



PROGRAMA

AGENTE DE APOYO MUTUO

AAM de FUBIPA

- Dr. Carlos Alberto Vinacour.

Médico Psiquiatra – Presidente de FUBIPA

- Lic. Verónica Lago.

Lic. en Trabajo Social – Mg. en Salud Mental Comunitaria

1. FICHA TECNICA DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE AGENTE DE APOYO MUTUO. DE LA FUNDACIÓN BIPOLARES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA - FUBIPA			
OBJETIVOS PRINCIPALES	- Lograr la inclusión laboral de las personas con trastornos mentales severos - Obtener mejorías en la calidad de vida y en la calidad de la atención de los usuarios de FUBIPA así como de otras personas que se acerquen al programa. - Generar nuevas redes sociales en la población objetivo - Lograr mayor inclusión de las personas usuarias de FUBIPA y de las personas que se acerquen al programa en actividades sociales y educativas del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires - Complementar la recuperación clínica que brindan los equipos de salud mental con la Recuperación Personal brindada por pares entrenados en la tarea		
BREVE DESCRIPCIÓN	Capacitación de usuarios en el rol de “AGENTE DE APOYO MUTUO”		
TIEMPO ESTIMADO PARA SU EJECUCIÓN	Etapa 1 - 6 meses Etapa 2 - 1 año Etapa 3 a definir		
PÚBLICO OBJETIVO	Usuarios que concurren a las Sedes de FUBIPA		
PRIORIDAD	ALTA MEDIA BAJA		
PLAZO PREVISTO PARA SU EJECUCIÓN	CORTO MEDIO LARGO		
RESPONSABLES DE EJECUCIÓN	Fundación Bipolares de la República Argentina		

1. INTRODUCCIÓN

En la Argentina los trastornos mentales graves (TMG) constituyen un problema social de primer nivel. Según datos estimados por la OMS para la Argentina la incidencia estimada de este tipo de trastornos alcanza a un 3,7% para la depresión, un 1,4% para el trastorno bipolar y un 3,4 % para psicosis no afectiva, sobre la población total (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009). Las cifras no son muy diferentes a las halladas en los países desarrollados donde se han desarrollado importantes investigaciones y por ende no muy diferentes a las que es posible estimar para la ciudad de Buenos Aires. Esta problemática de salud es sumamente compleja y por ende requiere un abordaje integral bio-psico-social.

Las repercusiones económicas y sociales de esta problemática son inmensas. Los gastos en servicios de salud y servicios sociales y la pérdida de producción debida a las altas tasas de desempleo entre las personas con trastornos mentales y así como las cargas económicas en sus familias son algunos de los costos más evidentes y mensurables. Menos evidentes resultan los costos financieros, la reducción de la calidad de vida y la carga emocional.

Es posible encontrar en diferentes efectores públicos de salud, personas que han partido en sus inicios de situaciones económicas estables y han caído en la extrema pobreza, por cuestiones relacionadas con crisis recurrentes no tratadas ni previstas en un marco adecuado de prevención. Sumado a esto la pérdida de vínculos familiares los ha introducido en situaciones de alta vulnerabilidad. La salud mental de la población está influida por factores sociales y económicos ajenos al sector salud (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009).

La correlación entre trastornos mentales y pobreza puede describirse mejor si se considera como un círculo vicioso. Por una parte, los trastornos mentales generan costos relacionados con el tratamiento a largo plazo y con la pérdida de productividad, factores que contribuyen a la pobreza, por otro lado, se admite que la inseguridad, el nivel educativo bajo, las condiciones de vivienda inadecuada y la desnutrición contribuyen a la agudización de los trastornos mentales. En síntesis, la ausencia de sistemas de salud eficaces, perpetúa el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales (Saraceno y Fleischmann 2009)

Las características de la red social, se asocia significativamente con la gravedad del cuadro psicopatológico. En las esquizofrenias se van reduciendo conforme la enfermedad avanza, así una persona con un trastorno mental grave, prácticamente no cuenta con amigos. Es aceptado que las personas con enfermedad mental

crónica cuentan con apenas una pequeña red de apoyo familiar y social, cuánto más pequeña es esta red más probabilidades de reinternación presenta. Cuanto mayor es el deterioro en la evolución de la enfermedad esta red tiende a ser cada vez más pequeña. (Rodríguez, 1997)

En ocasiones las personas afectadas por TMG pueden padecer problemas de adicción o alcoholismo: Son por sus rasgos de carácter más vulnerables a cometer delitos o actos de violencia y si su cuadro tiende a virar hacia la depresión bipolar recurrente o si hablamos de pacientes con depresión mayor recidivante o esquizofrenia la problemática central es la dificultad de sostener trabajos estables.

Nuestra ideología de trabajo apunta al “**restablecimiento personal**” que no sólo supone el logro de un cuadro sintomatológicamente estable, una baja frecuencia de recurrencias y un adecuado funcionamiento cotidiano, sino que también incluye la adaptación a la enfermedad y la discapacidad (Hogan 2003). El restablecimiento personal, es congruente con la perspectiva del aprendizaje social, que considera que las creencias en la autoeficacia, son específicas de situaciones y que una persona puede sentirse eficaz en algunos dominios, pese a tener dificultades en otros; implica la capacidad para controlar la propia enfermedad y su tratamiento y la capacidad para trabajar en colaboración con los prestadores de servicios de atención a la salud y también el acceso al apoyo de compañeros y familiares cuando sea necesario; dado que las relaciones sociales son un clave en el restablecimiento personal.

El estigma impacta a las personas afectadas por TMG, en la falta de oportunidades de empleo, las limitaciones en la búsqueda de una vivienda adecuada y barreras en la obtención de servicios de tratamiento. (Clement, 2015). La estigmatización de los problemas de salud mental afecta a las personas de varias maneras. El estigma puede convertirse en una barrera para la búsqueda de tratamiento y para la adherencia al mismo (Bambauer y Prigerson, 2006) también provoca que la gente no acepte sus problemas de salud mental y, menos aún, que se los comunique a otras personas (Scheffer, 2003); también hace que las personas sientan vergüenza por tomar medicación psiquiátrica con las consecuentes recaídas; otras consecuencias en el caso de las personas que padecen problemas mentales se liga a la poca adherencia a tratamientos que produce consecuencias negativas tanto para el paciente como para su familia, los profesionales de la salud mental y la sociedad en general (Halpern, 2010).

1.2 PRINCIPIOS DE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Una definición ampliamente aceptada de recuperación personal dice que es "un proceso personal y único de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y / o roles... una manera de vivir la vida constructiva, con satisfacción y esperanza aún con las limitaciones causada por la enfermedad " (Anthony 1993) (Farkas, 2007)

La recuperación personal puede ser contrastada con la recuperación clínica y la recuperación funcional y se refiere al proceso de adaptación psicológica individual a la enfermedad que va más allá de centrarse simplemente en la reducción de síntomas psiquiátricos, la prevención de recaídas, y el deterioro funcional. (Andersen, 2003)

La recuperación personal se refiere no sólo a la superación de las consecuencias negativas de la enfermedad psiquiátrica, sino también al logro de metas positivas para alcanzar un sentido de empoderamiento de la enfermedad y de la propia vida y al logro de una vida significativa.

Hay un consenso general que sostiene que los elementos que hacen a la recuperación incluyen la búsqueda de esperanza, el optimismo en relación al futuro, el restablecimiento de una identidad positiva, por sobre la identidad dañada y desarrollo de un sentido de empoderamiento en el contexto de la enfermedad.

Todas las investigaciones señaladas en el metaanálisis de Davidson (Davidson, 2009) dan cuenta de que el Agente de Apoyo Mutuo es el método más adecuado para trabajar estas variables, ya que, basándose en sus experiencias directas de discapacidad, estigma y restablecimiento, los pares restablecidos crean rápidamente una relación de empatía que ayuda a recuperar la esperanza y el optimismo frente a la salud perdida y crea las condiciones óptimas para el logro de objetivos más ambiciosos.

No hay posibilidad de crear condiciones para el restablecimiento personal sin la intervención activa de pares recuperados.

Esta propuesta apunta a dar respuesta a cuatro temas indisolublemente ligados a la salud mental: Estigma, Recuperación Personal, Integración Social e Inclusión Laboral

2. APOYO DE PARES UNA PROPUESTA INNOVADORA

Desde mediados de los años 70, comienzan a surgir en el mundo los primeros movimientos de desmanicomialización y va tomando forma la llamada Psiquiatría Comunitaria, como nuevo paradigma de trabajo en Salud Mental. La reforma psiquiátrica de Trieste marca en este tema un hito central pero no único, con diferentes formatos y políticas, las experiencias en el Reino Unido, España y en algunos estados de Estados Unidos, también son modelos significativos a señalar, aunque es cierto, que cada uno de ellos estuvieron impregnados por motivaciones a veces muy diferentes. Sin embargo, fueron la vanguardia que inspiró a movimientos como el de Brasil y en el país a las reformas de Río Negro y San Luís.

La psiquiatría comunitaria plantea centralmente la idea de trabajar con el paciente con trastornos mentales graves (TMG) en el marco de su comunidad, sin apartarlo en la medida de lo posible de su entorno y manteniendo este formato aún en situaciones de crisis. Se busca evitar las internaciones o en el caso de que estas fueran necesarias, que sean lo más breves posibles. La reinserción social y laboral también son piezas centrales en este movimiento que brega por los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, es ayudar a que los pacientes con TMG recuperen su ciudadanía.

Para llegar a estos fines los equipos de salud mental debieron nutrirse de nuevos actores, entre ellos los Acompañantes Terapéuticos (AT), que vienen cumpliendo un rol fundamental cuando se pretende llevar a la práctica estas modalidades de intervención.

El rol del AAM podría llegar a confundirse con el del AT. Sin embargo, sus incumbencias y objetivos son absolutamente diferentes ya que parten de paradigmas diferentes y su metodología de trabajo y objetivos son claramente distintos, aunque complementarios.

El AT interviene de forma activa en resocialización del paciente y en su inserción al medio habitual luego de un proceso de internación. *“Es un profesional que acompaña, contiene y acompasa a personas con algún tipo de patología psiquiátrica”,* ejecuta estrategias diseñadas en equipo con el profesional a cargo y acordadas con la institución o la familia en la que se desarrolla el acompañamiento. *“Sostiene la continuidad de tratamientos ambulatorios, en casos de dificultad del paciente o sus familiares y en caso de que los profesionales tratantes evalúen la necesidad.”*

Su inclusión promueve la continuación del tratamiento desde distintas instancias: el retorno al medio familiar, el paso al hospital de día, hasta la reinserción del mismo en actividades laborales, educativas o recreativas, momentos todos estos

de alto riesgo para la recaída de la persona, cuando no es debidamente acompañado” (Rossi 2009).

Como parte del equipo interdisciplinario de salud mental *“es sin dudas un hito central como apoyo en el proceso de externación, y en la tarea de reinserción social, sobre aquel territorio público donde toda articulación se ha visto deteriorada”.*

Sin embargo debemos tener en claro que la tarea central de los Equipos Multidisciplinarios de Salud Mental están centrados en tres ejes fundamentales: 1) la recuperación sindromática 2) la recuperación sintomatológica y 3) la recuperación funcional.

En el mismo momento en que comienzan a surgir las políticas que promueven la psiquiatría comunitaria, surgen en el mundo y con mucha fuerza los Movimientos de Usuarios en Salud Mental que sin oponerse necesariamente a las nuevas políticas en auge, plantean una controversia que comienza a tomar fuerza en el mundo científico. Todas las políticas que surgen en el terreno de la salud mental parten de un modelo *“top-down”* (de arriba hacia abajo) ya que son diseñadas por equipos de salud o miembros de la comunidad científica o política, sin tener en cuenta la opinión de los usuarios.

Una de las grandes pioneras y promotoras de este movimiento, Patricia Deegan, ha sido la que instauró la frase que luego se transformó en la insignia de las asociaciones de usuarios, ***“Nada para nosotros, sin nosotros”***

A partir de ese momento empezaron a bregarse por la instauración de políticas *“botton-up”* (de abajo hacia arriba) y empieza a tomar forma el **Movimiento de Recuperación Personal** como complemento a la tarea central de los equipos de Salud Mental.

Diferentes científicos toman los postulados de la Recuperación Personal y los desarrollan, como W. A. Anthony y M. Farkas y hoy el modelo de Recuperación Personal (Personal Recovery) es una realidad que no solo se ha incorporado a los tratamientos integrales en salud mental comunitaria en países como USA, Reino Unido, Canadá, Nueva

Realizando una búsqueda bibliográfica, acerca de las diferentes formas de abordaje en referencia a nuestro tema, es posible observar como el apoyo entre pares se ha comenzado a consolidar como una experiencia a nivel mundial.

Se considera que el apoyo de compañeros en gran parte representa un avance reciente en la salud mental de la población y fue introducido en la década de 1990 como parte del movimiento de usuarios de los servicios de salud mental (Davidson2012) que se inició en la década de 1970.

En la actualidad las estimaciones ubican la cifra de compañeros como **agentes de apoyo mutuo** en más de 10.000 tan solo en Estados Unidos (Goldstrom, J., & Rogers, 2005) y esta cifra sigue aumentando con una velocidad sorprendente pese a la recesión global y a las altas tasas de desempleo. El estado de Nueva York emplea 100 personas a las que denominan “**Par especializado**” y son varias las investigaciones que dan cuenta de los beneficios de esta modalidad (Stastny & Brown, 2013). La experiencia Parachute Mental Health Treatment de N.Y.C y la de Georgia con el Certificate Peer Specialist, son ejemplos dignos de mencionar.

En los EEUU hay 33 estados que utilizan fondos federales a través de Medicaid para contratar **pares de apoyo mutuo** que puedan proveer una variedad de apoyos a otros que experimentan trastornos mentales o el uso de sustancias. Para acceder a estos fondos los estados deben contar con un proceso de certificación basado en programas de educación básica y continua; algunos utilizan programas de 24 horas de entrenamiento que cubren un puñado de temas y otros exigen 120 horas (Harrington & Restrepo Toro, 2013)

Existe por otra parte un importante proyecto financiado por la UE a través del Programa de Aprendizaje Permanente en nueve países europeos. Cada uno de los socios del proyecto ha organizado este curso a nivel local para probar su eficacia, y unos 125 estudiantes lo han completado en cuatro países diferentes de la UE. Establecer el apoyo mutuo como un curso de formación profesional, nos permite cumplir el último objetivo del proyecto, que es favorecer la integración laboral y proporcionar oportunidades de empleo para personas afectadas por TMG

Existen experiencias y trabajos de investigación en Canadá (Mental Health Peer Support Project Committee), Nueva Zelanda (Rising to the Challenge The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012–2017), Australia (Peer Support for Mental Health Project), Reino Unido (South West London and St. George’s).

El término **par** se refiere a una persona que ha sido diagnosticada con una enfermedad mental grave, ha alcanzado un adecuado grado de recuperación y puede compartir su experiencia con otras personas en situación similar. El **Agente de Apoyo Mutuo o Agentes de Recuperación**, será aquella persona que ha experimentado y superado problemas de salud mental, y por tanto se encuentra en una situación privilegiada para trabajar apoyando la recuperación de otras personas que intentan superar los mismos problemas.

El apoyo entre iguales se basa en el modelo de recuperación y no en los criterios diagnósticos psiquiátricos (Restrepo-Toro, 2010)

Mucha gente se describe a sí misma como persona en recuperación a pesar de continuar experimentando síntomas. Para algunos, lo importante es mantener un

mejor grado de control. Llegados a este punto, es importante aclarar que la recuperación no es necesariamente fácil o directa. Esta puede ser un proceso largo que requiere de fuerza y compromiso. Pero sabemos que la recuperación es posible y los **agentes de apoyo mutuo** son la figura ideal para difundir este mensaje

“Hasta el momento, la literatura ha señalado dos contribuciones básicas del apoyo de compañeros que parecería ser singular, o por lo menos, especialmente adaptada para el personal de compañeros. La primera es infundir esperanza a través del auto-testimonio positivo, lo que demuestra al sector de servicios de salud que es posible avanzar desde estar controlado por la enfermedad hasta lograr algún control de la misma, de ser víctima a ser el héroe en el viaje de la propia vida. La segunda contribución expande esta función de modelación de rol para incluir el autocuidado de la propia enfermedad y explorar nuevas formas de utilizar el conocimiento experiencial, o «inteligentes de la calle», para vérselas con los problemas de la vida cotidiana, no sólo con la enfermedad sino también con el hecho de tener escasos o nulos ingresos, de tener un albergue inestable, de superar el estigma, la discriminación y otros traumas, todo esto mientras tratan lidiar con el complejo laberinto de sistemas de servicios sociales y humanos”. (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012,).

El estigma impacta en las personas afectadas por TMG, en la falta de oportunidades de empleo, las limitaciones en la búsqueda de una vivienda adecuada y barreras en la obtención de servicios de tratamiento. La estigmatización de los problemas de salud mental afecta a las personas de varias maneras. El estigma puede convertirse en una barrera para la búsqueda de tratamiento y para la adherencia al mismo (Bambauer y Prigerson, 2006).

Las personas con problemas de salud mental poseen la tasa más alta de "*querer trabajar*" que cualquier otro grupo con discapacidad (Perkins R, Repper J, 2016)

Asimismo, el estigma provoca que la gente no acepte sus problemas de salud mental y, menos aun, que se los comunique a otras personas (Scheffer, 2003); también hace que las personas sientan vergüenza por tomar medicación psiquiátrica. El vínculo empático permite disminuir la autoestigmatización e infunden esperanza a través del autotestimonio

Cada agente de apoyo mutuo se convertirá en un modelo de recuperación, ofreciendo un ejemplo vivo de la posibilidad de mejoría. Un método innovador que fomente la recuperación y cree oportunidades de empleo para personas con problemas de salud mental, puesto que la contratación de personal compañero estimula y precisa cambios significativos en la cultura del ámbito de la salud mental tradicional, (Mead & Hilton D, 2001)

En el Reino Unido se constató que entre el 70% y el 90% de las personas con TMG ven el trabajo remunerado como una parte central de su recuperación (Grove, 1999)

“En el Reino Unido, el apoyo mutuo desempeña un papel importante en la recuperación, pero también ofrece oportunidades de empleo y promueve la independencia y la esperanza en las personas con problemas de salud mental.

En Escocia, existe un título acreditado de Agente de Apoyo Mutuo, desarrollado por Scottish Qualifications Authority (SQA) y Scottish Recovery Network, (SRN) para formar agentes de apoyo mutuo y que además reconoce su papel en la recuperación”. (Peer2peer Curso de formación profesional, 2015).

Peer2Peer es una forma innovadora de combinar aprendizaje y apoyo mutuo y es el modelo que ha adoptado FUBIPA para la formación profesional de los usuarios.

El Agente de Apoyo Mutuo cumple roles centrales en el proceso de recuperación:

- 1) Colabora con su compañero para que tenga una intervención más activa en dirigir su propio tratamiento y restablecimiento.
- 2) Colabora como un «conector con la población» para apoyar la socialización.
- 3) Colabora con su compañero en tareas de la vida diaria a fin de aumentar las habilidades en actividades de la vida diaria

Investigaciones recientes han comparado al personal compañero y personal no compañero, ambos desempeñando roles convencionales como gestores de casos (personal de rehabilitación, acompañantes terapéuticos y trabajadores y asistentes sociales). En estos estudios de servicios habituales proporcionados por compañeros, se reveló que el personal compañero funcionaba al menos tan bien en sus roles como el personal no compañero y lograba resultados equivalentes (Davidson, 2009). Sin embargo, de manera inesperada, se constató que el programa de Integración en la comunidad por compañeros disminuyó el grado de síntomas psicóticos de los participantes y a la vez incrementó el grado de ansiedad que experimentaban a consecuencia de estos síntomas y por tanto la generación de alertas para evitar recaídas.

Las investigaciones demuestran que el “Agente de Apoyo Mutuo” disminuye en su tutelado el número de días de hospitalización, $10,1 \pm 17,31$ días frente a $19,1 \pm 21,6$ días: Disminuyen los episodios de hospitalización $0,89 \pm 1,35$ frente a $1,53 \pm 1,53$; y disminuye el consumo de sustancias y los episodios depresivos, en su tutelado y en sí mismo. (Sledge 2011)

Además, no presentan más fragilidades que otras poblaciones, no violan la confidencialidad ni dicen cosas incorrectas y facilitan la tarea de los profesionales (Besio 1993)

En nuestra participación en el XII Congreso Internacional de Rehabilitación Psicosocial organizado por la WAPR, en julio de 2018 en Madrid, hemos tenido la oportunidad de intercambiar experiencias con el Centro de Rehabilitación Psicosocial de la red Pública de Salud Mental de Castilla – La Mancha donde vienen desarrollando con mucho éxito desde hace unos años un programa de Cuidado entre Pares, con resultados altamente satisfactorios no solo en términos de salud mental sino de reducción de costos económicos.

3. PROPUESTA DE TRABAJO

ETAPA 1

En la Argentina **FUBIPA**, ha elegido, en base a un acuerdo realizado con la Red Escocesa de Recuperación (Scottish Recovery Network - SRN) seguir el modelo del Proyecto **Peer2Peer**.

El proyecto «PEER2PEER: UNA RUTA HACIA LA RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL APOYO MUTUO Y EL EMPLEO» se ha financiado con el apoyo de la Comisión Europea y representa un Programa de Aprendizaje Permanente dentro de la acción Leonardo Da Vinci de Transferencia e innovación.

Es un modelo de curso innovador diseñado para preparar a personas con problemas de salud mental para trabajar como **Agentes de Apoyo Mutuo**. Ocho organizaciones de seis países europeos forman parte del proyecto Peer2Peer, entre otras la Fundación Intras de España. El curso ofrece una serie de habilidades y experiencias específicas. La dedicación al proyecto y la combinación entre habilidades y experiencias de cada asociación europea comprometida con el proyecto han hecho posible que Peer2peer poco a poco se convierta en un programa formativo tangible que alcanza resultados a largo plazo. (<http://p2p.intras.es>)

El proyecto Peer2Peer es el resultado de un enfoque innovador que incluye numerosas herramientas didácticas (PDA, Profesional Development Award) y una metodología innovadora (Psicodrama y Video terapia).

PDA en Salud Mental es una certificación diseñada para satisfacer las necesidades de los Agentes de Apoyo Mutuo en la Unión Europea. Otorgarles una acreditación no sólo sirve para establecer las normas de trabajo, sino también para contribuir a la creación de un empleo reconocido y una carrera laboral. El apoyo entre iguales es un sistema que consiste en dar y recibir ayuda, que se basa en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad compartida, y de acuerdo mutuo. Se trata de comprender la situación de otra persona con empatía a través de experiencias compartidas de dolor emocional y psicológico. La experiencia vivida en primera mano combinada con el apoyo profesional es una herramienta valiosa para los trabajadores en salud mental. Los resultados de estas experiencias compartidas muestran que el apoyo entre iguales es una forma de terapia innovadora y eficaz para ayudar a las personas con problemas de salud.

“PEER2PEER permite que aquellas personas que han superado problemas de salud mental se conviertan en Agentes de Apoyo para quienes están pasando por una situación similar

El curso Peer2Peer está diseñado para alcanzar cinco resultados que describen aquello que el estudiante será capaz de hacer como consecuencia de su aprendizaje.

Estos resultados ayudan a los tutores a centrarse en los aspectos importantes del curso y ayudan a los estudiantes a entender lo que se espera de ellos.

Aquellas personas que completen el curso con éxito serán capaces de:

- Entender el proceso de recuperación en salud mental.
- Explicar el apoyo mutuo y su papel en la recuperación.
- Desarrollar relaciones basadas en los valores del apoyo mutuo.
- Aplicar teorías y conceptos como agente de apoyo mutuo.
- Establecer una práctica segura y efectiva en una relación de apoyo mutuo.

Estos cinco resultados del aprendizaje se alcanzan a través de las **12 sesiones** que componen el curso: una sesión introductoria, nueve sesiones formativas y dos de **evaluación (intermedia y final)**

Las nueve sesiones formativas facilitan la adquisición de conocimientos, competencias y valores en torno al apoyo mutuo, no obstante, podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- De las sesiones 1 a la 4: Se centran en la recuperación y el apoyo mutuo.
- De la sesión 5 a la 12: Se centran en las habilidades y los valores necesarios de un agente de apoyo mutuo.

El curso es dictado por una persona recuperada, con la formación Peer 2 Peer realizada y con experiencia de actividades de apoyo mutuo.

Cada una de las sesiones grupales se ha diseñado para que duren entre dos y tres horas, mientras que el curso cuenta con unas 48 horas en total. Sin embargo, la duración del curso dependerá de las necesidades del grupo de estudiantes y también de su tamaño. La duración es por tanto estimada, siendo lo importante la adquisición de los cinco resultados de aprendizaje, más que la cantidad de horas dedicadas a ello.

El curso incorpora dos evaluaciones para completar la currícula y verificar conceptos, esto facilita la obtención del título de agente de apoyo mutuo, si ello es posible. Las dos sesiones de evaluación ofrecen a las personas en formación la oportunidad de reflexionar sobre su aprendizaje y además, recibir ayuda para completar el portfolio. Las personas que quieran realizar el curso deberán tener experiencia personal sobre cómo superar problemas de salud

mental y ser capaz de demostrar buena capacidad de comunicación escrita y oral, a través de una entrevista o certificado. Con estos requisitos, el curso Peer2Peer está diseñado para equipar a los participantes con el conocimiento, las habilidades y los valores necesarios para ser agentes de apoyo mutuo.

De esta manera, son ellos quienes ayudan a otras personas con problemas de salud mental en su recuperación. Los estudiantes no solo terminan el curso con el conocimiento, las habilidades y la experiencia necesaria, sino que contribuyen a la creación de un nuevo puesto de trabajo y de una carrera laboral reconocida.

ETAPA II – INCLUSIÓN TRABAJO DE CAMPO – SUPERVISION INTENSIVA DE LA ACTIVIDAD

Se propone una segunda etapa que considere la inclusión de las personas capacitadas dentro de un equipo de supervisión específica de la tarea conformado. Este equipo estará conformado por integrantes de FUBIPA, y supervisará la inclusión de los pares dentro de un staff de trabajo o su trabajo como AAM de la familia o usuario que lo contrate.

El par forma parte del ámbito social y cultural en que las personas puede realizar un acompañamiento “cuerpo a cuerpo” o par a par. El par, ya ha atravesado situaciones difíciles y ha logrado superarlas, se encuentra en condiciones de acompañar a otros a recorrer el mismo camino de vida. No obstante, este compromiso emocional requiere una supervisión constante para evitar situaciones de desgaste emocional que puedan vulnerar su recuperación.

“Las siguientes son algunas de las estrategias que es posible considerar puesto han resultado eficaces en la introducción de apoyo de compañeros en circunstancias de salud mental habituales: según evaluación de trabajos científicos en el Program for Recovery and Community Health, Yale University School of Medicine, (Goldstrom, J., & Rogers, 2005)

- Una descripción clara del trabajo y esclarecimiento de las funciones completamente apoyada por los interesados involucrados en el programa con enumeración de las capacidades pertinentes y una normatividad clara para valorar las capacidades y el desempeño laboral.
- Involucrar al personal no compañero en equipos de profesionales de la salud mental o en instituciones del gobierno de la ciudad, así como personas en etapa de restablecimiento, en una etapa temprana y durante todo el proceso de crear puestos para compañeros, lo que comprende formular descripciones de trabajo y tomar decisiones para contratación.
- Identificar y evaluar las contribuciones singulares que los pares pueden hacer a los equipos y circunstancias en las que funcionarán. Por ejemplo, las ventajas óptimas de contratar a pares como parte de los equipos de gestión de casos. En otras palabras, es importante que los pares tengan trabajos en los cuales pueden utilizar las destrezas que han adquirido a través de sus experiencias vitales y capacitación, en vez de que se les asignen tareas que otro personal simplemente está demasiado ocupado para realizar (como el archivar o proporcionar transporte).
- Completar un equipo de 8 Agentes de Apoyo Mutuo en FUBIPA y un equipo de supervisión de FUBIPA que mantenga el desarrollo de servicios de pares como una prioridad para la organización y preste contención y supervisión a las tareas que se realizan.
- Proporcionar capacitación a los que abarque las destrezas y tareas específicas necesarias para sus funciones, como utilizar sus antecedentes de restablecimiento para el beneficio de las personas con las que trabajan, destrezas eficaces para escuchar, crear relaciones positivas, conocimiento específico del contexto, qué hacer en una situación urgente, requisitos de documentación de la organización y cómo llenarlos, ética y confidencialidad, límite, autocuidado y formas de resolver conflictos en el lugar de trabajo, incluso cómo hablar abiertamente sobre cuestiones de poder y jerarquía dentro de la organización.
- Divulgación de los casos exitosos que inspiren esperanza en los compañeros.

ETAPA III – INCLUSION LABORAL EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL – INCLUSIÓN EN POLITICAS PÚBLICAS

Estimando el éxito de las dos etapas anteriores, se apunta a la inclusión de esta modalidad y de los “**Agentes de Apoyo Mutuo**” en dispositivos de salud mental públicos y/o en servicios coadyuvantes, tales como Ministerio Público Fiscal, Poder Judicial, Dispositivos de rehabilitación, de manera de potenciar la inclusión laboral y poder multiplicar las actividades.

4. INCUMBENCIAS LABORALES DEL AGENTE DE APOYO MUTUO

El Agente de Apoyo Mutuo (AAM) es un usuario en salud mental que ha completado la formación profesional brindada a través de la Fundación Bipolares de Argentina (FUBIPA) por el Curso Peer2Peer.

El Curso de Formación Profesional Peer2Peer otorga el certificado de profesionalidad (**Professional Development Award - PDA**) de Agente Apoyo Mutuo en Salud Mental, desarrollado por la Red Escocesa de Recuperación (Scottish Recovery Network - SRN) y la Autoridad de Cualificaciones Escocesas (Scottish Qualification Authority - SQA).

“PEER2PEER permite que aquellas personas que han superado problemas de salud mental, se conviertan en agentes de apoyo para quienes están pasando por una situación similar.”

Los Agentes de Apoyo Mutuo (AAM) podrán ser contratados por los equipos de salud mental para incorporarse a ellos, o por la familia o el paciente con un TMG en la medida que el AAM sea avalado por el o los profesionales tratantes y se reporte a ellos.

Su actividad consiste en tener encuentros periódicos con la persona en tratamiento. Estos encuentros son de una duración no mayor a 2/3 horas y con una frecuencia que puede variar según las circunstancias entre todos los días a una vez por semana.

No es de la incumbencia del AAM discutir tratamientos o diagnósticos.

El apoyo entre iguales es un sistema que consiste en dar y recibir ayuda, que se basa en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad compartida, y de

acuerdo mutuo. Se trata de comprender la situación de otra persona con empatía a través del diálogo que establecen para relatar las experiencias compartidas de dolor emocional y psicológico. La experiencia vivida y relatada en primera persona es una herramienta valiosa para aportar a tarea de los trabajadores en salud mental. Los resultados de estas experiencias compartidas muestran que el apoyo entre iguales es una forma de terapia innovadora y eficaz para ayudar a las personas con problemas de salud mental.

Es tarea del AAM infundir esperanza a través del autotestimonio positivo. El AAM incluye en su tarea no solo el autocuidado de la propia enfermedad, explora nuevas formas de utilizar el conocimiento experiencial, o «*inteligentes de la calle*», para vérselas con los problemas de la vida cotidiana, no sólo con la enfermedad sino también con el hecho posible de tener escasos o nulos ingresos, de tener un albergue inestable, de superar el estigma, la discriminación y otros traumas.

El AAM presta y recibe ayuda basándose en los principios fundamentales de respeto, responsabilidad y acuerdo de lo que es útil. El apoyo mutuo no se basa en modelos psiquiátricos ni en los criterios de diagnóstico. Se trata de comprender la situación de la otra persona, con empatía y a partir de la propia experiencia emocional y psicológica... donde las personas son capaces de apoyar a otros sin las constricciones existentes en la relación tradicional (profesional-paciente).

Es obligación del AAM integrarse al equipo tratante del usuario además de supervisar su tarea con el **Programa de Apoyo y Cuidado de AAM de la Fundación de Bipolares de Argentina** que supervisa y evalúa una vez por mes el estado de recuperación clínica y personal del AAM.

Este programa puede otorgar licencias obligatorias de descanso a los AAM y si fuera necesario suplir las tareas que está llevando a cabo, supliendo transitoriamente su tarea con el apoyo de otro AAM.

Los encuentros entre el AAM y el usuario en recuperación se realizan en la casa del usuario, o en un café o simplemente saliendo a caminar, pero centralmente en un ambiente de intimidad y en un clima de paridad ya que el principio es que no hay un experto que sabe más que el otro, sino dos personas que en situaciones similares comparten su experiencia, una de ellas se encuentra en una etapa de mayor recuperación y aporta sus vivencias en primera persona para apoyar a la otra. No obstante, es posible y aceptable que el usuario en recuperación posea herramientas que también puedan ser de ayuda al AAM. El apoyo entre pares está concebido como una herramienta de ayuda mutua, de hecho todos los estudios que avalan su uso dan cuenta de los beneficios que aporta no solo al usuario en recuperación si no también al AAM (incrementa la sensación de bienestar

subjetivo, aumenta el sentido de control, y sorprendentemente disminuye el grado de síntomas psicóticos).

Los AAM pueden también tener encuentros con los familiares del paciente y realizar como “paciente experto” una suerte de psicoeducación que permite a las familias entender con más claridad el cuadro de su familiar/paciente a través del relato en primera persona de un par recuperado.

BIBLIOGRAFIA

Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11 –23.

Bambauer, K Z; Prigerson, H G. The Stigma Receptivity Scale and Its Association With Mental Health Service Use Among Bereaved Older Adults. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Feb; 194(2): 139–141.

Besio SW, Mahler J. Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:490-1.

Clement, S, Schauman, O, Graham, T. et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*. Volume 45, Issue 1 January 2015 , pp. 11-27

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y experiencia. (M. Italy, Ed.) *World Psychiatry -WPA Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)* , 10 (2), 123-128.

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6, 4-10.

Goldstrom, I., J., C., & Rogers. (2005). National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. New York: Administration Policy Mental Health & Mental Health Service Research.

Grove, B. (1999). Mental health and employment: Shaping a new agenda . *Journal of Mental Health* , 8, 131-140.

Halpern, R., Agarwal, S., Borton, L. A., & Babic, T. (2010, March). Real-World Assessment of Adherence and Persistence to Second-Line Disease-Modifying Therapies among Multiple Sclerosis Patients. *Neurology* (Vol. 74, No. 9, pp. A548-A549).

Harrington, S., & Restrepo Toro, M. (2013). Pares como compañeros de trabajo: entendiendo y respetando sus funciones. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría , XXIV (112), 440-444.

Hogan, M. New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America. Psychiatr. Serv. 2003 Nov; 54 (11):1467-74.

Mead, S., & Hilton D, C. L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. Psychiatry Rehabilitation Journal (41), 25-134.

Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2015-2020. Washington D.C. EUA 29 de septiembre al 3 de octubre 2014 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas

Peer2Peer. (2015). Peer2peer Curso de formación profesional. (F. Intras, Ed.) <http://p2p.intras.es./index.php/es/materiales-formativos>

Perkins R, Repper J, 2016 , Mental Health and Social Inclusion, Vol. 20 Issue: 4, pp.197-201

Restrepo- Toro, M. (2010). Entrecruzando nuestros caminos: Entrenamiento ara compañeros promotores de recuperación y rehabilitación. Boston: Center for psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Rodríguez, Jorge J. Kohn, Roberto Aguilar-Gaxiola. Sergio. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan American Health Org, 2009

Rossi P. Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas. 2009 Revista Vertex. Volumen XX - No 87 - Sep - Oct 2009. Pag 359

Saraceno, Benedetto; Fleischmann, Alexandra. La salud mental desde una perspectiva mundial. En: Rodríguez, Jorge J. Salud mental en la comunidad. Washington, D. C, OPS, 2009. p.13-25. Serie Paltext para ejecutores de programas de salud, 49.

Rodríguez, A. (coordinador) Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed Pirámide, 1997

Scheffer, R. (2003). Addressing Stigma: Increasing Public Understanding of Mental Illness. The Standing Senate Committee on Social Affairs. Science and Technology

Sledge WH, Lawless M, Sells D et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. Psychiatr Serv 2011;62:541-4.)

Stastny, P., & Brown, C. (2013). Pares especializado: dificultades y diseminación a nivel mundial. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría , XXIV (112), 455-459.