

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Proyecto de acompañamiento entre pares en el servicio de salud mental del Hospital “Parmenio T. Piñero”.

Aued Santi, Julieta, Bianco, María Paula, Díaz, Pablo Germán, Gargiulo,
Verónica, Grela, Mariana, Iarussi, Natalia Daniela, Méndez, Martina,
Pinus, Denise Yanina, Rabade, Berenice y Vidal Quera, Rosario.

Cita:

Aued Santi, Julieta, Bianco, María Paula, Díaz, Pablo Germán, Gargiulo,
Verónica, Grela, Mariana, Iarussi, Natalia Daniela, Méndez, Martina,
Pinus, Denise Yanina, Rabade, Berenice y Vidal Quera, Rosario (2017).
*Proyecto de acompañamiento entre pares en el servicio de salud mental
del Hospital “Parmenio T. Piñero”. IX Congreso Internacional de
Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de
Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/666>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/soR>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso
abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su
producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.*

PROYECTO DE ACOMPAÑAMIENTO ENTRE PARES EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL “PARMENIO T. PIÑERO”

Aued Santi, Julieta; Bianco, María Paula; Díaz, Pablo Germán; Gargiulo, Verónica; Grela, Mariana; Iarussi, Natalia Daniela; Méndez, Martina; Pinus, Denise Yanina; Rabade, Berenice; Vidal Quera, Rosario
Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo surge en el marco de una instancia de reflexión que llevamos a cabo residentes médicos y psicólogos del Hospital “Parmenio T. Piñero” en tanto trabajadores y agentes del campo de la Salud Mental insertos en el ámbito público y tiene como objetivo formalizar prácticas de ayuda mutua en el dispositivo de “Acompañamiento entre pares”. La propuesta es potenciar los tratamientos pluralizando los dispositivos de atención-cuidado con los recursos existentes e incluyendo nuevos actores en los equipos de salud. La especificidad que proponemos radica en la inclusión de los usuarios del servicio de Salud Mental en los tratamientos, considerando y reivindicando su saber en relación a haber transitado una experiencia de padecimiento y recuperación.

Palabras clave

Acompañamiento entre pares, Usuarios sistema de Salud Mental, Experiencia de padecimiento

ABSTRACT

PEER SUPPORT PROJECT IN THE MENTAL HEALTH SERVICE OF “PARMENIO T. PIÑERO” HOSPITAL

The current paper arises in the context of an instance of reflection carried out among medicine and psychology residents of Parmenio Piñero Hospital, as both workers and health agents of mental health, immersed in the public health service and its aim is to formalize peer support practices in a peer support service. The proposal is to enhance treatments by pluralizing health-disease-care processes with the existing resources, as well as including new members in health teams. The specificity in our proposal lies in including Mental health service users in treatments, considering and claiming the knowledge they had obtained by dealing and recovering from previous suffering experiences.

Key words

Peer support, Mental Health service users, Suffering experience

“Hay necesidad de conocer experiencias y maneras posibles de ejercicio de las artesanías profesionales en Salud Mental para llegar a moverse de otras maneras que las habitualmente protocolizadas para poder integrarse en colectivos distintos de acciones compartidas y no en el ejercicio solipsista y fragmentado habitual.” (Rotelli, 2014, pág.20)

1. Introducción

El presente proyecto surge de una instancia de reflexión que llevamos a cabo residentes médicos y psicólogos del Hospital “Parmenio T. Piñero” en tanto trabajadores y agentes del campo de la Salud Mental insertos en el ámbito público.

El encuentro con personas que transitan una experiencia de padecimiento mental presenta una complejidad que impacta en el interior de las prácticas de promoción, prevención y asistencia que se ofrecen en distintos dispositivos hospitalarios. La elaboración de estrategias para el abordaje terapéutico resulta un desafío constante con el que nos encontramos en las prácticas que llevamos a cabo diariamente.

Nuestro interrogante surge transitando el dispositivo de internación del servicio de Salud Mental de nuestro hospital. Las preguntas que motivan nuestras primeras reflexiones giran en torno a nuestro rol como profesionales en los tratamientos de los usuarios, teniendo en cuenta la diversidad de estrategias que suelen llevarse a cabo en el desarrollo de los mismos. Estrategias que van más allá de la compensación del cuadro psiquiátrico y que contemplan el entramado de factores sociales, culturales y políticos que participan al momento de pensar el padecimiento mental y la terapéutica más conveniente, en cada caso, durante el proceso de internación-externación en Salud Mental.

En este contexto, el eje rector de nuestra propuesta es potenciar los tratamientos pluralizando los dispositivos de atención-cuidado con los recursos existentes e incluyendo nuevos actores en los equipos de salud. La especificidad que proponemos radica en la inclusión de los usuarios del servicio de Salud Mental en los tratamientos, considerando y reivindicando su saber en relación a haber transitado una experiencia de padecimiento y recuperación.

Una de las particularidades del servicio de internación de nuestro hospital es que los usuarios transitan cotidianamente la institución por la oferta de talleres y actividades del “Club de pacientes”. En muchos de los usuarios surge de modo espontáneo y genuino el interés por estar junto a otros compañeros compartiendo el espacio, sin que esto se inscriba en una actividad formal propuesta por el servicio. Es en estos encuentros donde se evidencia la presencia de lazos de amistad, ayuda y cuidado entre ellos, siendo éste el puntapié para nuestra iniciativa que tiene como uno de sus objetivos formalizar prácticas de ayuda mutua en el dispositivo de “Acompañamiento entre pares”, con una organización de propuestas específicas a tal fin. Cabe destacar que si bien nuestra idea surge ligada al dispositivo de internación podría ser extensible a otros dispositivos de Salud Mental.

2. Objetivos

• Objetivo General

- Diseñar e implementar un dispositivo de acompañamiento entre pares en el Servicio de Salud Mental del Hospital “Parmenio T. Piñero” orientado a diversificar y potenciar los recursos intervinientes en el abordaje de padecimientos mentales.

• Objetivos Específicos

- Visibilizar e incluir saberes no disciplinarios, no formales y de autoatención en el abordaje de los padecimientos mentales.
- Reconocer las limitaciones que tienen las instituciones y los saberes técnico-disciplinarios.
- Promover, potenciar y formalizar prácticas de ayuda mutua que suceden espontáneamente entre los usuarios de servicios de salud.
- Fomentar relaciones horizontales entre quienes ayudan y quienes son ayudados.
- Propiciar la participación social de los usuarios en las prácticas de salud.
- Contribuir al proceso de inclusión social de los usuarios de Salud Mental.
- Contribuir a la consideración de los usuarios de Salud Mental como sujetos de derecho.
- Contribuir al efectivo cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales según lo establecido por las normativas vigentes.

3. Antecedentes del presente proyecto

Como antecedente principal y más cercano situamos un conjunto de experiencias realizadas desde el año 2010 en la institución Proyecto Suma, una ONG dedicada a la asistencia y rehabilitación en Salud Mental ubicada en el barrio de Palermo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo de dicha experiencia surgió de la necesidad de compartir el trabajo entre profesionales y usuarios interesados en acompañar a otros usuarios en el proceso de recuperación. Surge así la incorporación de “pares” en equipos clínicos al servicio de la atención de personas con trastornos mentales. Se trataría de compañeros o acompañantes promotores de la recuperación no solo comprometidos con su propia recuperación, lograda al menos por un período de tiempo, sino también capacitados específicamente y dispuestos a compartir lo que han aprendido de forma de poder inspirar a otros. Su propósito fue ampliar las capacidades de ayuda de todas las personas y acompañar en el descubrimiento de las propias potencialidades para ayudar, contando con diferentes espacios para la reflexión e interrogantes que la provisión de apoyo les suscite. Las investigaciones realizadas sobre dicha experiencia muestran cómo la misma ha resultado ser beneficiosa no solo para aquellos que recibían ayuda sino principalmente para quienes ayudaban. (Agest, Lipovetzky, Zalazar, Vigo, 2014). A nivel internacional, existe evidencia respecto a beneficios obtenidos con experiencias similares las cuales muestran que el acompañamiento entre pares reduce la cantidad de admisiones, internaciones y uso general del sistema de salud.

En el 2012 en Estados Unidos se realizaron estudios comparativos entre el desempeño de pares y no pares en roles convencionales, cuyos resultados resaltan la utilidad de la experiencia en la recu-

peración de usuarios de salud mental. Esto llevó a la contratación de pares como “mentores de la recuperación”, teniendo el mismo estatuto que cualquier profesional dentro del equipo. (Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R., 2012)

Finalmente, creemos importante mencionar algunos hechos sucedidos en nuestra propia institución que consideramos como antecedentes locales del presente proyecto como son la coordinación por usuarios de talleres de su interés, la asistencia a otro usuario inter-nado en la ejecución de algún trámite o la ayuda que pueden brindar desde su saber experiencial en una charla de sala de espera.

4. Fundamentación

4.1. Nociones y conceptos

a) El acompañamiento entre pares como dispositivo integrado a los Recursos en Salud Mental

Concebimos el acompañamiento entre pares como un dispositivo enmarcado en la concepción de sistema de apoyo, acorde a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. En este sentido, se incluye en una “combinación de estrategias, metodologías y recursos provistos por instituciones especializadas y/o miembros de la red social más próxima cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, la participación, el bienestar, la realización de aspiraciones y un desempeño con mayor grado de autonomía en entornos cotidianos garantizando un sistema que efectivamente respete la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios de los servicios de salud mental”.

Como dispositivo, surge a partir de visibilizar y formalizar aquello que hacen las personas para tratar de ayudarse de manera espontánea y al margen de nuestras intervenciones como profesionales. Esto a su vez nos lleva a repensar los límites de nuestra ayuda (de los saberes e instituciones tradicionales) y (re)descubrir las posibilidades de recuperación de las personas con padecimientos mentales. Reconocer su capacidad de ayuda está en línea con reconocer capacidades, derechos y también obligaciones de los usuarios.

Planteamos el acompañamiento entre pares como un dispositivo que se integra a los dispositivos existentes en Salud Mental, que complementa los beneficios de éstos incluyendo “un sentido de genuina empatía y de comprensión compartida, consejos prácticos y sugerencias de estrategias que los profesionales pueden no ofrecer o conocer.” (Mead, Kuno y Knutson, 2013, 433)

b) Acompañamiento entre pares

Siguiendo los planteos de Agrest y Stastny, cabe definir al acompañamiento entre pares como un tipo de apoyo configurado por un “vínculo en el que dos semejantes se brindan soporte horizontal y abiertamente en base a sus experiencias de padecimiento mental, en tanto al menos uno de ellos haya podido transformarla en una capacidad de ayuda que el otro aún no reconozca en sí mismo como tal.” (2013, 410)

c) Par

Concebimos al *par* como: “una persona que ha adquirido una destreza a causa de su experiencia de padecimiento y gracias a su ca-

pacidad (o saber hacer) para encontrar formas de salir de su sufrimiento, participar en la sociedad a pesar de su dolencia y ayudar a transitar de una mejor manera un sufrimiento que tiene semejanza con el propio.” (Agrest y Stastny, 2013, 410)

De esta manera, a decir de Agrest y Stastny (2013), se subvierte la idea de experto entendido como aquel que sabe a causa de su preparación académica. Según ésta concepción de par, “es el usuario quien pasa a ser considerado como ‘experto por experiencia’, poseedor de un ‘saber experiencial’, y capaz de acompañar a otro en un recorrido con el que está familiarizado” (Agrest y Stastny, 2013, 410). Así, pensamos a los pares como *compañeros* para la recuperación de otros usuarios.

Tomando los aportes de Ardila Gómez, Agrest, Abadi y Cáceres, compartimos la idea de que “los pares conocen la enfermedad desde la vivencia y experiencia propia, que es distinta a la conceptualización que hacen de ésta los profesionales desde los saberes tradicionales.” (2013, 466) Son quienes conocen las trayectorias que pueden seguirse para la atención del padecimiento y poseen una visión del que padece como un otro semejante.

Asimismo, cabe destacar que el acompañamiento de pares es un tipo de apoyo mutuo y recíproco. Cada persona que integra este tipo de vínculo da y recibe de un modo fluido y en constante cambio. Siendo esta concepción diferente al tratamiento tradicional, donde es el profesional quien proporciona la atención. En el dispositivo de acompañamiento entre pares ambos participantes son reconocidos como quienes tienen cosas que enseñar y aprender.

En este sentido además de ayudar a los usuarios, el par se ayuda a sí mismo en la medida en que se percibe como capaz de brindar ayuda y con el deseo de poder hacerlo, pero también ayuda a los profesionales y más allá de éstos, a la organización de los servicios de salud. En la medida en que hace presente que el objetivo final es el cuidado, el par contribuye a reflexionar en los modos en que el tratamiento y/o la curación incluyen al cuidado.

Es así que, como sostiene Mead, el acompañamiento entre pares contribuye al cambio social, creando “diálogos que influyan en todos nuestros entendimientos, conversaciones y relaciones.” (Mead, Kuno y Knutson 2013, 433)

d) Experiencia de padecimiento

Siguiendo las ideas planteadas a partir de las experiencias de acompañamiento entre pares de “Proyecto Suma” (Agrest, Abadi, Cáceres, Lamovsky, Lipovetzky, Leiderman, Neistadt, Vigo y Zalazar, 2014), entendemos las experiencias de padecimiento como experiencias vitales que un sujeto puede atravesar y que, aun las más difíciles, pueden transformarse en una fuente de inspiración y aprendizaje para sí y para los otros. Es así cómo, quienes atraviesan estas experiencias se vuelven “expertos por experiencia” y pasan a poseer un saber hacer, una capacidad en relación al sufrimiento propio y, por lo tanto, al de sus semejantes, en cuanto a modos de afrontarlo y eventualmente superarlo.

En esta línea, coincidimos con lo planteado por Mead, Kuna y Knutson al considerar que el lenguaje de la experiencia, a diferencia del lenguaje técnico, es lo que hace posible la conexión entre las personas, permite decir nuestras propias verdades que resuenan con las experiencias ajenas: “En este tipo de intercambio, las per-

sonas pueden tener la sensación de ser entendidas, tocadas por las experiencias de los demás y poder relacionarse, empatizar o sentirse acompañadas a un nivel más profundo, y no tanto como algo racional.” (Mead, Kuno y Knutson, 2013, 434)

e) Recuperación

Siguiendo los aportes de Harrington y Restrepo-Toro (2013) coincidimos en que el concepto de recuperación presenta una doble vertiente.

En el sentido académico y profesional, alude al proceso en el cual una persona es capaz de vivir, trabajar, aprender y participar en su comunidad. Para algunos individuos la recuperación es la capacidad de vivir una vida plena y productiva pese a presentar algún tipo de padecimiento que atañe a la salud mental. Para otros, a diferencia, la recuperación implica la reducción o completa remisión de los síntomas.

Ahora bien, en el sentido más subjetivo y que, podríamos decir, mejor captura la vivencia de los usuarios, la recuperación es una experiencia de cambio personal, que nada tiene que ver con la sintomatología y que mantiene una relación de controversia a nivel conceptual respecto de la funcionalidad social. En este sentido, la cura no es parte indispensable de la recuperación y, en ocasiones, cualquiera de ellas puede suceder con independencia de la otra. Es esta la concepción con la que acordamos y que orienta la fundamentación del presente proyecto.

En esta línea, la idea de recuperación como guía para el tratamiento no se basa en la concepción acerca del enfermar. Independientemente de una u otra posición, el concepto de recuperación se sostiene en la posibilidad de incluirse socialmente así como de llevar el mayor grado de autonomía en entornos cotidianos, respetando la voluntad y la toma de decisiones de los usuarios.

Así, respecto de la recuperación, “algunos autores hacen hincapié en el proceso de autonomía y otros en la participación como eje del trabajo de restitución del poder de los usuarios.” (Agrest, 2013, 417) Dicho proceso puede ser traducido también como fortalecimiento o potenciación, siendo también nombrado como empoderamiento.

4.2. Principios

a) Personas con padecimiento mental como ciudadanos de pleno derecho

Siguiendo lo antes expuesto, diremos que se considera a las personas con padecimiento mental como ciudadanos de pleno derecho, en una apuesta porque pueda alcanzarse el mayor grado de autonomía posible, enfatizando sus capacidades.

Teniendo en cuenta las normativas internacionales tales como la “Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad”, nos proponemos priorizar “el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades” (Preámbulo, inciso m), y reconocer “la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía” (Preámbulo, inciso n).

El documento mencionado, destaca que las personas con discapacidad “deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas,

incluidos los que les afectan directamente” (Preámbulo, inciso o). Así, en su Artículo 26, la Convención insta a los estados a que adopten medidas para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para esto deben dedicarse programas que “apoyen la participación e inclusión en la comunidad en todos los aspectos de la sociedad”. En este sentido se apunta a la mayor participación posible tanto en la vida política y pública como en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte. Por su parte, la “Declaración de Caracas”, firmada en el año 1990 por la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, reconoce la importancia de las estrategias de Atención Primaria de la Salud para el abordaje de las problemáticas de Salud Mental en la región, siendo uno de sus ejes la participación y la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad. En consonancia con esta posición, los “Principios de Brasilia” firmados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, reafirman la importancia de la promoción de lazos comunitarios, y postulan que es preciso incluir la “participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental”.

En nuestro país, la normativa vigente respecto de la protección de derechos de las personas con padecimiento mental, tanto a nivel nacional (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657) como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley de Salud Mental N° 448), se constituye como soporte del paradigma que concibe a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley N°26.657, art. 3). Es así que ambas normativas reconocen a las personas con padecimiento mental como sujetos de pleno derecho, presumiendo ante todo sus capacidades.

De este modo, con la ratificación de la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” en 2008 y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en noviembre de 2010 estamos ante el primer marco legal de Derechos Humanos en materia de Salud Mental aplicable a todo el país que avanza hacia la implementación del modelo social de la discapacidad. En este proceso, las personas con discapacidad psicosocial emergen como un sujeto político que demanda participar en la construcción de los discursos sociales y en las decisiones de políticas públicas.

En esta misma línea, el Plan Nacional de acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud, destaca la importancia de incluir tanto las características individuales como factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales “tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad” (2013, 7). Asimismo, este documento plantea que “los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande” (2013, 8).

En esta dirección, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley N°448 plantea la importancia de la promoción de la

salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios, apuntando hacia “la recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en casos de patologías graves, debiendo tender a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos” (Ley N°448, art. 10, inciso f). En consonancia, en su artículo 12 apunta a “la implementación de un modelo de atención que, en consonancia con lo dispuesto por la Ley Básica de Salud, garantice la participación a través de prácticas comunitarias.” (Ley N°448). Por último establece que la asistencia “debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes.” (Ley N°448, art. 10, inciso c)

En este marco consideramos que el presente proyecto puede complementar los procesos de atención en Salud Mental existentes, al modo de una intervención viable con los recursos a disposición, tendiendo a reforzar los servicios de atención en salud a partir de la colaboración e integración entre los sistemas formales e informales de atención. En este sentido, consideramos que “es necesaria una participación y un apoyo más activos de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios, de modo que el tratamiento y la atención respondan mejor a sus necesidades.” (Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020, 2013, 15)

El ordenamiento legal señala un horizonte claro y establece las condiciones de posibilidad para alcanzarlo: el fin de los manicomios en 2020 y la obligación de generar alternativas de inclusión social sostenible de las personas hoy asiladas. Es preciso entonces que las políticas públicas se orienten a llevar a buen puerto este proceso social y se tomen las decisiones de gestión necesarias para una implementación eficaz (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015).

b) Práctica Inter-saberes. Usuarios como co-productores de saberes

Es frecuente en las prácticas de salud partir de la idea de que el saber técnico encarnado en los profesionales es el que tiene las herramientas necesarias y suficientes para el trabajo con las personas que tienen un padecimiento mental. De esta manera el tratamiento se compone de un sujeto que porta el saber y otro que lo recibe de manera pasiva por la legitimidad que el discurso disciplinar comporta social y culturalmente. A pesar de este prejuicio teórico, en la cotidianeidad del contacto con los usuarios del servicio de Salud Mental, se constata que son ellos los que nos proporcionan el saber sobre su sufrimiento para poder trabajar en conjunto. También se observa a diario que, como se planteó anteriormente, es en el encuentro entre los usuarios que muchas de las prácticas que intentamos llevar adelante para ampliar las estrategias en los tratamientos -como las propuestas grupales o de taller- se generan espontáneamente. La convivencia con estas situaciones promueven una lectura en la que el saber disciplinario oferta posibilidades pero a la vez encuentra límites en su acción, posición que requiere de una mirada en la que se destituya el poder absoluto de las disciplinas para favorecer e instituir el diálogo con otros saberes. Hablamos de saberes no disciplinarios, entre los que reivindicamos para esta propuesta aquellos que se construyen en el atravesamiento de la experiencia de un padecimiento mental.

En este sentido, en consonancia con lo expuesto, se sostiene el dispositivo de acompañamiento entre pares como una forma de reconocimiento, desde el saber profesional, no solo del saber que portan los usuarios de los servicios de Salud Mental, sino también, de los límites de su intervención y de la incompletud de las herramientas disciplinares. Posicionamiento que abre las puertas a diversas y nuevas posibilidades de abordaje del padecimiento mental, que se soportan en la inclusión en la práctica de otros saberes no profesionales.

Así, desde una perspectiva que sostiene la horizontalidad, se plantea que no hay un saber que prevalezca sobre otro, sino que la fortaleza está en la articulación que pueda lograrse entre esa diversidad de saberes. De este modo, el dispositivo de acompañamiento entre pares no rivaliza ni entra en contradicción con las modalidades de abordaje del padecimiento mental existentes, sino que aporta como novedad la inclusión de usuarios “del mismo lado de los profesionales”, esto es, como portadores de saberes así como también como prestadores de cuidado.

En suma, es una perspectiva que promueve la construcción de una relación de co-producción de saberes y prácticas de “cuidado” en los tratamientos y autotratamientos que realizan los usuarios del servicio de salud mental. En esta permutar el término “atención en el proceso de salud – enfermedad por el de “cuidado” supone una connotación mucho más amplia e integral, al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas, y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos, a lo que E. Menéndez denomina “auto-atención”.” (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012)

BIBLIOGRAFÍA

- Agrest, M. y Stastny, P. (2013). “Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales”. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2013. Vol. XXIV, pp. 410-416.
- Agrest, M. (2013). “La ayuda entre pares en AA. Reportaje a Raúl, participante de AA por 30 años”. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2013. Vol. XXIV, pp. 417-425.
- Agrest, M.; Abadi, D.; Cáceres, C.; Lamovsky, L.; Lipovetzky, G.; Leiderman, E.; Neistadt, A.; Vigo, D. y Zalazar, V. (2014). “Pasos en la inclusión de pares en una institución dedicada a la asistencia y rehabilitación en salud mental”. Artículo extraído el 23/05/2017 de: <https://www.researchgate.net/publication/308633776>
- Ardila Gómez, S.; Agrest, M.; Abadi, D. y Cáceres, C.: (2013). “El aporte de los pares al trabajo en salud mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia”. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2013. Vol. XXIV, pp. 465-471.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). “Informe Anual”. Cap. XII: El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental.
- Cohen, H. (2001). “Principios de la Salud Mental Comunitaria”. Conferencia dictada el 18 de abril de 2001, Organización Panamericana de la Salud. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2006.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999). “Redes en Salud”. Inédito.
- Davidson, L.; Bellamy, C.; Guy, K. y Miller, R. (2012). “Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience”. New Heaven USA.
- Gillard, S.; Edwards, C.; Gibson, S.; Owen, K. y Wright, C. (2013). “Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. BMC Health Services Research, UK.
- Harrington, S. y Restrepo-Toro, M. (2013). “Pares como compañeros de trabajo: entendiendo y respetando sus funciones”. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2013. Vol. XXIV, pp. 440-444.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado N° 26.529.
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448.
- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153.
- Mead, S.; Kuno, E. y Knutson, S. (2013). “El Apoyo de pares Internacional”. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2013. Vol. XXIV, pp. 426-433.
- Menéndez, E. (1999). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Ciênc. saúde coletiva, 2003. Vol.8, N° 1, pp.185-207. ISSN 1413-8123.
- Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (1990). “Declaración de Caracas, Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud”.
- Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (2005). “Principios de Brasilia: Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas”.
- Organización Mundial de la Salud (2013). “Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020”.
- Solitario, R.; Garbus, P. y Stolkiner, A. (2008). “Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios”. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2008. Vol.15. ISSN 1851-1686.
- Saraceno, B. (1999). “La ciudadanía como forma de tolerancia”. Organización Mundial de la Salud.
- Stolkiner, A. (2005). “Interdisciplina y Salud Mental”. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología “Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy”, Posadas, Misiones, Argentina.
- Stolkiner, A. (2012). “Nuevos actores del campo de la salud mental”. En Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Año 2, 4.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). “Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 2012. Vol. XXIII, pp. 57- 67.