UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

"Estilos de afrontamiento e indicadores físicos y psicoemocionales de estrés en acompañantes terapéuticos de AMBA"

Estudiante: María Belén Ortiz

Tutor: Maximiliano Preuss

Localización: Centro

Legajo: A0910044388-P1

Mail de contacto: mariabelenortiz.mbo@gmail.com mariabelen.ortiz@alumnos.uai.edu.ar

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos 4

Resumen 5

Abstract 6

1. Introducción 7

2. Metodología 23

2.1 Diseño 23

2.2 Participantes 23

2.3 Instrumentos 24

2.3.1 Cuestionario sociodemográfico 24

2.3.2 Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A 24

2.3.3 Escala de indicadores físicos y psicoemocionales de estrés 26

2.4 Procedimiento 27

2.5 Aspectos Éticos 28

3. Análisis de datos 29

4. Resultados 30

Tabla I Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas 30

Tabla II Descripción de las Estrategias de Afrontamiento 32

Tabla III Descripción de los Indicadores Psicoemocionales y Fisicos hacia el Estrés 32

Tabla IV Análisis de la relación entre Estilos de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos 33

Tabla V Análisis de la relación entre Estilos de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos y las variables sociodemográficas: Edad, Cantidad de Horas Trabajadas y Antigüedad de desempeño como AT 34

Tabla VI Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Género Autopercibido.....36

Tabla VII Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Modo de Contratación. 38

Tabla VIII Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Formación de Acompañante Terapéutico.....40

Tabla IX Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Condición Académica.....41

Tabla X Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Contexto de Trabajo.....42

5. Conclusiones y Discusión 44

6. Referencias bibliográficas.....51

7. Anexos.....59

Agradecimientos

A las primeras personas que voy a agradecer toda mi vida por la educación, el apoyo incondicional y el amor que me brindaron es a mis papás, Vicky y Lito. Ellos son las primeras personas que confiaron en mí, se convirtieron en mi ejemplo a seguir y en mi orgullo de cada día.

Agradezco a Benjamín, mi compañero en este camino, quien estuvo a mi lado en cada momento. Gracias a Gala por acompañarme y su amor incondicional.

Agradezco a toda mi familia, en especial a Camila y Lala quienes estuvieron en los momentos buenos y en los que no lo fueron tanto.

Agradezco a la UAI y a sus profesores, por la formación recibida. De esta institución no solo me llevo conocimiento y herramientas, también me llevo a personas que conocí allí, que se transformaron en amigas y en un apoyo muy valioso en mi vida.

Agradezco, al ámbito del acompañamiento terapéutico que me dio entre tantas cosas la posibilidad de insertarme en el ámbito de la salud mental previo a recibirme.

Principalmente agradezco a Maximiliano Preuss, mi honorable tutor, quien confió en mí, me brindo su tiempo, me oriento desde su pasión y conocimiento por la ciencia, y me dio la posibilidad de culminar esta hermosa carrera.

Resumen

Con el correr de los años la labor y la profesión de acompañantes terapéuticos se fue afianzando en lo que respecta a su formación, función e inclusión en equipos interdisciplinarios. Sin embargo, aún resta que se genere una regulación su ejercicio a nivel nacional, para que así se puedan mejorar las condiciones de los trabajadores y la calidad en la atención de pacientes. Es por ello que la presente investigación persiguió como objetivo principal analizar y evaluar la relación entre los indicadores físicos y psicoemocionales de estrés y los estilos de afrontamiento en acompañantes terapéuticos de AMBA. El diseño que se realizó fue no experimental, con un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional y se desarrolló con una temporalidad transversal. La muestra se encontró compuesta por 115 acompañantes terapéuticos entre 20 y 62 años (M=33,17; DT=8.85). Para ello, se administró un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A (Moos, 1993; adaptación Mikulic & Crespi, 2008) y la escala de Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés (Oros de Sapia & Neifert, 2006). En lo que concierne a los resultados obtenidos, no se halló una relación significativa entre las respuestas de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos. Sin embargo, se observa que la muestra utiliza un afrontamiento aproximativo a la resolución de conflictos estresores con predominancia de esfuerzos conductuales. Con respecto al análisis de las variables sociodemográficas, se encontró que la antigüedad en el rol y el contexto donde se lleva a cabo su trabajo influyen en el estilo de afrontamiento utilizado.

Palabras Clave: Acompañantes terapéuticos - estrategias de afrontamiento al estrés - indicadores de físicos y psicoemocionales de estrés - AMBA.

Abstract

Over the years, the work and profession of therapeutic companions became stronger in terms of their training, function and inclusion in interdisciplinary teams. However, their exercise still remains to be regulated at the national level, so that the conditions of workers and the quality of patient care can be improved. That is why the main objective of this research was to analyze and evaluate the relationship between physical and psychoemotional indicators of stress and coping styles in AMBA therapeutic companions (in therapeutic companions who works in AMBA. The design that was carried out was non-experimental, with a quantitative approach, descriptive-correlational scope and was developed with a transversal temporality. The sample was made up of 115 therapeutic companions between 20 and 62 years old (M=33.17; SD=8.85). To do this, it was used a sociodemographic questionnaire, the CRI-A Coping Response Inventory (Moos, 1993; adaptation Mikulic & Crespi, 2008) and the scale of physical and psychoemotional indicators of stress (Oros & Neifert, 2006) were administered. Regarding the results obtained, no significant relationship was found between the responses of Coping with Stress and the Psychoemotional and Physical Indicators. However, it is observed that the sample uses approximate coping to resolve stressful conflicts with a predominance of behavioral efforts. Regarding the analysis of the sociodemographic variables, it was found that seniority in the role and the context where their work is carried out influence in the coping style that they used.

Keywords: Therapeutic companions - stress coping strategies - physical and psychoemotional indicators of stress - AMBA.

1. Introducción

Dentro del campo de la atención de la salud mental, se ha incorporado en los últimos años la figura del acompañante terapéutico. Dicho rol se ha comenzado a gestar desde la década del 60‘ en la República Argentina con el nombre de “amigo calificado”. En paralelo, en España, esta figura era denominada “monitor de tiempo libre” e incluía a aquellas personas que acompañaban en actividades de ocio y de recreación. Por su parte, en Francia, era nominado como “animateur”, el cual hacía hincapié en la revinculación con la sociedad. En Canadá, se les decía “interviniente clínico” y “dispositivos de enlace” en Bélgica e Inglaterra, y se caracterizaban por trabajar con pacientes que padecían psicosis. Finalmente, vale comentar que en Brasil en un comienzo desarrollaban su labor dentro del ámbito psiquiátrico como “auxiliares o ayudantes psiquiátricos” (Seguí García, 2013).

La génesis que permitió el surgimiento y visibilidad de esta labor se dio por la concepción que en aquel tiempo comienza a modificarse en Europa entre las décadas de los 60’ y 70’, donde los modelos modernos son cuestionados por los creados por la postmodernidad como el modelo médico y psiquiátrico clásico. Los movimientos liberales empiezan a abogar por los derechos humanos en las internaciones psiquiátricas (Chirrullo, 2015). Se comienza a modificar la significación de aquello que se consideraba como locura, y en tal sentido, se empiezan a construir visiones diferentes en torno a posibles tratamientos en conjunto con el avance prominente de los psicofármacos. Principalmente, surge el debate acerca de las extensas duraciones de las internaciones y de que éstas debieran ser siempre en hospitales psiquiátricos o manicomios, como eran referidos en aquel entonces (Rossi, 2005).

En 1960, en Argentina, el Dr. Armando Bauleo importa una mirada que iba más allá del aislamiento, replanteando la finalidad de las internaciones tan extensas en manicomios, puesto que consideraba que no lograban incorporar a los pacientes a la sociedad, sino que, más bien, los posicionaban en un lugar aislado como sujetos, lo cual resultaba completamente ineficaz para su salud mental. A su vez, instó a reflexionar acerca de los prejuicios hacia las personas con “incapacidades” y la importancia de revisar los dispositivos para abordar a dichos sujetos (Rossi, 2005). Diez años después, en 1970, el psiquiatra Eduardo Kalina crea el rol de “amigo calificado” con el fin de propiciar recursos terapéuticos que eviten las internaciones psiquiátricas en pacientes con adicciones severas. Dicho rol era llevado a cabo por estudiantes de psicología que a su vez buscaban evitar que se generara estigmatización y marginalización en dichos sujetos por poseer ese tipo de padecimiento (Guerezta, 2019).

Según López Ocariz (2017, citado en González et al., 2020) a raíz del golpe militar ocurrido en 1976, cesó la transformación que se venía generando en torno a la salud mental. Referentes del área debieron exiliarse, y ciertas prácticas suspenderse en el ámbito público y adherirse al ámbito privado. Una vez que se retornó a la democracia, las clínicas psiquiátricas integraron nuevamente a los ATs dentro de equipos de intervención interdisciplinarios y se reanudó la carrera de Psicología. En ella, se inscribieron una gran cantidad de estudiantes que se encontraban en búsquedas de prácticas profesionales en esta área y de trabajo (González et al., 2020). Las inscripciones fueron de tal dimensión que a partir 1987 y 1988 la cantidad de psicólogos recibidos aumentó considerablemente, lo cual presentó a la labor como AT una gran oportunidad para comenzar a establecer los primeros contactos, puesto que además no poseía grandes exigencias para ejercerla (Saliche, 2021).

A lo largo de estos años se fueron desarrollando los cimientos para el desempeño de estos profesionales en diferentes ámbitos de inserción, definiendo y delimitando así su trabajo, encuadre y función dentro de equipos terapéuticos. Esto se generó en paralelo con el crecimiento de contenido teórico a través de la creación de libros, investigaciones, publicaciones y producción de congresos, simposios y jornadas donde se intercambiaban los avances alcanzados. A su vez, se comenzó a integrar lineamientos de otras orientaciones que ya no eran meramente desde el psicoanálisis. Se fue admitiendo la necesidad del rol en equipos de profesionales y se fue desarrollando la formación de estos agentes de salud, tanto en instituciones públicas como privadas. A través de estos años se ha avanzado en el campo y se han hecho esfuerzos, pero no se ha podido legitimar un reconocimiento profesional porque de momento aún su labor no se encuentra regulada por el Estado (Pulice, 2021). En estos años se han realizado proyectos para incorporar y crear la tecnicatura de acompañamiento terapéutico. En 1995, la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires presentó un proyecto que tuvo su aprobación por el Consejo Directivo, pero no por el Consejo Superior de la UBA (Colombi, 2017). No obstante, el 30 de junio del 2014, se aprobó el diseño curricular para la formación y certificación profesional de Acompañantes Terapéuticos en la provincia de Buenos Aires (Resolución 1014/14 DGCyE). En el 2015 se regularizó el diseño curricular de la Tecnicatura Superior en AT. El avance más grande dentro del reconocimiento y formación de la profesión fue en el año 2021 en la Universidad de Gran Rosario, donde se generó la complementación curricular para la Lic. en AT, pero sigue actualmente sin existir una regulación nacional (Resolución 2021-1774-APN-ME).

Definir la función del acompañante terapéutico no es sencillo, ya que ello va a depender de la singularidad de cada paciente, del contexto donde se desarrolle y de las indicaciones de tratamiento del equipo tratante (Rossi, 2005). Concretamente, en esta investigación se va trabajar con la delimitación de funciones del AT expuestas en resolución 1014 “Curso de formación profesional: Acompañamiento Terapéutico” (2014), en el cual se establece que dicho profesional desarrolla su labor en el ámbito de la salud mental y con personas que atraviesan un padecimiento mental. Su intervención es solicitada de forma interdisciplinaria o por un profesional tratante, con el fin de trabajar en conjunto con ellos. Su función se desarrolla con el fin de promover la rehabilitación, actuar de manera preventiva ante posibles recaídas o circunstancias de riesgo, brindar contención en momentos de crisis o emergencias de índole clínico y acompañar en tratamientos que se puedan realizar de manera ambulatoria. A su vez, desde el rol se promueve la interacción social en todos los ámbitos que sean posibles para la persona. Se aboca a que esta figura pueda proveer contención tanto al paciente como a su entorno familiar en momentos que lo requieran. Además, se considera fundamental incentivar la autonomía del acompañado en sus actividades de la vida diaria, laboral, educativa y de ocio. En caso de que el acompañado no posea actividades, se pretende promoverlas respetando sus posibilidades y su voluntad (Resolución 1014/14 DGCyE., 2014).

Los acompañantes llevan adelante su trabajo con personas que poseen una vulnerabilidad, lo que no implica que eso sea inherente a toda persona con discapacidad. Esto se realiza en todos los grupos etarios: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. El campo donde logran implementarlo es sumamente amplio. Espinoza Leiva (2023) expone que dicho campo puede ser:

> en el domicilio, en centros de día, en clínicas para trabajar la externación, en ámbitos educativos, en ámbitos judiciales, con cuestiones de violencia de género, de salud mental, de derechos humanos, ámbitos deportivos, cuidados paliativos, personas en situación de encierro, acompañamiento perinatal (2023, p. 13-14).

Como se mencionó con antelación, es de destacar que en el año 2022 se presentó el proyecto de ley que pretende regular el ejercicio del acompañamiento terapéutico, definir sus funciones e incumbencias, promover que se dicte la carrera de AT dentro de universidades públicas y privadas, incluir la prestación dentro del Programa Médico Obligatorio y en el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901, generar un registro y matriculación y, finalmente, reconocer e inscribir en sus registros a quienes la formación que adquirieron no equivale a la que se solicita actualmente para habilitarlos, siempre y cuando puedan dar cuenta de su desempeño en este ámbito y puedan rendir un curso nivelador. Dentro de los derechos que competen a los Ats, dicho proyecto pretende generar medidas de prevención y protección de la salud de estos agentes en el ámbito de su desempeño laboral (Proyecto de Ley para la Regulación del Ejercicio del Acompañamiento Terapéutico, 2022).

Actualmente se está atravesando un nuevo momento histórico dentro del trayecto que construye esta profesión. A pesar de ello, Pulice (2021) enuncia las principales adversidades a las que debe someterse un AT aún hoy en día, a saber: precarización laboral, carencia de regulación formal, dificultades al momento de cobrar honorarios, articulaciones defectuosas con otros agentes de salud y equipos interdisciplinarios, entre otras.

Todos los factores previamente mencionados constituyen una fuente de estrés para el AT; la OMS nombra a esto como riesgo psicosocial, exponiendo que tanto el horario de trabajo, las condiciones del lugar, la remuneración inadecuada, entre otras cuestiones, colaboran a la probabilidad de atravesar una situación de estrés laboral. A su vez, refiere que algunos trabajadores se encuentran con mayor exposición a factores estresantes por su labor, la forma en la cual lo realizan y el entorno en el cual lo desempeñan. Con ellos, se refiere a los trabajadores de salud, debido a que realizan tareas de exposición a situaciones adversas y tareas que conllevan grandes riesgos (OMS, 2022).

Al respecto de este constructo, vale mencionar que el estrés ocupó una numerosa cantidad de teorías e investigaciones que fueron realizadas a lo largo de las últimas décadas. Sin embargo, entre tanta diversidad, no existe un consenso en los modelos que lo explican, si bien existe una mayor adherencia a los factores que pueden generarlo (Cuevas Torres & García Ramos, 2012). Lazarus y Folkman (1986) plantearon que el estrés surge de la interacción entre un individuo y el ambiente, donde el sujeto evalúa de manera cognitiva el agente estresor y los recursos que posee para afrontarlo. En tal sentido, mientras algunos pueden percibir cierto estímulo como estresante, es decir, lo ven como una amenaza, otros pueden experimentarlo como no estresante, no repercutiendo en su bienestar de manera física y/o emocional. Esta interacción es considerada dinámica puesto que depende de la singularidad de cada sujeto y del entorno (Cassaretto, et al., 2003).

Vidal Lacosta (2019), alude a que el estrés laboral es un factor de riesgo a la salud y que éste no implica que se atraviese una enfermedad. En ocasiones, el estrés moderado puede producir un desafío para la persona. Sin embargo, si se prolonga en el tiempo, aumenta su presión, intensidad y demanda puede conllevar a efectos negativos. Dicho autor, considera que el estrés laboral es modificable, tanto para incrementar o para extinguirse,

dependiendo de los cambios de las condiciones laborales o de los recursos/ habilidades que desarrolle el trabajador.

Un nivel elevado de estrés puede manifestarse en un sujeto de tres maneras posibles, puede ser a través de signos y síntomas fisiológicos, donde intervienen respuestas neuroendocrinas que generan incremento en la presión sanguínea, en la actividad cardiaca, en la actividad estomacal e intestinal, en el ritmo respiratorio, dolor de cabeza, sequedad en la boca, entre otras. El malestar emocional es otra forma posible, donde se da una sensación personal que puede ser temor, ansiedad, depresión, excitación, cólera e ira. La última forma es a través de respuestas cognitivas que pueden ser preocupación, pérdida de control o negación, las cuales pueden presentarse a su vez junto con pérdida de memoria, bloqueos, sensación de irrealidad, entre otros (Belloch et al., 2009).

Con referencia al desgaste profesional, Caballero et al. (2001) sostienen que se debe a un estrés crónico por la labor realizada que se desarrolla a través de fases. En la primera consideran que en un inicio el trabajador posee expectativas, entusiasmo e idealización en cuanto a su trabajo. Luego, en una segunda etapa, por diferentes factores como el tiempo de trabajo, la remuneración o los recursos que posee, la persona comienza a frustrarse, estancarse e incluso a presentar afectación cognitiva o conductual. Por último, en la tercera etapa, a partir de la desmotivación que surge, se puede llegar a generar apatía o indiferencia hacia una actividad.

En lo que concierne al afrontamiento del estrés, a medida que se interiorizó en la investigación de este constructo, se introdujo la concepción de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), la cual hace referencia a las respuestas cognitivas o conductuales que

emite un sujeto con el fin de regular una situación demandante que puede ser de índole interna o externa. Estos autores refieren que la interacción entre estrés y afrontamiento es recíproca (Cassaretto, et al., 2003).

El resultado generado por la situación de estrés va depender de una amplia variedad de factores ambientales y personales de cada sujeto, que pueden mitigar o magnificar los efectos en la persona (Peiro Silla, 2001).

Moos (1993) categoriza los estilos de afrontamiento en: (1) afrontamiento por aproximación y (2) afrontamiento por evitación. El primer estilo incluye a los esfuerzos de confrontación o enfrentamiento que pueden ser de índole cognitivos o conductuales, mientras que aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales que permiten que el sujeto evite enfrentar, evadir o negar la situación estresora y se orientan hacia la emoción, los nombra como afrontamiento por evitación (Mikulic & Crespi, 2008).

Holahan et al. (1997, citados en Mikulic & Crespi, 2008) evidenciaron que la severidad del estresor influye en la estrategia de afrontamiento. Cuando los estresores son vistos como un desafío suelen darse de manera más frecuente respuestas de afrontamiento por aproximación, en tanto que cuando los acontecimientos estresantes son evaluados como modificables o controlables se da una respuesta por aproximación, las cuales deberían ser más efectivas (Mikulic & Crespi, 2008).

Es necesario, hacer mención que en esta investigación se identificaron indicadores de estrés en acompañantes terapéuticos y no el síndrome de Burnout, dado que este último se

caracteriza porque los sujetos atraviesan de forma crónica y por un tiempo prolongado estrés severo (El-Sahili Gonzalez, 2015).

La presente investigación pretende recabar datos que respondan al siguiente interrogante: ¿Cuáles son las Respuestas de Afrontamiento e Indicadores Físicos y Psicoemocionales del Estrés empleados por acompañantes terapéuticos de A.M.B.A?, con el objetivo de analizar y evaluar la relación entre los indicadores físicos y psicoemocionales de estrés y los estilos de afrontamiento en la población de estudio. A su vez, se busca explorar el estilo de afrontamiento y los indicadores de estrés en función del género, edad, estado laboral, formación, modo de contratación, la cantidad de años que se encuentra desarrollando esta profesión cada sujeto, el contexto donde la realiza y la cantidad de horas que trabaja a la semana.

En cuanto a las investigaciones que conciernen a la temática, no se han hallado estudios que indaguen sobre la relación existente entre indicadores físicos y psicoemocionales de estrés y estrategias de afrontamiento específicamente en la población de acompañantes terapéuticos en años recientes. Sin embargo, sí se hallaron trabajos que evaluaron estilos de afrontamiento al estrés y burnout en otro tipo de poblaciones, los cuales más adelante serán mencionados.

En lo que atañe a los trabajos realizados con la población de acompañantes terapéuticos, Reyna y Bracco (2011) investigaron las estrategias de afrontamiento empleadas y su relación con los síntomas del síndrome de Burnout [SBO] en una muestra de 17 acompañantes terapéuticos. Se encontraron relaciones significativas entre SBO y las estrategias de afrontamiento. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento utilizadas y a su relación con el sexo, la edad, horas por semana trabajadas no evidenciaron relación,

quizás debido al reducido tamaño de la muestra que no permitió evaluar las relaciones entre estas variables en detalle. En otra investigación afín llevada a cabo por Ferrer Larsen y Vázquez (2016), en la cual los autores evaluaron la presencia o ausencia de indicadores del Síndrome de Burnout en 70 acompañantes terapéuticos de la ciudad de Mar del Plata, se obtuvo como resultado la ausencia de rasgos significativos de Síndrome de Burnout. En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas: al momento de explorar el SBO y la edad de la población, contexto donde desempeña su rol, antigüedad de trabajo, cantidad de horas trabajadas, entre otras, se obtuvo que éstas no son variables determinantes, es decir, que no poseen vinculación entre SBO y las variables analizadas. Dicha conclusión se obtuvo debido a que ninguno de los sujetos de la muestra presentó SBO. En cuanto al nivel de formación alcanzado, aquellos sujetos con mayor nivel educativo obtuvieron puntuaciones elevadas en el indicador de Realización Personal y niveles bajos en los indicadores de Cansancio Emocional y Despersonalización.

En un estudio más reciente llevado a cabo por Ledezma Quiroz (2019) se investigaron las estrategias de afrontamiento y la predisposición al síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos en el Centro de Salud Jesús Obrero de la ciudad del Alto, Bolivia. La muestra se encontraba compuesta por 21 trabajadores de salud (un instrumentador quirúrgico, dos fisioterapeutas, siete farmacéuticos, dos enfermeras y una psicóloga). Los resultados evidenciaron que las estrategias de afrontamiento que utiliza el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos son: Autocontrol, Aceptación de la Responsabilidad y Reevaluación Positiva. Por otro lado, se corroboró la hipótesis planteada en relación a que el personal de salud que trabaja en cuidados paliativos, maneja de mejor forma sus estrategias de afrontamiento y su predisposición al síndrome de burnout es de mínimo impacto en relación al personal de salud que no trabaja en cuidados paliativos. En

sintonía con ello, Cirami et al. (2019), por su parte, realizaron una investigación con 150 profesionales de la salud evaluando sus estrategias de afrontamiento del estrés y los niveles de estrés percibido y de sintomatología asociada a ellos. Como resultado, hallaron una correlación positiva entre el afrontamiento por evitación y el estrés percibido, es decir, cuanto más estrés experimenta un sujeto, más estrategias evitativas utiliza.

Lopez Trocoins e Ibarra Araque (2017), por su parte, exploraron la relación que existe entre estrategias de afrontamiento al estrés y síndrome de burnout, salud psicológica y jornada laboral en 140 trabajadores de niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo. El 56% de la muestra demostró no poseer ninguna predominancia en el empleo de determinadas estrategias de afrontamiento, el 41% utilizaron estrategias dirigidas al problema y el 3% utilizaron estrategias dirigidas a la emoción. Observaron que al aumentar en la muestra el empleo de estrategias de Afrontamiento dirigidas emoción, se incrementa la dimensión de Agotamiento Emocional. A su vez, se relacionan de manera inversa y de forma significativa las estrategias de Afrontamiento dirigidas hacia la Emoción y la subdimensión Disminución de Sensación de Eficacia. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, no se obtuvo relación significativa con ninguna de las otras dos subdimensiones del Síndrome de Burnout. Los autores expresan que esto puede deberse a que el síndrome sólo está relacionado con variables de tipo laboral que no fueron consideradas en el presente estudio. En cuanto a la variable jornada laboral, la cantidad de horas de trabajo no resultó tener relación significativa con las variables predichas. En consonancia con ello, Menchini Villaluenga (2017) realizó una investigación con 93 enfermeros y asistentes de enfermería que desempeñaban su labor en una institución geriátrica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ella indagó la asociación entre Síndrome de Burnout y Respuestas de Afrontamiento. En sus resultados encontró que la

relación entre las variables era positiva pero débil entre las 3 dimensiones de Burnout y las escalas de Estilos de Afrontamiento Aceptación o Resignación, Análisis Lógico, Evitación Cognitiva, Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, Descarga Emocional, Revalorización Positiva y Resolución de Problemas. Además, los resultados arrojaron diferencias significativas para la población masculina en la dimensión de Despersonalización. En cambio, para Agotamiento Emocional y Realización Personal no se hallaron diferencias según género. Previo a ello, Francoise Contreras, et al. (2008) investigaron cómo influía el Burnout en la calidad de vida y en las estrategias de afrontamiento utilizadas por 71 enfermeros y auxiliares de enfermería de hospitales de Bogotá. A partir de sus resultados, se dedujo que los trabajadores no contaban con síndrome de Burnout. Dentro de la variable género se evidenció que en las mujeres prevalecía la utilización estrategias de afrontamiento hacia la solución de problemas, de reevaluación positiva y basadas en el afrontamiento religioso. Dicha investigación arribó a la conclusión de que una propicia calidad de vida conlleva a que los trabajadores posean un mínimo o ausencia de síntomas de Burnout generando que se utilicen aquellas estrategias de afrontamiento eficaces ante estresores laborales.

En lo concerniente a la temática abordada, Abriojo Mora (2021), exploró la relación que existe entre el nivel de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en 45 trabajadores del Centro de Salud de Sayán en Lima, Perú. En sus resultados halló que hay una relación significativa entre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento empleadas. El nivel de estrés laboral fue muy alto para el 62,2% de la población y un 37,8% de los trabajadores obtuvo un nivel alto. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el 75,6% de los trabajadores mostraron que sus estrategias no eran las óptimas, pero tampoco eran malas, un 13,3% manifestó poseer un buen afrontamiento y el 11,1% empleaban estrategias

deficientes. Autores como Mur et al. (2023) decidieron estudiar la asociación entre la autoeficacia para el afrontamiento del estrés, la ansiedad cognitiva ante exámenes y la sintomatología física y psicoemocional del estrés que presentaban 314 estudiantes universitarios en contexto de pandemia. De los resultados obtenidos se observaron niveles más altos de ansiedad ante exámenes y sintomatología del estrés en las mujeres, así como también menores niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés en comparación a los varones. En dicha muestra, los varones manifestaron mayores niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés en la dimensión de Eficacia. En línea con la investigación anterior, Matalinares, et al. (2016) llevaron adelante un estudio que persiguió como objetivo identificar la relación entre los modos de afrontamiento del estrés y el bienestar psicológico de 934 estudiantes de universidades públicas y privadas de Huancayo y Lima, Perú. Los autores encontraron que las dos variables estudiadas poseían una relación significativa directa. El modo de afrontamiento del estrés y sus dimensiones no presentaron diferencias entre sujetos de diferentes edades, tanto en el grupo de adolescentes como en el de adultos jóvenes. Consideran que a medida que incrementa la edad, las personas amplían el repertorio de respuestas de afrontamientos para utilizar. No obstante, se hallaron diferencias significativas con la variable género, puesto que las estudiantes de sexo femenino presentaron mayores índices en los estilos de afrontamiento hacia el problema que sus pares masculinos. Previo a ello, Ramos y Jordao (2014), evaluaron las diferencias entre 515 hombres y 579 mujeres de acuerdo a su vivencia de estrés laboral, los factores de riesgos asociados y los mecanismos de afrontamiento que usaron. En sus resultados se evidenció una mayor percepción de estrés laboral en mujeres. Asimismo, hallaron que los hombres presentaron de forma significativa menos factores de riesgo laboral y una mayor variedad en las formas de afrontamiento emocional, mientras que las mujeres se caracterizaron por

utilizar la reinterpretación positiva de manera inversa. A diferencia a estos últimos resultados obtenidos, Álvarez Cabrera et al. (2018) abordó un estudio con 290 funcionarios de una penitenciaria de Arica, Chile. En este indagó el Síndrome de Burnout, Indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés, Satisfacción Laboral, Estilos de Afrontamiento al Estrés y Riesgos Psicosociales en el Trabajo. En sus resultados se observaron una asociación entre los niveles medios de Estrés y Burnout, explicando que ello se asimilaba a lo enunciado por Maslach (2003) quien consideraba que dicho síndrome es la respuesta a un elevado o crónico nivel de estrés. En cuanto a las variables sociodemográficas, los hombres presentaron niveles más elevados que las mujeres en sus tres dimensiones de Síndrome de Burnout.

En el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional llevado a cabo en Buenos Aires, se expuso una investigación compuesta por 36 médicos residentes de diferentes provincias, médicos de guardia y enfermeras, que realizaban guardias diurnas y nocturnas. En ella, se evaluó la cantidad de horas de trabajo y la salud mental de los participantes. En sus resultados obtuvieron una asociación positiva entre la cantidad de horas que trabajaban y el malestar psicológico presentado, hallando mayores puntuaciones los médicos residentes (Arias, et al., 2012). Siguiendo con la línea, Taylor, et al. (2004) estudiaron la salud psicológica de 323 médicos de urgencia de Australia. Concluyen en que la mayoría de los trabajadores de salud utilizaron estrategias de afrontamiento adaptativas. En cuanto a las estrategias desadaptativas se asociaron positivamente con la ansiedad, la depresión y el estrés. Las percepciones de control sobre las horas trabajadas y la combinación de actividades profesionales se asociaron positivamente con la satisfacción laboral y con la vida. Cuando no se poseía control, se identificaba estrés laboral y las medidas de bienestar eran afectadas de manera negativa.

Mientras tanto, en la ciudad de Rosario, Paris (2015) abordó como investigación la identificación de los estresores asistenciales, las estrategias para afrontarlos, la vinculación entre el estrés percibido, el bienestar subjetivo y el grado de satisfacción personal y laboral en 22 profesionales de la salud (9 médicos de diversas especialidades como psiquiatría, ginecología, oncología, dermatología, clínica, y 13 enfermeros). Dentro de su análisis, concluyó que los principales estresores de los profesionales de salud son la falta de apoyo, la percepción de injusticia o inequidad en el ámbito laboral y las pocas posibilidades de ascensos. Las variables que conllevan al bienestar subjetivo son la maternidad, realizar más horas semanales, percibir equidad en el ámbito laboral y utilizar el modo de afrontamiento orientado a la resolución de problemas. Siguiendo con investigaciones dentro del campo de la salud, Rebolledo y Serrano (2018), persiguieron como objetivo principal explorar la relación entre los estilos de Afrontamiento, Factores Laborales, el Burnout y la Fatiga por Compasión en 270 profesionales de la salud que desarrollan su labor en contemporáneo con una crisis humanitaria en Venezuela. Dentro de lo hallado, se encontraron niveles bajos de Burnout si se considera la situación actual del país. A su vez, utilizan de forma moderada el afrontamiento por desapego, es decir, se desvinculan en cierta medida de la situación estresante para poder afrontarlos. En cuanto a su asociación, el afrontamiento adaptativo solo correlacionó con el burnout de forma inversa y el afrontamiento desadaptativo correlacionó de forma directa. Con respecto a la variable Antigüedad, es decir, a mayor tiempo de servicio mayor uso del afrontamiento adaptativo, y por tanto, menor Burnout.

Finalmente, en lo que concierne a la antigüedad laboral y su asociación con las variables aquí estudiadas, Pujadas Sánchez et al. (2020) indagaron el estrés y control percibido en 120 trabajadores, profesionales y voluntarios de diferentes instituciones civiles y

militares del área de emergencias de España. Los resultados obtenidos demostraron que el sexo, la edad y la antigüedad no presentaron relación alguna con el grado de estrés generado ante una situación crítica. En lo que respecta al grado de control percibido, en cambio, los hombres obtuvieron mayores puntuaciones promedio que las mujeres.

En base a los antecedentes mencionados, las hipótesis de esta investigación sustentadas a partir de ellos plantean que: (1) existe una asociación inversa entre las estrategias de afrontamiento aproximativas y los indicadores de estrés en cualquiera de sus dimensiones; (2) la cantidad de horas trabajadas se asocia a los indicadores de estrés físico y psicoemocionales pero no a las estrategias de afrontamiento utilizadas; (3) las mujeres presentan mayores indicadores de estrés con respecto a los hombres y mayor empleo de estrategias de afrontamiento evitativas; (4) a mayor formación, menor es la predisposición a desarrollar elevados indicadores de estrés; (5) no existen diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento y niveles físicos y psicoemocionales de estrés en función de la edad de los participantes y, finalmente, (6) la antigüedad en el rol profesional no infiere en los indicadores de estrés así como tampoco en las estrategias utilizadas.

Teniendo como premisas lo antes expuesto, se considera de relevancia poder indagar e identificar la presencia o ausencia de estrés en la comunidad de profesionales y el estilo de afrontamiento predominante, con el fin de poder visibilizar de forma fehaciente el estado actual en el que se encuentran aquellos trabajadores que intervienen generalmente en lo diario y en primera línea con personas con discapacidad con el propósito de poder mitigar las consecuencias de una labor tan particular y buscar hacer frente a situaciones estresantes en pos de favorecer el bienestar de la población de acompañantes terapéuticos y transitivamente de sus pacientes.

2. Metodología

2.1 Diseño

La presente investigación fue de tipo no experimental y presentó un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional y se desarrolló con una temporalidad transversal (Hernández Sampieri et al., 2014).

2.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por 115 personas que trabajan como acompañantes terapéuticos. Todos ellos fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico subjetivo por decisión razonada, según su edad, su trabajo actual y lugar de residencia (Corbetta, 2007).

Todos los participantes desarrollaban su labor dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, y sus edades oscilaban entre 20 y 62 años (M=33,17; DT=8.85). Asimismo, el 79.1% de la muestra se encontró compuesta por mujeres y el 20.7% por hombres. Finalmente, vale decir que en cuanto a las horas semanales que trabajan los sujetos encuestados, en promedio totalizan 24.29hs (Min=0; Max=90; DT=15.495).

Finalmente, cabe decir que se excluyeron a todos aquellos sujetos que no brindaron el consentimiento informado o bien quienes estaban con licencia psiquiátrica/psicológica al momento de realizar la encuesta.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Cuestionario sociodemográfico

El cuestionario sociodemográfico fue elaborado ad hoc para los fines de la presente investigación. Se relevaron datos demográficos de las personas que se desempeñan como acompañantes terapéuticos, a saber: género autopercibido, edad, lugar de residencia, estado laboral a la hora de realizar la encuesta, modalidad de contratación, formación de acompañante terapéutico, estudios en curso o realizados, tiempo aproximado de desempeño como AT, contexto en el cual lleva a cabo su labor, cantidad de horas de trabajo realizadas y presencia o no de diagnóstico psicopatológico.

2.3.2 Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A (Moos, 1993; adaptación Mikulic & Crespi, 2008).

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A fue creado por Rudolf H. Moos en 1993, y constituye una técnica de autoinforme que ha sido estudiada desde entonces en muchos contextos socioculturales. En el presente estudio se utilizó la versión adaptada y validada por Mikulic y Crespi en Argentina en el año 2008, que arrojó como resultado una consistencia interna y confiabilidad óptima para evaluar las respuestas de afrontamiento a circunstancias estresantes de la vida (α = .85). Se encuentra compuesta por 48 ítems a los cuales se da respuesta mediante escala Likert (0= nunca, 1= una o dos veces, 2= algunas veces y 3= muchas veces).

Este inventario permite medir 8 estrategias de afrontamiento conformadas por 6 ítems cada una:

- Análisis Lógico [AL]: alude a intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias (ítems 1, 9, 17, 25, 33, 41).

- Revalorización Positiva [R]: apunta a intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación (ítems 2, 10, 18, 26, 34, 42).

- Búsqueda de Orientación y Apoyo [BA]: evalúa intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación tanto en personas cercanas como en el entorno social más amplio (ítems 3,11, 19, 27, 35, 43).

- Resolución de problemas [RP]: refiere intentos conductuales de realizar acciones dirigidas directamente al problema (ítems 4,12, 20, 28, 36, 44).

- Evitación cognitiva [EC]: describe intentos cognitivos vinculados a evitar pensar en el problema de forma realista (ítems 5,13, 21, 29, 37, 45).

- Aceptación/Resignación [AA]: apunta a aquellos intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo con resignación (ítems 6, 14, 22, 30, 38, 46).

- Búsqueda de Gratificaciones Alternativas [BG]: mide aquellos intentos conductuales de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción (ítems 7, 15, 23, 31, 39, 47).

- Descarga Emocional [DE]: hace referencia a intentos conductuales dirigidos a reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos (ítems 8, 16, 24, 32, 40, 48).

Dichas escalas se dividen en dos categorías globales según el foco de afrontamiento: (1) aquellas orientadas al afrontamiento por aproximación (AL, R, BA, RP), las cuales dan cuenta del acercamiento al problema y los esfuerzos cognitivos y/o conductuales para

manejar o resolver los estresores vitales y (2) aquellas orientadas al afrontamiento por evitación (EC, A, BG, DE), las cuales reflejan aquellos intentos cognitivos y/o conductuales para evitar pensar en el estresor y sus consecuencias, o para afrontar el afecto asociado.

Ambos factores cuentan con una confiabilidad y validez adecuada, puesto que los índices de validez oscilaron entre .48 y .87. No obstante, los hallazgos obtenidos por Mikulic y Crespi (2008), sugieren que pese a la adecuada confiabilidad y validez factorial del instrumento, existe la necesidad de revisar la escala original, dado que uno de sus factores, Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, satura mejor en la dimensión de afrontamiento por aproximación que en evitación, lo cual requiere ulteriores estudios. Asimismo, vale decir que la confiabilidad y validez es superior en la escala total y en las escalas globales y combinadas y resulta menor en las escalas específicas, lo cual se debe en gran medida a la poca cantidad de ítems que las conforman.

2.3.3 Escala de indicadores físicos y psicoemocionales de estrés (Oros de Sapia & Neifert, 2006).

La escala fue creada por Oros de Sapia y Neifert, del Centro de Investigación en Psicología y Ciencias Afines [CIPCA] de la Universidad Adventista del Plata, Argentina en el año 2006. Posee una adecuada confiabilidad y consistencia interna (α = .86). La versión inicial de la escala contaba con 30 enunciados, pero algunos de ellos poseían poco pesaje y bajo poder discriminativo al momento de ser factorizados. Para depurar dicha versión se refactorizó la matriz con 22 reactivos con buen ajuste y confiabilidad, resultando una versión del instrumento mucho más clara y simple que la anterior.

A través de ella se pretende evaluar de manera breve la sintomatología física y psicoemocional que presenta una persona que se encuentra en contacto con eventos de

tensión psicológica. El inventario se encuentra compuesto por 22 ítems, en los cuales se debe responder según el grado de aparición a través de escala de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces sí-a veces no, 3 = frecuentemente, 4 = siempre). Se encuentra compuesta por 3 dimensiones que evalúan estrés, que se describen a continuación:

- Déficit cognitivo: involucra tanto a procesos cognitivos como al estado anímico y mide, entre otras cosas, la dificultad para concentrarse y mantener la atención o la existencia de períodos de tristeza o decaimiento (ítems 3, 8, 10, 11, 17, 20, 22).

- Nerviosismo: alude a la incapacidad para relajarse, e incluye síntomas como preocupación excesiva, nerviosismo exagerado y dificultad para la relajación (ítems, 1, 4, 5, 7, 13, 15, 18).

- Síntomas físicos: describe problemas como dolor de cabeza, baja calidad del sueño, agotamiento, entre otros (ítems 2, 6, 9, 12, 14, 16, 19, 21).

Cabe aclarar que los ítems 2, 5, 6, 8, 11, 12, 17, 19 y 20 son inversos.

2.4 Procedimiento

Los datos fueron recolectados mediante encuestas realizadas por formularios de Google Forms difundidos a través de redes sociales, tales como WhatsApp, Instagram y Facebook en el mes de marzo del 2024. Al iniciar la encuesta, se aclaró que la participación era voluntaria, las respuestas brindadas anónimas y confidenciales, se detalló la intención académica-científica de la investigación y se solicitó consentimiento informado. Luego de ello, se incluyó un cuestionario sociodemográfico, el inventario de respuestas de afrontamiento [CRI-A] (Moos, 1993; adaptado por Mikulic & Crespi, 2008) y la escala de

indicadores físicos y psicoemocionales de estrés (Oros & Neifert, 2006). El tiempo estimado para la realización de cada encuesta fue de 20 minutos promedio.

2.5 Aspectos Éticos

Los principios aplicados en la presente investigación, son los propuestos en el decreto de Helsinki (2000). Entre ellos, tienen lugar los de privacidad y confidencialidad, los del consentimiento informado y los que respectan a la inscripción y la publicación de la investigación y difusión de resultados.

3. Análisis de datos

En lo que al análisis de datos respecta, en primera instancia se realizó una descripción de las variables sociodemográficas contempladas en esta investigación, a saber: género autopercibido, lugar de residencia, modo de contratación, formación de AT, condición académica y contexto de trabajo, entre otras, a partir de las cuales se calculó una distribución de frecuencias. Posteriormente se procedió a efectuar un análisis descriptivo de los constructos abordados en esta investigación: Estrategias de Afrontamiento (y sus dimensiones) e Indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés (y sus dimensiones), para lo cual se calcularon medidas de tendencia central y dispersión tales como media, máximo, mínimo y desvío típico de cada una de ellas. A posteriori se continuó efectuando la correlación entre ambos constructos y sus respectivas dimensiones para ver si existían asociaciones significativas entre ellos, empleando R de Pearson para las asociaciones entre escalas de distribución normal y Rho de Spearman para aquellas que no siguieron dicho patrón de distribución. Dichos estadísticos fueron luego utilizados al momento de correlacionar Estrategias de Afrontamiento e Indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés con las variables sociodemográficas Edad, Cantidad de Horas Semanales Trabajadas y Antigüedad en el Rol. Una vez culminadas las correlaciones, se efectuaron las respectivas comparaciones de grupos entre los constructos principales de esta investigación y las variables sociodemográficas Género Autopercibido, Modo de Contratación, Formación de AT, Condición Académica y Contexto de Trabajo, para lo cual se empleó T de Student para aquellas comparaciones de dos grupos en las que los constructos estudiados tuviesen una distribución normal y U de Mann de Whitney para aquellos en los que la distribución fue no paramétrica. Finalmente, se empleó F de Anova para las comparaciones múltiples (de tres o más grupos).

4. Resultados

Tabla I.

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género Autopercibido		
Femenino	91	79.1%
Masculino	24	20.9%
Otro	-	-
Lugar de Residencia		
Ciudad de Buenos Aires	46	40%
Conurbano Bonaerense	69	60%
Estado Laboral		
Se encuentra trabajando de AT	95	82.6%
No se encuentra trabajando de AT	20	17.4%
Razones por las cuales no se encuentra trabajando como AT		
Realiza otro labor	15	83.3%
Licencia psicológica/psiquiátrica	-	-
Ambas	-	-
Otras razones	3	16.7%
Modo de Contratación		
A través de una empresa	82	71.3%
De forma particular	20	11.3%
Ambas	13	17.4%
Formación de Acompañante Terapéutico		
Sí	94	81.7%
No	21	18.3%
Antigüedad en la Labor de AT		
Menos de un año	13	11.5%
Entre 1 y 2 años	29	25.7%
Entre 2 y 5 años	45	39.8%
Más de 5 años	26	23%

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Estudios Realizados o en curso		
Estudiante en Psicología	36	31.3%
Graduado en Psicología	20	17.4%
Estudiante en Psicopedagogía	3	2.6%
Graduado en Psicopedagogía	5	4.3%
Estudiante en Enfermería	4	3.5%
Graduado en Enfermería	4	3.5%
Estudiante en Terapia Ocupacional	4	3.5%
Graduado en Terapia Ocupacional	-	-
Estudiante en Psicomotricidad	1	0.9%
Graduado en Psicomotricidad	1	0.9%
Estudiante en Musicoterapia	1	0.9%
Graduado en Musicoterapia	-	-
Estudiante en Medicina	-	-
Graduado en Medicina	-	-
Estudiante en Educación Especial	2	0.9%
Graduado en Educación Especial	-	1.7%
No estudia otra carrera	5	4.3%
Otra carrera	13	11.3%
Otro curso relacionado al AT	16	13.9%
Contexto donde realiza su labor		
Domicilio	30	26.1%
Institución	53	46.1%
Ambos	32	27.8%

Dentro de la muestra que participó de esta investigación predominó la población femenina, que residen en el Conurbano Bonaerense y que se encuentran trabajando al momento de la encuesta como acompañantes terapéuticos. A su vez, la mayor parte de la población se capacitó para trabajar de ello, se encuentran brindando la prestación a través de empresa y en contexto de institución. Un pequeño porcentaje no se encuentra trabajando en la actualidad debido a que se encuentran en otro tipo de trabajo, otros dejaron de realizarlo por otras razones, pero ningún participante expuso que el motivo sea por licencia psicológica/psiquiátrica. Por otro lado, gran parte de la población se encuentra trabajando

como acompañantes en un lapso de tiempo de 2 a 5 años. Por último, fue mayor la cantidad de estudiantes y graduados de la carrera de Licenciatura en Psicología en comparación con otras carreras que se encuentran dentro del campo de la salud.

Tabla II.

Descripción de las Estrategias de Afrontamiento utilizadas por la muestra.

Variables	Media	Mínimo	Máximo	Desvío Típico
Escala de Afrontamiento por Aproximación	48.65	19	66	8.621
Escala de Afrontamiento por evitación	36.19	5	60	10.379
Escala Cognitiva	41.33	14	67	10.886
Escala Conductual	43.50	10	62	8.714

Observando la tabla II, se evidencia que las estrategias de afrontamiento predominantes en la muestra son las de Aproximación y las estrategias Conductuales.

Tabla III.

Descripción de los Indicadores Psicoemocionales y Físicos hacia el Estrés.

Variables	Media	Mínimo	Máximo	Desvío Típico
Déficit Cognitivo	13.408	3	23	4.975
Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	11.191	2	26	4.793
Síntomas Físicos	15.382	1	26	5.743
Indicadores de Estrés	39.982	9	65	13.313

Observando la tabla III, se advierte que las puntuaciones entre los sujetos son disimiles en las tres subescalas y la escala global, hallándose grandes diferencias entre las puntuaciones mínimas y máximas obtenidas en cada caso por los participantes.

Tabla IV.

Análisis de la relación entre Estilos de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos y sus respectivas dimensiones.

Variables	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1. Escala de Afrontamiento por Aproximación	-	.519**	.630**	.820**	-.016	-.002	-.128	-.059
2. Escala de Afrontamiento por evitación		-	.882**	.603**	-.029	-.019	-.006	-.009
3. Escala Cognitiva			-	.424**	-033	-.013	-.065	-.036
4. Escala Conductual				-	-.009	-.008	-.036	-.023
5. Déficit Cognitivo					-	.696**	.584**	.883**
6. Nerviosismo y dificultad para la relajación						-	.524**	.848**
7. Síntomas Físicos							-	.829**
8. Indicadores de Estrés								-

Pruebas utilizadas: Rho de Spearman y R. de Pearson; siendo **p<.01 y *p<.05

La tabla IV muestra que no se halló una relación significativa entre el tipo de Afrontamiento por Aproximación, Afrontamiento Evitativo, la Escala Cognitiva y la Escala

Conductual con respecto al Déficit Cognitivo, Nerviosismo y Dificultad para la Relajación, Síntomas Físicos y la Escala de Indicadores de Estrés.

Tabla V.

Análisis de la relación entre Estilos de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos y las variables sociodemográficas Edad, Cantidad de Horas Trabajadas y Antigüedad de desempeño como AT.

Variables	Edad	Cantidad de horas Trabajadas	Antigüedad
1.Escala de Afrontamiento por Aproximación	.180	.166	.302**
2.Escala de Afrontamiento por evitación	.011	.053	.038
3.Escala Cognitiva	.022	.097	.053
4.Escala Conductual	.163	.097	.292**
5.Déficit Cognitivo	.037	.185*	.-063
6.Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	-.022	.208*	.042
7.Síntomas Físicos	.003	.150	.063
8.Indicadores de Estrés	.018	.216*	.023

Prueba utilizada: Rho de Spearman; siendo **p<.01 y *p<.05

Como se observa en la tabla V, la edad no se relacionó con las formas de afrontar el estrés ni con la presencia o ausencia de Indicadores Psicoemocionales y Físicos de estrés. Al igual, la Cantidad de Horas que trabajaron los acompañantes no se relaciona con las

Escalas Globales de Afrontamiento por Aproximación, Afrontamiento por Evitación, con la Escala Cognitiva y con la Escala Conductual. A pesar de ello, se halló que a mayor cantidad de horas de trabajo aumenta el Déficit Cognitivo, el Nerviosismo y Dificultad para la Relajación, al igual que los niveles de Indicadores de Estrés en general.

En lo que concierne a la Antigüedad con la que se lleva la labor de acompañante terapéutico, se encontró que a mayor cantidad de años en el rol los sujetos utilizan mayor empleo de Estrategias de Afrontamiento Aproximativas y su modo de afrontarlo es a través de conductas. En contraposición, no se obtuvo vinculación entre la cantidad de años en el rol de AT y las dimensiones de los Indicadores Psicoemocionales y Físicos del Estrés.

Tabla VI.

Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Género Autopercibido

Variables	Género Autopercibido	Rango promedio/media	Significación
Escala de Afrontamiento por Aproximación	Femenino Masculino	49.46 45.58	**.050**
Escala de Afrontamiento por evitación	Femenino Masculino	36.63 34.50	.372
Escala Cognitiva	Femenino Masculino	41.19 41.87	.831
Escala Conductual	Femenino Masculino	44.90 38.20	**.001**
Déficit Cognitivo	Femenino Masculino	13.00 14.95	.086
Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	Femenino Masculino	10.79 12.70	.081
Síntomas Físicos	Femenino Masculino	54.35 71.85	**.022**
Indicadores de Estrés	Femenino Masculino	38.60 45.20	**.030**

Prueba utilizada: U de Mann Whitney o T de Student según la distribución obtenida.

Como se observa en la Tabla VI en el análisis de Estilos de Afrontamiento y la variable Sociodemográfica Género Autopercibido se halló que varían los estilos de afrontamiento aproximativo y escala conductuales, obteniendo una puntuación más alta las mujeres en ambos casos. En cuanto a los Indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés y la variable Género Autopercibido, los hombres presentaron mayor presencia de Síntomas Físicos y Nivel Global de Estrés en comparación con las mujeres.

Tabla VII.

Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Modo de Contratación.

Variables	Modo de Contratación	F	Significación
Escala de Afrontamiento por Aproximación	Tercerizado Particular Ambas formas	.456	.635
Escala de Afrontamiento por evitación	Tercerizado Particular Ambas formas	2.636	.076
Escala Cognitiva	Tercerizado Particular Ambas formas	1.042	.356
Escala Conductual	Tercerizado Particular Ambas formas	2.063	.132
Déficit Cognitivo	Tercerizado Particular Ambas formas	2.462	.090
Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	Tercerizado Particular Ambas formas	.356	.701
Síntomas Físicos	Tercerizado Particular Ambas formas	2.652	.266
Indicadores de Estrés	Tercerizado Particular Ambas formas	1.138	.324

Prueba utilizada: F de Anova

En cuanto a la variable de Modalidad de Contratación no varían en los Estilos de Afrontamiento y en sus dimensiones, al igual que en los Indicadores Psicoemocionales y Físicos y sus dimensiones de las personas que participaron de la muestra.

Tabla VIII.

Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Formación de Acompañante Terapéutico.

Variables	Formación de AT	Rango promedio/media	Significación
Escala de Afrontamiento por Aproximación	Sí No	48.96 47.23	.408
Escala de Afrontamiento por evitación	Sí No	36.70 33.90	.266
Escala Cognitiva	Sí No	41.63 40.00	.535
Escala Conductual	Sí No	44.03 41.14	.171
Déficit Cognitivo	Sí No	13.46 13.14	.831
Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	Sí No	11.27 10.80	.688
Síntomas Físicos	Sí No	59.14 52.90	.438
Indicadores de Estrés	Sí No	40.32 38.42	.556

Prueba utilizada: U de Mann Whitney o T de Student según la distribución obtenida.

No existen diferencias comprobables entre quienes presentan Formación de Acompañante Terapéutico y quiénes no con respecto a los constructos estudiados.

Tabla IX.

Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Condición Académica.

Variables	Condición Académica	Rango promedio/media	Significación
Escala de Afrontamiento por Aproximación	Estudiante	48.35	.452
	Graduado	49.76	
Escala de Afrontamiento por evitación	Estudiante	36.31	.948
	Graduado	36.16	
Escala Cognitiva	Estudiante	41.42	.930
	Graduado	41.63	
Escala Conductual	Estudiante	43.23	.576
	Graduado	44.30	
Déficit Cognitivo	Estudiante	14.20	.114
	Graduado	12.30	
Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	Estudiante	11.66	.451
	Graduado	10.90	
Síntomas Físicos	Estudiante	59.12	.052
	Graduado	45.85	

Indicadores de Estrés	Estudiante	42.15	.068
	Graduado	37.13	

Prueba utilizada: U de Mann Whitney o T de Student según la distribución obtenida.

Como puede observarse en la tabla precedente, no se halló variación entre estudiantes y graduados en lo que concierne a los constructos trabajados.

Tabla X.

Análisis de las diferencias entre Estrategias de Afrontamiento al Estrés e Indicadores Psicoemocionales y Físicos con Contexto de Trabajo

Variables	Contexto de Trabajo	Rango promedio/media	Significación
Escala de Afrontamiento por Aproximación	Institución	49.49	**.042**
	Domicilio	45.30	
Escala de Afrontamiento por evitación	Institución	34.81	.880
	Domicilio	35.20	
Escala Cognitiva	Institución	39.75	.543
	Domicilio	41.33	
Escala Conductual	Institución	44.54	**.008**
	Domicilio	39.16	
Déficit Cognitivo	Institución	13.39	.702
	Domicilio	12.93	

Nerviosismo y Dificultad para la Relajación	Institución	10.45	.423
	Domicilio	11.30	
Síntomas Físicos	Institución	41.96	.985
	Domicilio	42.07	
Indicadores de Estrés	Institución	38.52	.898
	Domicilio	38.93	

Prueba utilizada: U de Mann Whitney o T de Student según la distribución obtenida.

En lo que atañe al contexto donde realizan su labor, los Indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés son similares entre quienes trabajan en domicilio y en instituciones. Sin embargo, se detectaron que aquellos sujetos que desarrollan su labor dentro de instituciones utilizan más estrategias de afrontamiento aproximativas al problema y tienden a utilizar en mayor medida modos de afrontamiento conductuales en comparación a quienes intervienen dentro de domicilio.

5. Conclusiones y Discusión

La presente investigación persiguió como objetivo primordial evaluar la relación entre las respuestas de afrontamiento e indicadores psicoemocionales y físicos de estrés que se encontraban presentes en acompañantes terapéuticos que desarrollan su función en A.M.B.A. En relación con ello, la primera hipótesis sostenía que ambos constructos se vinculan de manera inversa. En ese sentido, a medida que incrementan los indicadores de estrés, las estrategias de afrontamiento aproximativas disminuyen. Concomitantemente, a menores indicadores de estrés, se encontraría que la población de AT utilizaría más esfuerzos por acercarse y resolver el problema que por evitarlos.

Los resultados que se obtuvieron rechazan la relación entre las variables estudiadas. Esto podría articularse con la investigación llevada a cabo por López Trocoins e Ibarra Araque (2017), donde el constructo que medía Burnout no se relacionó con afrontamiento al problema. No obstante, pareciera contradecir los hallazgos obtenidos en otras investigaciones (Abriojo Mora, 2021; Cirami et al., 2019; Ledesma Quiroz, 2019; Reyna & Bracco, 2011) en las cuales se encontró una relación inversa entre el modo de Afrontamiento y el Síndrome de Burnout. No obstante, las discrepancias con los resultados aquí encontrados podrían ser explicadas primero atendiendo al hecho de que en esta investigación no se evaluó el Burnout sino los indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés, los cuales no necesariamente implican que el sujeto posea el síndrome, dado que, siguiendo a Álvarez Cabrera et al. (2018), el Burnout se presenta como una respuesta frente al estrés crónico y elevado, es decir un nivel de estrés que no estuvo presente en la mayoría de los participantes de esta investigación. Este resultado, por consiguiente, insta a explorar con mayor detenimiento esta variable novedosa que son los Indicadores Psicoemocionales y

Físicos de Estrés y trabajarlos de un modo diferencial al Burnout, ampliando el número de investigaciones al respecto que aborden este constructo.

En lo que respecta al análisis de las dimensiones de los constructos y las variables sociodemográficas, la segunda hipótesis expuso que iban a aumentar los indicadores de estrés y no iban a variar las estrategias de afrontamiento en base a la cantidad de horas que trabajan los acompañantes terapéuticos. Dicha hipótesis se confirma, ya que no se relacionó la cantidad de horas realizadas semanalmente con las respuestas de afrontamiento, tal como lo sostienen Ibarra Araque y Lopez Trocoins (2017) en su investigación llevada a cabo con 140 trabajadores de niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo, donde explora las estrategias de afrontamiento al estrés y síndrome de burnout, salud psicológica y jornada laboral, dando como resultado que la cantidad de horas que realizaban no presentó una relación significativa con las estrategias de afrontamiento. Asimismo, se observó que a medida que aumentaban las horas de trabajo se incrementan las dimensiones de Nerviosismo y dificultad para la relajación, el Déficit Cognitivo y la Escala de Estrés Global en los participantes. Esto se asemeja a lo ocurrido en las investigaciones realizadas por Arias et.al., (2012) donde se obtuvo que a mayor cantidad de horas se generaba un mayor impacto en la salud psicológica de médicos residentes y la de Taylor et al. (2004) donde el control de horas que realizaban los médicos que participaron de su investigación se asoció significativamente con el estrés laboral, es decir, que a mayor control de tiempo de trabajo es menor el estrés presentado.

En cuanto al género, se halló que las mujeres presentaron respuestas de afrontamiento aproximativas y conductuales tendientes a resolver el problema que genera estrés, lo cual entra en consonancia con diversos trabajos (Francoise Contreras et al, 2008; Matalinares et al, 2016) quienes hallaron en las mujeres de sus respectivas poblaciones de

estudio, un mayor predominio de formas de afrontamiento abocadas a resolver problemas con respecto a sus pares masculinos. Si bien dichos resultados no siguen la tendencia que se observa en el campo de investigación, se considera que el resultado obtenido es representativo y producto de los factores característicos de la población estudiada y de las particularidades del ambiente donde se desarrolla la labor los acompañantes terapéuticos (Peiro Silla, 2001). En cuanto a la presencia de Síntomas Físicos e Indicadores de Estrés en la Escala Global, éstos aumentaron en la población masculina. Dichos resultados rechazan la hipótesis propuesta, donde se sostenía que las mujeres iban a presentar respuestas de afrontamiento evitativas y mayores indicadores de estrés como ocurrió en las investigaciones de Mur et al. (2023), Ramos y Jordao (2019) y tantos otros autores a lo largo de la historia. No obstante, en la presente investigación la población masculina manifestó sintomatología física y prevalencia en la escala que mide el estrés global. Esto se asemeja a los resultados que caracterizan la investigación realizada por Menchini Villaluenga (2017), donde el autor obtuvo como resultado que la población masculina presentaba una diferencia significativa en Despersonalización y no se hallaron diferencias en Agotamiento Emocional y Realización Personal en el Trabajo. Al igual que Álvarez Cabrera et al. (2018), en su investigación realizada los trabajadores penitenciarios de sexo masculino presentaron mayor nivel de Burnout en todas sus variables en comparación con las mujeres. Los resultados obtenidos pueden deberse a la cantidad de frustraciones que pueden emerger desde el rol de acompañante como por ejemplo, altas expectativas que se pueden generar en un inicio en cuanto a la labor a desarrollar y la realidad compleja que atañe a cada paciente, una fase de estancamiento en la evolución del paciente o de su rol, o tal vez pueden ocurrir cuestiones negativas al rol como la cantidad de horas realizadas,

insatisfacción con sus honorarios y demás recursos limitados que conllevan a que la persona presente los indicadores relatados (Caballero, et al., 2001).

La cuarta hipótesis proponía que a mayor nivel educativo/formación se iban a presentar menos Indicadores Psicoemocionales y Físicos de Estrés. Los resultados rechazaron dicha hipótesis ya que no variaron los indicadores de estrés entre aquellas personas que estudiaron o no AT, y tampoco influyó el hecho de que fueran estudiantes o graduados de una carrera. Esto puede ser explicado siguiendo a Paris (2015) quien al momento de analizar el estrés de un trabajador reconoce que existe una multiplicidad de variables intervinientes además de lo estrictamente formativo, a saber: cantidad de horas de trabajo, condición remunerativa, apoyo social del equipo de trabajo, reconocimiento laboral, equidad y posibilidades de ascenso, entre otros factores.

En cuanto al factor edad, no se relacionó tanto con las dimensiones de la escala de Estrategias de Afrontamiento, ni con los Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés. Todo ello confirma la quinta hipótesis propuesta, generando los mismos resultados que obtuvieron en su estudio Ferrer y Larsen (2016) donde no se encontró asociación entre la variable Burnout y edad cronológica. En el mismo año, Matalinares et al. (2016) en su investigación llevada a cabo con estudiantes tampoco halló variaciones entre los diferentes grupos de edad de los estudiantes y sus estilos de afrontamiento. Idénticos resultados presentaron Pujadas Sanchez et al. (2020) en su estudio, donde evaluaron el nivel de estrés y control percibido en trabajadores, profesionales y voluntarios del área de emergencia de España. En dichos estudios, al igual que en el expuesto, la edad de los participantes no presentó diferencias significativas según la etapa vital que se encontraban atravesando. Por todo lo antes mencionado, se podría considerar que la edad del acompañante no incida en el nivel de afrontamiento y en el estrés en este determinado grupo etario debido a las

características inherentes a la cultura donde se encuentran y a las características personales de cada acompañante (Peiro Silla, 2001).

Los resultados obtenidos en lo que respecta a la antigüedad en el rol de acompañante terapéutico respaldan de forma parcial la sexta hipótesis. Esto sucede debido a que no se estableció relación en los Indicadores de Estrés y en sus dimensiones con la cantidad de años de los sujetos en el rubro, tal como ocurrió en la investigación llevada a cabo por Pujadas Sánchez et al. (2020), donde el control percibido y el nivel de estrés no se encontró relacionado con la antigüedad de los trabajadores. En contraposición a la hipótesis planteada, se halló que aquellos acompañantes que llevaban más tiempo desarrollando su labor como AT emplearon estrategias tendientes a afrontar las vicisitudes de su labor a través de estrategias conductuales. En consonancia con ello, Rebolledo y Serrano (2018) coincidieron con los resultados hallados en esta investigación, es decir, que a mayor antigüedad en personal de salud primaron las estrategias adaptativas, aquellas abocadas a enfrentar el problema y en consecuencia obtuvieron menores niveles de Burnout. Es necesario destacar que no existen abundantes investigaciones que exploren la antigüedad laboral y los estilos de afrontamiento, es por ello que este hallazgo podría deberse a que a mayor tiempo desarrollando su labor en ese tipo de rol, puede proveer al sujeto mayor experiencia y herramientas para afrontar las vicisitudes que la labor de acompañante conlleva a través de la acción, aportando mayores recursos que eviten desarrollar síntomas negativos para su salud, analizando de forma cognitiva la complejidad de la situación que emerja de la labor diaria, aceptando la situación y evaluando la realidad del problema, buscando apoyo de ser necesario para poder afrontarlo con el fin de direccionar conductas con el propósito de abordar el problema (Mikulic & Crespi, 2008).

En lo que atañe a los resultados alcanzados entre el contexto donde llevaban a cabo su trabajo los acompañantes terapéuticos, se halló que aquellas personas que trabajan dentro de un marco institucional utilizan respuestas aproximativas a la hora de enfrentar factores estresantes en su labor y éstas la abordaron de una manera conductual. Dicho resultado carece de antecedentes previos específicos para esta población y este contexto. Por tal motivo, se considera que podría ser interpretado de la siguiente manera: los contextos institucionales aportan mayores herramientas para lidiar con las vicisitudes inherentes al trabajo con personas con discapacidad, como un encuadre, la implicancia de otros profesionales en la labor diaria, entre otras, lo cual no ocurre de manera frecuente en un contexto domiciliario, donde un acompañante se enfrenta con un avatar de posibilidades que no siempre se logran manejar.

En resumen, en la población estudiada no se generó una asociación entre las variables psicológicas analizadas. No obstante, se caracterizó por poseer Indicadores moderados de Estrés y una prevalencia de Estilos de Afrontamiento abocado a la resolución de problemas y de manera conductual. Se identificó que la muestra masculina y aquellos que trabajan más horas como acompañantes terapéuticos evidenciaron mayores Indicadores Físicos y Psicoemocionales de Estrés. Asimismo, vale recordar que la población femenina, la Antigüedad en la labor y aquellos acompañantes que desarrollan su trabajo en un contexto domiciliario presentaron respuestas de Afrontamiento hacia el problema de índole conductual.

En función de los resultados obtenidos, se considera menester hacer referencia a las limitaciones que presentó dicha investigación, en cuanto al tamaño muestral, la heterogeneidad de la población participante y la falta de datos que den cuenta de las características de las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral frente a ello. Es por este

motivo que se recomienda que futuros trabajos continúen diversificando conocimiento en base a estos trabajadores de salud que cada día se suman a numerosos tratamientos en equipos interdisciplinarios. Se considera asimismo interesante e importante realizar un análisis pormenorizado de cada una de las subescalas englobadas dentro de las Estrategias de Afrontamiento, hecho no consumado en ésta ni en investigaciones precedentes.

6. Referencias bibliográficas

Abriojo Mora, T. M. (2021). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en trabajadores del Centro de Salud de Sayán 2021*. [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/66380/Abriojo_MTM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Álvarez-Cabrera, P. L, Chacón Fuertes, F., Sánchez Moreno, E. & Araya Urquiola, Y. (2018). Síndrome de Burnout y variables psicosociales en funcionarios penitenciarios de Arica- Chile. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, *16*(16), 49-79. http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v16n16/v16n16_a05.pdf

Arias, C. F., Zanin, L. A. & De Bortoli, M. A. (2012). *Horas de trabajo y salud mental en trabajadores de la salud*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-072/324.pdf

Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología (Vol. II).* Madrid: McGrawHill/Interamericana de España. http://biblioteca.usfa.edu.bo/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=672bd888a82a6448886b41f75b45d770

Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, F. & Caballero, N. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria,* 27(5), 313-317. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701793730

Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista De Psicología*, 21(2), 363-392. https://doi.org/10.18800/psico.200302.006

Chirrullo, V. (2015). *El Acompañamiento Terapéutico: un posible dispositivo para hacer la Educación Primaria más inclusiva.* [Tesis de Grado, Universidad de la República del Uruguay]. Repositorio Colibrí. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7958/1/Chirullo%2c%20Vicente.pdf

Cirami, L., Córdoba, E. H. & Ferrari, L. E. (2019). Estrategias de afrontamiento del estrés laboral en trabajadores de la salud y reflexiones acerca de las transformaciones organizacionales a partir de la pandemia de COVID-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *24*(2), 118-132. https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/1047/165

Colombi, M. E. (2017). *El Acompañamiento Terapéutico en el campo de la Salud Mental, como dispositivo para el abordaje de pacientes con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) y Trastorno del Espectro Autista (TEA).* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Repositorio institucional UNMDP. http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/566/0314.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Corbetta, P. (2007). *Metodologías y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGrawHill/Interamerica.

https://luisdoubrontgschool.files.wordpress.com/2021/04/corbetta-metodologia-y-tecnicas-de-investigacion-social.pdf

Cuevas Torres, M. & García Ramos, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas, 19,* 87-102. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387334691005

Dirección general de cultura y educación. (2014, 30 de junio). *Resolución 1014/14 Acompañante Terapéutico Provincia de Buenos Aires.* https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/06/Reso-1014-14-DGCyE.pdf

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2022). *Regulación del ejercicio del acompañamiento terapéutico*. https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/5866-D-2022.pdf

El-Sahili González, L. F. (2015). *Burnout. Consecuencias y Soluciones.* México: El Manual Moderno. https://books.google.com.ar/books?id=zrqsCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Espinoza Leiva, A. F. (2023). *Acompañamiento terapéutico y turismo accesible.* [Tesis de grado, Universidad Nacional del gran Rosario]. Repositorio Institucional UGR. https://rid.ugr.edu.ar/bitstream/handle/20.500.14125/690/Inv.%20D-409%20MFN%207625%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ferrer Larsen, B. & Vázquez, R. B. (2016). *Análisis empírico del Burnout en la práctica del acompañante terapéutico en la ciudad de Mar del Plata bajo el marco de la nueva ley*

de Salud Mental. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]**.** Repositorio institucional UNMDP. http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/558/0262.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Francoise Contreras, T., Juárez, F. A. & Murrain, E. K. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico, 4*(11). 29-43. https://www.redalyc.org/pdf/801/80111671003.pdf.

González, M. C., Frank, M. L., Guzmán, M. & Moreira, V. N. (2020). Formación en acompañamiento terapéutico. Antecedentes e inserción formal en ámbitos universitarios Facultad de Psicología*. Revista Universidad Nacional de Córdoba*, *5*(1), 133-147. file:///C:/Users/User/Downloads/llopresti,+Ponencia_51_Gonz%C3%A1lez,+Mar%C3%ADa| +Cristina_17%20(1).pdf

Guerezta, B. (2019, 02 de junio). *De amigo calificado a acompanhante terapêutico.* La Capital. https://www.lacapital.com.ar/mas/de-amigo-calificado-acompanante-terapeutico-n2502893.html

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación. Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica*. Buenos Aires: McGraw-Hill/ Interamericana Editores.

Ledezma Quiroz, C. D. (2019). *Estrategias de afrontamiento y predisposición al síndrome de Burnout en personal de salud que trabaja en cuidados paliativos en el "Centro de*

Salud Jesús Obrero". [Tesis de grado, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio institucional UMSA. https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/23412/T-1232.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López Trocoins, E. F. & Ibarra Araque, D. R. (2017). *Relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés, Síndrome de Burnout, Salud psicológica, y Jornada laboral en las personas que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo*. [Tesis de Grado, Universidad Católica Andrés Bello]. Biblioteca UCAB. http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAU4524.pdf

Matalinares, M. L., Díaz, G., Raymundo, O., Baca, D., Uceda, J., & Yaringaño, J. (2016). Afrontamiento del estrés y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de Lima y Huancayo. *Persona*, *19*(19), 105-126. https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/975/936

Menchini Villaluenga (2017). *Asociación entre Síndrome de Burnout y Respuestas de Afrontamiento en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencia.* [Tesis de grado, Universidad de Palermo]. Repositorio de la Universidad de Palermo. https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1925/Menchini%20Villaluenga%2C%20Luc%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mikulic, I., & Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, (15), 305-312. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100030Mur

Ministerio de Educación. (2021, 28 de mayo). *Resolución Ministerial 2021-1774-APN-ME. http://ugr.edu.ar/wp-content/uploads/2023/05/Res.-1774-2021-CCC.-Lic.-en-Acompanamiento-Terapeutico-modalidad-a-distancia.pdf*

Mur, J. A., Pereyra Girardi, C. I. & Cirami, L. (2023). Asociación de la autoeficacia para el afrontamiento del estrés y la ansiedad cognitiva ante exámenes con la sintomatología del estrés de estudiantes universitarios. *Liberabit, 29*(2), 704. https://www.redalyc.org/journal/686/68676595004/html/

OMS, (2022, 28 de septiembre). *La salud mental en el trabajo.* Centro de prensa, notas descriptivas. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

Oros de Sapia, L.B. & Neifert, I. (2006). Construcción y validación de una escala para evaluar indicadores físicos y psicoemocionales de estrés. *Evaluar*, *6*, 1-14. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/101319

París, L. E. (2015). *Estrés laboral en trabajadores de la salud.* Argentina: Teseo; UAI. https://uai.edu.ar/media/109543/paris-estres-laboral.pdf

Peiro Silla, J. M. (2001). El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, trabajo y salud. *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo***,** *13*, 18-38. https://biblat.unam.mx/hevila/InvestigacionAdministrativa/2001/vol30/no88/3.pdf

Pujadas Sánchez M. D., Pérez Pareja F. J. & García P. P. (2020). Estrés y control percibido en trabajadores de emergencias. *Ansiedad y Estrés*, 26, 52-58.

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793720300038?via%3Dihub

Pulice, G. O. (2021). *El acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura: fundamentos éticos de su clínica.* Buenos Aires: Letra Viva. https://books.google.es/books?id=5K5QEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Ramos, V. & Jordao, F. (2014). Género y Estrés Laboral: Semejanzas y Diferencias de Acuerdo a Factores de Riesgo y Mecanismos de Coping. *Organizações e Trabalho, 14*(2), 218-229. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117488/2/236621.pdf

Rebolledo, L. & Serrano, A. (2018). *Relación entre los estilos de afrontamiento, factores psicosociales laborales, el síndrome de burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria en Venezuela*. [Tesis de Grado, Universidad Católica Andrés Bello]. Repositorio UCAB. http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT6973.pdf

Reyna, C. & Bracco, C. (2011). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de IIPSI, 14*(2), 271-276. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/196301/CONICET_Digital_Nro.97946161-30ef-42ad-84cc-f276759320ac_F.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Rossi, G. P. (2005). El Acompañamiento Terapéutico y los Dispositivos alternativos de atención en salud mental. *Uaricha, Revista De Psicología, 2*(6), 49–53. http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/346/282

Sáliche, S. F. (2021). *Introducción al acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva. https://www.google.com.ar/books/edition/Introducci%C3%B3n_al_Acompa%C3%B1amiento_Terap%C3%A9/ZQNREAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=libro+de+acompa%C3%B1ante+terapeutico&printsec=frontcover

Segui García, A. G, (2013). *Acompañamiento terapéutico: historia, teoría y clínica. Experiencia en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén.* [Tesis de Grado, Universidad de Chile]. Repositorio institucional Uch. https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130319/%20Acompa%c3%b1amiento%20terap%c3%a9utico%20-.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Taylor, D., Pallant, J., Crook, H. & Cameron, P. (2004). The psychological health of emergency physicians in Australasia. *Emergency Medicine Australasia*, *16*(1), 21-27. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2004.00532.x

Vidal Lacosta, V. (2019). *El estrés laboral. Análisis y prevención.* España: Universidad de Zaragoza. https://books.google.com.ar/books?id=AvKRDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

7. Anexos

¡Hola! Mi nombre es María Belén Ortiz, solicito tu apoyo para la realización de mi tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana, la cual indaga el estrés presente y el estilo de afrontamiento en el desarrollo de la labor de acompañantes terapéuticos. Es por ello, que las preguntas que encontrarán pertenecen a dos instrumentos que miden las variables a investigar.

Tu participación es voluntaria. La información brindada es anónima y tus datos no serán difundidos. Los resultados serán utilizados exclusivamente con fines académico-científicos. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor intenta no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario de la forma más honesta posible. Ante cualquier consulta contáctame a: mariabelenortiz.mbo@gmail.com.

Muchas gracias por tu participación!

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dejo constancia de haber sido informado/a acerca de la finalidad de las respuestas que brindaré a continuación, siendo consciente de que no recibiré devolución sobre las mismas y entendiendo los objetivos que se esperan alcanzar con mi voluntaria colaboración en el proyecto de investigación.

Acepto Participar

1. ☐ SÍ
2. ☐ No

Datos Socio-Demográficos:

Por favor completa lo que a continuación se solicita:

a) Género autopercibido

1. ☐ Femenino
2. ☐ Masculino
3. ☐ Otro

b) Edad (en números): _____ años.

c) Zona de residencia:

1. ☐ Ciudad de Buenos Aires
2. ☐ Gran Buenos Aires (Conurbano)

d) ¿Actualmente te encontrás trabajando como acompañante terapéutico?

1. ☐ SÍ
2. ☐ No

e) Si tu respuesta anterior fue negativa, las razones son:

1. ☐ Me encuentro actualmente realizando otro tipo de labor
2. ☐ Me encuentro con licencia psicológica/psiquiátrica
3. ☐ Ambas
4. ☐ Otras razones

f) Tu modalidad de contratación es:

1. ☐ A través de una empresa
2. ☐ De forma particular
3. ☐ Ambas formas

g) ¿Hace cuánto tiempo te encontrás trabajando como acompañante terapéutico?

1. ☐ Menos de 1 año
2. ☐ Entre 1 y 2 años
3. ☐ Entre 2 y 5 años
4. ☐ Más de 5 años

h) ¿Estudiaste acompañamiento terapéutico?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

i) ¿Qué otra carrera afín realizaste o te encontrás realizando?

1. ☐ Estudiante en Psicología
2. ☐ Graduado en Psicología
3. ☐ Estudiante en Psicopedagogía
4. ☐ Graduado en Psicopedagogía
5. ☐ Estudiante en Enfermería
6. ☐ Graduado en Enfermería
7. ☐ Estudiante en Terapia Ocupacional
8. ☐ Graduado en Terapia Ocupacional
9. ☐ Estudiante en Psicomotricidad
10. ☐ Graduado en Psicomotricidad
11. ☐ Estudiante en Musicoterapia
12. ☐ Graduado en Musicoterapia
13. ☐ Estudiante en Medicina
14. ☐ Graduado en Medicina
15. ☐ Estudiante de educación especial
16. ☐ Graduado en educación especial
17. ☐ Ninguna/no me encuentro estudiando otra carrera
18. ☐ Otra Carrera
19. ☐ Otro curso relacionado al acompañamiento terapéutico

j) ¿En qué tipo de contexto realizás tu labor?

☐ 1. Domicilio

☐ 2. Institución

☐ 3. Ambos

A continuación, te pido que por favor respondas este cuestionario pensando en situaciones o problemas difíciles de afrontar dentro del ámbito laboral, en base a las siguientes descripciones:

A continuación, te pido que por favor respondas marcando en este cuestionario la opción que más te identifique. Pensando en situaciones o problemas difíciles de afrontar dentro del ámbito laboral, en base a las siguientes descripciones:

0= Si tu respuesta es **NUNCA.**

1= Si tu respuesta es **UNA O DOS VECES.**

2= Si tu respuesta es **ALGUNAS VECES.**

3= Si tu respuesta es **MUCHAS VECES.**

Coloca una cruz en el casillero que más te represente:

NUNCA.

UNA O DOS VECES.

ALGUNAS VECES.

MUCHAS VECES.

	0	**1**	**2**	**3**
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?				
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3. ¿Habló con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				
6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				

7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido, bajoneado o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?				
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17. Se imaginó, una y otra vez, ¿qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25. ¿Trató de preveer o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				

27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?				
29. ¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?				
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39. ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomó las cosas de una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				

46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudarán a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				

Por último, te pido que por favor marques con una cruz las afirmaciones que aparecen a continuación de acuerdo a los síntomas que has experimentado en los últimos meses **como consecuencia de tu actividad laboral**, teniendo en cuenta la frecuencia de aparición.

Indicar la frecuencia eligiendo del 0 al 4, donde:

0= nunca

1= rara vez

2= a veces sí, a veces no

3= frecuentemente

4= Siempre

	0	**1**	**2**	**3**	**4**
1. Me cuesta concentrarme.					
2. Puede pasar mucho tiempo sin que sienta dolor de cabeza.					
3. Me siento muy nervioso por pequeñeces.					
4. Tengo periodos de depresión.					

5. Mi memoria se mantiene normal.					
6. Me duermo fácilmente.					
7. Me siento agotado mentalmente.					
8. Me tomo las cosas de manera tranquila y relajada.					
9. Tengo dolor de cuello y espalda.					
10. Siento que me preocupo excesivamente por cada cosa.					
11. Puedo relajarme fácilmente.					
12. Me siento ágil, saludable.					
13. Se me hace difícil mantener la atención en algo.					
14. Cuando estoy ansioso pierdo o aumento el apetito.					
15. Me siento triste y desanimado.					
16. Sufro dolores de cabeza.					
17. Puedo mantenerme relajado a pesar de las dificultades.					
18. Me olvido fácilmente de las cosas.					

19. Me alimento normalmente.					
20. Me siento tranquilo y despejado.					
21. Tengo insomnio o dificultad para conciliar el sueño.					
22. Hasta las pequeñas cosas me ponen muy nervioso.					

