todo tus primeras experiencias, te vas desbastada a tu casa. Pero me he vuelto fuerte, y gracias a Dios puedo amenizar todos esos sentimientos que me despierta el paciente” (Mujer, 34 años).

Concurrir a Terapia es una de las formas de poder sobrellevar la contratransferencia y de mantener cierta integridad en relación a la salud mental. En cuanto a los a.t.s entrevistados, los datos tienen variaciones respecto de su trabajo analítico personal:

- Cuatro acuden a terapia en la actualidad, sostienen que el tema laboral es recurrente en análisis: “Hago terapia, hace tres años. Y con algunos pacientes me quedo enganchada y es como que me preocupo demasiado por los que le pasa. Y trato desde mi lugar solucionarlo y casi siempre me desbordan las condiciones de trabajo. Siempre llevo estos temas a terapia. Siempre trato de consultar con mi terapeuta acerca de cómo cuidarme y como cuidar al paciente. Bueno, también tenés que

pensar que es lo que le pasa al paciente transferencialmente sobretodo en psicosis o esquizofrenia” (Mujer, 31 años).

- Tres no realizan terapia personal, pero lo han hecho en algún momento de sus vidas: “No, no hago terapia, pero tengo más de 10 años de terapia” (Hombre, 49 años).
- Tres nunca acudieron a terapia.

La contratransferencia, cuando no es manejada, puede ser peligrosa, tanto para el paciente cómo para el a.t: “yo me sentía embroncado, es que hay veces que se produce un forcejeo con el paciente, inclusive podes salir golpeado... y uno lo sujeta. Pero cuando vos estás en un lugar en el que no estas contenido, puede haber un estallido de bronca. Bueno, bueno recuerdo el día que trabaje 21hs, llegue a mi casa, no se que me dijo mi mujer, y la mandé a la mierda, en eso repercute, te empezás a llevar mal con tu familia, empezás a tener problemas de pareja, no soportas nada, mi hijo lloró y ya le quería dar un chirlo, o sea en eso repercute, ¿entendés?, de llegar a mi casa y decirle a mi mujer “hoy no me digas nada, no me hables, déjame un rato sólo”... y lo primero que hacia me metía en la ducha, me bañaba con agua bien caliente para que se me vaya esa mala onda que tenía, y se iba pero la mayoría de las veces regresaba cuando volvía a trabajar. Y te hincha los huevos. ¿Hasta donde da el umbral de tolerancia? Te enojas por cualquier cosa” (Hombre, 36 años).

Posicionamiento del Acompañante Terapéutico respecto del Médico Psiquiatra:

Casi siempre es el Psiquiatra el que sugiere el acompañamiento terapéutico con el paciente, también es el que decide caducar con el servicio del acompañante. Se trata de una figura Hegemónica dentro de la salud mental. Los pareceres de los encuestados respecto al Médico Psiquiatra son diversos:

- La mayoría de los a.t.s., manifiestan una escasa comunicación y un posicionamiento excesivamente asimétrico (por debajo de la autoridad Psiquiátrica): “Mi relación con el Médico Psiquiatra no es buena. Realmente hablo muy pocas veces con él, creo que el concepto que tiene acerca de mí es de cuidador, de guarda espaldas. Digo... una vez hablando con él, me dijo que el paciente estaba institucionalizado dentro de su casa, esto quiere decir que el paciente tiene que respetar horarios, respetar comportamientos siempre no agresivos, había que coartarle la libertad a éste paciente. Entonces yo debía funcionar como una especie de chaleco humano. Una concepción completamente diferente a la mía, pero imposible de confrontar dado la diferencia de poderes” (Hombre, 25 años); “Generalmente la relación entre el psiquiatra y el a.t. no es buena, y te lo digo con 21 años de trabajo. Esto no quiere decir que no haya pasado por psiquiatras excelentes, como te dije antes, por equipos terapéuticos donde me escuchan. Yo he pasado por experiencias muy positivas también, pero si me preguntas por una generalidad, ellos parten de un saber médico, de un saber bastante monárquico” (Hombre, 49 años).
- Sólo dos entrevistados sostienen que tienen una buena relación con el Psiquiatra, ambos se basan en el Psiquiatra como aquella persona que les da trabajo, se trata de una respuesta impregnada de gratitud hacia la figura del Médico: “Tengo una buena relación con los psiquiatras porque me dan laburo” (Hombre, 33 años).); “Yo no tengo de que quejarme, inclusive son ellos lo que me llaman por teléfono cuando necesitan un a.t, porque saben que hace muchos años que trabajo. La posición que yo ocupó es la propia de mi trabajo, no intervengo, acompaño, luego le transfiero al Psiquiatra todo lo que le pueda llegar a servir” (Mujer, 51 años)

- Sólo un a.t. se subordina al poder médico sin resistencias: “Mi posición respecto al psiquiatra: soy un asistente del medico, me limito hacer lo que el me dice. No hay que confundirse en ese sentido, hay acompañantes que piensan que se puede trabajar de otra manera...yo creo que al saber lo tiene el psiquiatra” (Hombre 51 años).

6. CONCLUSIONES:

En el presente trabajo, se han trabajado las incidencias de los indicadores del Síndrome de Burnout en a.t.s, que trabajan sin equipo terapéutico y en relación a pacientes graves, perturbados en la vida de relación. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Rosario. Para la materialización de la tesina se han tenido en cuenta los siguientes cuatro objetivos:

1- Caracterizar el contexto actual, dentro de la salud mental, del acompañante terapéutico en relación a la oferta y demanda de su servicio, en la ciudad de

Rosario. En éste primer objetivo se determinó una excesiva demanda en relación a la oferta de trabajo. El pedido profesional es generalmente del Médico Psiquiatra. Vale decir que en la ciudad de Rosario no existe una carrera a fin, por tanto la población que prevalece trabajando cómo a.t es la de estudiantes avanzados de Psicología y la de Psicólogos recibidos recientemente, una mayoría de ellos tiene formación Psicoanalítica. Sin embargo los a.t.s mas requeridos son los experimentados, que generalmente trabajan como sostén de familia, esto lleva a una excesiva autoexigencia, a lo que se suma la gran cantidad de años en que éstos sujetos vienen desarrollando esta profesión desgastante.

Otros dos aspectos para subrayar en cuanto a la demanda son, en primer lugar que se privilegia la referencia y la confianza, por sobre la preparación académica del a.t. En segundo lugar, vale decir que, la demanda de a.t.s está sujeta al azar, esto lleva a no resignar trabajos, a no respetar jornadas normales en cuanto al tiempo de desempeño de su rol.

Siguiendo con la contextualización laboral del a.t en el marco de la actual salud mental, es importante hacer hincapié en los lugares de trabajo. No es lo mismo trabajar dentro de una institución Psiquiatrica, que hacerlo en el domicilio particular del paciente.

Vale aclarar que las instituciones que refiere éste trabajo son de índole privadas, allí no se protege la figura del a.t. A lo largo del presente trabajo las clínicas Psiquiátricas han quedado destinadas a la crítica, la desconfianza, las quejas y las descalificaciones; opacando la confianza, el agradecimiento y la vocación de servicio que podrían surgir, también, de allí. Por otro lado, el trabajo en el domicilio del paciente también implica un desgaste extra a saber: la familia. Las dinámicas familiares no siempre contemplan el trabajo del a.t, con frecuencia esto produce un desgaste extra en la subjetividad del a.t.

2- **Describir el trabajo del acompañante terapéutico, cuando se desempeña sin equipo terapéutico.** Éste objetivo se focaliza en el equipo terapéutico, la conclusión más certera se relaciona con la importancia de concebir la práctica del a.t, inmersa dentro de un equipo interdisciplinario, dado que la presente tesina se centra en la figura del a.t y su salud mental. Cuando el trabajo se desempeña sin equipo, no existe contención, y he aquí el punto más distinguido por la población de la muestra de éste trabajo. Esa falta de contención se relaciona con la imposibilidad de poner en palabras las vivencias cotidianas del a.t en relación al paciente psicótico, a la familia del paciente o a la institución en la cual se desenvuelve.

Otra conclusión respecto de la ausencia del equipo terapéutico, reside en la relación del a.t y el Médico Psiquiatra del paciente, que lejos de ser integrantes de un equipo, mantienen una escasa comunicación. Es allí donde generalmente el a.t se siente desvalorado, y es por ello que se aleja del verdadero rol que lo debería ocupar. Se mantiene el modelo Médico-Hegemónico, sobre todo porque la práctica del a.t se sostiene y se legitima a partir de la autorización Médica.

Como una arista de éste objetivo, y haciendo referencia a la falta de supervisión, es potable plantear la urgencia de contemplar al paciente como un sujeto biopsicosocial, es decir a partir del trabajo en serio, el trabajo en equipo, la mirada interdisciplinaria que es necesaria,

dejando las soberbias a un lado. Esta conclusión lleva a otros horizontes, como el de la industria farmacológica, la necesidad de que exista la locura, los manicomios en términos de Foucault y su vigencia, los modelos repetidos desde los tiempos de la modernidad en adelante, todo esto representa un negocio “interesante”, porque son muchos las personas que viven de la salud mental y a expensas del sufrimiento.

3- Identificar posibles influencias de la contratransferencia en el Acompañante terapéutico de pacientes con patologías graves en la producción de Síndrome de Burnout. En éste apartado se trabajan las posibles influencias de la contratransferencia en el a.t que trabaja con pacientes Psicóticos, para abordar este objetivo es imposible no hacer mención a la transferencia, de ésta manera se plantean dudas, muchas de ellas se despejan en el marco teórico, otras tantas continúan abriendo interrogantes.

Las reacciones inconcientes, producto de la contratransferencia terminan eclosionando siempre de alguna manera, esto se traduce en somatización, angustia, o simplemente en acting out, es decir en acciones de carácter impulsivo relativamente aislables en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo. Éstas manifestaciones particularmente impulsivas, son de carácter auto o heteroagresivas, y cuando ocurren hasta el propio sujeto que las actúa se desentiende.

Las diferentes subjetividades de los a.t.s hacen diferentes ecos en la conclusión de este objetivo. No todos los a.t.s concurren a terapia, algunos nunca lo han hecho y siquiera lo consideran. Aquellos a.t.s que concurren a terapia, admiten llevar a colación a la misma, su relación con el paciente. Considero que no es casualidad que todos los a.t.s convocados para colaborar con este trabajo, lo hayan hecho tan abiertamente y de un modo tan catártico, la necesidad de escucha quedó evidenciada sobre todo en los a.t.s que no concurren a análisis.

4- **Identificar indicadores de despersonalización, falta de realización personal y agotamiento emocional del acompañante terapéutico:** En este último objetivo se pretende cuantificar los indicadores de Síndrome de Burnout, siguiendo el modelo teórico de Maslach y Jackson, se concluye categorizando del siguiente modo:

- La mayoría de los Acompañantes Terapéuticos encuestados presentan un gran agotamiento emocional traducido en un 46 %, esto se relaciona con la pérdida de autoestima combinada con fatiga emocional, física y mental, con falta de entusiasmo, y sentimientos de impotencia e inutilidad. Entre las autopercepciones más significativas, la sensación de no poder dar más de sí mismo, ha sido altamente recurrente entre los a.t.s.
- Un 37% de los acompañantes terapéuticos encuestados presentan falta de realización personal, acerca de esta característica se puede concluir diciendo que el a.t experimenta una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional, es por ello, que parcialmente, se cuestiona su competencia profesional, “parcialmente” porque cómo se manifiesta en las fortalezas de este trabajo, el Acompañamiento Terapéutico, de hecho, se despliega en un terreno difuso.
- Por último, un 17% de los acompañantes terapéuticos encuestados presentan despersonalización. Esta característica se relaciona básicamente con el sentimiento de cinismo, se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática, en dónde el paciente puede llegar a ser el meollo de la agresión del a.t. Hay a.t.s que toman una extensa distancia de sus pacientes, en dónde sus modos de comunicación recaen en automatismos. La

despersonalización es un rasgo más notorio en a.t.s experimentados, las formas de involucrarse con el paciente decrecen con el correr de los años de profesión.

En cuanto a las fortalezas de éste trabajo, es pertinente poner de manifiesto el precedente que sienta la tesina presente. No existen investigaciones suficientes dentro del terreno del Acompañamiento Terapéutico, mucho menos en lo que atañe a la figura del a.t y su salud mental en particular. Aclaro, que se trata de un recorte preciso, dentro de un territorio difuso, y es precisamente en la poca claridad actual teórico-práctica que atraviesa al Acompañamiento Terapéutico en la Argentina, en dónde toma fuerza éste trabajo, porque desde allí han surgido los emergentes que se fueron decantando a medida que se avanzaba la tesina: límites, conceptualizaciones y funciones, la necesidad de abrir una carrera universitaria a fin, el lugar que ocupa el a.t dentro de la salud mental hoy, entre otros temas. Vale decir que los objetivos centrales se relacionan con los modos de trabajo, y la importancia del equipo terapéutico en relación a los peligros de la cotidianidad compartida con pacientes Psicóticos. Indirectamente en éste trabajo, a través de un análisis minucioso, se plantea una necesidad de dar respuestas, o al menos de seguir interrogando en éste campo de apertura que ya tiene cuarenta años de historia.

Las debilidades de la tesina se centran mayormente en la muestra no probabilística, ya que se trató de una cantidad acotada de a.t.s; la realidad indica en la ciudad de Rosario, un amplio universo de a.t.s que trabajan sin equipo terapéutico y en relación a pacientes graves. Otra cuestión a tener en cuenta se relaciona al marco teórico, puntualmente a la Transferencia y Contratransferencia en Acompañamiento Terapéutico, porque no se ha indagado lo suficiente en investigaciones anteriores. Ambos términos, generalmente, se trabajan desde el punto de vista analista-analizado, en éste trabajo éstas dos conceptualizaciones son vitales, lo cual se cristaliza en una debilidad a tener en cuenta.

7. BIBLIOGRAFIA:

- Alonso Fernández, F. (1997). “Psicopatológica del trabajo”. Barcelona: Edika Med.
- Apollon, W.; Bergeron, D. y otros. (1997). “Tratar en la Psicosis”. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Argumentos 6. Revista de la Escuela de Psicoanálisis de Sigmund Freud (2001, Agosto). “Acto Analítico. Posición del Analista”. Rosario: Laborde Editorial. P: 45-49.
- Augé de Depino, M. y Alabarce, M. (1993). “El Hostal. Una experiencia de tratamiento sin encierro en Psicopatologías graves”. Buenos Aires: Psicoterapias Integradas Editores. Cap. IV: Caccavallo, N. p: 103-109.
- Batle, A.; Manson, F. (1997, Marzo-Abril-Mayo). “Multidisciplina. Un desafío para la Psiquiatría y la Salud Mental”. Vertex. Revista de Psiquiatría Argentina. Volumen VIII. N° 27.
- Benavides Piaggio, C. y Dubreuil Valenzuela, R. (2003, Diciembre) “Acompañamiento Terapéutico”. Boletín electrónico N° 2 del APDA.
- Benevides-Pereira, A. M.; Porto-Martins, P. C.; Basso Machado, P. (2010, Febrero-Marzo). “Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos”. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com.ar>.
- Beyankar, K. (2003). “Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales”. Buenos Aires: Editorial Biblios.
- Bianchini Matamoros, M. (2007, Noviembre) “El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud”. Costa Rica: Med. Leg. Vol.13-14.

- Blajeroff, N. (junio 2006). “Despsiquiatrización del Síndrome de Burnout”. Clase dictada en la UTN.
- Bosqued, M. (2008). “Quemados. El síndrome del Burnout. Qué es y cómo superarlo”. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Caballero, L. & Millan, J. (1999, Abril). “La aparición del síndrome del burnout o de estar quemado”. Butlletí bimestral de comunicació interna. Secretaria General de administració y funció Pública.
- Caratozzolo, D. (2006). “Mujeres y hombres en el tercer milenio. Vivir en la posmodernidad”. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Cherniss, C. (1980). “Professional Burnout in Human Service Organizations”. Nueva York: Praeger.
- Cincunegui, S. y De Chebar, N.M. (1996). “La pareja, encuentros, desencuentros, reencuentros”. Buenos Aires: Paidós.
- Córdoba, A y Hercht K. (2003). “El problema del estrés en la medicina. Aspectos teóricos, experimentales y clínicos. La Habana: Científico-Técnica. p:61-4.
- Cossi, E.F. (2001). “Consideraciones sobre el Acompañamiento Terapéutico”. Recopilación de Congresos Nacionales de acompañamiento terapéutico.
- Frank, M. L. y Dragoto, P. (2006, Octubre). “Acompañamiento Terapéutico”. Actualidad Psicológica, 346.p: 32.
- Galende, E. (1994). “Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica”. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gil-Monte, P. R. (2005) ‘El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar’. Ediciones Pirámide.

- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). “Desgaste Psíquico en el Trabajo, El Síndrome de Quemarse”. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. (2005). “El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout): una perspectiva histórica”, en VV.AA., Quemarse en el trabajo (Burnout). 11 perspectivas del Burnout. Zaragoza: Egido.
- González, D. (2008). “¿Qué significa ser acompañante terapéutico?”. Abraxas Magazine: Revista de Psicología Sociedad y Cultura.
- Guerra, B. Nieto, G. Caballero, V. Requena, JL. Mora, M? M. Rivero, EJ. Barragan, B. (2000, Febrero-Marzo) “Cuando la expectativa de la enfermedad mental es el declive”. I Congreso Virtual de Psiquiatría Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>.
- Hernández-Vargas, C.; Dickinson, M. E. y Fernández Ortega, M. (2008, Enero-Febrero) “El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos”. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 N°1.
- Jarrín, A. (2009, Febrero). “Acompañamiento terapéutico. Clínica del acontecimiento”. Revista Campo Grupal N° 108. Buenos Aires: Ediciones Presencia.
- Kovadloff, S. (S/F). “Una consideración preliminar en acompañamiento terapéutico-Una actualización teórico-clínica. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Kuras, S. Resnizky, S. (2003). “Acompañamiento Terapéutico. Actualización teórico-clínica”. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Kuras, S., Resnizky, S. y otros. (2006, Octubre). “Acompañamiento Terapéutico”. Actualidad Psicológica, N° 346.

- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2006). “diccionario de psicoanálisis”. Buenos Aires: Paidós.
- Leiter, M.P. (1988). “Burnout as a function of communication patterns. A study of multidisciplinary mental health team. Group & Organization Studies. p: 13, 111-128.
- Martínez Gamarra, M. (2005). “consideraciones éticas sobre el Burnout”, en VV.AA., Quemarse en el trabajo (Burnout). 11 perspectivas del Burnout. Zaragoza: Egado.
- Maslach C, Leiter M. (1997). “The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it”. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C. (1982). “Burnout: the cost of caring”. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Reprinted in 2003; Cambridge, MA: Malor Books.
- Maslach, C. (1993). “Burnout: a multidimensional perspective”. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, eds. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis. p. 19-32.
- Maslach, C. (2009, Abril-Junio). “Comprendiendo el Burnout”. Ciencia y Trabajo; 11(32): 37-43).
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). “MBI: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto University of California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter M. P. (1997). “The truth about burnout”. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nota de la Revista (1985). “Acompañamiento Terapéutico y Pacientes Psicóticos. Editorial Trieb.
- Peiró, J. M. (2005) “Desencadenantes del estrés laboral”. Ediciones Pirámide.

- Pines, A.; Aronson, E. y Kafry, D. (1981). "Burnout: from Tedium to Personal Growth. Nueva York: Free Press.
- Ramos, F. (1998). "Síndrome de desgaste profesional (Burnout)". *Mapfre Med.* 9(3):189-97.
- Rossi, G. y Pulice, G. (S/F). "Acompañamiento Terapéutico. Aproximaciones a su conceptualización: presentación de material clínico". Buenos Aires: Editorial Polemos. Modulo IV; p: 149-161.
- Rossi, G.P. (2007). "Acompañamiento Terapéutico". Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Schaufeli WB, Enzmann D. (1998). "The burnout companion to study and practice: a critical analysis". London: Taylor & Francis.
- Solaberrieta, A (2006). Reseña evolutiva del concepto "Burnout". www.ancba.org.ar/cont_cien/contenido.htm.

8. ANEXO:

8.1. Instrumentos para la recolección de datos:

8.1.1. Cuestionario Autoadministrado: Maslach Burnout Inventory. Escala de Burnout de Maslach.

Complete los siguientes datos:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Años de antigüedad:

Instrucciones: Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala.

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.

0 1 2 3 4 5 6

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

5. Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

0 1 2 3 4 5 6

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

0 1 2 3 4 5 6

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

8. Me siento "quemado" por mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas

0 1 2 3 4 5 6

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

0 1 2 3 4 5 6

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.

0 1 2 3 4 5 6

12. Me siento muy activo.

0 1 2 3 4 5 6

13. Me siento frustrado en mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

14. Creo que estoy trabajando demasiado.

0 1 2 3 4 5 6

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

0 1 2 3 4 5 6

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

0 1 2 3 4 5 6

20. Me siento acabado.

0 1 2 3 4 5 6

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

0 1 2 3 4 5 6

22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

0 1 2 3 4 5 6

8.1.1.1. Tabulación del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory:

Para medir el Agotamiento Emocional en el profesional se deben sumar las puntuaciones correspondientes a las preguntas número: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. La puntuación máxima es 54.

Para medir la Despersonalización en el profesional se deben suman las puntuaciones correspondientes a las preguntas número: 5, 10, 11, 15 y 22. La puntuación máxima es 30.

Para medir la Realización Personal en el profesional se deben sumar las puntuaciones correspondientes a las preguntas número: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es 48.

8.1.2. Entrevista semiestructurada:

- 1) ¿Cuáles son las diferencias que usted nota entre trabajar con equipo terapéutico y trabajar sin equipo terapéutico?
- 2) ¿Con qué frecuencia semanal trabaja? ¿Cuántas horas trabaja por jornada?
- 3) ¿En qué lugar desempeña su trabajo?
- 4) ¿Hace cuánto tiempo trabaja como acompañante terapéutico?
- 5) ¿Cuales son las diferencias que usted nota entre trabajar menos de cuatro horas y trabajar más de cuatro?
- 6) ¿Cómo es el contexto laboral en relación a la oferta y la demanda de su trabajo?
- 7) ¿Cómo experimenta la contratransferencia con pacientes graves cuando no cuenta con equipo terapéutico y trabaja más de 4 horas?
- 8) ¿Hace usted terapia?
- 9) ¿Cómo es su relación con el Medico Psiquiatra del paciente, que posición ocupa usted respecto del mismo?

Primera entrevista: Hombre, 36 años.

1-Las diferencias son grandes. Si vos trabajas con un equipo terapéutico primero te sentís contenido, fundamental. Todo lo que pasa con el paciente se habla con el equipo. Todo cambio de estrategia, de actividades se habla con el equipo. No se toman decisiones sólo. Aparte, trabajar con el equipo terapéutico implica integrar a los acompañantes, trabajar con el Psiquiatra, ser supervisado, es como que cambia la cosa. Vos estas hablando directamente con la persona que esta a cargo de ese paciente. En cambio si vos no tenés un equipo terapéutico, estas más perdido que turco en la niebla. Que es lo que pasa en el lugar que trabajo yo, ahí nadie te da indicaciones, a lo sumo te dicen que el paciente no se levante como me paso una vez con un paciente que me dijeron “que no se levante, que duerma, si se despierta, avísame, que yo vengo le pongo una inyección y lo duermo; me dijo la enfermera”. O directamente cuidar que no se escape, hay que seguirlo por todos lados para que no se escape. Por ahí llevarlo a algunos talleres. Eh...o sea la mayoría de las veces en la institución que trabajo, no te dan ninguna estrategia, no te dicen que tenes que hacer, o sea yo creo que mas que acompañante terapéutico, sos un patovica. O un cuidador de enfermo como podría estar en el PAMI. Pero, entonces, es como que uno al laburo lo va haciendo en el momento, la estrategia la hace uno. Con sus errores, con sus aciertos uno va haciendo lo que mejor puede. Pero bueno no tenés una contención, no tenés con quien hablar. Yo me acuerdo haber tenido un paciente que yo quería hacerle tal cosa y lo intentaba hablar con la psiquiatra a cargo, y la mayoría de las veces no me daban bola, salvo una psicóloga. No te sentís como que te escuchan. Siempre te dan uno o dos minutos por días para escucharte, y el paciente ni hablar, es el último orejón del tarro. Porque sino le dan bola a los AT menos de la dan al paciente. Entonces yo creo que es fundamental el tema del equipo terapéutico. Porque uno esta trabajando en salud mental, trabaja muchas horas. Yo creo que esto va a tener que regularse en algún momento. Se que hay una ley, un

proyecto de ley. Porque uno llega agotado, con problemas emocionales, y todo eso en un grupo se contiene. Antes yo tenía reuniones en equipos, cuando no trabajaba acá, y hubo casos de a.t.s que se determinaba que ese acompañante no podía seguir trabajando con determinado paciente, y se le daba un paciente un poco mas tranquilo. Mi lugar de trabajo es como si fuese un trabajo de fábrica, donde uno cumple un horario, hay turnos, tipo fabrica de las 8 a las 15, de las 15 a las 23 y de las 23 a las 8. Y ni te digo cuando hay que hacer 16hs seguidas, o 21 hs, como me tocó a mí una vez. Éste... entonces me parece que esa falta de contención... uno trata de establecer obviamente con la misma institución. Los acompañantes más nuevos entablan relación con los que hacen menos tiempo que están, porque hay un cierto celo de los AT más viejos, por un temor a quedar sin trabajo. Te dan ganas de hablar de películas, de música, de otras cosas.

2-Ahí se trabaja todos los días sin franco, para tener un franco hay que hacer un lío porque nadie te quiere reemplazar. Y las horas diarias son mínimo 8hs. Yo he trabajado 12 hs. Trabaje 16hs, me acuerdo una vez había trabajado 16hs y vino el encargado de los acompañantes y me dijo, ¿te podes quedar?, y yo le quería dar una patada en el orto. Le dije que no, y me dijo “tenes que quedarte”, en tono imperativo, porque no consigo a nadie, y me tuve que quedar. A veces uno necesita la plata. Trabajar tantas horas es una locura, se nota que el que diagrama los horarios no tiene ni la más remota idea. No le importa. Hay que verlo desde 2 puntos, 1ero del lado del profesional que es el que se esta cocinando, porque esta tantas horas con el mismo paciente hace que unos termine agotado mentalmente, y 2do para el mismo paciente, porque esta siempre con la misma persona. El paciente se hincha del acompañante. Es un tema éste, porque trabajar en la clínica más prestigiosa de Rosario, y que lo manejen como una fabrica, es una ironía. Yo he estado trabajado en otras clínicas y no es así, no es así....

Ya desde el vamos con el trato con el personal, salvo los médicos de guardia que te tratan con respeto. Las mucamas son cortantes con el tema de la comida.

3- Hace tres años

4- En una institución privada.

5- Yo creo que se puede trabajar 6 horas como máximo. Hay grandes diferencias, es lo que te decías hace un rato, o sea 8 hs seguidas con un mismo paciente te deja agotado y encerrado en un mismo lugar. Trabajar 4 hs es otra cosa, se te pasa mas rápido, uno trabaja mejor, porque en 8 hs por mas estrategias que tenés... y aplicarás las técnicas en 2 hs. ¿pero después que hago?. Boludeo. Hay acompañantes que lo que hacen es buscarte para hablar, para cagarse de risa. Me pregunto si esto es un mecanismo de defensa. En otras clínicas como son menos horas, uno se avoca a trabajar con el paciente, cuando el paciente esta más activos. Suponte, salir a caminar, charlas, y entonces lo explotas más al trabajo. Yo creo que la diferencia es muy grave. Con los médicos pasa lo mismo, trabajan muchas horas, les pagan poco, les deben plata.

6-En mi institución hay siempre trabajo, siempre te buscan. Hay veces que afloja un poco pero hay días que hay que hacer guardias dobles. Uno empieza a ver a.t.s que le tocan el culo a al institución, se anotan mas horas, se aprovechan de la falta de controles y de la confianza. La demanda sobrepasa la oferta en mi institución muchas veces. Pero te vuelvo a repetir, yo creo que esta mal diagramado. Hay una diferencia que es fundamental y que no hemos hablado, que en esta institución vos sos un empleado a pesar de que ellos dicen que no, porque a la hora de pagar depende de que te pague la familia, porque ellos se lavan las manos. Vos sos un empleado, porque en ninguna clínica de Rosario, y tengo amigos que dan fe de esto, te marca los horarios la clínica de entrada y de salida, te fijan los horarios. En cambio fuera de mi institución, los horarios los pones vos, negocias con el coordinador del grupo y con el psiquiatra, el precio lo pones vos, siempre hay un estándar, que es más o

menos 30 pesos la hora, hace unos meses estaba 25 pesos, 35 pesos cuando hay obras sociales. Con certificado de discapacidad te pueden pagar hasta 45 pesos la hora. Hay un estándar, un modelo, pero en el momento que vos llegas a ésta clínica te dicen 12 pesos la hora. Entonces, sos un empleado de ellos. Y para colmo te pagan un peso más que a una mucama. Así que pasa por ahí la mano. No te pagan horas extras, y encima te fijan todo, eso algún día alguien lo va a tener que discutir legalmente. No pueden seguir así las cosas. Pongámonos en el lugar de los AT mas viejos, muy pocos hicieron el curso de acompañantes, son bastantes toscos para trabajar, y después tenes un grupito que no han hecho ni si quiera el curso y sin ser peyorativo con alguien que trabaja en una taller mecánico, uno se forma en determinada cosa, es decir si vos me pones a arreglar un auto yo no sé. Quiero decir, un tipo que tiene aptitudes para trabajar en un taller mecánico y no para tratar con personas ¿Por qué es a.t? Eh... entonces que pasa. Yo creo que hay miedo en el fondo de que haya un cambio profundo. Es que hay pacientes que son muy complicados por mas voluntad que le pongas, es muy jodido si no tenes formación. Hay que hacer reformas, así como se están haciendo reformas en el colegio de Psicólogos. No hay ninguna ley en cuanto a las obras sociales que cubran al Acompañamiento Terapéutico. Se trata de una prestación médica. El tiempo del acompañamiento caduca, eso lo evalúa la auditoria, y el paciente en todo caso se reubica, o sea lo institucionalizan. Esta prestación es prescripta por un Psiquiatra.

7-Uno al no tener un equipo, quiero decir cuando yo tenia equipo terapéutico, si yo me sentía embroncado, hay veces que se produce un forcejeo con el paciente, inclusive puedes salir golpeado, cuando vos estás en un lugar en el que no estas contenido, puede haber un estallido de bronca. Normalmente uno se controla, pero ese hecho de controlarse te sentencia en el trabajo, uno se siente enojado con el paciente, 2 o 3 días enojado, cuando el paciente lo siente como algo que ocurrió en unos segundos, en un impulso quizá, en algo

que no manejó. Y esto hay que hablarlo con un compañero, con un tercero “me golpeó gratuitamente”. Yo se de un AT que le dieron una cachetada y éste lo agarró a empujones en un ascensor, y le dijo que se quedara en el molde y lo quiso trompear. Obviamente que esto no es lo que debería ser, pero lamentablemente lo justifico, por el sistema en el cual el a.t esta inserto, donde no te dan pelota los Psiquiatras, no tenés contención, los pacientes son pacientes acá y en la China. La contratransferencia negativa no se da sólo a causa del paciente, no te olvides de la familia, que esta mas enferma que el paciente, no te olvidés de la institución que no le da importancia a tu trabajo, y con el tiempo vos tampoco le das importancia a tu trabajo. Que es lo que pasa con los a.t.s viejos, yo creo que no le dan importancia, es algo que siempre me llamó la atención. Esas caras de fastidio. Te da bronca, te da mucha bronca cuando un paciente te destrata, te dan gana de devolvérsela, quedas embroncado todo el día, te comiste un manotazo, o una puteada, o un rasguñon. En un grupo terapéutico esto se habla, ¿Qué sentís?. Inclusive te podes tomar un par de días, fíjate... hubo muchos a.t.s que dejaron, porque no se contemplaban éstas cosas. Y el tema de compartir tantas horas contratransferencialmente te agota, se te prende fuego la cabeza (risas). Bueno, bueno recuerdo el día que trabaje 21hs. Llegue a mi casa, no sé que me dijo mi mujer y la mande a la mierda, en eso repercute, te empezás a llevar para la mierda con tu familia, empezás a tener problemas de pareja, no soportas nada, mi hijo lloró, y ya le quería dar un chirlo, o sea en eso repercute, ¿entendés?, de llegar a mi casa y decirle a mi mujer “hoy no me digas nada, no me hables, déjame un rato solo”. Y lo primero que hacia me metía en la ducha, me bañaba con agua bien caliente para que se me vaya esa mala onda que tenía, y se iba pero la mayoría de las veces regresaba cuando volvía a trabajar. Y te hincha los huevos. ¿Hasta donde da el umbral de tolerancia? Te enojas por cualquier cosa, y si te pones a mirar la familia de los a.t.s viejos están todos para la mierda.

8-Ahora no estoy haciendo, pero hasta hace un tiempo hacía y llevaba a terapia estos temas, porque vos a terapia tenés que llevar todo, tu vida personal, trabajo... el trabajo es un pedazo grande de tu vida y tenés que hablarlo. Es una cosa que te agota.

9-Respecto del Psiquiatra... no tienen tiempo, se van de vacaciones a Disney (risas) como me pasó una vez, la profesional había abandonado al paciente, de terror... No se sientan a hablar con vos del paciente, salvo en honrosas excepciones. Se piensan que por hablar 1 o 2 minutos con el paciente por día ya está, y no es así. Yo soy psicólogo, le doy valor a la palabra, igual hay una psicóloga que le da un poco de valor a la palabra, pero como te dije un poco. No hay posibilidad alguna de armar una estrategia de tratamiento, no hay interés, éste lugar termina siendo un depósito. ¿Cómo podes trabajar con un adicto si no tenés nada que hacer ahí?. Los Psiquiatras mas jóvenes aun no se bastardieron, pero lamentablemente a los Psiquiatras mas viejos los veo como grandes negociantes, monetariamente hablando.

Segunda entrevista: Mujer, 31 años.

1-La diferencia es que trabajar con un equipo terapéutico te da la posibilidad de intercambiar información relevante acerca del paciente, y también poder sentirse contenido desde las diferentes áreas de los profesionales que apoyan en la cura de ese paciente. En la institución donde yo trabajo lamentablemente me encuentro muy sola, y tengo que evaluar cada paso y tomar decisiones sin mucha ayuda profesional idónea.

2-Yo trabajo ahí de lunes a lunes, 8hs y ocasionalmente 16hs. Creo que lo ideal sería trabajar un turno pero no se si tantas horas porque es muy agotador. Eso no beneficia al paciente.

3-En una institución privada.

4-Trabajo como a.t desde hace aproximadamente un año.

5-Creo que 4 horas bastan para conocer al paciente. Trabajar de lunes a lunes me parece una locura.

6-Hay mucha demanda de a.t. Todo lo organiza el administrador. Si, piden muy a menudo reemplazo, más que nada los días sábados y domingos, donde hay menos cantidad de a.t que cubran los turnos. Hoy por hoy hay mucha demanda y poca oferta.

7- Creo que me involucro demasiado en las problemáticas del paciente, también me involucro en las preocupaciones de los familiares. Quiero cumplir con la institución, y no quiero fallarle ni a la institución, ni al paciente, ni a la familia, y eso me presiona mucho.

8- Hago terapia, hace tres años. Y con algunos pacientes me quedo enganchada y es como que me preocupo demasiado por los que les pasa. Y trato desde mi lugar solucionarlo y casi siempre me desbordan las condiciones de trabajo. Siempre llevo estos temas a terapia. Siempre trato de consultar con mi terapeuta acerca de cómo cuidarme y como cuidar al paciente. Bueno, también tenes que pensar que es lo que le pasa al paciente transferencialmente sobre todo en psicosis o esquizofrenia. Respecto a mi salud creo que

me descuide, al no haber a.t.s hombres, me ponían con pacientes a acompañar personas de contextura grande, hombres, pacientes que no eran para mujeres. Empecé a cumplir con muchas guardias y el desgaste llevo a hacer que yo terminara un día internada con suero, mucho cansancio, mucho agotamiento, pero creo eso pasa por una cuestión personal, por una decisión de saber hasta donde uno puede. Uno tiene que tratar de que el estrés no te consuma al fin. En una ocasión un paciente que padecía de psicosis quería exorcizarme, decía que yo tenía un espíritu en el cuerpo, entonces estábamos llegando a una escalinata y el se enojó mucho, y me intentó empujar por las escaleras, pero bueno no paso a mayores, obviamente yo me corrí, podría haber sido mas grave.

9-Tengo una comunicación escasa con el Psiquiatra, donde le trasmito sólo cuestiones muy relevantes.

Tercer entrevista: Hombre, 27 años.

1-Bueno, mirá hay diferencias muy marcadas, ¿no?. En primer lugar, bueno... quiero decirte que yo trabajé hace dos años en una experiencia con un grupo terapéutico, actualmente estoy trabajando en una institución donde se trabaja sin equipo terapéutico. Es por eso que te digo que las diferencias son abismales. En el momento que yo trabajaba con equipo, no solamente yo me sentía más involucrado con mi trabajo, sino que me sentía más contenido. Sentía que cumplía un rol dentro del equipo, en el cual todos seguíamos una dirección, o al menos intentábamos seguir una dirección. Y sobretodo cuando hablás de patologías graves, tenés que tener en cuenta todas las patas de la mesa, y que exista una buena comunicación entre la parte farmacología, la parte biologicista y la parte psicológica, que hacen a las patas de la mesa. Es decir un abordaje mas integral del paciente, hacen que los resultados sean otros, que los integrantes del equipo terapéutico se sientan de otra manera, que a la mañana cuando te levantes lo hagas con otras ganas, que vos sepas que una vez por semana, al menos una vez cada 15 días, tenés la posibilidad de volcar todas tus inquietudes acerca del paciente en el equipo terapéutico. Es otro tipo de laburo, ¿entendés? Cuando vos no tenes equipo terapéutico las cosas cambian, porque es justamente la antítesis de lo anterior, ¿no? Vos no te sentís tan involucrado con el paciente, vos sentís que estas haciendo algo que de pronto esta contradiciendo la forma de laburar del acompañante que viene después de vos, porque el toma otra política respecto al paciente. No sabes que le están dando respecto a la medicación, no sabes ni siquiera cuantos días va a tener el paciente dentro de ésta institución, no podes dar cuenta de nada de eso, le tenés que mentir al paciente, tu rol pasa a ser otro, creo que el desgaste es otro, contención cero, empezás a andar por otro terreno, ¿no? Andas por otro terreno definitivamente, distinto a lo que debería ser.

2-Bueno mira, yo trabajo de lunes a lunes. Trabajo 8hs por día, eventualmente me ha tocado hacer más horas. Prácticamente francos no tengo, inclusive te cuento que trabajé en Navidad, en año nuevo, por supuesto que trabajé en mi cumpleaños. Cuando te digo navidad y año nuevo, digo noche buena, y te hablo de la noche del 31, así que bueno es bastante agobiante mi trabajo. Es un trabajo que me demanda mucho tiempo y por momentos se torna tedioso.

3-Trabajo en una institución privada, muy reconocida en Rosario.

4-Yo trabajo como AT desde hace 4 años y tengo 28 años.

5-Y las diferencias son muy notorias, ¿no? Trabajar menos de 4 horas al momento de pensar en ir a trabajar, uno tiene otra iniciativa, menos tiempo, en el cual uno puede volcar estrategias de trabajo. Y puede trabajar de otro modo con el paciente. No se desgasta tanto uno, ni el paciente. Cuando vos trabajas en una excesiva cantidad de horas, ¿si? Vos te das cuenta que en un momento dejás de hacer tu trabajo, y el paciente deja de representarte a vos como su a.t. Entonces el cambio es radical, por ahí uno se desgasta más y necesita más horas de descanso, porque si no uno siente que se desgasta, que no rinde ni fuera, ni dentro de su trabajo. Y después aparecen los problemas, eso lo noto en mí y en mis compañeros de trabajo. Es complicado.

6-Realmente hay mucha demanda de a.t.s, sobretodo por recomendaciones. No te olvides que el a.t, ingresa en la intimidad del paciente, se mezcla entre las cosas del paciente. Cuando digo esto no me refiero sólo a lo psíquico, me refiero también a lo material, uno está en la pieza compartiendo absolutamente todo, y entonces ingresar a esa intimidad del paciente, hace que la persona que te demanda a vos como a.t te tenga confianza, y entonces los a.t.s que están insertos dentro de esta red, al margen de que hay gente formada, hay mucho desconocimiento de que es éste trabajo, hasta por parte de estudiantes de psicología, de medicina avanzada, se confunde mucho el rol de a.t, y entonces cuando aparece la

posibilidad de que exista un a.t dentro de un tratamiento, uno generalmente se dirige a los mismos lugares y ahí estamos los mismos acompañantes, y entre los a.t.s mas viejos encontrás a los mas celosos de su trabajo. Es por eso que la demanda es mucha. Te puedo decir que es mayor la demanda que la oferta. Por eso te encontrás trabajando con varios pacientes y en un número excesivo de horas.

7-Y... la contratransferencia con pacientes graves ya de por si es muy complicada. El tema del equipo terapéutico y la cantidad de horas sumado a un problema que uno puede acarrear, un problema cotidiano, ¿no?, hace que esta bronca se vuelva contra uno y así te puedo hablar desde malestares físicos, que se yo, diarrea, fiebre, vómitos, hasta discusiones absurdas con amigos y con todo el grupo que me rodea. Contratransferencialmente uno tiene que estar preparado para afrontar este trabajo, y también tener en cuenta que estos paciente graves a uno lo limitan en muchas cosas porque uno tiene que actuar en la forma en la cual el paciente no se brote, no pase al acto, es decir uno tiene que estar para que el paciente se arme de alguna forma, uno tiene que estar pseudoadaptándose a la situación, y por momentos uno se da cuenta que deja de ser uno. También tenés otros paciente como el adicto que te psicopatea, que te envuelve, son paciente que Contratransferencialmente a uno lo dejan desbastado, sobre todo si estas tantas horas. Entrás en posiciones esquizoparanoides, te sentís perseguido, sobre todo, es gracioso: cuando uno sale de la institución en el momento inmediato que salís de ver al paciente, a mi me pasaba que yo me sentía perseguido en la calle, que pensaba que me iban a robar, y cosas así. También tené en cuenta el estrés que te genera la familia del paciente que están tan enfermos, o más que el paciente.

8-No hago terapia actualmente, pero si hice en algún momento.

9- Mi relación con el Psiquiatra del paciente no es buena, porque siento que no me escucha, me siento desvalorizado en mi trabajo, y esto también me lleva a no querer hacerlo bien.

Cuarta entrevista: Hombre, 33 años.

1-Bueno mira, las diferencias creo que pasan por el bienestar del paciente, porque cuando uno trabaja con equipo sigue una misma línea; y cuando trabajas sin, el paciente está a la deriva, y hasta uno está perdido en sus intervenciones, no sabe cual es el pensamiento del Psiquiatra, si tiene Psicólogo, que es lo que piensa; porque la coordinación del Psicólogo es muy importante también. Yo en un momento fui dirigido por un Psicólogo y realmente sentí que las cosas eran muy diferentes, actualmente no hay Psicólogos en el lugar donde yo trabajo y uno esta a la deriva, te repito.

2-Yo trabajo de lunes a lunes, 3 veces por semana 8hs, y los 4 días restantes 12hs.

3-Lo desempeño en una institución privada en la ciudad de Rosario.

4-Trabajo desde hace 10 años.

5-Las diferencias pasan en primer lugar por el desgaste, porque si bien yo me preocupo por el paciente también me preocupo por mí. Yo trabajando menos de 4hs siento que estoy mejor, porque he trabajado hasta 6hs ,y siento que me voy mejor del laburo, que tengo ganas de volver a trabajar. Trabajar más de esa cantidad de horas me resulta pesado, no tengo ganas de ir a trabajar, me siento en una silla y miro al paciente, simplemente me limito a decirle lo que tiene y no tiene que hacer. Digamos que lo institucionalizo y muchas veces caigo en el vacío de decirle simplemente eso, que es lo que tiene y no tiene que hacer dentro de a clínica. Esa no creo que sea la finalidad del a.t. Pero lamentablemente el contexto te lleva a hacer eso, eso que no querés hacer, o que no te corresponde hacer.

6- Y... a mi generalmente me demandan mucho. Siento que hace mas de 10 años que estoy trabajando en esto y que generalmente lo he hecho bien, me conocen muchos Psiquiatras, ellos me llaman por teléfono, me dicen cuando entra algún paciente, y yo no rechazo esas ofertas porque necesito mi trabajo, es de lo que vivo y lo que me da de comer. No rechazo por más que este muy desbordado, he estado días enteros de guardia, por

supuesto que por momentos duermo con el paciente. Realmente la demanda es mucha gracias a Dios, no falta trabajo.

7- Y muchas veces el paciente te despierta bronca, ira. Digo el paciente y la institución también, te dan ganas hasta de darle una piña al paciente a veces cuando a uno le pegan sin sentido, uno siente que es menos que el paciente y en esos momentos te dan ganas de pegarle porque uno... va que se yo, yo no soy agresivo, pero si te pegan una piña y vos venís cargado, quizás el segundo o el tercer paciente que ves en el día y te preguntás ¿y tiempo para mi, para cuando? Digo hay ciertas cuestiones que no las toleras y entonces se te despierta la bronca, o te dan ganas de mentirle, empezás a actuar de un modo diferente al que deberías actuar porque realmente tu salud mental no anda bien. Entonces la contratransferencia se te vuelve insoportable. Los pacientes graves son pacientes rompe bolas, te demandan, te joden, te piden que estés con ellos, que te quieren y te odian a la vez. Que primero te quieren, y después te odian y después te vuelven a querer, y finalmente te odian o viceversa. Cuando hablas de un paciente psiquiátrico hablas de emociones fuertes, de transferencias muy masivas donde es duro poder soportarlas.

8-Nunca hice terapia.

9-Tengo una buena relación con los Psiquiatras, porque me dan laburo.

Quinta entrevista: Hombre, 49 años.

1-Respecto a tu primera pregunta, si hay mucha diferencia entre trabajar con equipo terapéutico y trabajar sin. Hace más de 20 años que estoy trabajando en esto, y empecé trabajando en equipos terapéuticos no precisamente como acompañante. Bueno, anduve trabajando por algunas instituciones antes de ser acompañante, y los caminos por los cuales pasé me hicieron vivenciar las dos cosas. También trabajé sin equipo terapéutico, trabajo sin equipo terapéutico. Cuando trabajas con equipo terapéutico hay supervisión, te sentís respaldado, existe un compartir dentro del grupo las mismas inquietudes que van ocurriendo con el paciente son muy positivas. Y cuando vos no tenés grupo no podes llevar éste tipo de cuestiones a éste determinado espacio. También tené en cuenta lo de la familia que sabe que vos estas trabajando dentro de un espacio necesario, esto tranquiliza, porque saben que vos te estás sustentando en un equipo, es decir vos estás en un lugar de consulta, opiniones repartidas y compartidas. Trabajar sin equipo terapéutico, como lo estoy haciendo ahora es más difícil porque soy un autodidacta en lo que hago. Tengo que ir configurando el campo yo, o muchas veces con el equipo de acompañantes que sostiene a éste paciente, es decir mis compañeros de trabajo, nos reunimos en algún lugar, un bar y hablamos acerca del paciente, y también de lo que nos pasa. Pero la realidad marca que lo ideal es reunirse con profesionales pertinentes, sobretodo con el Psiquiatra.

2-Bueno, yo trabajo 6 veces por semana, y trabajo 8 hs por jornada, ni más ni menos que 8 hs. Yo opino que trabajar tantas horas es jodido para uno, porque esto te desgasta mucho viste, es como una lima, que te va limando bien de a poquito.

3-Lo desempeño con un paciente particular.

4-Y, hace 21 años que trabajo como AT.

5-Noto muchas diferencias respecto a eso que me decís, creo que en el caso particular que tengo ahora yo, en donde el paciente duerme muchas horas porque le dan una medicación

cargada de ansiolíticos fuertes. Pero al margen de esto, trabajar menos de 4 hs lo hace a uno trabajar mas desinteresadamente, digo, respecto del laburo mismo, porque si hablamos de la parte económica yo tengo una familia que mantener y trabajar mas horas a mi me significa un mayor ingreso, imposible no poner esto en la balanza. Pero si tu pregunta apunta al desgaste emocional te digo que obviamente el desgaste es mayor si trabajas mas horas es mucho mas jodido.

6-Y... yo demanda tengo mucha. Particularmente creo que somos pocos los AT que trabajamos hace tanto años y que lo hacemos relativamente bien. Así que por suerte nunca me faltó trabajo en esto, y he tenido épocas de salario bajo, pero te diría que generalmente he rechazado demanda porque hasta me doy el lujo de tomar ciertos trabajos o no tomarlos. Te repito, existe mucha demanda.

7-La contratransferencia es jodida con pacientes como los que tengo en este momento por ejemplo, porque yo estoy trabajando en una familia donde por ahí a mi me suponen un saber que realmente no lo tengo, y entonces se mezclan temas porque si yo no tengo un saber farmacológico, o si no tengo herramientas estaría bueno que no me lo supongas, al menos, pero esta suposición y valga la redundancia, es parte necesaria de este tratamiento, digo parte de nuestro trabajo. Por ahí prestarle la oreja a la familia, a los padres del paciente no viene mal para paliar un poco la angustia. Pero contratransferencialmente te deja tecleando todo esto. Uno pasa de sentirse Dios a sentirse un boludo y entonces se juegan emociones muy a flor de piel.

8-No, no hago terapia. Pero tengo más de 10 años de terapia.

9-Es una relación con el Psiquiatra actual bastante potable, digo lo llamo y muchas veces me atiende y muchas veces no. Con esto vos te preguntarás ¿por qué potable? Pero si no te responden el teléfono... es preocupante. Hay Psiquiatras que lo hacen siempre así. Generalmente la relación entre el Psiquiatra y el a.t no es buena, y te lo digo con 21 años de

trabajo. Esto no quiere decir que no haya pasado por Psiquiatras excelentes, como te dije antes, por equipos terapéuticos donde me escuchan. Yo he pasado por experiencias muy positivas también. Pero si me preguntas por una generalidad, ellos parten de un saber médico, de un saber bastante monárquico (risas).

Sexta entrevista: Mujer, 51 años.

1-Acerca de las diferencias, te digo que existen muchas. Pero que pasa cuando vos trabajas dignamente, porque creo que el a.t tiene una personalidad que la trae consigo, digo viene de antes, son tus principios, tu amor al trabajo, el bienestar del paciente. ¿Por qué te digo esto? Vos podes trabajar en un equipo terapéutico, tan bien o tan mal según tu predisposición, lo que a vos te pasa con el paciente, el momento en el cual estás. Yo ahora estoy trabajando con una paciente mujer y estoy sin equipo terapéutico y considero que estoy trabajando muy bien. Yo hace 23 años que trabajo en esto y se b que debo hacer y lo que no debo. Con esta paciente, particularmente, tengo muy buena relación, y noto que ha tenido una mejoría. El equipo terapéutico lo que hace es apoyarte y respaldarte en algún sentido, pero grandes diferencias creo que no hay, si hay trabajos bien hechos y trabajos mal hechos.

2-Trabajo 7 hs con la paciente y lo hago 6 veces por semana.

3-Trabajo en su casa.

4-20 años.

5-Existen diferencias, a ver...hay diferencias en cuanto a mi desgaste porque salgo muerta, yo salgo mas desgastada cuando mi trabajo se mantiene constante. Y trabajando menos de 4 hs salgo mas relajada y tengo tiempo para otras cosas, pero eso ya pasa por una cuestión personal, creo que el trabajo va a cambiar en función de otras cosas, y no en trabajar 4, 6 o 10 hs. Va a variar por otras cosas, por cosas que uno puede arrastrar de su casa, como en cualquier laburo, que sé yo...vos por ejemplo te sentás en una oficina y tenés problemas en tu casa, y no podes dissociarte... cuando llegas a la oficina llevas los problemas ahí. En el Acompañamiento Terapeutico pasa lo mismo, se filtran ciertas cosas, ¿pero sabes cuál es la diferencia? Que nosotros trabajamos con personas, con personas en crisis, no estamos manipulando alimentos detrás de un biombo, hay que tener cuidado con estas cosas.

6-Tengo trabajo, hace 20 años que trabajo en esto y no pase grandes tiempos sin trabajar. Si por ahí en el 2001 tuve una baja de pacientes pero nunca me faltó, y yo en parte sostengo una familia. Estoy muy conforme en cuanto a la demanda de mi trabajo.

7-Bueno, la contratransferencia es dura con pacientes psicóticos, adictos, son pacientes severos. Pero uno ya con los años se hace fuerte y la puede sobrellevar mejor el tema. A mí me pasaba con los primeros pacientes que me sensibilizaba demasiado, me metía en sus historias. Hoy por hoy, lo manejo de otra manera. Ya no vuelvo tan hecha mierda a mi casa, y no por esto te estoy diciendo que soy insensible, pero me tengo que ubicar en el espacio y en el tiempo, en mi casa tengo hijos, marido, trato de no llevar quilombos de trabajo a mi casa.

8-Si hago terapia hace 5 años, y si toco temas respecto de mi trabajo pero no te vayas a creer que es lo que mas llevo a colación a terapia. Mi trabajo sin duda que es importante pero también hay otras cosas tan o mas importantes. Vos alguna vez te pusiste a pensar en un medico de terapia intensiva del Clemente Álvarez que se le mueren 3 pacientes por día. ¿Cómo hace para comer un bife de chorizo? Se trata de un trabajo, y de saber que la vida sigue por fuera tuyo. Yo tengo cierta sensibilidad pero no me vuelvo loca, o al menos eso trato (risas).

9-Mi relación con el Medico Psiquiatra... actualmente con el medico psiquiatra mi relación es muy buena, casi siempre trato de tener buena onda con los Psiquiatras. Y te digo la verdad nunca sentí que mi trabajo haya sido desvalorizado. Compañeros míos han pasado por esas situaciones, pero yo gracias a Dios no tuve el gusto (risas). Yo no tengo de que quejarme, inclusive son ellos lo que me llaman por teléfono cuando necesitan un a.t porque saben que hace muchos años que yo trabajo. La posición que yo ocupo es la propia de mi trabajo, no intervengo, acompaño, luego le trasfiero al Psiquiatra todo lo que le pueda llegar a servir.

Séptima entrevista: Hombre, 25 años.

1-Hay diferencias significativas. Casi siempre he trabajado sin equipo, pero también tuve una experiencia con equipo terapéutico, fue muy buena. La recuerdo como una etapa de trabajo diferente al que hago ahora, así que imagínate si no será otra cosa. En ese tiempo yo trabajaba con dos acompañantes mas, un Psicólogo que nos coordinaba y un Psiquiatra que era muy piola, teníamos un paciente esquizofrénico que era muy agresivo y salíamos golpeados casi todos los días, trabajábamos en una institución, a esos golpes los llevábamos al equipo, los charlábamos, los metabolizábamos de algún modo, hoy no tengo equipo y a los golpes no los comparto con nadie, me refiero a golpes que van mas allá de lo físico. Siguiendo con tu pregunta y pensando en el paciente, me parece que trabajar con equipo es trabajar de manera integral, es ver a la persona como un todo y no establecer un corte, ser reduccionista con alguna mirada ya sea psicológica o médica. Me pasaba con un paciente que estaba atravesado de lleno por el saber medico, y mi mirada quedaba relegada, yo soy casi Psicólogo y le doy importancia a la palabra sin desconocer lo otro, cómo dije antes, entonces trabajar con ese paciente me resulto difícil, además no trabajaba con equipo y a mis pareceres me los tenía que comer, decididamente creo que se puede trabajar mejor en salud mental, pero no se si conviene, porque los cambios son incómodos, tienen que ver con lo nuevo y por ende con el temor, pero yo imagino el trabajo en serio dejando la soberbia de lado, el trabajo en equipo, la mirada interdisciplinaria y seria, esto me dispara a otros horizontes como el de la industria farmacológica, la necesidad de la locura, los manicomios en términos de Foucault y la necesidad de que estos existan, los modelos repetidos de la Modernidad en adelante, todo esto representa un negocio interesante, muchos vivimos de la salud mental, a expensas del sufrimiento, lamentablemente... y volviendo a tu pregunta, trabajar en equipo demanda tiempo, juntarse, escuchar distintas

posturas, trabajar el caso a fondo y demás, esto es tiempo y dinero... narcisismos, ¿será por esto que no se hace?

2-Ahora estoy trabajando 5 veces por semana, trabajo 8 horas por día.

3-Trabajo en un domicilio

4-Hace un año.

5-Cuando trabajo un tiempo no debido, no debido por mi y por el paciente, siento que las horas están vacías, porque no sabes como llenarlas en algún momento y ya dejo de acompañar, me fastidio y en mi caso la proesión va por dentro. Sostener a un paciente Psicótico no es fácil, implica acomodarse a cada situación, además también esta lo siniestro que trabaja Freud, tu lado repugnante ante la alteridad que se vuelve como un espejo, todas esas cosas se activan y es imposible que el paciente no las perciba. Pensar en la cantidad de horas va más allá de lo cuantitativo, porque también hace a la calidad de tu trabajo. Un día tiene 24 horas y dedicarle 12 a un trabajo en el que no se respira en una atmósfera limpia... también duermo y ando caminando por la vida. He trabajado menos horas y los funcionamientos míos y de mis pacientes eran distintos, para mejor.

6-Tengo mucho trabajo, ahora estoy con un paciente muy ocupado y recibo constantemente ofertas de laburo, pero éste trabajo esta en función del azar, entonces, que se yo, te puedes quedar sin de un momento a otro, es un riesgo que corres. Si vos tenés un paciente que te permite un buen ingreso, te conviene hacer una diferencia para estar más tranqui el día que te quedes sin laburo. Eso también.. Yo hace un año que no tengo tres días libres para mi... y es por esta cuestión, a no quedar por fuera de circuito de laburo... no perder relación con la gente que lo hace, siento que si no tomo una guardia corro peligro de quedarme sin laburo por un tiempo hasta que salga otra, porque hay veces como ahora, que te llaman y estas ocupado y hay veces que escasea. Pero la demanda existe siempre y mano de obra calificada para hacerlo no hay mucha.

7-La contratransferencia es como un bicho que te pica, te incomoda. Yo soy muy de cuestionarme las cosas, soy introspectivo, siempre lo fui, y mas se exacerbo este lado mío desde que trabajo en esto. “Ojala no me arrepienta de haberme conocido” dice una canción que me gusta mucho (risas), y me voy conociendo todos los días un poco, con pacientes graves, todo hace ruido, y ni te digo si tu paciente pasa a ser un compañero, un tipo que te confiesa todo porque justamente cree en vos y espera algo de vos, pero nosotros no intervenimos, esa es la cuestión, me muevo en un terreno álgido, porque no soy su amigo, tampoco su analista y mucho menos su enemigo... o su superyó, o como lo quieras llamar. Yo me ubico según la ocasión, pero jamás puedo abrir el abanico, me guardo casi todo. En este momento estoy trabajando con una familia, es un tema difícil porque se juegan dinámicas familiares donde muchas veces no salís bien parado porque terminas siendo sostén de la angustia, tal como decía Manonni, en un libro que trabaja otra cuestión nada que ver a esto, dice que la única forma de comprender la angustia ajena es en cierto modo apropiársela, es decir sentir algo de esa angustia y muchas veces en mi trabajo he sentido angustia y la hemos compartido entre los familiares del paciente o con el paciente mismo. La familia es un punto importante a tener en cuenta en cuanto a la contratransferencia, los posicionamientos de los padres, las distintas dinámicas que se van jugando es imposible no caer en comparaciones, porque veo sistemas de enfermos y también veo sistemas sanos. Cuando salís de la casa del paciente y entras a tu casa o a la de tu amigo, aparecen comparaciones, cuestionamientos. Trabajar por fuera de las instituciones psiquiatricas abre otro tipo de interrogantes en uno mismo.

8-No hago terapia.

9-Mi relación con el Médico Psiquiatra no es buena, realmente hablo muy pocas veces con él. El concepto que tiene acerca de mi es de cuidador, de guarda espaldas. Digo, una vez hablando con el me dijo que éste paciente estaba institucionalizado dentro de su casa, esto

quiere decir que el paciente tiene que respetar horarios, respetar comportamientos siempre no agresivos, había que coartarle la libertad a este paciente. Entonces yo debía funcionar como una especie de chaleco humano. Una concepción completamente diferente a la mía, pero imposible de confrontar dado la diferencia de poderes.

Octava entrevista: Mujer, 61 años.

1- Trabajo sin equipo terapéutico actualmente. He trabajado mucho con equipo terapéutico pero en éste momento estoy en una institución privada donde hace muchos años que trabajo, y lo estoy haciendo sin equipo terapéutico. El trabajo en equipo da muy buenos resultados. El hecho de trabajar sin equipo terapéutico a mi me hace pensar varias cosas, primero en el paciente y las directivas que se estén tomando, que no son siempre en pos de su salud mental. No hay que ser tan lucido para darse cuenta de que un paciente debe ser abordado desde las diferentes disciplinas y desde los diferentes discursos, es decir desde lo biopsicosocial, es la única forma de construir una imagen satisfactoria del paciente. Cuando trabajo sin equipo terapéutico muchas veces recaigo en el seguimiento cotidiano trivial que queda en la superficie, de informante al Psiquiatra de turno. Cuando vos trabajás con equipo te sentís escuchado, es algo más que un informante, porque volcás información en un espacio, en un equipo terapéutico, y en ese mismo ámbito recibís información pertinente para continuar tu trabajo y eso es fantástico. Vos te ves con un grupo de pares, existe un coordinador que está expresamente para eso y no hace tu trabajo, sino que cumple su verdadero rol. Trabajar con personas que están en una misma línea y esto me parece que es trascendente que lo marqués, trabajar en un mismo enfoque, por ejemplo desde el Psicoanálisis o desde una modalidad más Cognitiva. Que se yo... puedes trabajar con premios y castigos, con una economía de fichas que en algunos paciente da mucho resultado. Bueno, son todas formas de pensar al paciente que se discuten en un espacio, y ese espacio tiene y debe ser el del equipo terapéutico. No es otro. Yo no puedo estar inventando todo el tiempo herramientas para trabajar con el paciente. Si puedo usar la creatividad, y eso está fantástico. En éste trabajo hay que ser creativo, pero también tiene que haber un marco, un encuadre en el cual uno se mueve. Muchos años yo trabajé dentro de un equipo terapéutico, se me viene a la cabeza una paciente que tenía un cuadro

complicado, era bulímica y además tenía un cuadro de adicciones, era border, y anduvo muy bien, porque la parte farmacológica era ajustada, nosotros pasábamos el parte acerca de cómo la medicación influía en nuestro trabajo también, porque si yo tengo un paciente muy dopado no me sirve de nada, y si lo tengo con una manía galopante tampoco. Tiene que haber un espacio necesario de discusión, acerca de aquello que esta pasando, hay que despejar todos los interrogantes.

2-Trabajo 6 días, 8hs por día.

3-En una institución privada.

4-Hace 22 años.

5-Cuando trabajo menos cantidad de horas siento que mi trabajo es mas significativo en el paciente, porque transferencialmente trabajo distinto, hay cosas de que hablar. Si bien uno ingresa en la cotidianeidad del paciente, también te pasan cosas en el día a vos y al paciente, las cuales se pueden charlar, y hacen a la materia prima de tu trabajo. La transferencia del paciente con el acompañante es muy particular, que no tiene nada que ver la que se hace con un Psicólogo o con un Psiquiatra, con nosotros es distinto. Muchas veces terminamos siendo una parte de su yo, y ese bastón que nosotros le prestamos al paciente termina siendo hasta iatrogénico, porque pasas a ser una parte necesaria del paciente. Me ha pasado con un paciente por ejemplo, que bueno, tenía muchos problemas para relacionarse, una estructura fóbica, yo le hice acompañamiento dos años y a el le fue muy difícil separarse de mí, me necesitaba mucho realmente, y escucha lo que me decía ‘siento que se va una parte mía’. Vos imagináte que trabaje dos años todos los días, 8hs en su casa. Son cosas a tener en cuenta, cuando vos trabajas menos horas con la meta que es el alta, hablando de pacientes que no son neurológicos... se trabaja de otra forma. Con menos horas de trabajo uno es mas objetivo, tenés mayor apertura de la cabeza.

6-Bueno, el contexto laboral en relación a la oferta y la demanda... hay mucha demanda, y también creo que existe una oferta pero es mas restringida, y está en función a los a.t.s que tienen más años de antigüedad. Existe toda una red de a.t.s en la ciudad de Rosario, (risa irónica) que por mas que no se vea, existe, en listas de psiquiatricos, en el boca en boca, por recomendaciones, acá todos tenemos el teléfonos de todos: de los que están trabajando con tal o cual paciente, de los que están de vacaciones y no quieren laburar, de los que están desocupados y agarran lo que venga, etc. Entonces nos vamos dando trabajo entre nosotros, o nos llaman instituciones psiquiatricas y demás. Demanda hay mucha, cada vez mas, en estos años ha crecido bastante la oferta pero no hay que olvidarse que no existe una carrera a fin, digo desde lo legal. Una cosa es que esté legitimado y otra cosa es que sea legal, yo creo que cuando se abra la carrera con todo lo que conlleve esto, va a aumentar la oferta definitivamente, y quizás los modos de abordaje, de planear una estrategia para el paciente, sean otros.

7- Con pacientes graves, la contratransferencia se hace muy dura, sobretodo si tenés en cuenta la cantidad de horas, el desgaste que uno trae con el paso de los años, pero no solamente con el paciente sino con la familia de éste, el entorno, la institución. Yo cuando llego acá no me dicen ni quien es el paciente ni que patología tiene, hay un modo de comunicarse de esta institución que no esta nada bien, o directamente los modos son nulos. Es como que se te falta el respeto a lo que haces, y todo juega en la contratransferencia. Volviendo al paciente, y a lo que me genera, te puedo decir que trabajar con los trastornos graves me llevan a cuestionarme todo el tiempo, acerca de esos delirios, de esas construcciones tan diversas de la realidad. Son todos disparadores que se te van activando, y que obviamente te movilizan. Me pregunto hasta donde puede llegar la mente humana, este tipo de preguntas son mas bien abstractas y tienen que ver con un manual de Psicología. Pero también aparecen las preguntas concretas acerca de vos mismo, y decís

“me pudo haber pasado esto a mí o a un hijo”. Estamos trabajando con pacientes con crisis subjetivas agudísimas, y lo cruzan al a.t quizá en el peor momento de su vida ¿Cómo salís vivo de eso? Imposible no movilizarse.

8-Si hago terapia desde hace 20 años con idas y vueltas (risas).

9-Aquí en la institución te pueden tocar varios Médicos Psiquiatras, me llaman, me indican un paciente... Desde ahí te contesto la pregunta, hay Psiquiatras que me llevo bien y hay otros con los que no tanto, hay algunos que me son indiferentes, es variado el asunto. Si vos me preguntas como debería ser te digo que tendría que haber una absoluta comunicación, pero los modelos ideales no existen, sobre todo en salud mental. La segunda parte de la pregunta en cuanto a la posición... y esto es triste, (risas) no registran mi trabajo, recibo directivas tales como “tené cuidado con el paciente que no use objetos cortantes, que no tenga vidrios cerca, que no permanezca mucho tiempo sólo, cuidado cuando va al baño...” “si notas comportamientos raros llámame por teléfono” esos “comportamientos raros” están casi siempre relacionados con la violencia física o con el resguardo a la institución misma, por algo te contrata la institución. Con el Psiquiatra mi posicionamiento no responde al que debería ser el debido.

Novena entrevista: Mujer, 34 años.

1- Uh... hay mucha diferencia. Yo soy a.t formada, yo estudié, no todos los que están trabajando dentro de la institución en la cual yo lo hago, son a.t.s recibidos, no tienen mucha idea de cómo se trabaja. Y fijate vos, lo primero que me enseñaron fue a trabajar en equipo, formado por un Psiquiatra, un Psicólogo o a.t con varios años de antigüedad que coordine, y a.t.s propiamente dichos. Lo importante es que exista un equipo en el cual se hable exclusivamente del paciente y de nuestras percepciones, ahí discutís formas de trabajar, intervenciones, cuando digo intervenciones no me refiero a intervenciones como las que puede hacer el Psiquiatra, me refiero a modos de acompañar. Por ejemplo, yo ahora estoy trabajando en la institución con un paciente con intento de suicidio, y se hace difícil sacarlo a caminar, el a.t anterior a mí, se dio cuenta de que existía una manera, sugiriéndole la posibilidad de salir a caminar después de la merienda, generalmente surge del paciente pero tiene que existir este preaviso, por lo menos a la pasada. Yo ahora no trabajo con equipo terapéutico, pero sin embargo nos juntamos los a.t.s de éste paciente, una vez cada 15 días, y charlamos, y hacemos catarsis. Al no tener equipo terapéutico, siento que mi trabajo se desvaloriza, me siento la alcahueta de turno, y realmente yo estudié para hacerlo como me enseñaron a mi trabajo. Trabajar en equipo es tener en cuenta una gama de posibilidades que van surgiendo en el día a día, en el minuto a minuto, en el cuerpo a cuerpo, y volcar esto en el equipo es muy positivo para el paciente y para el Psiquiatra, porque es una información muy válida, muy aprovechable la que nosotros aportamos. Mi experiencia con equipo terapéutico ha sido muy buena .

2-Trabajo de lunes a lunes, 8 hs por día (risas). ¿Es mucho tiempo, no?

3-Trabajo en una clínica psiquiátrica privada.

4-Hace 7 años.

5-Cuando trabajo menos tiempo, siento que el paciente me espera, quiere aprovecharlo al tiempo; entonces me espera para charlar, para contarme algo, para jugar a las cartas, o para salir a caminar. En cambio cuando trabajo muchas horas, el paciente entra en una modorra parecida al acostumbramiento, empieza a haber una confusión, dada por la transferencia, porque yo no soy su amiga. Yo trabajo mucho tiempo porque necesito la plata, tengo una hija y tengo que mantenerla a ella, quiero darle una buena educación, etc., y si yo trabajo menos horas, no llego a fin de mes, eso es lo que me lleva a trabajar más horas. Pero volviendo a tu pregunta, en cuanto al trabajo en si, seria interesante trabajar menos horas y estar mejor pagos, como cualquier mano de obra calificada. Hay días que no tengo ganas de ir a trabajar, no quiero estar tanto tiempo ahí adentro.

6-Demanda de trabajo tengo mucha, generalmente desde esta institución psiquiatrica, son muy pocos los pacientes particulares con los que yo trabajé, porque ir a un domicilio implica otro tipo de responsabilidades, dentro de la institución yo me siento mas segura, es un ámbito mas propicio, y.. cuando trabajo por fuera de la clínica da gusto hacerlo con equipo terapéutico, con un Psiquiatra, con una firma que legitime mi trabajo. Vivo de esto, y demanda tengo mucha.

7-Y...la contratransferencia, aquello que me produce el paciente no es tanto como cuando empecé. Te diré que me he vuelto fuerte, y esto suena a volverse insensible. Pero, “el hombre es un animal de costumbre”; y algo de eso es lo que yo siento. Hay sufrimiento que uno lee en un libro o lo ve en una película pero cuando los vivís en carne propia, como espectador te digo, sobre todo tus primeras experiencias, te vas desbastada a tu casa. Pero me he vuelto fuerte, y gracias a Dios puedo sobrellevar todos esos sentimientos que me despierta el paciente. Es mas el cansancio físico de levantarme a la mañana, venir hasta acá, encontrarme con la misma locura de la institución, lo que me repercute, a eso súmale la

demanda al paciente, y se me produce un desgaste de tipo intelectual. Siento que se me quemara la cabeza, eso me pasa algunos días, no te voy a mentir.

8-Hace 10 años que hago terapia. Desde antes de empezar a ser acompañante, de allí surgió la posibilidad de que yo sea AT.

9-Generalmente dentro de la clínica, la relación no existe, te digo mas en muchas ocasiones no conocí al Psiquiatra de mi paciente. Es muy raro que me pregunten algo, la mayoría de las veces yo me dirigí al Psiquiatra para hacer alguna observación, y por supuesto que me escuchan, pero tiene que ser algo muy grave para que se sienten a dialogar. También están los Psiquiatras que te dan bolilla, son los menos, son los que generalmente trabajan con equipos terapéuticos, dentro de un abordaje integrativo, por suerte existen...pero son la minoría. Es que todo esto tendría que funcionar de otra manera. Confío que en un futuro las formas de abordar al paciente serán otras, y dentro de esas formas el a.t va a pasar a ser una herramienta indispensable, como lo es realmente en la actualidad pero no es tenido en cuenta.

Décima entrevista: Hombre, 51 años.

- 1- Yo trabajé 19 años en la institución en la que trabajo hoy, como a.t. Y generalmente lo hice sin equipo, fueron muy pocas veces las que lo hice con equipo terapéutico. Trabajo de noche y muchas veces, mi trabajo se limita a cuidar que el paciente no se levante a la noche, no intente escaparse y demás. Trabajo mucho con los adictos problemáticos. Trabajar con equipo o sin para mi es exactamente igual, porque yo del paciente puedo recoger muy poca información. Entiendo que el tipo que trabaja de día y comparte con el paciente una mayor cantidad de horas le puede llegar a venir bien lo que le diga un Psiquiatra o un compañero de trabajo, pero no es mi caso. Diferencias deben existir sobre todo en eso... en la dirección del tratamiento.
- 2- Trabajo 8hs por día de lunes a lunes de 23 a 7hs.
- 3- En una clínica privada.
- 4- Hace 19 años que trabajo como a.t.
- 5- Bueno, las diferencias sobre todo se dan en el tema del sueño... mis horas de sueño, duermo mal, mejor dicho no duermo. Te digo la verdad me gustaría dormir en mi cama y llevar una vida normal en ese sentido. Éste trabajo exige que yo esté aquí de noche. La noche se hace larga, lo que pasa que si yo trabajara menos horas, éste trabajo tendría que ser mejor pago, entonces sería mejor desde todo punto de vista. Hace más de 4 años que trabajo con éste paciente de noche, aquí no hay turnos rotativos. Yo estoy fijo de noche, me quedo con lo que me dan y punto.
- 6- Eh... te contesto corto. Tengo demanda y considero que hay poca oferta. Se trata de una cuestión de confianza y a mi ésta institución me tiene mucha.
- 7- La contratransferencia con pacientes graves suele lastimarte un poco, pero actualmente trato de no involucrarme con el paciente, como yo vengo de noche trato de que el paciente duerma y punto, no charlo con él ni nada de eso. En caso de que

el paciente no se duerma pido un refuerzo y ya está, a mi me interesa de que el paciente duerma y que se cumplan mis 8hs de trabajo, aquí los pacientes tienen que dormir.

8- Nunca hice terapia.

9- Realmente hablo muy poco, me preguntan como fué el sueño del paciente, si se levanto de noche. Por ahí me pueden hacer algún señalamiento, de tener cuidado de que no se escape, de que no se quede despierto hasta tarde. Mi posición respecto al Psiquiatra: soy un asistente del Médico, me limito a hacer lo que el me dice. No hay que confundirse en ese sentido, hay acompañantes que piensan que se puede trabajar de otra manera...yo creo que al saber lo tiene el Psiquiatra.

8.2. Código de Ética Asociación Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA):

INTRODUCCIÓN

El Código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) tiene como propósito proveer tanto principios generales como normativas deontológicas orientadas a las situaciones con que pueden encontrarse los Acompañantes Terapéuticos en el ejercicio de su profesión, estableciendo así las reglas de conducta profesional que han de regir su práctica.

Consta de una Introducción, un Preámbulo, una Declaración de Principios y una sección de Disposiciones Deontológicas.

La Introducción expresa la intención y alcance de aplicación del Código de Ética.

El Preámbulo y la Declaración de Principios constituyen objetivos deseables que guían a los acompañantes hacia los más elevados ideales del Acompañamiento Terapéutico; expresan así el espíritu de este Código y si bien no son en sí mismos reglas obligatorias deben ser considerados prioritariamente ya que constituyen el fundamento mismo del actuar ético de los acompañantes terapéuticos.

Las Disposiciones Deontológicas establecen reglas de conducta profesional, las que expresan deberes que afectan a todos los acompañantes terapéuticos, considerando que descuidar estos deberes atenta contra los derechos de los receptores de los servicios profesionales.

En el proceso de toma de decisiones relativas a su conducta profesional, los acompañantes terapéuticos deben considerar este Código de Ética y el de la Organización en que se encuentran asociados, además de las leyes vigentes.

Si el Código de Ética establece un principio superior al exigido por la ley o a las que pudieran emanar de Instituciones en las que presta sus servicios, los acompañantes deben cumplir con el principio ético más elevado.

En caso de contradicción, aun parcial, entre dos bienes protegidos los acompañantes terapéuticos procederán siempre según el criterio ético de optar por el que ocupe el lugar más alto en la escala valorativa. Si una cuestión no puede ser resuelta por el presente Código, ni por el Código de Ética del Colegio o Asociación a que pertenecen, los acompañantes terapéuticos deberán considerar otras instancias de consulta específicamente idóneas y representativas.

Si bien este Código no sustituye a los Códigos de Ética de otras Organizaciones a las que pudieran estar ligados los asociados a AATRA, se entiende que es apropiado que en el caso de que un acompañante terapéutico sea sancionado por faltas éticas en la Organización a la que pertenece, la sanción sea comunicada, para que las mismas tomen conocimiento y actúen según los principios que emanan del presente código.

PREAMBULO

Los acompañantes terapéuticos nucleados en la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) se comprometen a ejercer su profesión guiados por los principios y reglas de acción que contiene este Código de Ética.

Propician para el ser humano y para la sociedad en que están inmersos y participan, la vigencia plena de los Derechos Humanos, la defensa del sistema democrático, la búsqueda permanente de la libertad, la justicia social y la dignidad, como valores fundamentales que se traduzcan en un hombre y una sociedad protagonista, crítica y solidaria.

Entienden bienestar psíquico como uno de los Derechos Humanos fundamentales y trabajan según el ideal social de promoverla todos por igual, en el mayor nivel de calidad posible y con el sólo límite que la ética y la ciencia establecen.

Comprenden que es responsabilidad individual de cada acompañante aspirar a alcanzar él mismo y promover en sus colegas una actitud responsable, lúcida y comprometida frente al ser humano concreto y sus condiciones.

No consienten ni participan deliberadamente prácticas discriminatorias.

Propician la armonía entre colegas, pero concuerdan en que el sentimiento de solidaridad profesional no puede avalar o encubrir errores, faltas éticas, crímenes o contravenciones penales practicadas por otros en prestación de servicios profesionales.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

El Código de Ética de Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la Republica Argentina (AATRA) hace suyos los siguientes Principios Generales, acordados por los países miembros y asociados del Mercosur en la ciudad de Santiago de Chile. 7 de noviembre de 1997:

A. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas.

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asimismo, guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas, y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía.

B. Competencia

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a asumir niveles elevados de idoneidad en su trabajo. Asimismo, Reconocen las fronteras de sus competencias particulares y las limitaciones de su pericia. Proveerán solamente aquellos servicios y técnicas para las que están habilitados por su formación académica, capacitación o experiencia.

Tendrán en cuenta que las competencias que se requieren en la asistencia, enseñanza, y/o estudios de grupos humanos, varían con la diversidad de dichos grupos.

Los acompañantes terapéuticos se mantendrán actualizados en el conocimiento científico y profesional, relacionado con su ejercicio, reconociendo la necesidad de una educación continua. Asimismo, harán un uso apropiado de los recursos científicos profesionales técnicos y administrativos.

C. Compromiso profesional y científico

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a promover el acompañamiento terapéutico en cuanto saber científico. En su trabajo, asumirán sus responsabilidades profesionales, a través de un constante desarrollo personal, científico, técnico y ético.

D. Integridad

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a promover la integridad del quehacer científico, académico, y de práctica del acompañamiento terapéutico. Al informar acerca de sus antecedentes profesionales y curriculares, sus servicios, sus honorarios, investigaciones o docencia, no harán declaraciones falsas o engañosas. Se empeñarán en ser sumamente prudentes frente a nociones que degeneren en rotulaciones devaluadoras o discriminatorias.

Asimismo, se empeñarán en ser conscientes de sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones y del efecto que estos tienen sobre su trabajo.

En su accionar científico profesional clarificarán a las partes acerca de los roles que están desempeñando y funcionarán según esos mismos roles.

E. Responsabilidad social

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a asumir su responsabilidad profesional y científica hacia la comunidad y la sociedad en que trabajan y viven. Este compromiso es coherente con el ejercicio de sus potencialidades analíticas, creativas, educativas, críticas y transformadoras.

Los acompañantes terapéuticos ejercen su compromiso social a través del estudio de la realidad y promueven y/o facilitan el desarrollo de leyes y políticas sociales que apunten, desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y de la comunidad.

NORMAS DEONTOLOGICAS

La mayoría de las reglas fueron redactadas en términos generales, de manera que puedan adecuarse a las distintas situaciones regionales y ser aplicadas a todos los acompañantes terapéuticos, independientemente del ámbito profesional en que desempeñen su labor, pudiendo la aplicación de una regla variar según el contexto. Las reglas que se establecen en el presente Código deben ser consideradas como directivas generales; en tanto que no son exhaustivas; no implican la negación de otras no expresadas que puedan resultar del ejercicio profesional consciente y digno. La ausencia de disposiciones expresas no debe interpretarse como admisión de prácticas y actos incompatibles con la vigencia de los principios enunciados; por el contrario, confrontados con tal situación, los acompañantes terapéuticos deben conducirse de manera coherente con el espíritu de este Código.

Art.1- Las disposiciones del presente Código de Ética serán de aplicación a todo asociado a la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA); ya sea que ejerzan su profesión de modo independiente o en relación de dependencia, en el ámbito público o en el privado, quienes deberán respetar éste código con sus normas de fondo y procedimientos mientras está vigente.

a) El conocimiento de éste código es obligatorio y por ninguna circunstancia se podrá alegar su desconocimiento.

b) Toda la legislación profesional es de orden público y por lo tanto de cumplimiento obligatorio. En consecuencia la conducta profesional del acompañante terapéutico queda sometida a las disposiciones del presente código.

DEBERES FUNDAMENTALES DEL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO:

Art.2- El acompañante terapéutico se guiará en su práctica profesional por los principios de responsabilidad, competencia, prescindiendo de cualquier tipo de discriminaciones.

Art.3- El acompañante terapéutico debe abstenerse de participar activa o pasivamente en cualquier acción o forma de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, y de todo tipo de apremio ilegal que atente contra los derechos humano reconocidos mundialmente, incitar a ellos encubrirlos o intentar cometerlos.

Art.4- El acompañante terapéutico deberá abstenerse de establecer relaciones terapéuticas con personas que tengan con él vínculos de autoridad, familiaridad o de estrecha intimidad, debiendo en todos los casos restringir su relación al área estrictamente profesional, salvo cuando la técnica a emplear no afecte ni sea afectada por este tipo de vínculos.

Art.5- En caso de tratar a menores de edad, el acompañante terapéutico deberá obtener el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales. Sólo actuará sin él cuando

razones de urgencia así lo exijan, caso en el que se recomienda recabar la opinión a actuar conjuntamente con un profesional.

Art.6.- Ningún acompañante terapéutico prestará su nombre a personas no facultadas por autoridad competente para practicar la profesión, ni colaborar con acompañantes terapéuticos inhabilitados o no habilitados.

Art.7.- El acompañante terapéutico no podrá derivar en personas no habilitadas legalmente funciones específicas de la profesión.

Art.8.- Todo acto que se realice en forma apresurada y deficiente con el objeto de cumplir con la obligación administrativa o por motivos personales, constituye una conducta reñida con la ética.

DEBERES INHERENTES AL EJERCICIO PROFESIONAL

Art.9.- El acompañante terapéutico asistirá a pacientes, previa solicitud de un profesional o de un familiar; en este último caso estará obligado a consultar a quien trate al paciente, para orientar la tarea de acompañamiento y a supervisar la tarea con un director de tratamiento o coordinador de equipo de salud. Se abstendrá de intervenir en aquellos casos en los que no hubiere terapeuta, coordinador o profesional a cargo del tratamiento, en el entendimiento que el ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico constituye una labor auxiliar y complementaria en los dispositivos asistenciales.

Art.10.-El acompañante terapéutico debe propender a que los pacientes gocen del principio de libertad de elección del acompañante terapéutico.

Art.11.- En su ejercicio profesional el acompañante terapéutico debe establecer y comunicar los objetivos, métodos y procedimientos que utiliza, así como sus honorarios y horarios de trabajo.

Art.12.- El acompañante terapéutico, al dejar su labor profesional, tiene la responsabilidad de concluir la tarea que realiza o, en su defecto, hacer la derivación pertinente, de modo que la misma pueda ser continuada satisfactoriamente por otro colega.

Art.13.- Es deber del acompañante terapéutico respetar la voluntad del consultante cuando sobreviene su negativa a proseguir bajo su atención. En dicho caso el acompañante puede realizar un documento en el cual informa los riesgos de discontinuar el acompañamiento que debe ser firmada por el paciente o la familia del mismo.

Atr.14.- Es responsabilidad inherente al ejercicio profesional del acompañante terapéutico:

- a) La actualización periódica y permanente de sus conocimientos como garantía de responsabilidad e idoneidad que contribuya al prestigio de la práctica.
- b) La supervisión del trabajo realizado con periodicidad.
- c) La actualización permanente y periódica de sus conocimientos como garantía del servicio que se brinda.

Art.15.- Es inconveniente realizar publicaciones con referencias técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados si previamente no han sido sometidas a consideración en su ámbito específico.

Art.16.- Las declaraciones u opiniones del acompañante terapéutico debe formular en relación a su práctica con el fin de informar al público deberán plantearse siempre con rigor científico, sin perjuicio de adecuarse al nivel de comunicación que corresponda.

SECRETO PROFESIONAL:

Art.17.- Entiéndase por secreto profesional aquello que no es ético o lícito revelar sin causa justa, referido a las relaciones clínicas o de consulta concernientes a pacientes, sus familias o instituciones.

Art. 18.- Cuando se trate de trabajo profesional en equipo, sobre todo los miembros del mismo pesa la obligación de guardar el secreto profesional.

Art. 19.- El deber de guardar secreto profesional subsiste aún después de concluida la relación con el consultante

Art. 20.- Los acompañantes terapéuticos no deben usar en provecho propio las confidencias recibidas en ejercicio de su profesión, salvo que tuvieran expreso consentimiento de los interesados.

Art.21.- Los acompañantes terapéuticos tienen una obligación primordial de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabajan o consultan.

Art. 22.- Los acompañantes terapéuticos deben minimizar intrusiones en la privacidad, sobre todo cuando se trabaje en el domicilio de los pacientes.

Art. 23- Límites de Secreto Profesional:

- a) La información amparada por el secreto profesional sólo podrá ser transmitida para evitar un grave riesgo al que pueda estar expuesta persona atendida o terceros. En todo caso, sólo se podrá entregar a las personas calificadas la información que, a juicio del asociado actuante, aparezca como estrictamente necesaria para cumplir el referido objetivo.
- b) Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional, y se proporcionarán sólo en los casos necesarios, cuando, según estricto criterio del profesional interviniente, constituyan elementos ineludibles para confeccionar el informe.
- c) La información que se da a padres y/o demás- por ejemplo a las instituciones que la hayan requerido- debe realizarse de manera que no condicione el futuro del consultante o pueda ser utilizada en su perjuicio.
- d) Todo lo relativo al secreto profesional debe cumplirse igualmente en todos los ámbitos y en todo tipo de prestación.

e) El Comité de Ética, en forma directa y sumarásima, determinará en su caso si existe o no violación al resguardo del secreto profesional

DEBERES RESPECTO DE SUS COLEGAS Y DE AATRA

Art.24.- Las relaciones entre los acompañantes terapéuticos deben estar inspiradas en el respeto mutuo, la sana competencia, la solidaridad profesional y la cooperación.

Art.25.- El acompañante terapéutico debe ser solidario con sus colegas con independencia de las distintas escuelas, corrientes o métodos que utilicen, teniendo en cuenta que todos tienen como objetivo común el cuidado de la salud de la población y comparten la responsabilidad del constante progreso de la ciencia.

Art.26.- Es contrario a la ética difamar, calumniar o tratar de perjudicar a un colega por cualquier medio. Así como debe ser respetuoso del trabajo e ideología del equipo a cargo del paciente

Art.27.- Cuando un acompañante terapéutico recibe la responsabilidad de un trabajo que anteriormente fue atendido por un colega, éste deberá proporcionarle toda la información que se le solicite, sin perjuicio del cumplimiento de los deberes referidos al secreto profesional establecidos supra.

Art.28.- Las relaciones entre el acompañante terapéutico y su asociación deben basarse en los principios de respeto, responsabilidad y mutua lealtad.

Art.29.- El acompañante terapéutico debe contribuir al prestigio y progreso de la profesión colaborando con la Asociación en el desarrollo de su cometido. Debe asistir a las asambleas de la asociación y votar cuando sea el caso.

Art.30.- Los honorarios se establecerán convencionalmente sin que puedan ser inferiores a los aranceles profesionales mínimos sugeridos por AATRA.

Art. 31.- El Acompañante Terapéutico debe cumplir puntual y espontáneamente con el pago de cuotas y cargas sociales que AATRA requiera.

Art.32.- Los asociados deberán expresar las críticas que consideren pertinentes y promover la autocritica como práctica de superación de los problemas internos que hacen a la práctica, no debiendo, por lo tanto, formular públicamente opiniones que menoscaben su prestigio.

Art.33.- En las publicaciones que sean producto de un trabajo compartido, deberán incluirse los nombres de todos los participantes y precisar su grado de responsabilidad y colaboración.

Art.34.- Es contrario a la ética exponer o publicar como si fueran propias, ideas que no sean de propia elaboración, o datos en cuya recolección no se haya intervenido, sin citar con toda claridad la fuente o el autor.

DERECHOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

Art.35.- El acompañante terapéutico no deberá acatar instrucciones emanadas de sus empleadores cuando éstas lo obliguen a contravenir los principios o normas de la ética profesional. En caso de conflicto entre los procedimientos institucionales y los intereses de las personas a quienes va dirigido el servicio, el acompañante terapéutico debe optar por defender a estos últimos.

Art.36.- A menos que exista una limitación legal, reglamentaria o contractual, el acompañante terapéutico podrá utilizar para trabajos científicos los datos que recoja o elabore dentro de la institución en la que trabaja, resguardando la privacidad de la información.

SANCIONES DISCIPLINARIAS

Art. 37.- La violación de los deberes y obligaciones contenidos en éste Código de Ética, será sancionada disciplinariamente, por el Comité de Ética de la Asociación de Acompañantes terapéuticos de la Republica Argentina

Art.38.- El acompañante terapéutico está obligado a colaborar en las investigaciones que el Comité de Ética disponga y a ser veraz en sus intervenciones. Debe brindar al Comité de Ética cuando se lo requiera informe oportuno o aclaratorio sobre su persona o actividad profesional.

Art.39.- Las sanciones disciplinarias serán graduales, desde las consideradas leves hasta las más graves; corresponde al Comité de Ética establecer, en su caso, la sanción disciplinaria a aplicarse.

Art.40.- Considerándose la máxima sanción disciplinaria la expulsión de la Asociación.

En la Ciudad de Buenos Aires, a los 21 días del mes de Agosto de 2010.