# 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

**Sara Ardila Gómez**

*Psicóloga; Doctora en Salud Mental Comunitaria; Becaria Posdoctoral CONICET, sede Universidad Nacional de Lanús; Docente/ Investigadora Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.*
*E-mail: saraardi@gmail.com*

**Martín Agrest**

*Lic. en Psicología; Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.*
*Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental.*
*E-mail: magrest66@gmail.com*

**Daniel Abadi**

*Médico Psiquiatra; Coordinador del Área de talleres y rehabilitación (SUM), Proyecto Suma.*
*E-mail: daniel.abadi@gmail.com*

**Carmen Cáceres**

*Lic. en Psicología; Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental.*
*Equipo de Capacitación, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, Hospital Interzonal "José A. Estéves".*
*E-mail: carmenmercedes7@yahoo.com.ar*

**Resumen**
La inclusión de pares al trabajo en Salud Mental ha sido terreno de discusión, en términos de la delimitación de las incumbencias de su tarea, así como de su relación con los equipos de profesionales. Algunos consideran la necesidad de capacitar a los pares en herramientas de intervención, y otros ven peligro en ello, en la medida en que dicha práctica podría tener la pretensión de reemplazar ciertas tareas ejercidas por profesionales. Con base en tal debate, y a partir del relato de una experiencia de inclusión de pares al trabajo en una institución de Salud Mental, se reflexiona acerca de la relación entre pares y profesionales, así como sobre la especificidad del rol del par. Se plantea que uno de los aportes de la incorporación de pares a los equipos de Salud Mental es el de ayudar a los profesionales a reflexionar sobre la dimensión relacional de su tarea, y sobre sus formas de tratar y pensar acerca de los pacientes.
**Palabras claves**: Apoyo Social - Salud Mental - Atención al Paciente.

PEERS CONTRIBUTION TO MENTAL HEALTH WORK: CONSIDERATIONS ON THE RELATIONSHIP BETWEEN FORMAL AND INFORMAL HELP. A CASE STUDY IN A MENTAL HEALTH FACITILY IN BUENOS AIRES

**Abstract**
Including peers to the mental health workforce has been part of a larger debate regarding specificity and incumbencies of peers' work, as well as their relationship with other workers. While some members of the workforce are proposing to train peers to have them help in different settings and interventions, others see them as unfair and underprepared competitors trying to replace them. Based on this debate, and from a Collective Health perspective on the concept of "care", this paper supports the idea that, since they put "care" as central to anything done by the mental health workforce, peers could be crucial to practices in Mental Health. An experience that took place in a Day Hospital in Buenos Aires City, conversed within a group dedicated to reflect on peers' support, is analyzed in order to unveil the relationship between peers and professionals, as well as peers' specificity. It is withstand that one of the main contributions of including peers is to help professionals think more about the relational dimension of their work and about the way they treat, call and refer to patients.
**Key words:** Social support - Mental health - Health care.

## Introducción

La inclusión de personas que han atravesado situaciones de padecimiento mental y que han logrado hacer de dicha experiencia una oportunidad para, en calidad de pares, ayudar a otros en su recuperación no es algo novedoso. Existen registros de que a fines del siglo XVIII el superintendente del Hospital Bicêtre de Paris sugería al célebre Philippe Pinel que contratara a personas que tuvieran la experiencia de haber estado internadas ya que ellas serían "*más amables, honestas y humanas*" (6). Desde entonces, estas experiencias se han multiplicado aunque, en los últimos veinte años, han cobrado algunas características novedosas. La participación de personas que han sufrido trastornos mentales en calidad de pares se liga hoy día a cuestiones de derechos, a un reconocimiento de sus capacidades (que está presente tanto en la legislación nacional como internacional), a una concepción del devenir de sus padecimientos bajo la perspectiva de la recuperación (*recovery*) y, por último, al reconocimiento más extendido por parte de los profesionales de la salud mental que estas personas pueden cuidarse y cuidar a otros de modos indudablemente valiosos y, a su vez, diferentes de la forma de hacerlo de los profesionales, lo cual hasta hace unas pocas décadas solo eran imaginables como tareas que podían desempeñar quienes hubiesen realizado estudios formales en la materia.

Tampoco es nuevo que las personas se ayudan y apoyan por fuera de las redes formales (8, 9), siendo éste un fenómeno que ni siquiera es privativo de los seres humanos. Los estudios de fines del siglo XIX en el reino animal, sintetizados en el libro "*Mutual aid: a factor of evolution*" (13), enseñan la notable capacidad de asociación vinculada a la caza, la alimentación, el cuidado de las crías, la defensa o la migración, entre los más variados grupos de animales, observándose, inclusive, ayuda entre diferentes especies.

Mucho antes de existir sistemas formales de ayuda, las personas colaboraban entre sí y se daban soporte y, afortunadamente, este accionar humano persiste. Es un fenómeno relativamente reciente que los apoyos para el padecimiento mental se centren en servicios formales de salud, profesionalizando y reglando formas de interacción que derivan de los cuidados que todas las sociedades -en mayor o menor medida- todavía conservan como patrimonio de la población en su conjunto. La mayor proliferación del cuidado formal se ha producido junto con el proceso de urbanización, principalmente en los grandes conglomerados humanos, en donde el tiempo para la amistad y el compartir entre iguales han ido perdiendo fuerza a tenor del crecimiento tanto del anonimato como de los servicios profesionales. Cabe mencionar aquí el ya clásico estudio piloto sobre esquizofrenia desarrollado entre fines de la década de los sesenta y principios de los setenta por la Organización Mundial de la Salud, en el cual se señaló que las diferencias en el curso de la esquizofrenia en distintos contextos culturales podía relacionarse con la mayor o menor presencia de lo que en aquí denominamos como apoyo y cuidado informal (20).

Ahora bien, y de la mano de este proceso de urbanización de la humanidad que se ha acelerado en los últimos 50 años, se produjo una transformación en el modo de ayuda entre las personas, y la adjudicación de la capacidad de ayuda a "cuidadores expertos", los profesionales de la salud mental, vino aparejado de una devaluación de las capacidades de ayuda supuestas a los "no expertos". Pese a que siguieron, y siguen existiendo distintas formas de ayuda y resolución de los problemas, de los cuales los saberes y prácticas profesionales son sólo una dentro del abanico de opciones que utilizan las personas, se considera a esas otras formas de ayuda y cuidado como auxiliares, secundarias y subordinadas respecto a las prácticas y saberes profesionales (14).

No obstante lo anterior, un fenómeno que se ha ido produciendo a la par de la expansión del campo de acción de los profesionales y de su especialización y tecnificación, es el de la constatación de sus propios límites y problemas (12). Al respecto, las críticas a la medicalización de las últimas décadas cuestionan los límites de la intervención profesional, así como la inclusión dentro del campo profesional de prácticas que formaban parte de la "vida cotidiana". En este escenario, podría señalarse que la ayuda de pares surge como un elemento que ejemplifica tal debate: por un lado, puede ser visto como la captura por parte del saber profesional de un hecho que era cotidiano -el que personas con problemas similares se ayudasen-; pero, por el otro, puede ser visto también como un reconocimiento desde el saber profesional de los límites de su intervención, de la importancia de apoyar y sumar otras formas de ayuda, sin que ambos fenómenos resulten excluyentes.

En todo caso, la discusión de fondo que se presenta es si la ayuda de pares debe ser "organizada" desde los profesionales, o si el rol que cabe a los profesionales con la ayuda de pares es el de acompañarla intentando generar condiciones de posibilidad para que ese fenómeno cotidiano se potencie. Podría agregarse, además, una segunda cuestión y es la pregunta por lo que es específico de la ayuda dada por un par. Los pares conocen la enfermedad desde la vivencia y experiencia propia, que es distinta a la conceptualización que hacen de ésta los profesionales (11). Conocen las trayectorias que deben seguirse para la atención del padecimiento desde aquel que debe integrarlas (14). Saben acerca de lo que ocurre con las personas con enfermedad mental fuera de las horas de atención o consulta, es decir, la mayoría del tiempo en la vida de la gente, conociendo en este sentido lo que es "la vida real" de las personas (16). Y, además de lo anterior, los pares poseen una visión del que padece como un otro semejante, y en ese sentido, hacen presente lo que es el cuidado o, como se ha denominado, "*la dimensión ética de las prácticas en salud*" (15).

Así, y aunque esta dimensión cuidadora debería estar presente en toda práctica de salud, el par la trae y

recuerda todo el tiempo. Si hay un par presente, los profesionales comenzarán a reflexionar, idealmente, sobre los modos en los cuales hablan y tratan a las personas que atienden, a los "pacientes", porque se trata, fundamentalmente, de un semejante. Clay (4) señala que el rol de un par "especializado" o "especialista" (7) sería doble: en tanto función emancipatoria (que implica una creciente responsabilidad en la propia recuperación, las necesidades, aspiraciones y objetivos) y en tanto función de cuidado (basada en el apoyo empático y en el aliento, con el adecuado resguardo como para no constituirse en una presión).

Entonces, ¿qué significa que se estén incluyendo pares en los servicios formales de atención de personas con trastorno mental?, ¿es una recuperación de los aspectos positivos de la ayuda informal en el seno de instituciones y, de este modo, recuperar el humanismo que podría haberse perdido al tiempo que se perfeccionó su formalización?, ¿qué implicancias tiene para los servicios de Salud la formalización de la ayuda entre pares?, ¿es parte de la pérdida de los vínculos de apoyo informales, tal como lo fue el surgimiento de profesionales en la materia?, ¿sería parte de un proceso de "protocolozación", o si se prefiere, de "profesionalización" de la ayuda, inclusive entre iguales?, ¿cuál puede ser el aporte de los pares en los equipos profesionales?

Así, y a partir de una experiencia de ayuda entre compañeros de un Hospital de Día (HdD), relatada en un grupo de trabajo formado por usuarios y profesionales para el acompañamiento de pares, se analizará la relación que se produce entre la ayuda formal e informal en una institución concreta de Salud Mental, así como el rol del par en dicho contexto. Se intentará entonces, abrir la reflexión sobre algunos de los interrogantes anteriormente planteados, tales como la relación entre profesionales y pares y sobre lo que sería específico de la ayuda brindada por un par.

## Gestación de un grupo de reflexión sobre la tarea del acompañamiento entre pares

A comienzos de 2012 un grupo de profesionales -psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras y un comunicador social- pertenecientes a Proyecto Suma, ONG dedicada a la Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental, interesados en la perspectiva de los usuarios y en los trabajos que realizan equipos de navegación por la comunidad que incluyen a pares (5), comenzaron a reunirse para diseñar un "curso de capacitación para pares". Las bases fundamentales para pensar en dicho curso eran la valorización de la experiencia de quienes habían atravesado problemas mentales y habían logrado algún tipo de inclusión social con posterioridad a esta situación. A diferencia de jerarquizar exclusivamente el saber técnico y profesional, un tipo de relación de saber unidireccional, esta propuesta intentaba privilegiar el saber experiencial de quien estuviese interesado en acompañar a otros desde su propia posibilidad de superar los obstáculos derivados de su trastorno mental.

Luego de algunos encuentros en los que se discutió acerca de la factibilidad y el sentido de capacitar a pares, siendo que lo que se proponía era valorizar su saber, se decidió modificar la convocatoria. El propósito no sería enseñar a los pares algún saber para que pudiesen acompañar a otros en la recuperación, sino conversar entre todos (usuarios de Proyecto Suma, de otras instituciones, ex usuarios, y profesionales) acerca de "las capacidades y posibilidades que las personas tenemos para ayudar a otros". El grupo quedó conformado por ocho personas, entre usuarios y profesionales, quienes se reunieron durante algunos meses a la manera de un grupo de reflexión sobre el tema de la ayuda. Entonces, de los participantes de ese grupo surgió un diseño posible para un curso de capacitación para el acompañamiento: consistiría en tres encuentros, coordinados cada uno de ellos por un usuario y un profesional, cuyos temas estarían contemplados de antemano según el consenso de todo el grupo de trabajo que había venido reuniéndose hasta ese momento. Estos fueron: 1) La trama social y el Sistema de Salud. ¿En qué consiste? ¿Quiénes nos pueden ayudar para poder ayudar? 2) La recuperación, algo que nadie puede hacer por nosotros pero que tampoco podemos hacer sin los otros. 3) ¿Cómo trabajar junto con profesionales de la salud mental? Cada encuentro contemplaría el trabajo sobre situaciones cotidianas y prácticas. Cada usuario eligió en qué lugar estaría en el curso: tres de ellos aceptaron formar parte de la coordinación y solo uno prefirió ser únicamente asistente del curso.

Entre todos se planteó que el objetivo fundamental del curso sería el de "ampliar las capacidades de ayuda de todas las personas y acompañar en el descubrimiento de las propias potencialidades para ayudar". La convocatoria, no obstante, no fue la esperada, y solo contó con un nuevo asistente al curso (llamado Alberto), quien se atendía en el HdD de la institución. Sin embargo, esa persona se entusiasmó profundamente con la tarea de ayudar, al finalizar el curso se incorporó al grupo de trabajo que venía funcionando y, mientras seguía concurriendo al HdD, se transformó en la persona más activa en cuanto a la reflexión y participación en las conversaciones sobre la ayuda ofrecida y el promotor más significativo ante otros usuarios de la importancia de concurrir a este espacio de intercambio. De ahí en más el grupo se transformó en un espacio de reflexión y apoyo de las intervenciones de ayuda encaradas por los mismos usuarios, con el decisivo impulso de los relatos concretos de apoyo informal que este participante transmitía sobre lo que le sucedía con un compañero del HdD fuera de los horarios del dispositivo.

## ¿Un par en acción?

Luego de poner al tanto a los coordinadores de las distintas áreas de la institución sobre las actividades del grupo y conversar con ellos sobre la posibilidad de ir incorporando pares al trabajo de asistencia y rehabilitación, sucedió un hecho particularmente significati-

vo y que fue discutido en el grupo mixto de reflexión y acompañamiento a las intervenciones de los pares. Alberto comienza a traer al grupo las vicisitudes de su ayuda a un compañero del HdD, lo que le provoca que su compañero esté sufriendo y se lo transmita a él casi exclusivamente, sus llamados en momentos de desesperación, etc. Las conversaciones en nuestro espacio rondan con frecuencia el tema de la diferencia entre la ayuda de un amigo y la ayuda de un par. En el primer caso, la ayuda es entre dos personas necesariamente conocidas entre sí, mientras que en el segundo caso la ayuda puede ser entre dos desconocidos que solo tengan en común que explícitamente padecen o han atravesado situaciones de sufrimiento mental severo. Otro punto que surge frecuentemente es cuál podría ser la manera de no quedar entrampado y angustiado por el padecimiento ajeno. Es decir, cómo ayudar sin experimentar un sufrimiento tan intenso que sea capaz de desestabilizar a quien pretendía acompañar a otro desde el lugar de par.

Al cabo de unas semanas, a pedido de una integrante del grupo que está al tanto de lo sucedido, Alberto relata una situación de ayuda a su amigo, también paciente del HdD, que lleva nuestra reflexión sobre nuestros encuentros, con cierta dosis de autocrítica, a un nuevo nivel. Esta persona a quien Alberto ayuda no toma adecuadamente la medicación que le controla su psiquiatra (que no es de la institución) ni cumple el tratamiento del HdD. Alberto recibe el llamado de su amigo para decirle que se cortó los pies con una gillette. Alberto reacciona con bastante tranquilidad, pese a sentir que queda a cargo de la situación. Nos cuenta que le sugiere a su amigo duplicar la dosis de medicación que toma para dormir y así descansar. Todos en el grupo nos miramos y lo miramos, con sentimientos que recorren la gama de la sorpresa, la angustia y el temor. Alberto no se detiene allí, cuenta que se da cuenta de que no tiene a quién llamar ya que no tiene el teléfono de la familia ni del psiquiatra de su amigo y, dado que vive a 60 km de distancia, termina avisando a la policía para que se dirija al domicilio de su amigo. Le cuesta precisar qué hizo en cada momento. Si llamó más de una vez, o si fue en el mismo momento que recibió el llamado o al otro día.

Lo cierto es que termina buscando apoyo en la institución, a donde concurre recién a la mañana siguiente. Al venir al HdD avisa de la situación crítica que atraviesa su amigo, pide que lo llamen. En otras palabras, que no lo dejen solo (ni a su amigo, ni a él con lo que le pasa a su amigo). Al rato le dicen los profesionales del HdD que no lograron ubicarlo. No es la respuesta que espera Alberto, que se mete en el cuarto de enfermería y termina buscando en la Historia Clínica de su amigo para obtener el teléfono de la madre. En el grupo, Alberto relata que él sí consigue hablar con ella (cuando los profesionales no la habían ubicado o, en realidad, cuando a los profesionales esta señora no había querido atenderlos). Lo que parecía ser un límite del HdD en lo que se refiere a atender a este paciente, Alberto avanza un paso más guiado por su amistad (¿sostenido en el apoyo del grupo de pares?, ¿alentado por el valor dado a la capacidad de ayuda que él podía tener?) ,y ofrece una ayuda que procura suplir lo que los profesionales no lograron brindar. Finalmente, la situación de urgencia se resuelve pero, como consecuencia, de ahí en más la familia deja de atender el teléfono cuando llama Alberto (quien queda ya inscripto en la serie de “los profesionales”). Su amigo sale de esta situación e, incluso, viene un día al grupo de pares, interesado en ayudar a otras personas. Al poco tiempo consigue

un trabajo, deja de venir también al grupo, pero sigue contando con su amigo, con quien mantiene una relación similar a la que mantenía con anterioridad a este episodio que se relata.

## Discusión

A partir de esta viñeta, sobre la experiencia del grupo de reflexión y acompañamiento de las intervenciones hechas por los pares, se retomarán las preguntas planteadas inicialmente.

La primera de ellas se refería al rol de los profesionales en relación a los pares, y derivada de ella, las relaciones que se producen entre pares y profesionales. En este sentido, es importante señalar que la iniciativa por el desarrollo del curso de capacitación surge inicialmente de parte de algunos profesionales, y que después, gracias a la inclusión de usuarios, esta propuesta se ve modificada. Es decir, a partir del trabajo conjunto se comprende desde los profesionales, que no se trata de enseñar a ayudar, sino de hacer visibles y valoradas las formas de ayuda que ya existen. Y a su vez, se comprende desde algunos de los pares, que no se trata de incorporar herramientas de ayuda "técnicas" para poder ayudar (por ejemplo, conocimientos sobre psicopatología), sino de reconocer las propias ya existentes.

Ello posiblemente se relacione con los planteamientos de White y Epston (19) en el sentido de buscar los hechos aislados -en este caso, de capacidad de ayuda de y entre las personas-, engrosar tales hechos, y hacerlas parte de la versión "dominante" de las personas sobre sí mismas, agregándole al rol de paciente o persona con enfermedad mental, el rol de persona que ayuda, o si se prefiere, de "par". Ahora bien, es importante señalar que ese cambio de versiones dominantes y alternativas no se produce, ni se debería producir, desde esta perspectiva -sólo en los pares- sino también en los profesionales, hecho que, sin duda, constituye un reto a la propia formación profesional, en la medida en que gran parte de ésta se enfoca en el afianzamiento de las habilidades de selección e identificación de los fenómenos problemáticos y patológicos, por sobre el total de los eventos de su experiencia vital (10).

Otro hecho que merece destacarse acerca de la relación entre pares y profesionales, se refiere a las expectativas o ideas de los profesionales respecto al rol a desempeñar por los pares. Una cuestión significativa, aunque no incluida en el relato anterior, pero que ilustra este punto, se refiere a que al hablar con los equipos profesionales de la institución sobre la inclusión de pares en los equipos de trabajo, surgió el caso de una persona que asistía a un taller de la institución que no se bañaba, y se sugirió que una tarea posible a asignar al par era que se lo hiciese notar. Lo anterior da cuenta de las expectativas o imaginarios de lo que puede hacer un par, entendiendo su participación como vinculada a actividades relacionales más que técnicas. Es de señalar, no obstante, que la escisión en el quehacer profesional entre una dimensión técnica y otra relacional, ha sido analizado como uno de los problemas de los actuales sistemas y servicios de salud (3, 18), en la medida en que en salud el objeto de trabajo es a su vez un sujeto, y pretender dividir tales aspectos, en personas o roles diferentes -sean estos pares u otros profesionales- resulta contradictorio con la tarea misma.

Lo anterior deriva al siguiente interrogante propuesto, referido a lo que sería específico del rol del par y de la ayuda brindada por éste. Al respecto, un tema que generó numerosas conversaciones en el grupo de

reflexión sobre la tarea del acompañamiento de pares, fue si un par era un amigo. Se procuró hacer diferenciaciones entre uno y otro rol, en el sentido de inscribir el accionar del par en un marco y contexto institucional, es decir, que al ayudar a otro lo hace como integrante de una institución, la cual a su vez avala su quehacer. Esto trae, desde luego, limitaciones a las acciones que pueden ser desarrolladas por el par, las cuales seguramente no existirían, o tendrían un significado distinto, si se dieran en el contexto de una relación de ayuda entre amigos, o tan sólo en la relación de ayuda entre dos personas por fuera de un marco institucional. Ahora bien, es importante tener presente que las limitaciones dadas por las instituciones al quehacer propio, no sólo ocurren en el caso de los pares, sino de todos los integrantes de las mismas, aunque posiblemente en el proceso de inserción institucional, tales limitaciones se asuman como propias y como parte del propio rol.

Pero volviendo a la cuestión de la especificidad del rol del par, la situación relatada permite observar varios elementos: están el gran compromiso e identificación con la situación de la persona que tenía el problema. También el brindar la ayuda en el momento en que se necesitaba, la inmediatez, el traspasar los límites del horario de oficina. A su vez, la convicción de que había que resolver el problema y el buscar soluciones a como diera lugar, contactando a quien fuera y como fuere. La pregunta es si todo esto sería específico del rol de par, o si serían acciones que, bajo ciertas circunstancias y en determinados momentos, también serían posibles de realizarse por parte de otros integrantes de las instituciones de Salud Mental.

Lo que resulta significativo es que algunas de las acciones desempeñadas por Alberto en la situación descrita, hablan de que en el centro estaban las necesidades de la persona que requería la ayuda. Posiblemente, esta sería, entonces, la especificidad dada por el par, en el sentido de colocar en el centro las necesidades de los usuarios, sin querer decir con esto que las instituciones no las tengan presentes, sino que, desde la perspectiva y experiencia del par-usuario, éstas resultan ser lo fundamental. De este modo, podría señalarse que la especificidad del par, además de ayudar a los usuarios, además de ayudar a sí mismo en la medida en que se percibe como capaz de brindar ayuda, también ayuda a los profesionales y más allá de estos, a la organización de los servicios de Salud, en la medida en que hace presente, todo el tiempo, que el objetivo final de los mismos es el cuidado (3), y contribuye así a reflexionar en los modos en que el tratamiento y/o la curación, incluyen, también, al cuidado.

## Conclusiones

Reflexionar acerca de la inclusión de pares en los equipos de trabajo de los servicios de Salud Mental conduce a pensar en las posibilidades que se abren cuando las instituciones avanzan en la inclusión de otros saberes, no sólo profesionales (17), a las prácticas que realizan. Específicamente, los pares contribuyen a poner en el centro del accionar de las instituciones y de los profesionales, al usuario y sus necesidades.

De este modo, la incorporación de pares lleva a cuestionarse sobre la dicotomía planteada entre ayuda formal y ayuda informal, en la medida en que, pese a constituirse como culturas diferentes, poseen más similitudes de las que tal división permite observar. Así, la presencia de "ayuda informal" en instituciones formales de ayuda lleva a reflexionar sobre lo que hay de informal en éstas, y a su vez, lleva a observar el hecho que incluso la ayuda informal, como toda forma de interacción humana, está inscrita en ciertas reglas y pautas, así éstas no sean explícitas (2). A su vez, la inclusión de pares hace presente la necesidad de integración entre la dimensión técnica y la dimensión relacional en la atención en Salud y Salud Mental, y el peligro que implica en disociarlas en roles diferenciados (profesional vs. par, profesional 1 vs. profesional 2).

Por último, es posible que la mayor contribución de los pares en los equipos de trabajo sea la de ayudar a los profesionales (7) a que, por ejemplo, tengan una lógica menos centrada exclusivamente en los déficits, valoren más las capacidades que tienen todas las personas (incluida la de ayudar a otros), dejen de pensar siempre en términos de "*nosotros* (los profesionales) y *ellos* (los pacientes)", tengan una experiencia diferente de la recuperación, y presten atención al cuidado que brindan más allá de otras imprescindibles dimensiones técnicas de su saber y accionar. Sin duda, el ser escuchados y observados por esos "otros", lleva a que modifiquemos nuestro modo de pensar y de referirnos a "ellos" (1) ■

## Referencias bibliográficas


1. Andersen T. El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa; 1994.
2. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968.
3. Campos GWS. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
4. Clay S. On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005.
5. Compton MT, Hankerson-Dyson D, Broussard B, Druss BG, Haynes N, Strode P, et al. Opening doors to recovery: a novel community navigation service for people with serious mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (11): 1270-2.
6. Davidson L, Bellamy Ch, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012, 11: 123-128.
7. Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (10): 1037-44.

8. Froland C, Pancoast D, Chapman N, Kimboko P. Helping networks and human services. London: Sage Publications Inc.; 1981.
9. Gracia Fuster E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós; 1997.
10. Goffman E. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1961.
11. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books; 1988.
12. Kleinman A, van der Geest S. 'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie* 2009; 21 (1): 159-168.
13. Kopotkin P. Mutual aid: a factor of evolution. Hong Kong: Forgotten Books: 2008.
14. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet* 2003; 8 (1): 185-207.
15. Michalewicz A, Pierri C, Ardila Gómez S. Algunas consideraciones acerca del concepto de cuidado en el campo de la Salud Colectiva [en prensa]; 2013.
16. Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Pax; 1995.
17. Stolkiner A. Equipos interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?). *El Campo-Psi* 1999; 3 (12). Disponible en: http://www.campopsi.com.ar/nuevo/anteriores.htm.
18. Testa M. El hospital visto desde la cama del paciente. *Salud, problema y debate* 1993; 5(9).
19. White M, Epston D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Buenos Aires: Paidós; 1993.
20. World Health Organization. The international pilot study of schizophrenia. Geneva: World Health Organization; 1973.



Centro Psicopatológico Aranguren

Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

***Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno***

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar