

## **10 Principios Terapéuticos psicoeducativos y cognitivo - conductuales para el Espectro Esquizofrénico y función del Acompañante Terapéutico.**

**Eje Temático:** - AT y territorios.

**Palabras claves:** Acompañamiento terapéutico - Terapia cognitiva - conductual - Esquizofrenia.

La necesidad de compañía y estimulación humana es algo que se ha reconocido desde tiempos remotos. Es un fenómeno transcultural la costumbre de que los afligidos por enfermedades, muertes o desgracias, reciban ánimo y apoyo de parientes, amigos, vecinos o incluso extraños que puedan permanecer con esa persona hasta que recupere su funcionalidad (Tolosa, 2014). En este sentido, el desarrollo científico de la psicología ha puesto de manifiesto la eficacia terapéutica del contacto personal entre un agente terapéutico y el paciente (Genise, 2015; Gómez, 2010; Manson et al., 2002). En este contexto, ha surgido la figura del Acompañante Terapéutico como un profesional que integra un equipo interdisciplinario de salud que desempeña su función, tanto en la cotidianidad del paciente como en las instituciones asistenciales, con el objetivo común de resocializar a la persona que sufre (Dragotto & Frank, 2012; Kuras de Mauer & Resnizky, 2013).

Desde los primeros años en que se implementó en Argentina la definición operacional de Acompañante Terapéutico (AT), su función fue ajustándose de acuerdo al paradigma científico del momento. La primera mención de la que se tiene noticias es la de Eduardo Kalina (Goyeneche & Piccinini, 2013), quien en la década del 60 llamó Amigo Calificado al agente de salud que se desempeñaba en tratamientos convencionales, los cuales, solían fracasar o eran insuficientes. Sé conformó como una estrategia alternativa que se aplicaba cuando la internación clásica y la medicación no alcanzaban para los fines terapéuticos propuestos. Para Graño y Fernández (2016) si bien el AT es una práctica que data de la post guerra y toma un efecto germinal en la década del 60 y 70 en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, no se

puede afirmar que se haya establecido dentro de ese periodo de la historia debido a los obstáculos influenciados por la dictadura militar. Por lo cual, no ha sido hasta la década de los 90 a la actualidad que se ha venido delineando la conformación de su identidad profesional en Argentina, y ampliando sus redes en otros países como España, México, Uruguay, Brasil y Perú.

En este marco, el AT se amalgama en el nuevo paradigma de la Salud Mental en Argentina, la cual postula que el proceso de atención debe realizarse, preferentemente, fuera del ámbito de la internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (Sánchez & Zapata, 2016).

Desde el modelo cognitivo – integrativo del AT desarrollado por Tolosa (2015), se entiende al AT como un Auxiliar Terapéutico (AXT) que se configura en el encuadre del *empirismo colaborativo*, concepto que formulan Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) y que hace referencia a un vínculo que ambos integrantes consolidan en el marco de un dispositivo diseñado para la búsqueda de un cambio planificado. Los componentes de este empirismo colaborativo se expresan en actitudes de igualdad, de trabajo en equipo, de reparto de la responsabilidad para el cambio, de consideración positiva incondicional y de ausencia de juicios de valor.

Tolosa (2015) considera que el AXT se enmarca en una perspectiva integrativa porque su accionar se ajusta y enclava en abordajes terapéuticos basados en principios generales donde la organización de los diseños de intervención no se ajustan a un cuerpo teórico hermético. Cómo sostiene Fernández Álvarez (2003), se sostienen en hipótesis que atienden al conjunto de variables genéricas que componen la demanda y que pueden adaptarse de forma particular a cada paciente en su contexto.

En este marco, el abordaje de la esquizofrenia ha sido un emblema de la evolución de los tratamientos limitados a las paredes de una institución, o un consultorio, a los dispositivos contextuales o comunitarios donde se propende a que la persona que sufre recupere su bienestar en la comunidad misma a la cual pertenece.

Es decir que dadas las características generales en cómo se desarrolla y manifiesta el espectro esquizofrénico donde se observa un amplio deterioro funcional ( personal, social y laboral), la incorporación del AXT en los dispositivos terapéuticos puede resultar beneficiosa en distintos momentos del plan de trabajo, lo cual, se resume a continuación en diez aspectos nodales que identifican a esta patología.

**Principio N° 1: El espectro esquizofrénico es un trastorno mental complejo que requiere dispositivos terapéuticos combinados, que integren aspectos biológicos, cognitivos y ambientales.**

El AT se integra, fundamentalmente, a dispositivos terapéuticos que requieren un tránsito continuo entre la planificación del plan terapéutico del consultorio y el dinamismo de la vida cotidiana del paciente. Es un proceso de retroalimentación positiva que le brinda al dispositivo terapéutico la posibilidad de realizar ajustes o la incorporación de nuevos elementos acorde a la fluidez de esos factores tanto personales como contextuales (Tolosa, 2017).

**Principio N° 2: Riesgo de suicidio: del 5 al 6 % de las personas que padecen Esquizofrenia poseen riesgo de morir por suicidio. Intentan suicidarse alrededor del 20 % al menos una ocasión y en muchos persiste la ideación suicida.**

La inclusión del AT como agente de prevención de intentos de suicidio suele ser una recomendación necesaria en caso de ambientes de elevada emoción expresada, ya que, la detección de signos de conducta de autodaño en la persona que padece esquizofrenia suele ser escasa. Aquí el AXT participa como un modelador de conductas funcionales en momentos de desregulación emocional en el paciente ( Tolosa, 2017 / 2014; NICE,2014).

**Principio N° 3: Produce deterioro progresivo de la funcionalidad social y laboral.**

El AT activa y sostiene actividades psicosociales planeadas por el equipo de tratamiento. Adquiere fundamento su incorporación en los casos donde la persona que padece esquizofrenia desarrolla patrones rígido de evitación psicosocial y su entorno suele conformarse como un agente mantenedor de dicha conducta problema (Tolosa, 2017; Sabatés & Garay, 2016) .

**Principio N° 4: Son personas altamente sensibles el estrés ambiental. Las recaídas frecuentes suelen deberse a entornos de Elevada Emoción Expresada.**

Aquí la función del AT es de suma trascendencia. La misma consistirá en detectar y prevenir actitudes de Elevada Emoción Expresada en el entorno del paciente con el objetivo de que no se exponga a un nivel de estrés nocivo, lo cual, puede significar el preludio a una recaída. Es tarea del AXT registrar los momentos, situaciones y actividades que implican experiencias de mayor complejidad para el paciente, permitiéndole así entrenarlo con mecanismos de afrontamiento más eficaces ante tales eventos, o bien, reducir el contacto con los mismos (Tolosa,2015).

**Principio N° 5: Es una enfermedad cerebral grave que requiere medicación psicofarmacológica de por vida.**

En los primeros fases del tratamiento suelen ocurrir dificultades para la toma apropiada de la medicación, sobretodo en pacientes reactantes con familias de elevada emoción expresa. En estos casos, el AT interviene en la generación del hábito de la ingesta apropiada de la medicación y concientiza acerca de la relevancia del psicofármaco como un factor protector ante las recaídas (Fabrissin, 2015).

**Principio N° 6: Propio de los trastornos mentales graves, poseen deterioro significativo de habilidades de autocuidado y sociales.**

La función del AT no es buscar una solución a una dificultad en sí misma, sino, que la familia y el paciente adquieran ciertas habilidades que le permitan afrontar de la manera más eficaz las situaciones conflictivas. Es

decir, que se pueda lograr una generalización de lo aprendido en el programa de tratamiento familiar a otras situaciones conflictivas de la vida diaria ( Tolosa, 2015).

**Principio N°7: El deterioro cognitivo progresivo es otro de los factores que colaboran en el deterioro funcional.**

El AT participará en tareas de rehabilitación neurocognitiva desde una perspectiva ecológica. Es decir, utilizará los recursos cotidianos de la persona que padece Esquizofrenia con el objetivo de activar funciones como: atención, memoria de trabajo, planificación y ejecución de planes (Mías, 2008).

**Principio N° 8: Patologías como la depresión y los trastornos adictivos son afecciones comorbidas frecuentes en Esquizofrenia.**

El AT participará en la detección y eliminación de mecanismos compensatorios disfuncionales de regulación emocional, los cuales, suelen ser agentes reforzadores de trastornos adictivos y apuntaladores del recrudecimiento de síntomas depresivos (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

**Principio N° 9: El aislamiento y la soledad es un reforzador negativo de las dificultades de adaptación a su entorno.**

El AT participará en la activación de la red social del paciente, bajo la idea de que el apoyo social influye en el nivel de salud, de forma que contribuye al desarrollo personal y disminuye el nivel de estrés. Dos aspectos significativos del apoyo social son: la percepción de que existen suficientes personas que puedan ayudarnos si fuera necesario y el grado de satisfacción con la ayuda existente (Tolosa 2015; Salgueiro, 2012).

**Principio N° 10: La autonomía personal se resume a áreas muy estrechas de su funcionamiento.**

El AT trabajará, a este nivel, potenciando la agencia y autoeficacia personal, a través del logro de objetivos realistas en el mejoramiento de la calidad de vida cotidiana. Esto es un recurso significativo ante la estigmatización del

paciente que padece un trastorno grave y crónico, lo cual, deriva en el deterioro progresivo de su autonomía personal (Tolosa & Jozami Nassif, 2016).

### *Bibliografía*

- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N. y Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*, Barcelona: Paidós.

- Fabrissin, J. (2015) Conceptos de Psicofarmacología para el AXT. En Dante (Eds) Del Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico. (pp. 224-245). Buenos Aires: Akadia.
  - Mias C. (2008). Principios de Neuropsicología Clínica con Orientación Ecológica. Aspectos teóricos y procedimentales. Editorial Brujas. Córdoba.
  - National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: The NICE Guideline on Treatment and Management*. (Updated Edition) (Clinical Guideline CG178). National Institute for Health and Care Excellence, Reino Unido.
  - Sabatés, J., & Garay, C., (2016). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Investigaciones en Psicología*, 21(3).
  - Salguero, M.C. (2012). Depresión y distimia. Modulo VI - Tema IV. Master Interdisciplinario de los Trastorno de la conducta alimentaria, Trastornos Emocionales y Trastorno de la Personalidad. Universidad de Valencia.
- Tolosa, D (2017). Recursos psicoeducativos y cognitivos - conductuales para Esquizofrenia. Una guía integrada para el terapeuta y el Acompañante Terapéutico. Editorial Akadia. (en imprenta).
- Tolosa, D. (2017 / 2015) Del acompañamiento al auxiliar terapéutico. Bases conceptuales, teóricas y clínicas de un modelo cognitivo - integrativo. Editorial Akadia. Segunda Edición.
- Tolosa & Jozami Nassif (2016) Técnicas y Estrategias de modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos.
- Tolosa, D. 2015). Bases conceptuales de la función del Auxiliar Terapéutico. En Dante Tolosa (Eds.), *Del Acompañamiento al Auxiliar Terapéutico* (pp. 3-11). Buenos Aires: Akadia.

**En portugués:**

**Título: Princípios psicoeducativos 10 Terapêutica e cognitivo - comportamental para espectro da esquizofrenia e função Chaperone Terapêutico.**

**Eixo Temático:** AT e território

**Palavras-chave:** Acompanhamento terapêutico - Terapia cognitivo-comportamental - Esquizofrenia.

A necessidade de estimulação humana e humana é algo reconhecido desde a antiguidade. É um fenômeno transcultural que as pessoas afligidas com doença, morte ou infortúnio recebem encorajamento e apoio de parentes, amigos, vizinhos ou mesmo estranhos que podem permanecer com essa pessoa até a sua função ser restaurada (Tolosa, 2014). Nesse sentido, o desenvolvimento científico da psicologia revelou a eficácia terapêutica do contato pessoal entre um agente terapêutico e o paciente (Genise, 2015; Gómez, 2010; Manson et al., 2002). Neste contexto, surgiu a figura de Terapia Chaperone como um profissional que integra uma equipa de saúde interdisciplinar desempenhou o seu papel, tanto no cotidiano das instituições paciente e cuidados de saúde, com o objetivo comum de re-socializar a pessoa que sofre ( Dragotto & Frank, 2012; Kuras de Mauer & Resnizky, 2013).

Desde os primeiros anos em que a definição operacional de Acompanhamento Terapêutico (AT) foi implementada na Argentina, sua função foi ajustada de acordo com o paradigma científico do momento. A primeira menção da notícia é a de Eduardo Kalina (Goyeneche & Piccinini, 2013), que na década de 60 chamou de Amigo Qualificado o agente de saúde que atuou em tratamentos convencionais, que costumavam falhar ou eram insuficientes . Foi formada como uma estratégia alternativa que foi aplicada quando a hospitalização clássica e a medicação não atingiram os propósitos terapêuticos propostos. Para Graño e Fernández (2016), embora TA seja uma prática pós-guerra e tenha um efeito germinal nos anos 60 e 70 na Capital Federal e Grande Buenos Aires, não se pode dizer que tenha sido estabelecido dentro desse período da história devido aos obstáculos influenciados pela ditadura militar. Portanto, não foi até a década de 1990 que a formação de sua identidade profissional na Argentina foi delineada e suas redes se expandiram em outros países, como Espanha, México, Uruguai, Brasil e Peru.

Neste contexto, o AT é incorporado ao novo paradigma da Saúde Mental na Argentina, que postula que o processo de atendimento deve ser realizado, de preferência, fora do âmbito da admissão hospitalar e no âmbito de uma

abordagem interdisciplinar e intersetorial, com base nos princípios da atenção primária à saúde (Sánchez & Zapata, 2016).

De cognitiva - integrativa AT desenvolvido pela Tolosa (2015), a AT é definido como um assistente terapêutico (AXT) que está definido no quadro do *empirismo colaborativa*, conceito formulado Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) e isso se refere a um link que ambos os membros se consolidam no âmbito de um dispositivo projetado para procurar uma mudança planejada. Os componentes deste empirismo colaborativo são expressos em atitudes de igualdade, de trabalho em equipe, de compartilhamento de responsabilidade pela mudança, de consideração positiva incondicional e de ausência de julgamentos de valor.

Tolosa (2015) considera que o AXT está enquadrado em uma perspectiva integradora, porque sua ação se encaixa e engloba abordagens terapêuticas baseadas em princípios gerais onde a organização de projetos de intervenção não está em conformidade com um corpo teórico hermético. Como argumenta Fernández Álvarez (2003), eles são baseados em hipóteses que atendem ao conjunto de variáveis genéricas que compõem a demanda e que podem ser adaptadas a cada paciente em seu contexto.

Nesse contexto, a abordagem da esquizofrenia tem sido um emblema da evolução dos tratamentos limitados aos muros de uma instituição ou clínica, a dispositivos contextuais ou comunitários em que se espera que o sofredor recuperem seu bem-estar em a própria comunidade a que pertence.

Em outras palavras, dadas as características gerais de como o espectro esquizofrênico se desenvolve e se manifesta em uma ampla deterioração funcional (pessoal, social e ocupacional), a incorporação de AXT nos dispositivos terapêuticos pode ser benéfica em diferentes momentos do plano de trabalho, que é resumido abaixo em dez aspectos nodais que identificam essa patologia.

**Princípio N° 1: O espectro de esquizofrenia é uma doença mental complexo que exige dispositivos terapêutico combinado que se integram aspectos biológicos, cognitivos e ambientais.**

O TA é fundamentalmente integrado com dispositivos terapêuticos que exigem uma transição contínua entre o planejamento do plano terapêutico da clínica e o dinamismo da vida diária do paciente. É um processo de feedback

positivo que dá ao dispositivo terapêutico a possibilidade de fazer ajustes ou incorporar novos elementos de acordo com a fluidez desses fatores, tanto pessoal como contextual (Tolosa, 2017).

**Princípio nº 2: risco de suicídio: 5 a 6% das pessoas com esquizofrenia têm risco de morte por suicídio. Pelo menos uma tentativa de suicídio é tentada por pelo menos 20% das vítimas de suicídio.**

A inclusão de AT como agente preventivo para tentativas de suicídio geralmente é uma recomendação necessária no caso de ambientes de alta emoção expressados, uma vez que a detecção de sinais de comportamento de auto-agressão na pessoa que sofre de esquizofrenia geralmente é escassa. Aqui, o AXT participa como modelador de comportamentos funcionais em momentos de desregulamentação emocional no paciente (Tolosa, 2017/2014, NICE, 2014).

**Princípio nº 3: Ele produz deterioração progressiva da funcionalidade social e laboral.**

O AT ativa e sustenta atividades psicossociais planejadas pela equipe de tratamento. Ele adquire uma base para a sua incorporação nos casos em que a pessoa que sofre de esquizofrenia desenvolve padrões rígidos de evasão psicossocial e seu ambiente geralmente se conforma como um agente que mantém esse problema de comportamento (Tolosa, 2017, Sabatés & Garay, 2016).

**Princípio nº 4: Eles são pessoas altamente sensíveis stress ambiental. As frequentes recidivas são muitas vezes decorrentes de ambientes de Alta Emoção Express.**

Aqui, a função do AT é de grande transcendência. Consistirá em detectar e prevenir as atitudes de alta emoção expressadas no ambiente do paciente para que elas não se exponham a um nível prejudicial de estresse, o que pode significar o prelúdio de uma recaída. É tarefa da AXT registrar os momentos, situações e atividades que implicam experiências de maior complexidade para o paciente, permitindo-lhe treiná-lo com mecanismos de enfrentamento mais efetivos antes desses eventos ou reduzir o contato com eles (Tolosa, 2015).

**Princípio N º 5:** É uma doença cerebral grave que requer medicação psicofarmacológica para a vida. Nos estágios iniciais do tratamento, muitas vezes ocorrem dificuldades na medicação apropriada, especialmente em pacientes reagentes com famílias de alta emoção expressa. Nesses casos, o AT interfere na geração do hábito de ingestão adequada de medicamentos e torna-se consciente da relevância das drogas psicoativas como fator protetor contra recaídas (Fabrissin, 2015).

**Princípio No. 6:** Proper de transtornos mentais graves têm comprometimento significativo em habilidades sociais e auto-atendimento.

A função do OT não é buscar uma solução para uma dificuldade em si mesma, mas sim que a família e o paciente adquiram certas habilidades que lhes permitam lidar com situações de conflito da maneira mais eficaz. Ou seja, é possível obter uma generalização do que foi aprendido no programa de tratamento familiar para outras situações conflitantes no cotidiano (Tolosa, 2015).

**Princípio nº 7:** O declínio cognitivo progressivo é outro fator que colabora na insuficiência funcional.

A TA participará em tarefas de reabilitação neurocognitiva de uma perspectiva ecológica. Ou seja, você usa recursos do cotidiano da pessoa com esquizofrenia, a fim de ativar funções como atenção, memória de trabalho, planejamento e implementação de planos (Mine, 2008).

**Princípio N º 8:** Patologias como depressão e distúrbios viciosos são condições comórbidas comuns na esquizofrenia.

participar na detecção e remoção de mecanismos compensatórios disfuncionais de regulação emocional, que tendem a ser reforço agentes vícios e proppants o agravamento dos sintomas depressivos (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

**Princípio nº 9:** Isolamento e solidão é um reforçador negativo das dificuldades na adaptação ao seu meio ambiente.

O AT participará da ativação da rede social do paciente, sob a idéia de que o apoio social influencia o nível de saúde, de uma forma que contribui para o desenvolvimento pessoal e diminui o nível de estresse. Dois aspectos

significativos do apoio social são: a percepção de que há pessoas suficientes que podem nos ajudar se necessário e o grau de satisfação com o suporte existente (Tolosa 2015, Salgueiro, 2012).

**Princípio N º 10: A autonomia pessoal para zonas muito estreitas de operação é resumida.**

A AT funcionará, neste nível, aumentando a auto-eficácia da agência e pessoal, através da realização de metas realistas na melhoria da qualidade do cotidiano. Este é um recurso significativo para a estigmatização do paciente que sofre de uma doença grave e crónica, que resulta na deterioração progressiva da autonomia pessoal (Tolosa & Jozami Nassif, 2016).

*Bibliografia*

- Beck, AT, Rector, NA, Stolar, N. Grant, P. (2010). *Esquizofrenia. teoria cognitiva, a pesquisa e terapia*, Barcelona: Paidós.
- Fabrissin, J. (2015) Conceitos de Psicofarmacologia para AXT. Em Dante (Eds) Acompanhamento ao Auxiliar Terapêutico. (Pp. 224-245). Buenos Aires: Akadia.

- Mias C. (2008). Princípios de Neuropsicologia Clínica com Orientação Ecológica. Aspectos teóricos e processuais. Editorial Bruges. Córdoba.
- Centro Colaborador Nacional para a Saúde Mental. (2014). *Psicose e esquizofrenia em adultos: a diretriz do NICE sobre tratamento e gestão*. (Edição Atualizada) (Diretriz Clínica CG178). Instituto Nacional de Saúde e Excelência do Cuidado, Reino Unido.
- Sabatés, J., & Garay, C., (2016). Terapia cognitivo-comportamental da esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. *Psicología Research*, 21 (3).
- Salguiero, MC (2012). Depressão e distimia. Módulo VI - Tema IV. Mestre Interdisciplinar de Transtornos Alimentares, Transtornos Emocionais e Transtorno de Personalidade. Universidade de Valência.
- Tolosa, D (2017). Recursos psicoeducativos e cognitivo-comportamentais para esquizofrenia. Um guia integrado para o terapeuta e o Companheiro Terapêutico. Editorial Akadia. (na impressão).
- Tolosa, D. (2017/2015) Do acompanhamento ao auxiliar terapêutico. Bases conceituais, teóricas e clínicas de um modelo cognitivo-integrativo. Editorial Akadia. Segunda edição.
- Tolosa & Jozami Nassif (2016) Técnicas e Estratégias de Modificação do Comportamento para Companheiros Terapêuticos.
- Tolosa, D. 2015). Bases conceituais do papel terapêutico auxiliar. Em Dante Tolosa (Eds.), *Do Acompanhamento aos Auxiliares Terapêuticos* (pp. 3-11). Buenos Aires: Akadia.