

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE PARES PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL¹

CHARACTERISTICS OF PEER EDUCATION PROGRAMMES FOR PEOPLE WITH MENTAL HEALTH ISSUES

Rebeca Zabaleta González

Investigación con un contrato predoctoral en el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos

Fernando Lezcano Barbero

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Burgos

María Victoria Perea Bartolomé

Catedrática de Universidad. Dpto. de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Salamanca

Resumen

El apoyo entre pares en salud mental es una práctica cada vez más extendida. La formación es clave para el posterior desempeño. Este artículo presenta la revisión internacional de los programas de formación de pares para personas con trastorno mental. El objetivo es describir las características de los programas. El estudio se basa en una exploración ambiental. El total de programas analizados es 75. Se han encontrado diferencias notables y se han identificado dos figuras, Especialistas Pares y Trabajadores Pares. El conocimiento de estas características puede ayudar a los centros a diseñar e implementar una formación acorde a sus objetivos.

Palabras clave: trastornos mentales, educación, tutoría, educación para la salud, grupo de pares, apoyo social.

Abstract

Peer support in mental health is a growing practice and training is the key to expert's performance. This paper presents an international review of peer training programmes for people with mental disorders. The aim is to describe the characteristics of these programmes. The study is based on an environmental exploration. The total number of programmes analyzed is 75. Significant differences have been found and two figures have been identified, Peer Specialists and Peer Workers. Knowledge of these characteristics can help training centres to design and implement their training in line with their objectives.

¹ Nota de los autores: artículo financiado con un contrato predoctoral de la Universidad de Burgos y la Fundación Banco Sabadell (Becas de investigación 2018).

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un tema relevante para todos ya que se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008). Según la OMS (2017) su prevalencia continúa aumentando, provocando notables efectos en las personas, consecuencias graves a nivel socioeconómico y en los derechos humanos de las personas en todo el mundo.

La misma organización estimó que las enfermedades mentales afectan a unos 450 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2004). Éstas suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; OMS, 2001; OMS, 2015).

La respuesta socioeducativa a las enfermedades mentales es uno de los retos que, aun contando con cierto desarrollo, necesita investigaciones que contribuyan al bienestar del colectivo y a mejorar su calidad de vida (García-Pérez et al., 2016).

Hablar de enfermedad mental es incluir un conjunto de patologías que, teniendo elementos comunes, presentan diferencias enormes. Por ello necesitamos centrarnos en la realidad concreta que deseamos abordar. En nuestro caso, hablamos de las enfermedades más graves y que afectan durante un periodo prolongado. Lezcano (2006) recoge diferentes términos que se han empleado para referirse a este colectivo: Pacientes/Enfermos Mentales Crónicos, Enfermos Graves y Crónicos, Enfermedad Mental Grave y Prolongada, Trastorno Mental Severo, etc. En este artículo emplearemos el último término mencionado, Trastorno Mental Severo (TMS) propuesto por la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003), que cuenta con gran consenso científico y hace referencia a los trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social (Rodríguez, 2007; López, 2008).

Reconociendo que han sido muchas las respuestas implementadas para mejorar la atención socioeducativa al colectivo (AEN, 2002), en nuestro caso, deseamos centrarnos en un modelo que, ha tenido referencias en otros colectivos, pero en las personas con TMS se está implementando desde hace pocos años y con diferentes modelos. Nos referimos al apoyo mutuo.

1.1 El apoyo mutuo y el apoyo entre iguales

El apoyo mutuo tiene su origen en el movimiento de personas con problemas de salud mental, consumidores de los servicios de salud, que hicieron del apoyo mutuo una prioridad (Ostrow y Leaf, 2014).

La definición más extendida de apoyo mutuo en la bibliografía científica la propusieron Mead et al. (2001)

quienes lo definen como un sistema de dar y recibir ayuda basado en los principios clave de respeto, responsabilidad compartida y acuerdo mutuo de lo que es útil. El apoyo mutuo no se basa en modelos psiquiátricos ni criterios diagnósticos; trata de entender la situación de otras personas empáticamente a través de la experiencia compartida y del dolor emocional y psicológico.

En particular, respecto a las personas con enfermedad mental, el apoyo mutuo es ayuda emocional y social, que es ofrecida por personas con enfermedad mental a otras que comparten problemas similares, con la finalidad de lograr un deseado cambio social o personal (Bono del Trigo et al., 2011)

Por su parte, el apoyo entre iguales es una tipología específica de apoyo mutuo (Smith y Bradstreet, 2011). Una práctica cuya finalidad es aprovechar las fortalezas para promover y proporcionar cualquier soporte que las personas requieran para ayudarles a moverse más cerca de alcanzar sus ambiciones (Watson et al., 2016).

Lo definimos como la relación establecida entre las personas que tienen o han tenido experiencias similares y se basa, fundamentalmente, en la empatía (Palomer et al., 2011). Durante el proceso se ofrecen consejos prácticos, sugerencias, estrategias, apoyo emocional y psicológico. Este apoyo se reconoce como un importante facilitador en la recuperación. Mantener un punto de vista no profesional es crucial para ayudar a las personas a reconstruir su sentido de pertenencia a la comunidad tras una experiencia traumática y desconocida hasta ese momento (Campos et al., 2016; CSIP et al., 2007; Gillard y Holley, 2014; Mead, 2003; Mead y MacNeil, 2006; Intentional Peer Support, 2017).

Los grupos de apoyo entre iguales son un valioso servicio y recurso para reunir a las personas afectadas por una preocupación similar, para que puedan explorar soluciones a desafíos compartidos y sentirse apoyados por otros, que pueden comprender mejor su situación (OMS, 2017).

Para que este apoyo sea efectivo, es importante formar previamente a la persona que va a cumplir la función de asesoramiento. Experiencias internacionales han demostrado que el carácter formal otorga un valor añadido (Bono del Trigo et al., 2011):

- Por un lado, para la persona que ejerce el asesoramiento supone un empoderamiento y una mejora de la autoestima. Así como el desarrollo de habilidades de comunicación, emocionales y sociales.
- Por otro lado, para la persona que recibe el apoyo, es una oportunidad de sentirse escuchado y comprendido, de expresarse con más libertad y confianza al ser una relación con un igual y, finalmente, incrementa su funcionamiento social y autoestima.

El apoyo entre iguales tiene numerosos beneficios para todas las partes implicadas en el programa, como se recoge en la *tabla1*.

Tabla 1

Beneficios de los programas de pares

Destinatarios	Beneficios
Proveedores del apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento personal: se sienten más empoderados, seguros y más positivos sobre su identidad. - Desarrollo de habilidades: comunicación, relación, resolución de problemas - Recuperación: mayor control en su propio proceso. - Valoración: se reduce la autoestigmatización y aumenta la autoestima. - Empleo: más probabilidad de buscar, encontrar y mantener un puesto. - Seguridad económica: si el desempeño de las tareas es retribuido reanudar un rol social activo.
Receptores del apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Agentes activos de su propia recuperación: mejor comprensión de su propia enfermedad y desarrollo de la esperanza. - Más empoderamiento: mejora de la autoestima y la confianza. - Reducción de la autoestigmatización: aumento de la autoaceptación y reducción del impacto negativo del estigma social. - Aumento de las habilidades en resolución de problemas: disminución de ingresos hospitalarios y las conductas autodestructivas. - Incremento de las habilidades sociales: fortalecimiento de las redes sociales y disminución del aislamiento social.
Organizaciones o servicios que incluyen trabajadores pares	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo social mejorado: tendencia a permanecer en la comunidad. - Mejora de los servicios prestados: mayor eficacia de los servicios y satisfacción de los usuarios. - Beneficios económicos: reducción de los costes. - Enfoque centrado en la recuperación: desafiar las actitudes negativas del personal y proporcionar una inspiración para el equipo.

Nota. Tomado de Campos et al., 2014; Campos et al., 2016; Gillard y Holley, 2014; Repper y Carter, 2011; Repper et al., 2013; Socialstyrelsen, 2018; Stastny, 2012; University of Nebraska, 2013; Watson, Lambert y Machin, 2016.

La cultura de pares reconoce que todos en la comunidad tienen conocimientos y habilidades que se pueden usar para resolver los desafíos que enfrentan juntos (Lawn et al., 2008). La idea de que las personas en etapa de restablecimiento pueden estar muy bien adaptadas para ayudar a otras con problemas similares tiene una historia prolongada, aunque no reconocida (Davidson et al., 2009).

La capacitación y contratación de los pacientes en los sistemas de salud mental comenzó en la década de 1990, consecuencia de los grupos de apoyo mutuo que se crearon con el movimiento consumidores/supervivientes (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

Los primeros puestos eran de voluntarios, donde las personas recuperadas apoyaban a otros que se encontraban en estadios más tempranos. A principios de los 90 se crearon puestos remunerados donde los iguales desempeñaban funciones como auxiliares de gestión de casos, personal de apoyo en viviendas asistidas o activistas en favor de la recuperación (Davidson y González-Ibáñez, 2017).

Los programas de formación/capacitación surgieron en Arizona, EE. UU., desarrollados por Recovery Innovation (RI International ahora) para proporcionar apoyo individual y hospitalario entre iguales (Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 2018).

En 2001, Georgia fue el primer estado en aprobar los servicios el apoyo de pares proporcionados por especialistas pares y consiguió financiación para estos pudiendo así otorgar una credencialización y certificación de profesionales especialistas pares (Campbell y Leaver, 2003; Landers y Zhou, 2011; Salzer et al., 2010).

Esta iniciativa pionera reconoció oficialmente la experiencia individualizada en la recuperación de la enfermedad mental como una valiosa fuente de conocimiento y las relaciones entre iguales (Salzer et al., 2010).

Los programas de formación para la implementación del apoyo entre iguales son una propuesta para que los participantes, tras su paso por un periodo de recuperación, desempeñen las funciones de Peer Supporters Workers (PSW) o Trabajadores de Apoyo entre Iguales. Este rol, prioritariamente, lo hemos encontrado en entornos sanitarios (Repper y Carter, 2011) donde los servicios de apoyo entre iguales se definen como aquellos prestados por usuarios que tienen éxito en su recuperación y experiencia en el sistema de salud. Para su desarrollo son contratados o realizan la actividad como voluntarios en el sistema de salud mental para ofrecer orientación y asistencia a quienes, en ese momento, están pasando por una situación similar, pero en estadios más tempranos (Mead, Hilton y Curtis, 2001; University of Nebraska, 2013).

La transformación de los servicios tradicionales de salud mental a servicios basados en la comunidad, propuso una evolución de los usuarios de pasivos a proactivos que abogan por su propia recuperación. Los servicios de apoyo entre iguales han desempeñado un papel clave en la mejora de la conexión entre la comunidad y los usuarios, así como en el empoderamiento de estos para que puedan convertirse en defensores de su propia recuperación (University of Nebraska, 2013).

2. OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es analizar las características de los programas de formación de pares para personas con SMS.

3. MÉTODO

El estudio se basa en una exploración ambiental (environmental scan) para proporcionar conocimientos (Graham et al., 2008) sobre las características de los programas de formación de pares en salud mental a las organizaciones que puedan estar interesadas en su implementación.

Para la investigación se han realizado:

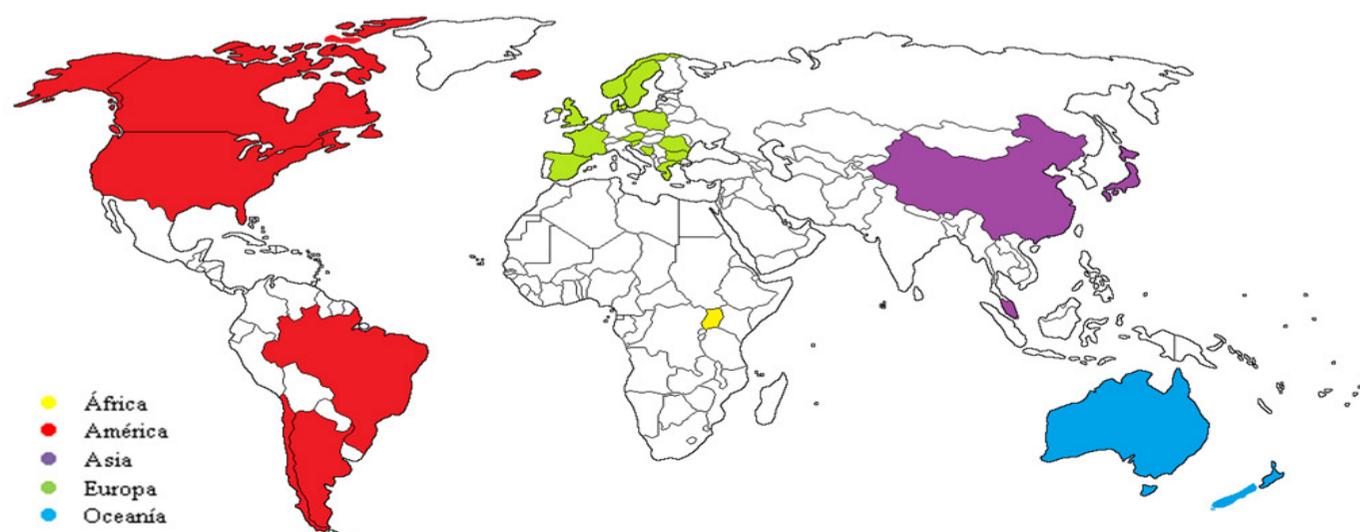
1. Revisión bibliográfica internacional en bases de datos electrónicas (ERO, WOS o SSCI). Se han usado palabras clave como: Formación y entre iguales; apoyo mutuo y TMS/ salud mental, enfermedad mental. Tanto en español como en inglés (*Training and peer-to-peer; mutual support and SMD/mental health, mental illness*).
2. Se han revisado las páginas web de distintas agencias de estados y países relacionados con la salud mental.
3. Se ha contactado, vía email y/o telefónica, con las organizaciones implicadas en la formación para recabar más información de los programas (objetivos, contenidos, duración, metodologías, actividades, evaluación...) cuando la información recabada en los artículos o páginas web no era suficiente.

Se han encontrado un total de 77 programas. De ellos se descartaron 2 pues la información aportada no era suficiente para su inclusión en la revisión. Finalmente se han estudiado en profundidad 75 programas de formación de pares en salud mental.

En la figura 1 se recoge un mapa con la distribución de los países donde se han encontrado experiencias de formación de apoyo entre iguales para personas con TMS.

Figura 1

Países con experiencias formativas de apoyo entre iguales



4. RESULTADOS

En el conjunto de programas encontrados aparecen notables diferencias en cuanto a sus características. En América del Norte y Canadá, zona donde están más implementados (hemos encontrado 57), mayoritariamente se realiza una formación que finaliza con la obtención de una certificación, es decir, una declaración pública de que la persona cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar sus funciones de forma profesional (University of Nebraska, 2013). Estos trabajadores certificados formarán parte del personal de una agencia de salud mental y, en su desempeño, serán supervisados por otro profesional (Solomon, 2004; University of Nebraska, 2013).

En América del sur estos programas son escasos. Encontramos una breve experiencia de formación en Buenos Aires (Argentina). Esta no tenía un carácter formal, no obstante, se está construyendo un nuevo programa, según nos indican telefónicamente los responsables (Proyecto Suma, 2018). También encontramos el Proyecto CTI-TS (*Critical Time Intervention–Task Shifting*) que, con carácter experimental, se desarrolla por RedeAmericas en distintas provincias de Argentina, Brasil y Chile, para formar a trabajadores de apoyo entre pares (Mental Health Innovation Network, 2018a). En Paraguay, encontramos la indicación de los Promotores Pares (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011), aunque hace referencia exclusiva a los Grupos de Autoayuda para sustancias adictivas. El modelo de Paraguay sigue la metodología de Martinetti et al. (2008) para el trabajo con personas con SIDA. La propuesta tiene grandes similitudes con los resultados encontrados en salud mental, pero por su definición parece exclusivamente destinada a las personas con SIDA, aunque consideramos que también pueden tener cabida en nuestra propuesta.

Además, el programa *It's my life: Social Self-Directed Care* implementado en América (norte y sur) por MHA (Mental Health America, 2018) tiene como propósito mejorar la vida de las personas con TMS manteniéndose como un programa no clínico relacionado con el apoyo entre pares.

En Europa, identificamos dos programas diseminados por diferentes países.

- Programa Peer2Peer (P2P). Curso de formación enmarcado dentro del Programa de Aprendizaje Permanente “Leonardo Da Vinci” financiado por la Unión Europea (UE; Orihuela et al., 2015). El objetivo es conseguir que las personas formadas trabajen como personas de referencia de aquellas que actualmente, están pasando por problemas de salud mental (Fundación INTRAS et al., 2015; Orihuela et al., 2015). Se ha implementado en España, Austria, Rumanía, Bulgaria y Holanda. P2P es una adaptación del programa *Professional Development Award (PAD) in Mental Health Peer Support* desarrollado por Scottish Recovery Network (Fundación INTRAS et al., 2015).

- Proyecto EMILIA (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*). Programa de investigación multicéntrico, financiado por la UE y llevado a cabo entre 2005-2010 con el objetivo de reducir la exclusión social de la población con TMS a través de la formación continuada. Participaron instituciones sanitarias y docentes de: Inglaterra, Noruega, Francia, Grecia, España, Eslovenia, Polonia, Dinamarca, Bosnia y Suecia (Palomer et al., 2010).

En Londres, (Inglaterra), MHF (Mental Health Foundation, 2018) también dispone de un programa de formación de pares.

Organizaciones de Reino Unido llevan a cabo una importante diseminación de los programas de pares en otros países como Australia, Japón, Hong Kong y actualmente en Singapur. Son tres las principales agencias que facilitan las formaciones de trabajadores pares: Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust; Instituto de Salud de Nottingham (Institute of Mental Health Nottingham); e ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change). Esta última tiene como característica central el empleo de trabajadores pares.

En Dinamarca encontramos dos programas de formación de pares (Region Hovedstadens Psykiatri et al., 2015; Socialstyrelsen, 2018).

España está iniciándose en esta práctica a través de la participación en proyectos europeos de formación de pares, Peer2Peer (Fundación INTRAS et al., 2015) y Proyecto EMILIA (Palomer et al., 2010). Andalucía ha sido la Comunidad Autónoma pionera, llevando a cabo la primera formación de pares en 2010-2011 (Bono del Trigo et al., 2011). Actualmente, es Castilla-La Mancha la primera Comunidad Autónoma en insertar laboralmente la figura de expertos por experiencia (Casas et al., 2017). Desde la Universidad de Burgos han desarrollado una experiencia de formación de pares, Programa ¡ACOMPÁÑAME!, para personas con TMS que participan en entidades sociales, es decir, ubicada en el ámbito social.

En África, East London NHS Trust junto con el hospital de Butabika (Kampala) y el Ministerio de Salud de Uganda, pusieron en marcha un programa de formación de pares *Heartsounds* en Uganda para involucrar a trabajadores de apoyo entre pares en la provisión de atención en salud mental y apoyar y asesorar a otros usuarios de los servicios y sus familias (Mental Health Innovations Network, 2018b). Es importante recordar que las mayores tasas relacionadas con enfermedades mentales se encuentran en territorios de guerra (WHO, 2003).

En Australia y Nueva Zelanda también se llevan a cabo programas de formación de pares. Mind Australia es uno de los principales proveedores de servicios de salud mental administrados por la comunidad (Mind Australia, 2018). La Asociación de usuarios de servicios participantes (Association of Participating Service

Users [APSU]) también brinda una capacitación de pares (APSU, 2018). Por último, la Comisión Nacional de Salud Mental del Gobierno de Australia ha financiado el desarrollo de un certificado reconocido a nivel nacional para los trabajadores entre iguales, el *Certificate IV in Mental Health Peer Work* (Australia Government: National Mental Health Commission, 2018).

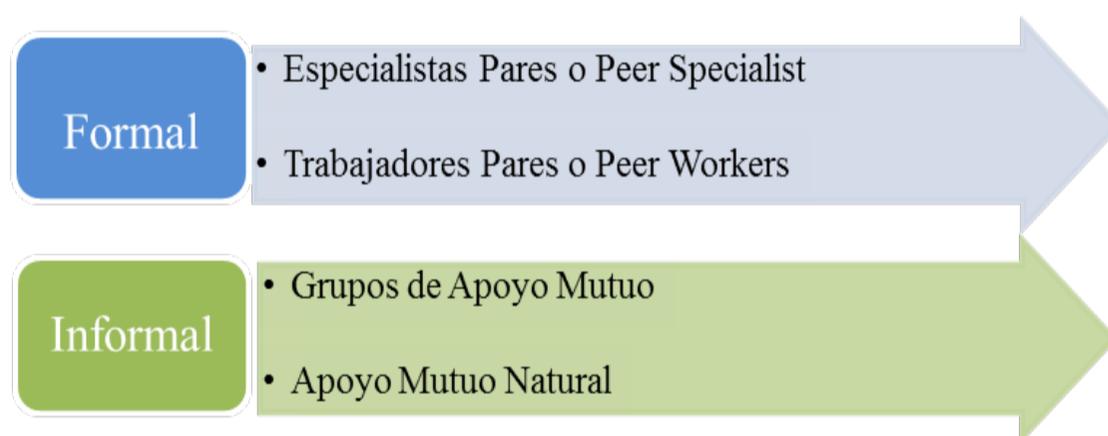
4.1 Análisis

Encontramos diferentes tipos de apoyo entre iguales, y del mismo modo, diferentes formas de organizar estos apoyos: según la naturaleza del apoyo, la formación previa que reciben y el posterior desempeño de tareas.

En la *figura 2*, se recoge la clasificación que proponemos según la naturaleza del apoyo.

Figura 2

Tipos de apoyo entre iguales, según la naturaleza del apoyo



Así distinguimos dos modalidades de apoyo: formal e informal.

- El apoyo entre iguales formal, implica un periodo de formación para el posterior desempeño de las funciones o tareas, que pueden ser o no remuneradas. Se identifican dos figuras: el que ayuda y la persona apoyada.
- El apoyo entre iguales informal se caracteriza por la relación horizontal del vínculo que se establece entre las personas, sin formación previa ni remuneración.

En el apoyo entre iguales formal, (*figura 2*), encontramos:

- Peer Specialist o Especialistas Pares (PS/EP): son personas que han cumplido un itinerario formativo para alcanzar una certificación o acreditación. Esta formación finaliza con la inserción laboral. El desempeño de un puesto de trabajo se realiza en un entorno regulado y para ello la organización receptora debe haber definido puestos de trabajo específicos para este perfil laboral. Esta figura es más escasa, se extiende principalmente en América del Norte, donde

- la mayoría de las formaciones para trabajadores pares conllevan a la certificación, es decir, una declaración pública de que un profesional ha logrado un estándar particular de calidad o conocimiento (University of Nebraska, 2013).
- Peer Workers o Trabajadores Pares (PW/TP): a diferencia de los anteriores, son personas que conocen y tienen formación respecto al apoyo entre iguales. Este tipo de apoyo entre iguales se implementa en un contexto específico, tras un período de formación y no está reconocido como una actividad laboral remunerada, es decir, no conlleva la contratación laboral en un entorno de trabajo normalizado.

Pese a esta distinción (PS/EP y PW/TP), ambos se incluyen en la denominación PSW o Trabajadores de Apoyo entre Iguales. Y muchos de los roles y actividades que desempeñan estos dos perfiles en el apoyo formal son los mismos (Crane et al., 2016; Peer Leadership Center, 2018):

- Facilitar grupos de apoyo.
- Entregar programas educativos comunitarios.
- Compartir recursos sobre el bienestar con sus compañeros.
- Ofrecer esperanza e inspiración.
- Brindar apoyo y esperanza de manera individual a compañeros.
- Trabajar en un centro comunitario.
- Voluntariado.

En el apoyo entre iguales informal (figura 2) diferenciamos entre:

- Los Grupos de Ayuda Mutua: son grupos de voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico (Katz, 1981), y
- el Apoyo Mutuo Natural: hace referencia a la relación entre personas que comparten experiencias comunes que ayudan a comprender la situación (University of Nebraska, 2013) y se proporciona en cualquier contexto cotidiano.

Esta investigación se ha centrado en la formación de carácter formal. Encontramos que, de entre los 75 programas estudiados, la metodología empleada varía:

- Formación presencial: Peer Helper Training en Australia, Certified Peer Support Specialist Training o P2P entre otros.
- Formación on-line: NYCPS-P en Nueva York o CPS en Dakota del Norte.

- Formación semi-presencial, que combinan ambas: CPSS en Mississippi o CPC en Washington, por ejemplo.

La principal estrategia empleada para la formación, en la mayoría de ellos, es el role playing. La interpretación de roles, juego de roles o role playing es una técnica dramática en la que las personas improvisan comportamientos que reflejan actos de personas involucradas en una situación definida (Knappe, 2013). Estas simulaciones constituyen situaciones de aprendizaje de gran valor educativo (Frick-Helms, 2008).

A continuación, vamos a ver las diferencias y semejanzas que encontramos en ambos modelos de formación: Peer Specialist o Especialistas Pares (PS/EP) y Peer Workers o Trabajadores Pares (PW/TP):

Respecto a los programas de formación de PS/EP, extendidos principalmente en América del Norte finalizan, en su mayoría, con una certificación (University of Nebraska, 2013). También existen algunos programas de formación que no conllevan certificación (por ejemplo, en Arizona o Maryland), pero son formaciones necesarias para posteriormente poder solicitar la certificación.

En relación a la formación previa que reciben, todas las certificaciones requieren un entrenamiento y un examen final como evaluación (excepto en Carolina del Norte y Wyoming) También van acompañadas de un código ético para el posterior desempeño de las tareas.

Encontramos diferencias respecto a los requisitos para participar, la mayoría precisan unos estudios mínimos secundarios, pero no sucede en todos los casos.

Además, algunas certificaciones requieren experiencia previa, bien sea remunerada o voluntaria, o estar trabajando en servicios relacionados con la salud mental y el apoyo entre iguales. Esto sucede en Delaware, Dakota del Norte, Florida o New Jersey entre otros.

Los requisitos para adquirir la certificación también cambian, algunos estados requieren trabajo o voluntariado supervisado (como en Hawai, Ohio o Iowa), otros, cartas de recomendación o referencia (como en Idaho, Massachusetts o Tennessee) y otros un periodo de prácticas (en Distrito de Columbia requiere 80 horas de prácticas, por ejemplo).

Además, la mayoría de estados requieren una recertificación. Esta puede ser: formación continua (las horas varían desde 6 horas al año en Nebraska, 20 horas al año en Carolina del Sur o 60 horas cada 3 años en Connecticut), supervisión clínica (en Montana) o co-reflexión trimestral (en Maine). En otros estados no es obligatoria la recertificación, solamente recomiendan cursos de formación continua (como en Massachusetts, Kansas o Washington).

Fuera de América, el único certificado de formación que encontramos está en Australia y Nueva Zelanda,

el *Certificate IV Mental Health Peer Worker* que ofrece prácticas tras la formación teórica, colocación en el trabajo y no requiere de educación continua.

Respecto a las formaciones de PW/TP, programas extendidos a lo largo del mundo que forman a personas con experiencia vivida en salud mental, encontramos también notables diferencias. En contraste con los programas de PS/EP, resulta complicado comparar estas formaciones, ya que también se deberían tener en cuenta las características particulares de cada contexto de aplicación.

A diferencia de los programas de formación para PS/EP, todos los programas para formar PW/TP, se realizan de manera presencial. Sólo alguno incluye un periodo de prácticas (en ImROC 5 días, Programa de Educación de Pares de CPft 3 días, empleados compañeros en Dinamarca 4 meses o Peer Helper Training 12 horas solo para algunos participantes). Tampoco en estos últimos se solicita ningún tipo de formación continua posterior.

Respecto al desempeño de funciones, como se ha indicado previamente, el primer perfil, PS/EP, desempeñan su actividad con un contrato laboral, mientras que los PW/TP no cuentan con un contrato. Esta diferencia hace que, aunque sus funciones puedan ser muy similares, el PW/TP solo recibe los beneficios emocionales del apoyo entre iguales, pero no el beneficio económico.

5. DISCUSIÓN

Los servicios de apoyo entre iguales se han descrito como una forma de garantizar mejores resultados en la recuperación de las personas con enfermedad mental (Castelein et al, 2015). Estos programas tienen un elevado potencial para el empleo (Socialstyrelsen, 2018), siendo una forma positiva y segura de reingresar en el mercado laboral y reanudar así un importante rol social (Valero et al, 2013). Además, son un ejemplo de buenas prácticas y un medio para promover los servicios centrados en la recuperación teniendo en cuenta la experiencia vivida. Los PSW, junto con el resto de profesionales, pueden ofrecer un verdadero y completo modelo integrado de cuidado (Repper et al., 2013; Smith & Bradstreet, 2011; Watson, Lambert y Machin, 2016).

La figura de PS/EP cumple dos funciones fundamentales: el apoyo a los demás y la remuneración económica, al ser un puesto de trabajo regulado. No obstante, entendemos que muchas organizaciones y/o centros no puedan costearlo, ni tengan definida esta figura profesional. Por ello, pueden implementar la figura del PW/TP, siendo muy similar a la anterior y pudiendo servir para demostrar los beneficios que aporta a la institución. Esta experiencia puede resultar una plataforma para definir el perfil en la estructura organizativa y dotarla económicamente.

La experiencia compartida es un elemento fundamental en el apoyo entre iguales (Stefanic et al., 2019). Cuando las personas se encuentran afiliadas con otras personas que sienten que son como ellos, perciben una conexión. Esta conexión, o afiliación, es una comprensión profunda y holística basada en la experiencia mutua donde la gente puede ser entre sí sin las limitaciones de las relaciones tradicionales (profesional-paciente; Mead, Hilton y Curtis, 2001).

La evaluación es el elemento fundamental para la mejora (Juste, 2006). En este tipo de programas de formación Campos et al. (2016) señala que se deberían incluir métodos específicos y *feedback* de evaluadores internos y externos.

6. CONCLUSIONES

Respecto a la tipología de los programas, la duración varía considerablemente de unas formaciones a otras. La evaluación suele guiarse por exámenes finales, cuestionarios o la práctica de juegos de roles.

Además de la tipología, como hemos visto, el fin de la formación también cambia con la inserción laboral en un puesto de trabajo regulado (conlleva remuneración) o con el mero desempeño de las funciones en un puesto concreto sin contratación regulada. Es por ello que consideramos la figura del PS/EP más conveniente.

Desde sus inicios a principios del siglo XXI, este tipo de programas de formación se están extendiendo a lo largo del mundo. Pese a los numerosos beneficios que pueden aportar, especialmente a este colectivo vulnerable, en su mayoría, los encontramos sólo en entornos sanitarios.

Respecto al apoyo informal (Grupos de Apoyo Mutuo y Apoyo Mutuo Natural), cumplen la función de apoyo emocional entre iguales que, siendo importante, nunca debe sustituir a las figuras de carácter formal.

El apoyo entre iguales tiene un gran valor para las personas con problemas de salud mental (OMS, 2004). La clara distinción entre apoyo formal e informal puede permitir a las organizaciones y/o centros poner en relación sus objetivos con la figura que más se adecúa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. *Cuadernos técnicos*, (6).

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Association of Participating Service Users (APSU). (2018). *Resources. The Peer Model Manual*. <http://bit.ly/2nVnRDE>
- Australia Government, National Mental Health Commission. (2018). *Mental Health Peer Work Developing and Promotion. Certificate IV Mental Health Peer Work*. <http://bit.ly/2BVAeZ4>
- Bono del Trigo, A., Navarro, B., y Mena, A. (2011). *Informe. Evaluación del proyecto ayuda mutua entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental ANDALUCÍA*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (2018). *Recovery. Peer Support*. <http://bit.ly/2EmvOly>
- Campbell, J., y Leaver, J. (2003). Emerging new practices in organized peer support. En *Report from NTAC's National Experts Meeting on Emerging New Practices in Organized Peer Support March* (pp. 17-18).
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Dores, A., y Queirós, C. (2014). Peer support for people with mental illness. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 41(2), 49-55.
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., y Dores, A. (2016). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 97-110.
- Care Services Improvement Partnership (CSIP), Royal College of Psychiatrists (RCPsych) and Social Care Institute for Excellence (SCIE). (2007). *A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services*.
- Casas, L. A., López, L., Carrasco, O., Nieto-Moreno, M., y García-Heras, S. (2017). Profesional experto por experiencia en salud mental. *XXVII Jornadas Estatales Salud Mental AEN*.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Davidson, L., y Gaag, M. V. D. (2015). Creating a supportive environment: peer support groups for psychotic disorders. *Schizophrenia bulletin*, 41(6), 1211-1213.
- Confederación Salud Mental España. (2017). *Curso "Informando en Primera Persona"*. <http://bit.ly/2oW9GyK>
- Crane, D. A., Lepicki, T., y Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282-288. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000186>
- Davidson, L., y González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., y Miller, R. (2009). Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y experiencia. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)*, (11), 123-128.

- Frick-Helms, S. B. (2008). Enhancing role play activities in play therapy supervision groups Supervision can be playful: Techniques for child and play therapist supervisors. En A. A. Drewes y J. A. Mullen (Eds.), *Supervision can be playful: Techniques for child and play therapist supervisors* (pp. 173-188). Jason Aronson.
- Fundación INTRAS. (2015). *Pear2Pear*. <http://bit.ly/2sGBomi>
- García-Pérez, O., Peña-Calvo, J. V., y Torío-López, S. (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197.
- Gillard, S., y Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292.
- Graham, P., Evitts, T., y Thomas-MacLean, R. (2008). Environmental scans: How useful are they for primary care research?. *Canadian Family Physician*, 54(7), 1022-1023.
- Intentional Peer Support. (2017). *What is IPS?* <https://bit.ly/2HYTT9L>
- Juste, R. P. (2006). *Evaluación de programas educativos*. La Muralla.
- Knappe, P. P. (2013). *Introducción al role-playing pedagógico*. Desclée De Brouwer.
- Landers, G. M., y Zhou, M. (2011). An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 106-112.
- Lawn, S., Smith, A., y 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>
- Lezcano, F. (2006). *Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en Castilla y León*. Universidad de Burgos.
- López, L. Á. (2008). Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo: Revisión de estudios y análisis de evidencias. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 245-268.
- Madrigal de León, E. A. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*, 39(4). 235-236.
- Martinetti, C., Ferreira L., Montórfano, M. (2008). *Guía Metodológica para Capacitación a Promotores Pares de Poblaciones Claves*. Pronasida.
- Mead, S. (2003). *Defining peer support. Intentional peer support: An alternative approach*. <https://bit.ly/2CjPWfW>

- Mead, S., y MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Mead, S., Hilton, D., y Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.
- Mental Health America. (2018). *It's my life: Social Self-Directed Care*. <http://bit.ly/1lwLvrc>
- Mental Health Foundation. (2018). *Peer Support*. <https://bit.ly/2OQdY9c>
- Mental Health Innovation Network. (2018a). *Critical Time Intervention – Task Shifting (CTI-TS) in Chile and Brazil*. <http://bit.ly/2IfSIZG>
- Mental Health Innovations Network. (2018b). *HeartSounds Peer Support*. <http://bit.ly/2BoLUTf>
- Mind Australia. (2018). *Professional training. Mental health peer support course: a five-day training program*. <http://bit.ly/2fvqwmB>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de salud mental. Informe compendiado*.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Mental Health atlas 2014*.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Creating peer support groups in mental health and related areas: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*.
- Orihuela, T., Conde, H., y Marcos, S. (2015). *Peer2peer, Curso de formación profesional*. Scottish Recovery Network.
- Ostrow, L., y Leaf, P. J. (2014). Improving capacity to monitor and support sustainability of mental health peer-run organizations. *Psychiatric Services*, 65(2), 239-241.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., y Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109-123.

- Palomer, E., Izquierdo, R., Masferrer, C., y Flores, P. (2011). Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. *Átopos salud mental comunidad y cultura*, (11), 5-17.
- Proyecto Suma. (2018). *Programa de pares*. <https://bit.ly/2JeUtBe>
- Region Hovedstadens Psykiatri. (2015). *Peer-støtte i Region Hovedstaden*. <http://bit.ly/2oBcrpl>
- Repper, J., y Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20(4), 392-411.
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., y Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. Centre for Mental Health.
- Rodríguez, A. (2007). Rehabilitación psicosocial y atención social comunitaria a las personas con enfermedades mentales crónicas en la Comunidad de Madrid. En F. Lezcano y M. A. Martínez. (Coord.), *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 83-131). Caja de Burgos.
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J. L., Muñoz, P. E., Gómez-Beneyto, M., y Torres, F. (2002). *La salud mental en España: Cienicienta en el País de las Maravillas*. En *Informe SESPAS* (pp. 301-326).
- Salzer, M. S., Schwenk, E., y Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: Results from a national survey. *Psychiatric Services*, 61(5), 520-523.
- Smith, L., y Bradstreet, S. (2011). *Experts by experience: guidelines to support the development of Peer Worker roles in the mental health sector*. Scottish Recovery Network.
- Socialstyrelsen. (2018). *Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats*. Socialstyrelsen. <https://bit.ly/2Eca0DK>
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392.
- Stastny, P. (2012). Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 473-481.
- Stefancic, A., House, S., Bochicchio, L., Harney-Delehanty, B., Osterweil, S., y Cabassa, L. (2019). "What We Have in Common": A Qualitative Analysis of Shared Experience in Peer-Delivered Services. *Community mental health journal*, 1(9).

University of Nebraska. (2013). *Nebraska Peer Support Certification Study: January 2014*.

Valero, L., Miñambres Redondo, M., Coletas Juanico, J., Justicia-Díaz, A. (2013). El usuario como miembro del equipo multidisciplinar: reflexiones y perspectivas en los cuidados de salud mental. *XXX Congreso Nacional de Enfermería y Salud Mental*. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-PREMIO-COMUNICACIONES-ORALES-SEVILLA.pdf>

Watson, E., Lambert, M., y Machin, K. (2016). Peer support training: values, achievements and reflections. *Mental Health Practice (2014+)*, 19(9), 22-27.

CITA DE ESTE ARTÍCULO

Formato APA

Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., y Perea Bartolomé, M. V. (2021). Características de los programas de formación de pares para personas con problemas de salud mental. *Educación y Futuro Digital*, (22), 35-52.