HACIENDO CAMINOS 3

Guía con esquemas de acción del Acompañante Terapéutico

GUILLERMO FERNÁNDEZ D'ADAM

Haciendo Caminos… Tercer tramo en esquemas

Guía con esquemas de acción del AT

Guillermo Fernández D'Adam

Haciendo Caminos… Tercer tramo en esquemas

Guía con esquemas de acción del AT

Índice

ÍNDICE **7**

HOMENAJE A LOS ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS EN ESTE CAMINO LLENO DE ESPERANZA **13**

INTRODUCCIÓN A GUÍA DE ESQUEMAS DE ACCIÓN DEL AT **14**

ESQUEMA I: CONSTRUYENDO EL MAPA **16**

CAMINOS HISTÓRICOS 16
PROFESIONALES E INSTITUCIONES FUNDANTES DEL AT 16
CONSTRUYENDO NUESTRO CAMINO 18

ESQUEMA II: CONCEPTUALIZACIÓN **20**

ESQUEMA III: CARACTERÍSTICAS PRIMORDIALES DEL AT **23**

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL VÍNCULO 23
CONDICIONES PERSONALES 26
COMPETENCIAS 26
RESPONDER COMPRENSIVAMENTE 26
CONOCER FUNDAMENTOS MODELOS ETIOPATOGÉNICOS 26

ESQUEMA IV: MARCO REFERENCIAL **27**

CONSIDERACIONES TEÓRICAS 27

ESQUEMA V: ÁMBITOS ASISTENCIALES **29**

DESEMPEÑO DEL AT 29

ESQUEMA VI: ROL DEL AT **31**

BENEFICIOS DEL AT 32

ESQUEMA VII: FUNCIONES DEL AT **35**

ESQUEMA VIII FUNCIÓN PRIMORDIAL: LA CONTENCIÓN **37**

ESQUEMA IX: PRÁCTICA DE LA PSICOEDUCACIÓN **39**

ÁREAS DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE 39

ESQUEMA X: HERRAMIENTAS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA **43**

EL ÁRBOL DE LAS 24 FORTALEZAS 45
PRÁCTICAS DE HUMOR 45
5 CLAVES PARA LOGRAR EL BIENESTAR 47

ESQUEMA XI: INCUMBENCIAS **49**

HISTORIA ACADÉMICA 49
MOMENTOS HISTÓRICOS SIGNIFICATIVOS 49
DIFERENCIAS AT – CUIDADOR/ASISTENTE 51

ESQUEMA XII: OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DEL AT **53**

Condiciones de ingreso a la tecnicatura universitaria *54*
PLAN DE ESTUDIO CARRERA DE AT 55

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO (U. C. C) 56
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS (U. A. D. E. R.) 56
UNIVERSIDAD DE BELGRANO (UB) 56
PROGRAMAS DE FORMACIÓN 57
INSTITUTOS TERCIARIOS/UNIVERSITARIOS EN ARGENTINA 57

ESQUEMA XIII: EL EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO 57

AT - EQUIPO DE SALUD 58
FUNCIONES DEL AT 59

ESQUEMA XIV: INSTITUCIONES CON INTERNACIÓN 59

CARACTERÍSTICAS 60

ESQUEMA XV: AT DOMICILIARIO Y AT ESCOLAR 63

INTERVENCIONES DEL AT DOMICILIARIO 63
ACOMPAÑANTE/ASISTENTE EXTERNO EN EL ÁMBITO ESCOLAR 63
CONSIDERACIONES 64
OBJETIVOS DEL ACOMPAÑANTE/ASISTENTE EXTERNO 64

ESQUEMA XVI: COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN ADICCIONES 65

OBJETIVOS GENERALES DE LA CT 65
EL EQUIPO TERAPÉUTICO TRANSDISCIPLINARIO 65
EL AT COMO OST 65

ESQUEMA XVII: FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS 69

RED DE TRATAMIENTO 69
INSTRUCCIONES PARA ARMAR LA RED PERSONAL 70
ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO CON LA FAMILIA (ATF) 70
FUNCIÓN DEL ATF 71

ESQUEMA XVIII: COMUNIDAD TERAPÉUTICA DOMICILIARIA (CTD) 73

EL TRATAMIENTO EN CUATRO ETAPAS 73
PRIMERA ETAPA: 1º MES 73
SEGUNDA ETAPA: 2° MES 74
TERCERA ETAPA: 3º-4º-5º MES 74
CUARTA ETAPA: 6º- 7º- 8º- 9ºMES 75
TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS DEL AT 75

ESQUEMA XIX: COACHING Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO 77

COACHING Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO 77
SOBRE EL COACHING PSICOLÓGICO 77
CONSIDERACIONES GENERALES DEL COACHING 78
LA RUEDA DE LA VIDA 78
FUNCIONES DEL AT COACH 79
PSICOTERAPIA - COACHING - SALUD (PCS) 80
TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES (TCS) 81
COACHING PSICOLÓGICO 81
PSICOLOGÍA POSITIVA 81

ESQUEMA XX: AUTISMO Y PSICOSIS 83

CARACTERÍSTICAS ACOMPAÑANTES INSTITUCIONALES 83
FUNCIONES DEL AT EN PSICOSIS 84

ESQUEMA XXI: EL AT EN TCA **84**

La Anorexia Nerviosa 85
La Bulimia Adictiva 85
El Atracón Compulsivo 85
Evolución de la bulimia 85
El tratamiento de los TCA 86
Principios del tratamiento 86
Ámbitos de tratamiento 87
Los principios generales de intervención entre el AT y el paciente 87

ESQUEMA XXII: TRASTORNOS DE ANSIEDAD – PÁNICO – FOBIAS **89**

Causa de trastornos de ansiedad 89
Tipos de trastornos de ansiedad 89
Trastorno de pánico 90
Fobias 90
Psicoeducación Activa In-situ 91
Las tres etapas de intervención del AT *92*
Rol del AT 92

ESQUEMA XXIII: ADICCIONES COMPORTAMENTALES – LUDOPATÍA **93**

Características de las Adicciones comportamentales 93
La Ludopatía 93
Equipos con AT en adicciones comportamentales 93
Aspectos a trabajar psicoterapeuta y AT 94

ESQUEMA XXIV: ADICCIÓN ALCOHÓLICA **95**

Modelo médico actual bio-psico-social-cultural 95
Etapas del proceso 95

ESQUEMA XXV AT: EN EL TDAH **97**

Clínica del Trastorno de Deficit Atencional con Hiperactividad (HDAH) 97
Rol del AT en TDAH 98

ESQUEMA XXVI: INTERVENCIÓN EN AFASIA **99**

Acompañamiento en Afasia 100
Rol y Funciones del AT 100

ESQUEMA XXVII: DEPRESIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO **101**

Los criterios del DSM-V 101
Rol del AT en depresión 102

ESQUEMA XXVIII: GERIATRÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS **103**

El ciclo vital dinámico 103
La Psicoterapia en la edad tardía 103
El AT en Geriatría 104
Los objetivos del acompañamiento 104
Cuidados Paliativos 104
Objetivos del AT en el Cuidado Paliativo 106

ESQUEMA XXIX: DISCAPACIDAD **107**

Ejemplo de un Programa de Discapacidad 107
Función del AT en Discapacidad 108

ESQUEMA XXX: TUTOR DE RESILIENCIA **109**

CONSIDERACIONES SOBRE RESILIENCIA 109
FACTORES RESILIENTES EN EL AT 110
GUÍA OPERATIVA DE LA RESILIENCIA PARA EL AT 110

ESQUEMA XXXI: AUTOREVELACIÓN DEL AT **111**

CONSIDERACIONES GENERALES 111
TIPO DE AUTOREVELACIONES 111
BENEFICIOS DE LAS AR 112

ESQUEMA XXXII: LA SUPERVISIÓN **113**

CONSIDERACIONES DE LA SUPERVISIÓN 113
PREGUNTAS CLAVES 113
CONSIDERACIONES GENERALES 113
FUNCIÓN DE LA SUPERVISIÓN 115

ESQUEMA XXXIII: BURNOUT Y ENGAGEMENT **117**

CONSIDERACIONES DEL BURNOUT 117
EL BURNOUT EN LOS AS TS 118
Los síntomas del Burnout *118*
Consecuencias generales *118*
PREVENCIÓN EN LOS EQUIPOS 119
ENGAGEMENT 119
PROPUESTAS DE PREVENCIÓN DEL BURNOUT 120

ESQUEMA XXXIV: PREVENCIÓN Y AT **121**

PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES 121
LOS OBJETIVOS PREPONDERANTES EN PREVENCIÓN DE DROGAS 121
APORTES DEL AT EN UN PROGRAMA PREVENTIVO 122

ESQUEMA XXXV: AT Y ÉTICA **123**

ÉTICA 123
MORAL 123
LOS CUATRO PRINCIPIOS DE LA ÉTICA 123
LOS PRINCIPIOS ÉTICOS 124
PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR 124
EL AT DEBE SABER PRIORIZAR 125
EL BOTIQUÍN DEL AT DEBE TENER 126

ANEXO I **127**

ENCUADRE – CONTRATO - DSM 5 127
* EL ENCUADRE 127
** EL CONTRATO 127
MODELO CONTRATO/ACUERDO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA DOMICILIARA 127
Durante 3 meses primera etapa: 128
Terapias indicadas: 128
***MODELO INFORME DE ACTUACIÓN DEL AT 128
¿QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE EL DSM? 129

ANEXO II **131**

CÓDIGO DE ÉTICA 131
CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DE AT 131

Asociación acompañante terapéuticos de la república argentina (AATRA) *131*
INTRODUCCIÓN 131
La Introducción expresa la intención y alcance de aplicación del Código de Ética. 131
PREÁMBULO 132
Declaración de principios 132
Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. 132
Competencia 133
Compromiso profesional y científico 133
Integridad 133
Responsabilidad social 133
Normas deontológicas 133
Deberes fundamentales del acompañante terapéutico: *134*
Deberes inherentes al ejercicio profesional 134
Secreto profesional: 135
Deberes respecto de sus colegas y de AATRA 136
Derechos del acompañante terapéutico 136
Sanciones disciplinarias 137

ANEXO III **138**

EL AT Y LA LEY Nº 26.657/2013 138
PUNTOS PRINCIPALES DEL PROYECTO 138

BIBLIOGRAFÍA **140**

Homenaje a los acompañantes terapéuticos en este camino lleno de esperanza

"Como no recordar con toda simpatía y emoción…"

…la salida recreativa de todos los chicos y adolescentes del CTI de Don Torcuato, con destino a unas barrancas que estaban a unas 10 cuadras de la institución… caminando los que podían…ayudados en sus sillas de ruedas otros y …en el hombro de los acompañantes unos cuantos chicos, con dificultades para andar, pero nadie se perdía la aventura de hacer un picnic en "familia". Resultaba magnífico percibir y compartir la alegría que embargaba a todos.

…Víctor, un adolescente hiperactivo subiendo al techo de tejas, haciendo equilibrio en la arista, mientras su AT, atildado estudiante de Psicología le interpretaba "lacañosamente" con los brazos cruzados la "falta"???...el jovencito entendió que tenía que bajar porque otro AT, con cariño, pero firmemente, le pidió que lo hiciera ya porque podía lastimarse.

…Oscar, otro adolescente del interior, muy pícaro e impulsivo, se escapa de la institución y salimos tipo brigada a buscarlo…lo vemos haciendo equilibrio y "payasadas" a los autos que velozmente pasaban de un lado y del otro subido al guarda rail del medio de la Panamericana, mientras su AT, en un desesperado e inestable equilibrio, lo alcanzaba para que no siguiera caminando.

…el almuerzo de los miércoles en la Sala de reuniones, donde como Director invitaba al grupo de púberes, al pantagruélico banquete de salchichas o empanadas, comida favorita para ellos, para lo cual previamente, tenían un aprontamiento especial de sus respectivos AsTs, que también disfrutaban que "sus muchachos" tuviesen esa invitación institucional.

No es por la necesaria y a veces acartonada sapiencia, sino por el cambio humano que produce el ENCUENTRO TERAPEUTICO REAL entre pacientes, familias, personal y profesionales de la institución, se puede reconocer, agradecer y valorar el Auténtico Saber y la Entrega comprometida de los Acompañantes Terapéuticos. Este saber adquirido en la experiencia, revela que la destreza y maestría no corre en una sola dirección y como dijimos hace 25 años en el prólogo de «¿Qué hacemos en salud mental?» (GABAS Editorial - 1990) .... en nuestras "keschuas" pampas (campos abiertos y extensos) al estilo de las tierras de La Mancha del "AT Sancho":

¡¡¡ SALUD ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS!!!

Haciendo caminos al andar…

Introducción a Guía de Esquemas de Acción del AT

Las experiencias eficaces del Acompañante Terapéutico (desde ahora AT) en intervenciones complejas médicas-psicológicas-sociales en los últimos 40 años han generado una "praxis", que es necesario compartirla, recapitalizarla y consolidarla, reinstalando, a disposición de los propios Acompañantes Terapéuticos (de ahora As Ts) y de lo colegas de salud mental (especialistas de disciplinas médicas afines y autoridades sanitarias) el beneficio que implica actuar en equipos inter-transdisciplinarios que incluyen acompañantes terapéuticos para la más efectiva, eficiente y rápida resolución de los tratamientos.

El AT es un recurso complementario para enriquecer y potenciar los recursos asistenciales en los equipos dedicados al abordaje de patologías complejas. Hoy en día **no resiste discusión ni cuestionamiento la implementación de este rol y función en el ámbito clínico, aunque es necesario esperar dar la última "puntada", que es el reconocimiento legal de la disciplina** (está en buen camino de culminar el largo proceso burocrático).

Formalizar lo referente al título oficial y sus incumbencias, reglamentar la formación académica, pautar las equivalencias y equiparaciones necesarias para sistematizar el conocimiento y la práctica, son necesarios para la actuación profesional del AT y es una deuda pendiente que tenemos los que trabajamos con un enfoque de Salud Integral (con equipos de abordaje múltiple, con As Ts para enfermedades complejas) y las autoridades políticas-sanitarias responsables de la oficialización de la profesión.

Invitamos a releer, pensar, reflexionar y complementar estos esquemas de campo de acción a los estudiantes/acompañantes terapéuticos e integrantes de los equipos terapéuticos, con o sin trayectoria, a todos los agentes de salud y las instituciones terapéuticas con intenciones de incorporar al AT en el abordaje múltiple.

Desearíamos que esta Guía de esquemas de acción ayude como un principio o continuidad del camino propio, andando estos itinerarios y descubriendo otros recorridos que podrán llevarnos, por vías distintas, al objetivo principal de la Salud Mental: vivir con el mayor bienestar y calidad de vida posible.

Recordemos que el gran desarrollo de la Psiquiatría Argentina y la promoción del Rol de AT en los equipos de Salud Mental y Adicciones, se debe a la lúcida visión de nuestros maestros en el arte creativo de enfrentar la enfermedad mental : José Bleger (Psicología Institucional), Pichón Riviere (Los Vínculos), José García Badaracco (Grupos Multifamiliares), David Zizienski (Acompañamiento Familiar en autismo), Mauricio Goldemberg (Psiquiatría Comunitaria), Eduardo Kalina (creador del "Amigo Calificado"), Juan Yaría (Comunidad Terapéutica en Psicosis y Adicciones), Raúl Camino (Comunidad Terapéutica Rural), Ricardo Grimpson (Comunidad Terapéutica Hospitalaria), Rolando Benenson (Terapistas de Convivencia), César Cabral (Voluntariado Terapéutico). A todos ellos nuestro mayor agradecimiento por la tarea creativa y formativa realizada y el honor inmenso de haber compartido tiempos de práctica, aprendizajes, intercambios y camaradería.

Queremos agradecer muy especialmente el extraordinario impulso académico y aporte socio-sanitario al tema, de la Universidad Católica de Cuyo (Facultad de Filosofía - Carrera de Acompañamiento Terapéutico) que actualmente cursa la 15º promoción de la Tecnicatura en AT y del Instituto de Prevención de la Drogadependencia de la Universidad del Salvador, más de 20 años en formación de Técnicos, Masters y Operadores/Acompañantes. En ambas instituciones hemos encontrado la mayor predisposición y compromiso social para el desarrollo de estas temáticas permitiendo una participación activa de coordinación, dirección y docencia, muy enriquecedora para nuestro ECRO profesional.

También ampliamos nuestro respecto y reconocimiento por la tarea desarrollada, a la Universidad de Bs As, con su Facultad de Psicología y su prestigioso grupo de psicólogos (Cátedra de Práctica del AT) y a numerosas universidades e institutos terciarios e instituciones en todo el país, que han ofrecido en sus aulas

capacitación/formación y que, seguramente, adherirán y reciclarán sus propuestas de acuerdo a las coordenadas programáticas formativas, que dictamine la nueva y esperada Ley del AT.

En el primer tramo de **"Haciendo caminos...1**" (Gabas Editorial, 2005) decíamos que **el AT surge de la búsqueda de recursos humanos terapéuticos alternativos y complementarios al equipo de tratamiento, para el abordaje de pacientes con patologías graves y complejas y sus grupos familiares, que generalmente presentan problemáticas que exceden los límites de los tratamientos clásicos o el abordaje institucional tradicional.** En la actualidad se amplía la demanda del rol de Acompañante Terapéutico a ámbitos cada vez más diversos y novedosos de la psiquiatría y de la clínica médica (trastornos graves de la ansiedad, depresión, ludopatías, adicciones sin drogas, patología invalidante neurológica, enfermedades terminales, etc.).

En el segundo tramo de **"Haciendo caminos...2"** (Gabas Editorial, 2008) el propósito fue **proponer la experiencia con metodologías prácticas, que dan orientación a la clínica del acompañamiento terapéutico, en el contexto de un equipo con entrenamiento interdisciplinario, en un marco referencial de transdisciplinariedad**. Destacábamos que el AT debe prepararse para la contención psico-física-espiritual del paciente, apoyar y estimular su proceso terapéutico, intervenir de acuerdo a pautas dadas por el equipo y actuar precozmente y coordinadamente frente a las crisis o necesidades, dentro del modelo de abordaje múltiple (tratamiento integral con inclusión del contexto familiar y comunitario).

Este último tramo de **" Haciendo caminos…3 "** tiene **el objetivo de consolidar conceptualizaciones, especificar marcos de referencia, definir el rol y la función, las metodologías técnicas en las diversas patologías, precisar indicaciones eficaces del dispositivo, sistematizar la base de conocimientos académicos fundantes, enfatizar el indispensable enfoque de equipo, el trabajo familiar y comunitario, deliberar lo referido a la ética en el actuar y , entre otras más, concientizar fenómenos que han sido estudiados profundamente, como el burnout (agotamiento laboral) y el fortalecimiento de engagement (compromiso, entusiasmo y pasión por la tarea).**

Esquema I: Construyendo el mapa

El acompañamiento terapéutico tiene sus antecedentes históricos en la actividad asistencial, a principios del siglo XX, a partir del Consejo de Pastores de ciertas iglesias protestantes en Estados Unidos. En 1925 el Dr. Richard Cabot publicó un artículo en el Survey Graphic, sugiriendo que los candidatos aspirantes a desempeñarse como pastores, recibirían una formación similar a la ofrecida por la escuela de medicina. En 1930 Antón Boisen desarrolló un programa que se orientaba en este mismo sentido y en 1963 fue fundada la American Association of Pastoral Counselors, con la finalidad de proporcionar una formación certificada a los pastores acompañantes. Surge como técnica terapéutica en 1947, a través de la médica terapeuta suiza M. Sechehaye, que explicó el trabajo de AT en su libro "La realización simbólica". En Argentina es una práctica de gran impulso y desarrollo en los últimos 50 años, incorporada como búsqueda de alternativas clínicas para el abordaje de personas con enfermedades complejas, que requieren de un equipo multidisciplinario, con inclusión de Acompañantes Terapéuticos.

Caminos históricos

Escuela de Atenas, La Academia, Platón acompañado.

Profesionales e instituciones fundantes del AT

Los antecedentes históricos más remotos del acompañamiento se encuentran en la filosofía griega, principalmente en Sócrates, filósofo ateniense 470 a. C. quien creó un método llamado mayéutica (del griego: μαιευτικός, maieutikós, "perito en partos", maieutiké, "técnica de asistir en los partos" consistente en un proceso inductivo a través de preguntas reveladoras con sus discípulos, mediante el cual lograba traer a la luz, las cualidades y respuestas que "el acompañado ya tenía en su interior". También podemos mencionar a la "ética aristotélica" basada en la búsqueda de la felicidad que, de alguna manera sigue siendo la gran motivación que subyace en el proceso de acompañamiento.

La figura del acompañante terapéutico se originó a partir de otras formas anteriores
que ofrecían acompañamiento en los espacios de recreo y ocio, a los pacientes en las actividades dentro y fuera de la clínica (Rossi, 2007). En España se llamaban "monitor de tiempo libre", en Francia "*animateur*", en Canadá "interviniente clínico" en tratamiento de psicóticos, mientras que en Inglaterra y Bélgica se crearon los "dispositivos de enlace" (Galdós & Mandelstein,2009). En el esquema siguiente destacamos los profesionales que alentaron su desarrollo y los hitos institucionales fundantes en la República Argentina, que han aportado en estas décadas y que permitieron el amplio despliegue actual del Acompañamiento Terapéutico.

Década del 60

- Mauricio Goldemberg en Servicio de Salud Mental en Lanús (Buenos Aires).
- Jorge García Badaracco con Familiares Acompañantes en el Hospital Neuropsiquiátrico Borda (Capital Federal).
- Raúl Camino en Comunidad Terapéutica Federal en Entre Ríos.
- Eduardo Kalina con "El amigo calificado" en adicciones.

Década del 70

- D Zizienski, R Pierro, G Fernández D'Adam - Acompañamiento Familiar en Autistas. Hospital de Niños de La Plata.
- J Yaría – El AT en Comunidad Terapéutica en Psicosis y Adicciones, Gradiva.

Década del 80

- L Patiño, H Waisburg, G Fernández D'Adam - Comunidad Terapéutica Infantil de Don Torcuato (Buenos Aires).
- S Mauer, S Reznisky con Equipos de Abordaje Múltiple con As Ts.
- Encuentros Argentinos sobre AT en Psiquiatría en Buenos Aires.
- Encuentros Argentinos de Comunidades Terapéuticas Infantiles.

Década del 90

- Pulice, Rossi, Masson – Universidad de Buenos Aires, Cátedra Prácticas del AT.
- J Yaría, G Fernández, A Samá, José Contartese - Instituto de Drogadependencia de la USAL – Formación de As Ts y Operadores Socioterapéuticos.
- Red de Universidades en Formación de AT/OST de la Secretaria de Adicciones de la Provincia de Bs As.

A partir del 2000

- Creación de la 1ª Tecnicatura Universitaria en AT en la UCC – San Juan.
- Constitución de A.A.T.R.A. (Asociación Acompañantes Terapéuticos República Argentina).
- Diplomaturas en la Universidad Nacional de Córdoba – D. Dragotto, J. Mansilla.
- Congresos Argentinos, Iberoamericanos e Internacionales de AT (Córdoba, San Luis, San Juan, Mar del Plata, etc.

Construyendo nuestro camino

❖ **En 1968** participamos como estudiantes de Medicina y Psicología, en la Comunidad Terapéutica dirigida por el psiquiatra belga Dr. Chan, discípulo de Maxwel Jones (el "Padre" de las Comunidades Terapéuticas) en el Neuropsiquiátrico de Cosquín en Córdoba.

❖ **En los 70** en el Hospital de Niños de La Plata, en tratamiento de patologías graves psicóticas y autísticas, los residentes del Servicio de Psiquiatría Infantil del Profesor Dr. David Zizienski (R. Pierro, E. Brik, N. Mellado, G. Fernández D'Adam) "trasladábamos" a los niños pacientes con su madre, generalmente del interior y de países limítrofes, a "convivir" a nuestros propios hogares el fin de semana. Era una experiencia asombrosa con un aprendizaje entusiasta e intensivo de observar y vivenciar las variables del vínculo, que permitía "in situ" estudiar y sorprendernos con conductas inesperadas, desconocidas, cambios y "adelantos" (como un autista de 7 años que por primera vez "mira a los ojos del otro"). La realidad era algún fenómeno vincular espontáneo, ya que no realizábamos terapias específicas, sólo acompañamos y a posteriori con el equipo interdisciplinario, tratábamos de descifrar aspectos de las dinámicas y conductas en juego, tratando de explicar lo complejo de la etiología de estas patologías.

❖ **En los 80** participamos en el diseño de programas terapéuticos con equipos institucionales, incluídos los As Ts, a partir de la Comunidad Terapéutica para niños y jóvenes de Don Torcuato (Provincia de Buenos Aires) e IRINA (pionera en discapacidad en San Juan) y posteriormente con el Hogar JUAN XXIII, APANAU en Avellaneda, NARANJITO en Mendoza, Ruca Antun en La Pampa, ASANA en Escobar, ADIS y Nuestra Sra de Lujan en Capital.

En todas se incluyó la función del AT y se trabajó asignándole un rol netamente diferenciado, valorizado y prestigiado, indispensable en los equipos transdisciplinarios (Fernández D'Adam-1989).

❖ **En la década de los 90** nos dedicamos a implementar el Acompañamiento Terapéutico en tratamientos de abusos y adicciones, capacitando y formando cientos de operadores socio terapéuticos y As Ts, en el Instituto de Drogadependencia de la Universidad del Salvador y en el Programa integral "10000 líderes para el cambio" realizado en la Provincia de Bs As.

❖ **A partir del 2000** participamos de la creación en San Juan de la primera Tecnicatura Universitaria de Acompañamiento Terapéutico, en la Universidad Católica de Cuyo, que sigue formando ininterrumpidamente a numerosos grupos de alumnos de la zona de Cuyo. En Bs As durante los últimos años hemos dictado Cursos Básicos y de Especialización en la Escuela de Salud Pública (UBA), la Escuela de Psicología Social de Tigre, en la Universidad de la Marina Mercante, en la Red Sanar, en la Universidad del Salvador.

❖ **En los últimos años**, desde INAPBA (Instituto de Neuropsiquiatría, Adicciones y Psicología Positiva de Buenos Aires), ITAD (Instituto de Terapia Sistémica de Madrid) y desde el Brain Center Dr. Kalina (Bs. As) abordamos el diagnóstico y terapéutica de las Patologías Duales, planificando tratamientos integrales interdisciplinarios, con la participación activa de los As Ts.

El trabajo de reparación del dolor es una trama de finos hilos que para ser tejida necesita de capacitación, idoneidad, tiempo, flexibilidad, tranquilidad, compasión y amor.

Esquema II: Conceptualización

El AT es un agente de la salud, académicamente formado y con experiencia vivencial en el rol, con alto grado de vocación asistencial, que trabaja junto a un equipo terapéutico especializado, con una concepción dinámica y compleja de las enfermedades humanas, con el fin de asistir cotidianamente e intensivamente a personas que sufren de trastornos graves que afectan su salud física-mental y su adaptación a la vida familiar-laboral-social, que realizan tratamiento interdisciplinario, teniendo en cuenta su singularidad, su problemática y sus circunstancias. (Fernández D'Adam, 1991).

La relación con al término *acompañar* deriva del latín *cumpanis*, compañeros que se reunían para elaborar una materia prima, *el pan*. A partir de la inclusión del sufijo "a", la palabra cambia y su transformación indica la *presencia de otro compañero y un destino común en ellos*. Su origen global se relaciona con los fracasos de los tratamientos clásicos en la psiquiatría, como así también el auge de los tratamientos de abordaje múltiple en salud mental y patologías médicas complejas.

Acompañar es estar con otro.
Alguien para otra, presencia estable de un otro significativo.
Ser un otro testigo.
Alguien que escucha y que asiste en el hacer.
Vínculo a través del encuadre (días, horarios, etc.).
Posibilita espacio de confianza y continuidad.
Acompaña en las necesidades, dificultades, deseos y proyectos.
Asiste al paciente en sus angustias y ansiedades.
El AT también es acompañado…

- ¿Cómo introducir al camino a quiénes con su andar lo construyen? *Tarea difícil, sobre todo porque los caminantes deben recorrer en sus propias existencias humanas únicas, irrepetibles e irrenunciables. En este hacer se compromete, además del conocimiento científico y la formación profesional, la propia experiencia de viandantes en la existencia y algo mucho más profundo para el alma humana:* ***la esperanza de ser capaces de ayudar a los demás a reconstruir la personal ilusión de vivir humanamente a pesar de los quebrantos que hayan debido afrontar*** (María Isabel Larrauri-Decana de Filosofía-UCC-San Juan, 2005).

- *El AT* ***requiere para desarrollar su trabajo la continencia de la red humana terapéutica (Equipo) que le permita el acompañamiento en que comparte simétricamente vivencias cotidianas, ayudando a decodificarlas asimétricamente, intentando favorecer la claridad al aparato psíquico del paciente en un marco de reparentalización,*** *que actuará como soporte representacional, recreando el escenario vincular distorsionado por la enfermedad* (G. Fernández D'Adam-Julio Cano-Comunidad Terapéutica Infantil de Don Torcuato, 1985).

- *El Acompañamiento Terapéutico como "dispositivo" (Michell Foucault), parece referir al* ***entramado de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto con tres aspectos fundamentales: la naturaleza estratégica del dispositivo, su heterogeneidad y su funcionamiento en red.*** *El concepto de dispositivo ha permitido redimensionar el acompañamiento en tanto hoy es mucho más que una herramienta terapéutica. Se trata de un proyecto de conceptualización que, apoyado en las categorías fundamentales del psicoanálisis, ha ido conquistando nuevos territorios y campos de aplicación. Se trata también de un posicionamiento ético frente a la enfermedad y su implementación se teje con enunciados, discursos e instituciones que la regulan* (Susana Kuras de Mauer - Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico - clínica, 2013).

- *El acompañamiento, cuando se considera necesario incluirlo en un tratamiento psicoterapéutico, es terapéutico sólo en la medida en que se construye con cada paciente, contemplando la particularidad clínica y social del mismo, no habiendo a priori un protocolo de tareas o actividades a realizar prefijadas, ya que éstas dependerán de cada caso particular. El acompañamiento es un* ***dispositivo que está al servicio de una intervención clínica, por lo tanto no es el tratamiento en sí mismo, ni tampoco implica una técnica de control o vigilancia del paciente, ni es un dispositivo acabado,*** *sino que se incluye dentro de un tratamiento y está sujeto a la estrategia de éste y de quien lo dirige y coordina (*Carlos Ledesma Lara, *Tesis Doctoral, Madrid, 2013).*

Esquema III: Características primordiales del AT

Será requisito fundamental del AT la proyección de una vocación humana y una formación acorde con la complejidad de la tarea a realizar, con conocimientos básicos de semiología psiquiátrica, diagnósticos según enfoques de ejes axiales, elementos básicos de psicología, de psicofarmacología, dinámica de grupo, criterios básicos de decisión, incorporación de herramientas adecuadas para su misión. Deben ser personas, altamente sensibles, dispuestas a asumir un compromiso humano con la convicción que la instalación y constancia del vínculo, posibilitará un proceso de cambio saludable en la resolución terapéutica.

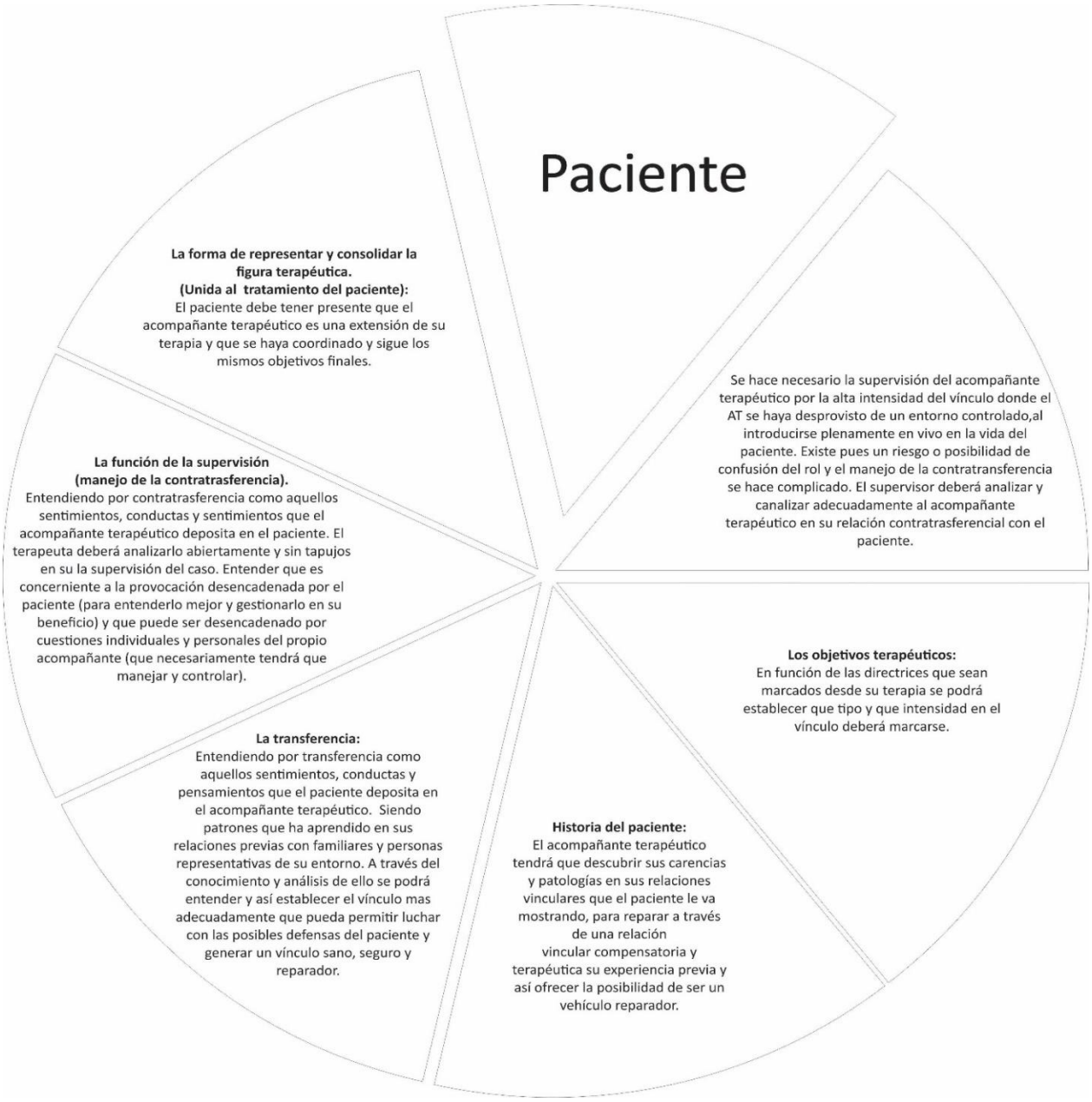
"Cualquier método es bueno si existe contacto personal, poner el cuerpo y lograr un vínculo fuerte, pero para realizar un contacto personal profundo es esencial una verdadera relación de ayuda válida y cálida, que se enmarque en la generosidad y la capacidad de donación del adulto en general" (Jung).

La multiplicidad de escenas, necesidades y emergentes presentes todos los días en la vida del paciente, hacen del AT un profesional en constante movimiento, "con la guardia en alto", pensando y repensando variables, dispuesto a comprender situaciones, aportar al equipo, llevar adelante las estrategias y a veces dar respuestas inmediatas (no pueden esperar a la supervisión), facilitar modificaciones conductuales y mejorar la integración entre posibilidades del paciente y su medio social.

Principios básicos del vínculo

El vínculo se define cómo aquello que liga, une o relaciona a las personas o a las cosas. El vínculo terapéutico, hace referencia a la atadura, unión o relación que se establece entre terapeuta y paciente dentro de un contexto terapéutico. El objetivo es crear un "lazo" auténtico y único, donde el AT se pueda implicar en la

relación de manera genuina, percibiendo los estados emocionales, escuchando y reflexionando con el paciente, acompañando y otorgando el espacio que propicie el cambio desde la cercanía y la naturalidad.


Paciente
La forma de representar y consolidar la figura terapéutica. (Unida al tratamiento del paciente): El paciente debe tener presente que el acompañante terapéutico es una extensión de su terapia y que se haya coordinado y sigue los mismos objetivos finales.
Se hace necesario la supervisión del acompañante terapéutico por la alta intensidad del vínculo donde el AT se haya desprovisto de un entorno controlado,al introducirse plenamente en vivo en la vida del paciente. Existe pues un riesgo o posibilidad de confusión del rol y el manejo de la contratransferencia se hace complicado. El supervisor deberá analizar y canalizar adecuadamente al acompañante terapéutico en su relación contratrasferencial con el paciente.
La función de la supervisión (manejo de la contratrasferencia). Entendiendo por contratrasferencia como aquellos sentimientos, conductas y sentimientos que el acompañante terapéutico deposita en el paciente. El terapeuta deberá analizarlo abiertamente y sin tapujos en su la supervisión del caso. Entender que es concerniente a la provocación desencadenada por el paciente (para entenderlo mejor y gestionarlo en su beneficio) y que puede ser desencadenado por cuestiones individuales y personales del propio acompañante (que necesariamente tendrá que manejar y controlar).
Los objetivos terapéuticos: En función de las directrices que sean marcados desde su terapia se podrá establecer que tipo y que intensidad en el vínculo deberá marcarse.
La transferencia: Entendiendo por transferencia como aquellos sentimientos, conductas y pensamientos que el paciente deposita en el acompañante terapéutico. Siendo patrones que ha aprendido en sus relaciones previas con familiares y personas representativas de su entorno. A través del conocimiento y análisis de ello se podrá entender y así establecer el vínculo mas adecuadamente que pueda permitir luchar con las posibles defensas del paciente y generar un vínculo sano, seguro y reparador.
Historia del paciente: El acompañante terapéutico tendrá que descubrir sus carencias y patologías en sus relaciones vinculares que el paciente le va mostrando, para reparar a través de una relación vincular compensatoria y terapéutica su experiencia previa y así ofrecer la posibilidad de ser un vehículo reparador.

Condiciones personales

- Actitud disposicional (escucha, observación, carácter vivencial emotivo)
- Receptividad y contención
- Empatía
- Capacidad lúdica
- Poner el cuerpo y ser presencia
- Perseverancia
- Sentido común
- Control de los impulsos
- Poder poner límites (firmes, aunque no rígidos)
- Reverie (capacidad predictiva)
- Capacidad para identificarse con el otro
- Disociación instrumental para observar y evaluar la interacción
- Tener palabra
- Flexibilidad
- Respeto y responsabilidad

Competencias

- Conocer y poder manejar las urgencias psiquiátricas más frecuentes
- Reconocer y manejar al paciente con descontroles psíquicos - físicos
- Entender que es un duelo
- Diferenciar tipos de depresión
- Enfocar el paciente suicida
- Conocer los problemas psiquiátricos en enfermedad crónica no psiquiátrica

Responder comprensivamente

- Comunicar comprensión
- Evitar interrogatorio
- Reformular
- Explicitar sentimientos
- Evitar consejos no pedidos
- Evitar infantilización
- Personalizar

Conocer fundamentos modelos etiopatogénicos

- Psicodinámico
- Cognitivos – comportamentales
- Sistémicos
- Neurobiológicos
- Integrar los elementos básicos de los diferentes modelos en la visión y exploración del individuo y su conducta

Esquema IV: Marco referencial

Nuestro enfoque de inspiración ecléctica está representado, en el camino de 40 años de práctica institucional, por lineamientos Psicoanalíticos y Psiquiátricos de base y desarrollos contemporáneos de las Escuelas Humanistas, la Psiquiatría Psicodinámica y el Modelo de Abordaje Múltiple con intervención del campo Sistémico y Cognitivo Comportamental. En los últimos años hemos integrado la Psicología Positiva con sus habilidades de comunicación e interacción, el Modelo Neurobiológico para el manejo de la ansiedad y el estrés, la Consejería Psicológica (Couseling) para toma de decisiones y resolución de problemas y el Coaching Psicológico con metodologías específicas conversacionales (G Fernández D'Adam, 2017).

- El AT surge como uno de los recursos, en asistencia de patologías complejas, de mayor importancia desarrollado en las últimas décadas, por la creciente necesidad de **instrumentar efectivas respuestas clínicas alternativas y complementarias, que permitan sostener el tratamiento de una gran cantidad de pacientes** cuyo abordaje ha resultado muy dificultoso desde los métodos tradicionales.

- El acompañamiento terapéutico es una práctica que puede implementarse desde diversas perspectivas teóricas, no obstante, **el momento único y singular del encuentro entre AT y paciente genera situaciones especiales y particulares, donde fundamentalmente está implicado el vínculo humano con sus vicisitudes, expresiones y vivencias.**

- Respondiendo a diferentes escuelas psicológicas y pensamientos clínicos, varios intentos de conceptualización de la función específica del AT han tenido cierta ambigüedad en su supuestos que, sumado a la "semi-marginalidad" de su práctica (carente de todo marco regulatorio legal) generó que **muchas personas interesadas, con gran vocación humanista y de servicio, estudiantes y profesionales de actividades interrelacionadas (psicólogos, educadores, enfermeros, asistentes sociales, profesores de educación física, etc.) ejercieran la función desde una práctica intuitiva, muy comprometida, pero mayoritariamente con una formación teórica-práctica insuficiente.**

Consideraciones Teóricas

- Todo acompañamiento terapéutico debe tener una metodología y objetivos específicos, dentro de la estrategia de un equipo de especialistas, coordinados por un director de tratamiento, con un encuadre que prioriza el acompañar al paciente en su cotidianidad, disponiendo de tiempos prolongados, permitiendo una mayor proximidad con el mismo y facilitando el desarrollo del vínculo
- La práctica profesional con individuos, familias, parejas y organizaciones terapéuticas debe estar nutrida y contenida en marcos teóricos abarcativos que permitan construir opciones para transformar el dolor y la enfermedad en alivio y salud.

- Las acciones para la resocialización de la persona se abordan desde el modelo médico-psiquiátrico-social, intentando una profundidad relacional, partiendo de la concepción filosófica existencialista que concibe al hombre como una totalidad (enfoque humanístico integral), como resultado de interacciones inscriptas en un contexto que les otorga significación (Psicologías Humanistas) y la Psicología Comportamental (cognitivismo-construccionista)que aporta sus herramientas junto a los conocimientos sobre el paradigma de la comunicación, la cibernética y las teorías de los sistemas.

- La formación de equipos y redes con sujetos provenientes de diferentes espacios disciplinarios origina una nueva manera de trabajar para resolver problemas.Sólo cuando se produce un espacio común de lenguaje, valores y saberes medianamente compartidos, se está en condiciones de abordar interdisciplinariamente los problemas y las acciones a realizar." (Gavilán y Villalva, 2007).

- Con la irrupción del paradigma de la complejidad (Edgar Morín,1998) en las últimas etapas de la modernidad, se originan nuevas problemáticas y objetos de conocimiento que exigen vínculos y contactos cada vez más estrechos entre distintas disciplinas. A los encuentros entre especialistas para abordar un mismo problema de abordaje se los suele denominar trabajos Interdisciplinarios / Transdisciplinarios.

Esquema V: Ámbitos asistenciales

Acompañar terapéuticamente es prestar una escucha activa, asistir en el hacer, estableciendo un vínculo que posibilita la creación de una alianza de trabajo en los diversos espacios, intentando establecer con los pacientes un vínculo reparador constructivo, que le permita a los mismos la realización de sus máximas posibilidades. El acompañante terapéutico queda habilitado para desempeñarse en comunidades terapéuticas, hospitales de día, hospitales psiquiátricos, hogares de ancianos, asistencia ambulatoria - domiciliaria y escuelas especiales.

La gran ventaja del acompañamiento terapéutico es que atiende al paciente en su vida cotidiana, en los procesos de institucionalización o reinserción, así como en tratamientos ambulatorios, en los traslados institucionales donde requiera ser acompañado o en situaciones de internación domiciliaria.

Desempeño del AT

- **Brindar al paciente un espacio de contención evitando el internamiento psiquiátrico.**
- **Favorecer los procesos de socialización y adherencia al tratamiento prescripto.**
- **Mejorar la calidad de las relaciones familiares.**
- **Motivar el diálogo entre sus miembros.**
- **Facilitar la integración social, laboral y familiar del paciente.**
- **Facilitar recursos a la familia para afrontar situaciones que desborden su capacidad de respuesta.**
- **Aliviar la carga y la culpa familiar en el cuidado y contención del paciente.**
- **Actuar como agente mediador de las diferentes dinámicas vinculares patológicas.**
- **Registrar y compartir la información para la comprensión global del paciente.**

LA URGENCIA:

- **Episodios psicóticos, depresión descompensaciones de pacientes bipolares, neuróticos graves o atravesando un momento crítico, fobias, etapas agudas de pacientes psiquiátricos crónicos o neurológicos.**

MEDIACIÓN Y APERTURA AL MEDIO SOCIAL.

- **En personas con predominio de sintomatología negativa, o seriamente aislados o retraídos y en pacientes con patología psiquiátrica crónica de larga evolución o trastornos del desarrollo.**

CUADROS ADICTIVOS CON SITUACIONES DE IMPULSIVIDAD-COMPULSIÓN:

- **Trastornos de anorexia y bulimia. Toxicomanías y adicciones sin drogas (ludopatía, ortorexia, vigorexia, etc.)**

HOGARES DE TERCERA EDAD

ESCUELAS ESPECIALES

Para diversas discapacidades

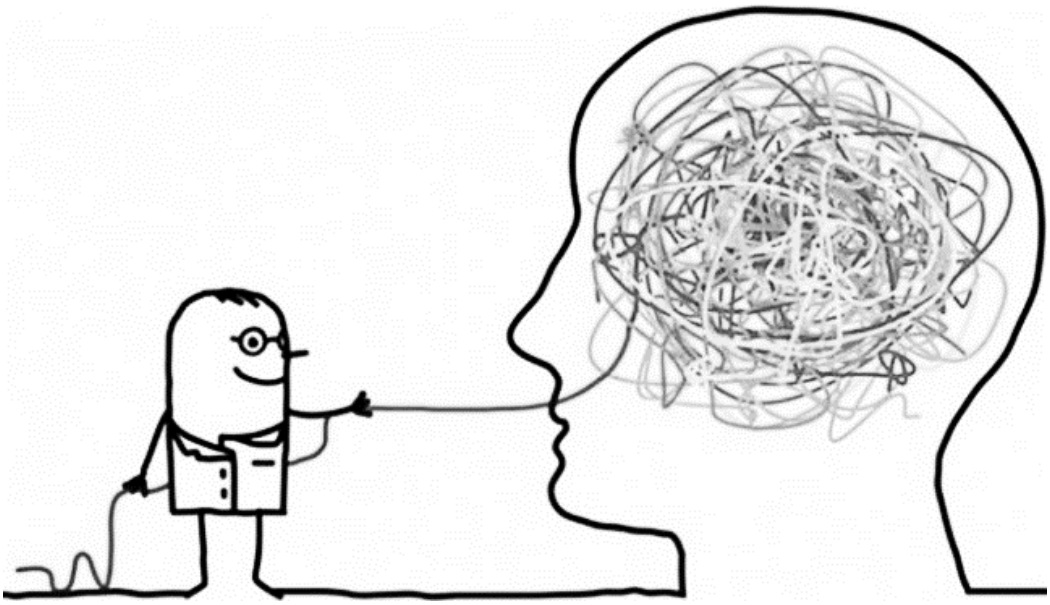
EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE PATOLOGÍAS COMPLEJAS EN LA INTERNACION PSIQUIÁTRICA:

- **Durante los permisos de salida o los primeros momentos del alta, en las internaciones domiciliarias, en los intentos de suicidio y cuadros depresivos graves.**

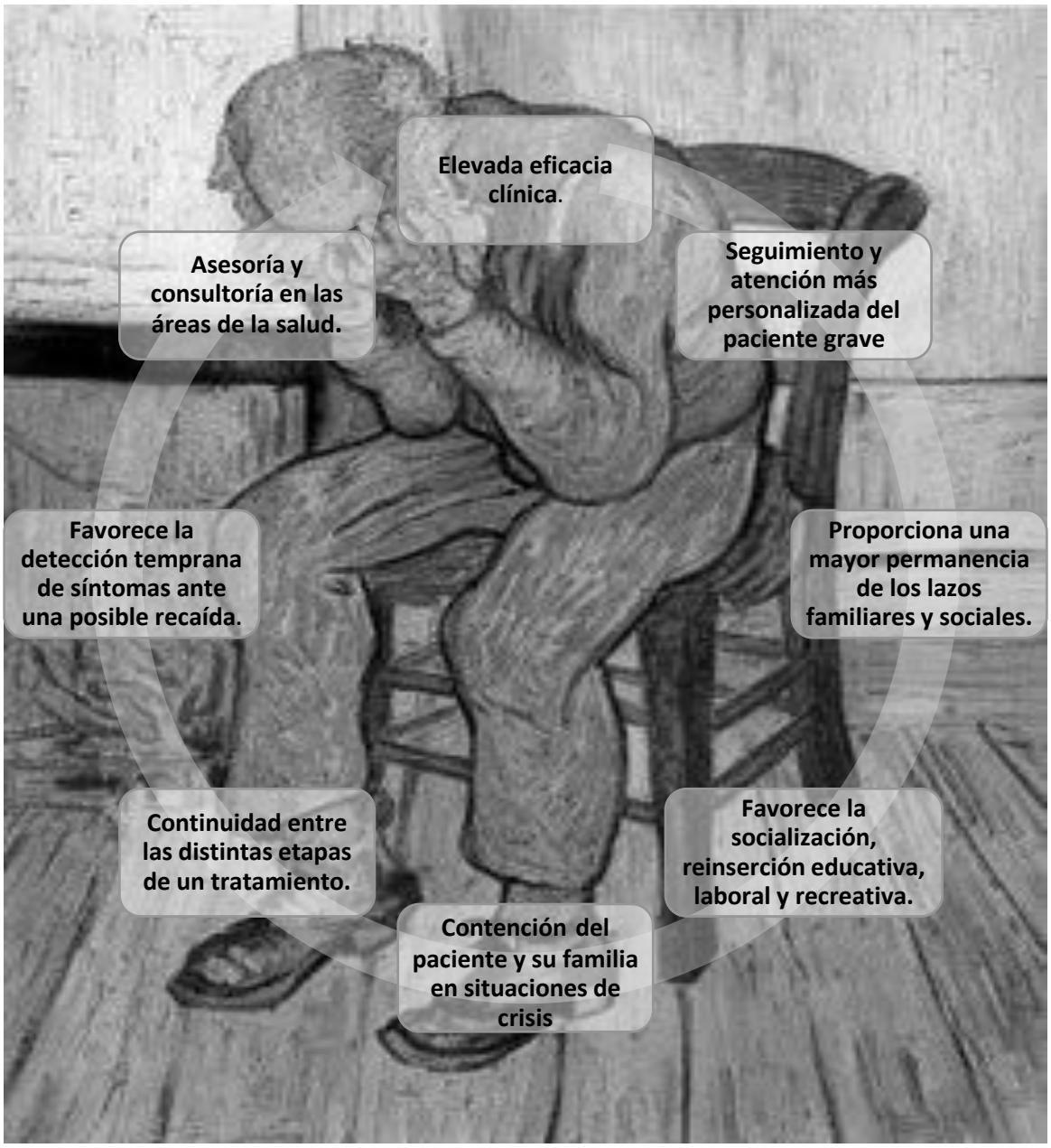
EXTERNACIÓN Y REHABILITACIÓN

Esquema VI: Rol del AT

El Acompañamiento Terapéutico consiste en acompañar al paciente en su día a día de su dolencia, en sus diversas actividades, ayudándolo a desenvolverse y a detectar las dificultades que tenga en su momento de vida, favoreciendo la emergencia de la subjetividad y el desarrollo del lazo social. Su función es cumplir las disposiciones y consignas determinadas por el equipo terapéutico siendo otro agente de cambio en salud que contiene ansiedades y estimula potencialidades en el paciente para desarrollar su proyecto de vida. El AT es una persona profesionalizada que en un momento dado se aboca a una tarea compleja y particular, que puede ser caracterizada como un proceso, en el cual se distinguen momentos que requieren la expresión de diversos grados de captación de la conducta del paciente, capacidad de síntesis y transmisión, tanto vivencial como objetiva, de aquellos sucesos que marcan la creación, mantenimiento y posterior disolución de un vínculo terapéutico (G Fernández D'Adam, 1988).



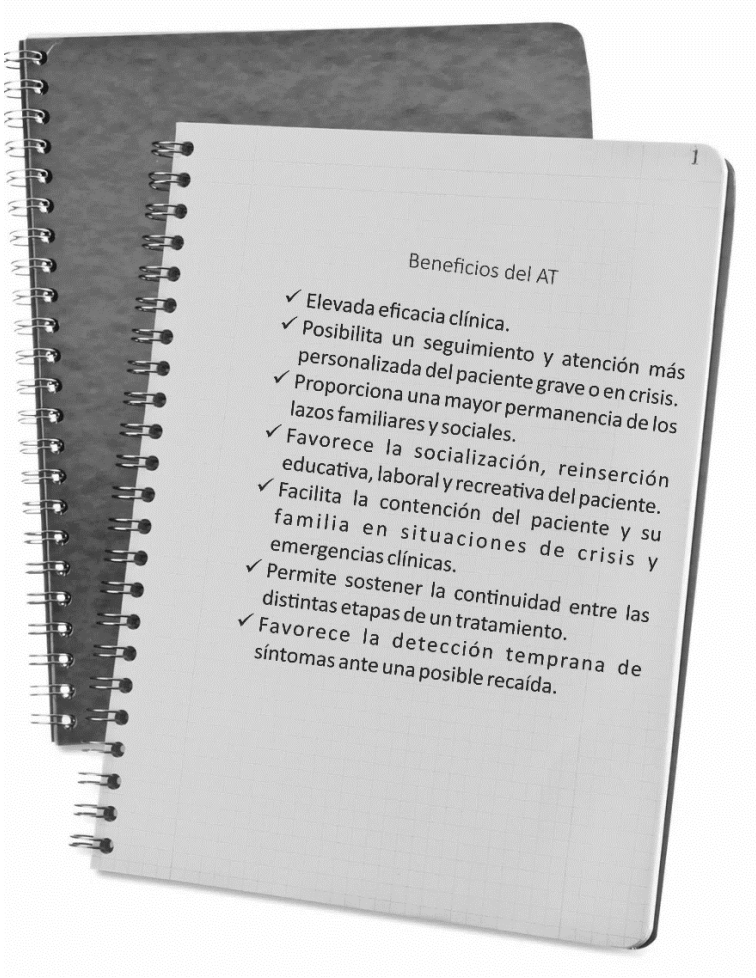
Beneficios del AT



- **Promover la emergencia de recursos(resiliencia) para afrontar adversidades**
- **Agendar y acompañar entrevistas de seguimiento, citas y análisis médicos, trámites, entrevistas de búsqueda de empleo, contacto con la maestra.**
- **Motivar en cumplir con las actividades del centro de atención o por el propio paciente.**
- **Ayudar a que tenga una implicación activa y adherencia a su tratamiento.**
- **Percibir, reforzar y estimular la capacidad creativa del paciente.**
- **Estimular al paciente a que proponga actividades deportivas, culturales y de ocio para su tiempo libre.**

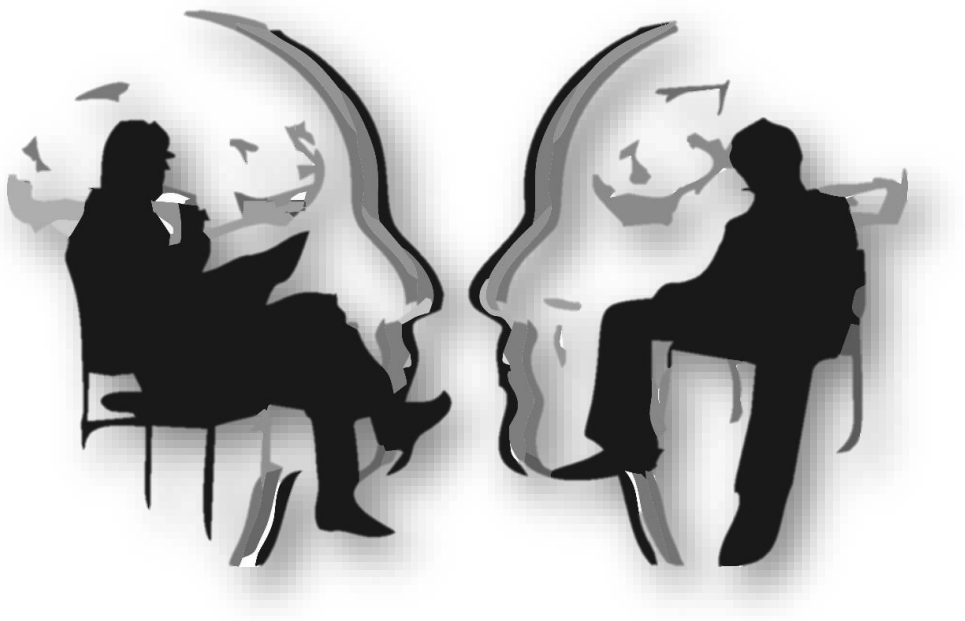
Los acompañantes, muchas veces como práctica profesional o salida laboral, son psicólogos o estudiantes de psicología, por eso tenemos que tener en cuenta el sesgo que esta condición puede provocar y enfatizar la necesidad de una formación plus específica de AT para evitar la Pseudo Terapia "silvestre".

Educadores o trabajadores sociales, estudiantes o licenciados de cualquier otra rama universitaria, no necesariamente sanitaria, y personas interesadas en la profesión, pueden capacitarse, independiente de la "base" que tengan, en programas de formación especializados y vinculados a universidades, escuelas e instituciones de salud en condiciones de brindar esta especialidad.



Esquema VII: Funciones del AT

Las tareas durante un acompañamiento están sujetas a variaciones que pretenden posibilitar la emergencia de algo nuevo en la subjetividad de un paciente. El acompañamiento parte de una tarea inicial, a realizar con el paciente, con unas consignas claras y sencillas, tal como acompañarlo a una cita médica o administrativa, una salida de ocio, cultural, alguna actividad creativa, deportiva, etc., o simplemente estar con el paciente en su lugar de residencia, compartiendo un tiempo donde pueda hablar si así lo desea, sobre su situación o cualquier otro particular.



La función del AT está ligada al acontecimiento que eventualmente pueda surgir, como puede ser una frase dicha por el acompañado, una actuación inesperada, una aclaración sobre el proceso o sus terapias, una demanda o una propuesta, etc.

En el siguiente cuadro resumimos las principales funciones del Acompañamiento aplicables a todas las problemáticas y patologías a tratar por el equipo de intervención.

ACOMPAÑAR

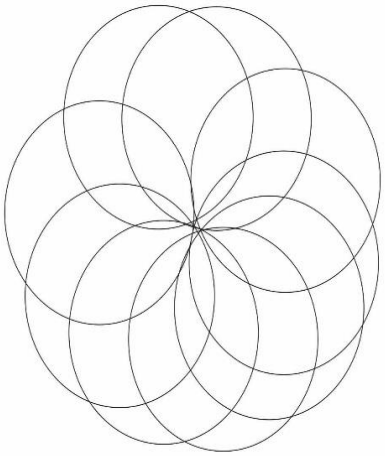
El Acompañante Terapéutico (A. T.) se inserta en la vida cotidiana del enfermo, ya sea en su domicilio, la institución en la que se halle internado o en forma ambulatoria. Trabaja en un nivel vivencial, no interpretativo, dentro de un equipo interdisciplinario y siguiendo las consignas del terapeuta de cabecera, contiene al paciente en sus angustias, ansiedades y otros estados de manifestación aguda.

ESTIMULACIÓN

Significa impulsar al paciente a planificar y decidir sobre asuntos que aún no es capaz de hacer. Por ejemplo, organizar y cumplir con las actividades diarias, verificar que cumpla sus citas con el médico, dentista, psicoterapeuta, etc., e incluso tomar decisiones si el paciente no está en condiciones

ESCUCHAR

Es «estar con el otro», ser otro testigo, que escucha y asiste en el hacer, posibilitando un espacio de confianza ante las necesidades, dificultades, deseos y proyectos del paciente.



INTEGRAR - INTEGRARSE

Es el AT quien tendrá que investigar las potencialidades del paciente para proponerle tareas acordes con sus intereses que le permitan recomponer su realidad y elaborar un proyecto de vida.

DE ANÁLISIS DE CONDUCTAS

Para el paciente, el AT es como una extensión del terapeuta fuera de los límites del espacio terapéutico. Observará qué conductas suelen llamar la atención, su tipo de alimentación, sueño, hábitos de higiene, etc.

CONVIVIR

Servir como agente catalizador de las relaciones familiares. Dada su neutralidad y su capacidad de ver objetivamente las situaciones y relaciones familiares, el AT funcionará como una especie de árbitro cuando hay situaciones familiares conflictivas.

CONTENCIÓN FÍSICA - EMOCIONAL

Contener al paciente es la función primordial. El AT hace las veces de un soporte o continente de la ansiedad, angustia, miedo, desesperanza, alegría, gratitud, etc., lo escucha, acompaña y contiene junto con el equipo terapéutico.

COMUNICACIÓN

Brindar información fidedigna sobre el comportamiento del paciente fuera del espacio terapéutico formal, con quién se vincula el paciente, qué tipo de emociones predominan en sus relaciones y reacciones. Estimulará y apoyará toda apertura del paciente.

DISCRIMINACIÓN

Lo quiera o no, el AT será una muestra de cómo actuar y reaccionar ante situaciones de la vida diaria. El paciente encuentra otras formas de vinculación aprendiendo a esperar y a postergar mecanismos de defensa más adaptativos.

FORTALECIMIENTO PSÍQUICO

Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente buscando fortalecer el desarrollo de las áreas más organizadas para reducir los efectos de los aspectos más perturbados. e del paciente.

Esquema VIII Función primordial: la contención

El A. T. se inserta en la vida cotidiana del enfermo, ya sea en su domicilio, institución diurna, internación o en forma ambulatoria. Es un agente de salud capacitado para sostener, cuidar, aliviar y compartir las ansiedades, angustias y desequilibrios de pacientes con perturbaciones emocionales, en crisis al no poder generar respuestas adaptativas, ante situaciones externas e internas que se presentan en su vida y que desencadenan en trastornos de la personalidad, de los impulsos o del comportamiento. Trabaja en un nivel vivencial, no interpretativo, dentro de un equipo interdisciplinario y siguiendo las consignas del terapeuta de cabecera.

ESCENARIO
SÍMBOLICO de relaciones vinculares terapéuticas (reparadoras) afectivas que permiten el encausamiento vincular en un marco mas primario... el Maternaje.
Compartir
Escuchar
Ayudar
Frenar Impulsos
Contener Físicamente
Estimular creatividad

El MATERNAJE, "recrea en un nuevo escenario simbólico".

VÍNCULO, ofrecer su cuerpo como primer espacio de relación afectivo-emocional, recreando en esa relación, las características afectivas y emocionales que se dan entre la madre y el niño.

Este enfoque de mínima distancia y de una gran disponibilidad corporal, afectiva, y emocional, favorece el campo de trabajo terapéutico en tanto permite un:

CONTEXTO ADECUADO PARA LA EMERGENCIA DE RELACIONES VINCULARES REPARADORAS (REPARENTALIZACION).

CONTENCIÓN

Al estilo que una madre contiene a su hijo, el AT ofrece seguridad, afecto, protección y todo aquello que Winnicott llama Holding Materno.

EDUCA

Con nuevas formas de comunicación, interacción social y flexibilizando las conductas rígidas y ritualísticas de los pacientes.

Esquema IX: Práctica de la psicoeducación

Consiste en una aproximación educativa en la cual se proporciona, al paciente y los familiares, información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Habitualmente era una tarea del director de tratamiento, pero operativamente es más efectiva como tarea del AT capacitado para tal fin. Es muy beneficioso en: esquizofrenia, depresión. intento de suicidio, adicciones, trastorno bipolar y TDAH. entre otros importantes y complejos cuadros psicopatológicos.

Áreas de la personalidad del paciente

La meta es que el paciente y la familia entiendan y sean capaces de conocer y manejar adecuadamente la enfermedad que se presenta. Se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias y se trabaja sobre las áreas del paciente a fortalecer (gráfico siguiente) para hacer frente más efectivo al proceso problemático, evitar recaídas y contribuir a la salud y bienestar integral.

OBJETIVOS PRIMARIOS	**Alianza terapéutica que promueva una relación de trabajo con el paciente y su familia**
	Información de la enfermedad,su evolución,la cooperación y el tratamiento.
	Fomentar un ambiente familiar, laboral y social apropiado
	Integrar al paciente a sus roles familiares/sociales
	Continuidad en el tratamiento y vinculación institucional
OBJETIVOS SECUNDARIOS	**Mejorar la calidad de vida de paciente y familia**
	Creando ambientes bajos en estresores
	Disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar
	Fortalecer los parámetros y consignas compartidos por el equipo
	Consolidar la coherencia funcional
	Conciencia de enfermedad
	Cumplimiento terapéutico

OBJETIVOS

- **Conciencia de enfermedad**
- **Cumplimiento terapéutico**
- **Detección precoz de síntomas prodrómicos**
- **Controlar el estrés**
- **Evitar el uso y abuso de sustancias**
- **Lograr regularidad en el estilo de vida**
- **Prevenir la conducta suicida**

MODALIDAD

- **Individual: información al paciente**
- **Grupal: manejo psicoeducativo comunitario**
- **Familiar: orientación y apoyo** Es muy importante el entrenamiento psicoeducativo básico familiar con pautas básicas, normas y límites en el manejo vincular con el paciente, ya que actuarán en momentos que el equipo de As Ts no tiene actividad presencial.

ROL DEL AT EN LA TAREA PSICOEDUCATIVA

En nuestra experiencia de trabajo con equipos observamos que es muy eficiente desarrollar pautas de psicoeducación a través de los AsTs ya que disponen de momentos privilegiados de escucha y atención del paciente.

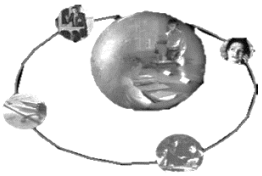
- **a) El problema sea afrontado**
- **b) La situación sea aceptada y asumida**
- **c) Que puedan posicionarse críticamente frente al problema**
- **d) Información veraz de la problemática y de sus características**
- **e) Pensar en un nuevo proyecto vital**

Esquema X: Herramientas de la psicología positiva

La psicología positiva (PP) es una rama de la Psicología que, con la misma rigurosidad científica de ella, estudia los diversos aspectos del ser humano: emociones positivas como la felicidad, la alegría o el amor y fortalezas como el optimismo, la creatividad, la gratitud, la sabiduría o la resiliencia. Los estados mentales positivos actúan como barreras a los trastornos psíquicos y tienen un efecto preventivo e incluso rehabilitador, operan como escudos protectores ante los trastornos psíquicos. Los avances científicos de la PP permiten a los As Ts utilizar herramientas eficaces, no sólo para aliviar el malestar, sino para aplicar estrategias consensuadas con el equipo, que hacen reactivar o crear recursos del propio paciente para enfrentar los problemas del tratamiento.

PROMOVER
PLAN DE VIDA SALUDABLE

AUTORREFORZAMIENTO



•Técnicas de desarrollo de la AUTOESTIMA.

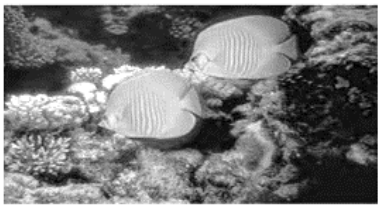
GESTIÓN DEL ESTRÉS , de los CONFLICTOS y AUTOCONTROL

MOTIVACIÓN PARA GENERAR OPTIMISMO REALISTA Y FLEXIBLE.

MEDIO LLENO

¿Estrategias para favorecer el cambio?

LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN - Espiritualidad



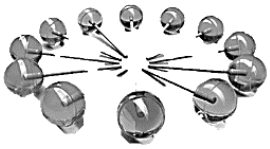
Colección frases de enseñanza
Leer libros de crecimiento
Películas de crecimiento personal

Entrenamiento en ATRIBUCIONES CAUSALES

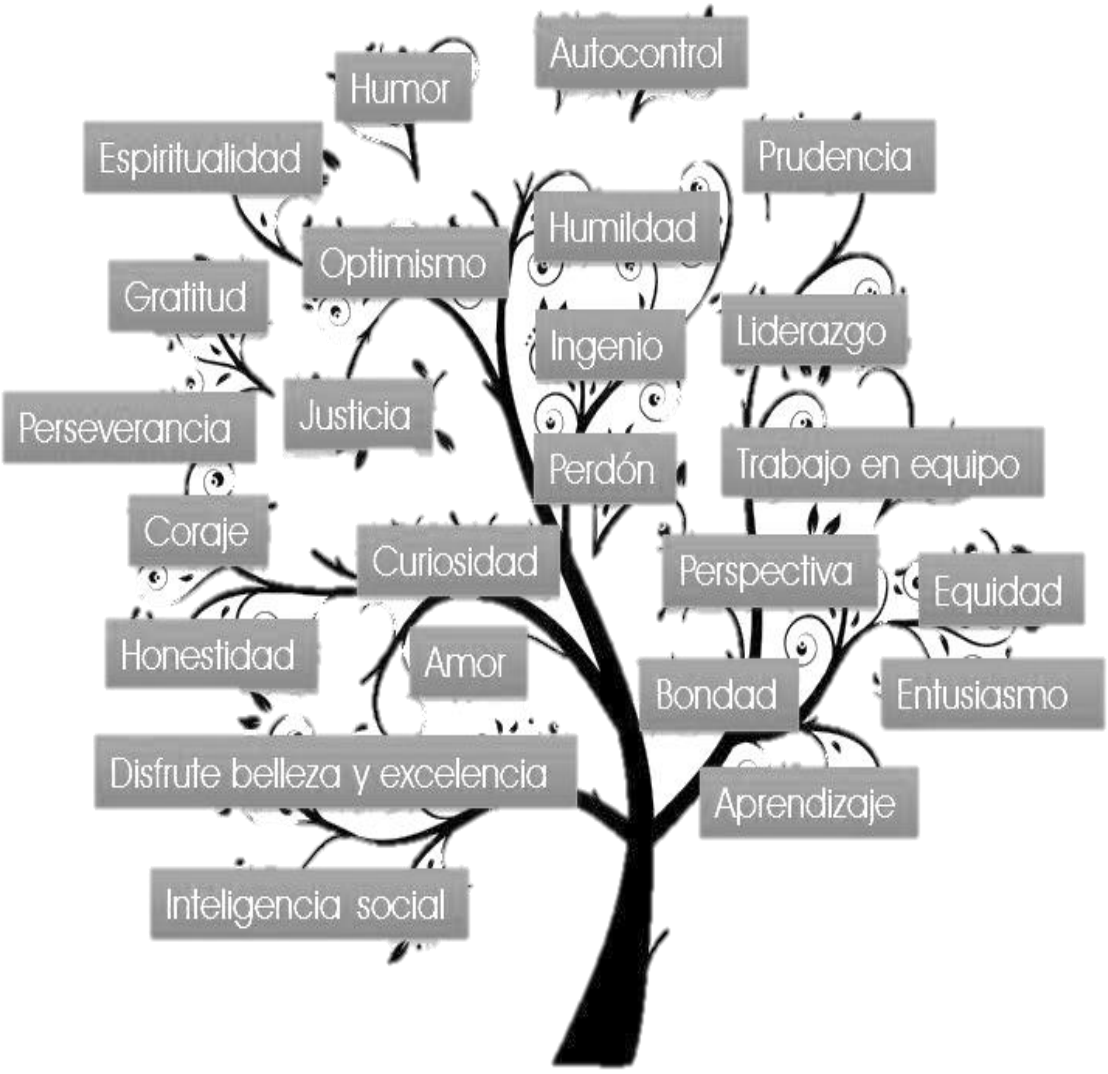
Enseñar los éxitos de forma adecuada

RECONSTRUIR SISTEMA SOCIAL DE APOYO

- CARTAS DE AGRADECIMIENTO
- DIARIO DE GRATITUD
- CARTA DEL PERDÓN



EL ÁRBOL DE LAS 24 FORTALEZAS

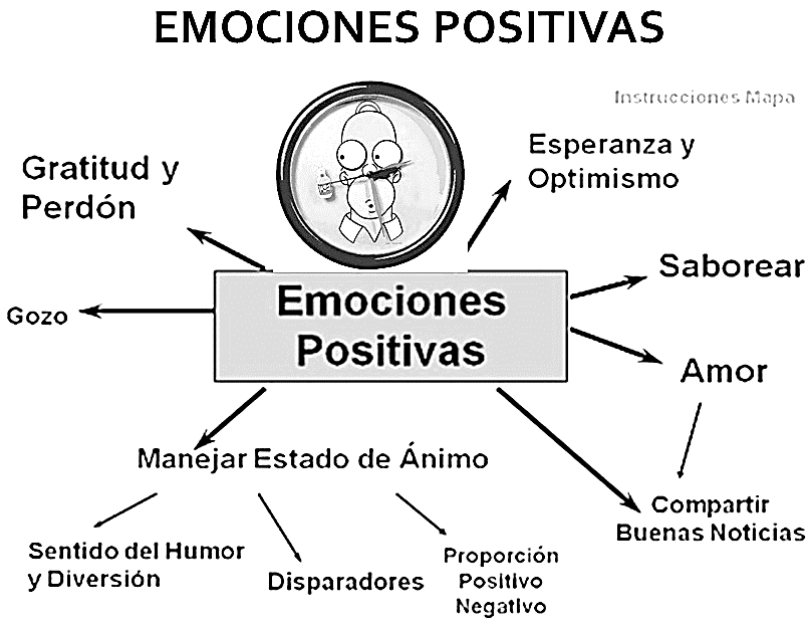


El árbol de las 24 fortalezas nos permite concientizar sobre la disponibilidad de recursos que tenemos, entender cómo funcionan en el paciente y cómo podemos activar cada habilidad, de acuerdo a las necesidades de las crisis que cursan su enfermedad.

PRÁCTICAS DE HUMOR

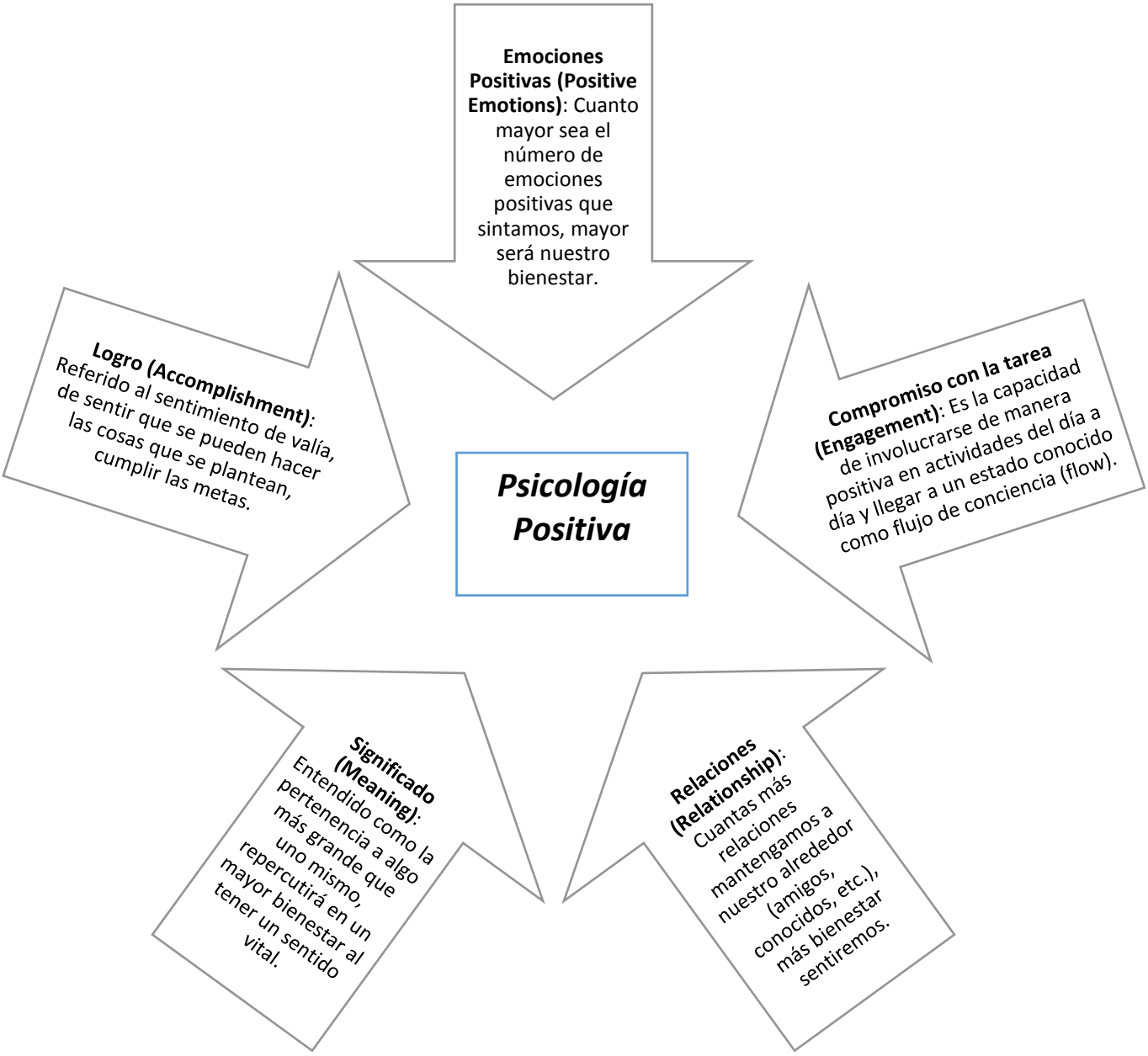
El sentido del humor es uno de los factores de resiliencia más estudiado. Desde las primeras investigaciones en las que se buscaban las características que hacían que determinadas personas superaran mejor las adversidades, se observó que el humor era un factor que estaba presente en la mayoría de ellas. También el humor es un elemento clave en la resiliencia comunitaria.

Sin embargo, todo lo que entendemos como humor no es humor resiliente. El sarcasmo y la ironía dirigidas a alguien para ridiculizarlo o menospreciarlo no es humor, es agresividad disfrazada. En cambio, reírse de uno mismo o encontrar la gracia o el absurdo en situaciones cotidianas desfavorables sí ayuda a superar los problemas o, al menos, a quitarles el peso excesivo.



5 CLAVES PARA LOGRAR EL BIENESTAR

Los últimos estudios de Psicología Positiva, basados en la práctica clínica y en las investigaciones científicas (Seligman, 2012) indican que son 5 las claves para lograr el bienestar: emociones positivas, compromiso con la tarea, relaciones, significado y logro. Todo ello es conocido como el modelo PERMA.



Esquema XI: Incumbencias

Tras un largo recorrido histórico de investigación y práctica concreta, el AT se constituye como un agente sanitario primordial, dentro de un equipo, en la variada red de atención, asistencia y cuidado de pacientes con patologías complejas y graves. A pesar de la nutrida experiencia su reconocimiento en las instancias sanitarias y en los equipos de Salud no es pleno y aún está pendiente la enunciación categórica del AT y la aprobación de la Ley para la regulación de su ejercicio, que además sistematice las normas pertinentes de formación y alcances que respalden su rol, sus prácticas y características de sus intervenciones. Una vez consolidado integralmente su rol, acrecentará su protagonismo socio-sanitario y seguramente aumentará su demanda y su inclusión en los equipos de Salud para abordar patologías complejas.

Historia académica

La primera carrera de Acompañamiento Terapéutico se inició en la Universidad Católica de Cuyo (UCC), respondiendo a un pedido de instituciones locales de Salud MENTAL que desde hacía años desarrollaban su asistencia en equipos con gran participación de As Ts (IRINA y Hogar Juan XXIII. En los años posteriores, siguiendo este primer modelo se implementan en el país Tecnicaturas en diversas universidades y en Carreras Terciarias. También desde el 1980 se realizan cursos de extensión y capacitación en diversas instituciones universitarias (UBA, UNQUI, UTN, FASTA, etc. y no universitarias (gubernamentales y ONGs) , con programas específicos para la Práctica, de variables duraciones, que permiten a los interesados tener herramientas para ejercer el rol, pero sin una estandarización académica y de reconocimiento formal. En este año, posiblemente se defina oficialmente a nivel Norma General (proyectos legislativos en curso), las incumbencias correspondientes y la formación académica teórica-práctica, que "oficialice" legalmente al AT en su trabajo integral formando parte de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental.

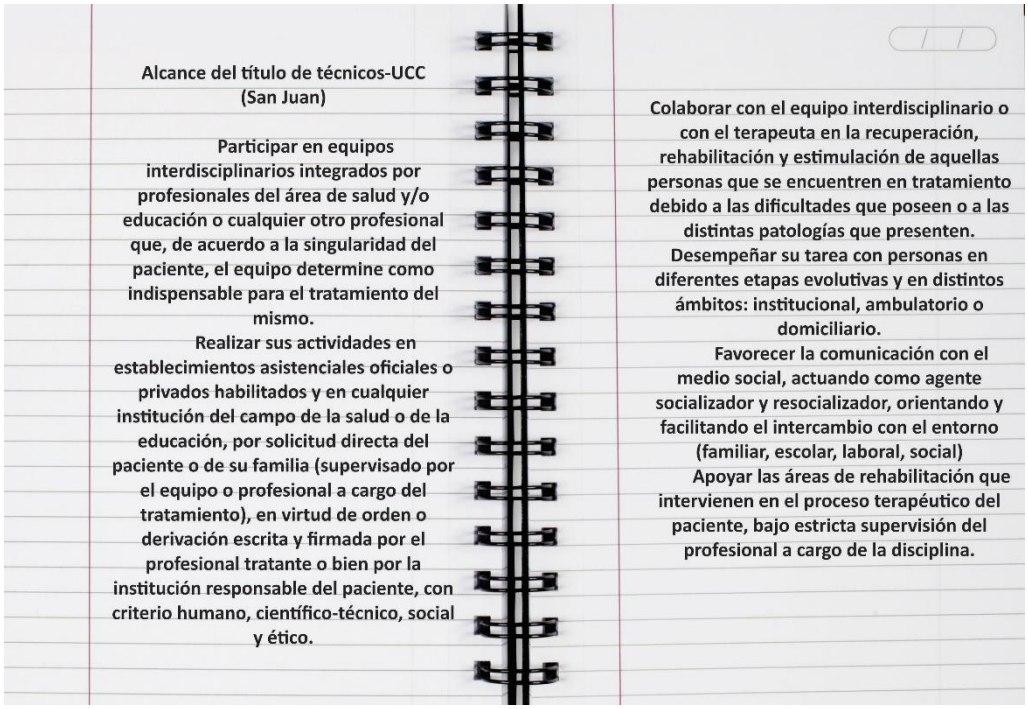
Momentos históricos significativos

Es importante destacar que, dentro de nuestro sistema legislativo, para poder contar con leyes y carreras académicas, primero debe existir la profesión y la práctica, para que posteriormente existan las regulaciones. Actualmente es una realidad indiscutida en el contexto médico-psicológico las suficientes evidencias de la efectividad del rol del AT y de su praxis.

- En el año 2000 la UCC solicita el otorgamiento del reconocimiento oficial y la validez nacional para el título de AT, siendo aprobada por el Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología en un primer momento por Resolución Nº 1112 y luego la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico por Res. 329/13 Min. Educación.
- En San Luis promulgación el 28 de mayo de 2008 de la Ley del Acompañante Terapéutico Nº III- 0599-2007 y en la provincia de Santa Fe, bajo el título de «Proyecto de Ley: Regulación del Acompañamiento Terapéutico».
- El 2 de noviembre de 2016 se sancionó en Córdoba la Ley Provincial de Regulación del Ejercicio Profesional del Acompañante Terapéutico, un hecho que marca un nuevo devenir para esta disciplina, que regula el ejercicio de la profesión e incorpora a los Acompañantes Terapéuticos como

profesionales del equipo de salud con matrícula y una equiparación académica que determina quién está capacitado para ejercer.

- El artículo 8 Ley Nº 26.657. (Decreto reglamentario de la ley de salud mental 603/2013) establece que la promoción de la atención en salud mental, esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente
- El reconocimiento progresivo que fue teniendo el profesional en acompañamiento terapéutico a nivel legal, se ha visto reflejado en nuevas leyes de salud mental y en provincias pioneras como Rio Negro, Chubut, Santa Cruz, San Luis y San Juan, que ya tienen regulado el ejercicio de la profesión.



Diferencias AT – Cuidador/Asistente

ACOMPAÑAMIENTO TERAPEÚTICO. Es un profesional de la salud capacitado que pone el foco de su actividad en lo terapéutico es un dispositivo flexible que puede implementarse en diferentes ámbitos: institución, domicilio, ambulatorio. Dicha tarea la realiza un agente de salud que trabaja en forma interdisciplinaria con los profesionales que atienden al paciente. Lo hace integrando criterios y logrando intervenciones que tengan potencialidad y coherencia. Es un trabajo coordinado, con orientación a objetivos y donde se pone el foco en la particularidad y singularidad de la problemática de cada paciente dentro de un equipo interdisciplinario. Constituye un rol de múltiples funciones: actúa como soporte, genera el restablecimiento de lazos sociales, contiene al paciente y a su familia en situaciones de crisis, ofrece un espacio de diálogo donde la problemática a resolver puede encausarse a través de la palabra, estimula, comparte, sostiene al paciente en su escolaridad, promueve la reinserción social por medio de diferentes actividades recreativas, etc.

LOS CUIDADORES / ASISTENTES. Realizan otro tipo de tareas más relacionadas con el bienestar y confort del paciente, especialmente en discapacidad y geriatría. Se encargan de asistir a la persona para comer, movilizarse, higienizarse, promover entretenimiento, etc. Básicamente se trata de un servicio de cuidados, destinado a la contención y asistencia, para personas que estén atravesando una situación crítica médica (quirúrgicos, oncológicos, gerontes, etc.). Asisten al paciente para su mejor bienestar. Su formación sanitaria es reducida y muchas veces producto de la experiencia de la actividad.

Esquema XII: Objetivos de la formación académica del AT

El Técnico/a en Acompañamiento Terapéutico es un agente de salud, con vocación asistencial, que ofrece al paciente una gama de experiencias vinculares, en el ámbito de la cotidianeidad. Hace un trabajo personalizado en la dimensión intersubjetiva, inscripto siempre en un equipo interdisciplinario. Desarrolla su tarea en forma privada o institucional, abarcando todas las edades evolutivas, en la fase asistencial y preventiva.

- Este técnico deberá ser capaz de establecer con los pacientes un vínculo reparador constructivo que le permita a los mismos la realización de sus máximas posibilidades.
- Participa en la elaboración de estrategias de tratamiento, buscando la recuperación del paciente, el mejoramiento de su calidad de vida y su reinserción social.
- Posee conocimientos del área psicológica, biológica y social, en aspectos normales y psicopatológicos, además de técnicas de intervención propias de su rol.
- La plasticidad de la formación permite alcanzar un perfil técnico con un alto grado de flexibilidad para trabajar en equipos de salud y educación, dependiendo de los objetivos del tratamiento trazados por los profesionales tratantes.
- Su accionar profesional está comprometido con el bien común y la ética.

- Brindar conceptualizaciones básicas sobre Acompañamiento Terapéutico.
- Destacar el valor y las características de los tratamientos de abordaje múltiple y al trabajo del equipo terapéutico en situaciones complejas.
- Contribuir a la comprensión profunda del rol, las funciones y tipos de acompañamientos.
- Incentivar las áreas de inserción profesional.
- Permitir el conocimiento de aspectos técnicos específicos inherentes al rol.
- Reflexionar sobre la influencia de la red social como universo relacional salutogénico y protector del individuo.

Condiciones de ingreso a la tecnicatura universitaria

Poseer título secundario. examen de ingreso. aquellos que posean título de grado en psicología, psicopedagogía, asistente social, fonoaudiología, kinesiología, enfermería y profesores con título terciario en educación física, o maestros diferenciales en distintas especialidades (ciegos, sordos, psicomotricidad, etc.) se les otorgará el título de acompañante terapéutico con carácter de post-título. no se les exigirá examen de ingreso. En el cuadro siguiente, como ejemplo, describimos el programa de la Universidad Católica DE Cuyo, pionera en esta carrera (UCC, San Juan,2002)

Plan de Estudio Carrera de AT

Universidad Católica de Cuyo en San Juan	
1º Año Primer Semestre - Psicología Evolutiva I - Psicopatología I - Historia del Acompañante Terapéutico - Neurología I - Formación Humanística I (Pastoral de la Salud) Segundo Semestre - Psicología Evolutiva II - Psicopatología II - Técnicas de Acompañamiento Terapéutico I - Neurología II - Formación Humanística II (Pastoral de la Salud) - Práctica Institucional I	2º Año Tercer Semestre - Técnicas de Acompañamiento Terapéutico II - Teoría del Encuadre - Supervisiones Clínicas I - Psicología Evolutiva III - Psicopatología III - Práctica Institucional II Cuarto Semestre - Técnicas de Acompañamiento Terapéutico III - Psicofarmacología y Acompañamiento Terapéutico - Abordaje Interdisciplinario - Supervisiones Clínicas II - Práctica Institucional III

Prácticas Institucionales I, II y III: La Universidad Católica de Cuyo a través de convenios instrumenta las prácticas de acompañamiento terapéutico en instituciones y comunidades terapéuticas de diferentes discapacidades, así como la práctica en los hogares de ancianos.

Supervisiones Clínicas I y II: Esta materia es de fundamental importancia en la carrera que permite, a través de la presentación de casos clínicos, la supervisión y el aprendizaje en directo del pensar y del quehacer del ejercicio de esta profesión.
La supervisión se realiza mediante casos clínicos anónimos de las diferentes patologías que hacen a esta carrera.

Formación Humanística I y II (Pastoral de la Salud):
Concepción del mundo y del hombre. El hombre, su ser natural y trascendente.
La naturaleza humana. Carácter personal de cada hombre singular.
La Salud. Necesidad de su cuidado y responsabilidad frente al cuidado de la salud propia y de los demás miembros de la comunidad. Salud personal y bienestar.

Instituciones de Formación

Universidad Católica de Cuyo (U. C. C)

Título: Técnico en Acompañamiento Terapéutico Duración: 3 años

Ingreso: Asistencia y Aprobación a Curso de Ingreso o Nivelación

Sede: Facultad de Filosofía y Humanidades

Dirección: Avda. José Ignacio de la Roza 1516, San Juan, San Juan

e-mail: filosofia@uccuyo.edu.ar

teléfono: (0264) 4292300

web facultad: www.uccuyo.edu.ar

web universidad: www.uccuyo.edu.ar

Universidad Autónoma de Entre Ríos (U. A. D. E. R.)

Título: Técnico en Acompañamiento Terapéutico

Gestión: pública Duración: 3 años

Sede: Facultad de Humanidades, Arte y Ciencias Sociales

Dirección: Urquiza y Corrientes 0, Paraná, Entre Ríos

e-mail: alumnado_humanidades@uader.edu.ar

teléfono: (0343) 4312322

web facultad: www.fhaycs-uader.edu.ar

web universidad: www.uader.edu.ar

Universidad de Belgrano (UB)

Título: Acompañante Terapéutico

Gestión: privada - Duración: 2 años

Sede: Facultad de Humanidades. Dirección: Zabala 1837, Capital Federal

e-mail: ingresos@ub.edu.ar teléfono: (011) 45763931

web facultad: www.ub.edu.ar

web universidad: www.ub.edu.ar

Programas de formación

Hacemos mención a algunas de las instituciones que ya tienen alguna experiencia en la formación de AT en:

- Argentina
  CABA (Capital Federal), Entre Ríos (Paraná, Concordia), Buenos Aires (Bahía Blanca, La Plata, Mar del Plata, Tandil), Chubut (Esquel), Río Negro (Viedma), Santa Fé (Santa Fé y Rosario), Córdoba, San Juan, San Luis.

- Latinoamérica
  Porto Alegre, San Pablo, Volta Redonda, Nova Frisburgo, Río de Janeiro (Brasil), Lima (Perú), Querétaro y DF (México), Montevideo (Uruguay), Santiago (Chile).

Institutos Terciarios/Universitarios en Argentina

- Acompañante Terapéutico - Capital Federal
  Instituto Privado de Enseñanza e Investigación
- Técnico Superior en Acompañante Terapéutico
  Centro de Estudios Interdisciplinarios para el Aprendizaje y la Comunicación
  Capital Federal
- Tecnicatura Superior en Acompañante Terapéutico
  Escuela Superior de Psicología Social - Capital Federal
- Acompañante Terapéutico, Teoría y Práctica Profesional
  Universidad ISALUD
  Capital Federal
- Tecnicatura Superior en Acompañante Terapéutico
  Instituto Central Educativo de Buenos Aires
  Capital Federal
- Carrera de acompañante terapéutico
  Holos Sánchez Bodas
  Capital Federal
- Técnico Superior en Acompañante Terapéutico
  Escuela Argentina de Estudios Superiores
  Cipolletti - Río Negro

Esquema XIII: El equipo Transdisciplinario

El AT forma parte de un equipo terapéutico, como mínimo dos personas: un terapeuta y el AT. Con frecuencia también se incluye el psiquiatra, neurólogo, médico, etc. Es de vital importancia que los miembros del grupo terapéutico trabajen juntos como equipo transdisciplinario, manteniendo una comunicación constante y una línea de trabajo coherente y consistente para que el tratamiento resulte más efectivo. La función del AT es integrarse al Equipo Terapéutico y efectuar su intervención, siendo el agente de cambio más importante para el paciente, estimula sus potencialidades y ayuda a desarrollar su proyecto de vida.

AT - Equipo de salud

Concebimos al Equipo como un grupo de agentes de Salud Mental, profesionales y As Ts que se integran para trabajar en conjunto, para el logro de objetivos terapéuticos en enfermedades complejas. El proceso de constitución del equipo pasa por tres momentos si hay una evolución madura:

- **Interdisciplinario:** conjunción de diferentes disciplinas profesionales, cada una aportando de manera independiente su experiencia, para realizar el abordaje de una situación concreta. La coordinación entre los profesionales, en este nivel, es meramente informativa, sobre avances, retrocesos o vacíos de atención profesional.

- **Multidisciplinario:** se refiere a la conjunción de diferentes disciplinas profesionales donde cada una aporta su experiencia. La fortaleza y experiencia de una disciplina empodera a las demás. El objeto y sujeto de la acción profesional es la persona atendida y la calidad de vida que se le pueda brindar.

- **Transdisciplinario:** varios especialistas dedicados a enriquecer un enfoque de situación, apuntando a la "transversalidad" del problema. Es una forma de organización de los saberes y conocimientos que trascienden las disciplinas, haciendo énfasis en lo que "atraviesa" a todas y en lo que está más allá de ellas (E. Morín). La comunicación debe ser clara, concreta y precisa, se clarifican las situaciones confusas a la mayor brevedad, autoevaluación grupal e individual son procesos constantes y necesarios que permiten reafirmar o corregir las acciones grupales y personales.

El trabajo en equipos transdisciplinarios se logra cuando el grupo en sí mismo ha logrado generar la autosostenibilidad a través del tiempo, luego de iniciarse interdisciplinario, transitar, conforme van madurando el grupo, por la multidisciplina, para finalmente convertirse en un grupo Transdisciplinario.

Prestaciones del Equipo

- Sesiones intensivas de psicoterapia individual y entrevistas psiquiátricas
- Acompañamientos terapéuticos cotidianos y en las situaciones de riesgo
- Contención y orientación a los familiares cercanos
- Terapia de pareja y familiar
- Control médico clínico
- Administración de psicofármacos y medicamentos
- Terapia corporal
- Tratamiento higiénico-dietético-deportivo

- Musicoterapia, recreación, gestión en ocio y tiempo libre
- Psicoeducación para todo el grupo de allegados (parientes y amigos)

Funciones del AT

- Mejorar la calidad de vida.
- Favorecer la adherencia a su tratamiento de referencia.
- Favorecer la Integración socio-comunitaria.
- Mejorar la dinámica familiar desestabilizadora.
- Favorecer cambios en su contexto cuando sea tóxico.
- Promover la salud y su atención.
- Complementar, extender e incentivar su tratamiento de referencia.
- Evitar ingresos y procesos de institucionalización.

Esquema XIV: Instituciones con Internación

Acompañar implica un acto de confianza en el paciente (creer en su capacidad de mejorar su calidad de vida, prescindiendo por ejemplo de sus culpas, desvalorizaciones, hábitos incorrectos, adicciones). Acompañar significa conocer el fondo de sus creencias, sus miedos y la posibilidad de reencontrarse, consigo mismo, con su mundo afectivo y espiritual. Acompañar representa compartir la historia de la soledad en aquellos que pueden o no expresarlo. Es el lugar común de pacientes que aún pueden negarse de posiciones donde se los

cosifique. Debido a la complicación, gravedad y otras variantes socio-familiares en determinadas enfermedades complejas, se indica el sistema de internación, donde el AT, incorporado al equipo, tiene un protagonismo fundamental.

Características

En relación al diagnóstico y a la aplicación del tratamiento, el paciente en internación es abordado desde un enfoque integral de la salud, buscando el mayor bienestar físico, psíquico, social y espiritual. En la perspectiva de la auténtica terapia aparece la dimensión integral, que introduce activamente las alternativas de la relación con el paciente, los integrantes del equipo asistente y el personal de la institución.

- Al organizar un Sistema Terapéutico, del cual forma parte el AT, lo definimos como un proceso institucional, en un espacio y una convivencia, que trata de generar una transición entre la dependencia total a una independencia más o menos lograda.

- Desarrollar paralelamente la gestión psicosocial, cubriendo la totalidad de las áreas y servicios de la Institución mediante la asistencia integral del paciente y la familia.

- Fomentar la atención personalizada de los pacientes, contemplando el aspecto físico, psíquico, emocional y afectivo.

- Poder brindar una atención tendiente a bajar ansiedades y temores eliminando de esta forma el miedo para conseguir un más rápido restablecimiento, brindando un servicio de calidad y calidez.

Ingreso: •"Salir al encuentro del paciente" para hacerle más llevadera la internación, aprovechando la oportunidad para hacer psicoeducación estableciendo así el primer vínculo con el paciente y sus allegados asesorando sobre los distintos servicios que se brindan en la institución.

Recorrido de las salas de internación: •Con el propósito detectar situaciones que requieran de una contención emocional especial, para ayudar a sobrellevar mejor la situación traumática que les toca vivir.

Visita a Terapia Intensiva: •Con el objeto de paliar la angustia, sin poder tener cerca a sus familiares, en contínuo contacto con pacientes moribundos y palpando la realidad del estado crítico en el que se encuentran, sirviendo de nexo entre pacientes, médicos y familiares.

Contención prequirúrgica quirófano: •Para que se sientan contenidos y acompañados en uno de los momentos más traumáticos.

Nexo entre quirófano y sala de espera: •Acompañando y conteniendo a familiares de pacientes que estén siendo sometidos a intervenciones quirúrgicas o diagnósticas.

Maternidad: •Conteniendo a padres cuyos bebés nacieron prematuros, con malformaciones, deficiencias, que deben permanecer en neonatología o los de muerte peri natal.

Esquema XV: AT domiciliario y AT escolar

El Acompañamiento Terapéutico Domiciliario es un abordaje individual del paciente y en el lugar de residencia familiar, siendo asistido por el AT, integrando un equipo, de acuerdo a la patología existente, para ayudarle a su mejor vinculación con los otros miembros de la familia, sociedad e instituciones y facilitar la eficacia de los aprendizajes necesarios para su desarrollo integral. Se desarrolla en forma ambulatoria y se incorpora a la cotidianeidad - familiar y social de la persona (domicilio, calle, escuela, bares, cine, clubes, parques, shopping, etc.). Se utiliza el espacio de circulación del paciente, para promover el desarrollo, con un proyecto terapéutico desde lo cotidiano.

Intervenciones del AT domiciliario

Acompañante/asistente externo en el ámbito escolar

La Ley de Educación Nacional N 26216 establece que se debe garantizar la Inclusión Educativa a través de las políticas educativas y estrategias pedagógicas, brindando a las personas una propuesta que permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos.

La existencia de diferentes caminos y la posibilidad de realizar distintas Trayectorias Educativas, deriva en variadas formas de acompañamiento para garantizar la atención en el ámbito educativo de niños, jóvenes, y adultos con discapacidad y/o con trastornos en el desarrollo, atendiendo la Diversidad Funcional (Silvia Castro-Directora APANAU - Avellaneda).

Consideraciones

- En la elaboración del Proyecto Pedagógico del alumno en la escuela, se incluye además de la presencia o no del maestro integrador, un Acompañante Terapéutico Externo (ATE) que mediará interinstitucionalmente para ayudar a la integración total.
- Este ATE desarrollará acciones asistenciales/preventivas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad
- Se trabaja en este espacio aquellas acciones vinculadas al hábitat, los desplazamientos, la alimentación y la atención especializada, en relación a la situación de diversidad funcional.
- Un ATE (Asistente Externo Escolar) es un promotor de la búsqueda de autonomía del alumno. No debe ser una interferencia para el educando, que pudiese generar una dependencia, que impida desplegar sus posibilidades.
- La implementación de este tipo de ATE solo se justifica en la necesidad del alumno y no en la búsqueda de una tranquilidad institucional o familiar.
- Pierde sentido la intervención de un acompañante externo cuando el sujeto destinatario queda en segundo plano.
- Debe pertenecer a una institución u organismo habilitado y estar incluído en Equipos Técnicos Interdisciplinarios de apoyo.
- Disponer de un espacio de reflexión y supervisión institucional y cumplir con la habilitación profesional y el régimen laboral correspondiente.

Objetivos del acompañante/asistente externo

- ✓ Brindar apoyos personalizados y efectivos en entornos que fomenten el máximo desarrollo educativo y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.
- ✓ Enseñar habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación.
- ✓ Accionar dirigido a la atención, asistencia y/o apoyo personal.
- ✓ Propiciar relaciones vinculares intraescuela.
- ✓ Disponer estrategias de contención física o emocional del alumno, cuando éste lo requiera.

Esquema XVI: Comunidad Terapéutica en adicciones

En los años 50 reaparece el concepto de Comunidad Terapéutica (CT), que sirve como referente a las intervenciones clásicas de recuperación de personas con Adicciones, que ha tenido gran desarrollo y aceptación a nivel mundial. La CT surge inicialmente fundada por ex adictos y consistía en grupos de encuentro entre los adictos que confrontaban entre sí sus características, demandando y proponiendo cambios para su recuperación. Posteriormente incorporaron profesionales, primero como asesores después como Terapeutas, se incluyeron las psicoterapias en dichos programas de tratamiento, se enfatizó el rol de operador o AT y al poco tiempo se re-fundan en las "comunidades profesionalizadas" (dirigidas por profesionales, con equipo interdisciplinario con As Ts y con protocolo clínico) sumando potencialidades mejorando los resultados de calidad y efectividad de los tratamientos.

Objetivos Generales de la CT

- Objetivar la problemática y ayudar en la toma de conciencia de enfermedad por parte del paciente, la familia y el contexto.
- Prevenir riesgos y anticipar consecuencias. Aceptar normas y límites, pensar antes de actuar, adquirir mayor tolerancia a la frustración, relacionarse sin que medie la droga.
- Ayudar a incorporar una nueva identidad diferente a la del "adicto o toxicómano", mantener y mejorar hábitos, habilidades, nivel de competencia, etc.
- Realizar rigurosamente el Tratamiento Clínico, Psiquiátrico, Psicológico, de acompañamiento terapéutico y de redes de apoyo rearmadas y reforzadas, con fines de ampliación de la contención y de favorecimiento de conductas y estilos saludables (familiares y amigos).

El Equipo Terapéutico Transdisciplinario

Está dirigido por Médico-Psiquiatra o Psicólogo y constituido básicamente por psicoterapeuta individual, psicólogo familiar, acompañantes "operadores" terapéuticos, terapeuta corporal, médico clínico, nutricionista y otros especialistas de acuerdo a las características del paciente y su familia.

Durante el tratamiento el paciente deberá cumplir con las prestaciones terapéuticas del tratamiento, tomar las medicaciones indicadas, realizar los estudios y análisis correspondientes, aceptar las normas, restricciones y prohibiciones.

El AT como OST

El origen del operador socio-terapéutico (OST) está vinculado a los primeros procedimientos con modelo de Comunidad Terapéutica, por lo general emprendimientos basados en experiencias exitosas en el campo de la psiquiatría. Había mucho entusiasmo, mucho amor por la tarea y no se contaba con demasiados profesionales.

El OST nace allí, en el terreno, como un "experto" en el tratamiento con adictos, siendo muchas veces pacientes exadictos, que una vez terminado su tratamiento, quedaban en la comunidad.

A esta experiencia le sucede la aparición del rol del Acompañante Terapéutico (AT), capacitado específicamente y que cumple con similares funciones que el OST, con un bagaje técnico de intervención, saberes pertinentes y teorías operativas.

ÁMBITO PERSONAL

- **Como todo ser humano el OST/AT tiene una historia, un presente y un futuro. Es necesario trabajar en sus propias problemáticas para poder enfrentar situaciones de transferencia, que le impidan operar adecuadamente.**

CONTEXTO DE TRABAJO

- **Flexibilidad y adaptación para trabajar en conjunto. Receptividad, generosidad en aportar al equipo datos, disposición para sincronizar, humildad para pedir ayuda, la complementación de trabajo y la participación en las reuniones de trabajo, de equipo, ateneos, etc.**

ROL CON ASISTIDOS - FAMILIA

- **El OST/AT cumple un rol vincular con los asistidos y con sus familias. Se necesita de un especial desarrollo de aptitudes tales como la empatía, la confianza, el interés por la tarea, la seguridad en el manejo de los límites, el amor, la dedicación, la intuición y la creatividad.**

ÁMBITO SOCIAL

- **El OST/AT cumple con un rol dentro de la sociedad,requiere de un especial cuidado en los aspectos personales. Es necesario ajustarse al código de ética y cumplir con normas de conducta apropiadas para alguien que será un referente social en la tarea de propiciar cambios favorables para nuevos proyectos de vida.**

FUNCIÓN DEL AT EN ADICCIONES

- **Poseer capacidad de empatía que permita ponernos en el lugar del otro**
- **Acompañarlo en su desvalimiento,sus miedos y su desesperanza**
- **Actuar como organizador psíquico,ayudando a tomar decisiones**
- **Entrar en su mundo,ver sus sentimientos y motivaciones sin juzgarlo**
- **Escucharlo sin miedo, sin emitir juicios valorativos y sin interpretar**
- **Comprometerse en el diálogo manteniendo una disociación instrumental**
- **Ofrecerse como referente mostrando modos diferentes de actuar**
- **Flexibilidad para adecuarse a condiciones cambiantes**
- **Saber establecer límites firmes ,no rígidos**
- **Alentar desarrollo de fortalezas y habilidades**
- **Saber ubicarse a una distancia prudencial para poder pensar con autonomía**

LA CT INCLUYE

- **Sesiones intensivas de psicoterapia individual y entrevistas psiquiátricas**
- **Acompañamientos terapéuticos cotidianos y en las situaciones de riesgo**
- **Contención y orientación a los familiares cercanos**
- **Terapia de pareja y familiar**
- **Control médico clínico**
- **Administración de psicofármacos y medicamentos**
- **Terapia corporal**
- **Tratamiento higiénico-dietético-deportivo**
- **Musicoterapia, recreación, gestión en ocio y tiempo libre**
- **Psicoeducación para todo el grupo de allegados (parientes y amigos) con información de pautas básicos, normas y límites en el manejo vincular con el paciente actuarán en los momentos que el equipo terapéutico no tiene actividad presencial.**

Esquema XVII: Familias multiproblemáticas

El establecimiento de criterios reiterados acerca de la contención familiar, estudiados desde la visión de las familias multiproblemáticas, hace que el equipo Transdisciplinario se implique con la incorporación de perspectivas, que toman en consideración la incidencia de los múltiples condicionantes familiares (económicos, políticos, culturales y sociales). También se tiene en cuenta el fenómeno de la Violencia Intrafamiliar, que se facilita básicamente por tres factores: la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente. Se irá perfilando el espacio que ocupa el paciente, que se encuentra sesgado, desorganizado por la patología y la mirada culpabilizadora y psiquiatrizante de quienes le rodean. La familia, paradójicamente, aunque desea la mejora del familiar enfermo, puede convertirse en un obstáculo contra el despliegue del trabajo clínico, impidiendo que emerja la subjetividad del sujeto acompañado.

Las familias multiproblemáticas son emblemáticas de la postmodernidad y con estos pacientes graves es imprescindible trabajar con ellas, en todas las etapas de tratamiento. Las características definitorias de las familias multiproblemáticas (Cancrini,1999) son:

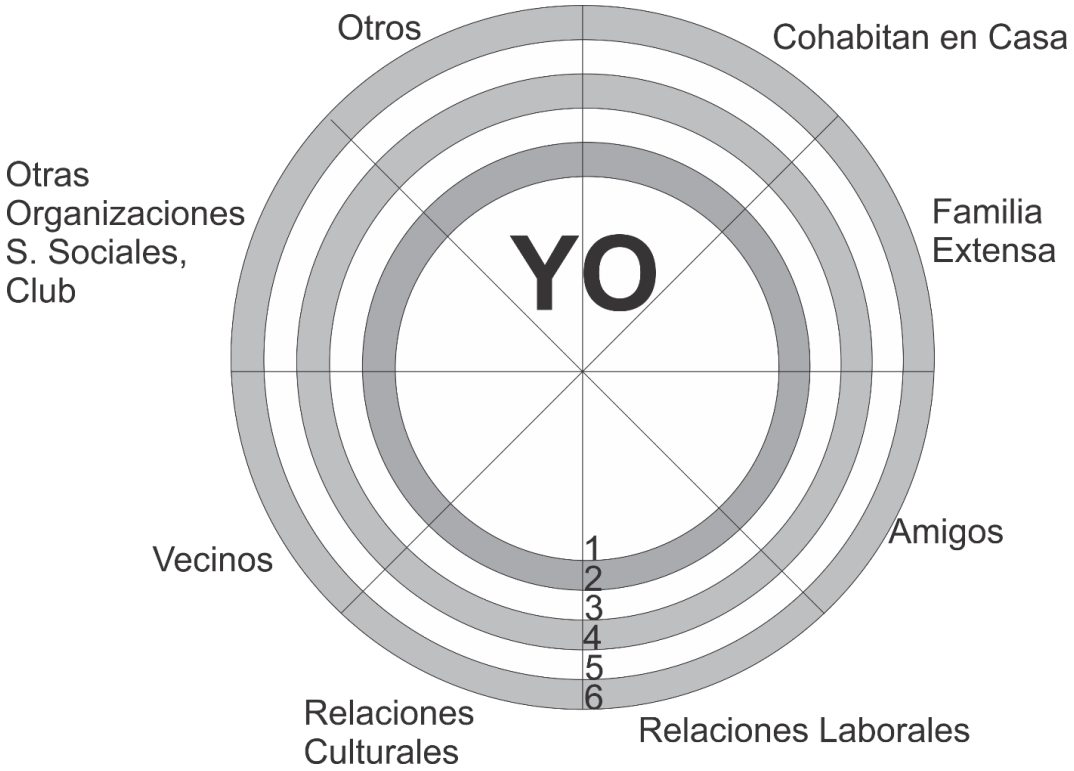
A) Presencia simultánea, en dos o más miembros de la familia, de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa.
B) Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres, de las actividades funcionales y expresivas necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.
C) Labilidad de los límites propios de un sistema que se caracteriza por la presencia de profesionales y de otras figuras externas, que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces o disfuncionales de la familia.
D) Estructuración de una relación crónica de dependencia de la familia respecto a los servicios (equilibrio intersistémico = homeostasis).
E) Desarrollo de algunas modalidades características no usuales, de comportamientos sintomáticos en los pacientes identificados, en este tipo de proceso, con el ejemplo clásico de las toxicomanías de tipo Sociopáticas.

Red de tratamiento

Las redes sociales que interactúan con el sujeto en tratamiento son de trabajo indispensable para generar recursos de colaboración y son:

A. El sistema de apoyo familiar (el paciente tiene estrecho contacto).
B. Los sistemas naturales (amigos, compañeros, etc.).
C. Los grupos sociales al estilo de Alcohólicos Anónimos o Al-Anon están a disposición y son muy útiles y complementarios

Para estudiar e investigar los límites de la red personal, se propone como tarea de los As Ts, confeccionar conjuntamente con el paciente, el mapa social (siguiente figura) que incluye a todas las personas significativas del micro contexto, con las que el paciente interactúa o le gustaría hacerlo



Instrucciones para armar la red personal

Colocar círculos O con la inicial de la persona que tiene un vínculo significativo y de acuerdo a la intensidad ubicarlo entre el 1 (más allegado) y el 6 más distante pero igualmente significativo, incluyendo a las personas, aunque que estén distantes y no se frecuenten. Normalmente las personas tenemos más de 20 contactos significativos, pero en las enfermedades graves esos contactos disminuyen notoriamente (en Adicciones y en Esquizofrenia hemos encontrado sólo 2 o 3 contactos).

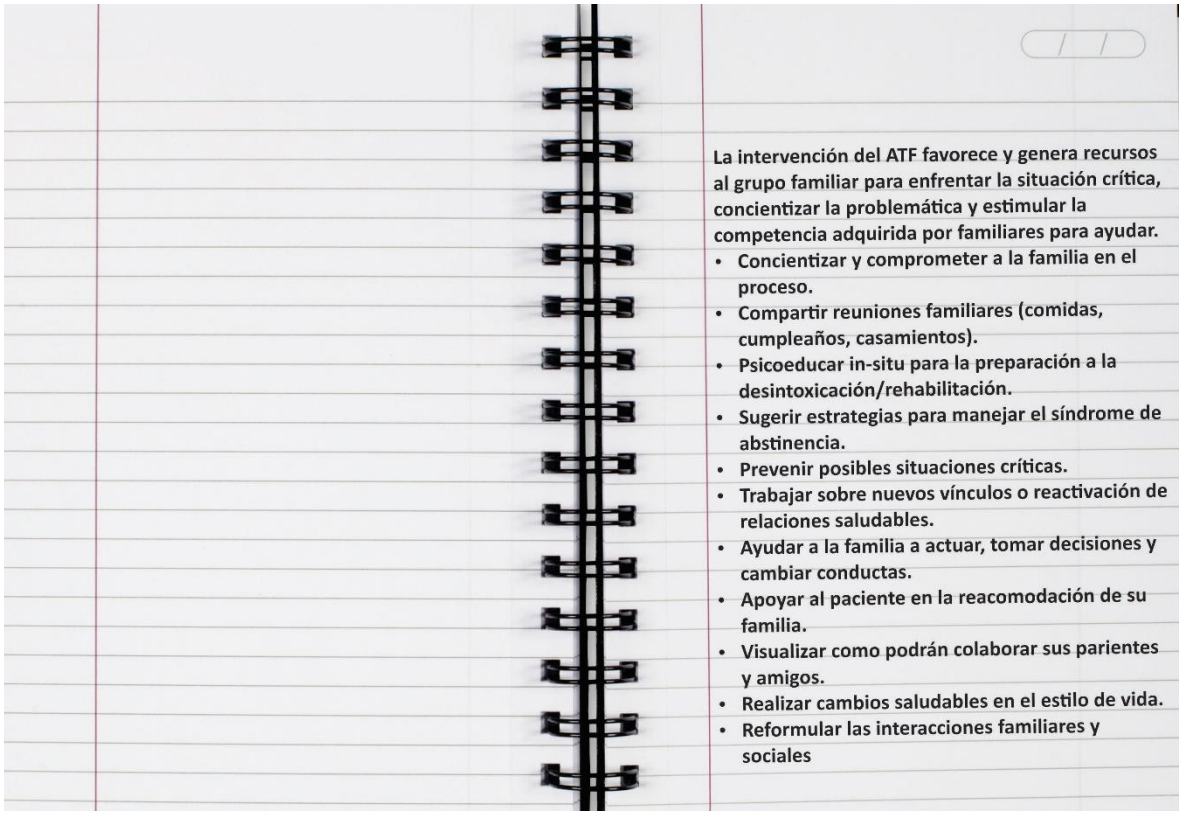
Acompañamiento Terapéutico con la familia (ATF)

- Nos referimos a la intervención del AT en momentos privilegiados del paciente con su familia (almuerzo, fiesta, salida) o encuentros con el grupo familiar o de amigos , donde tiene la posibilidad *in vivo* de asistir y evaluar la interacción familiar, investigar capacidad de cambio del sistema, realizar algunos señalamientos de la dinámica existente, observar la fuerza y/o debilidad personal del paciente en esas circunstancias, apoyar o enfrentar conflictos paralizantes y/o esclarecer posteriormente conductas ocurridas.

- También se puede participar en entrevistas familiares planificadas con el Terapeuta Familiar o con el Director de Tratamiento, en reuniones de escuela, en procedimientos judiciales, o sea situaciones donde pueden ocurrir trastornos o desbordes reactivos emocionales del paciente, estando el AT atento y pronto a ayudarlo en apoyo, discriminación, límites y fortalecimiento de sus recursos.

- Consideramos la participación de las familias fundamental en el tratamiento psiquiátrico y de adicciones, por lo cual las estrategias incluyen, además del trabajo psicoterapéutico intenso con ellas y la posibilidad de integrarlas en grupos de autoayuda, la intervención del ATF, que permitirá crear espacios de confrontación emocional controlada y reflexión.

Función del ATF



Esquema XVIII: Comunidad terapéutica Domiciliaria (CTD)

En la actualidad prevalece la tendencia mundial en abuso de drogas hacia tratamientos ambulatorios, como los Centros de Día, los Tratamientos Intensivos Ambulatorios y la Comunidad Terapéutica Domiciliaria, con equipos Transdisciplinarios, acompañantes terapéuticos y acompañantes familiares. La CTD en adicciones es una variedad de tratamiento para el abuso de drogas fuera de los servicios sanitarios institucionales y está centrado en el sujeto, en la familia y en la red de influencias (del propio individuo, de compañeros de estudio o trabajo, de la comunidad allegada) trabajando en la contención, la reducción del comportamiento no deseado y la rehabilitación del consumo, en ambientes familiares de convivencia y/o de trabajo, por medio de un programa protocolizado en etapas.

La llamada Comunidad Terapéutica-Psicoeducativa Domiciliaria (CTD) se torna necesaria cuando el paciente requiere una atención médica, psiquiátrica y psicológica especializada, con permanente estado de control, con inclusión de los acompañantes terapéuticos y con supervisión profesional, debido a la gravedad del cuadro y a la disfuncional contención familiar. La experiencia que hemos realizado desde INAPBA (Instituto de Neuropsiquiatría, Adicciones y Psicología Positiva) nos indica que esta modalidad genera muchos beneficios en la aceptación y adherencia para desarrollar las etapas de Desintoxicación Rehabilitación y Reinserción, con auspiciosas perspectivas de reforzar un Proyecto de vida saludable y la ventaja del tratamiento en la convivencia familiar. El gran obstáculo que presenta esta modalidad es el factor económico, ya que la prestación del equipo con los AT, hasta el momento, no es reconocida por los sistemas de Prepago ni de Obra Social.

El tratamiento en cuatro etapas

1 - Desintoxicación y motivación. Duración aproximada 30 días a partir del último consumo. La reincidencia obliga a reiniciar esta etapa.

2 - Deshabituación e ingreso a tratamiento de CTD. Tratamiento psicológico individual, orientación familiar, asamblea, control médico, terapias específicas, acompañantes terapéuticos y acompañantes familiares (30 días).

3 - Consolidación de la CTD. Preparación para la reinserción laboral y social (90 días).

4 - Reinserción General. Durante el tratamiento deberá cumplir con las prestaciones terapéuticas del tratamiento, tomar las medicaciones indicadas, realizar los estudios y análisis correspondientes, aceptar las normas, restricciones y prohibiciones (120 días).

Primera etapa: 1º mes

Admisión – Desintoxicación – Diagnósticos - Evaluación General del paciente y su familia.

- Exámenes clínicos, psiquiátrico, psicológico, de laboratorio general y específicos.
- Evaluación de personalidad, gravedad del consumo. Cuestionarios y tests psicológicos.

- Análisis de la estructura y funcionalidad familiar y preparación de los AF (acompañantes familiares) en jornadas psicoeducativas y de orientación.
- Intervenciones con el paciente y los responsables familiares, para la aceptación de la estrategia y normas del tratamiento. Pautas de Intervención para actuar en situaciones de Emergencia.
- Evaluación diaria clínica y psiquiátrica. Controles.
- Características del ambiente físico: Adaptación para disminuir y/o evitar riesgos físicos.
- Cronograma de actividades, familiares responsables, profesionales y acompañantes terapéuticos.
- Descripción de la situación inicial y adaptación de objetivos a lograr acordes a las características del paciente y su familia.

Segunda etapa: 2° mes

Estrategia de Comunidad Terapéutica Domiciliaria - Tratamientos Médicos-Psiquiátrico-Psicofarmacológico – AT y las diversas terapias. Orientación familiar.

- Trabajar con el paciente y la familia paralelamente y de ser posible con la red social (amigos, parientes).
- Proponer un aprendizaje progresivo de nuevos comportamientos y nuevas formas de resolver sus propios conflictos, planificando y controlando de manera autónoma su propia vida.
- Evaluación de fortalezas del paciente y de cada integrante del grupo familiar y el grado de compromiso imperante.
- Información profesional de la evolución de esta etapa al paciente y sus familiares.
- Conformación y fortalecimiento de la red de apoyo y sostén (Asambleas).
- Inicio programa medidas educativas: trabajo en habilidades personales y familiares, correlación entre valores propios y los socialmente aceptados, medio social-laboral-ocupacional-profesional.
- Formación de nuevos hábitos saludables, organización familiar.
- Actividades recreativas, uso del tiempo libre, ocio creativo, actividad física.
- Exámenes clínicos mensuales, chequeos de laboratorio y dosajes de drogas.

Tercera etapa: 3º-4º-5º MES

Consolidación y Preparación para la Reinserción Social. Organización de actividades terapéuticas y rehabilitación. Responsabilidades para su cumplimiento por parte del paciente y familiares comprometidos, acompañantes y equipo.

- Fortalecimiento de potenciales positivos.
- Técnicas anticipatorias: conflictos, rechazos.
- Discriminación, prevención oferta.
- Desarrollo de la autoestima e integración.
- Actividades físicas y recreativas.
- Información y Formulación de un Proyecto de vida saludable, desde lo personal, familiar y laboral.
- Logros a corto, mediano y largo plazo.

CUARTA ETAPA: 6º- 7º- 8º- 9ºmes

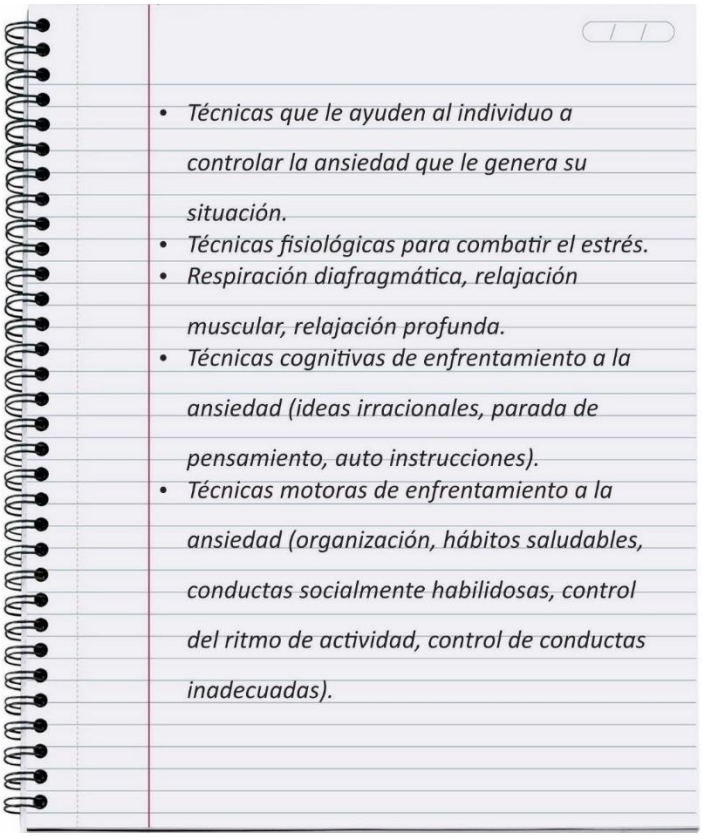
Reinserción Familiar, Social y Laboral.

- Seguimiento del período de adaptación a la actividad escolar y/o laboral.
- Disminución del acompañamiento intensivo.
- Continuación de los tratamientos psicoterapéuticos.
- Evaluación de los avances obtenidos a través de exámenes clínicos, psiquiátricos, de laboratorios.
- Pruebas psicológicas y cuestionarios auto administrados. Evaluación de los logros familiares, escolares y/o laborales.
- Análisis de intereses, aptitudes generales y específicas en relación a ocupaciones laborales y/o profesiones.

Evolución y evaluación del tratamiento

- Alta parcial a los 10 meses.
- Controles y terapias semanales durante 6 meses.
- Quincenales 6 meses, mensuales 6 meses.
- Con alta definitiva a los dos años según evolución.

Técnicas complementarias del AT

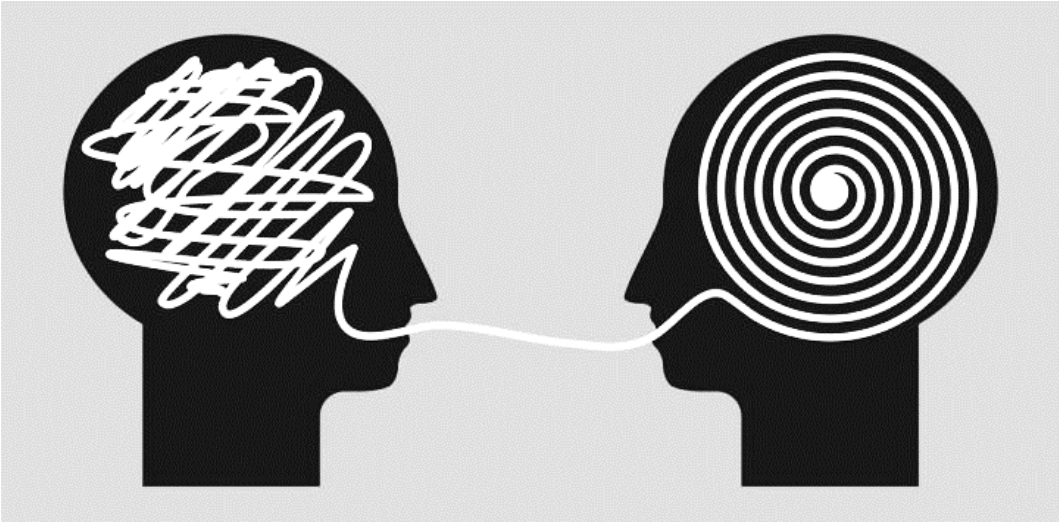


Esquema XIX: Coaching y Acompañamiento Terapéutico

El coaching se puede considerar como un acompañamiento individual, donde se indaga por medio de preguntas, para que la persona ayudada investigue, por sí misma, sus propias reflexiones y soluciones, impulse el desarrollo de sus capacidades y aplique sus habilidades. También se puede acompañar a personas en procesos de cambios, ayudándolas a identificar los recursos, que ya disponen y los que necesitan, para encontrar las alternativas que le llevaran a alcanzar los objetivos propuestos, de forma más rápida y eficiente. El coaching es una técnica de relación de ayuda, aplicable al acompañamiento, que tiene como finalidad despertar y desarrollar el potencial de la persona enferma. El AT capacitado en esta modalidad, amplía su ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo) para accionar en beneficio del tratamiento integral.

Coaching y Acompañamiento Terapéutico

- El trabajo del "AT como coach" consiste en estimular y facilitar, con preguntas y técnicas específicas y poder encontrar propuestas a objetivos de la persona, fomentando el desempeño individual, en un contexto productivo, con la finalidad de generar respuestas acertadas y categóricas, que provengan de reflexiones profundas.
- En el proceso del Acompañamiento Terapéutico, la metodología y herramientas del coaching, pueden ser de gran ayuda complementaria para alcanzar objetivos orientados por los terapeutas del equipo y ayudar a encontrar las mejores alternativas, despertando el potencial que cada uno tiene y reactivando las fortalezas personales.



Sobre el Coaching Psicológico

- Es el conjunto de técnicas para ayudar a las personas mental y emocionalmente, a mejorar su rendimiento y bienestar. Su objetivo es ayudar a los pacientes que descubran, aprendan y

utilicen sus propios potenciales para alcanzar las metas que desean, manteniendo un sentido de integridad y congruencia entre los aspectos del ser y del hacer.

- El principio básico implícito es que el cliente/paciente tiene en su interior las respuestas y los medios para desarrollar las capacidades que le permitirán descubrir cómo alcanzar un mayor nivel de bienestar y rendimiento en todas las áreas de su vida.
- Se concentra sobre el "cómo" que guiará a la persona a desbloquear sus limitaciones y desarrollar sus propios recursos, para que modifique o amplíe sus hábitos de pensamiento.
- Con esta modalidad el AT puede ampliar su capacitación y aplicar técnicas y herramientas del Coaching en Salud dirigidas a la obtención de objetivos concretos, para acceder a respuestas saludables y a la mejora de áreas de "la rueda de la vida" que se administra a las personas consultantes (Jaci Molins,2011).

Consideraciones generales del coaching

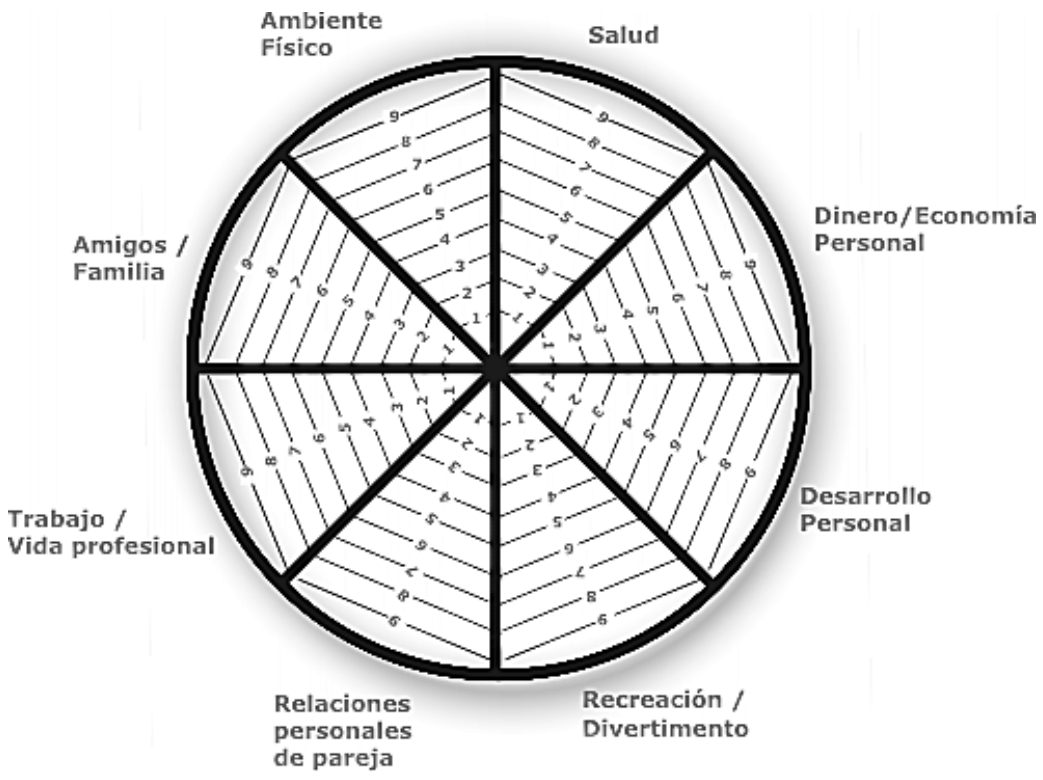
- El coaching psicológico posee una gran semejanza con el concepto de la Mayeútica acuñado por Sócrates, quien afirmaba que *"No puedo enseñarle nada a nadie, sólo puedo hacerlos pensar"* y por lo tanto él, como gran maestro, conducía el camino del aprendizaje a través de las preguntas, dejando que sus discípulos o interlocutores fuesen encontrando sus propias respuestas y soluciones a los problemas planteados.
- El coaching está focalizado en "ayudar a aprender", que es un proceso diferente al enseñar. El coach no es alguien que le diga al consultante qué es lo que tiene que hacer. Su tarea no es juzgar, ni dar consejos.
- El coach AT no indica soluciones, no señala el camino "correcto", ni impone su particular modo de pensar, sino que interviene para que el consultante pueda analizar y reveer las interpretaciones que tiene sobre la situación que declara como problemática.
- El rol del Coach-AT es hacer preguntas que estimulen a reflexionar, a recapacitar críticamente acerca de los supuestos indudables, a poner en cuestión las creencias, a conmover las certezas y a tornar discutible lo que se considera incuestionable.
- Su misión es hacer que cada persona alcance sus propias comprensiones, viva con más conciencia y autenticidad y logre desplegar su potencialidad en el logro de sus objetivos.

La rueda de la vida

La Rueda de la Vida representa la felicidad de cada individuo, descomponiendo el grado de felicidad en varias áreas de la vida, que serán valoradas de 0 a 10 (ver gráfico siguiente). Es un recurso inicial de la metodología del Coaching y representa el bienestar de cada individuo, en varias áreas de la vida que serán valoradas de 0 a 10.

En esta figura se puntúan los aspectos de la vida o áreas, especificando la parte exterior del círculo la valoración más alta (10) y el interior la menor (0). Cuanto mejor valore un área, más porciones tendrá y mayor será la puntuación. Las áreas que componen esta rueda de la vida:

- Trabajo o Desarrollo Profesional: La motivación y el grado de satisfacción que nos produce el trabajo o trabajos que desarrollamos.
- Crecimiento Personal: Puntúa nuestro grado de realización en la vida.
- Dinero: Satisfacción que tenemos con el dinero que manejamos en nuestro día a día.
- Ocio: Donde se valora el tiempo libre del que se dispone. Aquí no se debe evaluar si se tiene o no tiempo libre, sino la calidad del ocio del que se disfruta.
- Amor: Se valora aquí nuestro actual estado de buscar/querer/disfrutar del amor.
- Hogar o Ambiente físico: Se puntúa aquí a nuestra vivienda, barrio, ciudad, país.
- Familia/Amigos: Este apartado se valora cada círculo social en su grado de felicidad (se puede dividir en dos si realmente se quiere hacer diferencias).
- Salud: Donde se valora nuestra fortaleza física y mental.



Funciones del AT Coach

Además del repertorio básico de funciones, el AT Coach dispone de otros recursos que fortalecen su accionar, en función del bienestar del paciente.

- ✓ *Acompañar a transitar la tensión emocional, a superar la ansiedad e incertidumbre del cambio.*
- ✓ *Generar el estado anímico necesario para afrontar el nuevo desafío y realizar el proceso de aprendizaje.*
- ✓ *Apuntalar la confianza de las personas en sus propias capacidades y reafirma el sentido de seguridad en sí mismo.*
- ✓ *Sugerir interpretaciones o plantear rumbos de acción, pero nunca indica lo que "debe" hacerse.*

- ✓ *Dejar el poder de elección y acción en manos de la persona, que asuma plena responsabilidad por sus acciones y por los resultados obtenidos.*
- ✓ *Posibilitar al individuo realizar las acciones necesarias para conseguir los objetivos que está comprometido a alcanzar.*

Psicoterapia - Coaching - Salud (PCS)

La Psicoterapia-Coaching-Salud (PCS) es la conjunción de la Terapia Estratégica Centrada en Soluciones (TCS) y la Psicología Positiva (PP) con metodologías y recursos del Coaching Psicológico (CP) y otras escuelas (Sistémica, Narrativa). Se puede aplicar en problemas como el alcoholismo, la violencia familiar, la esquizofrenia, el abuso sexual, la violencia en pareja, el abuso de sustancias y los abusos y adicciones comportamentales (Fernández D'Adam - INAPBA,2010).

Las Psicoterapias son procesos de comunicación y relación interpersonal, de carácter confidencial, que tienen como propósito resolver problemas del paciente, ayudarle a encontrar soluciones y a mejorar la calidad de vida, a través de cambios en su conducta, actitudes, pensamientos y/o emociones.

La PCS considera a la persona consultante como el protagonista principal de su proceso de "sanación" y lo motiva a comprometerse en el cambio de las conductas nocivas para su salud, acompañado por el profesional interviniente, en una co-responsabilidad para la búsqueda de soluciones y el fortalecimiento del paciente para el propio cuidado saludable. Este tipo de intervención tiene ventajas especiales para:

- Personas que presente dificultades psicológicas, sufrimientos que bloquean el desarrollo armonioso de su vida y que impiden avanzar con confianza y libertad.
- Abordajes de situaciones y pacientes resistentes.
- Pacientes con extensas historias psicoterapéuticas previas.
- Acompañamiento Psicológico en enfermedades crónicas.
- Tratamientos que requieren mayor adherencia que con otras terapias "clásicas".

En la práctica de la Psicoterapia-Coaching-Salud, las Estrategias Psicológicas Centrada en Soluciones son complementadas con las técnicas y herramientas del Coaching en Salud y de la Psicología Positiva, dando como resultado un **abordaje terapéutico humanista integral**, **que busca generar una fuerte alianza de trabajo y un compromiso activo/afectivo genuino del terapeuta/paciente en la búsqueda de soluciones a la problemática.**

Terapia Centrada en Soluciones (TCS)

- La Terapia Centrada en Soluciones (conocida en el mundo anglosajón Brief Solution Focused Therapy) es una intervención original, precisa y rigurosa, dirigida a resolver problemas humanos, con fundamentos teóricos específicos y una aplicación práctica en constante evolución, basada en la investigación empírica y posicionada en los últimos 20 años como una terapia, con resultados que sorprenden por la eficacia, brevedad y consolidación de un trabajo ético y responsable.
- En TCS no se considera necesario tener información histórica precisa sobre el problema, ni indagar en su frecuencia o su naturaleza, ni tampoco su evolución, ni su génesis. El terapeuta pasa directamente a hablar de las soluciones, identificar que quieren conseguir los consultantes, detectar sus recursos y los de la red social/familiar, ayudarles a buscar modos de descubrir y mantener en marcha estos logros, etc. "El problema no es la persona (o la familia…) el problema es el problema" (Bill O´Hanlon).
- La tarea del terapeuta no es buscar claves ocultas de nuestros pacientes, es movilizar recursos a través del vínculo y la conversación, ayudar a que se ayude a sí mismo, a encontrar vías de solución alternativas más positivas que la queja o el síntoma, desarrollando las habilidades/recursos y competencias personales existentes, a partir del supuesto constructivista que la realidad no se descubre… se "inventa". Es importante introducir cambios pequeños en la situación, generará otros cambios que retro actuarán sobre él, ampliándolo (efecto de "bola de nieve").

Coaching Psicológico

- Es el conjunto de técnicas para ayudar a las personas mental y emocionalmente, a mejorar su rendimiento y bienestar. Su objetivo es ayudar a los clientes/pacientes a que descubran, aprendan y utilicen sus propios potenciales para alcanzar las metas que desean, manteniendo un sentido de integridad y congruencia entre los aspectos del ser y del hacer. El principio básico implícito es que el paciente tiene en su interior las respuestas y los medios para desarrollar las capacidades que le permitirán descubrir cómo alcanzar un mayor nivel de bienestar y rendimiento en todas las áreas de su vida.
- Cuando lo aplicamos en relación con la salud (física, psíquica, social, espiritual) hablamos de Coaching para la Salud, que se caracteriza por una perspectiva práctica que plantea preguntas, identifica conductas y creencias limitadoras, crea estrategias operativas y actúa para mejorar la salud del presente y el futuro.
- Está dirigido a la obtención de objetivos concretos para acceder a respuestas saludables y a la mejora de áreas de "la rueda de la vida" de las personas consultantes. Se concentra sobre el "cómo" … que guiará a la persona a desbloquear sus limitaciones y desarrollar sus propios recursos, para que modifique o amplíe sus hábitos de pensamiento (Jaci Molins,2011).

Psicología Positiva

- La Psicología Positiva es el "estudio científico del funcionamiento humano óptimo" (Bárbara Fredrickson,1999). Un crecimiento positivo es el resultado de la construcción, mejora y potenciación de recursos y habilidades personales, así como el incremento de bienestar y felicidad a través de los mismos.

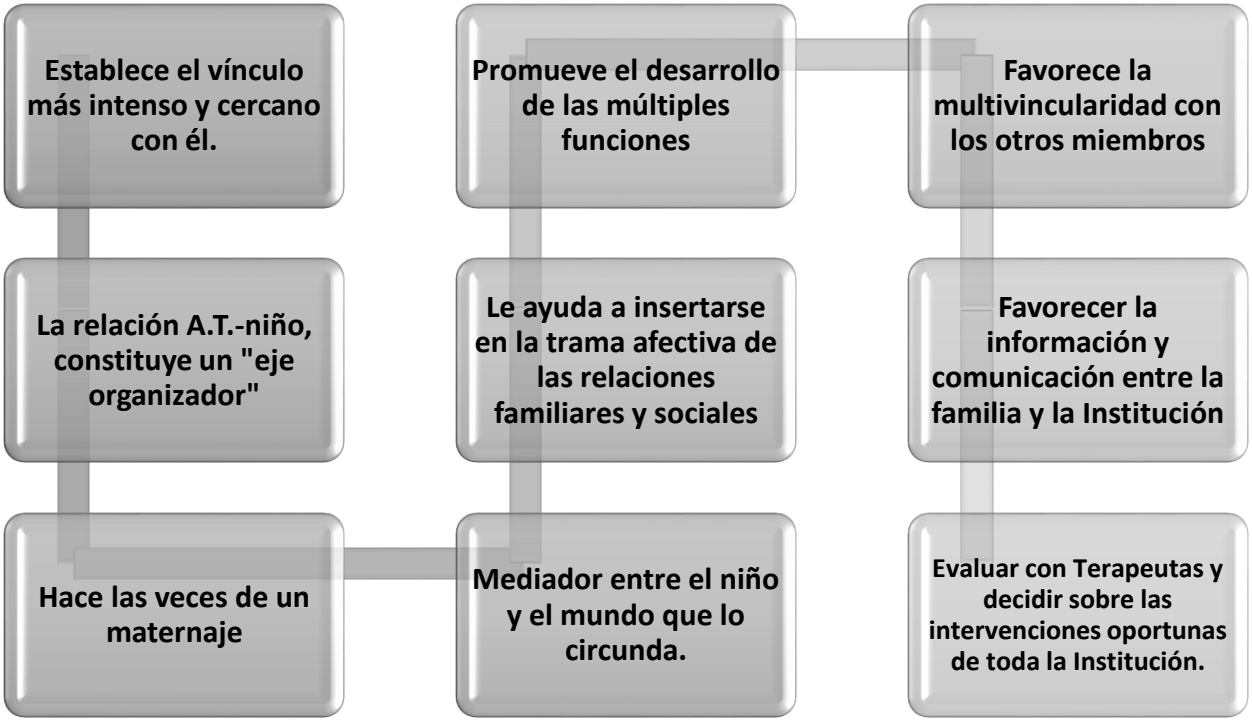
- Habitualmente los esfuerzos de los terapeutas se centran casi exclusivamente en reducir o eliminar aquello que genera síntomas, malestar y desadaptación. Los avances en las ciencias de la salud nos muestran que el modelo asistencial, es mucho más eficaz cuando se complementa con estrategias que trabajan la optimización de los recursos propios, la activación o recreación de las fortalezas y las habilidades que todas las personas tienen.
- Cuando una persona se siente triste, angustiada, ansiosa o deprimida es frecuente que considere prioritario eliminar ese malestar. La psicología positiva ofrece un método que combina las técnicas más efectivas de la psicología tradicional (reestructuración cognitiva, modificación de conducta, comunicación estratégica, etc.) con técnicas específicas, científicamente comprobadas que propician el uso de recursos (Fortalezas) que fomenten el bienestar y la confianza en las propias habilidades.
- También debemos a la Psicología Positiva el concepto de fluir (en inglés flow) que ha sido de gran utilidad para los psicólogos que estudian la felicidad, la satisfacción vital y la motivación intrínseca. Mihaly Csikszentmihalyi (1990) lo ha definido *como un estado en el cual las personas se hallan tan involucradas en la actividad, que nada más parece importarles, siendo la experiencia por sí misma muy placentera*

Esquema XX: Autismo y psicosis

El DSM V (Manual de estadística y diagnóstico de las enfermedades mentales) ubica al Trastorno Autista como un Trastorno Generalizado del Desarrollo. De aparición anterior a los 3 años de edad, se caracteriza por alteración cualitativa en la interacción social y en la comunicación y con patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. Asimismo, se presenta un retraso y/o desarrollo normal en el juego simbólico. Existen muchos tipos de trastornos del desarrollo y retrasos, que se acompañan de esta sintomatología, pero que no son propiamente cuadros de autismo. El concepto de espectro autista permite agrupar, de manera más amplía, la gama de casos con que se presenta este tipo de sintomatología y diferenciar de manera más precisa caso por caso.

Las funciones en el ejercicio del rol del AT que trabaja con niños y jóvenes con particularidades autísticas / psicóticas, tiene características especiales, requiriendo dos cualidades personales básicas: la tolerancia y la paciencia. La sintomatología particular del cuadro, la incurabilidad del mismo y los grados diversos de mejoría lenta y discontínua (no pocas veces acompañada de retrocesos y deterioros importantes) exigen de manera especial al AT el ejercicio de estas dos cualidades, para no entrar en la frustración y la desesperanza en su quehacer laboral.

Características Acompañantes Institucionales



Nuestro marco referencial en Patologías Graves de la Comunicación (psicosis y autismo en niños y jóvenes institucionalizados) en la Comunidad Terapéutica Infantil de Don Torcuato incorporaba, según necesidades, esquemas referenciales de modelos institucionales de Bettelhein (Escuela Ortogénica), Mannoni (Institución estallada), Zapella (Sistémico-Etológico), Rapin-Allen (Pedagógico Conductista) y sobretodo la conjunción ecléctica de estas escuelas "útiles al paciente" (R Benenson

- A García Ramírez - G Rched - D Cagliero - M García Cotto - C Medawar - O. Rodríguez- G. Fernández D'Adam). A los integrantes de los equipos, incluyendo a los AT, los llamábamos Acompañantes Institucionales, manteniendo las funciones específicas de cada profesional y el nivel de jerarquía instituido por el organigrama funcional. Para la capacitación de As Ts institucionales creamos en Buenos Aires, a fines de los 80, la Escuela de Terapistas de Convivencia (R Benenson - G. Fernández D'Adam) cuyas prácticas se hacían en ASANA (Escobar) y en CTI (Don Torcuato) y organizamos el "Primer Congreso Mundial del Niño Aislado" realizado en el Teatro San Martín con la participación de 60 instituciones de todo el continente (Buenos Aires, 1987).

Funciones del AT en psicosis

Esquema XXI: El AT en TCA

Los trastornos más comunes de la alimentación son la anorexia nerviosa, la bulimia adictiva y el Atracón Compulsivo, estudiados y registrados en los Criterios de diagnóstico del DSM V (Manual de diagnósticos). Cada vez hay más consultas por trastornos alimentarios y en la gente existe el temor que alguien cercano desarrolle anorexia o bulimia. También sabemos que existen foros y comunicación entre personas enfermas de TCA que "se ayudan", estimulando perversamente a niñas y jóvenes a desarrollar o mantener la enfermedad por páginas web. Son sitios diseñados por personas que padecen estas enfermedades que revelan una serie de escalofriantes trucos para calmar el hambre, esconder la comida, realizar dietas que logran una gran pérdida de peso en poco tiempo y así extender los trastornos de alimentación cada vez más.

La Anorexia Nerviosa

Definida como el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (85% menor a lo esperable), miedo intenso a convertirse en obeso, alteración de la percepción del peso y/o de la silueta. En las adolescentes presencia de amenorrea (al menos tres ciclos consecutivos).

Anorexia / Adelgazamiento / Amenorrea / Alteración en la percepción del esquema corporal

La Bulimia Adictiva

Presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso (al menos dos veces por semana por un período de tres meses), provocación de vómitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ayuno, ejercicio excesivo. Si no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso, se denomina bulimia nerviosa del tipo "no purgativa".

Compulsiones / Comilonas / Control excesivo del peso / Vómitos autoinducidos

El Atracón Compulsivo

Cuando se ingiere alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidades superiores a las normales, acompañado por la sensación de pérdida del control sobre la ingesta de alimento y no poder parar de comer.

¿Cómo delimitar una conducta por placer de realizarla y otra por adicción?

Una preferencia se convierte en adicción cuando produce daño psíquico-cerebral, persiste su uso irracional a pesar de los inconvenientes que acarrea, se sufre si no se consume (abstinencia), pierde la capacidad de controlarla a voluntad, convirtiéndose en un deseo constante (casi una obsesión) y se pierde el interés por otro tipo de actividades.

Evolución de la bulimia

- Mientras que muchos casos de bulimia son leves, los síntomas típicos se presentan algunos meses o años antes que el paciente busque ayuda. Los pacientes que se comprometen en un tratamiento integral con un equipo interdisciplinario con As Ts, con la inclusión de la familia, son los que presentan una mejor evolución.
- En lo psicológico puede derivar en una cronicidad potenciada con patologías psiquiátricas mayores, principalmente la depresión. En lo orgánico, los trastornos más frecuentes son esofagitis, gastroduodenitis, estreñimiento, hemorroides, caída de cabello, divertículos, aumento de las glándulas parótidas, erosión del esmalte dental, ruptura esofágica, desarrollo de úlceras, arritmias cardíacas, etc.

- ¿Qué complicaciones pueden aparecer? La principal es el riesgo suicida con síntomas de depresión. También suelen aparecer complicaciones clínicas por el exceso de diuréticos, laxantes, anfetaminas y otras drogas antiapetito, abuso excesivo de alcohol y otras drogas (cocaína, psicofármacos) y la aparición de conductas des adaptativas como la cleptomanía, ludopatía, etc.

El tratamiento de los TCA

El tratamiento de los pacientes con bulimia adictiva puede realizarse en diversas instancias según la motivación, la gravedad y la contención familiar y social existente:

- Nivel ambulatorio (consultorio externo) con programas especiales y equipo interdisciplinario.
- Tratamiento intensivo domiciliario (Sistema Comunidad Psicoeducativa).
- Concurrencia a unidades especializadas (internación en instituciones específicas o a nivel hospitalario).

Las dos últimas opciones están aconsejadas cuando hubo fracasos repetidos, mediante tratamiento ambulatorio y coexistan problemas físicos o psicológicos, con riesgo vital, que hagan necesario un tratamiento intensivo domiciliario o institucional.

Principios del tratamiento

- Terapeutas y As Ts necesitan ofrecer tres características decisivas para facilitar el cambio: empatía, calidez emocional y autenticidad (Carl Rogers). Persistencia, constancia y rendimiento de la tarea.
- Estrategia definida en búsqueda de alivio del sufrimiento con la perspectiva de mejorar la calidad de vida, siendo prioritario una buena interacción con el equipo terapéutico, capacitado en explorar, motivar y comprometer a la persona y su familia en el proceso terapéutico.
- Incentivo de la motivación para cumplir con el plan estableciendo un compromiso con el paciente y la familia desde el momento inicial, informando y explicando sobre la enfermedad (psicoeducación), la condición actual y todo lo que atañe a las consecuencias de la mala nutrición y de los atracones, las características del craving (ansia), los ocultamientos y su relación con los síntomas.
- Tratamiento psicofarmacológico: se utilizan fármacos antidepresivos y antiimpulsivos, antipsicóticos atípicos, estabilizadores del ánimo, etc. La empatía del terapeuta y la alianza con el equipo es necesaria para la estimulación, progreso del proceso y adherencia al tratamiento (las bulímicas suelen ser rebeldes, reacias y fácilmente abandonan el tratamiento).
- Identificar dificultades y el grado de afectación. La historia biográfica ayuda a recordar los hitos importantes de la infancia, adolescencia y dar a luz "arrastres" conflictivos, con mandatos inconscientes y permite analizar las causas relacionadas con lo socio-cultural, la red social de contención y áreas escolares, académicas y laborales.
- Importancia de los factores comunicacionales, afectivos y compromiso de los familiares. El encuadre inicial plantea un marco de trabajo con "obligaciones y derechos" del paciente, autorización para informar a los familiares de las alternativas del proceso (atracones, recaídas, alcohol, autolesiones, etc.).
- Garantía del secreto profesional para los temas personales, evitando manipulaciones del paciente o los familiares, que pueden obstaculizar la libertad operativa y romper la confianza de la alianza terapéutica.

Ámbitos de tratamiento

A. **Consulta ambulatoria.** Todo paciente es evaluado, con entrevistas diagnósticas en las que se incluye a la familia con el director de tratamiento (Médico Psiquiatra o Psicólogo Coordinador) que decidirá en qué modalidad del programa se incluye. Una vez admitido en el programa se le designa médico clínico, nutricionista psicoterapeuta y AT.

B. **Hospital de día.** Muchas veces puede recurrirse al hospital de día en instituciones públicas o privadas, en situaciones que justifiquen la permanencia por varias horas diarias, para las terapias específicas, terapias grupales y AT, con contención y apoyo familiar.

C. **Internación domiciliaria.** Sólo cuando se producen descompensaciones graves, intentos de suicidio o si hay riesgo de recaída. En nuestro medio desarrollamos el sistema de Comunidad Psicoeducativa Domiciliaria, con equipo interdisciplinario, con inclusión de los acompañantes terapéuticos y un programa sistematizado en el contexto familiar.

D. **Internación institucional.** Se indica cuando existe riesgo vital, cuando los pacientes pierden demasiado peso semanal (anorexias) o por tentativas de suicidio enmascaradas o no (bulímicas), que suelen ser recurrentes, o cuando los tratamientos ambulatorios han fracasado y se agrava el cuadro con una situación familiar complicada, que inhabilita a los padres/familia dar la contención necesaria.

Los principios generales de intervención entre el AT y el paciente

- **Alianza Terapéutica:** la conformación de la alianza es una de las tareas esenciales.

- **Estilo personal del AT:** alude a los rasgos, actitudes y disposiciones que intuirán significativamente en el vínculo terapéutico y se deberá evaluar si se ajustan a las demandas de los pacientes con TCA.

- El AT deberá **identificar y predecir las características de los procesos atribucionales** de los que padecen TCA, detectando el sistema de inferencias y predicciones erróneas acerca de la figura, peso y comida, que se conformarán como la tríada nuclear de la intervención (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2016).

- La meta común y función del AT es la **búsqueda de un cambio en la persona que se asiste**. Prochaska y Di Clemente (1982) consideraron que el cambio no ocurre de manera bidireccional, sino que las personas atraviesan por un conjunto de estadios sucesivos de disposición para el proceso de cambio.

- El AT trabajará **incentivando y guiando** en la ejecución de las tareas cotidianas, lo hará con un estilo persuasivo, siendo el paciente quien debe exponerse y ejecutarlas, asumiendo que es el responsable de lograr los objetivos a corto y largo plazo que se han propuesto en el plan terapéutico, como así también de mantenerlos y sostenerlos en el tiempo. Las funciones del AT en TCA:

- Generar una atmósfera positiva para el cambio, aceptando el esfuerzo del paciente por lograr los objetivos.
- Ofrecer un espacio de contención y diálogo donde lo subjetivo se pueda expresar a través de la palabra.
- Acompañar al paciente en los momentos críticos del día en los cuales atraviese por altos montos de ansiedad, con una escucha empática y otorgando una palabra objetivante o continente.
- Acompañar al paciente y a su familia en sus cuadros afectivos, mediando en posibles situaciones de conflicto, apuntando a generar convergencia y favorecer y monitorear la adhesión de todos al tratamiento.
- Registrar información (informes de evolución) para la comprensión global del paciente por parte del Equipo.
- Ayudar a la reorganización de las rutinas cotidianas, favoreciendo el sostén de las actividades y el cumplimiento de las terapias.
- Promover calidad y estilo de vida, reduciendo factores de riesgo y potenciando factores protectores.
- Fomentar la capacidad creativa del paciente y el desarrollo de las potencialidades sanas del paciente.
- No adoptar un rol dogmático o autoritario sobre cómo la persona debe afrontar dicha experiencia. Ser un facilitador del proceso, que interviene en espacios más próximos al paciente, operando como un alojador de las dolencias y ayudando a la detección de dificultades (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2016).

Esquema XXII: Trastornos de Ansiedad – Pánico – Fobias

La ansiedad es algo que todos sentimos de vez en cuando, pero cuando se sale de control, al punto que comienza a interferir con la capacidad para llevar una vida normal, se puede estar sufriendo de la condición médica conocida como Trastorno de Ansiedad. Hay muchas cosas que pueden provocar ansiedad: conflictos del entorno, situaciones estresantes como exámenes escolares, trabajos nuevos, problemas con de pareja o familia o eventos traumatizantes.

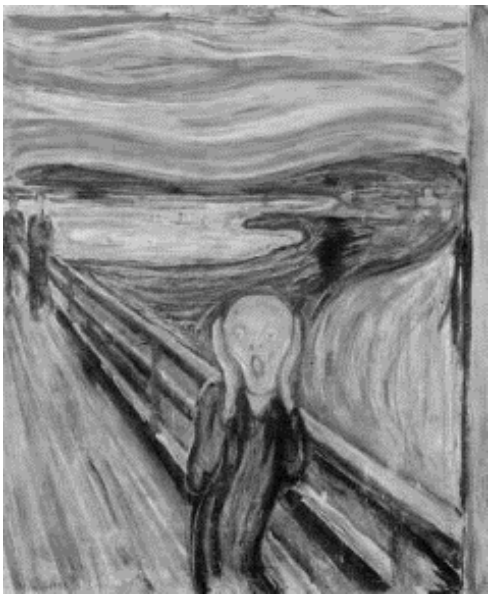
Causa de trastornos de ansiedad

- **Genética**. Un historial de ansiedad familiar.
- **Bioquímica**. Un desequilibrio de las sustancias químicas en el cerebro que regulan los sentimientos y las reacciones físicas, que pueden alterar pensamientos, emociones o conducta.
- **Un evento estresante**. Un solo evento o una serie de eventos tales como divorcio, abuso, acoso escolar continuo (bullying), abuso sexual, una muerte, ruptura de una relación o conflicto familiar.
- **Personalidad.** Ciertos tipos de personalidad corren más riesgo de sufrir de ansiedad que otros.

Tipos de trastornos de ansiedad

1. **La ansiedad generalizada** es una preocupación excesiva e incontrolable que no está relacionada con una cuestión específica.
2. **La ansiedad social o la fobia social** se caracteriza por un miedo a situaciones sociales o públicas (por ejemplo, conocer a gente nueva) que hacen evitar las situaciones sociales.
3. **La agorafobia** es la ansiedad de estar en lugares o situaciones donde podría ser difícil o vergonzoso escapar si una persona sufre un ataque de pánico.
4. **La claustrofobia** es el miedo a los espacios cerrados o muy reducidos.
5. **El trastorno de pánico** ocurre cuando se producen ataques de pánico con frecuencia. Algunas personas pueden desarrollar agorafobia a raíz de los ataques de pánico.
6. **Las fobias específicas** se caracterizan por un miedo intenso y permanente de objetos o situaciones concretas.
7. **La hipocondría** se refiere a una preocupación extrema de sufrir una enfermedad grave.
8. **El trastorno obsesivo compulsivo** (TOC) implica pensamientos e impulsos no deseados u obsesiones y comportamientos rutinarios repetitivos.
9. **El trastorno de estrés postraumático** es un trastorno de ansiedad provocado por un evento traumático importante, como una violación o un accidente. Se caracteriza por recuerdos perturbadores, "embotamiento" de emociones y dificultad para dormir.

Trastorno de pánico



Un ataque de pánico o crisis de ansiedad aguda consiste en un cuadro clínico, caracterizado por el aumento de la frecuencia cardíaca, elevación de la presión sanguínea, respiración agitada, sudor, sensación de ahogo, mareo, temblores y sentimientos de despersonalización. Hay muchos síntomas corporales y anímicos asociados, aunque los más comunes son la angustia y el no poder respirar. En general, quiénes lo sufren pueden sentir que están teniendo un ataque cardíaco y tienen la sensación de muerte inminente.

Fobias

Una fobia es un miedo irracional en el cual el paciente tiene un miedo exagerado a una situación, lugar, animal o cosa. Las personas con una fobia hacen todo lo posible por evitar el peligro percibido, que es mucho mayor en sus mentes que en la vida real. Si es confrontado con la fuente de su fobia, la persona sufrirá una angustia enorme, que puede interferir en su funcionamiento normal y a veces puede conducir al pánico total. Para algunas personas, incluso pensar en su fobia, es altamente angustioso.

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a las situaciones cuya evitación es difícil o embarazosa, o donde no se puede recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico.

Psicoeducación Activa In-situ

En el trastorno de pánico y las fobias es necesario que el AT intervenga en Psicoeducación "Activa In-situ", para que paulatinamente, el paciente pueda "salir" de su casa y a medida que vaya disminuyendo la angustia (cumplimiento de psicoterapia y control farmacológico), "animarse" a reiniciar progresivamente sus tareas y actividades habituales.

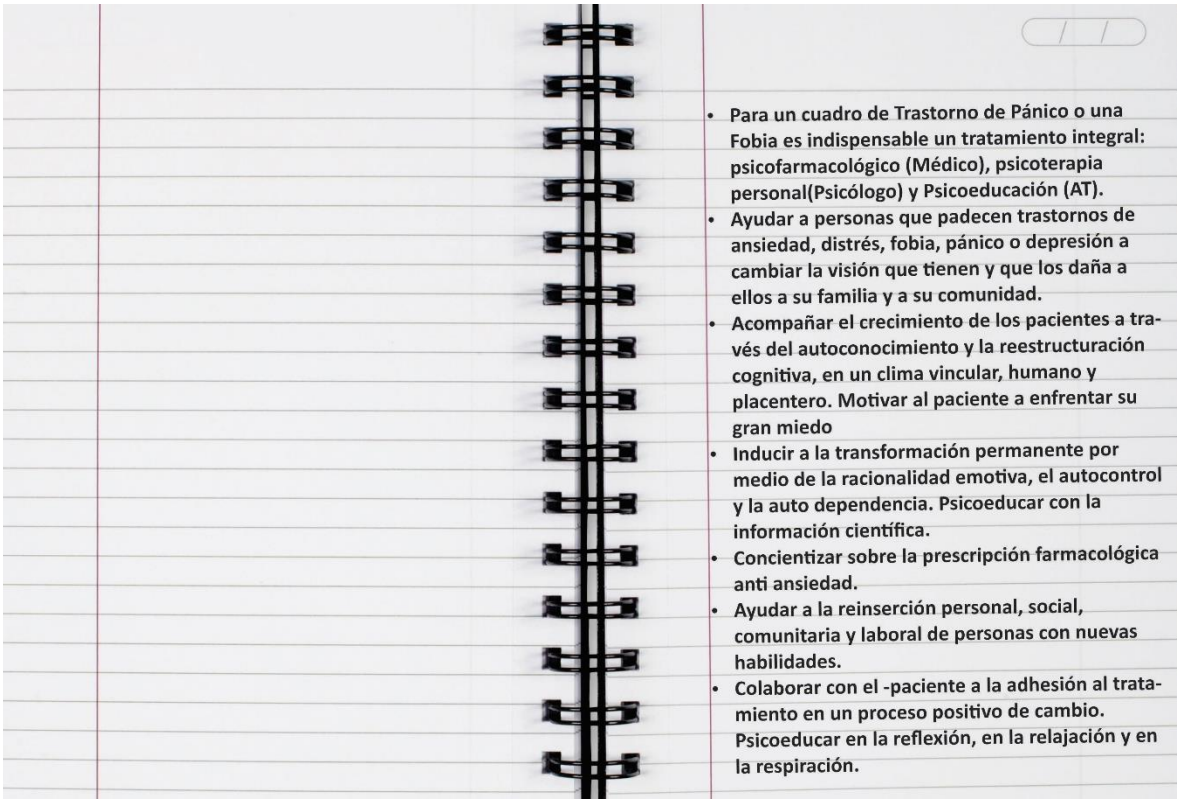
Las tres etapas de intervención del AT

1. **Desensibilización**: desacondicionarse frente al problema. La desensibilización sistemática, consiste en enseñar al paciente a identificar sus imágenes espontáneas y cómo es en la realidad.

2. **Afrontamiento del problema**: Afrontar en grupo es luchar y confrontar con otros, el objeto que provoca la ansiedad, fobia, pánico o cualquier síntoma que aumente el estrés. Esto crea habilidades para la lucha por la existencia que es la base de la confrontación.

3. **Exposición gradual**: En esta etapa el paciente ya controla algunos de los síntomas, pero existe el riesgo de recaída o de recidiva que pueden hacer fracasar el tratamiento y por lo tanto el AT debe tranquilizar a la persona y a su familia explicándole que forma parte natural de la evolución del tratamiento.

Rol del AT



Esquema XXIII: Adicciones Comportamentales – Ludopatía

Además de las sustancias psicoactivas susceptibles de generar abuso o dependencia a las "drogas", existen actividades humanas que, por su capacidad de alejarnos de la realidad cotidiana, proporcionan placer o evasión y pueden comportarse igual que las químicas y causar adicciones comportamentales, no químicas o psicosociales. Hay diversos tipos: la adicción a las pantallas incluye los videojuegos, el teléfono celular e Internet (juego en línea, cibersexo y redes sociales). Además de la Ludopatía (única considerada "oficial" en el DSM V) existe la compra compulsiva (Oniomanía), la adicción al sexo, la adicción al trabajo, el culto al cuerpo (complejo de Adonis), la dependencia emocional y la dependencia de grupos de manipulación psicológica (GMP) o sectas coercitivas, las dependencias amorosas interpersonales, etc. En la adolescencia las adicciones comportamentales que generan más demanda de tratamiento son las relacionadas con internet, los juegos en línea y los videojuegos. En los adultos son la ludopatía, las compras compulsivas, la adicción al sexo y la dependencia emocional.

Características de las Adicciones comportamentales

- Son conductas repetitivas que producen placer y alivio tensional en sus primeras etapas y llevan posteriormente a la pérdida de control, perturbando severamente la vida familiar, laboral y social. La pérdida del control sobre una conducta placentera lo convertiría en adicto conductual.
- Adicciones conductuales frecuentes: al juego (Ludopatía), a las TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación (Internet, cámara web, videojuegos, redes sociales, teléfono celular), a las compras compulsivas, adicción al sexo, al trabajo, la vigorexia, la ortorexia, etc.
- Los Síntomas principales de estas adicciones "placenteras" son: primeros momentos necesidad de más frecuencia, intenso deseo de repetirlas, mantenimiento a pesar de las consecuencias negativas y efectos adversos ante el esfuerzo para controlarlas.
- Una conducta adictiva lleva a la persona y/o familia a solicitar ayuda y tratamiento. Las consecuencias son advertidas por familiares que primariamente se lo comunican a la persona, quien, a pesar de ello, no detiene la actividad**.**

La Ludopatía

Es un trastorno de la conducta de la persona que siente una urgencia psicológicamente incontrolable a jugar, a uno o más juegos de azar, de forma persistente y progresiva, afectando de forma negativa la vida personal, familiar y social. Un jugador compulsivo tiene todo su interés en el juego, que es enérgico e incontrolable y que no implica solo una necesidad de ganar dinero, sino que juega por el placer de estar jugando y no puede parar. La pérdida de control, genera ansiedad y depresión que pueden llevar a poner en riesgo la vida, por pensamientos y conductas suicidas, en la fase de desesperación y desesperanza (etapas avanzadas de la ludopatía).

Equipos con AT en adicciones comportamentales

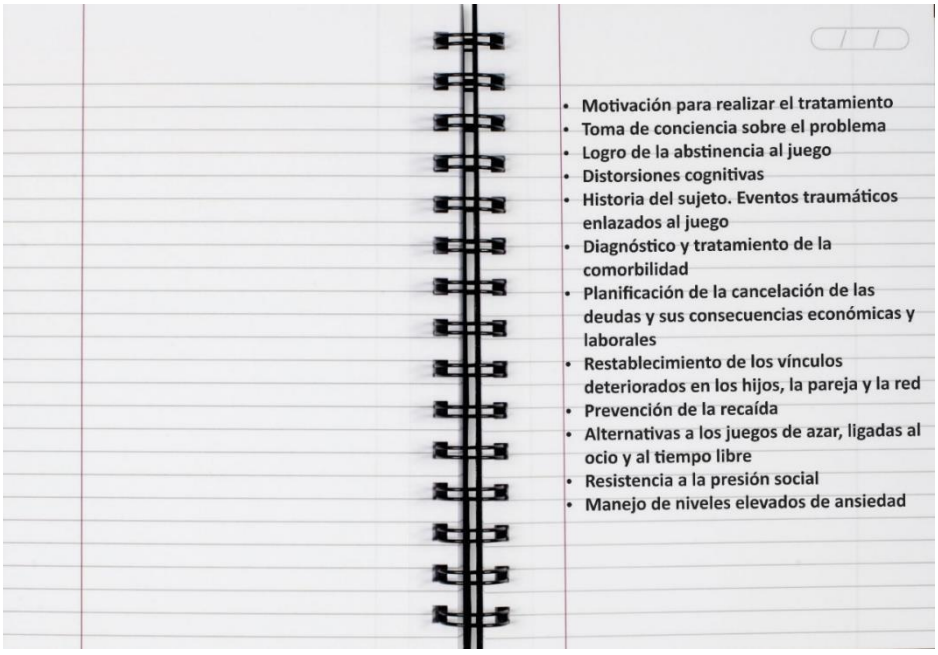
- El diagnóstico por psiquiatra y/o psicólogo se realiza a través de entrevistas individuales y con los familiares, pueden ser libres o semiestructuradas, estandarizadas, cuestionarios auto y heteroregistrados, escalas, tests que evalúen el trastorno compulsivo-adictivo y/o los trastornos mentales y de personalidad (depresión, ideaciones suicidas, abuso de sustancias, etc.).

- Para el abordaje integral aplicamos el Modelo Salutogénico, investigando defensas, recursos, fortalezas y la Resiliencia personal y familiar (capacidad de afrontar las adversidades, neutralizarlas y salir enriquecido).

- Se trabaja la autoestima, el control de impulsos, la importancia del manejo de las emociones, estrategias de afrontamiento, herramientas para prevenir recaídas. La intervención se centra en el sujeto y en las personas familiares que colaboren utilizando Psicoeducación, Terapia Cognitivo Conductual, prescripción Psicofarmacológica y en los últimos años con muy buen resultado aplicamos la "Terapia Coaching Salud", centrada en Soluciones con herramientas del Coaching Psicológico y la Psicología Positiva (INAPBA,2015).

- El AT participa en el proceso acompañando y suministrando entrenamiento en la adquisición o activación de habilidades, entrenamiento en asertividad, solución de problemas, dificultades de la vida cotidiana y en talleres de prevención de recaídas.

Aspectos a trabajar psicoterapeuta y AT



Esquema XXIV: Adicción Alcohólica

El alcoholismo es producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Es una enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etílico, existiendo una dependencia física-psíquica del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo y suele ir elevando a lo largo del tiempo su grado de tolerancia al alcohol. El consumo de alcohol, agudo y crónico, produce un amplio abanico de alteraciones en el aparato digestivo, en el resto del organismo y provoca daños graves a nivel social (accidentes, violencia, homicidios, suicidio, etc.).

Existen tratamientos especializados llevados adelante por Equipos de Abordaje Múltiple, Unidades Específicas en Hospitales generales y psiquiátricos y por el Sistema de Comunidad Terapéutica. A medida que la sociedad concientiza la verdadera naturaleza del alcoholismo y disminuye su consideración como estigma social, los enfermos y sus familias lo ocultan menos, el diagnóstico no se retrasa tanto y el tratamiento resulta más rápido y eficaz.

En el transcurso de los años se ha experimentado una evolución desde los antiguos modelos morales (alcoholismo como una enfermedad progresiva y grave producida por una conducta viciosa), hasta los modernos modelos médicos integrales que consideran el Alcoholismo como una enfermedad que requiere tratamiento en Equipos Interdisciplinarios con Acompañantes Terapéuticos lo más precoz y que produce tasas de recuperación elevadas y esperanzadoras.

Modelo médico actual bio-psico-social-cultural

La dependencia alcohólica es una enfermedad crónica con tendencia a recidivar, existiendo factores genéticos, metabólicos, psicológicos y socioculturales que influyen en su desarrollo. El modelo asistencial se caracteriza por: Trabajo en equipo multidisciplinario, que Incluye Médico, Psicólogo, Acompañante Terapéutico, Enfermero y Trabajador Social.

El abordaje terapéutico debe tomar en consideración no sólo al individuo, sino también a la familia y a su entorno socio-académico-laboral.

Etapas del proceso

- 1º - Interrupción de las conductas auto-destructivas y disminución de los riesgos asociados por un lado, al tiempo que se intenta establecer una relación de colaboración con el paciente que permita ganarse su confianza y en definitiva, convertirse en protagonista de su propio cambio.
- 2º - Progresiva adquisición de consciencia de enfermedad, la remisión estable de la patología orgánica, psíquica y socio-familiar existentes, así como el fortalecimiento de la autoeficacia y de la motivación.
- 3º - Consolidación de la conciencia de enfermedad y motivación-acción para el cambio y por un lado se debe facilitar la progresiva autonomía del equipo terapéutico, mediante la potenciación del uso los propios recursos del paciente y el establecimiento consensuado de un plan de intervención rápida en caso de recaída.

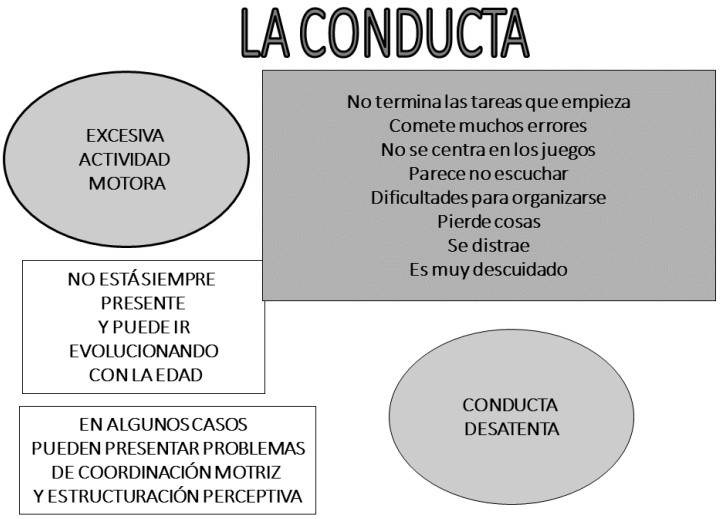
El tratamiento de la dependencia alcohólica comporta la organización de una estrategia terapéutica de equipo, individualizada para cada paciente, que combine los tratamientos farmacológicos, psicológicos y de AT más apropiados para cada caso, en función de sus características personales y socio-familiares.

- **Labor de acompañamiento con todas las funciones básicas**
- **Co-responsabilidad en el proceso terapéutico (paciente-AT)**
- **Ayudar a hacer un buen uso de las propias capacidades y fortalezas**
- **Que acepte y cumpla el encuadre determinado**
- **Participe activamente en el proceso de rehabilitación**
- **Responsabilizarse por la medicación y el cumplimiento de las terapias**
- **Utilización de técnicas motivacionales, que provocan la confrontación interna.**

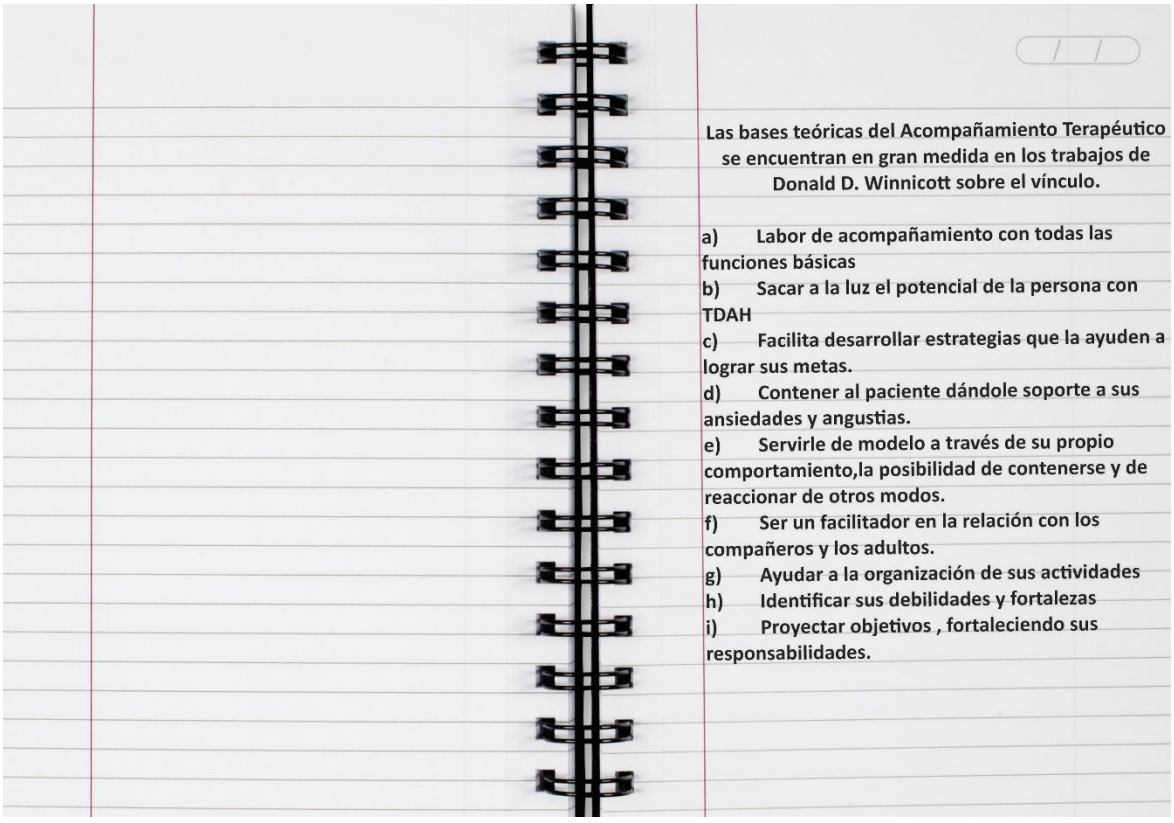
Esquema XXV AT: en el TDAH

El trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) es una disfunción de origen neurobiológico, con una disfuncionalidad en los sistemas que regulan el nivel de movimiento, la impulsividad y la atención. Estos niños tienen menos capacidad para atender y se mueven más de lo que se esperaría para su edad. Si bien el TDAH es un problema neurológico de naturaleza química, casi siempre heredado, la medicación, siendo muy efectiva, no soluciona todos los problemas y se requiere habitualmente, en cuadros consolidados, la Terapia de un profesional y el accionar con un AT en las actividades cotidianas y en la Orientación Parental.

Clínica del Trastorno de Deficit Atencional con Hiperactividad (HDAH)



Rol del AT en TDAH



Las bases teóricas del Acompañamiento Terapéutico se encuentran en gran medida en los trabajos de Donald D. Winnicott sobre el vínculo.

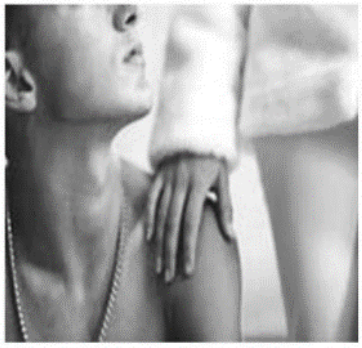
a) Labor de acompañamiento con todas las funciones básicas
b) Sacar a la luz el potencial de la persona con TDAH
c) Facilita desarrollar estrategias que la ayuden a lograr sus metas.
d) Contener al paciente dándole soporte a sus ansiedades y angustias.
e) Servirle de modelo a través de su propio comportamiento,la posibilidad de contenerse y de reaccionar de otros modos.
f) Ser un facilitador en la relación con los compañeros y los adultos.
g) Ayudar a la organización de sus actividades
h) Identificar sus debilidades y fortalezas
i) Proyectar objetivos , fortaleciendo sus responsabilidades.

Esquema XXVI: Intervención en Afasia

La Afasia es la pérdida de la comunicación ocasionada por una lesión cerebral, acompañada frecuentemente por trastornos cognitivos, físicos y emocionales, causada la mayoría de las veces por accidentes cerebro vasculares (tercera causa de muerte en el mundo). Se calcula que en Argentina hay entre 3.000 y 5.000 nuevos casos por año y que existe una población estable de 120.000 afásicos. La Afasia es una patología poco acreditada, no solamente a nivel de la sociedad, sino también en el ambiente profesional médico y paramédico. El rol del AT, reconocido ampliamente en las patologías psiquiátricas y otras discapacidades, va incorporándose progresivamente en la patología afasiológica. Silvia Rubio-Bruno, Presidenta de la Fundación Argentina de Afasia, revela que el trabajo terapéutico resulta incompleto sin el aporte del AT en la estrategia integral.

EL AT EN AFASIA

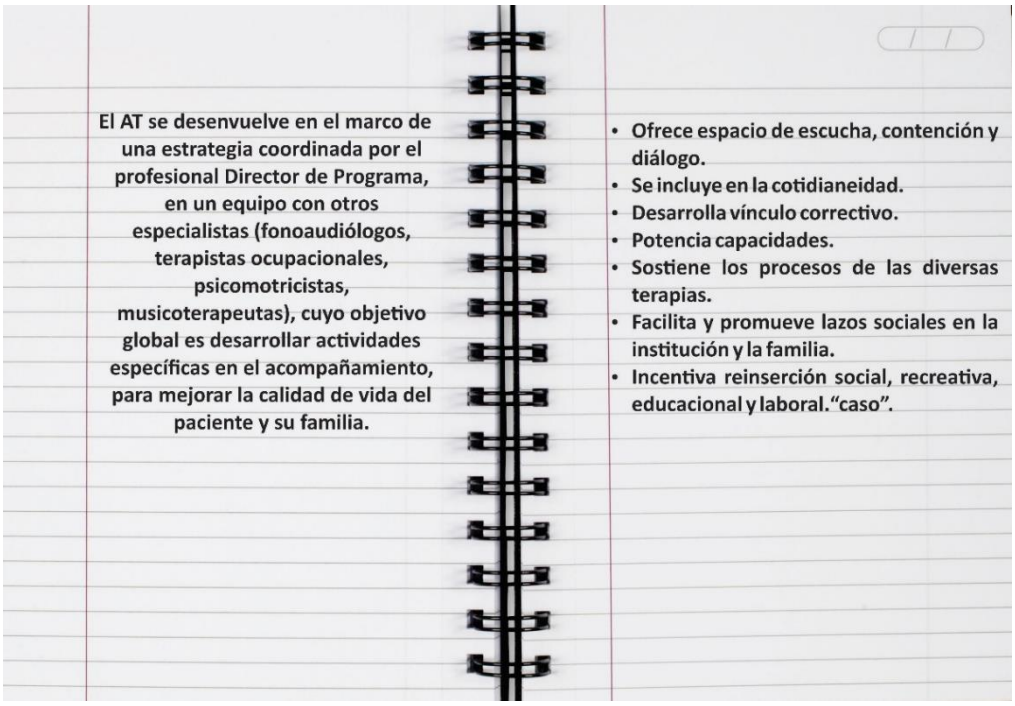
- Estimulación neurocognitiva.
- Neurolingüistica.
- Actividad física.
- Expresión corporal.
- Plástica. Teatro.
- Musicoterapia.Yoga.
- Tango terapia. Coro.
- Cocina saludable.
- Recreación. Fotografía.
- Talleres laborales.



Acompañamiento en Afasia

- Los As Ts deben **incorporar en su repertorio conocimientos y habilidades referidos a la afasia, para aplicarlos a nivel hospitalario, institucional, domiciliario o recreativo,** trabajando en equipos interdisciplinarios, en el desarrollo de un Programa de tratamiento planificado, adecuado a la cotidianeidad de la vida del sujeto afásico y de su contexto familiar.
- Es necesario **concientizar a nivel médico y paramédico la tarea del AT** en el campo de las afasias, la eficacia en rehabilitación/resocialización y su rol en intervención a futuro en integración a la sociedad.
- Interesa en la formación del AT el **conocimiento apropiado de esta patología y del sentir del paciente** y a partir de esa percepción en el vínculo qué y cómo aportarán para el tratamiento.
- Es necesario que el AT y todos los profesionales del equipo, cualquiera sea su especialidad, se **interioricen históricamente como fue el paciente antes de la afasia**, **tratar de experimentar el estado afásico, vivenciar sus sentimientos y poder comprenderlos en profundidad**. Es la única manera de poder percibir el universo de la persona que ha perdido la posibilidad de comunicarse en un mundo de hablantes.
- **La soledad y el aislamiento que se encuentran los pacientes que padecen Afasia es preocupante y muy angustiante.**

Rol y Funciones del AT



Esquema XXVII: Depresión y acompañamiento terapéutico

La depresión es una enfermedad muy frecuente, que causa distintas tergiversaciones en los estados de ánimos habituales de la persona. Puede convertirse en un problema grave y alterar las actividades laborales, sociales, escolares y familiares. El AT que está junto al paciente día a día en su entorno habitual, es un nexo fundamental con el equipo interdisciplinario tratante y de su intervención dependen ciertas variantes de la planificación terapéutica. La familia debe apoyar al paciente y es el principio clave del proceso terapéutico. El AT no sólo debe trabajar con la persona, sino también con la familia para ofrecerle contención y pautas psicoeducativas, que ayuden a mejorar las relaciones cotidianas.

Los criterios del DSM-V

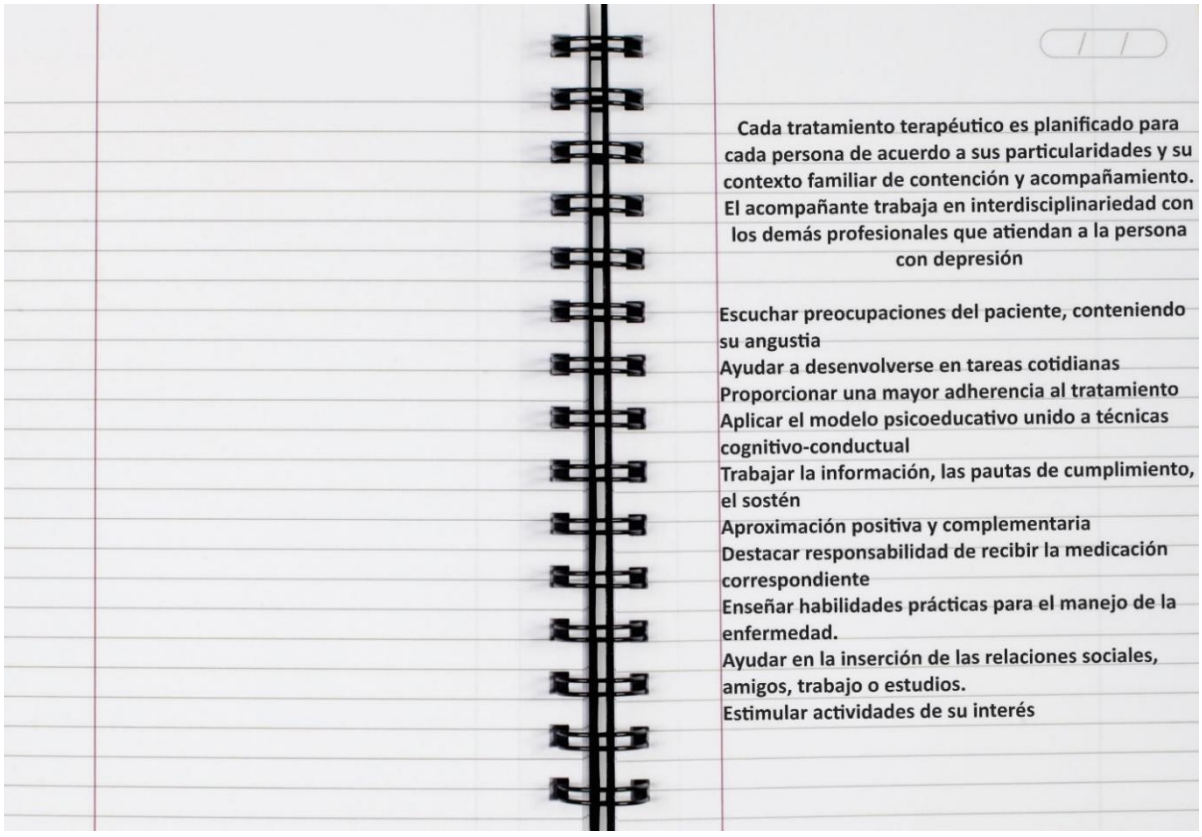
Para el diagnóstico de Trastorno depresivo es necesaria la presencia por lo menos de cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

1. Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
2. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
3. Disminución o aumento del peso o del apetito.
4. Insomnio o hipersomnio (dificultades para descansar).
5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
6. Astenia (sensación de debilidad física).
7. Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
8. Disminución de la capacidad intelectual.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

El DSM Clasifica la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, enumerando los siguientes:

- Trastornos depresivos (con episodios maníacos-depresivos).
- Trastorno depresivo mayor, episodio único.
- Trastorno depresivo mayor, recidivante.
- Trastorno distímico y Trastorno depresivo no especificado.

Rol del AT en depresión



Esquema XXVIII: Geriatría y cuidados paliativos

El AT podrá desempeñarse como integrante del equipo interdisciplinario de Geriatría (psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, asistencia social) desarrollando su labor tanto en el domicilio de pacientes, como en instituciones públicas o privadas (hospitales, clínicas, residencias, hogares, geriátricos e institutos de rehabilitación). Actualmente se elaboran Programas Asistenciales incluyendo el rol del AT en los Cuidados Paliativos Emocionales de enfermedades terminales, ampliando el espectro del acompañamiento a estas personas afectadas por padecimientos crónicos, avanzados y progresivos.

El ciclo vital dinámico

- En el ciclo vital de los individuos, el período de madurez y sobre todo la vejez, constituye eventos cada vez más amplios y complejos, desde el punto de vista médico, social y psicológico. **Al expandirse el concepto de cambio evolutivo a todo el ciclo vital, la ancianidad ha dejado de ser contemplada como una simple etapa homogénea, marcada por el declive final.** Sabemos, desde el punto de vista del desarrollo, que los procesos de cambio no siguen necesariamente patrones fijos y predeterminados, pueden diferir y combinarse en cada periodo del ciclo.
- El emergente subjetivo más característico de la persona mayor es la progresiva confrontación entre experiencia acumulada y deterioro de las capacidades orgánicas. **La aceptación manifiesta de la finitud, suele coexistir con negaciones encubiertas e incapacidad para pensarse en términos de proyecto/deseo, sea por renuncia o por imposición e inducen a un retiro resignado y silencioso**, según avanza en años, profundizando el declive físico, en paralelo a su aislamiento social y psicológico.
- Sostenemos que **la capacidad de "vivir" no tiene límite de edad y para alcanzar la longevidad es necesario, no sólo tener salud y bienestar material, sino también propósitos (microproyectos) de vida**. A partir de la extensa experiencia en abordaje de los trastornos en la edad tardía, bajo un enfoque dinámico e integrador de lo biopsicosocial, cognitivo y afectivo, proponemos, en caso de necesidad la actuación de equipos de Tratamiento Integral con la inclusión de Acompañantes Terapéuticos.

La Psicoterapia en la edad tardía

La psicoterapia del anciano implica un ámbito eminentemente clínico dentro de la psicología del envejecimiento y de los cuidados psicológicos en la vejez y según Adduci (2004), podemos clasificar a los ancianos con problemáticas a tratar (según dimensiones de actividad, adaptación y dependencia) en:

- Apáticos (deprimidos), activos o hiperactivos (maníacos).
- Sometidos (hiperadaptados), razonablemente integrados o querulantes (reivindicadores).
- Sobredependientes, autónomos o refractarios.

En los polos de estas caracterizaciones, suelen encontrarse los que necesitarían en un momento dado la intervención de un profesional o de un equipo de Geronto Psiquiatría y de los As Ts La sensibilidad emocional y el aprecio y contención del entorno, es un elemento clave para incorporar a la familia. Hay grupos familiares poco continentes en este ciclo, que se desinteresan de la calidad de vida (familiares muy medicados) y en frecuentes ocasiones se activan situaciones de violencia y agresividad.

El AT en Geriatría

- La función del acompañante terapéutico puede definirse a partir de la estrategia que construye el Director de equipo de tratamiento o el Geronto-psiquiatra y en las particularidades de cada caso, siendo un **recurso terapéutico eficaz para la asistencia ambulatoria de pacientes, que atraviesan una situación crítica o padecen los efectos de cuadros clínic**os que implican un deterioro crónico del paciente.
- El AT sostendrá al sujeto en sus actividades diarias. Su función no puede estereotiparse o limitarse, se irá confeccionando con creatividad y armando en la situación vincular, con la **posibilidad de diseñar una táctica propia que permita alternativas de desarrollo a su paciente y que se enriquecerá en la práctica,** a partir de las reuniones entre los Acompañantes Terapéuticos actuantes, la orientación del médico interviniente y las supervisiones.
- El acompañamiento **se desempeña en el entorno habitual familiar y social del sujet**o: desde el domicilio a la calle, así como también en bares, cines, clubes, parques, centros comerciales, etc. Para determinados casos es adecuado montar un dispositivo clínico en el propio domicilio en lugar de retirar al anciano de sus cosas y afectos de toda la vida.

Los objetivos del acompañamiento

- ✓ Tener una escucha atenta y un reconocimiento de su "ser" persona.
- ✓ Construcción de un espacio de diálogo sobre aquellas cosas de malestar.
- ✓ Mejorar la calidad de vida, cuidando hábitos higiénicos, dietéticos, de actividad física.
- ✓ Sostener y activar los lazos familiares y sociales.
- ✓ Acompañar en las tareas que presentan más dificultades.
- ✓ Funcionar como su ayuda memoria ante sus olvidos.
- ✓ Poder escuchar cuando el paciente insiste en hacerse oír.
- ✓ Crear un espacio para recordar dificultades y opinar de las actividades sugeridas.
- ✓ Estimular su interés por otras acciones externas: taller de memoria, de pintura, de música o canto, fortalecimiento de memoria, etc.

Cuidados Paliativos

- *"Cuidados Paliativos es una estrategia que permite aumentar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, asistiendo las enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de una temprana e impecable valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales"(* OMS, 2002).

- Los Cuidados Paliativos se brindan a través de un equipo multidisciplinario de salud, a personas con padecimientos graves y a sus grupos familiares. No es para enfermos oncológicos solamente, puede tratarse de cualquier tipo de enfermedad, cuyas posibilidades de cura se hayan agotado, luego del intento científico y racional aplicado por los médicos asistenciales. Estas enfermedades, tal cual lo especifica la Organización Mundial de la Salud, son amenazantes de la vida y la mayoría de ellas terminales.

¿**Cuáles son los principales problemas que acarrea esta situación?**

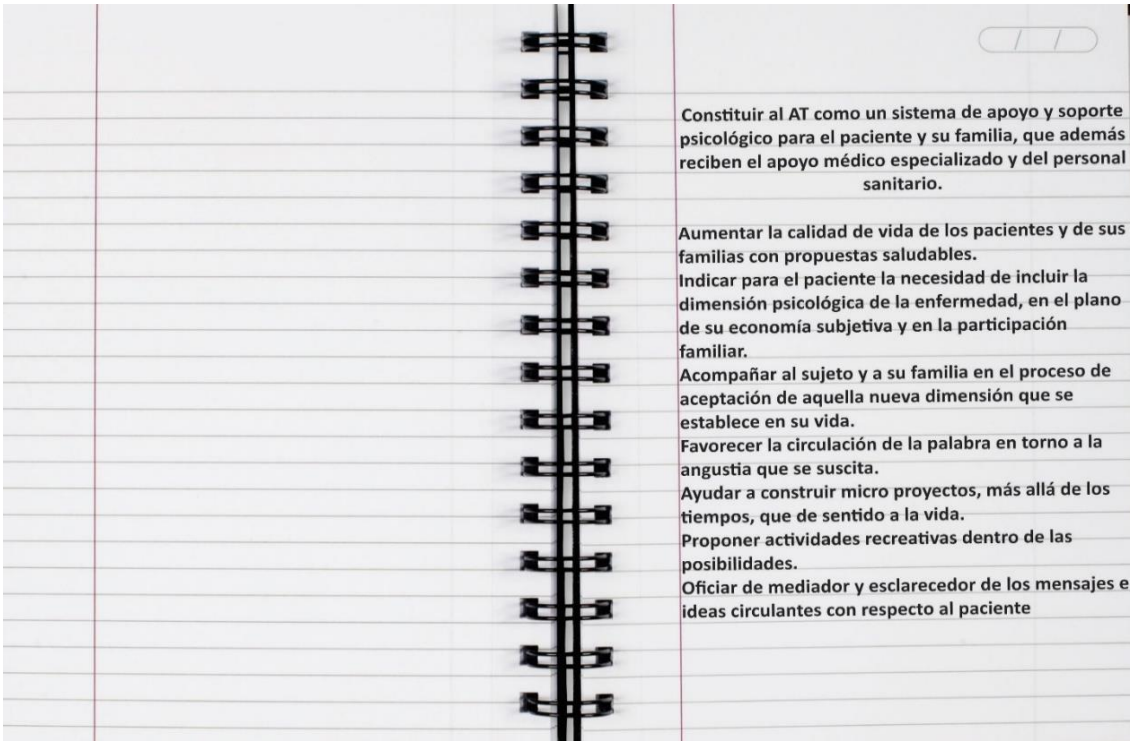
- Enfermos polisintomáticos y altamente demandantes de cuidados y asistencia profesional.

- Grupos familiares con sufrimiento psicológico y espiritual, que tratan de cuidar y acompañar a su ser querido, con apoyo y las mejores intenciones y afectos.
- Dificultades para integrar un equipo de cuidados paliativos competente, capaz de ejecutar programas adecuados, con recurso humano entrenado y con profunda vocación humana.

El sistema sanitario argentino no contempla el rol de los llamados Cuidadores Principales, que pueden ser o no familiares, cuya tarea es sumamente agobiante y al no tener un apoyo concreto, rápidamente se agotan y hacen un Síndrome de Burnout(agotamiento) difícil de controlar.

El Sistema Sanitario actual es renuente a brindar estos procedimientos especiales y por ende a habilitar a los Acompañantes Terapéuticos para formar parte de los equipos asistenciales integrales en el tema. Médico, enfermera, psicóloga y trabajadora social, son por lo mínimo, los integrantes de un equipo de Cuidados Paliativos. En casos justificados se suma a estos profesionales mencionados, la concurrencia de otros especialistas, inclusive voluntarios, religiosos y efectores de terapias complementarias.

Objetivos del AT en el Cuidado Paliativo



Constituir al AT como un sistema de apoyo y soporte psicológico para el paciente y su familia, que además reciben el apoyo médico especializado y del personal sanitario.

Aumentar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias con propuestas saludables.
Indicar para el paciente la necesidad de incluir la dimensión psicológica de la enfermedad, en el plano de su economía subjetiva y en la participación familiar.
Acompañar al sujeto y a su familia en el proceso de aceptación de aquella nueva dimensión que se establece en su vida.
Favorecer la circulación de la palabra en torno a la angustia que se suscita.
Ayudar a construir micro proyectos, más allá de los tiempos, que de sentido a la vida.
Proponer actividades recreativas dentro de las posibilidades.
Oficiar de mediador y esclarecedor de los mensajes e ideas circulantes con respecto al paciente

Esquema XXIX: Discapacidad

La palabra discapacidad comporta en sí mismo un estigma, externalizado en diferentes maneras de nombrarla, con ciertos eufemismos que intentan ocultar lo diferente: "capacidades especiales", "capacidades diferentes", "incapacitados". De esta manera se resalta la diferencia quedando ubicado el sujeto con una discapacidad en el lugar del déficit, en un lugar de objeto a ser "normalizado". El Acompañamiento Terapéutico es un accionar dentro de un equipo, que permite el abordaje terapéutico integral del paciente en el medio familiar, institucional, social o escolar, con el fin de complementar estrategias psico-educativas, amplificar y sostener los lazos socio-afectivos, evitar la cronificación, la estigmatización y la segregación social.

- Acompañar Terapéuticamente en Discapacidad implica establecer un sentido saludable en los diversos dispositivos asistenciales, buscando recursos y estrategias eficaces, que permitan la inclusión social de la persona.
- El objetivo principal es mejorar la calidad de vida, promoviendo el desarrollo personal y la igualdad de oportunidades, en personas que padecen alguna discapacidad física, sensorial, psíquica, intelectual o mental.
- Estudios sobre familias señalan la tendencia de sus miembros a silenciar sus ideas y sentimientos (reactivo a la angustia que provocan estas situaciones) para "proteger" al paciente y a sí mismos, produciendo de esta manera al empobrecimiento del contacto emocional tan necesario.
- Los profesionales de la salud al centrarse especialmente en los aspectos procedimentales y técnicos dejan, creemos como defensa, en segundo plano al "sujeto que sufre" y de esa manera disminuyen u obturan la capacidad del diálogo del paciente y la posibilidad de expresar sus sentimientos.

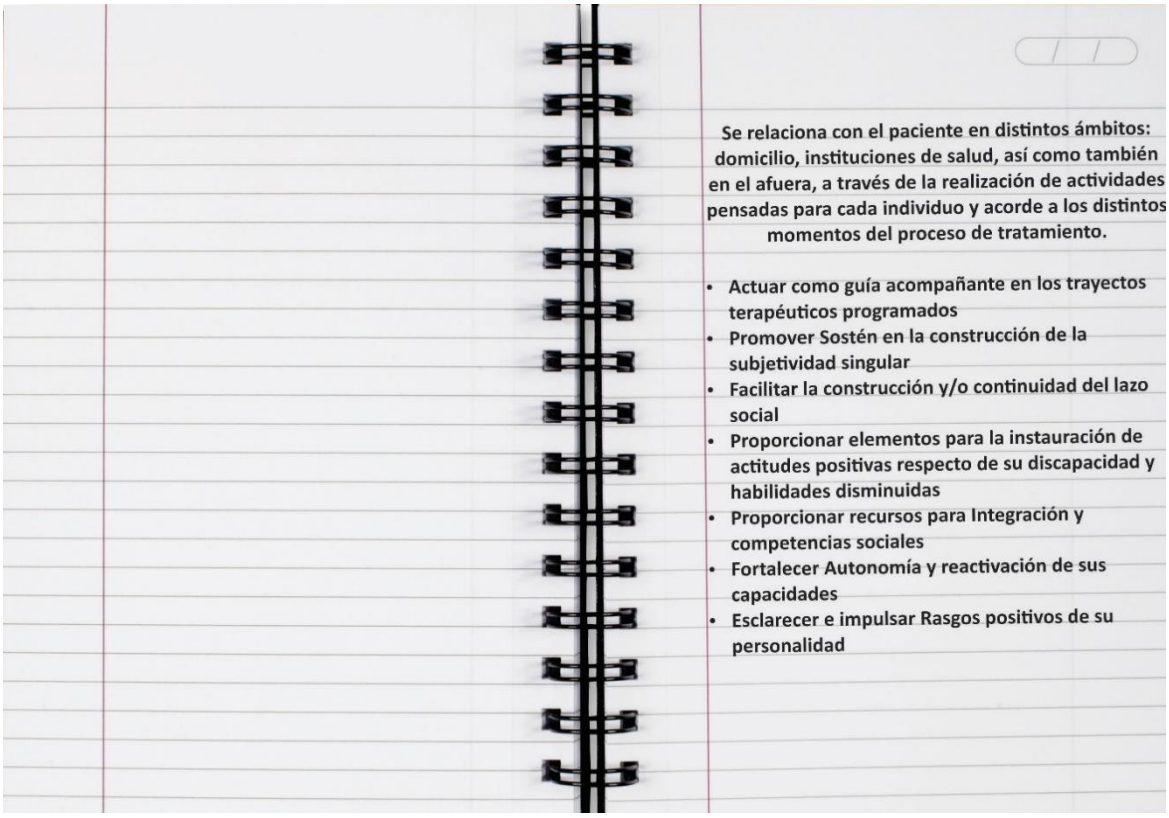
Ejemplo de un Programa de Discapacidad

El modelo IOMA de la Provincia de Buenos Aires es un muy buen referente de abordaje y está indicado para la atención de afiliados con patologías congénitas o adquiridas, que, por sus diagnósticos, quedan excluídas de los Programas habituales requiriendo la inclusión del AT, en un programa de asistencia permanente y personalizada, en institución especializada o en su domicilio, donde se intenta:

- Promover el desarrollo social y propiciar la emergencia de la subjetividad.
- Trabajar sobre los puntos de dificultad, sus miedos, su desesperanza.
- Acompañar y contener al paciente en la ansiedad y sus crisis.
- Hacer de Tutor de Resiliencia durante el proceso.
- Descubrir los recursos (capacidades) presentes en la persona.
- Orientar al familiar en el vínculo con el paciente.
- Modular reacciones frente a dificultades de la vida cotidiana.
- Alcanzar el objetivo de continuidad, sin aislar de su entorno socio - familiar.
- Evitar el recurso extremo de la internación y prevenir reinternaciones.
- Sostener la continuidad de tratamientos ambulatorios o domiciliarios.
- Entrenar a los familiares para la colaboración efectiva en lo cotidiano.

Este tipo de programas están destinados a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, autismo, cuadros con multidiscapacidad. También para adultos y personas mayores con diagnóstico de psicosis, patologías neurológicas y psiquiátricas.

Función del AT en Discapacidad



Esquema XXX: Tutor de resiliencia

Se define Resiliencia como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva a un contexto de gran adversidad" (Luthar y otros, 2000). El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Intentamos aplicar los conceptos de resiliencia a los equipos interdisciplinarios, a los As Ts y a las organizaciones e instituciones de salud mental, que en algún momento tendrán que enfrentar adversidades y factores de riesgo en el transcurso de los tratamientos. Con el interés en la aplicación de herramientas de la Psicología Positiva, que enriquecen a la resiliencia en el afrontamiento de las situaciones críticas, el AT debe formarse desarrollando habilidades específicas, para utilizarlas cotidianamente en su tarea, frente a las demandas de resolución de los pacientes. Consideramos que ayudar y acompañar en el desarrollo y activación de la resiliencia del paciente, permite conceptualizar al AT como "Tutor de Resiliencia ".

Consideraciones sobre resiliencia

- El término Resiliencia fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993).
- "La resiliencia plantea la salud como la capacidad para resolver problemas o hallar maneras constructivas de vivir con problemas irresolubles"(Stefan Vanistendael, 1996).
- Los As Ts formados académicamente para ejercer su función, tienen la alternativa de actualizar su resiliencia (propios medios de afrontamiento), con el modelo basado en las potencialidades y los recursos que disponen o que pueden desarrollar, que les permitirá interactuar asertivamente en el afrontamiento de conflictos en su tarea cotidiana.
- Estas características individuales de resiliencia en el AT se transfieren al equipo de trabajo y a la comunidad terapéutica o institución, de tal manera que la promoción de calidad de vida profesional es una labor colectiva y multidisciplinaria (Resiliencia Colectiva).
- Algunas habilidades de desenvolvimiento en el rol de AT y para la convivencia en el equipo incluyen: la cooperación, resolución positiva de conflictos, asertividad en el planteamiento de problemas, toma de decisiones, manejo del estrés y promoción de ambientes saludables.
- Desarrollar expectativas elevadas pero realistas, implica apostar al potencial de los equipos y de la activación de resiliencia del propio paciente.

¿QUÉ SIGNIFICA "TUTOR DE RESILIENCIA"?

Boris Cyrulnik define como *alguien que puede ser una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte, todo aquello que pueda provocar un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma*. Es decir que a través de ese otro significativo, podrá ponerse en marcha el proceso de construcción de resiliencia.

Esta definición tiene similitud con el trabajo del A T, ya que también se ofrece como sostén real y metafórico, sensible y resistente al mismo tiempo.

Factores resilientes en el AT

Inteligencia

Autoestima adecuada

Capacidad académica

Autonomía

Sentido común

Sentido del humor

Autocontrol

Habilidades para la vida

Afrontamiento-resolución problemas

Ser creativo e ingenioso

Acudir para el apoyo de los otros

Pensar en forma crítica y reflexiva

Guía operativa de la resiliencia para el AT

- Establecimiento de reglas claras y realistas.
- Modelo adecuado a transmitir.
- Definición de expectativas realistas.
- Fortalecimiento del autocontrol.
- Fortalecimiento de la competencia social.
- Un ambiente de competencia saludable en los ámbitos escolar, deportivo, social.
- Fortalecimiento de la autoestima.
- Apoyo para el desarrollo de un pensamiento positivo.
- Apoyo para la toma de decisiones y enfrentamiento de problemas
- Apoyo para el desarrollo de habilidades y la formulación de metas.

Esquema XXXI: Autorevelación del AT

Hablamos de Autorevelación en el proceso de acompañamiento para referirnos a cualquier verbalización o conducta que revele información personal del AT al paciente. No siempre son el resultado de una decisión pensante y activa, que puede ser de beneficio al acompañado, muchas veces pueden impactar negativamente en el vínculo, generando situaciones de malentendidos, confusiones, obstáculos e interferencias. Para evitar iatrogenias en el tratamiento es muy importante la Supervisión del AT.

Consideraciones generales

- La revelación personal o de información relacionada a reacciones, respuestas o emociones hacia el paciente, que surgen por parte del AT durante su acompañamiento, tiene que estar minuciosamente medida en la alianza terapéutica, porque puede resultar favorable, perjudicial o en ocasiones iatrogénica.
- Hemos trabajado en supervisiones muchas situaciones donde el AT pierde cierta objetividad en su accionar y comparte con el paciente cuestiones emocionales personales, convencido que son beneficiosas al proceso. En este tipo de situaciones tratamos de ayudarle al AT en lo referido a la regulación emocional y a la distancia operativa.
- El interés por el tema de la Autorrevelación en el ámbito de la investigación en acompañamiento está en plena discusión, existiendo diferencias de opiniones y perspectivas contradictorias sobre la autorrevelación, considerando fundamentalmente los dilemas éticos en juego.
- La corriente Humanista la ve como primordial dentro del proceso terapéutico, porque ayuda a la alianza terapéutica. La escuela Cognitivo-Conductual la plantea como una herramienta que puede mejorar las técnicas terapéuticas (reforzamiento, moldeamiento) que son centrales en esta orientación.
- El enfoque Psicoanalítico plantea las interferencias que necesariamente van a ocurrir en relación con la transferencia y la contratransferencia del tratamiento.
- En muchas ocasiones, la familia deposita en el AT roles que no le son propios e inconscientemente le asigna un lugar de "cuidador", terapeuta "salvador", hacer las veces de "esposo sustituto", "padre suplente" o "madre sobreprotectora".

Hay que estar alerta ante las posibles proyecciones de los conflictos individuales y grupales de la familia, que pueden acontecer sobre la persona del AT y sobre la Institución interviniente y plantear las vicisitudes que se generen al respecto en las reuniones de equipo o las sesiones de Supervisión.

Tipo de autorevelaciones

a) **Inevitables:** ocurren cuando ciertos eventos de la vida del terapeuta afectan el ambiente de la terapia (un embarazo, un accidente, una enfermedad).

b) **Accidentales:** también llamadas "inadvertidas", se refieren mayormente al lenguaje corporal o al tono de voz, a la vestimenta, al perfume que usa y a otros factores, lo cual aporta al paciente información sobre el AT y que en principio no sabemos cómo la procesará.

c) **Deliberadas:** incluye información revelada de manera intencional con un fin determinado, que utilizada con buen criterio podría resultar beneficiosa al tratamiento.

Beneficios de las AR

La AR debe ser pensada, siempre, en beneficio del paciente y del tratamiento, en oposición a surgir de las necesidades del AT como persona, residiendo, en este último caso, el mayor peligro de estas intervenciones.

Beneficios de la Autorevelacion:

Comunicar su "humanidad" para fortalecer la alianza de trabajo.

- ***Modelar conductas, respuestas, modos de funcionar del paciente.***
- ***Validar la realidad o normalizar las experiencias del paciente.***
- ***Ofrecer modos de pensar y actuar alternativos*, es decir, claramente orientadas al cambio.**
- ***Proveer feedback* sobre el impacto interpersonal del comportamiento del paciente.**
- ***Aumentar la motivación* y las expectativas positivas del paciente..**

Esquema XXXII: La supervisión

Es necesario la supervisión del acompañamiento terapéutico por la alta intensidad en juego del vínculo del AT con el paciente y la familia y el hecho que se haya desprovisto de "protección psíquica" en el campo de acción, al introducirse "in vivo", intensamente, en la vida del acompañado. Bajo esta modalidad de actuación es condición indispensable el soporte simbólico que constituye la supervisión, al analizar las ansiedades y angustias que despierta la tarea al trabajar el campo subjetivo del deseo y las reacciones emocionales del paciente. "La supervisión es un espacio de revisión de los puntos ciegos del acompañante terapéutico, de sus resistencias inconscientes, de sus ideologías, de su ética, es un lugar de cotejo y reformulación de las teorías en relación a la clínica" (Kuras de Mauer y Reznisky, 2003).

Consideraciones de la Supervisión

Los términos "supervisión", "supervisión institucional" y "control" en el campo de la psicología están ampliamente difundidos y adquieren sentido para el AT (agente de salud del equipo) que puede demandar a otro especialista, con mayor entrenamiento y práctica, la ayuda necesaria, para mejorar las condiciones y la efectividad de la tarea (Valentín Baremblit, 2006).

La supervisión clínica aggiornada en base a lo dicho anteriormente, apunta a una situación bipersonal o a veces grupal en equipos institucionales, que facilitará una mejoría del aprovechamiento de la experiencia del demandante.

- El diseño de la modalidad y marco de esta intervención individual o grupal depende de las características de la institución, del equipo tratante o de los As Ts que demanden la supervisión.

Preguntas claves

Hay preguntas que son prioritarias para el ejercicio de la supervisión:

¿Para qué y quiénes demandan la supervisión?

¿Cuándo se solicita? ¿Normalmente o ante crisis?

¿Por qué se supervisa esa situación o ese caso clínico particular?

¿Es cuestión institucional, propia del equipo o personal del AT?

Consideraciones generales

En el AT como en cualquier trabajador socio-sanitario, se despertarán diferentes afectos y reacciones propias de sus prejuicios, valores e ideologías, cuando acompaña a un paciente que vive en peculiares condiciones

(desorden, abandono, desamparo, situaciones de locura, violencia y exclusión). Por estas variables circunstancias en el recorrido del AT se enfatiza el trabajar permanentemente sobre la Ética de su función.

- Desde la escuela Psicoanalítica la transferencia es un fenómeno que se da en la relación terapéutica donde el paciente traslada sentimientos, conductas y pensamientos (de intensos contenidos afectivos) al Terapeuta, que, de acuerdo a su análisis, dispondrá eventualmente de una interpretación psicológica de respuesta (transferencia en relación con la cura).

- En situaciones de acompañamiento estas "depositaciones" del paciente están dirigidas al AT, no posicionado como Terapeuta, que las registrará sin hacer uso de interpretaciones, para mejorar el vínculo de empatía, el sostenimiento del tratamiento y para el intercambio correspondiente con el equipo.

- La llamada contratrasferencia del AT, devenida de la transferencia del paciente en la situación de acompañamiento, tiene que ver con aquellos sentimientos o conductas que el AT puede depositar en el paciente, como reacción a las conductas o sentimientos inconscientes de éste.

- El AT debe estar atento, ayudado por sus compañeros, su Director de equipo o por la Supervisión, para no cometer "actuaciones" producto de la no elaboración de lo transferido por el paciente.

- Insistimos acerca que el AT no debe realizar interpretaciones transferenciales ni actuar la contratransferencia al respecto (corresponde esa función al Psicoterapeuta).

- Deberá explicitar y analizar abiertamente y sin tapujos en la Supervisión (conocer, manejar y controlar reacciones emocionales), la percepción emocional registrada y comprender que este fenómeno es debido a la "provocación inconsciente" del paciente.

Hay que tener en claro que el acompañamiento no es el tratamiento, es parte de un equipo con una estrategia multidisciplinaria, que dirige el médico, psiquiatra o psicólogo. Las actividades que surjan en el acompañamiento son complementarias. Es habitual que algunas familias consideren el acompañamiento como el tratamiento mismo y en ocasiones los AT, que realizan servicios de acompañamiento, también pueden entrar en esa confusión.

Función de la supervisión

- El supervisor, terapeuta entrenado y de experiencia en el tema, deberá abordar varios temas pertinentes, analizar y canalizar adecuadamente los fenómenos de contratransferencia del AT.
- Considerar como influye el deseo inconsciente vinculado a su función.
- Tener en cuenta los obstáculos que pueden emerger en la implementación de un acompañamiento.
- Evaluar riesgo o posibilidad de confusión del rol.
- Analizar conductas de actuación por parte del paciente y también del AT.
- Valorar los momentos de Autorrevelación del AT, su beneficio o su distorsión para el paciente y su tratamiento.
- Situaciones que operen en sentido opuesto a la cura, transformándose en una experiencia de goce para el paciente.

Esquema XXXIII: Burnout y Engagement

El síndrome de burnout («estar quemado») ha sido definido como un cansancio físico-emocional que conduce a la pérdida de motivación y que puede evolucionar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso en la actividad. *El concepto de burnout, en las profesiones de ayuda, servicio social y ámbitos de la salud, se convirtió en los últimos años, en centro de atención de organizaciones y de equipos de todo el mundo generando actividades y programas de prevención para evitar llegar a estos trastornos.* ***Podemos definir al engagement, en un entorno organizacional, de equipo o institucional, como un fenómeno de compromiso y entusiasmo por la tarea, en el ámbito de las relaciones laborales y la cultura organizacional, que neutralizaría el fenómeno del Burnout.*** *Estos avances en la necesidad de protección de los agentes de salud nos comprometen a "cuidar" el lugar de trabajo (potencial ambiente de riesgo) y "cuidar al cuidador". Los As Ts por las características de su rol, están muy expuestos a riesgos personales relacionados con la enfermedad que trata, la institución que pertenece, el equipo que integra y el contexto socio-político-cultural adyacente.*

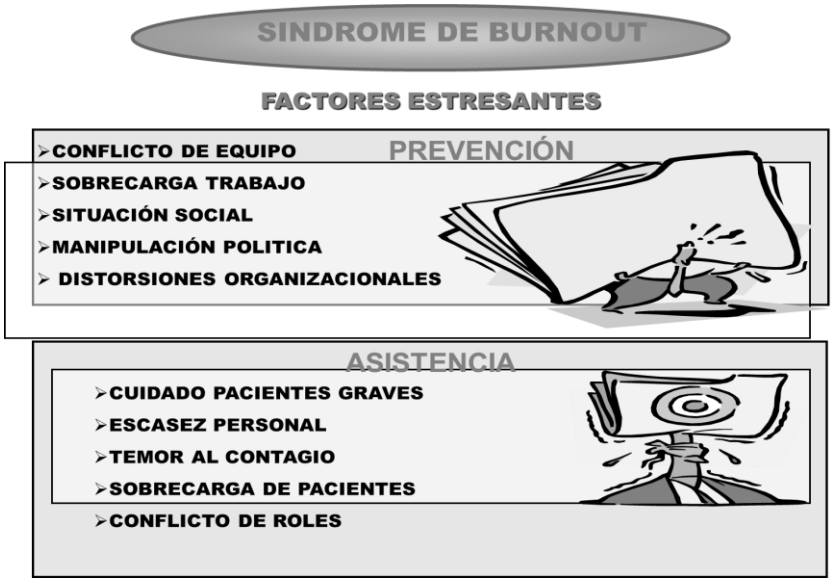
Consideraciones del Burnout

Se manifiesta por tres áreas sintomáticas:

- **El agotamiento emocional**: se refiere a la falta de recursos emocionales de posible aportación en el conflicto generado. Implica una sensación de haber agotado los propios recursos psicológicos, a causa de un exceso de trabajo y de conflictos personales. Se carece de energía para enfrentar el día o responder a las necesidades de los otros. Este componente representa la faceta del estrés básico.

- **La despersonalización**: es el desarrollo de actitudes negativas y se refiere a una respuesta insensible y distante hacia el otro, incluyendo con frecuencia pérdida del idealismo a su misión, pudiendo llegar al vínculo deshumanizado. Estas características representan la faceta interpersonal

- **El problema del logro personal**: consiste en la percepción de una considerable reducción de las expectativas individuales, derivada de una autoevaluación negativa, con sentimiento de fracaso y baja autoestima y se caracteriza por la indiferencia y la falta de interés por sus actividades profesionales o laborales. Puede estar agravado por una falta de apoyo social y este componente representa la percepción personal (autoevaluación) del Burnout.



El burnout en los As Ts

Síndrome resultante de un prolongado estrés laboral que puede afectar a los As Ts y a los integrantes de un equipo de asistencia en salud mental y/o adicciones, cuya tarea fundamental implica una relación intensa con el paciente, su familia y el microcontexto, donde la ayuda, el acompañamiento y el apoyo ante los problemas del paciente, son el eje central del trabajo, pudiendo generar síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y/o desmoralización con la profesión, acompañándose de trastornos físicos, conductuales y problemas de relación interpersonal.

Los síntomas del Burnout

- **Fisiológicos:** agotamiento físico, fatiga, resfríos a repetición, alteraciones del apetito, contracturas musculares dolorosas, cefaleas, hipertensión arterial, disfunciones sexuales, insomnio, trastornos gastrointestinales, dislipemias, hiperglucemia, arritmias cardíacas, etc.
- **Psicológicos:** Irritabilidad, ansiedad, rasgos depresivos, labilidad emocional, tristeza y desesperanza, actitudes rígidas e inflexibles, sentimientos de frustración laboral y despersonalización.
- **Conductuales**: Expresiones de hostilidad, conductas impulsivas, incapacidad de concentrarse en el trabajo, contacto mínimo con los pacientes, aumento de las relaciones conflictivas, llegadas tardes y salidas anticipadas, aumento del ausentismo, actitud cínica y aumento del consumo del café, alcohol, cigarrillos, psicofármacos y drogas.

Afrontar el burnout implica crear estrategias preventivas, que sirvan para modificar la relación de los equipos entre sí, mejorar la interacción de los integrantes, manejar operativamente las presiones del medio y las sobre exigencias de los programas asistenciales, las patologías en tratamiento, las autoexigencias profesionales laborales.

Consecuencias generales

- Abandono de trabajo
- Ausentismos
- Insatisfacción laboral
- Deterioro de calidad terapéutica

- Problemas de salud
- Abuso de sustancias
- Conflictos interpersonales
- Enfermedades psicosomáticas
- Cambio de profesión

Prevención en los Equipos

- Desde nuestro trabajo, en múltiples equipos de Prevención y Asistencia del Programa 10.000 Líderes en la Provincia de Bs As, investigamos aspectos de la salud mental y física de sus integrantes, que trabajaban intensivamente con patologías duales graves (adicciones más trastornos mentales o de personalidad), proponiendo actividades (encuentros, ateneos, grupos de "oxigenación", grupos Balint) y programas preventivos, que ofrecieran contención y alternativas saludables para afrontar las ansiedades, angustias y conflictos que depara la tarea, las crisis intraequipo y la interacción con las instituciones (Grupos de Intervención Institucional y Fortalecimiento grupos de apoyo social).

Enfoques de abordaje:

- Estrategias de Educación para la Salud.
- Información sobre el tema del burnout profesional.
- Organizar el tiempo libre y recreacional.
- Modificar hábitos nocivos para la salud Importancia del apoyo social.
- Talleres de capacitación preventiva vivencial – reflexivo.

Engagement

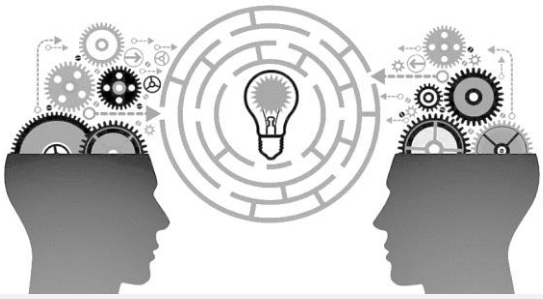
Podemos definir al engagement como el compromiso o implicación personal, en el ámbito de las relaciones laborales y la cultura organizacional, que se caracteriza por estas condiciones claves:

- **Vigor -** Se trata de la energía que utilizamos en nuestro trabajo diario y de los mecanismos resilientes que se ponen en marcha frente a las adversidades.
- **Dedicación -** El entusiasmo, la inspiración. El orgullo de pertenencia.
- **Absorción -** Hace referencia a cuando nos "sumergimos" en la tarea que estamos haciendo, estamos concentrados y desplegamos todo nuestro potencial para obtener los mejores resultados.

Estas particularidades se traducen en otros elementos más visibles e identificables en los equipos y las organizaciones, que de alguna manera se contraponen o estabilizan los factores del burnout:

- **Compromiso intelectual** - Pensar acerca del trabajo, capacitarse permanentemente y actitud para realizarlo mejor.
- **Compromiso afectivo** - Sentirse bien cuando se tratan aspectos acerca de cómo realizar el trabajo mejor y más creativo.

- **Compromiso social -** Aprovechar activamente las oportunidades para relacionarse e intercambiar con otros miembros del equipo (apoyo social) o en una institución sobre las mejoras relacionadas con el tratamiento.



Propuestas de prevención del Burnout

- Propiciar sistemáticamente actitudes de prevención en la tarea y búsqueda de entornos positivos en las instituciones y en los equipos de Salud Mental.
- Estimular actividades y programas preventivos para impedir o reducir el nivel de burnout.
- Mejorar los sistemas organizativos, los procesos de evaluación.
- Rediseñar la distribución y magnitud de las tareas.
- Permeabilizar los niveles de dirección y coordinación.
- Capacitar continuamente los equipos, asegurar la seguridad laboral y la administración operativa.
- Desarrollar soluciones creativas a las problemáticas y conflictos que genera el trabajo cotidiano
- Informar de los problemas básicos del estrés laboral y las estrategias para resolverlos (Talleres de prevención del "desgaste" por el tipo de tarea).
- Sostener el nivel de energía necesario para lograr relaciones armoniosas, de confianza, complementariedad, valorización y autonomía de decisiones que ayuden al AT.
- Reducir por los medios disponibles y la comunicación fluida los niveles de incertidumbre, instrucciones poco claras, informaciones escasas o distorsionadas, reajustes económicos.
- Alentar que el AT pueda percibir que es estimado, cuidado y valorado por los miembros de su entorno social laboral (Apoyo Social).
- Fortalecer la filosofía del "cuidado del cuidador", inspirado en las líneas de trabajo social-educativo-terapéutico promovida por la Organización Mundial de la Salud.

Esquema XXXIV: Prevención y AT

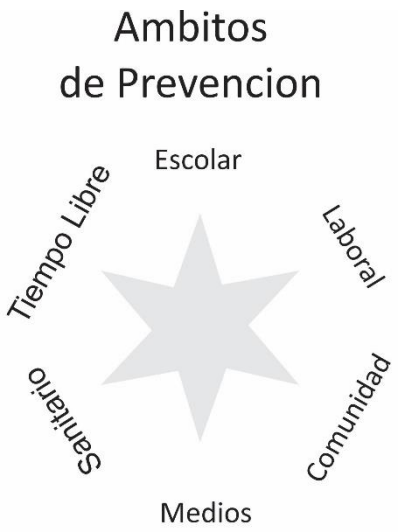
Los programas de prevención que tienen mayor probabilidad de ser exitosos son aquellos que están basados en un claro cambio de las conductas específicas de salud y su contexto ambiental en un marco conceptual teórico que guía el diseño, implementación y monitoreo de un programa. La participación de As Ts y de voluntarios capacitados como líderes es fundamental en Programas Integrales de Prevención de las Patologías Sociales. ¿Cómo lograr que los adolescentes decidan, puedan y logren abstenerse o postergar el inicio del consumo de sustancias? ¿Cómo Retrasar la actividad sexual y adoptar conductas sexuales protectoras si deciden iniciar actividad sexual?

Promover estilos de vida saludables

Los jóvenes son bombardeados por mensajes sociales que promueven el consumo de sustancias tóxicas, el sexo fácil, rápido, desvinculado, y todo lo precoz posible**.** El desafío en estos tiempos es cómo lograr que los adolescentes decidan, puedan y logren abstenerse o postergar el inicio del consumo de sustancias.

Las estrategias a seguir en la práctica:

1. Información/Sensibilización
2. Educación afectiva
3. Adquisición de habilidades de resistencia social
4. Aprendizaje de competencias y habilidades sociales
5. Generación de alternativas saludables

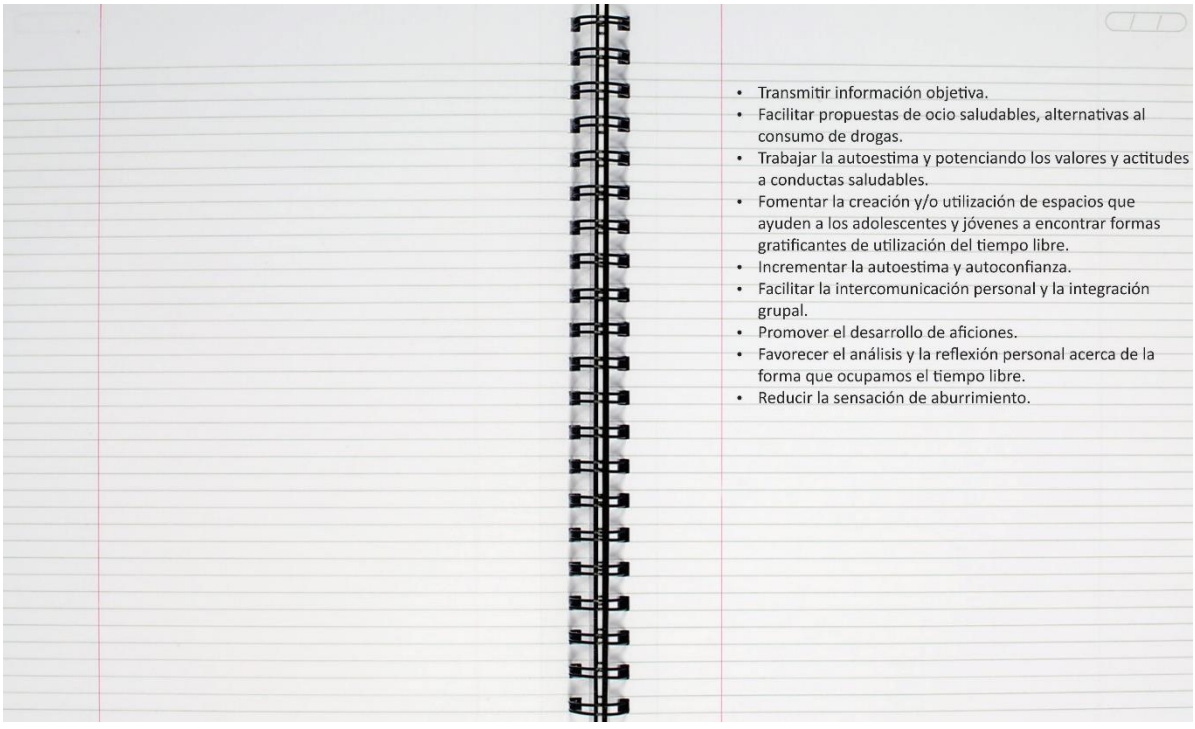


Los objetivos preponderantes en prevención de drogas

- Rechazo al consumo de tabaco y drogas.
- La adopción de conductas sexuales protegidas.
- Resolución de conflictos en forma no violenta.
- Consumo de alcohol mesurado y responsable.
- El retraso del inicio de la actividad sexual.
- Actividad física y alimentación sana.
- Ayudar a los jóvenes a cambiar sus actitudes y conductas.

- Otorgar herramientas y destrezas para enfrentar diversas situaciones de conflictos.
- Reforzar la capacidad para hacer frente a las presiones negativas.
- Reforzar creencias que subyacen a las actitudes y determinan la intención de la conducta.

Aportes del AT en un programa preventivo



- Transmitir información objetiva.
- Facilitar propuestas de ocio saludables, alternativas al consumo de drogas.
- Trabajar la autoestima y potenciando los valores y actitudes a conductas saludables.
- Fomentar la creación y/o utilización de espacios que ayuden a los adolescentes y jóvenes a encontrar formas gratificantes de utilización del tiempo libre.
- Incrementar la autoestima y autoconfianza.
- Facilitar la intercomunicación personal y la integración grupal.
- Promover el desarrollo de aficiones.
- Favorecer el análisis y la reflexión personal acerca de la forma que ocupamos el tiempo libre.
- Reducir la sensación de aburrimiento.

Esquema XXXV: AT y Ética

Pensar la ética del quehacer profesional en los equipos interdisciplinarios de Salud Mental y en la función del Acompañante Terapéutico, es fundamental para el trabajo que se genera y se construye en el vínculo cotidiano con el acompañado. La mirada y la intervención del AT debe propiciar acompañamientos respetuosos y adecuados basados en el derecho de decisión y elección de la persona, el respeto de su ideología y costumbres. Como AT, integrante de la asistencia psiquiátrica, tendremos en cuenta las especiales implicaciones éticas derivadas de nuestro ejercicio y como miembros de la sociedad debemos luchar por un trato justo, equitativo y digno hacia los enfermos mentales. Es importante recordar que el comportamiento ético se basa en el sentido de la responsabilidad de cada profesional implicado hacia los pacientes, así como en su buen juicio para determinar cuál es la actuación más correcta e idónea en una situación dada (Lic. Hilda Tevez Lombardo – Capítulo Ética y Psiquiatría de APSA, 2017).

Ética

Disciplina filosófica que se ocupa de la conducta humana, desde el punto de vista de los valores y deberes morales. Estudia y reflexiona sobre el acto moral que forma parte de las costumbres de una sociedad y se preocupa de los actos conscientes, inteligentes, libres, para calificarlos como morales o inmorales.

Objeto de estudio de la Ética:

- Tratar de aclarar en qué consiste lo moral (aclaración).
- Intentar dar razón de por qué es moral (fundamentación).
- Procurar aplicar para orientar la acción en los diferentes ámbitos de la vida (ética aplicada).

Moral

Conjunto de principios, preceptos, mandatos, prohibiciones, permisos, patrones de conducta, valores, ideales de vida buena, que en su conjunto conforman un sistema más o menos coherente, propio de una comunidad humana, en determinada época histórica regulando su conducta. Es esencialmente un saber práctico: un saber para actuar.

La función del AT es central, creativa, partiendo de principios y valores morales y personales deberá ser capaz de brindar equilibrado sostén al paciente sin imponer sus puntos de vista, por válidos y sólidos que parezcan.

En el ejercicio de la profesión la moral juega en el modo como los profesionales deliberan, deciden y actúan resaltando la conciencia moral, la responsabilidad y la búsqueda de sabiduría práctica, uniendo dignidad, libertad y justicia.

Los cuatro principios de la ética

1. **Principio de Autonomía**: promover, empoderar a la persona de competencia, libertad, responsabilidad, decisiones libres voluntarias e informadas. En personas competentes una buena información es necesaria para el consentimiento informado.

2. **Principio de beneficencia**: humanización, cuidado, solidaridad, ética del cuidado (dar la mejor calidad de vida posible). Buscar el mayor bien de los pacientes, maximizar los beneficios (Ejemplo la parábola del buen samaritano).
3. **Principio de No Maleficencia**: primero de todo no dañar, precaución, responsabilidad profesional, deber de no abandono.
4. **Principio de Justicia:** respeto al derecho del paciente, equidad, no discriminación, protección al débil.

Los principios éticos

No pueden reducirse a una declaración de intenciones, sino que hay que evaluar los beneficios morales de sus acciones. El principio de Autonomía y el principio de Justicia tienen posiciones primordiales, es decir de primer nivel.

- El modo de mantener la confidencialidad en situaciones de conflicto de lealtades.
- Cómo conseguir el consentimiento del paciente para el mejor procedimiento.
- La definición de los límites de la labor profesional sin caer en excesos.
- Cómo encontrar un equilibrio entre el carácter igualitario del contrato y el paternalismo benevolente.
- Cómo satisfacer los intereses de los pacientes, de la familia, de la comunidad.
- Cómo evitar la discriminación y el abuso de los pacientes.
- Cómo defenderlos cuando a menudo carecen de poder y de derechos, etc.

"La vida es breve; el arte extenso; la ocasión fugaz; la experiencia insegura; el juicio difícil. Es preciso que no solo colaboren a hacer lo debido con uno mismo, sino además que colaboren con el enfermo, los que asisten y las circunstancias externas" **(Jose A. Mainetti, 2005).**

"Toda sociedad quiere que los mayores poderes estén en manos de las mejores personas. En esto las cosas no han variado. Un profesional debe verse siempre como lo que es, un privilegiado, detentador de enorme poder social y por ello mismo, investido de autoridad, pero también de abrumadora responsabilidad" **(Diego Gracia Guillén,2009).**

Preguntas para reflexionar

- **¿Por qué la ética es una disciplina práctica?**
  Por qué nos interpela por lo que hay que hacer, lo que se debe y no se debe realizar. No trata de lo que es, sino lo que debe de ser, son los valores intrínsecos.
- **¿Cuáles son algunos de los valores indispensables que debe tener un AT?**
  Justicia, autonomía, responsabilidad, compasión y la libertad. Armonía entre razón y pasión con su reflexión y su capacidad de compadecer y sentir con otros, haciendo entrar al otro en la categoría de prójimo.
- **¿La tarea que realiza un AT es demandante?**
  Enfermería y acompañamiento terapéutico precisan de personas buenas (en todo sentido) y con elevada autoestima para llevar la actividad asistencial. Toda profesión bien realizada es un acto de entrega, por eso

mismo el AT debe saber cuidarse a sí mismo, para poder cuidar a otros. Realizar la tarea con dignidad, con la precisa libertad que se requiere y con el conocimiento de lo que es útil y necesario.

- **¿Diferenciar entre los valores que son fines (la salud) y los que tienen la condición de medios (comer)?**
  Los primeros son valores intrínsecos y los segundos se denominan instrumentales (comer para tener salud). Los fundantes son los valores intrínsecos, aunque no estén totalmente realizados, son los que dan sentido a la vida y a la vez definen nuestras obligaciones morales y de esto se nutre la Ética. Los valores instrumentales (casa, coche, dinero, etc.) han de estar al servicio de los valores intrínsecos que son los que no tienen precio, son intangibles.
  El AT debe tener una correcta formación técnica que lo habilite para valerse y manejar adecuadamente los valores.
- **¿Qué se requiere para ser un AT?**
  Además de contar con las aptitudes determinadas para el ejercicio de su profesión, debe contar con un gran interés y respetuosa dedicación por la meta que la actividad persigue, o sea al ingresar en la profesión debe asumir la meta que le da sentido.
- **¿El AT puede poner límites?**
  Cuando la situación lo amerita debe poner límites.
- **¿Qué entendemos por la calidad en salud?**
  El término no tiene carácter descriptivo sino evaluativo porque son juicios de valor y la calidad se valora estimándola, es la realización de valores positivos evitando los negativos. Existe una estrecha relación entre calidad y ética y este encuentro lleva a la excelencia que es el objetivo propio de la ética.
- **¿Cuánto cuentan los cercanos al paciente: padres, pareja, amigos para cooperar en la búsqueda de lo mejor para la persona?**
  Establecer una buena relación con la familia y dentro de lo posible a nivel comunitario, creará un cerco emocional y afectivo que será de beneficio para la persona que se cuida.

El AT debe saber priorizar

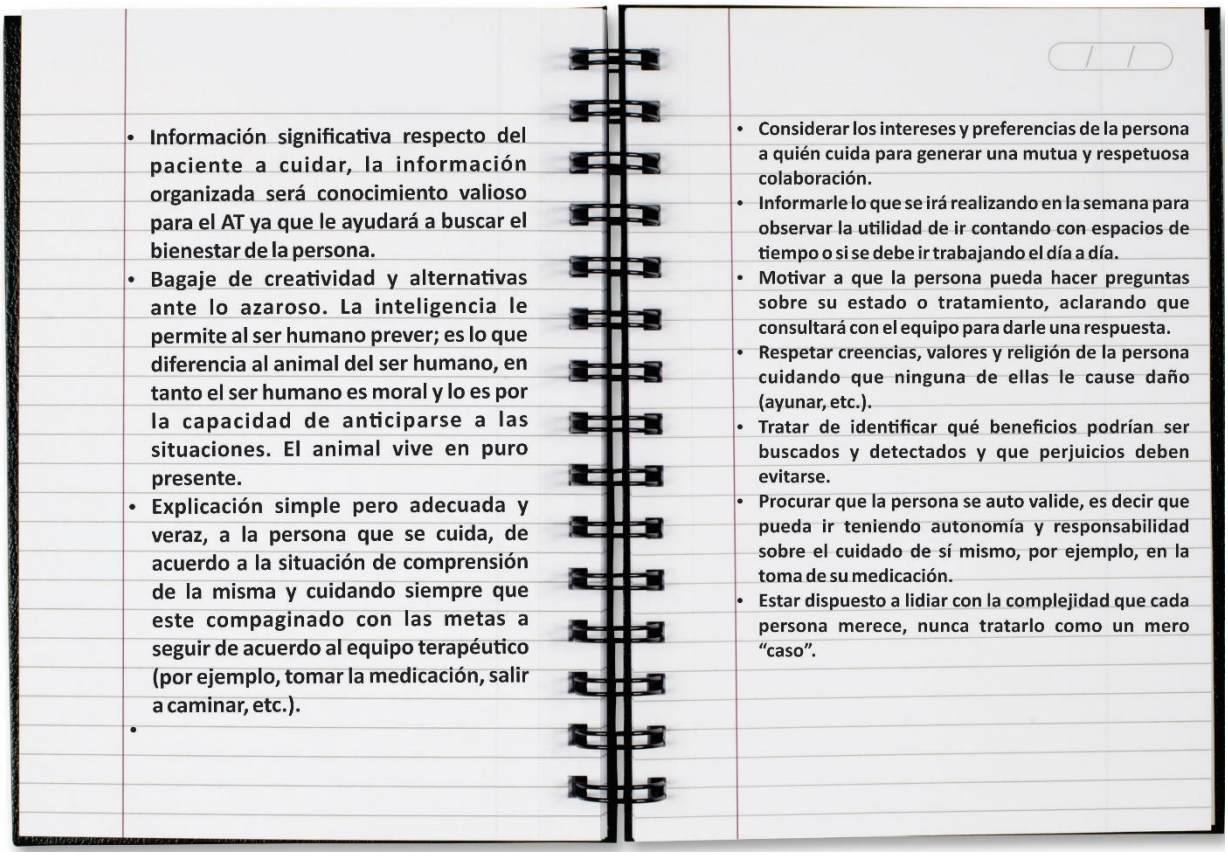
- **¿Qué es la integridad?**
  Es la coherencia entre las declaraciones y las realizaciones.
- **¿Qué es la dignidad?**
  Refiere al valor inherente al ser humano en cuanto ser racional, dotado de libertad y poder creador.
- **¿Qué es la libertad?**
  Auto determinación. Posibilidad de elección y decisión. Capacidad de disponer de uno mismo. Limitada y condicionada. Responsabilidad. La libertad es un poder, una acción (elección – decisión).
- **¿La moral es sólo no dañar**?
  No dañar y no defraudar la confianza para que la labor realizada pueda llegar a las metas propuestas a través de vínculos que cuiden el respeto, libertad y la dignidad del otro.
- **¿Qué es un dilema?**
  Es cualquier situación donde los principios morales no pueden determinar qué curso de acción es el correcto o incorrecto. Conflicto de valores morales para la que no hay una respuesta correcta o incorrecta. Situación para la que existe más de una situación válida. Refleja posiciones y/o argumentos diferentes. El diálogo, la deliberación son instrumentos claves para articular y, en lo posible resolver los dilemas.
- **¿Qué dice Hans Jonás en el principio de responsabilidad**?
  Cuidar al vulnerable, al débil, pero siempre darle elementos para su autocuidado, su autonomía en la vida que se pueda responsabilizar, por lo menos de pequeñas acciones que tal vez lleven a otra y a otras.
- **¿De dónde viene y a qué refiere la palabra cuidar?**

Viene del termino latino "cura" y se refiere a una actitud de atención, solicitud, diligencia en relación con alguien, incluso accede a la precaución y prevención evitando que suceda algo que dañe. No sólo estamos preparados para cuidar, también lo estamos para cooperar en vínculos salutógenos. Ser cuidador debe sustituir a ser paternalista, manipulador o dominador.

- **¿A qué nos incita la ética?**

  A ser cuidadosos de nosotros mismos y cuidar de los cercanos y también a aquellos que no son nuestra familia, nuestros amigos, pero sí pertenecen a la gran familia humana.

El botiquín del AT debe tener



- Información significativa respecto del paciente a cuidar, la información organizada será conocimiento valioso para el AT ya que le ayudará a buscar el bienestar de la persona.
- Bagaje de creatividad y alternativas ante lo azaroso. La inteligencia le permite al ser humano prever; es lo que diferencia al animal del ser humano, en tanto el ser humano es moral y lo es por la capacidad de anticiparse a las situaciones. El animal vive en puro presente.
- Explicación simple pero adecuada y veraz, a la persona que se cuida, de acuerdo a la situación de comprensión de la misma y cuidando siempre que este compaginado con las metas a seguir de acuerdo al equipo terapéutico (por ejemplo, tomar la medicación, salir a caminar, etc.).
- Considerar los intereses y preferencias de la persona a quién cuida para generar una mutua y respetuosa colaboración.
- Informarle lo que se irá realizando en la semana para observar la utilidad de ir contando con espacios de tiempo o si se debe ir trabajando el día a día.
- Motivar a que la persona pueda hacer preguntas sobre su estado o tratamiento, aclarando que consultará con el equipo para darle una respuesta.
- Respetar creencias, valores y religión de la persona cuidando que ninguna de ellas le cause daño (ayunar, etc.).
- Tratar de identificar qué beneficios podrían ser buscados y detectados y que perjuicios deben evitarse.
- Procurar que la persona se auto valide, es decir que pueda ir teniendo autonomía y responsabilidad sobre el cuidado de sí mismo, por ejemplo, en la toma de su medicación.
- Estar dispuesto a lidiar con la complejidad que cada persona merece, nunca tratarlo como un mero "caso".

Anexo I

Encuadre – Contrato - DSM 5

En los inicios de un Acompañamiento se tratará de establecer pautas de la intervención que formalmente se habilita como "encuadre", compuesta por elementos, normas, espacios, horarios, etc., que deben ser constantes, pero contemplando que, con el transcurso del tiempo de tratamiento, habrá variaciones. Es de utilidad generar un contrato-acuerdo de trabajo, con explicitación por escrito, con todas las obligaciones y derechos que permite el desarrollo del proceso en la relación terapeutas-AT-paciente-familia.

* El encuadre

El llamado "Encuadre" en psicología proviene de José Bleger, que plantea el contrato analítico (acuerdo entre analista y analizante) para desarrollar el tratamiento teniendo al tiempo de sesión, al horario, el lugar y los honorarios como elementos fundamentales de intercambio recíproco. Estas premisas básicas trasladadas al encuadre del paciente-AT, conforman un conjunto de reglas, como marco simbólico, siendo un "ordenador" para la relación que se establece siendo conveniente explicitarlo lo más ampliamente posible desde el inicio (primera reunión) ya que permitirá organizar una serie de variables que facilitarán el trabajo.

Temas a explicitar:

- ✓ Los honorarios o formas de retribución por la prestación.
- ✓ Las actividades posibles a realizar.
- ✓ El lugar y espacio donde se trabajará.
- ✓ Los objetivos básicos esperables.
- ✓ Tiempo de duración del espacio diario de cada AT.
- ✓ Tipos y objetivos de salidas.
- ✓ Intercambio con el paciente, la familia, el equipo profesional.
- ✓ A quien recurrir en caso de necesidad.
- ✓ Manejo el secreto profesional.

** El contrato

Mantener y cumplir con el "contrato" ayuda, especialmente en pacientes borderline, psicopáticos y/o adictos a controlar el acting out y el beneficio secundario de la enfermedad. Permite definir las responsabilidades del paciente, del terapeuta, del AT, constituyéndose en un "espacio seguro" donde el paciente puede desplegar su dinámica de funcionamiento. Deben ser evaluadas y quedar explicitadas aquellas situaciones que puedan constituir una amenaza para la continuidad del tratamiento (por ejemplo, conductas autodestructivas y suicidas, consumo de sustancias, amenazas al terapeuta).

Presentamos un ejemplo de contrato, firmado por el paciente y su referente adulto en un proceso de modalidad domiciliaria (Comunidad Terapéutica-Educativa Domiciliaria).

Modelo contrato/acuerdo: Comunidad Terapéutica Domiciliara

Los abajo firmantes acordamos conjuntamente respetar las siguientes normas de tratamiento y convivencia para procurar el beneficio conjunto en calidad de vida y el éxito del esfuerzo que todos realizamos por la salud integral del paciente y su familia.

Los objetivos generales son:

a. **Tomar conciencia y Reconocer el impacto** que produjo a nivel personal, familiar del abuso/adicción tóxica con problemas para la salud y los riesgos de recaída y/o repetición de hechos de riesgo y peligros físicos-mentales.
b. Contener, tranquilizar y acompañar **en el proceso de desintoxicación y abstinencia** para mejorar su calidad de vida, y trabajar sobre los hábitos saludables y su aplicación al ambiente.
c. Se efectuarán todos los **estudios pendientes de realización** (consulta y estudios cardiológicos, análisis de chequeo de laboratorio, nutrición, psiquiatría, médico clínico de cabecera).

Por la presente nos responsabilizamos y comprometemos a reconocer y sostener los siguientes cuidados y consignas de tratamiento del paciente y su familia/amigos en el sistema de: COMUNIDAD PSICOEDUCATIVA, AMBULATORIA Y DOMICILIARIA con Tratamiento de desintoxicación de alcohol y cocaína y drogas tóxicas:

Durante 3 meses primera etapa:

* CTD con sus metodologías y con equipo de AT de apoyo y contención, Supervisión Psiquiátrica y Psicofarmacológica, Terapia Coaching Salud, Psicoterapia individual, Entrevistas de Pareja y Asambleas Terapéuticas (eventual concurrencia a AA o NA). EL 2° y 3° mes sistema de AT diario reducido, con evaluación semanal e informes y de acuerdo a evolución el reajuste de las indicaciones dadas por el director de tratamiento.

Terapias indicadas:

A. 2 Entrevistas Semanales Psiquiátricas y de control de medicación

B. 2 MÓDULOS SEMANALES DE AT de esclarecimiento, apoyo, acompañamiento y motivación con refuerzo de prevención de recaídas.

C. Psicoeducación-Asamblea Familiar cada 14 días con la participación, OBLIGATORIA, de la familia nuclear y de ATF.

E. Talleres personalizados de AT- Coaching de prevención de recaídas 2 veces por semana.

***Modelo informe de actuación del AT

INFORME ACOMPAÑAMIENTO *.....*
AT: DIA: Horario:
Lugar del acompañamiento*: Domicilio, recorrido del barrio, confitería*
Participantes*: el paciente y su madre*
Tema principal del AT*: Conciencia corporal, definición de la dieta alimenticia*

OBJETIVOS: *Control, dominio e incremento de percepción kinestésica corporal, Ejercicios de reeducación y control respiratorio.*

Breve reseña de la técnica o procedimiento utilizados: Se trabajó con técnicas de sensoropercepción, concentración, posicionamiento mental en el aquí y ahora e identificación de estímulos. Se definió la dieta a seguir.

Comentarios pertinentes: *Buena comprensión de las consignas, muy buena predisposición y motivación al trabajo, con satisfactorios resultados de acuerdo a los objetivos programados*

Estado emocional del paciente (antes-intra y posterior*): Al principio algo ansioso por comenzar las tareas, optimista y expectante. Durante el trabajo de mostró sereno, con baja ansiedad, incluso al cruzarnos con una persona que lo conecta a su historia de consumo. Al fin se lo notó tranquilo, sereno y satisfecho por las tareas realizadas y sus resultados.*

Satisfacción del paciente*: refiere estar muy satisfecho por sus logros*

Satisfacción del AT: *conforme con la actitud y predisposición de paciente y satisfecho por sus logros parciales.*

Adelanto del próximo tema: *Continuar con el trabajo corporal, definir y organizar actividades físicas, trabajar su sexualidad*

Comentario o sugerencia para el equipo o al Director

¿Qué es y para qué sirve el DSM?

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, es un compendio de trastornos mentales, editado por primera vez en 1952, elaborado en base a observaciones, a datos de la experiencia descritos de manera neutra con la intención de que puedan ser utilizados por especialistas formados en diferentes corrientes: psicoanálisis, humanismo, cognitivismo, etcétera. Lleva cinco revisiones y la última publicada en 2013 En cada una se ratifican y rectifican algunas definiciones de trastornos o de sus características. No explica las diferentes patologías en lo que tiene que ver con su origen, tampoco adhiere a ningún tratamiento en especial, para evitar justamente alinearse con alguna corriente psiquiátrica o psicológica. Es necesario aclarar que sólo debe ser utilizado por especialistas y sus equipos, incluyendo a los AT, para evitar que la información allí recopilada, mal comprendida o mal utilizada perjudique al paciente.

Anexo II

Código de Ética

La posibilidad de pensar y aplicar la ética del quehacer profesional en los equipos Transdisciplinarios y en la función del acompañante terapéutico es fundamental. La mirada y la intervención del AT debe propiciar acompañamientos respetuosos y adecuados basados en el derecho de decisión y elección de la persona, el respeto de su ideología y costumbres. El encuadre conceptual y ético de abordaje debe permitir habilitar las individualidades y singularidades del acompañado. En nuestra experiencia nos parece muy correcto, adecuado y completo el Código de Ética presentado por la AATRA para regular el ejercicio de la práctica del acompañamiento, en resguardo de la salud psíquica de la población y sería muy auspicioso que adquiriera el estatus legal correspondiente.

Código de ética profesional de AT

Asociación acompañante terapéuticos de la república argentina (AATRA)

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

los acompañantes terapéuticos deberán considerar otras instancias de consulta específicamente idóneas y representativas.

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

Para la redacción se tuvieron como documentos base al Código de Ética de Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina y el Código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la Ciudad de Bahía Blanca Provincia de Buenos Aires.

PREÁMBULO

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

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

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

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

No consienten ni participan deliberadamente prácticas discriminatorias.

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

Declaración de principios

El Código de Ética de asociación de acompañantes terapéuticos de la republica argentina (AATRA) hace suyos los siguientes Principios Generales, acordados por los países miembros y asociados del Mercosur en la ciudad de Santiago de Chile. 7 de noviembre de 1997:

Respeto por los derechos y la dignidad de las personas.

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

Competencia

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

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

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

Compromiso profesional y científico

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

Integridad

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

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

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

Responsabilidad social

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

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

Normas deontológicas

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

incompatibles con la vigencia de los principios enunciados; por el contrario, confrontados con tal situación, los acompañantes terapéuticos deben conducirse de manera coherente con el espíritu de este Código.

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

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

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

Deberes fundamentales del acompañante terapéutico:

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

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

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

Art.5- En caso de tratar a menores de edad, el acompañante terapéutico deberá obtener el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales. Sólo actuará sin él cuando razones de urgencia así lo exijan, caso en el que se recomienda recabar la opinión a actuar conjuntamente con un profesional.

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

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

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

Deberes inherentes al ejercicio profesional

Art.9.- El acompañante terapéutico asistirá a pacientes, previa solicitud de un profesional o de un familiar; en este último caso estará obligado a consultar a quien trate al paciente, para orientar la tarea de acompañamiento y a supervisar la tarea con un director de tratamiento o coordinador de equipo de salud.

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

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

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

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

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

a) La actualización periódica y permanente de sus conocimientos como garantía de responsabilidad e idoneidad que contribuya al prestigio de la práctica.

b) La supervisión del trabajo realizado con periodicidad.

c) La actualización permanente y periódica de sus conocimientos como garantía del servicio que se brinda.

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

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

Secreto profesional:

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

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

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

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

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

Art. 22.- los acompañantes terapéuticos deben Minimizar Intrusiones en la Privacidad, sobre todo cuando se trabaje en el domicilio de los pacientes.

Art. 23- Límites de Secreto Profesional:

a) La información amparada por el secreto profesional sólo podrá ser transmitida para evitar un grave riesgo al que pueda estar expuesta persona atendida o terceros. En todo caso, sólo se podrá entregar a las personas calificadas la información que, a juicio del matriculado actuante, aparezca como estrictamente necesaria para cumplir el referido objetivo.

b) Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional, y se proporcionarán sólo en los casos necesarios, cuando, según estricto criterio del profesional interviniente, constituyan elementos ineludibles para confeccionar el informe. En el caso de que puedan trascender a organismos a donde no sea posible cautelar la privacidad, deben adoptar las consecuencias las precauciones necesarias para no generar prejuicios a las personas involucradas.

c) La información que se da a padres y/o demás- por ejemplo, a las instituciones que la hayan requerido- debe realizarse de manera que no condicione el futuro del consultante o pueda ser utilizada en su perjuicio.

d) Todo lo relativo al secreto profesional debe cumplirse igualmente en todos los ámbitos y en todo tipo de prestación.

e) El tribunal de disciplina, en forma directa y sumarísima, determinará en su caso si existe o no violación al resguardo del secreto profesional

Deberes respecto de sus colegas y de AATRA

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

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

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

Art.27.- Cuando un acompañante terapéutico recibe la responsabilidad de un trabajo que anteriormente fue atendido por un colega, éste deberá proporcionarle toda la información que haya podido obtener y se le solicite.

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

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

Art.30.- Los honorarios establecerán convencionalmente sin que puedan ser inferiores a los aranceles profesionales mínimos que fija la asociación de acompañantes terapéuticos.

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

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

Art.32ç3.- En las publicaciones que sean producto de un trabajo compartido, deberán incluirse los nombres de todos los participantes y precisar su grado de responsabilidad y colaboración.

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

Derechos del acompañante terapéutico

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

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

Sanciones disciplinarias

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

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

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

Art.40.- Considerándose la máxima sanción disciplinaria la exclusión de la matricula profesional.

Anexo III

EL AT y la ley nº 26.657/2013

El acompañamiento terapéutico, es una realidad social y ha dado suficientes evidencias de la efectividad de su praxis. Cuenta con gran número de efectores que a nivel legal se encuentran desprotegidos, hasta tanto se regularice su función a través de la Ley Nacional Nº 26.657 que modifica significativamente concepciones históricas de la salud mental y redefine las estrategias de abordaje que deben promover y garantizar los diferentes niveles del estado. A pesar de esta lenta burocracia legislativa desde hace años el AT, con formaciones específicas y asistemáticas, se ha integrado a los equipos de salud mental, generando un vigoroso trabajo interdisciplinario, dinamizando la tarea transdisciplinaria y realizando intervenciones que permiten enriquecer los resultados de los tratamientos.

La ley de Salud Mental del 2013 plantea el *padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley Nº 26.657. (Decreto reglamentario de la ley de salud mental 603/2013).*

- Se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.
- El artículo 8 de la Ley Nº 26.657 establece que la promoción de la atención en salud mental, esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (se incluiría aquí la figura del AT).
- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (artículo 9 de la Ley).
- En este nuevo paradigma se requiere el accionar del AT como una figura clave en el equipo interdisciplinario de salud para las externaciones y para prevenir reinternaciones o segregaciones en la vida cotidiana de los pacientes. La Ley vigente de salud mental, al desalentar la internación en instituciones psiquiátricas e impulsar las internaciones domiciliarias y el vínculo entre el paciente y sus grupos de pertenencia y las actividades sociales y laborales habituales, demandan una red de servicios de atención integral, que incluye a los AT.

Puntos principales del proyecto

Sancionada por Honorable Cámara de Diputados Nación Argentina en 2016 con fuerza de LEY

1. Reconocer la figura del acompañante terapéutico.
2. Articular como actividad de colaboración de la medicina.

3. Regular la formación y la incumbencia profesional.
4. Sistematizar la práctica clínica.
5. Facilitar la creación de la matriculación.
6. Formar parte de los sistemas de medicina privada, prepagas y obras sociales.
7. Realizar acciones de divulgación y promoción, docencia y actividades académicas y científicas vinculadas a su área de labor.
8. Contar con las medidas de prevención y protección de su salud en su ámbito laboral.
9. Reglamentar requisitos e incumbencias para obtener el título habilitante académicamente regulado.

La práctica del Acompañamiento Terapéutico, actividad desarrollada durante décadas en una semi-marginalidad profesional, carente de todo marco regulatorio legal, está cercana en la actualidad, a lograr un reconocimiento pleno en el aspecto jurídico y por ende en lo relativo a su inserción en el Sistema de Salud. Incluir formalmente la figura del AT en las instancias clínicas, académicas y jurídicas ha dejado de ser una mera utopía, siendo desde hace algunos años una realidad cada vez más sólida.

Bibliografía

ABRAHAM, Karl - Psicoanálisis clínico, Lumen, Hormé, Buenos Aires,1994.
BALINT, Michel - El médico, su paciente y la enfermedad, Libros básicos, Buenos Aires, 1961.
BAREMBLIT, Gregorio - Saber, poder, quehacer y deseo, Nueva Visión, Buenos Aires,1996.
BLEGER, José - Psicohigiene y Psicología institucional, Paidós, Buenos Aires, 1966 -
BLEGER, José - Psicología de la Conducta, Paidós, Buenos Aires, 1983.
JOHN BOWBLY - El Vínculo Afectivo. Editorial Paidós, 1990.
CYRULNIK B - Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida, Barcelona, Gedisa, 2002.
COOPER, David - El Lenguaje de la locura, Ariel, Barcelona, 1981. - Psiquiatría y antipsiquiatría, Paidós, Buenos Aires,1971.
DE SHAZER Steve – Claves para la solución en Terapia Breve, Paidós, Madrid,2010.
DSM-V-TR - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson, Barcelona,2013.
FERNÁNDEZ D'ADAM G, TEVEZ H - Resiliencia, Ética y Prevención, Ed GABAS, Bs As, 2007.
FERNÁNDEZ D'ADAM G - Haciendo caminos 1 , Ed GABAS, Bs As,2005.
FERNÁNDEZ D'ADAM G y otros - Haciendo caminos 2 , Ed GABAS, Bs As,2008.
FERNÁNDEZ D'ADAM G, SAMÁ A, YARÍA J A - Salto hacia las ciudades preventivas, Ed Gabas, Bs As, 2009.
FRANKL Víctor – Psicoterapia y Humanismo, Fondo de Cultura Económico, México,1984.
HIPÓCRATES - Tratados hipocráticos, Alianza, 1996 - Tratados Hipocráticos, Gredos, Madrid, 2000.
KALINA, Eduardo - Adicciones, Paidós, Buenos Aires, 2000.
KALINA, Eduardo - Temas de Drogadicción, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
KAPLAN I, SADOCK B, GREBB J - Sinopsis de psiquiatría, Panamericana, Buenos Aires, 1996.
KURAS DE MAHUER S, RESNISKY S - Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos, Trieb, Buenos Aires, 1985.
KURAS DE MAHUER S, RESNISKY S - Territorios del Acompañamiento Terapéutico, Letra Viva, Buenos Aires, 2005.
LAÍN ENTRALGO, Pedro - El médico y el enfermo, Editorial Triacastela, Madrid, 2003.
MANNONI, Maud - El niño, su "enfermedad" y los otros, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
MANSON F, ROSSI G, PULICE G y otros - Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico, Polemos. Buenos Aires, 2002.
MORÍN Edgar – Con la cabeza bien puesta
PICHON-RIVIÈRE, Enrique - Teoría del Vínculo, Nueva Visión, Buenos Aires, 1978.
PICHON-RIVIÈRE Enrique, De QUIROGA Ana P - Psicología de la vida cotidiana, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985
PULICE G y otros – Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico, Ed Polemos,2002.
Re Roberto Federico - Acompañamiento Terapéutico en Salud Mental, San Pablo, Buenos Aires,2009-
ROSSI G - Acompañamiento Terapéutico, Polemos, Buenos Aires,1997.
ROSSI G – Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico, Polemos, Buenos Aires,2007.
SPADARO Susana – Una vida equilibrada con psicoeducación, Ed Suarez, Mar del Plata,2015
SZASZ Thomas - El mito de la enfermedad mental, Amorrortu, Buenos Aires, 2008.
WINNICOTT Donald - Realidad y juego, Gedisa, Barcelona, 2001.
PROCHASKA J.O & DICLEMENTE C.C. - Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1982.
TOLOSA D - Manual práctico: Del acompañamiento al auxiliar terapéutico. Editorial Akadia, 2015.

TEVEZ Hilda Y FERNÁNDEZ D'ADAM G – Payasos tristes, Nuevas adicciones, Ed Gabas, Bs As, 2008.
TEVEZ Hilda Y FERNÁNDEZ D'ADAM G – Marionetas hambrientas-Sobre los atracones, Ed Gabas, Bs As, 2011.
VÁZQUEZ Carmelo, HERVÁS Gonzalo – Psicología Positiva Aplicada, Edit. Desclée, Bilbao, España,2009.
WINNICOTT D – Realidad y juego, Ed Gedisa, BUENOS Aires,1987.
YARIA Juan A - La cultura del malestar, Ed. Universidad del Salvador.
YARIA Juan A - Las drogas, post-modernidad y Redes sociales, Ed. Lumen y Universidad del Salvador.

¿Cómo introducir al camino a quiénes con su andar lo construyen? Tarea difícil, sobre todo porque los caminantes deben recorrer en sus propias existencias humanas únicas, irrepetibles e irrenunciables. En este hacer se compromete, ade-más del conocimiento científico y la formación profesional, la propia experiencia de viandantes en la existencia y algo mucho más profundo para el alma humana: la esperanza de ser capaces de ayudar a los demás a reconstruir la personal ilusión de vivir humanamente a pesar de los quebrantos que hayan debido afrontar (María Isabel Larrauri-Decana de Filosofía-UCC-San Juan).

INAPBA

Instituto de Neuropsiquiatría, Adicciones y Psicología Positiva de Buenos Aires

Cátedra abierta
"El AT y su formación"
coaching salud@gmail.com

Jorge A. Khouri
Diseño, arte de tapa
y diagramación
jakdesigndiagramacion@gmail.com