

TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

"Una experiencia de Acompañamiento Terapéutico con un joven con diagnóstico de esquizofrenia"

Autores: - Miranda Juan –NºDNI 14324881

- Chiguay Claudia–NºDNI 21388855

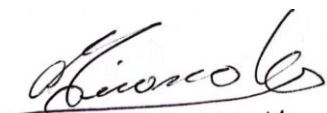
Tutor:

Lic. Cárcamo Ignacio DNI 28035265

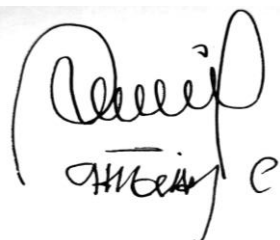
Lugar: Rosario

31 /07/2023

Firma autor/es



Miranda, Juan Nicolas



Chiguay, Claudia

ÍNDICE

1.RESUMEN.....	3
2. Introducción.....	4
3. Desarrollo	8
3.1 El devenir del acompañamiento terapéutico y su contexto.....	8
3.2 Definiciones, funciones y modalidades del Acompañante Terapéutico.	9
3.2.1 Áreas y modalidades del acompañamiento terapéutico.....	11
3.3 Marco legal.....	12
3.3.1 Ley Nacional de Salud Mental.....	14
3.3.2 Representación social de la locura.....	15
3.3.3 ¿La locura es debilidad?.....	15
3.3.4 Hacia la ley de desmanicomialización.....	16
4. Presentación del caso TR.....	18
4.1 Consulta inicial.....	18
4.2 Equipo tratante.....	18
4.3 Diagnóstico situacional.....	19
4.4 Praxis profesional y proyecto de trabajo.....	20
4.4.1 Datos del usuario.....	22
4.4.2 Área de espacio recreativo y lúdico.....	23
4.4.3 Metodología de intervención.....	24
4.4.4 Acciones.....	24

4.4.5 Trabajo realizado.....	24
4.4.6 Sugerencias para el equipo terapéutico.....	26
4.4.7 Obstáculos en el proceso de trabajo de los Acompañantes Terapéuticos.....	27
4.4.8 Consideraciones finales.....	28
 BIBLIOGRAFÍA.....	 31
 ANEXO	 33

1.RESUMEN

Este trabajo aborda diversas problemáticas relacionadas con el campo de la salud mental y destaca las oportunidades clínicas que ofrece el acompañamiento terapéutico. Además de brindar contención al paciente, esta modalidad terapéutica permite la construcción y continuidad de un tratamiento. Previo a ello, se realizará un análisis del marco y fundamentos epistemológicos y clínicos del acompañamiento terapéutico. Por último, se abordará el papel que desempeñó el acompañamiento terapéutico en un tratamiento y se explorarán las diferentes modalidades de implementación clínica.

Se hará un recorrido que permite visualizar que el acompañamiento terapéutico puede llevarse a cabo durante la internación hospitalaria, en ocasiones en el domicilio del paciente y también en centros recreativos donde éste participe en actividades. Dependiendo de cada caso, puede incluir salidas de ocio, visitas familiares, inclusión social y otras acciones que promuevan la adherencia al tratamiento. Todos estos momentos son considerados de alto riesgo, por lo tanto, el objetivo del acompañamiento es fomentar la adherencia del paciente en el tratamiento, brindándole apoyo y contención durante momentos de crisis.

2.Introducción

En este trabajo integrador pretendemos resaltar la importancia del acompañamiento terapéutico y poner de manifiesto las necesidades de un joven diagnosticado con esquizofrenia donde intentaremos visibilizar las necesidades que lo atraviesan. Así como con cualquier otra enfermedad no hay que perder de vista al sujeto.

Con este escrito de referencia, se va a abordar con encuadre y creación de vínculo para poder hacer un diagnóstico situacional hacer una clínica de lo cotidiano intrainstitucional para posteriormente trabajar lo extra institucional. En un espacio recreativo y lúdico donde el individuo pueda desplegar su subjetividad.

Se trabajará en base a la legislación nacional y de la Provincia de Río Negro para poder pensar una práctica profesional posible de realizar dentro de un marco legal. Teniendo en cuenta los obstáculos a afrontar y logros realizados. Mostraremos los cambios en la conceptualización de la enfermedad mental, la noción del sujeto desde este nuevo paradigma en donde se le da preponderancia a los derechos y al sufrimiento psíquico de las personas. Dando como resultado que el equipo de trabajo al conocer las necesidades del usuario se proponen contribuir a la incorporación a su ámbito comunitario, organizando y estructurando algunas rutinas. Por otro lado visibilizar otro actor significativo como es el Acompañante Terapéutico, que trabaja para fortalecer los vínculos, los derechos, las obligaciones del sujeto en función del autovalimiento y autogestión. Consideramos que el acompañamiento terapéutico tiene la tarea de articular siempre con otras disciplinas desde una mirada interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial. El acompañamiento terapéutico, como dispositivo de intervención que permite acompañar al sujeto en su cotidianidad, abordando su pensamiento, su desdicha y sus aspiraciones. Se procura entonces el desarrollo de un dispositivo clínico que aporte al usuario una red comunitaria de contención para lograr la continuidad de un tratamiento sostenido en el tiempo. Acompañamiento como un recurso que construye espacios, busca establecer vínculos y donde no los hay es donde los crea. Construyendo un lugar para estas personas sufrientes, espacio del cual carecen. La estrategia definirá el lugar que ocupará el acompañamiento terapéutico en

el vínculo con el paciente, considerando cada caso, en base a los objetivos terapéuticos planteados que se irá reformulando evitando la rigidez en las actividades, aprovechando las situaciones inesperadas que puedan surgir tratando de lograr los objetivos propuestos. Es importante destacar que el Acompañante Terapéutico no es un guardián de seguridad, menos aún enfermero, su función es la de brindar un espacio de contención ante situaciones cotidianas angustiantes.

La esquizofrenia, se caracteriza por una significativa alteración en la percepción y por cambios de comportamiento. Los síntomas pueden incluir persistencia de ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento muy desorganizado o agitación extrema. La persona que padece esquizofrenia puede ver entorpecida de forma permanente sus capacidades cognitivas. No obstante, existen diversas opciones terapéuticas convenientes entre las que se cuentan la medicación, la psicoeducación, las intervenciones familiares y la rehabilitación psicosocial.

Concertamos con lo explicado por David Cooper (1971) en su libro *Psiquiatría y Antipsiquiatría* donde indica sobre este diagnóstico

Una situación de crisis macrosocial en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y micro culturales (familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como enfermo mental y su identidad de paciente esquizofrénico es luego confirmada por agentes médicos o cuasi médicos.

(Cooper, David. 1971 p.16)

Algunos años después el médico, investigador y docente argentino Emiliano Galende (1990) en el libro *Psicoanálisis y Salud Mental* indica "El diagnóstico es finalmente un juicio de valor, reconociendo la incomprendibilidad de muchos procesos patológicos". Más adelante el escritor, investigador y psicoanalista quién explora sobre la tarea del acompañamiento terapéutico Gabriel Pulice (2010), dice en su libro *Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico*

Gabriel Pulice (2010) "Si bien no existe una teoría sólida sobre la etiología de la esquizofrenia, ni sobre el modo de abordar a los pacientes esquizofrénicos, lo central consiste en no situar la patología delante del sujeto" (p.11) .

El acompañamiento terapéutico se presenta como un recurso aplicado por profesionales que trabajan asignando una estrategia adecuada al tratamiento. Haciendo hincapié en sus habilidades y capacidades, siempre debemos tener claro que el Acompañante Terapéutico no funciona de forma independiente, se incluye como parte de un equipo de tratamiento y colabora en la complejidad del individuo mejorando las situaciones conflictivas en su vida diaria. La tarea se construye con el sujeto acompañado, poniendo acento en sus capacidades. El Acompañante Terapéutico forma parte del conjunto de instrumentos a disposición del equipo tratante, dentro de un contrato terapéutico y siendo la herramienta que colabora con este sujeto en su complejidad, adaptándose y mejorando situaciones de la vida diaria donde se generan los conflictos. No sólo se abordará un diagnóstico, una discapacidad, sino que se debe llegar a la problemática de fondo, como es la fragilidad de los lazos de la persona en cuestión, con una esencial necesidad de fortalecer nuevos vínculos, tales como el entramado social y redes en articulación con otras instituciones. Hay que recordar que la profesión de acompañamiento terapéutico aparece en un contexto históricamente enmarcado donde se entiende que cada sujeto tiene derecho y estos privilegios deberán ser respetados. En el contexto de la desmanicomialización, se reconoce que las personas con trastornos mentales no deben ser aisladas sino protegidas y atendidas por profesionales especializados en las distintas áreas de la salud mental. De esta manera se logra asistir al usuario, psicoeducar a la familia, cuando está. Por otra parte, orientar al personal en las instituciones en el momento que sea o en el lugar que se los convoque. El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico despliega un abordaje desde la creación de un vínculo de confianza subjetivo generado con el acompañado, ofreciendo contemplación, contención, es el apoyo a pacientes con problemas psíquicos leves, moderados o severos y a sus familias de acuerdo a la particularidad de cada caso. El término dispositivo utilizado en esta disciplina psicológica, se explicita. El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo móvil que se caracteriza por ser flexible y variar en la inmediatez del encuentro.

Sabemos que el dispositivo consta de objetivos, reglas y un encuadre que facilita el trabajo con la singularidad del sujeto, desafiando a un movimiento que permita el surgimiento de cambios. Foucault (1997) plantea que el dispositivo consiste en un conjunto heterogéneo de discursos, prácticas, leyes, instituciones, enunciados científicos, que conjugan entre lo dicho y no dicho. Es la red que articula todos estos elementos, que no pueden ser sistematizados como un procedimiento ni en la descripción precisa de un proceso. Para él todo, lo uno, el objeto, lo verdadero, el sujeto, consisten en procesos singulares de totalización, unificación, objetivación, verificación y subjetivación que son específicos de un dispositivo determinado. Se dice que el Acompañamiento Terapéutico como dispositivo, puede ser pensado como un ovillo, es algo que preanuncia más de un destino posible. Tiene por delante la posibilidad de transformarse en algo nuevo. Pero la trama de la malla no está en el origen, hay que tejerla.

De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar la interrupción del tratamiento y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. Como objetivos específicos pensamos en promover la expresión de las emociones, mejorar si es que se puede las habilidades sociales y la estimulación cognitiva. Otros elementos que sumamos es fomentar el vínculo con el equipo interdisciplinario trabajar aspectos vinculares con la población hospitalaria también orientar al personal sanitario cómo actuar ante la crisis. Impulsar un lazo comunitario extra institucional.

3.DESARROLLO

3.1 El devenir del Acompañamiento Terapéutico y su contexto

El Acompañante Terapéutico tiene la posibilidad de expandirse donde sea necesario en el terreno de lo terapéutico, en los tiempos libres, la escuela o el domicilio del paciente. Emplea el espacio de circulación para promover el desarrollo del proyecto terapéutico y se vale de la cotidianidad.

Marcelo Percia distingue al acompañar como

...acompañar es escoltar algo que no está, que está por venir, que quizá no vendrá. Una escolta allegada a lo que tal vez nunca llegue. Escolta no como séquito que sigue algo que está, sino cómo espera, que incluso, no espera. Séquito que no adhirieron a un poder ya revelado, sino que ofrece acogida a algo que de repente se muestra. (Marcelo Percia, 2004, p.34)

El acompañante terapéutico como dispositivo contenido en un marco clínico deviene como forma de contener al paciente y no de controlarlo ni educarlo. Tiene un objetivo, una dirección.

Ledesma (2012) argumenta "...pero los elementos emergentes en la situación clínica pueden llevarlo por senderos inesperados, sin por ello desviarlo de su objetivo principal, ni del eje de todo trabajo clínico, es decir el sujeto y su discurso."(p.9)

Entendemos que el acompañamiento terapéutico cuando se incluye en pacientes institucionalizados promueve el lazo social.

Goyeneche y Piccinini (2011) "El acompañamiento terapéutico nace coincidentemente en esa época donde se iniciaban los planteos de la desmanicomialización, donde también surgen otras prácticas alternativas como el hospital de día". (p.25).

Cuando se despliega el AT en el encuentro y se genera un vínculo con un semejante, el usuario habla de lo que lo aqueja.

El acompañamiento terapéutico tiene cabida en esta concepción de un psiquismo abierto, pasible de ser modificado por los encuentros que la vida le depare al sujeto. Su presencia aporta algo nuevo a la estructura y podría incluso introducir algo del orden del acontecimiento. (Kuras y Resnizky, 2001,p.164).

Podemos decir que el acontecimiento es una ruptura donde se puede hacer una reconstrucción es un trabajo y se lo reconoce como tal una vez que está producido. por ejemplo el duelo donde se rompe algo en lo emocional del sujeto y es necesario reconstruir afectos nuevos.

El Acompañante Terapéutico es un dispositivo que extiende lo terapéutico a lugares donde el equipo no puede llegar. Una modalidad de atención dentro y fuera de los muros institucionales, que desde una perspectiva socio-comunitaria brinda atención clínica y contención a pacientes con problemas o trastornos psíquicos.

3.2 Definición, funciones y modalidades del Acompañante Terapéutico

Cuando nos referimos al acompañamiento terapéutico tomamos como referencia el siguiente concepto;

El acompañante terapéutico es un agente de salud, que forma parte de los equipos interdisciplinarios de salud mental y se presenta como un recurso flexible, que posibilita la creación de una estrategia singular, creada para un sujeto específico. Surge de un posicionamiento epistemológico desde la cual se

considera que el sujeto que padece alguna patología, no debe ser apartado de su entorno. (Dragotto y Frank, 2015, p.25).

En relación al lazo vincular nos suscribimos a lo que afirma

Ledesma (2013) "El acompañamiento terapéutico impulsa a los pacientes a que produzcan nuevas formas de vincularse, de hablar y de ser escuchados, posibilitando la adherencia al tratamiento, la contención en un momento de crisis, la reducción del período de ingreso/internación o la evitación del mismo, logrando una mejoría observable en función de la patología" (Ledesma, 2013, p.195)

Se incorpora a lo expresado por Mauer y Resnizky (2004) en *Las Funciones del Acompañante Terapéutico*, que son las siguientes:

El Acompañante Terapéutico tiene por función contener al paciente en su vida diaria. Ofrecerse como sostén emocional, lo apoya a regularse como organizador psíquico proporcionando diversas técnicas ayudando a desplegar la capacidad creativa del usuario. Cuando hablamos de capacidad nos referimos a los talentos latentes del sujeto. Aportar una mirada del mundo para pensar a través del vínculo, estimulando el intercambio. Encaminando en el espacio social, construyendo un puente al mundo que lo rodea. Tiene que ver con las actividades cotidianas. Interviniendo en la trama familiar, procurando atenuar progresivamente interferencias en las relaciones del sujeto con su familia.

El acompañamiento terapéutico en sus inicios, frente a la necesidad de teorizar las prácticas se inscribió dentro del enfoque psicoanalítico. Su dirección será definida por la orientación del equipo tratante que incluya este dispositivo. Igualmente, podemos manifestar que el Acompañante Terapéutico buscará otros respaldos teóricos de otras escuelas psicológicas que lo sostengan en sus conceptos, pero dentro de un encuadre flexible, de acuerdo a lo que depara la cotidianeidad, más allá del consultorio y las

familias, también se provee de la psicología social, socio-comunitaria, el psicodrama, la terapia ocupacional, las escuelas psicológicas, en función de la particularidad de cada caso. No podemos dejar de tener en cuenta las artes como herramientas importantes para las intervenciones.

3.2.1 Áreas y modalidades del acompañamiento terapéutico

El acompañante terapéutico puede desempeñarse en las siguientes áreas: Salud Mental, Discapacidad, Trastornos Neurológicos, Enfermedades en estado terminal, Ámbito judicial, Ámbito escolar, el Acompañante Terapéutico no funciona de forma independiente, su tarea se va construyendo con el sujeto acompañado, poniendo acento en sus capacidades el AT forma parte del conjunto de instrumentos a disposición del equipo tratante, dentro de un contrato terapéutico. El profesional impulsa en la persona acompañada su jerarquía de sujeto de derecho. Se delimita al AT desde una óptica clínica, social y comunitaria. Ofrece apoyo a usuarios en espacios públicos o privados, promoviendo la participación y la autonomía del sujeto en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, intercede en situaciones de crisis y de emergencias. Se desarrolla en forma articulada con el equipo terapéutico.

En el presente apartado se distinguen los distintos tipos de acompañamientos en los que se trabaja tal como indica Mauer y Resnizky (2004).

El acompañamiento terapéutico individual se puede dar en todos los espacios sociales plazas, club, escuelas, talleres, templos religiosos e inclusión laboral.

El acompañamiento Institucional ocurre cuando el profesional se inserta dentro de un dispositivo institucional acorde a una estrategia del equipo como es la escuela, el área judicial, cuando va al geriátrico, se desempeña en la internación en el hospital. Es ahí que el AT se incluye con el fin de asistir al sujeto a partir de la demanda del equipo. Será necesario la claridad del encuadre y contrato de trabajo. El acompañante coordinará la frecuencia, lugar y horas de dedicación según la estrategia planteada.

El acompañamiento en internaciones domiciliarias siempre de acuerdo al pedido del equipo, este se cubrirá las 24 horas con un grupo rotativo de acompañantes. Es importante destacar que para el cuidado de cada uno de los integrantes, estos profesionales deberán estar acompañados por profesionales de otras disciplinas (psicólogo, enfermería). Es un dispositivo con altos costos y con mucho desgaste físico psicológico.

En el acompañamientos de abordaje familiares estamos en una modalidad que aborda a toda la familia. Es cuando se intenta una estrategia en la que uno de los acompañantes trabaja con el paciente mientras el otro trabaja con su familia. Este dispositivo permite ampliar la intervención acortando tiempos de tratamientos y generando modificaciones que permanecen en el tiempo.

¿Hasta cuándo acompañar a un sujeto?

Hasta que se cumplan los objetivos planteados, porque trabajamos para que el usuario amplíe su horizonte de acciones recobrando el máximo de sus posibilidades.

3.3 Marco Legal

La siguiente legislación es sustancial, asegura el derecho a la protección de la salud mental y los derechos humanos de todas las personas. La Ley nacional 26.657 fue sancionada el 25 de noviembre de 2010. Fue promulgada el 2 de diciembre de 2010, autorizando y legitimando la tarea del Acompañante Terapéutico. Se mencionan los siguientes artículos de la presente legislación, para marcar los puntos que fueron omitidos y que vamos a desarrollar en los apartados subsiguientes. Consideramos tener presente en el transcurso del proceso de intervención del tratamiento actual y para futuras intervenciones. En relación al usuario que se tomó como referencia, se observó que sus derechos y la protección que merecía no fueron tenidas en cuenta ya que solicitaron el alta sin que el usuario estuviera compensado de su cuadro patológico.

En relación al artículo 3° le damos gran importancia porque reconoce al sujeto desde una mirada integral que incluye la capacidad de todas las personas y no separarlo del contexto histórico, socioeconómico, cultural, biológico y psicológico. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de status políticos, socioeconómicos, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o religiosas prevalente en la comunidad en donde vive la persona. Cuando se piensa en la demanda de la familia, estos sostienen que su hijo se quede a vivir en el hospital porque según ellos no se va a recuperar. Se cuestiona la conducta sexual del sujeto como criterio para permanecer o no en el hospital. La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización no debe ser criterio de no atención o expulsión del paciente en un hospital. En el artículo 7° el estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada. También acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de la salud. Tienen derecho a recibir tratamiento y la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus privilegios y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. El derecho a que en una internación involuntaria o voluntaria, se revisen las condiciones en que está y sea supervisada periódicamente por el órgano de revisión. Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado, a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que le asisten que sean inherentes a su salud a su tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales. El usuario tiene derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento y dentro de sus posibilidades, tiene el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. El artículo 8 trata de cómo promover que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. En relación a este artículo el equipo estaba integrado por la

psicóloga y la trabajadora social a pesar que en el servicio contaba con otros profesionales que no fueron convocados. De acuerdo al artículo 14 la internación es considerada 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. Si evaluamos detalladamente el caso que estamos exponiendo, sobre el sujeto TR particularmente llamó la atención que desde temprana edad (16) estuvo internado.

La provincia de Río Negro en 1991 sanciona la ley 2440, conocida como la “Ley de Desmanicomialización”, donde se puso enfoque en la inclusión social de los usuarios del Servicio de Salud Mental. La ley 4.624 sancionada el 16/12/2020 fue promulgada el 29/12/2020 y declara “Artículo.Nº1. Ámbito de aplicación regula el ejercicio de la profesión de los Acompañantes Terapéuticos (AT) en territorio Rionegrino” dando un marco legal y de derechos y deberes de los mismos.

3.3.1 Ley Nacional de Salud Mental

Argentina continúa su proceso de legitimación decretando la ley nacional de salud mental Nº 26.657, que ordena derechos y garantías para los usuarios reconociendo que son sujetos de derecho, que no deben ser discriminados por un diagnóstico, por su padecimiento mental, o antecedentes de tratamiento de hospitalización. Para que los sujetos puedan recibir información comprensible y adaptada a la capacidad de cada usuario, en relación a sus derechos.

3.3.2 Representación social de la locura

Cuando hablamos de estigmatización creemos necesario hacer un recorrido histórico breve sobre la percepción de la locura en un grupo social donde pertenece la persona

Parafraseando a Foucault M. (1961) plantea tres épocas Edad Media: donde el loco era tratado con benevolencia y caridad como cualquier otro pobre o miserable. Sigue el Renacimiento: es cuando el loco era respetado, con cierta admiración por su ingenio y creatividad. Sin embargo, en la Época Clásica o Modernidad: es en esta época cuando aparecen los hospitales y el loco debe ser encerrado. Es cuando se produce un enclaustramiento de la locura donde se da hospedaje, asilo, asistencia, cuidados, caridad a miserables, mendigos, enfermos, locos, delincuentes comunes, etcétera, indeseables de la sociedad.

En la sociedad en la que vivimos la palabra loco se enlaza con lo negativo y sus repercusiones afectan a los enfermos mentales y sus seres queridos. Esta perturbación genera un mecanismo de segregación, a veces nace mucho antes en los tejidos vinculares que el sujeto fue construyendo a lo largo de su vida con su familia, amigos, en el barrio. Como resultado de esto el acompañante terapéutico se ubicará ante el sujeto que ha perdido su orientación como mediador, como amistoso componedor en ese encuentro desencuentro entre alguien aquejado por la locura (que es singular) y su prójimo, su barrio, su ambiente dónde esta circunstancia por la que está atravesando, le resultan intolerables. Dentro de las funciones que se valoraba en esta época eran la económica y la moral quedando excluida la locura por considerarlos débiles.

3.3.3 ¿La locura es debilidad?

En el mes de marzo de 2020 a través de distintos medios de comunicación el gobierno Argentino informó a la población que se declaraba la emergencia sanitaria por COVID 19, como consecuencia de la gran cantidad de contagios se decide el distanciamiento social. Esta separación consiste en retirarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando distancia física o evitando el contacto directo entre ellas para evitar el contagio de persona a persona. En el mes de mayo 2023 luego

de 3 años la Organización Mundial de la Salud anunció el final de la emergencia de salud global por COVID 19. Comunicando a los países que traten al coronavirus como una enfermedad. Está dolencia llegó para quedarse y se debe tratar como a otras infecciones víricas. En consecuencia esta situación se extendió en el tiempo provocando gran impacto psicológico en muchos habitantes en especial, en los adolescentes y adultos mayores. A pesar de toda esta situación descrita e informada a los medios de comunicación estos persisten en estigmatizar la afección psicológica. Se puede ver claramente cuándo miramos los noticieros donde sentencian a quien está atravesando una crisis psíquica, decretando que es raro, que es peligroso, que es violento. En la comunidad en general existe la idea de que tener una alteración mental es producto de ser débil y queda como una marca indeleble. Estos estereotipos crean sentimientos de vergüenza, de enojo y frustración en quien está afectado. Además del impacto emocional, esta huella provoca discriminación en el trabajo, la escuela y en los grupos sociales. Es importante que la comunidad comprenda que los desórdenes mentales tienen que tratarse como se hace con otros padecimientos evitando catalogar a quien lo experimenta.

3.3.4 Hacia la ley de desmanicomialización

Es importante transformar el vínculo de los profesionales del equipo terapéutico, el AT y el usuario, buscando que el paciente comprenda que solo cuando sea necesario o sea un riesgo para él o terceros estará por un corto periodo en una internación. De acuerdo a la situación podrá ser acompañado por su familia o grupo más cercano. Esto ratifica una intervención al usuario y a los trabajadores del área dentro del marco legal. Desmanicomializar es humanizar la atención en salud mental.

En Rio Negro de acuerdo con la ley, no existen manicomios ni neuropsiquiátricos, cuando un usuario debe ser internado su estadía se reduce al mínimo de tiempo posible. Considerando a la internación como último recurso terapéutico en caso que las otras técnicas o recursos no dieran resultados esperados. El Acompañante Terapéutico es la herramienta, para restablecer los lazos con el territorio que transita el usuario. Es el

recurso del equipo interdisciplinario que da lugar a la estrategia de abordaje para que suceda con este vínculo, en esa red visible que en este caso, para que las conductas disfuncionales sean rectificadas.

4. Presentación del caso TR

4.1 Consulta inicial

Llegó al gabinete de la Secretaría de Salud Mental, una demanda dirigida a Salud Mental y Adicciones de la provincia para disponer del área de acompañamiento terapéutico para el usuario TR. La demanda procede del equipo terapéutico interdisciplinario del hospital interzonal. Comentando que recibieron quejas por las conductas del usuario. El informe de los profesionales marca una postura rígida que indica "sacarlo del hospital". Totalmente opuesta a lo que indica su discurso al público. Nos solicitan desde el equipo hacer el primer contacto del acompañante terapéutico con el usuario TR, en el marco del grupo de gimnasia rítmica adultos mixto. Desde el equipo tratante y dada la situación se indica que lo más importante es poder trabajar la reincorporación a relaciones interpersonales, para que se organice adecuadamente el sujeto y así pueda resolver tareas y situaciones de la vida diaria. Lo central es que continúe en el espacio de los talleres, resaltando que la tarea del Acompañante Terapéutico estará dedicada en torno de su espacio social. En anteriores oportunidades TR no tuvo intervención del acompañante terapéutico, aceptó para experimentar este trabajo y luego evaluar para decidir si continuará con el acompañamiento.

4.2 Equipo tratante

El equipo está formado por un médico Psiquiatra, una Psicóloga, Acompañantes Terapéuticos y Trabajadora Social. Hacen hincapié en los resultados que pretenden con la tarea del Acompañante Terapéutico, comentan sobre la personalidad de TR, de su esquizofrenia y la incapacidad que le generan las voces que escucha e interfieren para realizar las actividades. Se indica que el encuadre se limitará de manera flexible para que junto al usuario se puedan organizar los objetivos y estrategias. La propuesta es aceptada, el equipo se compromete a mantener una comunicación fluida a través de

whatsapp. Se deja por escrito la fecha y hora de la próxima reunión para saber sobre la situación del usuario.

4.3 Diagnostico Situacional

En el hospital se puede observar que TR está "estigmatizado", se evidencia en los discursos del personal y pacientes. Es el centro de las agresiones verbales y no verbales de la mayoría de los integrantes del lugar. Frente a esas agresiones el usuario responde de la misma forma y a la vez se lo culpabiliza de haber iniciado el conflicto. No es escuchado, cuando se defiende es castigado sin investigar lo sucedido. Cuando TR quiere tomar alcohol algunos simulan estar ausentes (enfermería y los guardias) dejando a mano el frasco de alcohol, el discurso que justifica este hecho es: "no quiero que me agreda". El personal que custodia a TR cuando hay una queja sobre su conducta lo sanciona y hasta en oportunidades es esposado a la cama para que no salga de su habitación. TR tiene conductas infantiles busca el contacto corporal para demostrar su afecto y frente a esta situación es cuestionado de forma agresiva porque interpretan que son de contenido sexual. Se genera un estado de violencia hacia el sujeto que en oportunidades hay que intervenir y contener. Los posicionamientos de castigo o no castigo al usuario crean enfrentamientos y boicot a las estrategias terapéuticas en la institución.

4.4 Praxis profesional y proyecto de trabajo

El usuario manifiesta que le gusta vivir en el hospital, le da miedo cuando sale del mismo. En varias oportunidades preguntó "¿por qué los otros internados se van a su casa? ¿

Cuándo me toca ?”. Como si fuera cuestión de suerte. En una oportunidad TR manifestó cierto interés, uno de esos sería seguir estudiando, tener una pareja, vivir lejos de la sala de varones. En el hospital no hay actividades para los pacientes. Desde el área de enfermería refieren que no están capacitados para trabajar en salud mental, que los obligan a estar en el servicio, que el equipo no los acompaña, que están solos. Generalmente los supervisores le designan a cargo dos o más servicios a la vez. Sienten que no pueden. Es condición en el hospital para la internación, que cada paciente tenga un familiar para el cuidado las 24 horas. La madre de TR, expresa que está cansada, que la altera, que también tiene padre, quiere que el usuario se quede en el hospital o que lo trasladen a otra parte, que le trae problemas con sus hijos, con su pareja, que ella tiene su familia y la pasan mal por culpa de este. El servicio social dejó escrito en la historia clínica que el padre escapa a la responsabilidad de hacerse cargo de TR.

El sujeto tiene 20 años. Es usuario del servicio de salud mental inicialmente por su trastorno de esquizofrenia, con el tiempo se agrega el policonsumo en un momento de crisis vincular familiar llegó a estar en situación de calle, existe la posibilidad que haya sido víctima de abuso.

En la historia clínica se registró que TR tiene obra social. Se entiende entonces, que debería estar internado en un sanatorio, entonces surge el primer problema. En la clínica privada dicen que está todo ocupado, con el tiempo nos explican que mantener un equipo con psiquiatra, psicólogos y acompañamiento terapéutico es carísimo que desde el privado no se puede sostener por eso quedan en el sector público. Se evidencia que en realidad es rechazada por las características del usuario. Posteriormente se lo derivó para su internación al hospital.

Se indica por escrito que como al usuario le gusta bailar hay que incorporarlo a una actividad en la pueda expresarse, se le propone el taller de zumba, también manifestó que toca la guitarra y canta sin haber sido educado musicalmente. Se gestiona su ingreso a talleres de música y gimnasia (en la municipalidad). Desde los 16 años estuvo de forma circunstancial en diversas comunidades terapéuticas, generalmente terminaba escapando. Luego de una recaída compleja con intervención judicial, desde hace unos meses permanece en la sala que depende del hospital provincial. Sala que tiene 27 camas repartidas en boxes. Albergando a pacientes con distintas patologías que por un

breve tiempo conviven compartiendo baños y área de juegos con sus pares. Con tres enfermeras por turno a veces haciendo doble turno, por falta de personal o para mejorar el magro sueldo. Se decide desde el equipo interdisciplinario convocar a los acompañantes terapéuticos para trabajar con el paciente. El pedido surge por el desborde que provoca el usuario en la sala de la institución. Debido a expresiones relacionadas con su sexualidad y la carga de agresividad que genera hacia otros usuarios y personal. El sujeto antes de ingresar al hospital estaba en condición de calle, provocando situaciones que limitaban con el desenfreno, la enfermedad alteró su personalidad, produciendo un corte con la realidad, disminuyendo progresivamente la comunicación con los demás. Como consecuencia vivía en un permanente delirio. Hijo de padres separados, ambos padres con nuevas familias donde no lo incluyeron, lo combaten, lo expulsan, demuestran abiertamente su desinterés, desde la institución del hospital se pidió intervención judicial cómo se hace con cada paciente del servicio. Otro problema a resolver, es el tiempo que demora el poder Judicial para accionar no se logra una respuesta desde hace meses por la burocracia que impera en ese sector.

Los padres tienen interiorizado que su hijo no tiene recuperación y exigen que siga en el hospital, si es posible llevarlo más lejos. Las visitas son esporádicas y solo cuando deben ir para alguna gestión por su internación o al juzgado, luego lo dejan solo. Posteriormente regresa a la sala con evidentes síntomas de consumo, alterado provocando situaciones límites como agresión a los pacientes y el personal. En esta ocasión es cuando interviene la policía que está en la sala de guardia. Según los enfermeros, el paciente se autocomplace masturbándose delante de todos. En la entrevista con el equipo, manifiestan que por múltiples situaciones vividas en el hospital quieren la expulsión del sujeto, el personal elevó notas al Director de la institución para que tome medidas. El director baja una orden al servicio de salud mental para que se dé el alta de la institución a TR. El usuario no tiene lugar donde vivir, cuando preguntaron al equipo tratante que aspectos de la sexualidad se trabajaron responden que no se pudo porque el sujeto no habla en el espacio individual. También informan que por las conductas, se solicitó custodia policial. En los discursos del personal del nosocomio lo catalogan de degenerado, violador, abusador, y demás sin pruebas firmes. Con este conflicto en puerta se llama a los familiares que se niegan a recibirlo " ...ustedes con todo el personal que tienen no pueden, que podemos hacer nosotros?..." En función de

la despreocupación de estos padres agotados acuden al equipo pidiendo apoyo porque no quieren que llegue a otra etapa compleja, y los obliguen a tener que verlo en otra internación.

4.4.1 Datos del usuario

TR expresa que desearía vivir con su mamá o con su papá. Tiene hermanos más chicos, a los que ve cada tanto. En la historia clínica se indica que se observa una leve discapacidad, diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relata un reciente consumo de sustancias psicoactivas. Dice sentirse cansado y por momentos enojado. Quiere dejar de fumar.

La medicación que tiene indicada es Olanzapina 10 mg. Risperidona 3 mg. 1 comp. 9/16 y 22 hs, Valcote 500 mg. 2 comp 9 y 13 hs Diazepan 10 mg. 1 comp. 9 y 22 hs. Clotiapina sin stock. por ese motivo no se administra.

Los padres se niegan a las entrevistas. Se informa al servicio social la situación del usuario. Se evaluará su traslado a otra sala en las próximas semanas. Se informa a TR la incorporación del acompañamiento terapéutico al equipo interdisciplinario, como los padres no se presentaron en la reunión se deja constancia escrita.

El propósito de los AT, como primera medida plantean generar un vínculo de confianza con este. Organizando el encuadre se evaluarán las actividades que quiera hacer, hasta el momento el joven declara que le interesan las actividades propuestas, se revisarán los días, los horarios, el lugar y la modalidad de los encuentros. Se aspira que sean tres veces a la semana, Lunes, Miércoles y Viernes en el horario de 17:00 hs a 19:00 hs. La actividad requiere el pago de una cuota mínima para cada taller y se le explica que esto corre por cuenta en este caso del Hospital. Recurso que tendrá que gestionar el área de Trabajo Social. La organización de las actividades serán consensuadas con el asistido, respetando el deseo de éste para que conserve los objetivos de tratamiento planteados. Le comentamos de las actividades a la que vamos a acompañarlo, asimismo le explicamos cómo serán las rutinas y que el objetivo de estos talleres es

aumentar su capacidad de autorregulación mediante las actividades terapéuticas. Que a los talleres va a ir con los acompañantes terapéuticos asignados, que con el tiempo hará notables mejoras en sus habilidades sociales. Le indicamos a TR que para nosotros significa mucho su esfuerzo. El joven dice que le gusta lo que está pasando.

4.4.2 Área de espacio recreativo y lúdico

Los talleres se despliegan en áreas organizadas y administradas por el gobierno municipal en acuerdo con la administración provincial. Se trabaja de manera coordinada para enlazar diversas disciplinas y así poder ofrecer a los usuarios una oferta más amplia de actividades. Donde se pueda insertar al paciente junto al acompañante terapéutico así derribar ciertos prejuicios instalados de que los locos son malos y descifrar que solo es una enfermedad. En pocas palabras para que cada persona pueda volver a reconstruir lazos con otros. La comunicación que circula en este colectivo es un eje estratégico para construir y compartir. Para que el mensaje de los integrantes de este taller llegue claro, tenga sentido y coherencia. El Acompañante Terapéutico presta el yo con la función de la terceridad para que ese discurso fragmentado, que tienen los sujetos tenga sentido, para darle forma a esa actividad. Es un dispositivo que despliega su conocimiento, su conciencia, su sensibilidad con compromiso como un eje estratégico para lograr el bien común, la justicia social, la equidad y la convivencia pacífica. La actividad en el taller es solo un medio, es accesible tiene un gran alcance y no excluye. La práctica de deportes, los talleres de huerta, música y otros permiten el reencuentro con otros, invita a socializar y hace que liberen su ansiedad.

4.4.3 Metodología de intervención

Aplicamos técnicas de otras disciplinas, se trabaja con herramientas de la Terapia Ocupacional, del Trabajo Social, Psicoanálisis. Nos valemos de lo lúdico como recurso terapéutico, además incluimos a las artes (Teatro, Música, Pintura, Escultura y otros).

4.4.4 Acciones

En los talleres se trabajó la estimulación cognitiva para reducir las distracciones. Se ayudó, dando pautas educativas para la convivencia. La tarea implicó acompañar en el contacto con la familia y hacer una aproximación con sus vínculos. Tratando de ser su soporte y así intervenir en la crisis. Creando un vínculo para acompañar a TR en el taller estando disponible cada vez que lo requiera dentro del encuadre pautado. Se enviarán notificaciones escritas explicando la relevancia del mismo y dejando el informe registrado en la historia clínica.

4.4.5 Trabajo realizado

Los Acompañantes Terapéuticos lograron crear el vínculo de confianza con el usuario en un periodo de cuatro meses. En ese tiempo se trabajaron sobre los hábitos de higiene, posteriormente se planificó salidas fuera del hospital. Desde el equipo articularon para que asistiera a un gimnasio cercano al mismo, en un primer momento acompañado y cuando se observó que los síntomas disminuían, se planificó la asistencia al gimnasio solo. El usuario respondió positivamente. También acordaron asistir a una huerta comunitaria, más distante al hospital comenzando en compañía del acompañante terapéutico y luego solo. Se organizó el manejo de dinero. Trabajaron sobre la orientación de los lugares a asistir, aprender a utilizar el transporte público, sobre el vínculo con el personal del hospital y seguridad, coordinadores, concurrentes del gimnasio y huerta, respetando las normas de cada espacio. Se consolidó el vínculo con el equipo terapéutico y el usuario.

El equipo, junto con los acompañantes terapéuticos articularon con el Programa Nacional de Educación sexual Integral (ESI), se trabajó sobre la sexualidad y educación sexual del asistido. También se puso énfasis en el armado de una Red social de contención.

Los acompañantes terapéuticos conjuntamente con el equipo terapéutico acompañaron en la revinculación de la familia con TR sin lograr respuestas. Posteriormente se acompaña en la instancia judicial para exponer y dar una solución consensuada con las partes para lograr la posibilidad de que la madre y el padre de TR se hagan cargo de éste. En el Juzgado de Familia se planteó que el equipo terapéutico realizó diversas notas informando que TR, está con el alta de internación para seguir el tratamiento ambulatorio y los familiares no logran ser la red pretendida en un primer momento para que lo acompañen en su inclusión social. Actualmente el usuario continúa viviendo en el hospital por su situación personal ya que no tiene donde vivir. Se hizo el reclamo para la intervención judicial, sin respuesta. Desde la ciudad judicial se indica que el Juzgado no recibió dichas notas. Se solicita que a la brevedad se organicen apelando por una respuesta positiva para TR de parte de los funcionarios. Al año siguiente el poder judicial determinó en acuerdo con la madre de TR y el equipo terapéutico que el sujeto siga un tratamiento ambulatorio en el hospital. Desde el poder judicial se va a intervenir para exigir al padre del usuario la revinculación con TR.

Se consigue alquilar una habitación para TR que se pagará con parte de su pensión, en un barrio cercano al hospital, así puede pasar diariamente a retirar las viandas y ropa limpia. También se logró un acercamiento con la madre, el juzgado no logró hasta el momento contacto con el padre del joven. Se indica que el juzgado hará el seguimiento del caso dejando por escrito las situaciones presentadas.

En relación al acompañamiento terapéutico se realizó el cierre en común acuerdo con las instituciones, el equipo terapéutico y otros dispositivos intervinientes.

.Actualmente TR sigue viviendo en la habitación cercana al hospital, retirando sus viandas y la ropa limpia. Sigue asistiendo al gimnasio, al taller de huerta y otros espacios protegidos. Se realizó el cierre del acompañamiento terapéutico.

4.4.6 Sugerencias para el equipo terapéutico.

Consideramos significativo lo argumentado en el siguiente texto en referencia a lo que implica la calidad de nuestra tarea.

Pensar el acompañamiento terapéutico como un arte es, como decía Borges, un azar misterioso, es pensar el hacer del Acompañante como una práctica creadora, puesto que aquello que hace no está descrito como una serie de pasos prefijados de antemano sino que el acompañante bien formado es aquel que, con conocimientos, puede realizar en ese encuentro con su acompañado, sea este un niño, un adolescente o un adulto, un acto creador. (Goyeneche y Piccinini, 2011, p.34).

Durante las entrevistas que tuvimos con el sujeto, se pudo observar que existen dificultades en la comunicación entre el personal, los usuarios y familiares en el servicio de salud mental. Es por eso que sugerimos mejorar el trato entre sus integrantes, organizando talleres de comunicación para lidiar con situaciones de incertidumbre y conversaciones difíciles esto posibilita la mejoría del vínculo entre las personas. De esta manera se logra trabajar en ambiente de respeto, acompañando, guiando, conteniendo a los usuarios y a los familiares. En el caso particular de TR se intentará promover un acercamiento con el padre para vincularlos nuevamente.

4.4.7 Obstáculos en el proceso de trabajo de los acompañantes terapéuticos

Como es de saber que en el transcurso de un acompañamiento terapéutico surgen situaciones que influyen en el camino a seguir en el proceso de trabajo. Donde se deben

tomar decisiones y a la vez generar el menor perjuicio. Una de las situaciones que se pautó y no se cumplió fue el pago de los honorarios. Los haberes se retrasaron varios meses a los Acompañantes Terapéuticos.

En el encuadre con el equipo terapéutico generalmente se acuerda que los gastos de las salidas corren por cuenta de la familia, salvó en este caso en particular que la deuda la asume el hospital. Esos gastos tienen que ver con el transporte público, (colectivos y remis). Salidas a comprar pertenencias personales del acompañado, el pago del gimnasio, alguna actividad social como ir a una confitería, al cine, el teatro, para trabajar el manejo del dinero. El equipo terapéutico y la familia no cumplieron con lo establecido en el acuerdo. Frente al reclamo sobre esta falta de concretar lo establecido responden desviando las responsabilidades a la madre, a la jefa de la oficina de trabajo social, etc.

Se convoca una reunión de acompañantes terapéuticos para tratar el tema en relación a lo monetario en este caso. Luego de evaluar la evolución de TR y analizar sobre los pagos de honorarios de los acompañantes terapéuticos, seguidamente se decidió seguir trabajando con el acompañado.

Con la jefatura del servicio de enfermería se trabajó para organizar la tarea con los pacientes de salud mental y para que se visibilice que el acompañante es un integrante más del equipo. Desarmando rumores sobre la formación del acompañante y que contemplen que es un profesional que llegó al servicio para mejorar la tarea con el usuario.

El acompañamiento terapéutico se realizó desde el 15 de diciembre del 2021 al 18 de abril del 2023.

4.4.8 Consideraciones finales

En este ensayo, hemos reflexionado y observado acerca de la importancia del acompañamiento terapéutico como dispositivo de intervención que permitió acompañar a la persona con trastorno esquizofrénico en su vida cotidiana. Representó un abordaje del sujeto en su territorio. Procuero un vínculo y conocer sobre la persona más allá de la patología, comprendiendo que la enfermedad es solo una parte de su ser. Demostrando la trascendencia del acompañante terapéutico como un agente en el equipo interdisciplinario que nos acercó a los sentimientos del sujeto sostenido. Este trabajo integrador se realizó motivados por la experiencia de haber realizado el acompañamiento a un paciente con esquizofrenia, durante ese tiempo, se pudo experimentar la importancia que tiene la escucha libre de tabúes y el efecto positivo de compartir actividades comunes, el alcance terapéutico formidable que éste encierra. El poder participar en su dinámica con sus vínculos, sintiendo de manera profunda la fragilidad de su mundo y haber prestado el yo, sirvió para no olvidarnos que estamos trabajando con una persona con esquizofrenia, pero por sobretodo, con una persona que sufre. Durante ese tiempo se pudo ver que no hay un único camino, que los logros los hicimos en conjunto. En los espacios de espera entre las actividades se observó cambios conductuales que lo corrieron del lugar de enfermo en el que él se ubicaba. Destacando los cambios que implica la mejoraría en su autonomía e integración en la comunidad, así como la búsqueda de una mejor calidad de vida para el usuario, sus familias y la sociedad en general. Trabajar desde la singularidad y subjetividad del asistido implica comprender que no siempre se puede tener lugar para la participación ya que cada persona experimenta crisis, también momentos de incertidumbre y es importante que los pueda transitar. Por lo tanto, es necesario seguir buscando formas de intervención que tengan en cuenta las necesidades del acompañado y su entorno. Es fundamental rescatar, trabajar desde la singularidad y subjetividad de cada persona. El acompañante terapéutico actúa como el nexo entre el individuo acompañado y su entorno, pueden ser la familia, el equipo terapéutico, los amigos, los vecinos, la escuela, el trabajo, los comerciantes locales, entre otros. El Acompañante Terapéutico desempeña un papel de apoyo en el proceso de tratamiento. Es relevante tener en cuenta lo que plantea la Ley de Salud Mental de Río Negro, ya que actualmente hay una escasa inserción de los profesionales Acompañantes Terapéuticos en el ámbito público. Aún cuando las obras sociales respaldan esta figura, sigue siendo un recurso

disponible para pocos. En los hospitales de la provincia de Río Negro, el equipo de salud mental no trabaja con acompañantes terapéuticos, en su lugar se cuenta con operadores de salud mental que tienen otros niveles académicos. El sistema de Salud pública provincial, maneja una metodología de formación de operadores, los cuales en menos tiempo de formación, ocupan el lugar que podría estar disponible para un AT dictando cursos cortos de 4 meses por parte de la Dirección de Salud Mental Comunitaria y Adicciones del Ministerio de Salud provincial. Integrantes del equipo (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales) dicen desconocer la labor del Acompañante Terapéutico. Estos profesionales en su gran mayoría se formaron en universidades nacionales, por lo tanto cierto conocimiento deben tener en esta disciplina. Es relevante subrayar que tenemos conocimiento que se ha incorporado a la currícula como materia práctica el acompañamiento terapéutico en la carrera de Psicología en varias universidades públicas. En el discurso de los profesionales, expresan que les resulta conveniente trabajar con los operadores porque "no cuestionan, saben qué hacer y no tienen tantas complicaciones". La ley provincial 2440 no toma una postura clara de contratar al profesional Acompañante Terapéutico.

¿Cómo se puede resolver esto?

Debemos seguir trabajando en estos temas que nos involucran. Tenemos que considerar que el Acompañante Terapéutico, surge dentro del campo de la Salud Mental el dispositivo es una realidad que se sigue desarrollando y expandiendo en el ámbito de la salud. Que la propuesta se orienta a trabajar la potenciación de los aspectos sanos de la persona, el mantenimiento de los vínculos y la creación de formas de vincularse más saludables para la persona y su grupo. La labor del AT es polifacética dado que se inserta en el entrecruzamiento de lo cotidiano y lo vincular. Esto demuestra que, después de más de 50 años de presencia social, sigue siendo una respuesta a las demandas existentes. Durante las prácticas en las instituciones, hemos observado que el acompañante terapéutico incluso sin estar planificado, evidencia lo que otros profesionales no han logrado realizar. Otra conjetura es que seguimos inmersos en un

paradigma donde el Acompañante Terapéutico aún no ha llegado a todos de la misma forma y al mismo ritmo.

¿Será necesario seguir socializando esta actividad?

El Acompañante Terapéutico es un agente de la salud que ha luchado y sigue derribando prejuicios. Sostiene una declaración de principios que respalda su rol como profesional, con objetivos que lo guían hacia los ideales más elevados. Esto implica que siempre buscará el bienestar y la dignidad de los usuarios con los que trabaja, manteniendo una actitud genuina, reflexiva y empática. Además de una formación académica sólida y continua.

-Bibliografía

- Cooper, David. 1971. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós
- Dragotto, P., & Frank, M. L. (2015). *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T* (1ª ed., Cap. I, p. 25). Editorial Brujas
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica* (Tomo 1, Capítulo II, pp. 75-125). Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1961). *Historia de la Locura en la Época Clásica* de [enlace de YouTube].<https://youtu.be/uK8LzOWix4o>
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Bs. As.: Paidós
- Gómez, N. (2017). *Acompañamiento terapéutico en un caso de esquizofrenia con delirio erotómano*. En *Jornadas de Psicopatología cátedra II*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Goyeneche, R., & Piccinini, M. T. (Eds.). (Edición revisada 2014). *Arte de acompañar niños y adolescentes*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Letra Viva.
- Kraepelin, E. (1899). *Psiquiatría. Un libro de texto para estudiantes y médicos*, edición 6. Leipzig: JA Barth
- Kuras de Mahuer, Susana; Resnizky, Silvia. *Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos*, Trieb, Buenos Aires, 1985. *Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórico-clínica*, Letra Viva, Buenos Aires.(p.40) *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*, Letra Viva, Buenos Aires, 2004.(p.164)
- Ledesma Lara, C. (2012). *Senderos clínicos del Acompañamiento Terapéutico* (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid.
- Ley Nacional de Salud Mental, N° 26657.

Ley 4624. (2011). Ley del Ejercicio del Acompañante Terapéutico en la Provincia de Río Negro.

Ley 2440. (2010). Ley de Salud Mental en Río Negro

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Esquizofrenia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Pulice, G. (2011) Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva

Percia Marcelo. Deliberar las psicosis, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003(p.195)

Rossi, G. (2007). Acompañante terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Argentina: Editorial Polemos.

-Anexo

A continuación se presentan las planillas con las que se organiza el profesional para la entrega de informes, plan de trabajo integral, consentimiento informado y presupuesto.

- Cronograma Acompañantes Terapéuticos, pueden modificarse de acuerdo a los contratos de los talleristas.

Lunes a □	Martes	Miércoles □	Jueves	Viernes □□
Gimnasia mixta Juan		Huerta□□ Juan y Claudia		Gimnasia mixta Claudia
Taller Huerta Juan		Música □ Claudia		Taller Claudia/Juan

-PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

Paciente:

Diagnóstico:Obra Social:

N afiliado:

Prestación:

Prestador:

CUIL:

Objetivos generales del Acompañamiento Terapéutico

Objetivos específicos del Acompañamiento Terapéutico

-Consentimiento informado para Acompañamiento Terapéutico.

- Acepto y doy mi consentimiento para que _____ (nombre y apellido) DNI_____ inicie Acompañamiento Terapéutico y/o eventual tratamiento con el/la Acompañante Terapéutico _____, N° Registro_____, dejando constancia asimismo que ha sido debidamente informado de las condiciones de la práctica. Dicho tratamiento ha sido indicado por Dr/Lic._____ (Nombre completo del profesional que realiza la derivación, incluyendo especialidad y N° de Matrícula del mismo). A continuación se adjunta derivación médica correspondiente. Estando de acuerdo en lo hablado en el acompañamiento entre ambas partes, el equipo interdisciplinario estará al tanto y será de carácter confidencial.

Firma:

Aclaración:

DNI:

- Presupuesto horas de AT

PACIENTE:

DOMICILIO:

OBRA SOCIAL:

PLAN:

VALORIZACIÓN DEL MÓDULO

- MODALIDAD AMBULATORIA/DOMICILIARIA .

Carga horaria de 6 Hs. semanales a partir del mes de

MONTO A CUBRIR \$.....

- 24 Hs mensuales a razón..... hs.

TOTAL MENSUAL \$.....

- \$ (ACLARAR EN LETRA).

Firma y Sello del AT

INSTITUCIONES DONDE EL AT TRABAJA CON T.O MUSICOTERAPEUTA

.....
.
1 - DATOS DE LA INSTITUCIÓN
- Fecha de Solicitud:
.....
- Número, nombre de la Institución:
..
- Dirección:
.....

- Localidad:
.....

- Teléfonos:
.....

- E-mail:
.....

- Equipo de cada una de las instituciones:
.....
.....
.....
.....
.....

Profesional referente, receptor/a del alumno/ paciente (indicar cargo y/o actividad): .
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 - DATOS DE LA SUPERVISIÓN

- Nombre y Apellido
.....

- Teléfonos:
.....

3 - MOTIVO DE LA SOLICITUD DE INTERVENCIÓN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INSTITUCIONES RECREATIVAS Y/O CULTURALES:

Dirección:
.....

Localidad:
.....

Teléfono:
E-mail:

<p>- EQUIPOS MUNICIPALES Y/O PROVINCIALES DE</p> <p>Nombre:</p> <p>.....</p> <p>Dirección:</p> <p>.....</p> <p>Localidad:</p> <p>.....</p> <p>Teléfono:</p> <p>Email:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
