

TESINA

Presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO

**Título: Ensayo sobre “El rol del Acompañante Terapéutico en
APS”**

Autor/res:

Tolaba Páez, Claudia Inés– N° 26.232.374

Yañez Arquez, Mónica Patricia – N° 20.877.231

Director:

Lic. Estupiñan, Alfredo

**Lugar:
Rosario**

**Fecha de presentación
22/11/2022**

Firma autor/es



DEDICATORIA

Claudia Inés Tolaba Páez

*La presente tesis está dedicada a mis
padres que ya no están en este plano terrestre, a mi marido, hijos, amigos y a esos
profesores que fueron dejando su huella en mi profesión.*

Mónica Patricia Yañez Arquez

*A toda mi familia, personas maravillosas
en mi vida.*

*A las personas apasionadas por el
Acompañamiento Terapéutico, sigan concretando sueños para sí mismos y el prójimo.*

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por ayudarnos a transitar y culminar esta etapa académica.

A los directivos de la Universidad del Gran Rosario, por apoyar la jerarquización de los
Acompañantes Terapéuticos de nuestra Argentina.

Al director de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico Lic. Alfredo Estupiñan, por
creer en el potencial de los Acompañantes Terapéuticos.

A los docentes de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico, por su compromiso con
nuestra formación de grado.

A nuestra Tutora Lic. Melina Bufarini, por alentarnos a plasmar en esta investigación el
conocimiento previo y el adquirido.

A nuestros colegas que demostraron profesionalismo y compañerismo durante el cursado.

A los profesores del Instituto de Educación Superior N° 7 Populorum Progressio Tecnicatura
Superior en Acompañamiento Terapéutico: Lic. Carolina Juárez, Lic. Estefanía Valdez Clinis,
Lic. Nora Contreras, Lic. Raúl Arguello, Dr. Agustín Yécora quienes abrieron camino y
apoyan a la profesionalización del Acompañante Terapéutico en Jujuy.

A la comunidad jujeña que confía en el Acompañante Terapéutico como profesional. 2

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	6
3. Marco teórico.....	6
3.1. Construcción de una definición de Salud Mental.....	6
3.2. Acerca del proceso de salud-enfermedad.....	9
3.3. Según el sistema de salud pública, ¿qué funciones cumplen los determinantes de la salud?.....	10
3.4. Experiencia de desmanicomialización en Argentina según Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.....	12
3.5. Características del sistema socio sanitario argentino.....	14
3.6. Sobre la sanción primaria de la salud mental y dispositivos ambulatorios. Definición de aps.....	16
3.7. Los orígenes del acompañamiento terapéutico.....	18
3.8. El acompañamiento terapéutico, definición de su rol y funciones.....	19
3.9. El acompañamiento terapéutico como dispositivo.....	23
3.10. El acompañamiento terapéutico desde la Ley N° 6.262 Ejercicio profesional del acompañamiento terapéutico. Jujuy.....	25
3.11. El acompañamiento terapéutico y trabajo en APS con enfoque comunitario.....	25
4. Proyección del trabajo de campo.....	27
5. Consideraciones finales.....	27
6. Referencias bibliográficas.....	31
7. Anexo.....	35

1. INTRODUCCIÓN

Las motivaciones que impulsaron esta investigación surgen de la experiencia personal como acompañantes terapéuticos (AT) en la cotidianeidad, y la necesidad de enfatizar acerca de la situación del sistema de salud público en relación a qué es lo que sucede en los equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) y los abordajes ambulatorios en salud mental. Reflexionamos... ¿Existen dispositivos que trabajen en un abordaje de integración socio-comunitaria de quienes presentan padecimientos psíquicos-discapacidad-afección física? ¿Son dispositivos reconocidos por los profesionales de la salud mental? ¿Es valorado su aporte? He aquí el tema central de nuestro trabajo.

A partir de ello, se indagó puntualmente sobre el rol y función del AT, su inserción en el sistema público de salud en las instituciones que sostienen un abordaje ambulatorio en lo cotidiano analizando la valoración por parte de los profesionales que integran equipos interdisciplinarios dentro de las mismas. Teniendo en cuenta las actuales transformaciones en el sistema público de atención en salud mental en Argentina y específicamente en la ciudad de Jujuy. El contexto socio histórico en el que se inscribe este estudio es la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada en el año 2.010, en donde se torna explícita la paulatina reformulación de los sistemas tradicionales de atención y tratamiento, y se enfoca en el Paradigma de la Salud Mental Comunitaria. Centrando su atención fuera del ámbito de internación hospitalario preferentemente, el eje es puesto en la comunidad y responde a los principios de la Atención Primaria de la Salud. También se hará mención al proyecto Ley N°6.262 “Ejercicio profesional del acompañante terapéutico” sancionado en la provincia de Jujuy. Desde esta línea, se intentará conceptualizar el acompañamiento terapéutico como un dispositivo que pretende afianzar los lazos entre las personas con padecimiento mental, situación de crisis y su entorno de pertenencia teniendo en cuenta la singularidad en cada caso.

En primer lugar, se desarrolló el marco teórico que sustenta la presente investigación, partiendo por las concepciones actuales de salud y de salud mental que sostienen los organismos nacionales e internacionales, como también el proceso de salud enfermedad, abordando desde allí los diferentes modelos y niveles de atención con sus

determinantes.

4

Posteriormente se realizó una caracterización del sistema socio sanitario argentino, para dar cuenta de los rasgos estructurales, su forma de organización y sus instituciones, junto a los inicios del campo de la salud mental en Argentina.

Seguidamente se describieron las experiencias de reconversión de los servicios de atención en salud mental, junto con algunas de las prácticas desmanicomializadoras que acompañaron este proceso. En función de estos desarrollos, se conceptualiza sobre el acompañamiento terapéutico: sus orígenes, su consolidación y la situación actual de la práctica en Argentina.

Para finalizar se visibilizó las funciones del acompañamiento terapéutico y su abordaje en los centros de Atención Primaria de Salud, llamados CAPS.

En el siguiente apartado se especificarán los aspectos metodológicos, incluyendo los objetivos, los participantes, la selección de la muestra, el instrumento y registro de la información, como también su procedimiento y la unidad de análisis del mismo.

En el marco teórico se presenta la información recabada de las diferentes fuentes bibliográficas consultadas. Las mismas se organizan en función de los objetivos planteados, para desarrollar luego las posibles discusiones sobre los territorios del acompañante terapéutico en APS. En complemento a los aportes teóricos desarrollados se redactarán interrogantes a modo de problematización de las conceptualizaciones en contexto del campo de trabajo que serán tenidas en cuenta en las consideraciones finales.

La proyección de este trabajo de campo se implementará en una segunda etapa de aplicación. Como instrumento de registro se realizará una encuesta a profesionales que pertenecen a los equipos de APS ubicados en la zona centro de San Salvador de Jujuy. Es un instrumento conformado por diez definiciones donde deberán puntuar en una escala del uno al cinco, siendo el uno el menos importante y el cinco el más importante, para determinar el nivel de importancia que le asigna al AT en cada una de las diez funciones. Además, se suma una pregunta solicitando responder y fundamentar si considera necesario el rol del AT para desarrollarse en APS. La mencionada herramienta se encuentra en el anexo del presente trabajo para su futura aplicación.

En las Consideraciones Finales se redactaron las conclusiones en base a la investigación teórica realizada.

En las Referencias bibliográficas queda expuesta la lista de fuentes que se han utilizado

En el apartado “Anexo” se presenta la “Encuesta a Profesionales que integran la APS en los CAPS de la zona centro de la ciudad de San Salvador de Jujuy”.

2. Objetivos

2. a. Objeto general:

Describir las expectativas específicas de los profesionales que pertenecen a los equipos de APS en relación a los aportes del rol del AT inserto en dichos equipos.

2. b. Objetivos específicos:

- Identificar las expectativas de los profesionales que pertenecen a los equipos de APS en relación al rol del AT inserto en dichos equipos.
- Establecer los aportes, que esperan los profesionales que pertenecen a los equipos de APS, a sus intervenciones desde el rol del AT inserto en dichos equipos.

3. Marco teórico

3.1 Construcción de una definición en Salud Mental.

Focalizarnos en los dispositivos del campo de la Salud Mental nos lleva a pensar acerca de las concepciones sobre la salud-salud mental en particular, tomando como referencia las definiciones actuales y las dimensiones contempladas que sirven de fundamento y sustento teórico- axiológico de tales dispositivos.

La Organización Mundial de la Salud (2.011) define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano (OMS, 2.011). Derecho que día a día nos replanteemos.

Con esta definición es posible avanzar hacia una conceptualización de la salud mental como un estado de *bienestar*, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS,

2.011). Según esta perspectiva *bienestar* da cuenta de la construcción activa y dinámica del proceso de salud enfermedad. Definición que marca

6

una ecuación donde salud mental es igual a productividad sin adecuarse a los tiempos que hoy se vive en la actualidad. Entonces ¿hablamos de salud?

Según lo establecido por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, y en el marco de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se reconoce la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable.

Por otro lado, la Ley 26.657 impulsa la implementación de acciones de inclusión social, laboral y la promoción de lazos comunitarios, a través de la construcción de una red de servicios con base en la comunidad. El paradigma bajo el cual son pensadas dichas formas de trabajo en red con base en la comunidad es el de la Salud Mental Comunitaria, en oposición al denominado Modelo Médico Hegemónico. Este modelo, cuya base amplía e incluye nuevos actores e intervenciones, es articulador de diversas disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el acompañamiento terapéutico, el saber de la comunidad y el del propio usuario. Si bien no se menciona la figura del AT, se hace referencia a su función en la comunidad orientada hacia la resocialización de cada sujeto en la misma teniendo en cuenta su subjetividad .

Vinculada a los procesos de transición entre los diferentes modelos de atención en salud, la salud mental comunitaria acompañó la reformulación de los sistemas tradicionales en salud mental, tal como sucedió en las últimas décadas en los países latinoamericanos de Brasil y Chile. La reconversión de los servicios en salud mental se impulsó en los años 90, bajo la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Declaración de Caracas 1.990). En ella se establecieron los principios básicos sobre la atención en Salud Mental, sentando un precedente histórico a nivel regional. El énfasis fue puesto sobre la atención centrada en el hospital psiquiátrico, la cual debe ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad (OMS, 1.990). Siguiendo esta línea se ha planteado al hospital psiquiátrico como una modalidad asistencial, que obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social

(OPS & OEA, 1.991).

7

Posteriormente, en 1.997 y 2.001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la Salud Mental y emitió resoluciones en las que instaba a los Estados miembro a incluir a la salud mental entre sus prioridades e intensificar las actividades en esta esfera. En el 2.001, la OMS dedicó el informe sobre salud en el mundo a la salud mental e impulsó la colocación de este tema en la agenda política global. En noviembre de 2005, se celebró en Brasilia la Conferencia Regional para la Reforma de Servicios en Salud Mental; 15 años después de Caracas, la cual evaluó el camino recorrido en América Latina y el Caribe. En el 2.008, la OMS, implementó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

Según las evaluaciones de la OMS - OPS, el 66% de los países de América Latina cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental. El 71% de los planes ha sido aprobado o revisado en el 2.005 o posteriormente. El 56% de los países de la región cuenta con legislación relacionada con la salud mental o leyes específicas; sin embargo, no siempre se ajustan a los estándares internacionales de derechos humanos. Solo el 11% de los países ha aprobado o revisado sus leyes de salud mental en el 2.005 o posteriormente (OMS & OPS, 2.005).

En cuanto a los modelos de atención, las reglamentaciones de la Organización Mundial de la Salud (2.001), establecen que los servicios deberán organizarse por territorios orientados según las demandas de los usuarios del sistema público de salud. Brindando de este modo una mayor equidad en el acceso a los servicios, mayor calidad en la atención sanitaria y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y toma de decisiones. Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, con una capacidad resolutoria mayor enfocada en las personas, las familias y las comunidades.

De este modo, la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social. La atención de la Salud Mental en el hospital psiquiátrico representa una respuesta médica y social inapropiada a los trastornos mentales que perpetúa el

Teniendo en cuenta la Ley Nacional de salud mental N°26.657 y el paradigma vigente comunitario, nos preguntamos, ¿la figura del AT sería un apoyo para lograr ese derecho llamado salud en la cotidianeidad?.

3.2 Acerca del proceso salud- enfermedad

Reconocer las diferencias entre los procesos de salud y enfermedad implica, según Canguilhem, establecer diferencias de carácter cualitativo. Los estados patológicos revelan una estructura individual cualitativamente modificada, distinta al estado normal, cuya singularidad apenas puede ser apreciada en la relación del organismo con su medio (Canguilhem, 1.971/ 2.011). De esta forma, los criterios de división entre lo normal y lo patológico en el ámbito del psiquismo, son dados solamente en la relación entre el individuo y un determinado medio cultural, incluyendo en esa expresión los valores técnicos, económicos, morales y sociales.

Desde esta perspectiva, la forma de lidiar con el fenómeno de la locura está marcada por el medio social, cultural y político, que predomina en cada período histórico específico. En la Edad Media, por ejemplo, era abordada como una forma de posesión demoníaca. Ya en la Modernidad, ocasión en que impera el Racionalismo, la locura es conocida como una pérdida de la razón. Y por fin en la contemporaneidad, era en que predomina el saber médico, pasa a ser estudiada en el campo de la psicopatología y es concebida como padecimiento mental (Schneider, 2.009).

Siguiendo los aportes de Schneider (2.009), la clínica psiquiátrica efectuó un error epistemológico grave, pues confunde las variables constitutivas de los fenómenos psicopatológicos, aquellas variables que delimitan y definen tal fenómeno en su complejidad, en el caso específico las variables biológicas y psicológicas que se desdoblaron en sus síntomas psicofísicos, como sus variables constituyentes, o sea, aquellas que generan, constituyen o determinan el fenómeno, que tal como nos muestra la antropología, sociología y psicología social, son del orden de lo social y cultural. Esta perspectiva acentúa una concepción dualista (mente - cuerpo) que imperaba en el Siglo XVIII y aprisionaba la psiquiatría en un modelo empírico que proporcionaba una exacerbada descripción de numerosos síntomas, que a pesar de su valor verídico no ofrecía una definición del padecimiento psíquico ni una comprensión de los cuadros psicopatológicos. La psiquiatría se coloca entonces, en un lugar epistemológicamente

frágil, pues no consigue establecer lógicamente la etiología de sus trastornos a pesar de todo el rigor empírico presente en la elaboración de sus diagnósticos (Schneider, 2009). La objetividad que anhela recae sobre la tentativa de

9

reafirmar la existencia de una determinación orgánica, posibilitando así que otras áreas del saber, como la psicológica, se incorporen a su campo de discusión.

Hablamos de un proceso de salud- enfermedad; entonces ¿dónde se ubicaría la figura del AT ?

3.3 Según el sistema de salud-pública. ¿Qué funciones cumplen los determinantes de salud-enfermedad?

Se establecieron por primera vez servicios de salud pública, que en aquella época recibieron la denominación de “SANIDAD E HIGIENE PÚBLICA” cuya finalidad era exclusivamente la protección de la salud de la población, mediante acciones de gobierno dirigidas al medio ambiente y a la colectividad. Se había comprendido también la importancia del factor político como determinante de la salud de la población.

Esto dio como resultado que paulatinamente mejorará la salud de la población, disminuyendo notablemente las enfermedades infecciosas que las agobiaba, tan es así que para 1.940 la Tuberculosis y la Fiebre Tifoidea, casos de los ejemplos señalados anteriormente, tenían ya baja morbilidad y mortalidad, ha pesar de que no se habían descubierto todavía los antibióticos y quimioterápicos.

Había nacido también la salud pública como disciplina científica cuya finalidad era orientar las acciones de salud, para atender a la población. En 1.920 C.E. Winslow en Estados Unidos, redactó la primera definición de Salud Pública: “La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería. Así como el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud”

Posteriormente Henry Sigridson afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” y llamó PROMOCIÓN DE LA SALUD a la tarea de lograr el acceso de la población a ella “.

10

En 1.978 se produjo la Declaración de Alma Ata, donde se promovía la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su atención en salud, naciendo el concepto de Atención Primaria de Salud, como estrategia tendiente a buscar “Salud para todos en año 2.000”, adaptándose la prevención y la promoción de la salud como acciones primordiales.

El año 1.986 se produjo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Canadá, se firmó la Carta de Ottawa que definió la promoción de la salud como “ el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Se afirmó que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad”.

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SECTOR SALUD

En 1.974 se publicó el INFORME LALONDE donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva.

. Estos determinantes son:

- MEDIO AMBIENTE: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común,

- ESTILOS DE VIDA: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.

- BIOLOGÍA HUMANA, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.

· LA ATENCIÓN SANITARIA: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos.

El trabajo en la cotidianidad ¿lleva al AT a cambiar su abordaje a partir de los distintos determinantes?

11

3.4 *Experiencias de desmanicomialización en Argentina. Un cambio posible a partir de la ley N° 26.657 de salud mental.*

En Argentina, los inicios del campo de la salud mental fueron en la década del 60, en un contexto social de reformas y críticas a los saberes y prácticas hegemónicas, atravesado por el imaginario social y político de entonces. Dichas reformas buscaban dejar atrás el paradigma de la psiquiatría manicomial, en consonancia con las rupturas que se daban en el mundo y la importancia que el psicoanálisis empezaba a tener en todos los ámbitos de la cultura (Galende, 1.997).

Este proceso dio lugar al surgimiento de nuevos dispositivos de formación y de atención, creando las primeras residencias de Salud Mental, las salas de internación en Hospitales Generales, los Hospitales de Día y las Comunidades Terapéuticas. También fueron los inicios de la psicofarmacología, que integrada al resto de los abordajes, enfrentaba a los sectores manicomiales (Carpintero & Vainer, 2.004). Es a partir de la presencia de otros profesionales, portadores de otros criterios de comprensión, de otros valores, en donde las intervenciones psiquiátricas comienzan a enriquecerse, asimilando otras prácticas. El centro de la crítica lo ocuparon el manicomio y la internación de los enfermos, que abrió luego a una comprensión más amplia de las implicancias de la institucionalización que promovía la psiquiatría sobre sus pacientes.

La desmanicomialización simboliza la ruptura del modelo asilar. Esto, no sólo implica la desaparición física del establecimiento o su transformación en otras organizaciones, sino también la desaparición mental de la idea de manicomio como depósito atemporal de los emergentes familiares o sociales de una comunidad. De este modo, la desmanicomialización enlaza dos movimientos; uno dirigido a la demolición de la estructura física; el edificio con los vínculos y las normas que cobija, y otro que es la elaboración mental de una psiquiatría sin manicomio. Como resultado de ambos movimientos, la desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental, que conduce transversalmente a la noción de *red*, es decir, que el sujeto sufriente mental puede ser asistido en espacios terapéuticos delimitados, distribuidos en un territorio. Y por lo tanto, entrar y salir de cualquier punto

de la red, sea un ambulatorio, copatología, hospital de día, centro diurno o lugar de rehabilitación. Se rompe así el centralismo del manicomio, ya que no sólo deja de ser una institución total, también deja de ser el centro y eje de la atención psiquiátrica psicológica. La noción de red, por lo tanto, es antagónica a la centralidad manicomial (Bauleo, 2.010).

12

Con las reformas de las Leyes de Salud en las provincias de Río Negro y San Luis durante la década del 90, comienzan a legitimarse prácticas en salud mental en Argentina, que se apoyan en la desmanicomialización. Dicha sanción habilitaba la apertura de los servicios de Salud Mental dentro los hospitales generales y públicos y el consecuente cierre de los hospitales psiquiátricos.

A partir de la sanción de la Ley 2.440 de promoción sanitaria y social de las personas que viven con sufrimiento mental (Cohen, 1.991), se impulsó en Río Negro la primera reforma legal, orientada a la reformulación del sistema de atención en salud mental en el año 1.991. Su punto central implicaba eliminar los manicomios y modificar la respuesta estatal ante quienes viven con padecimiento psíquico (Cohen, 1.991). Algunas de las estrategias seguidas en este proceso fueron:

- Internación de los pacientes en hospitales generales.
- Progresivo aumento de los recursos humanos, con formación de equipos y agentes multiplicadores de la tarea.
- Designación de personas recuperadas para integrarse a los equipos (sobre todo en los grupos de alcohólicos).
- Trabajo institucional, comunitario y social (gestión de alimentos, viviendas, pensiones, seguridad social).
- La creación de guardias pasivas.
- Organización de actividades pre cooperativas con los pacientes.

En la provincia de San Luis, el proceso de transformación institucional del antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial, hoy denominado "Hospital Escuela de Salud Mental", fue llevado a cabo desde el año 1.993. Con la sanción de la Ley Provincial N° 1.053 en el año 2.001. Dicho proceso persiguió como principal objetivo retornar aquellos pacientes externalizados a su lugar de origen, su

grupo familiar, su paisaje, conectarlos con aquello que les pertenece y alguna vez les fue propio. Entre las estrategias que siguieron en San Luis están la revisión de las historias clínicas de los pacientes, muchas de las cuales databan de más de diez años, sin actualización. Se revisaron también las medicaciones en cada caso y el tratamiento farmacológico. En muchos de estos casos, se trataba de medicación y tratamientos inadecuados. En aquellas situaciones en que no se cuenta con el apoyo del grupo

13

familiar, se buscó familias sustitutas, que cobran un subsidio por parte del Estado Provincial y cuentan además con la provisión de alimentos y medicación. En el ámbito institucional, el hospital realiza asambleas abiertas, donde todos los participantes tienen derecho a hablar (médicos, pacientes, enfermeros, trabajadores del hospital en general).

Según Edwin Goffman” las instituciones totales arrasan con la subjetividad de cada ser, es por eso la importancia de buscar dispositivos que contribuyan a la inserción social de las personas teniendo en cuenta sus derechos y la construcción participe de su subjetividad.

Los cambios paradigmáticos llevan en la actualidad a reorganizar los sistemas de salud, tal es el caso del cambio de hospitales psiquiátricos a hospitales de segundo nivel de asistencia que ocurrió en la ciudad de San Salvador de Jujuy en el año 2.022, recientemente ubicando a los Usuarios en la sociedad.

¿Podría ser considerada la figura del AT un nexo entre la cotidianeidad de la institución y la construcción hacia la resocialización?

3.5 Características del sistema socio sanitario argentino, perspectiva histórica.

La creación del Ministerio de Salud Pública en la Argentina, en la década de 1.940, otorgó al Estado un rol central en materia de salud, siendo estos lineamientos modificados a lo largo de la historia socio sanitaria y política del país. La creación de la Secretaría de Salud Pública, jerarquizada en Ministerio de Estado en 1.946, y la sanción de una Ley orgánica, marcaron una nueva dirección política, en dónde la salud se visualiza como una cuestión social (Carrillo, 1.946). Con las políticas desarrolladas durante el Estado Benefactor, la salud del individuo y de la comunidad pasó a ser una cuestión de Estado, organizado en torno al valor de la solidaridad. Los principios

vinculados al sector de la salud. Este proceso histórico, consistieron en la creación de ciertas garantías sociales, implementadas a través de la instauración de un sistema de seguros obligatorios, dirigidos a la cobertura de los principales riesgos de la existencia: enfermedad, vejez, invalidez, desocupación. El Estado garantiza a través de ellas un principio de igualdad entre todos los ciudadanos, de equidad y de justicia en tanto la cobertura no debía diferenciar entre los individuos según su posición económica o su ingreso. La seguridad social representaba una forma de cohesión social, vinculada fuertemente a lo público.

14

Con la crisis del Estado Benefactor, la deslegitimación del Estado condujo a la reducción de las competencias del Estado sobre lo público, transfiriendo a la esfera privada cada vez más funciones, retirándose de la cobertura de los riesgos. A partir de 1.970, la afiliación obligatoria de los trabajadores a la obra social correspondiente a su rama de trabajo amplió significativamente la extensión de la cobertura. El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. Esta expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector, siendo determinante su importancia en el crecimiento del subsector privado. La red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a quedar reservado a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social.

De este modo, la provisión de salud en Argentina está organizada por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Con el creciente desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptando un alto grado de fragmentación. Cuya evolución fue adquiriendo una organización creciente descentralizada en el sector público (Centrón Golo & Devoto, 2002). Siguiendo el análisis que proponen estos autores, la ausencia de instancias coordinadoras entre los tres subsistemas y particularmente hacia el interior del sector privado, fue agravada por las características económicas que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, orientado a transferir servicios desde el nivel central a provincias y de estas a municipios.

La descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido, sobre todo en las reformas del sistema de salud durante los años 90, a la presión ejercida por el Estado Nacional para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios). Este proceso de transferencia de provincias a municipios ha sido defectuoso, sumado a la inexistencia de una adecuada articulación de las diferentes instituciones en redes de atención. Desde el punto de vista institucional, el

Ministerio de Salud es la instancia nacional en materia de salud pública, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. En el nivel provincial, los gobiernos cuentan con autonomía en materia de salud, dada la estructura federal del país. Por lo tanto, las políticas públicas sancionadas a nivel nacional tienen un valor indicativo, estando la adhesión a las mismas condicionada por las coincidencias en el plano político más general.

En la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud está organizado en regiones programáticas compuestas por 16 partidos de cabecera, respondiendo a la demanda de 1.200.000 habitantes aproximadamente.

15

A nivel municipal, los gobiernos administran los servicios de salud dentro de su región y ejecutan programas, encuadrando dentro de sus incumbencias los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos geográficamente según los barrios que componen el partido o municipio.

En la provincia de Jujuy, en la actualidad se realizan políticas públicas de salud/salud mental tendientes a mejorar los derechos de las personas y su participación en la comunidad buscando redes comunitarias para un mejor acceso al sistema de salud.

¿Estos cambios en políticas públicas de salud/salud mental posibilitan nuevos caminos de inserción para el acompañante terapéutico?

3.6 Sobre la atención primaria en salud mental y los dispositivos ambulatorios. Hacia una definición de APS.

Los niveles de atención de la salud, son una forma estructurada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (García Salabarría, 2.006). Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (Magnífico, Noceti & Rodríguez, 2.002).

El primer nivel de atención es el más cercano a la población. Está dado como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas y centros de salud.

La estrategia de la APS definió un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad, que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel, por modelos basados en la promoción de la salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población (Vignolo, 2.011).

El Segundo Nivel de atención de la salud es cubierto por hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Y el tercer nivel de atención, representa la atención de problemas poco prevalentes, patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología .

16

Con la Ley Nacional N° 25.421, sancionada en Argentina el año 2.001, se crea el *Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)*, entendiéndose como atención primaria, prevención, promoción y protección de la salud mental, a la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistir a las personas que enferman y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los padecimientos graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronificación (Ley Nacional 25.421).

Con la sanción en el año 2.010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el proceso de atención en salud mental se orienta hacia los dispositivos ambulatorios, que encuadran dentro de la APS, con una impronta comunitaria. De este modo, la internación pasa a ser concebida como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. De este modo, las transformaciones en el sistema de atención, reorientan las demandas en salud mental desde las instituciones de atención secundaria y terciaria: hospitales monovalentes y clínicas psiquiátricas, hacia dispositivos de abordaje ambulatorio: centros de salud, hospitales de día, consultorios externos en hospitales generales.

Con el decreto 603 /2.013 se reglamenta la Ley y se establece que todas las gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo ministerio, sino de todos los organismos competentes del Estado Nacional, dando intervención a sus tres poderes: judicial, legislativo y ejecutivo. El citado decreto establece la creación de - La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, presidida por el ámbito de aplicación de la Ley;

- Un Consejo Consultivo c o por organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores.
- Un Órgano de Revisión, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objetivo de proteger los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en

17

su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca” (Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2.013 Argentina).

¿Podemos pensar la figura del AT como un eslabón más de la cadena de profesionales de salud/salud mental?

3.7 Los orígenes del acompañamiento terapéutico en Argentina.

En Argentina, los primeros pasos en la inclusión de nuevos agentes en salud mental surgieron en la década del 70, en el ámbito del trabajo con adolescentes con problemáticas de adicciones. Fue el psiquiatra argentino Eduardo Kalina quien pensó en la denominación de “amigo calificado”. Lo particular de este grupo de jóvenes, hacía necesaria la inclusión de “intermediadores” entre sus vínculos simbióticos con otros adictos y la droga, y su vuelta a la calle (Kuras de Mauer & Resnizky, 2.003). El fundamento de este modelo de trabajo se basó en las propuestas teóricas de José Bleger (1.962) quien propuso la ruptura de dichos modelos vinculares simbióticos. Posteriormente, se empleó la denominación de “acompañante terapéutico”, acentuando de este modo el enfoque terapéutico.

Otras experiencias fundantes surgieron en el trabajo terapéutico con pacientes psicóticos. Las autoras Kuras de Mauer & Resnizky (2.011) reconocen su inclusión en este campo, como un recurso que apunta a la construcción de redes y a la reconstrucción de vínculos con pacientes con cuadros crónicos.

Para situar los momentos desarrollo de la práctica de acompañante terapéutico en Argentina, las autoras Kuras de Mauer & Resnizky proponen cuatro períodos:

- Un primer momento, que abarca desde el año 1.970 hacia el año 1.985, en dónde surgió una clínica de urgencias, de trabajo de equipos de abordaje múltiple, en dónde fue acuñado el término de “acompañante terapéutico” y en dónde se impulsó una forma innovadora de trabajo en salud mental.
- Un segundo momento de conceptualización, que abarca entre los años 1.985- 2.000, en dónde se concretaron experiencias, definiendo, dando crecimiento y consolidando la práctica del AT. Esto lo llevó a ser una práctica reconocida por instituciones asistenciales y luego en la universidad. Por entonces ya se implantaba en la asistencia con pacientes psicóticos y en la recuperación de adicciones.

18

- Un tercer momento de institucionalización en dónde se constituye una Asociación Argentina de Acompañantes Terapéuticos (AATRA), se realizan congresos, encuentros a nivel nacional y local, intercambio con colegas de otros países.
- Y actualmente, un momento dónde el AT se encuentra en proceso lento de integración a las políticas públicas de salud, con el marco regulatorio de la Ley de Salud Mental que legitima las nuevas prácticas y procura instalar en la sociedad una nueva forma de asistencia.

Entre las publicaciones argentinas sobre la temática, el acompañante terapéutico es definido como un auxiliar de la salud mental, quien se vale en lo fundamental del diálogo, el ejercicio cognitivo conductual y la relación interpersonal como factores generadores de cambio, apelando también al uso de medios físicos. Contribuyendo de este modo al tratamiento de los trastornos psíquicos, de acuerdo a la planificación y objetivos propuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su dirección y supervisión (Horni, 2.003). En tanto experiencia intersubjetiva, es un devenir en movimiento e interacción con el otro.

Remite a la idea de un “auxilio ajeno” definido en estos términos por Freud en su Proyecto de una psicología para neurólogos (Freud, 1.895), para referirse a la acción específica necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento. Se dispone a brindarse como un semejante que opere como soporte, como “organizador psíquico” (Kuras de Mauer & Resnizky, 2.003).

En la actualidad el acompañamiento terapéutico sigue creciendo a partir de nuevas asociaciones, leyes provinciales sancionadas como en la provincia de Jujuy donde la definición de acompañante es a partir de un auxiliar de salud complementario al equipo interdisciplinario con un abordaje biopsicosocial.

¿La figura del acompañante terapéutico, desde su rol y función, podría dar respuesta a las demandas de salud/salud mental según los tiempos actuales?

3.8 Sobre la formación y capacitación de los AT .Definición de rol y función del AT.

En el año 2014, se dictó en la Provincia de Buenos Aires la resolución ministerial 1014/14, mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y la Secretaría de Educación y Cultura de la Nación, sobre un plan de formación para acompañantes

19
terapéuticos en la Provincia de Buenos Aires. Su objetivo es permitir el ingreso de los acompañantes al Registro del departamento de ejercicio de las profesiones de la Dirección de Fiscalización Sanitaria. Este hecho establece un precedente hacia la profesionalización de los acompañantes en el ámbito público de la salud.

Pese a ser un recurso legítimo desde su práctica, su inserción en el ámbito de la formación académica tuvo varios intentos fallidos. En el año 1986, se designa en la Facultad de Filosofía de la UBA, la comisión asesora para implementación de la carrera de Acompañamiento Terapéutico. Las autoras de este anteproyecto, Kuras de Mauer y Resnisky, lo plantean con el propósito de institucionalizar, jerarquizar y actualizar la formación de AT, dándole lugar de carrera intermedia.

Otro intento de articular la formación de AT al ámbito universitario fue presentado en la Facultad de Psicología de la UBA en el año 1996. Sus autores, Manson, Pulice y Rossi propusieron la creación de un título alternativo de acompañamiento terapéutico, estableciendo como principales objetivos reconocer la especificidad del recurso, como alternativa terapéutica a la institucionalización crónica y a la manicomialización, frente a la disgregación en el aprovechamiento de recursos en las políticas de Salud Mental.

Ambos intentos, si bien tuvieron diferentes instancias de aprobación, no lograron consolidarse en el ámbito académico.

Desde el año 2002 se incluyó en la Facultad de Psicología de la UBA como materia

optativa dentro de la curr...ra, la práctica profesional "Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico" (Kuras de Mauer & Resnizky, 2.003).

Actualmente, se dictan tecnicaturas que ofrecen formación de nivel terciario en el ámbito privado, como en la Universidad Católica de San Juan y San Luis. Y en las ciudades de Paraná (Entre Ríos), La Plata y Bahía Blanca (Buenos Aires), Esquel (Chubut), Viedma (Río Negro), Rosario (Santa Fé), y Córdoba (Pulice, 2.011), Instituto Populorum Progressio -IES 11 dos tecnicaturas (Jujuy). El resto de la formación es cubierta por instituciones privadas, que brindan capacitación articulada en diferentes contenidos, a modo de cursos de extensión. El reconocimiento de estos últimos no es legitimado por el Ministerio de Educación.

Desde el año 2.021 comienza un nuevo marco histórico para la formación de los Técnicos en Acompañamiento Terapéuticos abriéndose la primera Licenciatura en la historia Argentina y aun sin antecedentes en otras partes del mundo de la carrera de

20

Acompañamiento Terapéutico siendo dictada desde la Universidad del Gran Rosario (UGR) en forma virtual.

Con la pandemia se abre un abanico de caminos de intervención del AT como también nuevos espacios de formación teórico práctico, siendo la Argentina y UGR precursores de la primera Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico.

El reconocimiento social del acompañamiento y su demanda por parte de los distintos profesionales de la salud ha generado que sea un servicio reconocido actualmente por obras sociales y seguros de salud (Dragotto, 2.011). Como se mencionó anteriormente la pandemia y las nuevas demandas subjetivas hacen necesario esta nueva profesión.

En cuanto a su inscripción legal, pese a las distintas presentaciones de Proyectos de Ley, en la ciudad autónoma de Buenos Aires y en Córdoba, no han logrado consolidarse en el tiempo las distintas propuestas, a excepción de la Provincia de San Luis, en dónde se sancionó en el año 2.008 la *Ley de Acompañante Terapéutico N° III 0599-2007* (Bustos & Pellegrini, 2.008).

Fueron reiterados los intentos de consolidar una ley nacional de Acompañamiento Terapéutico. En la actualidad los acompañantes terapéuticos se encuentran agrupados en dos grandes fuertes, el Colectivo Federal de Acompañamiento Terapéutico (CoFAT) y la Unión Intersindical, ambos integrados por AT de todas las provincias. La finalidad de

ambos sectores es una ley c reglamentación del ejercicio profesional de todos los AT.

Al definir el acompañamiento terapéutico también citamos a Gustavo Rossi, profesional destacado en la historia, construcción y crecimiento de nuestra profesión.

El acompañamiento terapéutico consiste en la asistencia ambulatoria de personas con perturbaciones psíquicas severas o en situaciones de crisis/emergencias, que se realiza en el medio donde vive habitualmente el paciente y en actividades del ámbito social, por fuera del consultorio y el espacio institucional. Sus diversas modalidades de intervención se sostienen desde una relación terapéutica personalizada, acotada a las necesidades y momentos de cada paciente y sus vínculos de referencia cotidianos, respetando la especificidad y los lineamientos de su tratamiento. Permite esquemas de asistencia tendientes a evitar la internación institucional, en los casos que resulte pertinente, acortando los tiempos de residencia en la clínica o el hospital psiquiátrico, que suele traer consecuencias negativas para el paciente. En el mediano plazo, facilita también la disminución de costos si es utilizado por un equipo profesional idóneo, en tanto se instrumenten los recursos y programas más convenientes para el seguimiento

21

de un paciente en cada etapa del tratamiento y para su reinserción social. El acompañamiento terapéutico es un recurso que fortalece y complementa en la vida cotidiana los abordajes institucionales, favoreciendo la continuidad entre esas distintas etapas, para tratar de evitar recaídas en los momentos de especial fragilidad psíquica. Permite contener y asistir al grupo familiar que suele estar atravesando una situación crítica o padecer los efectos de cuadros clínicos que implican un deterioro crónico del paciente. En trabajo con niños, ofrece una intervención que llega al medio familiar, social o educativo del niño, así como en el marco de las instituciones asistenciales, con objetivos puntuales delineados y orientados en una estrategia de trabajo en equipo.

Diversas son las funciones del acompañante terapéutico dependiendo de la singularidad de cada caso y de los objetivos terapéuticos planteados en un encuadre de trabajo.

Podemos ver:

El AT es un recurso especializado para la asistencia ambulatoria de situaciones recurrentes y problemáticas o que no son abordables en forma excluyente por las estrategias clásicas del campo de la Salud Mental. Se desempeña como apoyo especialmente en el entorno habitual -familiar y social- del sujeto: desde el domicilio a la calle, así como en salidas, bares, cines, clubes, parques, shopping, etc. Busca utilizar el

espacio de circulación del desarrollo de un proyecto terapéutico, y para esto se va a la comunidad. La función de esto, también trabaja para facilitar el lazo social, incentivar la inserción educativa, laboral y recreativa. Es un elemento privilegiado para evitar la estigmatización social, la segregación y la cronificación. En casos con un deterioro crónico, es además una práctica que promueve estímulos acordes a las circunstancias, desde el establecimiento de un vínculo singular con el acompañado, para tender a mejorar la calidad de vida.

El acompañamiento terapéutico:

- . Facilita la contención emocional de la persona con padecimiento psíquico severo y su familia en situaciones de crisis y emergencias clínicas.
- . Otorga una atención permanente y el seguimiento más personalizado de la evolución del paciente, siendo una herramienta especialmente apta para el trabajo interdisciplinario.
- . Promueve la reinserción educativa, laboral y recreativa.
- . Permite sostener los lazos familiares y sociales que resultan convenientes, en función de la indicación médico-psicológica.

22

- . Propiciar la detección temprana de síntomas ante una posible recaída, disminuyendo los riesgos a través de una adecuada contención.
- . Ayuda a una reducción de costos en los tratamientos, al brindar alternativas a la cronificación y a la internación institucional reiterada.

El AT interviene por lo general ante la indicación de un profesional, si bien en nuestra experiencia a veces la familia fue quien solicitó este recurso, ante lo cual hemos instrumentado una red interdisciplinaria de atención. El equipo interviene ante situaciones de emergencias/ crisis, en el momento agudo. Aunque no sea exactamente un sistema de “urgencia psiquiátrica”, se organiza un esquema de atención acorde a las características del paciente y su entorno familiar. En los casos de internación domiciliaria, el equipo está presente las 24 hs., ubicándose así entre los recursos (junto a la intervención psicofarmacológica) que permiten dar un tiempo para la pausa en el momento donde lo impulsivo se precipita, donde parece que el paciente “no puede esperar”, generando una escena cuya crisis excede la contención familiar y del entorno habitual. Otra modalidad de asistencia consiste en acompañar el proceso de la externación del paciente, por la complejidad que suele tener el retorno al hogar luego de una estancia institucional. El AT también favorece la continuidad entre las distintas etapas del tratamiento en Salud Mental: Internación – Hospital de Día – Tratamiento

ambulatorio en consultorio, bradas ocasionan perjuicios tanto para la evolución del paciente como para la familia. La inserción laboral, educativa y recreativa, así como la facilitación de vínculos para el paciente, implican un proceso de asistencia que en ocasiones requiere de un acompañamiento personalizado que oriente este momento, cuando la familia no está en condiciones de realizar esta tarea. También es utilizado como sostén del paciente ante ausencias del terapeuta (por Congresos, vacaciones, etc.), como ser con una intervención de algunas horas por semana que puede complementarse con Guardias Pasivas.

3.9 El acompañamiento terapéutico como un dispositivo en salud mental.

En tanto artificios o recursos que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo en los programas de atención o bien modificaciones en la cultura asistencial (Bustos, 2.005) los conceptos de *red*, *descentralización*, y *dispositivo* son clave en relación al acompañamiento terapéutico.

23

Un dispositivo es un conjunto heterogéneo compuesto de discursos, instituciones, planificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, que abarcan tanto lo dicho, cómo lo no dicho. Lo que se quiere señalar en el dispositivo justamente es la naturaleza de la relación que puede existir entre esos elementos. Por último, remite a la respuesta de una urgencia, en un momento histórico determinado (Foucault, 1.968).

La *naturaleza estratégica* del dispositivo que marca Foucault, nace para dar respuesta a una necesidad, demanda o urgencia. En este sentido el AT se configura como una estrategia que nace desde lo empírico, a raíz de una práctica clínica que se encontraba limitada en los márgenes del consultorio, y necesitaba ampliar su mirada y sus intervenciones hacia el exterior. Por esta razón es que el AT actúa en diversos ámbitos, cuyo principal escenario es la vida cotidiana de quienes son acompañados. La intervención en la cotidianidad constituye lo específico de la práctica (Dragotto & Frank, 2.012).

La *heterogeneidad* del dispositivo está marcada por los diferentes escenarios y situaciones que van a demandar su intervención: ámbito familiar, educativo, judicial, de instituciones asistenciales, recreativas o artísticas. La heterogeneidad en cuanto a la formación, desde las formaciones teóricas que anidan en la práctica, desde la práctica

clínica, desde los diferentes contextos y la naturaleza de las relaciones que entabla en cada uno de ellos con el entorno. Su inserción interdisciplinaria, sus incumbencias y la regulación de su ejercicio (Kuras de Mauer & Resnizky, 2.011).

Por otro lado, configura una red entorno de su trabajo, el entramado de profesionales que conforman un equipo interdisciplinario de salud mental, su contexto institucional, su referencia al ámbito público o privado, sus intercambios de trabajo con base en la comunidad: escuelas, centros de salud barriales, ONGs, sociedades de fomento, clubes, talleres artísticos, centros de formación profesional, centros culturales, cines, teatros.

El equipo interdisciplinario de trabajo en salud mental conforma una red a partir de roles y funciones que están claramente diferenciados. Funciona como una unidad y desde esta unidad es que todos los miembros del equipo participan en una intervención. Dentro de esta unidad, el AT ocupa un lugar específico tanto por su posición y objetivos como por las actividades que realiza, quedando diferenciado del resto de los integrantes. Las funciones del AT exigen como condición las funciones de supervisión y dirección (Horni, 2.005).

24

¿Podríamos hablar de un dispositivo inserto en la cotidianeidad desde el acompañamiento terapéutico?

3.10 EL acompañamiento Terapéutico según la ley provincial de jujuy N°6.262 #Ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico”.

Destacamos que en 2.014 la primera Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico se inaugura en el Instituto de Educación Superior N°7, desde donde el estudiantado, sus docentes, egresados de la carrera y demás profesionales aportaron para el proyecto de ley que regulará nuestra práctica.. Desde este proyecto de ley sancionado, se considera que la figura del AT es fundamental en los equipos de salud/salud mental. El rol del AT es el de un profesional formado que trabaja en equipos interdisciplinarios en favor de la reinserción y reconstitución de lazos afectivos y sociales de las personas.

3.11 El acompañamiento terapéutico y trabajo en aps desde un enfoque comunitario.

Hablamos de acompañamiento terapéutico al menos en dos sentidos. Sentidos que, si bien no son excluyentes, delimitan significados, activan imaginarios y nombran campos de acción diversos. Uno es el “sentido psi”. Otro, el que el término incluye en su literalidad. Según este último, el acompañamiento tendría que ver con acompañar, estar con, estar en compañía de. Ese conjunto de acciones que distintos profesionales llevan a cabo en el marco de instituciones estatales, de prestaciones privadas o de organizaciones no gubernamentales, y que por convención se acostumbra en llamar acompañamiento terapéutico, tiene como interlocutor a niños y adolescentes sin referentes que operen como adultos responsables a su cargo, personas que no leen ni escriben, personas con problemas de salud mental, adictos al consumo de drogas, personas sin previo pasaje por las instituciones tradicionalmente socializadoras (sobre todo la familia y la escuela), y demás. Aunque con las particularidades propias de cada situación, el denominador común del acompañamiento terapéutico es, precisamente, acompañar a estas personas en la constitución de lazos vitales. Vínculos con un espacio, con una actividad, lazos con una institución o con otras personas que, pasado un tiempo en el que no están pudiendo hacerlo solas, sean ellas mismas capaces de sostenerse autónomamente. Sumando el “sentido literal” al “sentido psi”, en

25

estas notas hablaremos puntualmente del acompañamiento terapéutico en el marco del equipo inter-disciplinario de un centro de atención primaria de la salud, dependiente de la Municipalidad de Rosario, ubicado en el distrito noroeste de la ciudad, concretamente en el barrio de Ludueña, y conformado por pediatras, enfermeros, médico clínico, médico generalista, ginecóloga, psicóloga y trabajadora social. “¿Por qué escribir sobre acompañamiento terapéutico? ”Cuando nos juntábamos a conversar sobre el acompañamiento terapéutico, surgían una serie de comentarios: “En el centro de salud si bien es posible pensar, discutir e intervenir con otros, no hay tiempo para sentarse a sistematizar lo que hacemos (...) Yo puedo hablar con mis compañeros pero no puedo escribir con ellos (...) A veces las mismas discusiones entre profesionales se producen en los pasillos o en algún momento donde nos cruzamos, generalmente en el almuerzo (...) A nosotros mismos se nos hace difícil sostener los encuentros quincenales que propusimos para discutir el trabajo realizado con las familias y pacientes más complejos. Siempre algún miembro del equipo no puede asistir porque tiene algo más urgente y grave que atender. En este contexto, resulta casi imposible destinar tiempo para documentar lo que hacemos” Valeria Marani y Juan Manuel Sodo

A partir de un detenimiento en los comentarios, elaboramos el problema de la

documentación: en trabajos le incertidumbre (aquellos en los que a uno se le quemaban los papeles todo el tiempo a la hora de intervenir), con personas en situación de extrema vulnerabilidad y en medio de jornadas desbordantes que implican todo el tiempo probar, inventar, ir viendo, ir tanteando, ir, venir... documentar lo que uno hace se vuelve imprescindible. De allí que sea bastante común el hecho de que quienes llevan a cabo tareas en esas condiciones de trabajo, en algún momento demanden a agentes externos (externos a la institución, al trabajo) modos de registrar, sistematizar, volver visibles... todo ese conjunto de saberes y haceres que han sido capaces de crear y poner en práctica como producto de su experiencia. Ya sea para que algo de eso quede, como para ponerlo en común y la disponibilidad de sus pares. Pero íbamos más allá en los comentarios y surgían nuevas interrogantes: ¿por qué el imperativo de escribir? ¿Por qué escribir unas notas, un artículo, un texto o lo que fuere sobre el acompañamiento? ¿Solamente porque lo escrito (vinculado al imaginario de la letra, del documento, lo formal, racional, jerárquico), en comparación con lo hablado (asociado al imaginario de lo informal, espontáneo, etc.), posibilita documentar y sistematizar mejor una práctica? ¿O también por algo más? ¿Cómo se vincula esto con poder pensar? En este sentido, formulamos una hipótesis: decimos que, además de su valor documental o de archivo, la escritura permite abrir condiciones de pensamiento y elaboración de una práctica a partir de producir una lentificación. Esto es, aparte del trabajo en las condiciones de urgencia mencionadas, la vida en sociedades en las que entre el mercado y las tecnologías de la comunicación 26 construyen las percepciones del tiempo, del espacio y del otro, es por lo general una vida instantánea, ansiosa, en presente continuo, en la que transcurrimos con la sensación del apuro y el acelere constantes, en la que parecemos estar siempre "corriendo". De modo que para nosotros cualquier instancia que implique suspender por un momento la inercia al vértigo y generar espacios y tiempos autónomos, abre condiciones de pensamiento y elaboración. Que la escritura produce una lentificación, entonces, quiere decir justamente eso: que por su misma materialidad -distinta a la del habla- requiere de una temporalidad que, entre otras cosas, conlleva sentarse, detenerse, conectar ideas, pasar en limpio, leer, borrar, reescribir, predisponerse de otra manera; en suma, abrir un territorio de pensamiento en torno de algo. Acompañamiento terapéutico y trabajo social en un centro de salud.

El abordaje es interdisciplinario pero la intervención depende de la singularidad de cada caso a partir de la construcción de su subjetividad.

¿El AT es importante desde la prevención? ¿es facilitador de la construcción de redes comunitarios en la prevención?.

4. PROYECCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO:

Se decidió trabajar en dos etapas. La primera donde se desarrolla un análisis teórico. En la segunda, se realizará el trabajo de campo donde se indaga sobre las expectativas específicas de los profesionales que pertenecen a los equipos de APS en relación a los aportes del rol del AT inserto en dichos equipos. Utilizando como herramienta una “Encuesta a Profesionales de los CAPS de APS de la zona centro de la ciudad de San Salvador de Jujuy”. Esta segunda etapa se proyecta a futuro.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Los cambios paradigmáticos en la atención y abordaje del sufrimiento mental en su devenir histórico y social han pasado de un modelo asistencial, asilar hacia una concepción más abierta y comunitaria desde lo integral. Estas transformaciones que cambian el camino de un modelo médico hegemónico- asistencial, acompañadas por reformas legales que las sustentan y una pandemia covid han vuelto necesario

27

incorporar nuevos recursos y profesionales que acompañen este proceso; a su vez, que potencien la función terapéutica de los diferentes abordajes e intervenciones. En esta dirección, el acompañamiento terapéutico ha sido expuesto en este trabajo como un dispositivo que contribuye a fortalecer los abordajes ambulatorios, el trabajo sobre la integración social y la restitución de lazos sociales, inherente a la lógica desmanicomializadora que sostiene la Ley Nacional. En su Artículo 12º, se le otorga por primera vez entidad jurídica a esta actividad a nivel Nacional. Y si bien lo hace de manera sucinta e imprecisa, abre las puertas a la introducción de los instrumentos jurídicos complementarios que posibiliten la regulación y definitiva inclusión formal del *Acompañamiento Terapéutico* como profesión con carta plena de ciudadanía en el *Sistema de Salud Mental*.

Por otro lado, la falta de regulación de la práctica de los AT desde el ámbito legal, deja desprovista de coordenadas jurídicas a la actividad. Actualmente se encuentra con media sanción en el Congreso de la Nación el Proyecto de Ley Nacional para regular el ejercicio de los AT.

Cabe destacar que la práctica del acompañamiento terapéutico como un eslabón más de la cadena de salud abriendo un abanico de posibles intervenciones en distintos campos, y posibilitando la sanción de leyes como la Ley N° 6.262 Ejercicio Profesional del Acompañamiento Terapéutico de la provincia de Jujuy.

Si bien es un recurso reconocido por todos los profesionales que conforman los equipos, situándose como una práctica legitimada a nivel social, su formalización no encuentra aún concreción. Varios profesionales del ámbito público plantearon desconocimiento sobre qué instancias académicas y con qué nivel de capacitación deben formarse quienes aspiren a ejercer profesionalmente la actividad. Situación que comienza a definirse a partir de la resolución ministerial 1.014/14 de la provincia de Jujuy, la cual establece los contenidos para la formación de los AT. Y que en el año 2.021 se abre la primera Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico a nivel mundial sin precedente alguno de tal formación, permitiendo el avance de la profesión. Se visualiza, por otra parte, la concepción del AT como un sistema de apoyo y de referencia que habilita el trabajo en salud, afianzando las intervenciones en el marco de la descentralización. Hacia este objetivo, se orienta el Plan Nacional de Salud Mental con su intención de fortalecer el primer nivel de atención en el marco de la APS y su componente de salud mental, incorporando nuevos recursos humanos en los CAPS y capacitando en servicio al personal del equipo de salud. Avances que requieren el apoyo de recursos económicos que permitan hacer efectivo su cumplimiento.

Por lo expuesto, puede reconocerse como una característica general del sistema local de salud, que la reorientación de las demandas en salud mental desde instituciones de

28

atención secundaria y terciaria hacia atención primaria, ha impactado fuertemente en el sistema local, forzando ciertas reestructuraciones. Esta situación fue reflejada en el relato de quienes se desempeñan en las instituciones, acordando en muchos casos que tal sistema no se encuentra actualmente preparado para canalizar este aumento de demandas.

Con respecto a las reglamentaciones sobre los modelos de atención de la Organización Mundial de la Salud (2.001), quedó expuesto en esta investigación que los servicios deberán organizarse por territorios, orientados según las demandas de los usuarios del sistema público de salud. Brindando así una mayor equidad en el acceso, mayor calidad en la atención sanitaria y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y toma de decisiones. Sosteniendo que esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción, prevención y el fortalecimiento de la atención primaria. Estos cambios favorecen claramente las intervenciones en la comunidad, pero su fortalecimiento queda acotado

por la ausencia de programa: ascienden la organización de los propios centros de salud y de los profesionales. Cambios evidenciados en el paso se hospitales psiquiátricos a hospitales de primer nivel de atención.

Los dispositivos de nivel intermedio, con dinámicas de trabajo grupal y con sede en instituciones de la comunidad, cuyo enlace clave es el AT, es un intento de comenzar a configurar un espacio por fuera de los CAPS. Por otro lado la intervención en los nuevos Dispositivos Integrales de Abordajes Territoriales (DIATS), creados por la Sedronar, buscan abordajes intersectoriales y articulados con los centros de salud. Siendo un espacio importante para la recepción de demandas y la planificación de estrategias de intervención.

Además, queda establecido en el decreto 603 /2.013 que reglamenta la Ley, que todas las gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo Ministerio, sino de todos los organismos competentes del Estado Nacional, dando intervención a sus tres poderes: judicial, legislativo y ejecutivo.

En este sentido, si bien se trabaja para la internación en crisis, la única institución preparada para cubrir este tipo de demandas, encuentra acotado su sistema de derivaciones. En muchos casos, no cuentan con dispositivos (casas de medio camino, pensiones, centros de referencia) para externalizar a pacientes sin recursos económicos y/o familiares. Desde este punto de vista, los organismos no brindan respuesta en la esfera legislativa. Paradoja que visualiza por un lado, el acortamiento de los períodos de internación, legalmente justificados, y por el otro, ausencia de instancias que oficien de sostén para las personas externadas. Muchos de los pacientes retenidos en el sistema hospitalario, son pacientes internados por causas sociales. En conexión con esto, se torna necesario pensar en el concepto de red, como sistema de apoyo y referencia que logre mediante su entramado contener el aumento de las demandas tanto en un nivel primario como también en aquellos casos denominados crónicos, que requieren mayor seguimiento. En este panorama, el AT fue reconocido como herramienta o recurso necesario, que representa alternativas posibles para articular este proceso entre la externación y la atención en la comunidad, pero que actualmente no cuenta con inclusión plena en los equipos. El análisis de este punto remite no sólo a la falta de recursos humanos que atraviesa el ámbito público de la salud, e impacta también en otras profesiones, sino que también responde a la ausencia de una Ley Nacional de Acompañantes Terapéuticos que incorpore formalmente la práctica en tanto auxiliar técnico en salud mental. Es posible concluir que su inserción se encuentra en un proceso lento de integración a las políticas públicas de salud.

Tomando como referencia las definiciones presentadas en este estudio acerca del rol del AT como auxiliar de la salud mental, quien se vale en lo fundamental del diálogo, el

ejercicio cognitivo conductua mo factores generadores de cambio. Es reconocida en tanto experiencia intersubjetiva, la mirada que los AT devuelven al resto de los profesionales acercando el contexto propio de las personas. En tanto variable interviniente, su función de auxiliar constituye un sistema de apoyo que complementa el tratamiento por fuera de los márgenes del consultorio. Sin reducir su función al área clínica, sino ampliando sus esferas de intervención en los ámbitos educativos, judiciales y recreativos. Este estudio permite concluir sobre lo específico de esta herramienta cuyo escenario representa la vida cotidiana de quienes son acompañados, constituyendo un eslabón importante hacia la integración social, laboral y comunitaria de los usuarios. Este “auxilio ajeno” remite a la acción específica necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento que se dispone a brindarse como un semejante. Considerando el total de las instituciones tenidas en cuenta en este trabajo, es pleno el reconocimiento de la práctica de los AT aunque su consolidación como área aún es un tema en discusión. El inicio de reuniones temáticas por área en el ámbito municipal, le brinda validez a su práctica, incorporándose a la construcción de su saber junto a otras disciplinas que pretenden comprender y abordar el campo de la salud mental. Situación que se ofrece más lejana en otras instituciones.

Sus limitaciones, ofrecen por otro lado, una guía para orientar la formación de los futuros AT, y la construcción de su perfil. Así como los lineamientos necesarios para constituir un campo de quehaceres propios en el ámbito público de la salud. Posibles líneas de investigación podrían extenderse sobre las incumbencias de los AT y el lugar de los auxiliares en salud mental que actúan como mediadores en el proceso de reinserción comunitaria y social, dentro del contexto actual y sus reestructuraciones.

30

Asimismo, reconocer dentro de la estructura del sistema público de salud espacios que brinden un lugar a esta práctica.

Podemos finalizar concluyendo que, en relación a la continuidad del tratamiento en la cotidianeidad-singularidad de cada caso, la intervención del AT hace posible responder a la demanda de la sociedad y sistema de salud.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Basaglia, F. (1.968). *La institución negada*. Buenos Aires: Corregidor.

Bauleo, A. (2.010). *Demolicic* o. III Encuentro temático de psicólogos del Mercosur. Publicación de la Fe.P.R.A; Buenos Aires.

Canguilhem, G. (1.971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Paidós.

Carpintero, E. & Vainer, A. (2.004). *Las huellas de la Memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70 (1.957-1.983)* Tomo I. Buenos Aires: Topia.

Centrángolo, O. & Devoto, F. (2.002) *Organización de la salud en Argentina y equidad; Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual*. Buenos Aires: CECE.

Cohen, H. & Natella, G. (1.991). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.

Cohen, H. (Comp.) (2.009). *Salud Mental y Derechos Humanos, vigencia de estándares internacionales*. Organización Panamericana de la Salud.

Argentina.

Departamento de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, recuperado de http://www.mardelplata.gob.ar/2001011500?idregion=header_Salud

Dragotto, P. & Frank, M.L (2.012). *El Acompañamiento terapéutico, una propuesta vincular en la cotidianeidad*. Córdoba: Brujas.

Dragotto, P. (2.011). Legalidades del AT. En: S. Kuras de Mauer & S. Resnizky (comps). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires:

Letra Viva.

Foucault, M. (1.968). *¿Qué es un dispositivo?* París: Ediciones de la Piqueta. 31

Foucault, M. (1.970). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. París: Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (1.973) *La verdad y las formas jurídicas*. Buenos Aires: Gedisa.

Galende, E. (1.997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Horni, J. (2.005). *El acompañamiento terapéutico y la integración social de las personas con trastornos psíquicos*. Mar del Plata: Suarez.

Jones, M. (1.972). *La Comunidad terapéutica*. Brasil: Vozes.

Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2.003). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.

Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2.011) *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.

Laing, R.D. (1.967) *La polític* es.

Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2.010). Boletín oficial de la República Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Ley Nacional N° 25.421 (2.001). Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). Boletín oficial de la República Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Ley Provincial N° 2.440 (1.991). Personas con sufrimiento mental. Régimen para la atención y tratamiento. Boletín Oficial del Poder Legislativo de la Provincia de Rio Negro.

Ley Provincial N° 1.053 (2.001). Boletín Oficial del Poder Legislativo de la Provincia de San Luis.

Magnífico, Noceti & Rodríguez (2.002) Planificación de la red asistencial de ASSE. En: Revista *Panamericana de Salud Pública*, N° 18 (4/5), 2.005.

Minoletti, A. & Sacaria, A. (2.005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile. En: Revista *Panamericana de Salud Pública*, N° 18 (4/5), 2.005.

Morales de Calatayud, F. (1.997) *La psicología y los servicios de salud: Experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología de la UBA.

32

Organización Mundial de la Salud (1.979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2.000*, Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2.013) Reglamentaciones sobre los Modelos de Atención en Salud Mental, Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2.005) Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios en Salud Mental, Ginebra. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicos%20de%20sald%20mental.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Guía de acción en salud mental*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/fac/es>.

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2005). *Informe sobre la Salud Mental en el mundo 2001*. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/fac/es>

Organización Panamericana de la Salud & Organización de los Estados Americanos (1990). *Declaración de Caracas*. Disponible en: www.sedi.oas.org/ddse/documentos/.../Declaracion_de_Caracas.do.

Pellegrini, J. & Bustos G. (2005). *Ley de Acompañante Terapéutico N° III- 05992007*. Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis, Argentina. Disponible en: <http://www.diputadosanluis.gov.ar/diputadosasp/paginas/NormaDetalle.asp?e=1&DependenciaID=1&NormalID=425>.

Plan Nacional de Salud Mental (2013). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Boletín del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/201310-29_plan_nacional_salud_mental.

Pulice, G. (2011). *Algunas reflexiones sobre la inserción del AT en el sistema de salud mental, su responsabilidad profesional y su marco legal*. Ficha de la cátedra: Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. UBA. Recuperado de: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/800_fund_clin_acompanamiento/material/2_marcolegal.pdf.

Schneider, K. ([1.975]/2.009). *Psicopatología clínica*. Madrid: Montalvo. 33

Vignolo, J, Vacarezza, M, Alvarez, C. & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. En: Prensa Médica latinoamericana Uruguay, N° 33 (1) 11/14, 2011.

ENCUESTA

“EL ROL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN APS”

El Acompañante Terapéutico es un agente de salud complementario para asistencia de personas que por su estado de salud bio-físico-mental requieren de asistencia para desenvolverse en la vida cotidiana.

Defina en la escala del 1 al 5 (siendo el 1 el menos importante y el 5 el más importante) qué nivel de importancia le asigna al Acompañante Terapéutico en cada una de las siguientes funciones: :

A- Trabajar en la CONTINUIDAD del tratamiento iniciado en el caps en la COTIDIANIDAD del paciente.

1-2-3-4-5

B- Planificar un plan de trabajo junto al equipo de salud del CAPS a partir de la singularidad de cada caso, su contexto y circunstancias específicas.

1-2-3-4-5

C- Brindar apoyos necesarios para colaborar en la recuperación de la salud. 1-2-3-4-5

D- Aportar una mirada amplia al equipo de la persona en tratamiento en el CAPS.

1-2-3-4-5

E- Registrar y tomar las medidas necesarias para que la persona, atendida en el caps, despliegue su capacidad.

1-2-3-4-5

F- Orientar en el espacio social a la persona que está en tratamiento en el caps. 35

1-2-3-4-5

G- Trabajar en la PREVENCIÓN en salud/salud mental.

1-2-3-4-5

H- Asistir e intervenir en estrategias interdisciplinarias tendientes a evitar las internaciones prolongadas.

1-2-3-4-5

I- Desarrollar sus tareas y actividades dentro del plan terapéutico establecido por el equipo interdisciplinario del caps.

1-2-3-4-5

J- Disminuir los riesgos de sus patologías a las personas atendidas en el caps.

1-2-3-4-5

- ¿Considera ud, que el rol del Acompañante Terapéutico es NECESARIO para desempeñarse en APS? ¿Por qué?
