

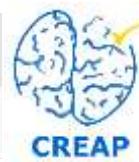


GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



IMERSO



Centro de
Referencia
Estatal de
Atención
Psicosocial

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA INCLUSIÓN DEL AGENTE DE APOYO ENTRE IGUALES EN RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL

IMERSO. MARZO 2025

CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (CREAP)

Edita:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

https://creap.imserso.es/documents/20123/924348/20250609_gbp_inclusion_aai_recursospublicos.pdf

<https://cpage.mpr.gob.es/>

NIPO: 235250044

Fecha edición: 2025

Autor

Juan Lázaro Mateo. *Director Gerente del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).*

Colaboradores

Ana Isabel Ruiz Sanchez. *Técnico de Apoyo Mutuo en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.*

César Ferrer Fas. *Técnico de Apoyo Mutuo en el Creap mediante la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social.*

Diseño y maquetación: Juan Lázaro Mateo

Las imágenes utilizadas en este documento en las cuales aparecen personas fueron generadas con inteligencia artificial mediante la aplicación DALL-E, por lo que carecen de derechos de copyright ya que OpenAI permite el uso de las imágenes generadas sin restricciones de derechos de autor. Las imágenes de las instalaciones del Creap son propiedad del Imserso, teniendo este pleno derecho para su uso y difusión.

La información está actualizada a fecha de redacción de la guía, en marzo de 2025.

Esta guía se ha redactado con los principios del lenguaje inclusivo, también del lenguaje no estigmatizante, así como de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia.

Índice

ÍNDICE	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	5
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	6
INTRODUCCIÓN	8
EL APOYO MUTUO ENTRE IGUALES	9
Experiencias alrededor del mundo.....	12
Experiencias de implementación en España	18
La primera implementación estable desde las instituciones públicas estatales	26
DISPOSICIONES GENERALES	30
COMPETENCIAS DEL AGENTE DE APOYO MUTUO	33
INTERVENCIONES INDIVIDUALES.....	34
INTERVENCIONES GRUPALES	36
ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN.....	37
CAPACITACIÓN NECESARIA	38
EVIDENCIAS DE EFICACIA TERAPÉUTICA	39
REVISIONES SISTEMÁTICAS	40
ESTUDIOS CONCRETOS.....	43
TÉCNICOS DE APOYO ENTRE IGUALES EN EL CREAP	46
PROCESO DE PREPARACIÓN	47
LA INTEGRACIÓN EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR.....	51
LA PERSPECTIVA DE LOS AAI	55
ENCUESTA A LOS AAI DEL CREAP	55
SATISFACCIÓN CON SUS SERVICIOS	59
ENCUESTA A PERSONAS USUARIAS DEL CREAP.....	60

RETOS DE FUTURO Y RECOMENDACIONES.....	67
BIENESTAR DE LOS AAI.....	84
DERECHO A LA PROTECCIÓN DE DATOS	85
REGULACIÓN DE LA FIGURA PROFESIONAL	86
OFERTA DE FORMACIÓN OFICIAL	87
INCLUSIÓN EN LOS CONVENIOS LABORALES.....	88
VALIDACIÓN DE INTERVENCIONES PROPIAS.....	88
PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS	89
DESAFÍOS, BARRERAS Y LIMITACIONES	90
CRÍTICAS A LA FIGURA DEL AAI.....	92
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES	95
REFERENCIAS.....	98
BIBLIOGRAFÍA DE LA GUÍA	99
BASE LEGAL REFERENCIADA.....	108

Resumen

El apoyo entre iguales en salud mental es un enfoque terapéutico en el que dos personas con problemas de salud mental se brindan apoyo mutuamente. Esta labor se ha profesionalizado alrededor de todo el mundo y en España se está estableciendo desde hace dos décadas. El técnico o agente de apoyo entre iguales, es una figura profesional con formación y experiencia propia en salud mental, que se integra en los equipos interdisciplinares como un miembro más. Este modelo, que complementa los tratamientos tradicionales, fomenta la recuperación mediante el intercambio de experiencias personales y promoviendo la esperanza. Ya sea en grupos formales o informales, estas personas actúan como modelos de rol al demostrar que la recuperación es posible, fortaleciendo la autoestima y el sentido de pertenencia. Organizaciones y programas estructurados de *peer support* han demostrado mejorar la adherencia terapéutica, reducir hospitalizaciones y empoderar a los participantes, destacándose como un pilar clave en los sistemas de salud mental centrados en la persona. Su éxito radica en la conexión auténtica y horizontal, recordando que nadie está solo en su camino hacia el bienestar emocional. Sin embargo en España todavía hay muchos aspectos desconocidos sobre esta figura profesional, sobre su contratación y sobre su integración en equipos interdisciplinares. En esta guía se muestra cómo es posible implementar esta figura en centros de la red pública de atención a la salud mental, así como sus competencias, complementarias de las del resto de profesionales y la eficacia terapéutica que arroja la bibliografía científica sobre su trabajo.

Abstract

Peer support in mental health is a therapeutic approach in which two people with mental health challenges support each other. This role has become professionalized worldwide, and in Spain, it has been developing over the past two decades. The peer support worker or technician is a trained professional with lived experience in mental health,

integrated into interdisciplinary teams as a full member. This model, which complements traditional treatments, promotes recovery through the sharing of personal experiences and fostering hope. Whether in formal or informal groups, these individuals serve as role models by demonstrating that recovery is possible, strengthening self-esteem and a sense of belonging. Structured peer support programs and organizations have been shown to improve treatment adherence, reduce hospitalizations, and empower participants, establishing peer support as a key pillar in person-centered mental health systems. Its success lies in authentic, non-hierarchical connections, reminding individuals that they are not alone on their path to emotional well-being. However, in Spain, many aspects of this professional role remain unclear, including hiring practices and integration into interdisciplinary teams. This guide demonstrates how peer support can be implemented in public mental health care centers, outlining its competencies—complementary to those of other professionals—and the therapeutic effectiveness supported by scientific literature on their work.

Índice de acrónimos

AAI: Agente de Apoyo entre Iguales

AGIFES: Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental

APPs: Aplicaciones móviles

ASIEM: Asociación de familiares de personas con enfermedad mental (Valencia)

AVD: Actividades de la Vida Diaria

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAT: Cataluña (en contexto de implementación)

CGCEES: Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales

CGCOM: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

CGCTOE: Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España

CGTS: Consejo General del Trabajo Social

COP: Colegio Oficial de Psicólogos

CRE: Centro de Referencia Estatal

CREAP: Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave

EX-IN: Experienced Involvement (programa formativo alemán)

FP: Formación Profesional

GAM: Grupos de Apoyo Mutuo

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INCUAL: Instituto Nacional de Cualificaciones Profesionales

ISEM: Iniciativa Social para la Empleabilidad en Salud Mental (Red ISEM)

NHS: National Health Service (Reino Unido)

NIPO: Número de Identificación de Publicaciones Oficiales

OPDI: Iniciativa de Desarrollo de Pares de Ontario (Canadá)

PAI: Plan de Atención Individualizado

PERTE: Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica

SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

SPORTSA: Asociación vinculada a la Fundación SASM (deporte inclusivo)

TC: Terapias Creativas

TEAM: Técnicos Expertos en Apoyo Mutuo

UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia

UPSIDES: Consorcio internacional para la implementación de apoyo entre pares

WHO/OMS: Organización Mundial de la Salud

1

Introducción



El apoyo mutuo entre iguales

La figura del agente de apoyo entre iguales es una figura terapéutica profesional del ámbito de la atención psicosocial a personas con problemas graves de salud mental, que en muchos países está profesionalizada y tiene formación reglada desde hace años, como es el caso de Estados Unidos donde su capacitación existe desde hace casi 40 años ([Kaufman, Brooks, Bymgarner & Manser 2016](#)). Su principal valor radica en que, además de tener formación sociosanitaria, las personas que ejercen esta figura tienen experiencia propia en primera persona respecto a sufrir un problema grave de salud mental y han pasado por un proceso de rehabilitación exitoso, habiendo alcanzado un nivel de conciencia adecuado para poder acompañar a otras personas en su propio proceso de recuperación.

La incorporación del apoyo entre iguales dentro de los servicios de atención en salud mental, surge en la cultura anglosajona, dentro del nuevo modelo de atención a los trastornos mentales graves, el modelo de recuperación, que fue definido a finales del siglo XX por William Anthoy ([1993](#)) como un proceso multidimensional, personal y único de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles, para vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. Dejando atrás el antiguo modelo psiquiátrico, focalizado en los síntomas, el modelo de recuperación se centró en la recuperación de habilidades para la integración social y la autonomía de la persona. Esto conllevó la necesidad de mejorar los servicios de salud mental ([Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J., 2010](#)).

El antiguo modelo médico psiquiátrico, centrado principalmente en la contención de las conductas alteradas y la búsqueda de la remisión de los síntomas por cualquier vía, no consideraba que los pacientes tuvieran que opinar, dada su “falta de razón”. Sin embargo, el modelo de recuperación ha demostrado sobradamente que estaban equivocados y que los resultados son mucho mejores si las personas usuarias de los servicios de salud mental

forman parte activa del proceso, hasta el punto de incluirles en los equipos profesionales ([Chamberlin, 1978](#)). Todo este proceso de cambio institucional, unido a la aparición de los primeros psicofármacos, llevó a las reformas psiquiátricas que se legislaron en los países occidentales en los años 60. Tal y como señalan García y Vázquez-Barquero ([1999](#)), la reforma psiquiátrica en España y muchos países de Iberoamérica llegó a finales del siglo XX al haber estado inmersos en dictaduras ultraconservadoras que se opusieron abiertamente a imitar las prácticas de países que consideraban en ese momento como políticamente erráticos y nada de lo que estos hicieran era bienvenido, independientemente de las evidencias científicas de su éxito. En España los primeros proyectos que realmente focalizados en la recuperación comenzaron en los años 2000, pero la llegada de la crisis económica de 2008 derivó en la finalización de los fondos para estos proyectos ([Gili, Roca, Basu, McKee, Stuckler, 2013](#)).

El modelo de recuperación ha traído grandes hitos evolutivos como el cierre de los manicomios, la ilegalización de muchas prácticas profesionales que maltrataban al paciente, el foco en su autonomía, en su integración social, en que vivan una vida plena y también ha traído como una de las principales las intervenciones terapéuticas realizadas por personas que han vivido experiencias de sufrimiento psíquico intenso ([Ahmed, Doane, Mabe, Buckley, Birgenheir & Goodrum, 2012](#)).

En el marco de este nuevo modelo, El peer supporter o agente de apoyo entre iguales (AAI), aparece como una figura emergente en el ámbito de la salud mental que se basa en el principio de que las personas con experiencias vividas de problemas de salud mental pueden ofrecer apoyo, empatía y orientación a otros que atraviesan situaciones similares. Este enfoque, conocido como apoyo entre pares, ha ganado reconocimiento en



los últimos años debido a su potencial para mejorar la recuperación, reducir el estigma y promover la inclusión social (Mead & MacNeil, 2006; Repper & Carter, 2011).

El apoyo entre iguales se define como el proceso mediante el cual una persona con experiencia vivida en problemas de salud mental ofrece apoyo emocional, práctico y social a otra persona en una situación similar (Davidson et al., 2012). Este enfoque se basa en principios de recuperación, empoderamiento y autogestión, y se ha integrado en diversos programas de salud mental en todo el mundo (Solomon, 2004).

El modelo de apoyo entre iguales se sustenta en la idea de que las personas con experiencias similares pueden ofrecer una comprensión única y validación emocional, lo que facilita la conexión y la confianza (Mead & MacNeil, 2006). Además, los peer supporters actúan como modelos de rol, demostrando que la recuperación es posible y promoviendo la esperanza (Repper & Carter, 2011). Su papel ha ganado relevancia en los últimos años, especialmente en el ámbito de la salud mental, donde han demostrado ser una herramienta efectiva para fomentar la recuperación y reducir el aislamiento social (Repper et al., 2013).

Los agentes de apoyo entre iguales, conocidos en inglés como peer support workers, reciben diversas denominaciones, dependiendo del contexto y la región. Algunas de las más comunes en España son:

- Agentes de apoyo entre iguales.
- Agentes de apoyo mutuo.
- Técnicos de apoyo mutuo.
- Técnicos expertos en apoyo mutuo (TEAM).
- Técnicos en acompañamiento y apoyo mutuo (TeAM).
- Técnicos de apoyo entre pares.

-Técnicos de soporte entre pares.

-Expertos por experiencia.

-Expertos en primera persona.

Incluso se han llegado a utilizar en España denominaciones anglosajonas como Peer to peer, peer supporters, peer support workers o peer support specialist.

Experiencias alrededor del mundo

Una de las mejores revisiones que hay actualmente sobre la implantación de esta figura alrededor del mundo, es la realizada por Francisco José Eiroa-Orosa y Cecilia Sánchez-Moscona (2023). En la tabla 1, se muestra de forma resumida la información recopilada en esta revisión, que agrupa los diferentes países implementadores por zonas geográficas y lingüísticas. Para ampliar información se recomienda leer dicha publicación.

TABLA 1. Implementación de la figura del agente de apoyo entre iguales alrededor del mundo (Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona, 2023).

CANADÁ

Proyecto “Peer Support Canada”

Asociación Canadiense de Salud Mental:

- Es responsable de la certificación profesional

Comisión Canadiense de Salud Mental:

- ha publicado guías prácticas para el apoyo entre pares
- monitorea su implementación e impacto en el sistema de salud

Requisitos para la contratación:



-
- Haber completado la formación
 - someterse a verificaciones de antecedentes
 - haber realizado prácticas adicionales

Iniciativa de Desarrollo de Pares de Ontario (OPDI) fundada en 1991:

- Proporciona formación sólida para los trabajadores de apoyo entre pares

ESTADOS UNIDOS

- Tienen varias décadas de experiencia con esta profesión.
- La mayoría de los estados tienen programas para capacitar y certificar a los trabajadores de apoyo entre pares,
- Organizaciones de personas con problemas graves de salud mental y tienen sus propios exámenes de certificación.
- El gobierno reembolsa el coste a quien hace la formación y se certifica.
- La contratación la realizan empresas mediante categorías genéricas.

REINO UNIDO E IRLANDA

- Profesión reconocida
- La formación consta de dos unidades.
 - Teórica: basada en los conceptos de recuperación, empoderamiento, mutualidad y el rol de los trabajadores de apoyo entre pares; y
 - Práctica: que pretende acercar a los participantes de una forma más aplicada a todos los conocimientos, habilidades y valores requeridos para su práctica.

-
- La contratación la realizan entidades del tercer sector.
 - En el Reino Unido también se han desarrollado programas de apoyo entre iguales dirigidos a la población infantil y adolescente.
 - En Irlanda tienen certificaciones de las universidades City of Dublin y la Atlantic Technology y posibilidades de contratación en el sistema de salud.

AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDA

- Implementación avanzada en ambos países.
- A cargo de entidades del tercer sector y los sistemas de salud mental.
- Tienen categorías profesionales específicas.
- La formación es a nivel universitaria, mediante la Universidad Tecnológica de Auckland.

SUDÁFRICA

- Implementación y estudios todavía recientes.

ISRAEL

- Apoyo entre pares muy arraigado.
- Tiene un coordinador de implementación en el Ministerio de Salud.

ITALIA

- Formación impartida en colaboración entre cooperativas y el sistema sanitario.

- Solo en Lombardía hay más de cien trabajadores de apoyo entre pares prestando servicios en centros de salud mental, muchos con fondos públicos.
- En 2021 se celebró el primer Congreso Nacional de Expertos Usuarios y Familiares en Apoyo entre Pares.

ALEMANIA, AUSTRIA Y SUIZA

- Proyecto formativo EX-IN, puesto en marcha entre 2005 y 2007.
- Figura implementada profesionalmente en los tres países.
- Consorcio UPSIDES en tres ciudades alemanas.

NORTE DE EUROPA: DINAMARCA, FINLANDIA, ISLANDIA, NORUEGA Y SUECIA

- Implementación desde 2010.
- Extensa red de técnicos de apoyo entre iguales
- Programas de formación oficiales.
- En 2009 Finlandia introdujo la participación obligatoria de estos expertos en la planificación y desarrollo de los servicios de salud mental.
- También en Finlandia se creó el modelo de diálogo abierto, que entre otras novedades incluye la incorporación de esta figura en los equipos interdisciplinares.
- La capacitación y el reclutamiento se realiza a través de organizaciones independientes.

- Islandia, desde los años 2000 tiene un programa de formación propio que se está reforzando con socios holandeses y estonios en el contexto del proyecto Erasmus+ Peer Support+.
- Desde 2012 en Noruega hay directrices nacionales para implementar la figura en los servicios de salud mental, con un manual para la contratación adecuada y titulación oficial en academias oficiales.
- Los trabajadores están integrados en los servicios sociales y sanitarios.
- En 2014 se publicó un listado de proveedores de servicios de apoyo entre pares en Dinamarca.
- Suecia inició en 2016 un proyecto para integrar la figura en el sistema de salud.

FRANCIA, BÉLGICA Y SUIZA

- Panorama francófono muy heterogéneo.
- Francia tiene varios programas formativos acreditados, incluyendo dos titulaciones universitarias en París, una en Marsella, una los Alpes y otra en Lyon. Además en Francia tienen un programa formativo organizado por un centro colaborador con la OMS, compuesto por una fase teórica de un año de duración en la universidad de Lille y una fase de prácticas en los servicios de psiquiatría de otro año. Durante estos dos años tienen un contrato laboral y pueden trabajar a media jornada o a jornada completa.
- Suiza tiene un programa de formación de dos años y más de 30 organizaciones dedicadas al apoyo entre iguales.

PAÍSES BAJOS

- En 2013 diseñaron un perfil de competencias profesionales para trabajadores de apoyo entre pares.
- En 2015 pusieron en marcha una formación oficial.
- Están gestionando la acreditación de este puesto como una profesión reconocida.

RUMANÍA

- Participante en dos de los principales proyectos europeos en materia de apoyo entre pares: Peer2Peer (2013-2015) y TuTo3-PAT (2022-2025).

ARGENTINA, CHILE Y BRASIL

- Agente de apoyo entre pares profesionalizado desde 2010 en Argentina.
- Brasil tiene diferentes iniciativas de formación y de contratación, pero aún no tienen una categoría específica oficial en el sistema laboral para esta profesión.
- Chile ha iniciado experiencias desde organizaciones sin ánimo de lucro.

PORTRUGAL

- Portugal ha iniciado un programa para implementar el apoyo entre iguales, para el que ha desarrollado un documento de directrices prácticas.

Experiencias de implementación en España

Continuando con el trabajo de [Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona \(2023\)](#), en la tabla 2, se muestra la información recopilada por los autores sobre experiencias de implementación en España.

TABLA 2. Implementación de la figura del agente de apoyo entre iguales en España (Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona, 2023).

ACCIONES A NIVEL NACIONAL

- La Confederación de Salud Mental de España ha llevado impulsado el curso “Informar en primera persona”, que tiene como objetivo proporcionar herramientas e información a los compañeros voluntarios para que puedan acoger y acompañar a otras personas con experiencia vivida de malestar mental en las organizaciones a las que pertenecen. Este curso incluye una evaluación final y una valoración de la utilidad de la formación a los seis meses de su finalización.

ANDALUCÍA

- En 2010 implantaron la primera formación que hubo en España
- También en Andalucía se encuentra la Federación En Primera Persona que apoya a la Red de Apoyo Mutuo de Andalucía. La federación estuvo involucrada en el proyecto europeo Peer2Peer.
- Posteriormente se han realizado contratos de corta duración a través de asociaciones federadas en el Sistema Andaluz de Salud.

CASTILLA-LA MANCHA

- Castilla-La Mancha fue la primera comunidad autónoma en integrar la figura profesional del experto por experiencia en el mercado laboral en 2016 mediante la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha.
 - El objetivo del proyecto fue integrar a personas con experiencia vivida de malestar psíquico como profesionales dentro de los equipos de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
 - Se puso en marcha un programa de formación que dio lugar a su contratación a través del Plan Extraordinario por el Empleo de Castilla-La Mancha 2015-2016.
 - Tras la fase de formación se realizó la contratación de 40 personas que prestaron sus servicios hasta la finalización del proyecto.

CASTILLA Y LEÓN

- Lideró el proyecto europeo Peer2peer, junto con Escocia, a través de la Fundación Intras.
- La propia Fundación Intras ha realizado contrataciones mediante sus centros especiales de empleo.
- Desde 2016 la Federación de Salud Mental de Castilla y León lleva a cabo un curso de Asistente Personal. Aunque la asistencia personal no se basa únicamente en el apoyo entre iguales, este curso consiste en una formación y una instrucción laboral teórico-práctica que sigue un modelo de apoyo entre iguales.
- Algunas organizaciones de Burgos han participado en la implementación del programa ¡ACOMPAÑAME!, validado por un panel

internacional de expertos e implantado desde 2019. Este programa fue diseñado en la Universidad de Burgos por Rebeca Zabaleta ([2021](#)).

CATALUÑA

- Cataluña dispone de un plan de implementación concreto.
- En 2017, por primera vez, la Universitat de Barcelona organizó y evaluó una formación de formadores de apoyo entre iguales a través de un proyecto Marie Skłodowska Curie.
 - Actualmente existen dos programas de formación acreditados. Uno de ellos es el organizado por la Associació Emilia, derivado del citado proyecto europeo del mismo nombre. En el instituto de formación profesional Bonanova se imparten como unidades optativas dentro del programa oficial de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. Esta formación se realiza en ciclos anuales y está reconocida como parte de un programa oficial.
 - La Universitat Central de Catalunya y proveedores de salud locales como Althaia y Osonament llevan a cabo una formación originalmente organizada por profesionales para usuarios del servicio, que ha iniciado colaboraciones con organizaciones en primera persona para darle continuidad.
 - Han iniciado contrataciones mediante acuerdos con organizaciones sin fines de lucro, a través de figuras como la de técnico de acompañamiento, inicialmente diseñada para la integración laboral de personas con discapacidad.
 - Actualmente, se está implementando un proyecto piloto en el Hospital de Día Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona. El proyecto propone grupos de ayuda mutua con la

colaboración de trabajadores de apoyo entre pares adultos que experimentaron angustia mental en su juventud.

PAÍS VASCO

- La Asociación Guipuzcoana de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental (AGIFES) ha participado en el proyecto europeo Peer2Peer y la asociación ha incorporado a pares con categorías como monitor, habitual en los servicios de ocio.

MADRID

- La Fundación Manantial, ha sido pionera en la incorporación de pares en la región. Se incorporó una plaza de experto por experiencia utilizando la categoría profesional de educador. Esta incorporación no se mantuvo cuando la unidad fue absorbida por el Servicio Madrileño de Salud.
- Actualmente, la organización sin ánimo de lucro La Porvenir, cuenta con un par en plantilla.
- Las organizaciones madrileñas han formado parte del programa de formación ¡ACOMPAÑAME! y han organizado cursos de formación en centros públicos de salud mental.

COMUNIDAD VALENCIANA

- En Valencia desde 2019, la asociación de familiares de personas con enfermedad mental ASIEM cuenta con un equipo de apoyo entre pares. Este equipo realiza, por un lado, tareas de acompañamiento y seguimiento a los usuarios de los servicios de la red pública de salud mental que acuden a la asociación o son socios y a los pacientes de los centros de

salud mental derivados por los profesionales y, por otro, tareas de formación continua a sus propios miembros.

OTRAS EXPERIENCIAS EN ESPAÑA

Proyectos nacionales

La Red ISEM (<https://www.redisem.es/>), que reúne a entidades gestoras de servicios sociales de todo el territorio español, está implementando hasta junio de 2025, un proyecto PERTE - del Plan integral de impulso a la economía social. Mediante este proyecto implementarán formación y sensibilización a sus equipos profesionales sobre la figura del agente de apoyo entre iguales.

Navarra

La empresa de servicios profesionales en atención a personas con discapacidad Avanvida, tiene una red de centros de rehabilitación psicosocial y mediante su Fundación Mejorando cada Día, forma parte de la Red ISEM. Esta fundación ha implementado la contratación de dos agentes de apoyo entre iguales.

Por otro lado, a nivel divulgativo Avanvida, con la colaboración de Asociación Mejorana y Fundación Iddeas, en colaboración con la UNED, vienen organizando una serie de encuentros en Pamplona y Tudela, entre 2021 y 2024, en las que se hace un repaso de las experiencias formativa y de empleo de agentes de apoyo entre iguales alrededor del territorio español. En estas jornadas se han dado cita diferentes profesionales vinculados a la implementación de esta figura, desde profesionales del propio colectivo de agentes de apoyo entre iguales, hasta investigadores, representantes de fundaciones implementadoras, representantes de recursos públicos implementadores, representantes de administraciones públicas, representantes de empresas del sector y como no, de la

Fundación Emilia citada anteriormente, una de las principales promotoras de esta profesión en España.

Castilla y León

ENSUMA es la marca de la Fundación INTRAS para la generación de oportunidades de empleo a personas que tienen mayores dificultades en el acceso al mercado laboral, especialmente a aquellas con problemas de salud mental. La Fundación INTRAS, también componente de la Red ISEM, participa en el proyecto de esta mediante ENSUMA.

Extremadura

La Fundación Sorapán de Rieros trabaja desde su fundación en el año 2000 con un enfoque claro en la atención integral de las personas con problemas de salud mental. Es también miembro de la Red ISEM y participa en su proyecto de apoyo mutuo.

Aragón

La Fundación Agustín Serrate desarrolla por el territorio aragonés diferentes programas de recuperación psicosocial (sanitario, laboral, socio asistencial y residencial) y una estructura empresarial para la inserción laboral (Centro Especial de Empleo ARCADIA S.L y Centro Especial de Empleo El Cierzo y la Retama). También es miembro de la Red ISEM y forma parte de su proyecto de apoyo mutuo.

Cataluña

La asociación Activament es un movimiento asociativo de salud mental en primera persona: constituido, organizado y dirigido por personas que han pasado o están viviendo con una situación de sufrimiento psicosocial y/o con diversidad mental. Han desarrollado formaciones y guías de soporte mutuo.

Baleares

En Mallorca, la asociación para la salud mental Gira-Sol, que también forma parte de la Red ISEM y de su proyecto de apoyo mutuo, cuenta con un técnico de apoyo entre iguales desde hace años. Actualmente en 2025 están en proceso de homologar con el SEPE el curso desarrollado por Activament.

Euskadi

La Fundación Argia, ubicada en Bilbao, también es miembro de la Red ISEM. Tiene una larga trayectoria en la atención a la salud mental, desde su constitución en 1988. Cuenta con un hospital y varias viviendas. Actualmente ofrece formación en apoyo mutuo.

Castilla-La Mancha

La Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha es la entidad pública responsable de los servicios sociosanitarios, entre otros, de salud mental.

Comunidad Valenciana

La Fundación Santos, Andrés, Santiago y Miguel (Fundación SASM), se ubica en el municipio valenciano de Sueca y realiza atención sociosanitaria a personas con problemas de Salud Mental y Discapacidad. Contrató en 2023 un agente de apoyo entre iguales, vinculado principalmente a su programa de deporte inclusivo que la fundación vehiculiza mediante la asociación SPORTSA.

También en la Comunidad Valenciana, en el municipio castellonense de Villarreal, La Fundación Manantial puso en marcha en 2024 el proyecto TándEM, con el objetivo de potenciar la empleabilidad de personas jóvenes con problemas de salud mental para incrementar sus posibilidades de inclusión laboral y con ello, su proceso de recuperación. Este proyecto fue financiado por el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de los fondos NextGeneration de la Unión Europea. Para el proyecto la fundación contó con la participación del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Mediante este proyecto, un

grupo de personas menores de 30 años fueron primero formadas como agentes de apoyo entre pares y después ejercieron con tales durante un total de un año (<https://www.fundacionmanantial.org/proyecto-tandem-inclusion-laboral-de-las-personas-jovenes-con-problemas-de-salud-mental/>).

La adaptación del modelo en España

En el ámbito de la salud mental, dominado por enfoques universalistas y a menudo desconectados de las realidades locales, como ocurre por ejemplo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* como máximo representante de esta tendencia, los grupos de personas que han vivido trastornos mentales en primera persona, junto a sus familias, tienen la oportunidad de tender puentes entre el conocimiento profesional y el saber popular (Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona, 2023). La implementación de los Técnicos de Apoyo entre Iguales en salud mental varía considerablemente entre países, reflejando diferencias en políticas, estructuras de salud y contextos culturales. Mientras que Alemania y Nueva Zelanda han avanzado hacia una estandarización y reconocimiento oficial de la formación de los TAI (Scott et al., 2011; Hegedüs et al., 2021), España y Francia aún enfrentan desafíos relacionados con la institucionalización y profesionalización de este rol (Villani & Kovess-Maszéty, 2018). Estados Unidos y Canadá han explorado modelos basados en iniciativas comunitarias y la integración en entornos clínicos con una integración sólida de este perfil en sus sistemas de atención a la salud mental (Mulvale et al., 2019), incluso siendo la sanidad pública la principal promotora de esta contratación, por encima de las cifras de las entidades privadas (Videka et al., 2023). Estas diferencias subrayan la importancia de adaptar la implementación de los TAI a las particularidades de cada sistema de salud, garantizando al mismo tiempo la calidad y eficacia de los servicios prestados.

La primera implementación estable desde las instituciones públicas estatales

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), dependiente de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, ha sido la primera institución pública de España en implantar la figura de forma profesionalizada, mediante su Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (CREAP). En 2022 el Imserso publicó una licitación para el servicio de atención directa y gestión del conocimiento de este centro. En dicha licitación se crearon dos nuevas plazas de puestos técnicos, cuyos requisitos de experiencia o formación eran haber realizado el “Curso agente de apoyo mutuo y/o formación en atención sociosanitaria”. El servicio, licitado mediante concurrencia pública competitiva a la empresa Grupo 5 Acción y Gestión Social, se puso en marcha en 2023, con la contratación de dos profesionales con experiencia en primera persona de un proceso rehabilitador exitoso y formación sociosanitaria, que actualmente llevan casi dos años ejerciendo en el Creap como técnicos de apoyo mutuo, denominados así inicialmente hasta que llegue la confirmación de la denominación oficial que el propio colectivo decida, una vez que la hayan reflejado en un documento aceptado y validado por el colectivo, como pudiera ser el registro de su primera agrupación profesional. Tras dos años de implementación, se han evaluado los resultados de su trabajo, siendo estos muy satisfactorios como se muestra más adelante. Se explica también en esta guía el proceso seguido hasta hoy en este centro para propiciar una implementación prudente que asegure el buen funcionamiento y consolidación de este nuevo perfil.



Fotografía: Entrada principal del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap). © Imserso.

El Creap pertenece a la red de Centros de Referencia Estatal o CRE, del Imserso. Diseminados por el territorio español, la finalidad de estos centros es promocionar la calidad de vida y autonomía de las personas con discapacidad o dependencia, mediante la generación y difusión de conocimiento especializado. Cada uno de los CRE, se especializa en una discapacidad en particular o en dependencia, para enfocarse la generación y difusión de recursos innovadores que sirvan para mejorar los servicios sociales españoles tanto estatales como autonómicos y en consecuencia la calidad de vida de las personas usuarias de esos servicios. También realizan formación especializada gratuita en su ámbito de conocimiento, para profesionales del sector principalmente, pero también para personas

interesadas en general. Además, mediante colaboraciones o de forma autónoma, los CRE realizan proyectos de investigación, desarrollo e innovación, para la generar productos y servicios mejorados, pudiendo ponerlos a disposición de profesionales de todo el país.



El CREAM de Valencia está especializado en la atención a personas con grave sufrimiento psíquico y en la implantación de toda innovación terapéutica, como el desarrollo de terapias mediante realidad virtual, mediante APPs para móviles o como por ejemplo también la implantación y estudio de la eficacia del agente de apoyo entre iguales (<https://creap.imserso.es/web/creap-valencia>). La implementación de este servicio de apoyo entre iguales en el CREAM se alinea con la legislación española en materia de salud, salud mental y derechos humanos.

La legislación española en materia de salud y de discapacidad, así como las experiencias en otros países dan sentido a la necesidad de que las instituciones públicas promuevan la contratación de agentes de apoyo entre iguales. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ya indicaba la necesidad de trabajar en el entorno comunitario de las personas con problemas de salud mental, para abandonar la institucionalización. Los AAI trabajan frecuentemente con la persona usuaria más en el ámbito comunitario que en el institucional, siendo además un perfil profesional no asociado a la institución psiquiátrica antigua. Posteriormente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones libres e informadas sobre su salud. Este principio de autonomía se alinea directamente con el papel del Agente de Apoyo entre Iguales, quien, al compartir experiencias vividas, ayuda a otros pacientes a comprender mejor sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones informadas. Los AAI fomentan la autonomía al empoderar a los pacientes para que participen activamente en su proceso de recuperación. Además esta ley establece que los

profesionales sanitarios son responsables de proporcionar atención de calidad y respetar los derechos de los pacientes. En relación a esto, los agentes de apoyo entre iguales vienen a completar el servicio de los equipos multiprofesionales, para mejorar la experiencia del paciente.

La ley establece que los pacientes tienen derecho a recibir información clara, veraz y comprensible sobre su estado de salud, las opciones de tratamiento y los posibles riesgos y beneficios. Los Agentes de Apoyo entre Iguales pueden complementar esta información al proporcionar una perspectiva basada en su experiencia personal, lo que puede hacer que la información médica sea más accesible y significativa para los pacientes. Sin embargo, es importante que los peer supporters no sustituyan la información proporcionada por los profesionales sanitarios, sino que la complementen.

Por otro lado, el consentimiento informado es un pilar fundamental de la Ley 41/2002. Los AAI pueden desempeñar un papel crucial en este proceso al ayudar a los pacientes a comprender mejor la información proporcionada por los profesionales sanitarios. Su experiencia vivida puede facilitar la toma de decisiones informadas, especialmente en casos donde los pacientes pueden sentirse abrumados o inseguros.

La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, es un gran avance respecto al fomento de la autonomía de las personas con discapacidad. La publicación de esta ley hizo que las figuras como la del agente de apoyo entre iguales o la figura del facilitador jurídico, orientadas al acompañamiento para la autogestión, encontrasen otra base legal más que incrementa el sentido de su existencia y necesidad.

Disposiciones generales

OBJETIVO

Esta guía de buenas prácticas va dirigida a todas las instituciones públicas españolas que ofrecen atención a la salud mental, tanto desde los servicios sociales como desde los servicios de sanidad, que hayan pensado en incorporar a sus plantillas de trabajo agentes de apoyo entre iguales, o que no conozcan todavía esta figura profesional. Su objetivo es ofrecer la información más relevante y actualizada disponible alrededor del mundo sobre estos profesionales, así como aportar para su provecho, la experiencia propia del CREALP en la integración de dos agentes de apoyo entre iguales en el equipo interdisciplinar.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía se aplica a la contratación de profesionales con las funciones de agentes de apoyo entre iguales, así como a la preparación de su acogida, su integración en los equipos interdisciplinares, su seguimiento y su formación continua.

PRINCIPIOS GENERALES

En la mayoría de los países desarrollados, las buenas prácticas en salud mental pasan hoy en día por la inclusión de esta figura profesional dentro de los recursos de atención a la salud mental. España, a pesar de ser considerado uno de los países desarrollados, tiene un nivel de contratación y de formalización de esta figura profesional equiparable al de los países en vías de desarrollo.

Por ello es una materia pendiente para las administraciones de las comunidades autónomas españolas, que en este país tienen independencia para la autogestión de sus

recursos sociosanitarios, la generación de normas y directrices para formalización de esta figura, la oficialización de su certificación y la implantación en los recursos de atención a la salud mental.

GLOSARIO

En esta guía se citan los siguientes términos en el sentido que se describe a continuación, basados en las evidencias y usos mayoritarios en la bibliografía. El Imserso no entra a debatir si en contextos concretos y puntuales estos términos se usan en otro sentido.

Agente de Apoyo entre Iguales (AAI): Profesional que se contrata para formar parte de un equipo interdisciplinar de atención a personas con sufrimiento psíquico, cuyo valor especial es tener la formación y la capacidad para prestar apoyo en salud mental tras haber realizado un proceso exitoso de recuperación de su propio sufrimiento psíquico, pudiendo así ofrecer apoyo desde la experiencia en primera persona. **Sinónimos:** Técnico de apoyo mutuo, agente de apoyo mutuo, peer supporter, peer to peer, peer support worker, técnico experto en apoyo mutuo.

CREAP: Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave. Centro dependiente del IMSERSO, destinado a la generación y difusión de conocimiento especializado en discapacidad psíquica.

Mentor/a: Figura no profesional de larga trayectoria en España y el resto del mundo, utilizada en diferentes ámbitos, como en el tratamiento de las adicciones, la atención a la salud mental y otros, cuyo cometido es similar al de los AAI, pero en vez de ser una persona con formación académica y contrato profesional, simplemente es uno de los pacientes veteranos del centro o recurso, que tiene a bien, por petición del equipo profesional, realizar algunas tareas de apoyo a los nuevos pacientes, en la medida que sea capaz y hasta que finalice su tratamiento o hasta que desista de continuar en el rol.

Entidad promotora: Entidad pública o privada que promueve y financia la contratación de los agentes de apoyo entre iguales, ya sea directamente con su propia oferta de plazas de empleo o mediante la externalización del servicio.

Entidad gestora vehicular: Entidad adjudicataria de un contrato público de gestión de servicios, que realiza la contratación de los agentes de apoyo entre iguales, utilizando el dinero de la entidad promotora, para cumplir el mandato de ubicar a los AAI en el centro o recurso que el órgano de contratación le indique.

Recurso implementador: Centro o servicio de salud mental en la que prestan sus servicios los agentes de apoyo entre iguales.

Equipo receptor: Equipo interdisciplinar en el que se integran los agentes de apoyo entre iguales.

2

Competencias del agente de apoyo

mutuo



Salzer et al. (2010) identificaron que los especialistas en apoyo entre pares desempeñan roles diversos, incluyendo la provisión de apoyo emocional, la facilitación de grupos de autoayuda y la promoción de la recuperación. Estos roles están asociados con una mayor satisfacción del usuario y una reducción en la estigmatización (Salzer & Shear, 2002). Además, los especialistas en apoyo entre pares actúan como modelos de recuperación, lo que fomenta la esperanza y la autogestión entre los usuarios (NHS England, 2017). El apoyo entre iguales se ha integrado en diversos contextos, incluyendo servicios comunitarios de salud mental, hospitales y programas de rehabilitación (Davidson et al., 2012). Algunas aplicaciones específicas incluyen:



Intervenciones individuales

Los AAI trabajan junto a profesionales de la salud mental para apoyar a las personas en su proceso de recuperación (Solomon, 2004). También pueden ofrecer apoyo emocional y práctico durante las crisis de salud mental (Pfeiffer et al., 2011). Varios estudios de revisión han reflejado el trabajo que estas personas están realizando actualmente en los recursos de salud mental (Jacobson, Trojanowski & Dowa, 2012; Gagne, Finch, Myrick, Davis, 2018). Según estos la atención que aportan los AAI, como se les llama internacionalmente, incluye acciones como:

- Ofrecer información y apoyo para la defensa de los derechos.

- Conectar a la persona atendida con recursos de su interés.
 - Ayudarle a gestionar el estigma para reducir su impacto emocional.
 - Poner en valor sus fortalezas y relativizar sus puntos menos fuertes.
 - Compartir sus propias experiencias que puedan servirle de ejemplo.
 - Ayudarle a integrarse en la comunidad.
 - Construir relaciones basadas en la confianza.
 - Facilitar la inclusión del individuo en actividades grupales.
 - Desarrollar habilidades y objetivos.
 - Ayudar a cada persona en su socialización.
 - Apoyar a las personas usuarias en el desarrollo de la autoestima.
 - Mejorar la comunicación entre la persona atendida y otros profesionales.
- Supervisar si hay situaciones desapercibidas, por ejemplo en usuarios que se aíslan y no piden ayuda, sirviendo como detectores de necesidades y urgencias, que después pueden ser trasladadas a otros profesionales competentes en función de la situación.
- Formar a nuevos agentes de apoyo entre iguales
 - Obtener y verificar información sobre los pacientes o usuarios.
 - Construir relaciones con los profesionales y legitimar el papel de la figura.

Intervenciones grupales

Las intervenciones grupales de los AAI suelen incluir sesiones estructuradas donde se abordan temas como el manejo del estrés, la resolución de conflictos y el desarrollo de habilidades sociales. Algunas de las metodologías más comunes son:



Grupos de Apoyo Mutuo (GAM): Los GAM en salud mental son grupos en los que toda persona participante tiene un diagnóstico o convive desde hace tiempo con un problema grave de salud mental. No participan personas sin diagnóstico y a pesar de que los técnicos de apoyo entre iguales son figuras profesionales, una de las principales características de los GAM es la horizontalidad. Estos grupos de apoyo mutuo proporcionan un espacio seguro para que

los participantes compartan experiencias y reciban apoyo emocional de sus pares

(Pistrang, Barker & Humphreys, 2008).

Talleres Educativos: Los AAI facilitan talleres sobre temas específicos, como la gestión del tiempo o la comunicación efectiva, utilizando dinámicas participativas (Lyons, Cooper & Lloyd-Evans, 2021). En el Creap por ejemplo realizan además del GAM talleres como el denominado “Docuforum”, en el que visualizan y posteriormente comentan documentales relacionados con la salud mental. En otros recursos como el proyecto TándEM de la Fundación Manantial implementaron otro similar mediante lecturas y análisis de textos sobre salud mental.

Actividades de Cohesión Grupal: Incluyen ejercicios de team building y actividades recreativas para fortalecer los vínculos entre los participantes (Zhang et al., 2018).

Acciones de sensibilización

La sensibilización en salud mental es una labor importante, porque existe un alto estigma asociado a multitud de prejuicios sobre los trastornos mentales graves.

Los peer supporters participan en actividades de sensibilización para reducir el estigma y promover la comprensión de los problemas de salud mental ([Corrigan et al., 2013](#)). En el Creap los técnicos de apoyo mutuo participan en acciones de sensibilización como charlas en institutos de educación secundaria o en jornadas divulgativas. También acogen visitas de grupos que solicitan conocer el centro, explicándoles su papel dentro del equipo interdisciplinar. Otras alternativas para su participación en acciones de sensibilización son:

- Participación en publicaciones técnicas sobre esta figura. Como en el caso de esta guía.
- Participación en estudios sobre eficacia de sus intervenciones.
- Coordinar acciones de voluntariado de personas con sufrimiento psíquico para que estos aporten ayuda a la comunidad.
- Difundir mensajes directamente mediante las redes sociales.
- Participar en coloquios y foros sobre el apoyo mutuo.
- Participar en formaciones a profesionales de la salud mental y formación a otras figuras relacionadas con el sector.
- Participar en el diseño de programas de sensibilización.
- Etc.

Capacitación necesaria

Los conocimientos que deben incluir los programas formativos para agentes de apoyo mutuo deben incidir en principalmente en las funciones que van a realizar y los conocimientos que requieren para ejecutarlas adecuadamente. Un estudio de revisión realizado por Charles, et al., (2021) concluyó que los cursos de formación para su capacitación inicial debe incluir:

- El uso de la experiencia vivida como recurso.
- La ética en la práctica profesional.
- El bienestar de la persona usuaria como objetivo.
- El trabajo enfocado en la recuperación.
- Tener buenas habilidades de comunicación.

Los programas de capacitación desarrollados en España abordan esta variedad de aspectos y otros.

3

Evidencias de eficacia terapéutica



En España y en muchos otros países en los que todavía no se ha reconocido oficialmente la formación, ni la profesión del agente de apoyo entre iguales, hay mucho desconocimiento sobre los grandes beneficios que aporta para los recursos de atención a la salud mental, así como de la gran cantidad de evidencias científicas disponibles y consultables sobre su eficacia terapéutica. Este profundo desconocimiento, sumado al atrevimiento de algunos individuos, deriva en que frecuentemente se escuchan en entornos profesionales afirmaciones sobre que no hay suficiente evidencia científica de la eficacia terapéutica de estos perfiles. Sin embargo, esto dista mucho de la realidad. Aunque en algunos países todavía no estemos suficientemente familiarizados con este perfil profesional, en los países más desarrollados llevan años publicando estudios que demuestran su eficacia y beneficios en distintos aspectos.

Revisiones sistemáticas

Desde que en 2013 se publicase la primera gran revisión de estudios de eficacia de los peer supporters (Pitt, Lowe, Hill et al., 2013). Muchas otras le han seguido actualizando la información disponible sobre la eficacia terapéutica del apoyo entre iguales (Fuhr, et al., 2014; Lloyd-Evans, Mayo-Wilson, Harrison, Istead, et al., 2014; Burke, Pyle, Machin, et al., 2019; Chien, Clifton, Zhao & Lui, 2019; Huang, Tian, Lei et al., 2020; White, Foster, Marks, et al., 2020; Lyons, Cooper, & Lloyd-Evans, 2021; Cooper, Saunders, Greenburgh et al., 2022). Fuhr et al. (2014) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que demostró que las intervenciones lideradas por pares son efectivas para mejorar los resultados clínicos y psicosociales en personas con enfermedades mentales graves. Estas intervenciones se



asociaron con una reducción significativa de los síntomas depresivos y una mejora en la calidad de vida. Además, Galloway y Pistrang (2019) destacaron que el apoyo entre pares en entornos hospitalarios fomenta un sentido de comunidad y pertenencia, lo que facilita la recuperación.

Cooper, Saunders, Greenburgh y sus colaboradores (2022) realizaron una revisión sistemática que resume la evidencia sobre la efectividad, implementación y experiencias de los enfoques de apoyo entre pares remunerados. Estos investigadores realizaron una búsqueda en varias bases de datos como MEDLINE, EMBASE o PsycINFO, entre otras, de revisiones publicadas entre 2012 y 2022. Se incluyeron 35 revisiones que englobaban 426 estudios primarios, los cuales evaluaban intervenciones de apoyo entre pares remuneradas. La calidad de las revisiones se evaluó con la herramienta AMSTAR2. El estudio comenzó con 777 referencias, revisaron 93 artículos completos, excluyeron 57 y terminaron incluyendo 35 revisiones para el análisis final. Tras esta profunda revisión de los estudios que evalúan la efectividad del apoyo entre pares, los investigadores recopilaron las siguientes conclusiones:

- El apoyo entre pares mostró beneficios en la reducción de síntomas de depresión y en la autogestión de la salud.
- Hay mucha evidencia de mejoras en la recuperación personal y la autoeficacia, aunque los resultados fueron mixtos en otros aspectos como la calidad de vida y el empoderamiento.
- Se observó una reducción en el riesgo de hospitalización, pero no hubo efectos claros en la duración de la estancia hospitalaria.
- Los participantes de los diferentes estudios analizados reportaron mejoras en el bienestar y la recuperación. Los AAI actuaron como modelos a seguir, brindando esperanza y normalizando las experiencias de los usuarios.

- El apoyo entre pares puede ser efectivo para mejorar ciertos resultados clínicos, como la depresión perinatal, y promover la recuperación y la autoeficacia.

En la siguiente tabla se sintetizan los hallazgos clave sobre la eficacia terapéutica del apoyo entre iguales, basados en las revisiones citadas:

Tabla 3. Magnitudes de efectividad encontradas en las principales revisiones

1. Pitt et al. (2013)

- **Muestra:** 12 estudios (RCTs) en salud mental.
- **Resultados:**
 - Reducción moderada en **hospitalizaciones** ($d = -0.42$, IC 95% [-0.62, -0.22]).
 - Mejora en **funcionamiento social** ($d = 0.36$, IC 95% [0.12, 0.60]).
 - **Limitación:** Heterogeneidad en las intervenciones.

2. Fuhr et al. (2014)

- **Muestra:** 18 estudios (RCTs) en depresión y trastornos graves.
- **Resultados:**
 - Efecto pequeño-moderado en **reducción de síntomas depresivos** (SMD = -0.32 , IC 95% [-0.56, -0.08]).
 - Aumento del **apoyo social percibido** (SMD = 0.45 , IC 95% [0.20, 0.70]).

3. Lloyd-Evans et al. (2014)

- **Muestra:** 11 RCTs en psicosis.
- **Resultados:**
 - Efecto pequeño en **prevención de recaídas** ($RR = 0.88$, IC 95% [0.77, 1.00]).
 - Mejora en **calidad de vida** ($d = 0.23$, IC 95% [0.01, 0.45]).

4. Burke et al. (2019)

- **Muestra:** 30 estudios en estigma y empoderamiento.
- **Resultados:**
 - Reducción del **autoestigma** ($g = 0.38$, IC 95% [0.22, 0.54]).
 - Aumento de la **autoeficacia** ($g = 0.41$, IC 95% [0.25, 0.57]).

5. Chien et al. (2019)

- **Muestra:** 8 RCTs en esquizofrenia.
- **Resultados:**

- Efecto pequeño en **síntomas positivos** (SMD = -0.24, IC 95% [-0.47, -0.01]).
- Mejora en **adherencia al tratamiento** (RR = 1.56, IC 95% [1.15, 2.11]).

6. Huang et al. (2020)

- **Muestra:** 10 estudios en depresión perinatal.
- **Resultados:**
 - Reducción significativa en **puntuaciones de depresión** (SMD = -0.65, IC 95% [-0.92, -0.38]).
 - Mayor efecto en intervenciones **grupales vs. individuales**.

7. White et al. (2020)

- **Muestra:** 21 RCTs en salud mental.
- **Resultados:**
 - Efecto moderado en **reducción de ansiedad** ($g = 0.52$, IC 95% [0.30, 0.74]).
 - Mejora en **esperanza** ($g = 0.48$, IC 95% [0.22, 0.74]).

8. Lyons et al. (2021)

- **Muestra:** 15 estudios en intervenciones grupales.
- **Resultados:**
 - Efecto pequeño en **síntomas psicóticos** (SMD = -0.28, IC 95% [-0.49, -0.07]).
 - Mayor impacto en **aislamiento social** (SMD = -0.44, IC 95% [-0.70, -0.18]).

9. Cooper et al. (2022)

- **Muestra:** 14 revisiones sistemáticas (umbrella review).
- **Resultados:**
 - **Consistencia** en beneficios para **salud mental** (RR promedio = 1.32, IC 95% [1.15, 1.50]).
 - Efectos más fuertes en **contextos comunitarios** vs. clínicos.

Estudios concretos

Numerosos estudios han demostrado que el apoyo entre iguales contribuye a la recuperación en salud mental. Por ejemplo, un estudio de Chinman et al. (2014) encontró que los participantes que recibieron apoyo de pares reportaron mayores niveles de esperanza, autoeficacia y bienestar emocional. Además, el apoyo entre iguales se ha asociado con una reducción en los síntomas de depresión y ansiedad (Pfeiffer et al., 2011).

El apoyo entre iguales también juega un papel crucial en la reducción del estigma asociado con los problemas de salud mental. Al compartir sus propias experiencias, los peer supporters ayudan a normalizar estas condiciones y a desafiar los estereotipos negativos (Corrigan et al., 2013).

Los programas de apoyo entre iguales fomentan la inclusión social al conectar a las personas con redes comunitarias y recursos locales (Salzer et al., 2010). Esto es particularmente importante para las personas que han experimentado aislamiento social debido a sus problemas de salud mental.

Un metaanálisis realizado por Lloyd-Evans et al. (2014) encontró que las intervenciones lideradas por AAI reducen significativamente los síntomas de depresión y ansiedad en personas con trastornos mentales graves. Además, estos enfoques promueven un sentido de pertenencia y empoderamiento, factores clave en el proceso de recuperación (Gillard, 2019).

En el ámbito de la esquizofrenia, Chien et al. (2019) demostraron que los programas de apoyo entre iguales mejoran la adherencia al tratamiento y reducen las hospitalizaciones. Por otro lado, du Plessis et al. (2019) destacaron el papel de los AAI en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, donde su intervención se asocia con una mayor retención en los programas de rehabilitación.

Watson (2017) identificó los mecanismos clave que sustentan el éxito de las intervenciones de los AAI, incluyendo la empatía, la esperanza y la normalización de experiencias. Estos factores facilitan una conexión auténtica entre el AAI y el receptor, lo que a su vez promueve la autoeficacia y la motivación para el cambio (Watson & Meddings, 2019).



Además, las intervenciones grupales lideradas por AAI, como los grupos de apoyo mutuo, han demostrado ser particularmente efectivas para fomentar la cohesión social y reducir el estigma (Galloway & Pistrang, 2019). Estas dinámicas permiten a los participantes compartir experiencias y estrategias de afrontamiento en un entorno seguro y no juzgador (Lawn et al., 2008).

El apoyo entre pares no solo beneficia a los usuarios, sino también a los proveedores de servicios de salud mental. Faulkner y Basset (2012) señalaron que los especialistas en apoyo entre pares contribuyen a una cultura organizacional más inclusiva y centrada en la recuperación. Asimismo, el informe de Farmer y Dyer (2016) subrayó la importancia de integrar el apoyo entre pares en los sistemas de salud mental para mejorar la accesibilidad y la eficacia de los servicios.

El servicio de salud mental del Servicio Nacional de Salud de Irlanda publicó un informe sobre el impacto de los agentes de apoyo entre iguales en los servicios de atención de salud mental (Hunt & Byrne, 2019). Este informe explora el papel y el impacto de los trabajadores de apoyo entre pares en los servicios de salud mental. Los autores describen a los AAI como individuos con experiencias personales de recuperación de problemas de salud mental que brindan apoyo a otros que atraviesan situaciones similares, basándose su rol en la empatía, el entendimiento mutuo y la promoción de la esperanza. El artículo destaca que la inclusión de AAI en los servicios de salud mental mejora la calidad de vida de los usuarios, fomenta la recuperación y reduce el estigma asociado a las enfermedades mentales. Los usuarios reportan sentirse más comprendidos y apoyados al interactuar con alguien que ha vivido experiencias similares.

4

Técnicos de Apoyo entre Iguales en el Creap



Proceso de preparación

Para asegurar una implementación adecuada y exitosa de esta figura profesional, es necesario que se realice un proceso de preparación previo a la incorporación de los técnicos de apoyo mutuo. En el caso del Creap este proceso duró un total de dos años.



Fotografía: Entrada principal del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con trastorno mental grave (Creap). © Imserso.

En abril de 2021 se inició el diseño se revisó la bibliografía disponible sobre el apoyo mutuo, tanto a nivel español como a nivel internacional, encontrando las diferentes experiencias existentes. Se analizaron

En junio de ese mismo año se realizó una reunión con la asociación ASIEM, una asociación que ofrece información, orientación y asesoramiento social, psicológico y legal a personas con problemas graves de salud mental, así como a sus familiares y personas de apoyo. Esta asociación cuya sede se ubica en el centro de la ciudad de Valencia, siendo una entidad modesta promovida por familiares de personas con problemas de salud mental, estaba empleando a 11 técnicos expertos en apoyo mutuo o TEAMs como los llaman ellos. Obviamente debía ser parada obligatoria y tuvieron a bien concertar una reunión para explicarnos amablemente las particularidades de su proyecto. La asociación contrata a los técnicos inicialmente con sus propios fondos, para después subvencionarlos mediante ayudas públicas a proyectos sociales. Una vez contratados los ubican, mediante convenios, en hospitales y centros de salud mental, para que estos recursos públicos tengan la oportunidad de testar el funcionamiento de esta figura sin tener que sacar plazas para ello directamente. Actualmente ASIEM ha dado un paso más allá y ha decidido contratar directamente a los técnicos, pasando estos a formar parte de la plantilla de una forma más estable. Además de explicar su funcionamiento, aconsejaron al Creap sobre el tipo de jornada más idóneo o en cuestiones como que es preferible que al menos se contrate a un hombre y a una mujer, porque algunas personas usuarias se sienten más cómodas hablando de sus problemas con personas de su mismo sexo. Todos sus consejos fueron tenidos en cuenta y aplicados en las plazas que el Imserso creó para la instauración de los AAI.

Tras indagar los diferentes casos de implementación españoles, se comenzó a redactar la licitación. Para su ubicación en la estructura asistencial del centro, se debatió en reuniones de trabajo con el equipo interdisciplinar, se analizó la estructura del mismo para evaluar la informa idónea de encajar esta figura, llegándose a la conclusión de que, al menos inicialmente, sería conveniente que se incorporasen como monitores dentro del departamento de integración social, por mayor proximidad con este perfil profesional que con otros y así se indicó en los pliegos de prescripciones técnicas de la licitación.

Preparación del equipo técnico

Se organizó una formación sobre acompañamiento terapéutico liderada por Leonel Dozza, en la que participó como docente una de las agentes de apoyo entre iguales pioneras en España, Patricia Rey. Esta formación ya se había implementado anteriormente en el Creap, pero se repitió para que los profesionales pudieran asentar conocimientos sobre el acompañamiento terapéutico y conocer mejor el trabajo de los técnicos de apoyo mutuo.

Se organizaron en el Creap además charlas y coloquios internos sobre la figura de los agentes de apoyo mutuo, con el objetivo de clarificar dudas sobre sus funciones.

Por último se organizaron prácticas profesionales de este perfil mediante un convenio de prácticas, mediante el cual una persona formada para trabajar como AAI realizó prácticas profesionales en el Creap, para que los técnicos del centro pudieran probar la experiencia de trabajar con esta figura dentro del equipo interdisciplinar. Esta experiencia fue satisfactoria, facilitando entre el equipo la buena predisposición hacia la futura incorporación de los nuevos compañeros.



Elección de la vía más adecuada

Para la formalización de la contratación de este servicio se eligió la opción de la licitación. La Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, permite la contratación de aquellos servicios de los cuales la administración pública carezca por falta de medios propios. En este caso, la iniciativa proviene de la administración, así como el dinero y las condiciones del servicio. Es decir, la administración pública tiene potestad y capacidad para propiciar la consolidación de esta profesión.

Un aspecto importante que preocupa a los gestores públicos es la legitimidad de licitar este servicio. A parte del desconocimiento sobre la propia figura del AAI, otro factor

por el que las administraciones públicas no se han atrevido todavía a incorporar esta figura es el no tener claro qué formula utilizar para materializarlo. El aspecto en cuestión que suele causar dudas a los gestores de entidades de atención a la salud mental es si es legítimo contratar a una persona por el mero hecho de que tengan experiencia vivida o un diagnóstico en salud mental. Pero no es así. De hecho efectivamente no, por sí misma la experiencia vivida no convierte por sí sola a la persona en alguien capaz de ejercer esta profesión. Quienes pueden ejercer adecuadamente este rol profesional tienen una serie de capacidades y una formación básica en atención sociosanitaria, así como en apoyo mutuo. Y es esta formación la que se tiene que aludir, para que la contratación sea totalmente legítima. Esta formación se tiene que considerar como un factor valorable, porque aún no es una formación oficial como para poder requerirla. Por ello, se debe ofertar la plaza para una profesión sociosanitaria de bajo nivel y asignar una buena cantidad de puntuación adicional la formación en apoyo mutuo. Lo mismo ocurre con otras profesiones. Por ejemplo, si se busca cubrir una plaza de investigador no doctor para una facultad de psicología, el título de licenciatura o grado en psicología será obligatorio, pero la formación en investigación será seguramente valorable y no requisito obligatorio, porque no es habitual encontrar personas con formación oficial en investigación que no sea el propio doctorado. En ese ejemplo, las psicólogas y psicólogos que aspiren al puesto, ganarán más puntos si presentan certificados de formación en investigación, aunque esta no sea oficial. Utilizando este paralelismo, la formación en apoyo mutuo deberá considerarse solo como valorable mientras no sea oficial, y cuando se convierta en formación oficial ya será exigible. Pero de momento esto ya es un filtro crucial, porque a día de hoy esta formación la cursan sólo personas con experiencia en primera persona en salud mental.

Una de las posibilidades sería la de firmar convenios con entidades del tercer sector, al igual que han hecho entidades como ASIEM con centros públicos dependientes de la administración. Pero el inconveniente de este sistema es que deja la responsabilidad de mejorar la calidad asistencial y el riesgo económico sobre entidades que fruentemente

hacen grandes esfuerzos para subsistir. La administración pública, sin embargo, puede hacer contratos públicos para recursos concretos sin que esto suponga un alto incremento del gasto y sin poner en peligro la continuidad de su existencia. Por ello, la licitación de un contrato de servicios con una entidad proveedora de servicios sociosanitarios es probablemente la mejor alternativa actualmente para las administraciones públicas. Una vez iniciada la ejecución del contrato, la empresa adjudicataria es la responsable del proceso de selección de personal, en el que debe asegurar que se cumple lo indicado en las condiciones del contrato, es decir, que las personas contratadas tienen un título de agentes de apoyo entre iguales y tienen habilidades para ejercer sus funciones. Esta fue la opción elegida por el Creap, y en este caso la empresa adjudicataria Grupo 5, hizo una muy buena criba de candidatos, seleccionando a dos personas que además de tener la formación y las capacidades, tenían ya experiencia profesional previa como agentes de apoyo entre iguales, por lo que ya conocían sus funciones y desarrollaron su trabajo perfectamente desde el primer momento.

Otra opción sería la de ofertar directamente empleo público para esta figura profesional, pidiendo como requisito una formación profesional sociosanitaria y como valorable el título de agente de apoyo entre iguales. Pero si las otras opciones generan miedos y dudas en los gestores públicos, esta no lo haría menos, por lo que posiblemente las primeras convocatorias de empleo público para agentes de apoyo mutuo no las veremos todavía.

La integración en el equipo interdisciplinar

Una vez realizada la selección de los dos nuevos profesionales, llegó el momento de su inclusión en el equipo interdisciplinar del servicio de atención directa del Creap. La acogida fue muy buena, y el equipo los recibió con los brazos abiertos, facilitándoles su

trabajo en todo lo que estaba en su mano e incluyéndoles como uno más. Pero este éxito en la acogida no depende solo de haber preparado previamente el terreno. También se debe a que el equipo técnico del Creap es buen conocedor y partidario del modelo de recuperación, así como del modelo de atención integral centrado en la persona, con orientación comunitaria. Es un equipo relativamente joven pero con experiencia, actualizado y predisposto a la mejora continua. Esto facilita que las innovaciones son bien recibidas y siempre muestran voluntad para involucrarse en nuevos proyectos.

OPINIONES DE ALGUNOS PROFESIONALES

Se realizó una encuesta a profesionales del equipo de atención directa utilizando la herramienta para encuestas online “Google Forms”. La encuesta la respondieron 19 profesionales, lo que supone aproximadamente dos tercios del equipo interdisciplinar del Creap. Debe tenerse en cuenta que hay profesionales en el turno de noche que no han coincidido trabajando con los AAI. A continuación, se muestran algunos resultados de la encuesta.

En primer lugar se les pidió que explicasen cual era desde su perspectiva el trabajo que actualmente realizan los técnicos de apoyo mutuo del Creap. Dieron algunas respuestas como:

- *Apoyo a las personas usuarias del centro, realizando talleres e intervenciones individuales. Participación con el resto de los equipos en las decisiones que se toman sobre cómo intervenir con las personas usuarias de manera individualizada.*

- *Son un referente para los usuarios, funciones de acompañamiento, integración.*

- *Acompañamiento a personas usuarias*

- *Están muy presentes en la acogida de usuarios y disponibles en el contacto directo y de apoyo necesario para que el usuario, ya sea nueva incorporación o no, pueda encontrar sostén desde una perspectiva más próxima e informal. Además forman parte del equipo interdisciplinar y desarrollan talleres y acciones que permiten a los usuarios tener un mayor espacio de participación, como por ejemplo el GAM.*

- *Soy consciente que realizan acompañamiento a las personas usuarias y que aconsejan desde su vivencia, pero realmente, debido al horario que tienen de trabajo no coinciden con el resto del equipo en las reuniones y, por tanto, las intervenciones no se consensuan ni se analizan entre todos los perfiles. Todos los perfiles profesionales hablamos de las intervenciones que llevamos a cabo para que el resto sea conocedor y para que todos sigamos en una misma línea a excepción de los TAM debido a lo que he explicado en líneas anteriores.*

- *Realizan acompañamiento y apoyo directo tanto a nivel emocional como de actividades funcionales y de ocio, además de dirigir el grupo de ayuda mutua; todo ello ofreciendo su experiencia personal y la empatía surgida de la misma.*

- *Acogida a nuevas personas usuarias, acompañamientos externos y trabajo psicoeducativo en primera persona en los grupos GAM.*

- *Participan en la gestión de casos, dirigen los GAM, realizan acompañamientos.*

- *Acompañamiento terapéutico.*

La siguiente pregunta fue: ¿Coincide con lo que tú piensas que deberían hacer? En caso negativo, explica por favor cual consideras que debería ser el cometido de estos técnicos. Todas las respuestas fueron en la misma línea. Se omiten las que se limitaron a responder "sí".



- *Sí, además de un apoyo o un vínculo más cercano ya que, al tener diagnóstico en salud mental, puede que las personas usuarias sientan más confianza con ellas.*

- *Sí, además es una figura muy positiva para los usuarios, muchas veces la información que nos comparten de sus intervenciones es realmente valiosa.*

- *Creo que es positivo que el acompañamiento que realizan sea consensuado por parte de todo el equipo ya que de esta forma todas las áreas personales de la persona usuaria podrán estar cubiertas y atendidas, ya que cada uno de los perfiles trabajamos áreas personales diferentes de los usuarios/as.*

- *Si que coincide con lo que pienso que deberían hacer aunque (teniendo en cuenta que no tengo contacto diario de trabajo con ellos y no puedo contestar a las siguientes preguntas concretas)*

También se les preguntó si consideraban que esta figura profesional realiza tareas que se corresponden con competencias de su perfil profesional. A esta pregunta dos profesionales indicaron que sí y el resto que no.

Por último se les preguntó cómo valoraría la integración de estos dos profesionales en el equipo interdisciplinar del Creap. Diez respondieron que la integración había sido buena, siete muy buena y dos muy mala.

Estos resultados mostraron que, a pesar de que se realizaron acciones preparativas, previas a la incorporación de este nuevo perfil, en algunos profesionales todavía quedaron dudas. Sin embargo, la mayoría los ha integrado adecuadamente y conoce su trabajo.

La perspectiva de los AAI

Las experiencias de los AAI y los beneficiarios han sido ampliamente documentadas. Salzer y Shear (2002) encontraron que los AAI no solo benefician a los receptores, sino que también experimentan un crecimiento personal y profesional al desempeñar este rol. Por otro lado, los beneficiarios reportan una mayor sensación de esperanza y empoderamiento, así como una reducción en el sentimiento de aislamiento (Bellamy et al., 2017).

En el ámbito hospitalario, Galloway y Pistrang (2019) documentaron cómo los AAI facilitan la transición de los pacientes desde entornos institucionales hacia la comunidad, reduciendo las tasas de rehospitalización. Además, su presencia en los servicios de salud mental ha sido asociada con una mayor satisfacción del paciente y una mejora en la calidad de la atención (O'Connell et al., 2017).

Encuesta a los AAI del Creap

A finales de 2024, cuando los agentes de apoyo entre iguales del Creap llevaban ya un año y medio trabajando en este centro, cumplimentaron una encuesta para reflejar sus propias impresiones sobre sus servicios. La primera pregunta fue “explica en qué consiste tu trabajo”. Estas fueron las dos respuestas:



• *Acompaño y doy apoyo emocional a los usuarios que están en una situación que más lo necesitan. Les escucho y trato de compartir experiencias comunes para que vean que no están solos en el camino, y cojan confianza en sí mismos y puedan ganar más autonomía. Luego también realizo dos talleres, uno semanal (Docuforum) y otro quincenal (GAM). A veces también hago acompañamientos físicos al médico, banco, etc.*

• *En los acompañamientos individuales, sobre todo escucha activa, dedicándoles el tiempo necesario, comprendiéndoles sin juzgarlos. Dándoles estrategias como: Aceptar el pasado sin lamentarse, vivir el presente para mejorar el futuro sin preocuparse por él. Gestionar emociones, ansiedad, miedos y pensamientos saboteadores. Animándolos a salir de casa, hacer actividades, cursos, voluntariados, deporte. valorar los pequeños pasos que hacen, y hacer que se valoren ellos porque con quien van a pasar más tiempo es con ellos mismos Preguntándoles por las Actividades de la vida diaria, por su proyecto de vida. acompañándolos a coger el metro o el bus a las asociaciones, talleres, para que lo puedan hacer ellos solos. compartiendo experiencias propias.*

La segunda pregunta fue: “¿Cómo crees que ha sido la aceptación de tu figura por parte de los usuarios? Da todos los detalles que puedas”. A lo cual respondieron:

- *Creo que ha sido buena. Nos ven como una parte más de ellos, incluso más que como parte de los profesionales del centro. Suelen aceptar la figura(algunos me lo agradecen, pero dicen que no la necesitan)y confían en mi, aunque a veces cuesta ganar esa confianza.*
- *Muy buena por parte de algunos usuarios y por otra parte hay otros que no he podido conocer.*



Después se les preguntó: ¿Cómo crees que ha sido la aceptación de tu figura por parte de los profesionales? Da todos los detalles que puedas. Respuestas:

- *También creo que buena. Lo que más se valora, creo yo, es el hecho de que pueda tener más cercanía con el usuario por mi circunstancia personal. No tengo ninguna queja, me han tratado siempre como uno más.*
- *Muy buena... me siento una más en los equipos pero me gustaría acudir más a la gestión de casos y los paí para estar más en contacto con ellos y con los objetivos propuestos.*

Ante la pregunta: “¿Crees que tu perfil profesional comparte competencias con otros perfiles del equipo multidisciplinar?” Respondieron lo siguiente:

- *Bueno, en general lo que comparte es el trato con la persona, ya que el resto de profesionales también realizan acompañamientos y tratan, obviamente, con los usuarios de manera regular, a veces a diario.*

- *yo actuó desde la experiencia propia y los profesionales desde el conocimiento y la experiencia profesional , podemos ayudarnos mutualmente , cuando hay un suceso lo derivó al profesional de referencia oportuno.*

Por último se les preguntó: “¿El centro te ofrece todos los recursos que necesitas para hacer bien tu trabajo?”. A lo que respondieron:

- *Si, sobre todo a nivel de información (del estado del usuario, de nuevos talleres que se quieren implementar, etc.).*
- *Si, pero una ampliación o ajuste de horas permitiría que acudiera a las gestiones de caso y a los paises más a menudo.*

5

Satisfacción con sus servicios



Encuesta a personas usuarias del Creap

Se pasó una encuesta a las personas usuarias del Creap para medir el índice de satisfacción con la atención de los agentes de apoyo entre iguales, así como su percepción sobre el apoyo que estos les ofrecen. La respondieron 52 personas, cuya estancia media en el Creap en ese momento era de 6,9 meses, siendo la más breve de 1 mes y la más prolongada de 22 meses. El 72% eran hombres y el 28% mujeres, la mayoría de entre 30 y 50 años, con una estancia media en el Creap inferior a 1 año, ya que cada persona usuaria puede estar como máximo 18 meses, prorrogables durante algunos meses más de forma excepcional.

Gráfico 1. Resultados de la pregunta: “¿Qué tipo de plaza disfrutas en el Creap?



Se les preguntó qué tipo de ayuda recibían de los AAI, especificando que no dieran detalles personales o confidenciales. Las respuestas se pueden englobar en estas categorías:

- Compartir tiempo y actividades
- Dar conversación y escuchar
- aconsejar
- hacer acompañamientos
- hacer compañía
- motivar
- apoyar
- animar
- dar esperanza

Ejemplos literales:

- *“Me escucha, me anima a caminar un rato, me acompaña al autobús, siempre que me ve me saluda y si puede se sienta conmigo a hablar”.*
- *“Me escucha, apoya, me aconseja y también cambiamos de entorno donde nos encontramos más cómodas”.*
- *“Hablar mucho conmigo muchos días, escucharme, animarme, motivarme”.*

La frecuencia de sus intervenciones con cada persona usuaria del recurso es en su mayoría semanal, aunque en función de los casos por necesidades especiales puede ser de más de una vez por semana.

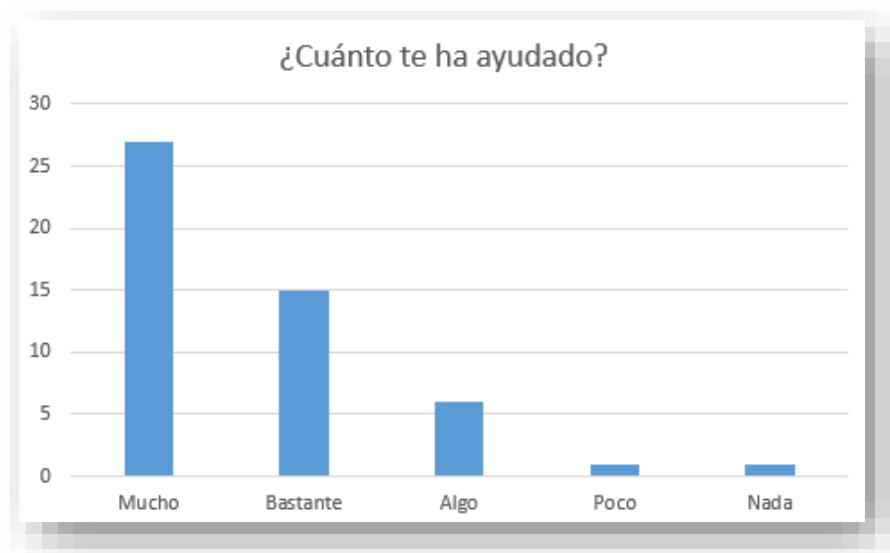
Ante la pregunta sobre su nivel de satisfacción con los servicios de los AAI, el 84% respondieron que este era alto o muy alto. Habiendo solo una persona que respondió nivel bajo y otra muy bajo, coincidiendo que eran dos personas recién llegadas, con menos de un mes de estancia en el Creap y todavía no habían tenido muchas sesiones de apoyo mutuo.

Gráfico 2. Resultados de la pregunta: “¿Cuál es tu nivel de satisfacción con los servicios de los agentes de apoyo entre iguales del Creap?”



También se les preguntó cuánto sentían que hasta el momento los AAI les habían ayudado. Como se puede observar en el gráfico 3, excepto los dos que llevaban menos de un mes en el Creap, todos los demás sentían que hasta el momento sí les había sido de ayuda el apoyo mutuo. Del total de los encuestados, 42 indicaron que los agentes de apoyo entre iguales les habían ayudado bastante o mucho, hasta ese momento.

Gráfico 3. Resultados de la pregunta: ¿Cuánto sientes que te ha ayudado hasta ahora el/la agente de apoyo entre iguales?



La siguiente pregunta exploraba si percibían que tu vida hubiese mejorado en algo gracias al apoyo de los técnicos de apoyo mutuo. Los resultados se muestran en el gráfico 4. Como se puede observar en él, hubo dos usuarios que respondieron que no. Revisando la tabla de datos se observó que eran los dos únicos que llevaban menos de un mes en el Creap, por lo que sus respuestas no podrían explicarse por una mala atención por parte de los agentes de apoyo entre iguales, sino porque la relación terapéutica estaba en sus inicios y todavía no habían tenido suficiente contacto con estos profesionales.

Gráfico 4. Resultados de la pregunta: “¿Ha mejorado tu vida en algo gracias al apoyo del/la agente de apoyo entre iguales?”



En penúltimo lugar se les preguntó concretamente en qué aspecto principalmente consideraban que la ayuda de los agentes de apoyo entre iguales había mejorado su vida, pidiéndoles que reflexionasen sin prisa para distinguir internamente aquello que había mejorado por motivo de la ayuda de los AAI y no por otra cosa. Debían elegir solo un ítem entre la siguiente lista:

- Me siento feliz
- Me siento mejor que antes

- Siento menos soledad
- Me siento comprendido
- Siento que tengo un amigo más
- Me da esperanza
- Nada
- Otro motivo

En el gráfico 5 se muestran los resultados. 8 respondieron que gracias a la ayuda de los AAI tienen más esperanza sobre sus posibilidades de mejora de su vida, lo cual es acorde con los resultados del estudio de Watson (2017). Cabe destacar que ninguno eligió la opción “siento que tengo un amigo más”, lo cual puede indicar que esta figura no causa confusión en los usuarios del servicio o que los profesionales del apoyo mutuo en el Creap saben hacer su trabajo sin confundir a los usuarios sobre su rol. Tampoco eligieron la opción “me siento feliz”, pero sí que eligieron bastantes la opción “me siento mejor”, lo cual se puede considerar suficientemente exitoso, tratándose de personas con trastornos mentales graves.

Gráfico 5. Resultados de la pregunta: “¿En qué ha mejorado tu vida gracias a la ayuda del/la agente de apoyo entre iguales?”



Por último, se les preguntó además si consideraban que este perfil técnico debería estar en todos los servicios de atención a las personas con sufrimiento psíquico. El 96% respondieron que consideraban esta figura profesional como una parte necesaria en los servicios de salud mental.

CÓMO MEJORAR LAS ENCUESTAS EN EL FUTURO

Diseño de las encuestas

Diseñar una encuesta de opinión implica definir con claridad el objetivo de la investigación, identificar al público al que se desea encuestar y elaborar preguntas que sean claras, directas y relevantes. Es fundamental elegir los tipos de preguntas adecuados (cerradas, abiertas, de escala, etc.) y estructurarlas de manera lógica. Antes de aplicarla, se recomienda hacer una prueba piloto para detectar posibles fallos. Finalmente, la encuesta debe aplicarse mediante un canal accesible para el público objetivo, y los resultados deben analizarse e interpretarse con base en los objetivos iniciales.

Evitar sesgos

Para evitar sesgos en una encuesta, es crucial redactar las preguntas con un lenguaje neutral, sin inducir a una respuesta específica. También se debe garantizar el anonimato para reducir el sesgo de deseabilidad social, y asegurar que la muestra sea representativa del grupo que se quiere estudiar, evitando el sesgo de muestreo. Además, es importante diseñar opciones de respuesta que sean claras, completas y no se solapen entre sí, así como cuidar el orden de las preguntas para no influir en las respuestas. Todo esto contribuye a obtener datos más precisos y confiables.

El sesgo con el que más cuidado se debe tener es el Sesgo en la redacción de las preguntas, que se da cuando una pregunta está formulada de manera que sugiere una

respuesta. Para evitarlo se debe usar lenguaje neutral, sin palabras cargadas emocionalmente, sin incluir opiniones en la pregunta.

En la pregunta, “¿Cómo crees que ha sido la aceptación de tu figura por parte de los usuarios? Da todos los detalles que puedas.”, existe un posible sesgo, ya que aunque es una pregunta abierta, la forma “aceptación de tu figura” puede sonar ambigua o valorativa, como si ya asumiera una figura con un rol especial o problemático. Esta pregunta podría mejorarse con una formulación más neutral, como: “¿Cómo percibes la interacción y percepción de los usuarios respecto a tu rol en el equipo?”

Tras esta experiencia realizaremos modificaciones en las encuestas para futuros pases. En futuras encuestas a los AAI, incluiremos preguntas que indaguen otros aspectos aparte de la mera intervención como, por ejemplo:

¿Recibes atención psicológica de profesionales de este centro? ¿En caso afirmativo con qué frecuencia?

Al equipo interdisciplinar convendría añadirles otras preguntas sobre su experiencia en general con los AAI, como:

Si has tenido experiencia previa de colaboración con técnicos de apoyo mutuo, califica cómo fue:

No he tenido	mala	mediocre	buena	muy buena
--------------	------	----------	-------	-----------

Para los usuarios del servicio, respecto a la primera encuesta sería oportuno quitar la pregunta sobre si su vida ha mejorado o no, ya que con la pregunta siguiente ya queda reflejado.

6

Retos de futuro y recomendaciones



Desde el Creap recomendamos encarecidamente que los recursos públicos intenten probar la experiencia de incluir entre sus servicios el del apoyo entre iguales. Con ella descubrirán cómo la satisfacción de sus pacientes o personas usuarias se incrementa considerablemente, mejorándose la calidad global asistencial y el funcionamiento. Pero es también relevante recomendar que previamente a su implementación observen las recomendaciones que puedan recibir de entidades que lo ya los hayan incorporado o las de guías como esta, que pretenden ayudar y clarificar dudas.

PREPARACIÓN PREVIA

La preparación previa es esencial para asegurar el buen funcionamiento y evitar una experiencia traumática. En algunas partes de España, como por ejemplo en alguna comunidad autónoma en concreto del norte de España, se intentó implementar esta figura sin una preparación previa adecuada y cuando esta se incorporó, se encontró con el rechazo del equipo receptor. Esto provocó una mala experiencia para el propio equipo interdisciplinar que se vio forzado a acogerlos con muchas dudas, también una mala experiencia en los agentes de apoyo entre iguales y por último una mala experiencia en la administración que hizo el esfuerzo por la innovación. Como resultado ahora mismo, al menos de momento, no tienen intención de volver a intentarlo.

Hay que tener en cuenta los riesgos de no preparar el camino adecuadamente, tanto en el diseño de la propia contratación, como en la preparación del equipo receptor. Entre estos riesgos está la no comprensión de la figura y sus competencias. Si no se explica adecuadamente cual es el rol de AAI, mostrando el trabajo que están haciendo en otros países y delimitando claramente cuales son sus funciones, es fácil que queden dudas en varios e incluso bastantes profesionales, que se alimentarán entre bambalinas en conversaciones de pasillo o cafetería.

La no comprensión del encaje de los AAI en el equipo interdisciplinar generará miedos en los técnicos y especulaciones sobre si estos nuevos profesionales van a venir a “pisar” sus competencias. Para ayudar en esta posible situación, se incluyen en la siguiente tabla las principales competencias de los diferentes perfiles profesionales que suelen trabajar en salud mental, según la información disponible en los sitios web de sus colegios oficiales o en los decretos que los regulan.

**Tabla 4. Competencias de los perfiles habituales en salud mental
según los sitios web de sus propios colegios oficiales.**

1. Psiquiatría

La psiquiatría es una especialidad médica dedicada al diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales, emocionales y del comportamiento. Los psiquiatras están capacitados para evaluar aspectos tanto físicos como mentales de las afecciones psicológicas. Sus competencias incluyen la realización de evaluaciones diagnósticas, la prescripción de medicamentos y la provisión de psicoterapias.

Para ampliar información de forma detallada sobre las competencias de los psiquiatras, recomendamos consultar la página del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM): <https://www.cgcom.es>. O en la publicación del BOE sobre los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría en el punto 2 del Anexo I: <https://www.boe.es/eli/es/o/2023/03/02/pcm205>.

2. Psicología

Los psicólogos estudian el comportamiento humano y los procesos mentales, aplicando este conocimiento para ayudar a las personas a comprender y resolver problemas en diversas áreas, como la salud, la educación y el trabajo. Sus competencias abarcan la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos, así como la promoción del bienestar y la calidad de vida.

Se puede encontrar más información en el sitio web del Colegio Oficial de Psicólogos (COP): <https://www.cop.es>, concretamente en el código deontológico del psicólogo: <https://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodeIPsicologo-vigente.pdf>. O en documentos oficiales como el BOE relativo a la Ley 3/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>.

3. Trabajo Social

Los trabajadores sociales se centran en ayudar a individuos, familias y comunidades a mejorar su bienestar y resolver problemas sociales. Sus competencias incluyen la evaluación de necesidades, planificación e implementación de intervenciones, promoción del desarrollo comunitario y defensa de los derechos sociales.

Para más detalles, visita la página del Consejo General del Trabajo Social (CGTS): <https://www.cgtrabajosocial.es>.

4. Educación Social

Los educadores sociales trabajan para promover la integración y participación social de individuos y grupos, especialmente aquellos en situación de vulnerabilidad. Sus competencias incluyen el diseño y ejecución de proyectos educativos, la mediación social y la facilitación de procesos de aprendizaje y desarrollo personal.

Puedes obtener más información en el sitio web del Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES):

<https://www.consejoeducacionsocial.net>

5. Terapia Ocupacional

Los terapeutas ocupacionales ayudan a las personas a desarrollar, recuperar o mantener las habilidades necesarias para la vida diaria y el trabajo. Sus competencias incluyen la evaluación de las capacidades funcionales, la planificación de intervenciones terapéuticas y la adaptación de entornos para mejorar la autonomía personal.

Para más detalles recomendamos visitar la página del Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España (CGCTOE): <https://www.cgctoe.org>.

6. Integración Social

Su competencia general consiste en programar, organizar, implementar y evaluar las intervenciones de integración social aplicando estrategias y técnicas específicas, promoviendo la igualdad de oportunidades, actuando en todo momento con una actitud de respeto hacia las personas destinatarias y garantizando la creación de entornos seguros tanto para las personas destinatarias como para el profesional. Se puede ampliar esta información en el Real Decreto 1074/2012, de 13 de julio, por el que se establece el título de Técnico Superior en Integración Social:

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2012/07/13/1074>

7. Enfermería

Los enfermeros y enfermeras proporcionan cuidados integrales a individuos, familias y comunidades en diversos entornos de salud. Sus competencias incluyen la valoración de necesidades de salud, la planificación y ejecución de cuidados, la educación para la salud y la gestión de servicios de enfermería.

Para obtener información detallada, te recomiendo consultar la página del Consejo General de Enfermería (CGE): <https://www.consejogeneralenfermeria.org>

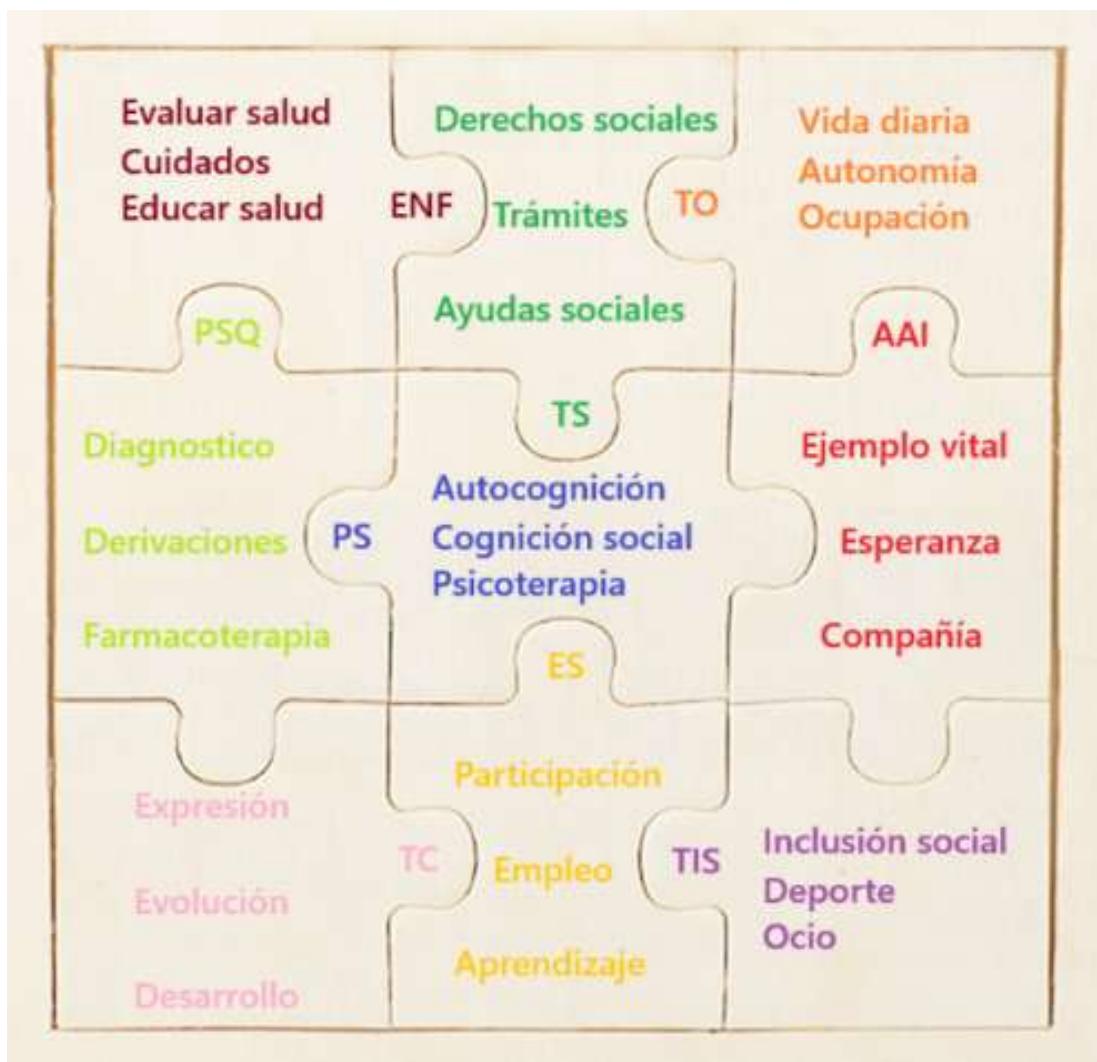
8. Terapias creativas (TC)

Desde la Arteterapia, Musicoterapia, Dramaterapia o la Danzaterapia, los profesionales de estas disciplinas buscan promover cambios significativos y duraderos en las personas, potenciando su desarrollo y evolución como seres individuales y sociales, mediante la expresión artística. Se puede ampliar información en:

[https://arteterapia.org.es/ejercicio-del-arteterapia/.](https://arteterapia.org.es/ejercicio-del-arteterapia/)

Para resumir como encaja la información sobre las competencias profesionales reflejadas en la tabla 3, a continuación se muestra un esquema gráficamente representativo de la complementariedad que tienen en la práctica todas estas profesiones. Aunque en ocasiones algunas de sus tareas pueden asemejarse, sus principales competencias son realmente complementarias. Este esquema mostrado en la figura 1, es el resultado de la comparativa de lo que los propios colegios oficiales y profesionales del sector dicen sobre sí mismos en sus sitios web, pero no tiene por qué representar la opinión de profesionales individuales. El esquema se presenta en forma de puzzle de competencias y en el mismo se refleja claramente cómo las competencias de los agentes de apoyo entre iguales no se solapan con las demás, principalmente porque lo que este perfil puede aportar, no lo pueden aportar de la misma forma los demás. Cada perfil tiene unas competencias concretas que lo diferencian del resto y si se tiene conciencia de ello, la colaboración se hace muy eficiente. Paralelamente a las competencias distintivas, cada perfil profesional tiene otras competencias que suelen nombrar sus colegios oficiales o decretos reguladores y que suelen aparecer en más de uno, incluso en todos, como la evaluación, intervención y prevención, el fomento del bienestar, la ética en el trabajo con personas, etc.

Figura 1: Puzzle de las principales competencias distintivas por perfiles en salud mental.



Fuente de la imagen: Elaboración propia Creap. © Imserso.

En el puzzle se puede observar que cada profesión se ha reflejado en un color diferente y que sus iniciales se han puesto en mayúsculas en los salientes de las piezas, siendo sencillo para cualquier profesional de la salud mental identificarlas todas. Las que se han reflejado son aquellas competencias que pueden caracterizar a cada perfil, pero no quiere decir que sean las únicas evidentemente. El objetivo de este sencillo recurso visual es que permite ver fácilmente que el trabajo de los AAI es sencillamente diferente y el resto

no pueden aspirar a hacerlo de la misma forma. Por ejemplo, para poder ser un ejemplo de vida para alguien, esa persona tiene que poder verse reflejada. Si cualquier profesional de la psiquiatría, de la psicología o de la terapia ocupacional, por ejemplo, pretende utilizar su propia experiencia vital para ilustrar cualquier situación, pretendiendo hacer un paralelismo, pero no ha tenido la barrera del problema psíquico con su sintomatología asociada, el paciente o usuario podrá entender el paralelismo propuesto con fines terapéuticos, pero conservará la idea de que para otras personas es más fácil todo sin tener alucinaciones o delirios constantes. Sin embargo, si otra persona que pasó por lo mismo, le cuenta su experiencia, le detalla sus dificultades y cómo consiguió superarlas, supondrá de verdad un gran ejemplo de vida a seguir. Después, ligada a este ejemplo vital, va la esperanza, que es un motor fundamental para la salud mental. Cuando la persona usuaria ve que se puede aspirar a tener un mayor funcionamiento social y un mayor control sobre su vida, esa esperanza le dará un motivo por el que esforzarse e involucrarse en su proceso de recuperación.

Otra cuestión relevante respecto a las competencias específicas de los AAI, es la diferencia entre acompañamiento y compañía. Según la bibliografía, las personas usuarias o pacientes a quienes se le pregunta su opinión sobre lo que los AAI representan para ellas, suelen responder “compañía”. En este punto es oportuno especificar la diferencia entre acompañamiento y compañía. El acompañamiento es algo puntual e intencionado, dirigido a un objetivo. Mientras que la compañía es algo más estable. En el momento en que una persona dice que su agente de apoyo entre iguales le ayuda a mitigar la soledad, suponiendo una auténtica compañía, estamos hablando de algo que el resto de perfiles no pueden ofrecer mediante un acompañamiento terapéutico programado para algo en concreto. Los AAI hacen acompañamientos y también compañía. Los acompañamientos los hacen también otros perfiles, no es exclusivo de un perfil profesional, pero solo los AAI consiguen frecuentemente que los usuarios sientan que no están solos.

Por lo tanto, ser ejemplo de vida, generar esperanza con la propia experiencia personal y ser una compañía auténtica, son cosas que el resto de perfiles de la salud mental no pueden aspirar a hacer de la misma forma. Por lo que son competencias propias y exclusivas de los AAI, haciendo que estos tengan su lugar en el puzzle de los equipos interdisciplinares.

Otra de las barreras a derribar antes de la llegada de los AAI al equipo, es la de los miedos. El miedo proviene de la percepción de una amenaza y si perciben a los nuevos compañeros como una amenaza, por ejemplo para su continuidad laboral, la respuesta anticipatoria será, normalmente, defensiva. Entonces una posición de crítica destructiva ante la posibilidad de incluir esta figura en el equipo, revela la existencia de miedos, y esto deriva de una falta de información por parte de los responsables de la institución o del equipo técnico. Es importante que el equipo sepa que el AAI no suplen competencias de nadie y que ningún puesto de trabajo está en peligro por su llegada.

Es muy importante prevenir el rechazo hacia esta figura. Si uno o varios profesionales preocupados por lo que pueda ocurrir, difunden entre el equipo interdisciplinar ideas como que “no es justo que gente con menos preparación vaya a intervenir con los pacientes” o que “por tener experiencia propia no se convierten en expertos”, e incluso que “si salen más baratos al final nos echarán a nosotros”, entonces el pánico cundirá por los pasillos y será más fácil que haya un rechazo manifiesto hacia las personas que se incorporen desde el mismo día de su incorporación.

Esto llevaría a una mala acogida o a que haya poca colaboración en hacer una acogida adecuada, que si es percibida por los nuevos integrantes del equipo, entrarán ya con desconfianza y con malas sensaciones. Esto continuaría con poca o mala colaboración laboral diaria, opiniones negativas sobre los agentes de apoyo mutuo que se intentarían trasladar a los responsables de la entidad, feedback negativo sobre el trabajo y competencia los agentes de apoyo entre iguales, e incluso la generación de interacciones hostiles en las reuniones de trabajo.

Este devenir de acontecimientos llevaría casi inevitablemente a que la organización percibiera la experiencia como negativa, pudiendo afectar al criterio del personal directivo de la entidad, que podría decidir no querer exponer al equipo a esa tensión y preferir dar marcha atrás, no continuando con el proyecto. Por eso, es algo que se debe prevenir, abordando todos los miedos y dudas del personal con tiempo de sobra, para que se clarifiquen y vayan desapareciendo, ofreciendo tanta información posible para que esta nunca falte.

DISEÑO DE LA OFERTA DE EMPLEO

A la hora de planificar la contratación, un aspecto importante a tener en cuenta es no confundir las necesidades de los AAI con las necesidades de las personas usuarias del servicio. Por ejemplo, algunos agentes de apoyo entre iguales prefieren trabajar a media jornada, mientras que otros lo prefieren a jornada completa. La preferencia de la media jornada suele darse por motivos como el autocuidado emocional, la compatibilidad con pensiones por discapacidad, compaginar con otras actividades personales, estar en procesos formativos y otras. Una jornada laboral completa puede ser un factor de sobrecarga emocional que haga a la persona entrar en una crisis psicológica que atente contra su bienestar y por ello, para autocuidarse, aquellos que saben que les puede ocurrir prefieren solo trabajar media jornada. Otros reciben pensiones por discapacidad, que son compatibles con otros ingresos hasta un límite, que sobrepasarían si trabajaran a jornada completa. Sin embargo otros sí demandan trabajar a jornada completa porque se sienten capaces y lo prefieren. ¿Debería entonces la entidad contratante ofrecer las plazas de forma que atiendan las necesidades particulares de los candidatos que se presenten? Evidentemente no puede ser, porque primero se publica la plaza y después llegan los candidatos con sus particularidades. Las plazas deben diseñarse en función de las necesidades de las personas usuarias, ubicándolas siempre en el centro de las decisiones, atendiendo a cuestiones como: cuántos usuarios tiene el centro o recurso, cuantos técnicos

necesitaríamos para poder atenderlos sobradamente, de cuanto presupuesto disponemos, etc.

Pero esto no quiere decir que no se pueda hacer nada por intentar ajustarse a la variedad de realidades de este nuevo colectivo profesional. Porque una cosa es cuantas jornadas completas de AAI debe o puede cubrir una entidad, pero otra cosa es cuantas personas contrata por cada jornada completa. El primer paso siempre sería valorar la necesidad en función de las ratios propias. Es decir, cada recurso de salud mental sabe qué cantidad de pacientes o de usuarios tiene y por tanto en primer lugar debe decidir cuantas jornadas completas necesitaría para cubrir adecuadamente esa ratio. Una vez calculada la cantidad de jornadas completas que necesita el recurso en cuestión, el siguiente paso sería decidir cuantas de ellas dividirá para publicarlas como medias jornadas. Un centro que, por ejemplo, decida crear dos plazas nuevas de agentes de apoyo entre iguales, podrá decidir si contratar a una persona por cada jornada completa o a dos personas por cada jornada completa, contratando entonces a cada una a media jornada. Una vez creada la cantidad de jornadas completas que realmente se necesiten, la configuración posterior de estas ya podrá flexibilizarse o combinarse para poder adaptarse con mayor facilidad a los candidatos y candidatas que se presenten, que la entidad prefiera seleccionar.

Otra decisión importante antes de publicar las plazas es la categoría profesional que se va a ofrecer y qué titulación o titulaciones se van a exigir. Lo legítimo es pedir a los candidatos una titulación que les habilite para contratarles mediante una de las categorías profesionales oficiales. Los perfiles profesionales que se suelen reflejar en los contratos más habitualmente son el de monitor o el de asistente personal.

Surge en ocasiones también el debate sobre si los AAI están recibiendo un salario digno. Qué salario se va a ofrecer es otra de las cuestiones a valorar antes de publicar una oferta de empleo. Habitualmente los salarios en las diferentes profesiones han ido ligados principalmente uno o varios de estos factores: nivel académico, beneficios que aportan y

disponibilidad de candidatos. Aquellas profesiones que requieren procesos largos de formación, derivando en un conocimiento especialista profundo, suelen ligarse a salarios más altos que aquellas profesiones que para ejercerlas haga falta poca formación. Respecto a los beneficios que aportan, la clave está en la diferencia que habría si no estuvieran. Si la ausencia de un perfil profesional no afectase mucho a los resultados, ese perfil no debería tener un sueldo alto. Por último, está la disponibilidad de candidatos, si no se presenta gente que pueda hacer un trabajo que se necesita hacer, el salario a ofrecer debe ser más alto que cuando haya muchos candidatos. Este tercer factor se basa en la ley de la oferta y la demanda. Un ejemplo de estos se puede ver claramente en los deportistas de élite. En el mismo equipo puede haber un jugador cobrando un par de millones al año, mientras que otro gana cientos de millones. Ambos entran y ambos juegan los partidos, pero lo que es capaz de hacer el que cobra millones, seguramente no lo podrán hacer muchos más en todo el país, incluso en todo el mundo. Entonces, ¿Cuánto debería cobrar un agente de apoyo entre iguales? Los convenios laborales tienen tablas salariales que suelen marcar los mínimos que se deben pagar para cada profesión. Estas tablas muestran diferencias entre profesiones, que derivan de los factores anteriormente nombrados. Y por ello, aunque los AAI todavía no aparecen en los convenios, sí que aparecen las figuras de monitor o de asistente personal. El empleador deberá ofrecer el salario ligado a aquella categoría profesional que refleje en el contrato y esta deberá ser compatible con las funciones a realizar. Por ejemplo, auxiliar administrativo no sería apropiado ni legítimo. Se han dado casos en los que se ha utilizado esta categoría profesional. Deberá ser una categoría sociosanitaria. El hecho de elegir una de las más sencillas es para facilitar que haya candidatos. Los datos sociodemográficos de las personas con problemas graves de salud mental, reflejan que no suelen cursar grados universitarios, por lo que si se exigieran titulaciones altas sería difícil que hubiera muchos candidatos. Esto de por sí ya lleva a que van a cobrar uno de los salarios más bajos de la tabla, pero de momento, mientras no se haga oficial la profesión y negocien sus salarios

desde los sindicatos como el resto de profesiones reguladas, no podrá hacerse de otra forma, a no ser que la entidad contratante, motu proprio, decida pagar salarios por encima de lo que marquen las tablas salariales del convenio de aplicación.

Una vez que ya se regule la profesión, el colectivo profesional podrá defender sus derechos laborales y exigir salarios superiores a los de los monitores, si justifican adecuadamente que deban cobrarlos.

Otra vía por la que estos profesionales en el futuro podrán aspirar a que su salario esté por encima de los salarios más bajos, sería la de la formación. Todavía está en camino que la formación de agente de apoyo entre iguales se haga oficial y se reconozca como tal en toda España. Si cuando se haga, se hace como titulación universitaria, en vez de como formación profesional en centro formativos o institutos, el salario exigible sería superior. Pero esto dificultaría el acceso a aquellas personas con ganas de trabajar pero menor capacidad para estudiar. Es un dilema complejo y el tiempo lo resolverá.

EL RECLUTAMIENTO

La selección de personal es fundamental y no debe hacerse a la ligera, pues es importante asegurar que se selecciona a personas que cumplen las características adecuadas para poder ofrecer una atención de calidad desde la preparación y desde la experiencia en primera persona. No cualquier persona puede hacerlo. No lo puede hacer cualquier persona por tener un diagnóstico de salud mental si no tiene formación, ni lo puede hacer cualquier persona por tener la formación si no tiene un diagnóstico. Pero no solo se trata de esos dos factores. Además de tener la experiencia vivida y la formación, la persona tiene que mostrar capacidades como empatía, comprensión, cognición social, escucha activa sin juicios de valor, etc.

En los espacios de reunión y debate sobre el futuro de los agentes de apoyo entre iguales en España, algunas personas hacen afirmaciones similares a “No tenemos por qué

enseñar un informe psiquiátrico con un diagnóstico para que nos contraten. Debería ser suficiente con explicar en la entrevista cual es nuestra experiencia vivida". Estas afirmaciones son un arma de doble filo y hay que tener cuidado, puesto que pueden acabar perjudicando a las propias personas que las dicen. Un diagnóstico psiquiátrico, al igual que un diagnóstico psicológico, derivan de una evaluación profesional, realizada mediante protocolos de evaluación que han demostrado evidencia científica y que aplicados adecuadamente, permiten definir los problemas de cada persona. Si se prescinde del informe de diagnóstico como herramienta acreditativa de experiencia vivida en salud mental, se abre una puerta por la que pueden colarse personas aprovechadas que necesiten dinero y carezcan de escrúpulos. Si con el hecho de narrar en la entrevista de trabajo una experiencia vital con historial de sufrimiento psíquico, debiera ser suficiente para dar la oportunidad laboral a alguien, sería fácil que personas sin diagnósticos ni histórico de sufrimiento psíquico pudieran emular la sintomatología, llegando a parecer creíbles y consiguiendo el trabajo, de forma que quitarían la oportunidad a quienes de verdad la merecen. Sin embargo, la mera presentación de un diagnóstico tampoco debería ser en sí misma suficiente, porque no solo se trata de tener un diagnóstico como decíamos, se trata de tener la formación y haber realizado un proceso de recuperación exitoso, gracias al cual se pueda servir de guía a otros. Solo el diagnóstico no asegura que alguien sea un buen candidato o candidata.

Como se refleja en la tabla resumen basada en la revisión de Eiroa y Sánchez (2022), uno de los programas de formación acreditados es el desarrollado por la Associació Emilia. En el instituto de formación profesional Bonanova se imparten como unidades optativas dentro del programa oficial de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. Aquellas personas que se presenten al puesto con esta titulación, habrán cursado la formación de AAI. Sin embargo, tener el título sin el diagnóstico no serviría para este fin en cuestión. ¿Entonces cómo sería conveniente realizar la selección?

Esta pregunta se respondería con otra: ¿Cuál es el valor de este perfil profesional frente a los otros? La diferencia clave con los otros perfiles incuestionablemente está en que han pasado por vivencias similares a las que están pasando las personas a las que van a ayudar. Luego entonces, inevitablemente, es eso lo que tienen que acreditar. De cualquier otra forma se podría contratar por error a personas intrusas.

El sistema tiene que poner este filtro en uno de estos dos momentos: o cuando se inscriban en la formación de agentes de apoyo entre iguales, o cuando se presenten a las entrevistas de trabajo. En algún momento alguien tiene que comprobar que no se trata de una persona impostora.

En este punto el colectivo de agentes de apoyo entre iguales tiene posiblemente su mayor amenaza y tiene que actuar inteligentemente. Es un perfil profesional controvertido y fuera de lo habitual. Su principal valor diferencial es sufrir un problema grave de salud mental. Desde el punto de vista de las vertientes profesionales y políticas más tradicionales o conservadoras, esto es visto como una irregularidad intolerable, aunque haya demostrado eficacia y satisfacción por parte de quienes reciben los servicios. Si el sistema de reclutamiento tiene deficiencias, de manera que se contrata a personas que realmente no tenían el diagnóstico y sale posteriormente a la luz, la profesión va a ser cuestionada, poniéndose en tela de juicio qué se está haciendo realmente en los recursos de salud mental. Para que estos profesionales y la necesidad de contratarlos sea incuestionable, incluso para los que no son del sector de la salud mental, debe haber un filtro que solo lo pasen los que realmente lo tienen que pasar.

Hasta el momento, a los programas formativos para agentes de apoyo entre iguales solo se están inscribiendo personas que realmente han pasado por un proceso de rehabilitación psicosocial. Por ello de momento no hay conocimiento de casos de intrusismo, y por ello actualmente, valorar como puntuable haber realizado esta formación es un valor seguro de autenticidad. Sin embargo, en el futuro deberá incluirse en algún punto del proceso un filtro para que no haya intrusismo.

Pero más importante que mostrar el diagnóstico, un método que supondría una doble seguridad, sería poniendo como requisito presentar un informe de algún recurso psicosocial que refleje un proceso de rehabilitación exitoso, además del título de la formación. De esta forma la entidad contratante no solo se aseguraría de que la persona candidata tiene la formación y de que tiene la experiencia vivida, sino de que además esa experiencia servirá de guía a otros, porque la persona ha realizado su propio camino hacia la recuperación. El informe ni siquiera tendría por qué especificar el diagnóstico, con que un recurso de rehabilitación psicosocial, certifique que la persona ha hecho un proceso personal de recuperación exitoso, sería suficiente. Es decir, el filtro más fiable y eficaz lo ofrecería la combinación de un informe de rehabilitación psicosocial, más el título del curso. Esos dos documentos son los que los candidatos tendrían que presentar. Con esos dos documentos la probabilidad de que el candidato o candidata seleccionada esté fingiendo se reduce mucho, porque una cosa es mentir en una entrevista, pero otra más difícil es pasar por un recurso de salud mental durante meses o años, y hacer el curso durante otros cuantos meses, para conseguir un trabajo. Por ello esos dos certificados son la clave: certificado de formación y certificado de recuperación.

ACOGIDA

La acogida debe hacerse lo más cálida posible, involucrando a todo el equipo de atención directa y si fuera posible a todo el centro o recurso. La dirección del recurso implementador debe asegurarse de que se planifican y cumplen una serie de acciones para hacer una acogida adecuada a los nuevos profesionales. Dentro de esta serie de acciones sería aconsejable que como mínimo se hicieran las siguientes:

1. Presentación de todo el equipo técnico.
2. Explicación por parte de profesionales de cada perfil sobre su trabajo.
3. Explicación del histórico del centro.

4. Presentación a todos los usuarios del centro en una charla en la que se les explique su papel.
5. Compartir momentos discendidos de descanso con el resto del equipo interdisciplinar.
6. Facilitar los contactos corporativos de todo el centro.
7. Facilitar puesto de trabajo propio y cuenta de correo propia.

APOYO Y SEGUIMIENTO

Una vez que la incorporación esté finalizada, es necesario estar pendiente de como marcha el trabajo diario de los AAI y su encaje en el equipo. Es importante prestar atención a que no se den situaciones de marginación o de acoso laboral por parte de otros profesionales. La dirección de cada recurso implementador debe hablar ocasionalmente con ellos y establecer una relación de confianza, en la que se sientan cómodos para trasladarle sus preocupaciones o malestares, de forma que se puedan detectar con rapidez situaciones indeseables que se deban solucionar.

Como parte de las acciones de apoyo y seguimiento es recomendable adaptar los horarios y agenda del técnico de apoyo entre iguales a la estructura o sistema de funcionamiento del lugar donde vaya a trabajar. Por ejemplo, si hay muchas actividades grupales a veces les resulta difícil encontrar hueco para intervenciones individuales, o sencillamente pasar momentos charlando con las personas usuarias.

FORMACIÓN CONTINUA

Es tan importante como con el resto de perfiles profesionales, el mantener a los agentes de apoyo entre iguales formados y actualizados, sobre salud mental, técnicas de comunicación y sobre su propio rol.

EVALUACIÓN

Otra recomendación es evaluar directamente los resultados del trabajo y la satisfacción de las personas usuarias mediante encuestas internas, cuando los AAI lleven al menos un año ya trabajando en el recurso implementador.

Hacer con regularidad encuestas de satisfacción, tanto de este como de los otros perfiles profesionales es una práctica aconsejable para ofrecer una buena calidad de la atención en los servicios de salud mental.

Bienestar de los AAI

Para todas las personas el ámbito laboral es un entorno exigente, que genera fatiga, a veces física, a veces psicológica, pero muy frecuentemente de las dos. Toda organización debe cuidar el bienestar emocional de todas las personas que trabajen en ella, pero especialmente se debe prestar mayor atención a las personas más vulnerables de la organización. En este caso, aunque los agentes de apoyo mutuo hayan conseguido recorrer en su vida un camino de recuperación, que precisamente les permite servir de faro para el camino de otros, no significa que sean ya invulnerables al estrés o la ansiedad que provoca el trabajo de atención a la salud mental.

Es recomendable que los AAI se mantengan en constante atención psicosocial, para tener un respaldo en los momentos más difíciles. Pero una pregunta importante es ¿Dónde buscar ese apoyo? Muchos pensarán que trabajando en un servicio de salud mental lo fácil sería que el apoyo lo recibiesen ahí mismo. Pero eso puede llevar a dinámicas indeseables si no se maneja adecuadamente ([Thomas, 2010. APA](#)), como que se confundan los roles de compañeros y terapeutas, generándose una relación asimétrica

entre profesionales (Knapp et al., 2015. APA). En las psicoterapias ocurren las transferencias y las contratransferencias entre paciente y terapeuta. Los profesionales de la psicoterapia saben manejar estas situaciones para que no afecten al rapport ni a la terapia finalmente. Según Barnett y Johnson (2014), esto puede comprometer la efectividad de la ayuda proporcionada y dañar la relación profesional. Lo recomendable es que los agentes de apoyo entre iguales se mantengan atendidos a nivel psicosocial, pero que reciban esta atención en un recurso diferente de aquel en el que prestan sus servicios.

Derecho a la protección de datos

La gran particularidad de los profesionales del apoyo mutuo, hace que cuando se incorporan a un equipo interdisciplinar, todos sus futuros compañeros sepan incluso antes de conocerle que tiene un diagnóstico de salud mental. Es algo que no ocurre en el resto de perfiles, pero evidentemente es una condición que aceptan aquellas personas que deciden dedicarse a esto.

¿Cómo se combina el hecho de conocer que tienen un diagnóstico de salud mental con el derecho a la protección de sus datos personales? Pues la respuesta es bastante sencilla, no metiéndose en su vida sin invitación y no hablando por los pasillos sobre ellos con otros compañeros. El hecho de que en su perfil profesional vaya implícito el haber pasado por un proceso de recuperación psicosocial, no implica que los demás profesionales tengan derecho a preguntarles por sus intimidades. Los AAI contarán lo que quieran a quien quieran, cuando quieran y solo si quieren, como hacemos todos, no cuando le pregunten, sino cuando quieran. El resto de profesionales debe abstenerse de preguntarles pensando que no pasa nada, dado que en su práctica profesional también comparten intimidades con los usuarios del servicio. Con los usuarios también deciden lo que comparten y eso no da derecho a otros profesionales a hacerles ese tipo de preguntas.

Puede surgir la tendencia entre el resto de técnicos a pretender conocer su diagnóstico, o incluso a conjeturar entre pasillos en base a lo observado. Nuestra recomendación es la de abstenerse de hacer este tipo de cosas y que el respeto máximo a la vida privada de los compañeros sea condición sine qua non de la conducta profesional.

Regulación de la figura profesional

Para que una profesión sea oficial, debe estar regulada por una ley, reglamento o normativa específica. Esto puede hacerse a través de una Ley estatal o autonómica que establezca la profesión y sus requisitos, o a través de normativas europeas si la profesión está regulada a nivel de la UE. Algunas profesiones requieren regulación específica y la existencia de un colegio profesional que supervise la actividad. Si no hay colegio profesional, puede haber asociaciones sectoriales que regulen la actividad y definan estándares. En este sentido, el colectivo de profesionales del apoyo mutuo en España está constituyendo actualmente, en la fecha de redacción de esta guía, una asociación profesional, que será el primer organismo que agrupará a los profesionales de este perfil en nuestro país.

Una vez reconocida, la profesión puede estar regulada por normativas que establecen:

- Competencias y atribuciones profesionales.
- Obligaciones legales y códigos éticos.
- Requisitos para ejercer (licencias, colegiación, etc.)

Otro hito que afianzará la oficialidad de esta figura, será su inclusión en la seguridad social como una opción seleccionable más entre el resto de profesiones, tanto para empleadores que los vayan a contratar como para profesionales que pretendan ofrecer sus

servicios de forma independiente, pudiéndose dar de alta como autónomos. Además se deberá realizar también la inclusión en el listado de actividades económicas en Hacienda.

Oferta de formación oficial

Para que una profesión sea oficial, debe existir una formación reglada y titulaciones reconocidas por el Ministerio de Educación y Formación Profesional o el Ministerio de Universidades. Esto puede ser a través de:

- Grados universitarios (ejemplo: Medicina, Ingeniería).
- Formación Profesional (FP) (ejemplo: Técnico en Emergencias Sanitarias).
- Certificados de profesionalidad regulados por el SEPE.

Al igual que ha ocurrido con otras profesiones, como se puede ver en el contenido de la tabla 3 de esta guía, la vía oficial es la publicación de un Real Decreto para establecer el título de Agente de Apoyo entre Iguales. El RD incluiría las competencias del perfil y los conocimientos que los centros formativos deberían impartir a los alumnos.

Cuando se publique por primera vez la formación oficial, el Instituto Nacional de Cualificaciones (INCUAL) puede incluir la profesión en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, lo que facilitaría su oficialización y regulación.

Expertos como Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (2023), recomiendan la creación de un ciclo formativo oficial con reconocimiento sanitario en cuya docencia participen tanto agentes de apoyo entre iguales, como representantes de las profesiones sanitarias reconocidas.

Inclusión en los convenios laborales

Para dar un paso más en la consolidación, una vez que exista la titulación oficial y se haya publicado en el BOE una Ley estatal o autonómica que establezca la profesión, el colectivo deberá trabajar con los sindicatos para que su perfil profesional sea incluido en los convenios laborales, tanto sanitarios como de atención a la discapacidad y dependencia.

Validación de intervenciones propias

En el futuro será de gran utilidad e incluso diríamos que de gran necesidad, que el colectivo de profesionales del apoyo mutuo valide científicamente sus intervenciones. Validar un programa de intervención, ya sea intervención grupal o intervención individual, es crucial por varias razones.

Por un lado, aplicar metodologías científicas de validación garantiza que la intervención o el apoyo realmente produce los resultados esperados en la población objetivo. Al basarse en datos y evidencia empírica, consigue muchos beneficios:

1. Evita suposiciones o enfoques no comprobados.
2. Evita el desperdicio de tiempo, dinero y esfuerzo en estrategias ineficaces.
3. Permite ajustar y mejorar la intervención antes de su implementación masiva.
4. Facilita su adopción por parte de otros profesionales y la comunidad.
5. Refuerza la confianza de financiadores y responsables de políticas públicas.

6. Permite replicar el programa en diferentes contextos asegurando resultados.
7. Asegura que los beneficios sean sostenibles en el tiempo.

Validar un programa de intervención psicosocial garantiza que sea eficaz, seguro y aplicable, maximizando su impacto positivo en la comunidad. Por ello es recomendable que el colectivo profesional de agentes de apoyo entre iguales busque validar científicamente la eficacia de intervenciones propias, diseñadas por ellos, con metodologías propias, tanto para intervención individual como para intervenciones grupales. Cada programa validado estadísticamente y publicado en una revista científica será otro pequeño éxito del colectivo.

Publicación de documentos técnicos

Hay una amplia variedad de acciones que pueden afianzar y consolidar la figura profesional del agente de apoyo entre iguales. Una muy habitual es la de difundir documentos técnicos específicos de su profesión. Por ejemplo, realizar estudios propios a presentar en congresos y revistas es una práctica habitual en la inmensa mayoría de profesiones sociosanitarias y sanitarias. La investigación es la forma más fiable que tenemos las personas para adquirir conocimiento. La ciencia no genera verdades indiscutibles por lo general, pero sí nos aporta conocimiento útil. Para hacer investigación de calidad, se recomienda que las asociaciones de agentes de apoyo entre iguales que vayan surgiendo firmen convenios de colaboración con universidades que se encarguen de la parte metodológica. Después, el conocimiento derivado de las investigaciones se podrá plasmar en artículos científicos, artículos divulgativos, ponencias en congresos, divulgación en redes sociales, etc. Esto ayudará enormemente a la consolidación de la profesión y a la mejora de sus servicios.

Una de las primeras opciones a barajar sobre documentos a producir podría ser la redacción del libro blanco del apoyo entre iguales en salud mental. Casi todas las profesiones tienen su libro blanco. Es un documento elaborado con una alta participación de profesionales del sector, en el que se refleja qué hace ese perfil profesional, cómo lo hace, dónde, cuando, a quien, etc. Es una guía de buenas prácticas, pero genérica, que engloba todo el trabajo que puede hacer cualquier profesional de ese perfil en diferentes ámbitos.

Por otro lado se pueden producir guías de buenas prácticas sobre temas concretos, como por ejemplo el manejo de las transferencias en el ejercicio del apoyo entre iguales, o cualquier otro tema que pueda interesar a los AAI.

Con el tiempo, cuando la profesión esté más consolidada, podría incluso crear su propia revista especializada, que recoja de forma periódica artículos especializados sobre la figura del agente de apoyo entre iguales, publicando en ella investigaciones o revisiones bibliográficas.

También la publicación de libros sobre este tema puede ayudar mucho, ya no solo libros técnicos sobre como trabajar en apoyo mutuo, sino también la literatura general puede ser una gran aliada. Por ejemplo, una novela donde la protagonista fuese una agente de apoyo entre iguales, que narre su vida, sus dificultades, cómo enfrentó sus problemas de salud mental, cómo llegó a convertirse en AAI y cómo cada día ayuda a muchas personas, haría que quienes la leyesen conocieran más de cerca la realidad de estos profesionales, ganando con ello gente que lo apoye.

Desafíos, barreras y limitaciones

A pesar de sus beneficios, la implementación del apoyo entre iguales enfrenta varios desafíos. Uno de los principales es la falta de formación y supervisión adecuada

para los peer supporters, lo que puede afectar la calidad del apoyo ofrecido (Gillard et al., 2013). Además, algunos profesionales de la salud mental pueden ser escépticos sobre el papel de los peer supporters, lo que puede generar tensiones en los equipos interdisciplinarios (Moran et al., 2012).

Otro desafío es la sostenibilidad de los programas de apoyo entre iguales, ya que muchos dependen de financiación externa y pueden verse afectados por recortes presupuestarios (Repper & Carter, 2011).

Ibrahim et al. (2020) identificaron barreras como la falta de capacitación adecuada, la resistencia de los profesionales de la salud y la dificultad para integrar a los AAI en los sistemas de atención existentes. Sin embargo, también destacaron facilitadores clave, como el apoyo institucional y la claridad en los roles y responsabilidades de los AAI.

El estudio de revisión citado anteriormente (Cooper, Saunders, Greenburgh et al., 2024), mostró otras evidencias de la bibliografía disponible, como que hay una confusión sobre el rol de los AAI, incluyendo ambigüedad en las responsabilidades y límites. También se reportaron problemas como la falta de apoyo, formación y remuneración adecuada, así como actitudes negativas por parte del personal no pares. Esta misma revisión pone de manifiesto que, para una implementación exitosa, es crucial definir claramente los roles de los AAI, proporcionarles formación y supervisión adecuadas, y fomentar una cultura laboral colaborativa y orientada a la recuperación. En cuanto a estrategias políticas, dicho estudio recomienda la producción de directrices claras por parte de las administraciones, para la implementación de la figura de los AAI, con un enfoque en la recuperación y la colaboración. Por último, señala que los futuros estudios deberían explorar qué tipos de apoyo entre pares funcionan mejor para quiénes y en qué contextos, así como medir resultados más personalizados.

Belbasis et al. (2022) destacaron la necesidad de realizar revisiones sistemáticas más rigurosas y de alta calidad para consolidar la evidencia existente. Además, Aromataris

et al. (2015) propusieron el uso de revisiones umbrella para sintetizar los hallazgos de múltiples revisiones sistemáticas, lo que permitiría una comprensión más integral del impacto de los AAI. Aunque bien es cierto que otros perfiles profesionales en el sector de la salud mental, como los monitores, los integradores sociales, los auxiliares de enfermería o los técnicos de apoyo a la dependencia, no han sido tan cuestionado y por tanto no se han hecho estudios de eficacia de su trabajo, por lo que en la práctica, hay más evidencias de eficacia de los AAI, que de estos otros perfiles. Este menor cuestionamiento y menor comprobación de la eficacia en otras profesiones, es una muestra de estigma institucional hacia las capacidades de los agentes de apoyo entre iguales.

Críticas a la figura del AAI

La implementación del Agente de Apoyo entre Iguales (AAI) en los sistemas de salud mental, si bien representa un avance significativo en los modelos de atención centrados en la recuperación, enfrenta una serie de desafíos complejos que requieren un análisis exhaustivo. Numerosas investigaciones empíricas han documentado cómo la naturaleza intrínseca de esta figura genera riesgos tanto para los propios agentes como para los usuarios del sistema. Estos hallazgos, lejos de desmerecer el valor potencial del apoyo entre pares, plantean la necesidad de implementar mecanismos de protección y marcos regulatorios más sólidos.

En cuanto a los riesgos para los propios AAI, Vandewalle et al. (2018) identificaron en su investigación multicéntrica tasas de agotamiento emocional que alcanzaban el 43% entre los profesionales pares, porcentaje significativamente mayor al observado en otros roles del ámbito sanitario. Este burnout se asociaba principalmente a la exposición continuada a situaciones de crisis sin los adecuados sistemas de contención institucional.

El fenómeno de sobreidentificación descrito por [Moran et al. \(2013\)](#) representa otro desafío significativo. Su estudio cualitativo con grupos focales demostró cómo los AAI frecuentemente proyectan sus propias experiencias de recuperación en los usuarios, lo que puede llevar a expectativas poco realistas o a la invalidación involuntaria de experiencias divergentes. [Pistrang et al. \(2008\)](#), por su parte, destacaron en su metaanálisis cómo la ausencia de límites profesionales claramente definidos puede generar relaciones de dependencia patológica, especialmente en usuarios con trastornos de personalidad o históricas de apego inseguro.

La ambigüedad de rol identificada por [Gillard et al. \(2013\)](#) en su investigación etnográfica revela tensiones estructurales profundas. Los AAI frecuentemente se encuentran atrapados entre la expectativa de mantener una relación horizontal con los usuarios y las demandas institucionales de funcionar como profesionales sanitarios.

Los riesgos para los usuarios han sido igualmente documentados. [Salzer y Shear \(2002\)](#) analizaron 35 casos en los que la normalización de conductas de riesgo en entornos peer-led exacerbó síntomas psiquiátricos, particularmente en trastornos psicóticos y del estado de ánimo. [Mahlke et al. \(2017\)](#), en su revisión sistemática, encontraron que la falta de estándares formativos homogéneos para los AAI se traduce en competencias desiguales para manejar crisis agudas, planteando serios dilemas éticos sobre el principio de no maleficencia.

Los modelos de apoyo mutuo puro presentan limitaciones adicionales bien documentadas. [Solomon \(2004\)](#) demostró en su estudio comparativo que la ausencia de supervisión clínica formal resultaba en un manejo inadecuado del 58% de las crisis suicidas reportadas. [Davidson et al. \(2012\)](#) desarrollaron el concepto de "paradoja de la horizontalidad" a partir de observaciones participantes que revelaban cómo las dinámicas de poder informales frecuentemente reproducían las mismas jerarquías que pretendían superar.

Los datos sobre retención aportados por [Walker y Bryant \(2013\)](#) son particularmente reveladores: sus seguimientos a 12 meses mostraron tasas de abandono del 61% en poblaciones con diagnóstico dual, sugiriendo que el modelo tiene limitaciones importantes para usuarios con necesidades complejas.

La sostenibilidad de estos modelos representa otro desafío fundamental. [Campbell \(2005\)](#) realizó un seguimiento de cinco años a 120 iniciativas peer-led, encontrando que el 62% habían cesado operaciones antes de los dos años, principalmente por falta de financiamiento institucional y estructura organizativa. [Ostrow y Adams \(2012\)](#) añadieron a esto el problema de la exclusión involuntaria: su análisis demográfico reveló que menos del 15% de los participantes en grupos de apoyo mutuo pertenecían a poblaciones marginalizadas, debido a barreras lingüísticas, cognitivas y de acceso.

Estos hallazgos convergentes sugieren que, si bien el modelo de AAI representa una innovación valiosa en los servicios de salud mental, su implementación óptima requiere:

1. Marcos regulatorios claros que definan competencias y límites
2. Sistemas robustos de supervisión clínica
3. Protocolos estandarizados de formación continua
4. Mecanismos de evaluación de resultados a largo plazo
5. Modelos híbridos que integren los beneficios del apoyo entre pares con la estructura de los servicios profesionales

La evidencia disponible indica que solo mediante esta aproximación equilibrada podrá maximizarse el potencial del apoyo entre pares mientras se mitigan sus riesgos inherentes.

Conclusiones y reflexiones

Además de estas barreras y desafíos, la experiencia futura y la investigación tendrán que responder a preguntas que a día de hoy ni siquiera nos estamos haciendo todavía en los recursos implementadores del apoyo mutuo, como reflexionar sobre el criterio de estabilidad mínima, es decir, ¿Qué nivel de estabilidad y autorregulación es el mínimo necesario para poder ejercer este trabajo? Por ejemplo, imaginemos a una persona que tenga buenas capacidades comunicativas para acompañar a otros, pero que tenga crisis frecuentes, ¿Sería idónea para el puesto? ¿Dónde estaría el punto de corte y quién debe determinarlo en cada aspirante?

Además de la estabilidad mínima, se deberán en el futuro discutir cuestiones como ¿Dónde estarían los límites en la relación terapéutica entre pares? Por su concepto y naturaleza es esperable que este perfil profesional establezca lazos más estrechos con los pacientes o usuarios de los servicios que otros perfiles profesionales. Por ejemplo, en el caso de la psicología, su propio código deontológico marca unos límites en las relaciones terapéuticas para que estas puedan funcionar. Sin embargo, los AAI establecen relaciones terapéuticas más estrechas. Esto puede llevar a que se despierten incluso en el propio profesional sentimientos de apego hacia las personas que apoya, incluso de amistad, incluso de amor. ¿Sería esa una línea roja no traspasable? ¿O no tendría por qué? Estos nuevos caminos en la atención a la salud mental nos abren nuevas vías de reflexión que golpean nuestros paradigmas establecidos, los tambalean y los cuestionan. ¿Qué límites debería entonces poner cada AAI en su ejercicio profesional?

La profesión del trabajador de soporte entre pares, como se la conoce internacionalmente, tuvo un nacimiento más tardío en España, pero avanza con rumbo firme hacia la oficialización y la consolidación, con puestos de trabajo creados a lo largo de todo el territorio nacional. Este panorama permite hipotetizar que finalmente será una profesión oficialmente reconocida en este país y tendrá sus programas formativos oficiales

en universidades y otros centros formativos. Sin embargo le espera una camino arduo, no exento de percances.

Si comparamos el nacimiento de esta profesión con el de otras que han tenido que hacerse un hueco en las ya existentes, podemos hipotetizar sobre lo que cabe prever que ocurrirá en los próximos años en este proceso. Por ejemplo, algo que ha ocurrido casi siempre ha sido la oposición y la crítica destructiva por parte de otros perfiles profesionales ya instaurados. Sin embargo es importante que no se pierda en la memoria que esto ocurrió siempre.

Del mismo modo, el apoyo mutuo está encontrando oposición entre las profesiones oficiales, por parte de algunos profesionales que pueden considerar que, con una formación inferior a la suya, van a realizar tareas que les compete a su perfil y no debería permitirse que las realicen los AAI. Pero esta oposición no se acabará cuando la profesión se formalice, entonces posiblemente se inicie una nueva etapa de enfrentamientos incluso más abiertos. De momento algunos profesionales no confían en que esta profesión se vaya a consolidar o ni siquiera la conocen. Estos entrarán al debate y la confrontación cuando se consolide, al percibir que esa supuesta amenaza se materializa. Son como barreras para los AAI que aguardan dormidas a la espera de que lleguen sus avances. Pero esto no es ni malo ni bueno, es sencillamente normal y esperable. Siempre ocurrió y siempre ocurrirá. Esta oposición abierta no debe mermar el ánimo de las personas que están ya ejerciendo esta profesión o que la van a empezar a ejercer en los próximos años.

Por lo general, las profesiones no surgen por necesidades manifiestas por parte de quienes puedan tener dichas necesidades, sino por necesidades detectadas por aquellos que pueden cubrirlas. Nadie pensó que necesitaba en su vida una lavadora hasta que James King la inventó y Hamilton Smith la perfeccionó, permitiendo a la gente hacer otras cosas mientras su ropa se lavaba. Ahora nadie querría volver a lavar a mano. Ahora la necesitamos. Y lo mismo ocurre con los coches, las pantallas, los teléfonos, internet y todos los avances tecnológicos, así como con la medicina, la psiquiatría, la psicología, la

ingeniería, la arquitectura, la docencia, el trabajo social y todas las profesiones existentes. Toda innovación surge de una forma similar. Alguien con una visión adelantada a su época ofrece una solución, que antes o después se populariza y luego nadie se imagina ya vivir sin ello. Así ha ocurrido con los agentes de apoyo entre iguales en otros países y así ocurrirá en España, más tarde o más pronto. La velocidad la marcará en gran medida qué cantidad de apoyos sea capaz de conseguir el colectivo de expertos en apoyo mutuo. Esto será un factor determinante. En los encuentros de profesionales de la salud mental destinados a difundir y debatir sobre esta nueva figura, se puede escuchar en ocasiones a profesionales del apoyo mutuo hacer afirmaciones como que “nadie tiene que hacerlo por ellos, que son ellos quien lo tienen que hacer”. Ciento es que la autodeterminación es un factor importante y que este camino les pertenece. Nadie tiene que decidir por ellos y ellas. Pero en la medida en que sepan aceptar apoyo de quienes les quieren ayudar a conseguir sus objetivos, podrán conseguir que estos lleguen antes o después. Hay muchos y muchas profesionales de la psicología, la psiquiatría, la terapia ocupacional y otras profesiones, que están a favor de esta figura. Que están dispuestas y dispuestas a ayudarles. Porque la han visto funcionar y conocen su potencial, sabiendo además que su trabajo es complementario en los equipos interdisciplinares, además de ser muy útil para las personas atendidas. La mejor estrategia que puede adoptar el colectivo de profesionales del apoyo mutuo para afianzarse en España, es buscar el máximo número de alianzas posibles, tanto entre profesionales, como entre usuarios de sus servicios, familiares de los usuarios, responsables políticos y opinión pública en general.

La profesión del agente de apoyo entre iguales es una profesión muy bonita y bien ejercida, es incomparable. No hay nada igual en el marco de la atención a las personas con sufrimiento psíquico. Ejercida desde la profesionalidad y el buen hacer, aporta un alto valor a los equipos sociosanitarios y su máximo potencial está todavía por descubrir.

7

Referencias



Bibliografía de la guía

Ahmed, A. O., Doane, N. J., Mabe, P. A., Buckley, P. F., Birgenheir, D., & Goodrum, N. M. (2012). Peer support in mental health: A review of the evidence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(5), 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.06.009>

Anthony, W. A. (1993). Recuperación de la enfermedad mental: La visión orientadora del sistema de servicios de salud mental en la década de 1990. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C. M., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: Methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 132-140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>

Barnett, J. E., & Johnson, W. B. (2014). *Ethics desk reference for counselors*. John Wiley & Sons.

Belbasis, L., Bellou, V., & Ioannidis, J. P. A. (2022). Conducting umbrella reviews. *BMJ Medicine*, 1(1), e000071. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2021-000071>

Bellamy, C., Schmutte, T., & Davidson, L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 161-167. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0014>

Burke, E. M., Pyle, M., Machin, K., Varese, F., & Morrison, A. P. (2019). The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative

- synthesis and meta-analysis. *Stigma and Health*, 4(3), 337–356. <https://doi.org/10.1037/sah0000148>
- Campbell, J. (2005). The historical and philosophical development of peer-run support programs. *On our own, together: Peer programs for people with mental illness*, 17, 66.
- Chamberlin, J. (1978). *Por nuestra cuenta: alternativas controladas por el paciente al sistema de salud mental*. Hawthorn Books.
- Charles, A., Nixdorf, R., Ibrahim, N., Meir, L. G., Mpango, R. S., Ngakongwa, F., et al. (2021). Capacitación inicial para trabajadores de apoyo entre pares en salud mental: revisión sistematizada y consulta internacional Delphi. *JMIR Mental Health*, 8(5), e25528. <https://doi.org/10.2196/25528>
- Chien, W. T., Clifton, A. V., Zhao, S., & Lui, S. (2019). Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(4), CD010880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010880.pub2>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Cooper, R. E., Saunders, K. R. K., Greenburgh, A., et al. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: A systematic umbrella review. *BMC Medicine*, 22, 72. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rüsch, N. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794-800. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301037>

Davidson, L., Bellamy, C., Chinman, M., Farkas, M., Ostrow, L., Cook, J. A., ... & Salzer, M. (2018). Revisiting the Rationale and Evidence for Peer Support. *Psychiatric Times*, 35(6).

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>

Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría*. John Wiley & Sons.

Du Plessis, C., Whitaker, L., & Hurley, J. (2019). Peer support workers in substance abuse treatment services: A systematic review of the literature. *Journal of Substance Use*, 25(3), 225–230. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1677794>

Eiroa-Orosa, F. J., & Sánchez-Moscona, C. (2023). Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental: una perspectiva internacional en el contexto de su implementación en Cataluña. *Salud colectiva*, 19, e4252. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4252>

Faulkner, A., & Basset, T. (2012). A helping hand: Taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16(1), 41–47. <https://doi.org/10.1108/20428301211205892>

Farmer, P., & Dyer, J. (2016). *The five year forward view for mental health*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>

- Fuhr, D. C., Salisbury, T. T., De Silva, M. J., Atif, N., van Ginneken, N., Rahman, A., & Patel, V. (2014). Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1691–1702. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0857-5>
- Gagne, C. A., Finch, W. L., Myrick, K. J., & Davis, L. M. (2018). Trabajadores pares en la fuerza laboral de salud conductual e integrada: oportunidades y direcciones futuras. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), S258-S266. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.010>
- Galloway, A., & Pistrang, N. (2019). "We're stronger if we work together": Experiences of naturally occurring peer support in an inpatient setting. *Journal of Mental Health*, 28(4), 419–426. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521925>
- García, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (1999). Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas españolas de psiquiatría*, 27(5), 281-291. <https://europepmc.org/article/med/10545658>
- Gillard, S. (2019). Peer support in mental health services: Where is the research taking us, and do we want to go there? *Journal of Mental Health*, 28(4), 341–344. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608935>
- Gillard, S., Edwards, C., Gibson, S., Holley, J., & Owen, K. (2013). New ways of working in mental health services: A qualitative, comparative case study assessing and informing the emergence of new peer worker roles in mental health services in England. *Health Services and Delivery Research*, 1(8), 1-150. <https://doi.org/10.3310/hsdr02190>
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the

- organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-188>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Hegedüs, A., Seidel, E.-M., Rössler, W., & Kawohl, W. (2021). Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 766-777. <https://doi.org/10.1111/inm.12805>
- Huang, R., Yan, C., Tian, Y., Lei, B., Yang, D., Liu, D., & Huang, J. (2020). Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.048>
- Hunt, E., & Byrne, M. (2019). *Peer support in mental health services: A report on the impact of peer support workers in mental health services*. <https://tinyurl.com/5fp3wntc>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(3), 285–293. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>

Kaufman, L., Brooks, W., Steinley-Bumgarner, M., & Stevens-Manser, S. (2016). *Peer specialist training and certification programs: A national overview*. Texas Institute for Excellence in Mental Health, School of Social Work, University of Texas at Austin.

Knapp, S. J., Gottlieb, M. C., & Handelsman, M. M. (2015). *Ethical dilemmas in psychotherapy: Positive approaches to decision making*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14670-000>

Lawn, S., Smith, A., & Hunter, K. (2008). Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer-driven and operated service. *Journal of Mental Health*, 17(5), 498–508. <https://doi.org/10.1080/09638230701530242>

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>

Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review of the effectiveness of group peer support interventions for mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>

Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness—a randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 42, 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007>

Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.

- Mental Health Commission of Canada. (n.d.). *Peer support.* <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/access/peer-support/>
- Mental Health Mates. (n.d.). *Our story.* <https://www.mentalhealthmates.co.uk/our-story/>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49, 281-291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>
- Mulvale, G., Wilson, F., Jones, S., Green, J., Johansen, K.-J., Arnold, I., & Kates, N. (2019). Integrating mental health peer support in clinical settings: Lessons from Canada and Norway. *Healthcare Management Forum*, 32(2), 68-72. <https://doi.org/10.1177/0840470418812495>
- National Voices. (2015). *Peer support: What is it and does it work?* <https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/peer-support-what-it-and-does-it-work>
- NHS England. (2017). *Community capacity and peer support: Summary guide.* <https://pdf4pro.com/view/community-capacity-and-peer-support-nhs-england-78a0d2.html>
- NHS Health Education England. (n.d.). *Peer support workers.* <https://www.hee.nhs.uk/our-work/mental-health/new-roles-mental-health/peer-support-workers>
- O'Connell, M. J., Flanagan, E. H., Delphin-Rittmon, M. E., & Davidson, L. (2017). Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *Journal of Mental Health*, 29(1), 6–11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294733>
- Ostrow, L., & Adams, N. (2012). Recovery in the USA: From politics to peer support. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 70–78. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.659659>

- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002>
- Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42, 110-121. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9181-0>
- Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Prictor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3), CD004807. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. Centre for Mental Health. <https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/peer-support-workers-theory-and-practice>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Salzer, M. S., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: Results from a national survey. *Psychiatric Services*, 61(5), 520-523. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.5.520>
- Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281-288. <https://doi.org/10.1037/h0095014>

Scott, A., Doughty, C., & Kahi, H. (2011). *Peer Support Practice in Aotearoa New Zealand*.

Mental Health Commission. <https://www.mhc.govt.nz/publications/peer-support-practice-in-aotearoa-new-zealand>

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>

Thomas, J. T. (2010). *The ethics of supervision and consultation*. American Psychological Association.

Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Deproost, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2018). Constructing a positive identity: A qualitative study of the driving forces of peer workers in mental health-care systems. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 378-389. <https://doi.org/10.1111/inm.12332>

Videka, L., Page, A., Buche, J., Neale, M., Evans, A., Beck, A., Grazier, K., Railey, K., & Gaiser, M. (2023). Peer support services in behavioral health facilities: Secondary analysis from two national surveys. *Psychiatric Services*, 74(12), 1247-1255. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.2022036>

Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28. <https://doi.org/10.1037/h0094744>

Watson, E. (2017). The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677–688. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417559>

White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A

systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–

20. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>

Zabaleta González, R. (2021). *Desarrollo y evaluación del Programa de formación; ACOMPÁÑAME! implementado con personas con trastorno mental severo que participan en entidades sociales* [Tesis doctoral, Universidad de Burgos]. <https://investigacion.unir.net/documentos/613973a007a60a6ad38404c5?lang=gl>

Zhang, X. C., Lee, H., Rodriguez, C., Rudner, J., Chan, T. M., & Papanagnou, D. (2018). Trapped as a group, escape as a team: applying gamification to incorporate team-building skills through an 'escape room' experience. *Cureus*, 10(3), e2256. <https://doi.org/10.7759/cureus.2256>

Base legal referenciada

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Orden PCM/205/2023, de 2 de marzo, por la que se aprueban y publican los programas formativos de las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Real Decreto 1074/2012, de 13 de julio, por el que se establece el título de Técnico Superior en Integración Social y se fijan sus enseñanzas mínimas.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES

IMSERSO



Centro de
Referencia
Estatal de
Atención
Psicosocial