



**UNIVERSIDAD DE BURGOS**

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

**Desarrollo y evaluación del Programa de formación**

**¡ACOMPÁÑAME! implementado con personas con**

**Trastorno Mental Severo que participan en entidades sociales**

**Doctoranda:** Rebeca Zabaleta González

**Directores:** Fernando Lezcano Barbero

M<sup>a</sup> Victoria Perea Bartolomé

**2021**





A Leyre, mi hermana, por su apoyo incondicional, siempre.

A Alberto, por el tiempo que esta tesis nos ha quitado.





## UNIVERSIDAD DE BURGOS

D<sup>a</sup> *María Victoria Perea Bartolomé*, Profesora de la Universidad de Salamanca y  
D *Fernando Lezcano Barbero*, profesor de la Universidad de Burgos

HACEN CONSTAR que la Tesis Doctoral titulada "***Desarrollo y evaluación del Programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! implementado con personas con Trastorno Mental Severo que participan en entidades sociales***", realizada bajo nuestra dirección por D<sup>a</sup>. *Rebeca Zabaleta González*, reúne todas las condiciones exigibles para ser presentada y defendida públicamente, tanto por la relevancia y actualidad del tema tratado como por el procedimiento metodológico seguido: adecuada contextualización, riguroso procedimiento de obtención, así como un tratamiento de la información y correcta argumentación de las conclusiones. La presente investigación presenta importantes líneas de investigación.

Por todo ello manifestamos nuestro acuerdo para que sea autorizada la presentación y defensa del trabajo referido.

### DIRECTORES DE LA TESIS

PEREA  
BARTOLOME  
MARIA VICTORIA -  
05224753G

Firmado digitalmente por  
PEREA BARTOLOME MARIA  
VICTORIA - 05224753G  
Fecha: 2021.01.25 12:40:24  
+01'00'

LEZCANO  
BARBERO  
FERNANDO -  
13110382Z

Firmado digitalmente  
por LEZCANO  
BARBERO FERNANDO  
- 13110382Z  
Fecha: 2021.01.25  
13:02:26 +01'00'

María Victoria Perea Bartolomé  
Universidad de Salamanca

Fernando Lezcano Barbero  
Universidad de Burgos





## Agradecimientos

En primer lugar, dar las gracias a mi director, Fernando Lezcano. Nos conocimos en la Facultad de Educación hace ya unos cuantos años cuando yo era alumna de Pedagogía. Luego, fue mi director del Trabajo Fin de Máster y me animó a embarcarme en esta aventura del doctorado. Gracias por confiar en mí. Asimismo, agradecer a mi co-directora, M<sup>a</sup> Victoria Perea por su dedicación y sus contribuciones, desde su perspectiva médica, a esta investigación.

Esta tesis doctoral me ha permitido viajar y conocer a gente, entre ellos, Aldo Epasto y Clemente Chedro, gracias por la acogida y el trato recibido durante mis estancias en Messina; la próxima vez os esperamos en España.

Gracias a la Universidad de Burgos, la obtención de uno de los contratos pre-doctorales en el 2018, cambió por completo mi situación laboral y me permitió centrarme únicamente en este proyecto. Asimismo, gracias la Fundación Banco Sabadell por creer en esta iniciativa, recibir una de las 15 ayudas a la investigación 2018 supuso un impulso para este trabajo.

Han sido muchas las personas que desinteresadamente han colaborado en esta investigación. Comenzando por el panel de expertos y expertas, que aceptaron participar con sus conocimientos a la mejora del Manual que estábamos desarrollando. Gracias Martin Agrest, Valentina Ladera, Isabel García, Norma Geffner, Olga Carrasco por el tiempo dedicado. Y, muy especialmente, a Mikel Merino, una persona maravillosa que me está enseñando mucho sobre el apoyo entre iguales y con el que sé que podré contar siempre.



Gracias a ASAM Burgos, ASAM Madrid y Mejorana Pamplona por abrirme las puertas y confiar en este proyecto, sin vosotros esto no hubiera sido posible. Pero, sobre todo, a las personas que se han formado con ¡ACOMPÁÑAME!, gracias por todo lo que vosotros y vosotras me habéis enseñado. Esto es el inicio de un largo camino que estoy segura que seguiremos recorriendo juntos.

Agradecer, también, a Gema Alhora y Rubén del Amo por sus fantásticas interpretaciones para los videos en 360°. Leire Bikuña por el diseño gráfico de los logotipos. Raquel Ganuza, por sus clases particulares de SPSS. María Ortega por su implicación con los diseños informáticos. Y, Leyre Zabaleta, mi apoyo incondicional y mi traductora personal.

Para terminar, dar las gracias a todas las personas que de una forma u otra me han apoyado y acompañado durante estos años. En especial a mis padres, mi hermana y mi pareja, sin olvidarme del resto de la familia, amigas y amigos. Y, muy encarecidamente, a vosotros, abuelos y abuelas, espero que sigáis tan orgullosos de mí como yo estoy de vosotros.

Gracias de todo corazón,

Con mucho cariño.





*“Amurallar el propio sufrimiento  
es arriesgar a que te devore desde el interior”*

Frida Kahlo

*“El futuro pertenece a quienes creen  
en la belleza de sus sueños”*

Eleanor Roosevelt





## INDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	15
<b>INDICE DE FIGURAS</b> .....	18
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	21
<b>INTRODUZIONE</b> .....	27
<b>PARTE I: BASES CONCEPTUALES</b> .....	33
<b>CAPÍTULO 1: SALUD MENTAL Y APOYO MUTUO</b> .....	35
1.1. La salud mental .....	37
1.1.1. Definición de los conceptos .....	39
1.1.2. Trastorno Mental Severo .....	41
1.2. Normativa/Legislación respecto a la salud mental .....	42
1.2.1. Tratados y estándares internacionales .....	43
1.2.1. La normativa europea .....	49
1.1.2. Normativa en España .....	53
1.3. Contexto histórico-social: Tránsito al modelo comunitario .....	62
1.4. Salud mental y estigma .....	64
1.5. Redes sociales de apoyo para personas con enfermedad mental .....	66
1.5.1. El apoyo social .....	66
1.5.2. Los movimientos de usuarios en salud mental y su participación en la sociedad .....	68
1.6. El apoyo mutuo .....	71
1.6.1. Los Grupos de Ayuda Mutua .....	72
1.7. El apoyo entre iguales .....	73
1.7.1. <i>Peer Supporters</i> o Compañeros/Pares de apoyo .....	78
1.7.2. Clasificación del apoyo entre iguales .....	79



## **CAPÍTULO 2: PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA EL APOYO ENTRE**

<b>IGUALES .....</b>	<b>83</b>
2.1. Descripción de los programas de formación de pares .....	85
2.1.1. Programas de pares en el mundo.....	86
2.1.2. La formación de pares para el empleo .....	87
2.1.3. Requisitos de participación, contenidos y evaluación.....	88
2.2. Los servicios de apoyo entre iguales .....	91
2.2.1. Obstáculos e implementación .....	93
2.3. Revisión de los programas de formación de los trabajadores pares .....	96
2.3.1. Programas internacionales de formación de pares .....	100
2.3.1.1. Descripción de los programas de formación internacionales .....	100
2.3.1.2. Análisis de las características de los programas .....	126
2.3.2. Los programas de formación de pares en España .....	130

## **PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO .....**

### **CAPÍTULO 3: OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....**

3.1. Objetivos.....	141
3.2. Hipótesis .....	141

### **CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA .....**

4.1. Diseño de investigación: Metodología .....	145
4.1.1. Programa educativo ¡ACOMPÁÑAME! .....	145
4.1.1.1. Antecedentes.....	146
4.1.1.2. Fundamentación .....	146
4.1.1.3. Estructura definida.....	151
4.1.1.4. Evaluación de expertos/as .....	159
4.1.1.5. Modificaciones .....	161
4.1.1.6. Descripción final.....	163
4.1.2. Programa <i>ACCOMPAGNAMI!</i> .....	175



4.2. Muestra .....	177
4.2.1. Implementación en España.....	177
4.2.2. Implementación en Messina.....	179
4.3. Evaluación de los programas .....	179
4.3.1. Evaluación de la formación (España).....	182
4.3.1.1. Valoración de las actividades .....	182
4.3.1.2. Valoración final del programa.....	183
4.3.2. Evaluación de las personas participantes (España) .....	184
4.3.2.1. Evaluación inicial .....	184
4.3.2.2. Evaluación continua .....	186
4.3.2.3. Evaluación final.....	188
4.3.3. Evaluación de la experiencia italiana.....	195
<b>CAPÍTULO 5: RESULTADOS.....</b>	<b>197</b>
5.1. Puesta en marcha .....	199
5.2. Resultados en España.....	200
5.2.1. Análisis de las pruebas pre-test y pos-test.....	200
5.2.2. Análisis de las pruebas de evaluación final.....	212
5.2.3. Evaluación del programa ¡ACOMPÁÑAME! .....	217
5.3. Resultados en Messina.....	221
<b>CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>235</b>
6.1. Discusión .....	237
6.1.1. Resultados España.....	240
6.1.2. Resultados Messina.....	242
6.1.3. Risultati Messina.....	243
6.2. Conclusiones.....	244
6.3. Conclusioni .....	247
6.4. Futuras líneas de investigación .....	249



6.5. Difusión .....	252
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>255</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>289</b>
ANEXO I: Manual ¡ACOMPÁÑAME! .....	291
ANEXO II: Dossier del compañero/a de apoyo .....	471
ANEXO III: Trípticos para la difusión .....	506
ANEXO IV: Manuale ACCOMPAGNAMI! .....	511
ANEXO V: Dossier per i partner di supporto.....	555



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Normativa internacional .....	48
Tabla 1.2. Normativa europea .....	53
Tabla 1.3. Normativa española relacionada con las personas con enfermedad mental..	61
Tabla 1.4. Valores que deben guiar el apoyo de pares .....	77
Tabla 2.1. Desafíos/obstáculos para la implementación de los trabajadores pares .....	94
Tabla 2.2. Proceso de revisión y análisis documental .....	98
Tabla 2.3. Número de experiencias halladas .....	99
Tabla 2.4. Descripción de los programas internacionales de formación de pares.....	101
Tabla 2.5. Acrónimos empleados para la denominación del rol .....	120
Tabla 2.6. Momento y métodos de evaluación .....	129
Tabla 2.7. Experiencias formativas de pares en España.....	134
Tabla 4.1. Funciones de los/as compañeros/as de apoyo .....	148
Tabla 4.2. Fechas de los envíos para la validación.....	160
Tabla 4.3. Descripción Sesión 1 .....	164
Tabla 4.4. Descripción Sesión 2 .....	165
Tabla 4.5. Descripción Sesión 3 .....	166
Tabla 4.6. Descripción Sesión 4 .....	167
Tabla 4.7. Descripción Sesión 5 .....	168
Tabla 4.8. Descripción Sesión 6 .....	169
Tabla 4.9. Descripción Sesión 7 .....	170



Tabla 4.10. Descripción Sesión 8 .....	171
Tabla 4.11. Descripción Sesión 9 .....	171
Tabla 4.12. Descripción Sesión 10 .....	172
Tabla 4.13. Descripción Sesión 11 .....	173
Tabla 4.14. Descripción Sesión 12 .....	174
Tabla 4.15. Características ¡ACOMPÁÑAME! España vs. Italia.....	175
Tabla 4.16. Descripción de las sesiones .....	176
Tabla 4.17. Descripción de la muestra en España .....	178
Tabla 4.18. Descripción de la muestra .....	179
Tabla 4.19. Valoración del proceso seguido.....	189
Tabla 4.20. Indicaciones para la corrección del cuestionario.....	190
Tabla 4.21. Pruebas de la evaluación final .....	195
Tabla 5.1. Puntuaciones obtenidas en las pruebas pre-test.....	202
Tabla 5.2. Puntuaciones obtenidas en las pruebas pos-test. ....	202
Tabla 5.3. Puntuaciones mínimas, máximas y medias de las pruebas. ....	204
Tabla 5.4. Medias pre-test y pos-test según sexo .....	205
Tabla 5.5. Medias pre-test y pos-test según ciudad.....	206
Tabla 5.6. Diferencias pre-test y pos-test .....	208
Tabla 5.7. Resultados Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. ....	209
Tabla 5.8. Pruebas no paramétricas para muestras relacionadas.....	211
Tabla 5.9. Prueba de los rangos de signo de Wilcoxon según sexo y ciudad.....	212





Tabla 5.10. Pruebas de evaluación final.....	212
Tabla 5.11. Puntuaciones individuales en las pruebas de evaluación final.....	213
Tabla 5.12. Puntuación mínima, máxima y media.....	216
Tabla 5.13. Puntuaciones medias según sexo y ciudad.....	217
Tabla 5.14. Valoración de las actividades.....	218
Tabla 5.15. Valoración media de la formación por parte de los/as formadores/as.....	220
Tabla 5.16. Puntuaciones pre-test.....	222
Tabla 5.17. Puntuaciones pos-test.....	223
Tabla 5.18. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Whodas 2.0.....	225
Tabla 5.19. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Medida Síntomas Transversales.....	228
Tabla 5.20. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para el Cuestionario de Salud Mental Positiva.....	233



## INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Prevalencia según trastorno mental en el mundo (2017). .....	38
Figura 1.2. Propuesta de apoyo entre iguales .....	76
Figura 1.3. Clasificación del apoyo entre iguales según la naturaleza del apoyo. ....	81
Figura 2.1. Requisitos comunes para la participación en los programas de formación de pares.....	89
Figura 2.2. Países con experiencias formativas de apoyo entre iguales.....	99
Figura 2.3. Experiencias de apoyo entre iguales en España.....	130
Figura 4.1. Protocolo de inserción de la formación.....	150
Figura 4.2. Logotipo del programa.....	76
Figura 4.3. Experiencia con la enfermedad mental .....	177
Figura 4.4. Descripción de la evaluación en España .....	182
Figura 4.5. Tabla de registro para cada sesión .....	183
Figura 4.6. Tabla valoración de los participantes .....	187
Figura 4.7. Plantilla de valoración.....	191
Figura 5.1. Puntuaciones pre-test y pos-test MMSE .....	206
Figura 5.2. Puntuaciones pre-test y pos-test SLDS .....	207
Figura 5.3. Puntuaciones pre-test y pos-test LSP .....	207
Figura 5.4. Puntuación final sobre 100.....	214
Figura 5.5. Puntuación final sobre 100.....	214
Figura 5.6. Puntuación final según sexo y experiencia con la enfermedad mental.....	215
Figura 5.7. Puntuaciones pre-test y pos-test Whodas 2.0.....	224



Figura 5.8. Medida síntomas transversales. Participante 1. ....	226
Figura 5.9. Medida síntomas transversales. Participante 2. ....	226
Figura 5.10. Medida síntomas transversales. Participante 3.....	227
Figura 5.11. Medida síntomas transversales. Participante 4.....	227
Figura 5.12. Puntuaciones pre-test y pos-test Cuestionario Salud Mental Positiva .....	230
Figura 5.13. Puntuaciones factores SMS. Participante 1.....	231
Figura 5.14. Puntuaciones factores SMS. Participante 2.....	231
Figura 5.15. Puntuaciones factores SMS. Participante 3.....	232
Figura 5.16. Puntuaciones factores SMS. Participante 4.....	232





## INTRODUCCIÓN

La salud mental es un tema relevante en todo el mundo, está relacionada con el desarrollo de las sociedades. Pese a su importancia, la salud mental es la gran olvidada. Cuenta con escasos recursos económicos y humanos, además de la desinformación que existe al respecto, causando un estigma persistente para muchos de los implicados.

Las personas con problemas de salud mental conforman un grupo vulnerable y excluido. Por ello, consideramos importante desarrollar investigaciones que contribuyan a mejorar su calidad de vida, así como a su inserción socio-laboral.

En el presente proyecto identificamos el apoyo entre iguales como una práctica cada vez más extendida en todo el mundo y que favorece la inserción social y laboral del colectivo. Se trata de una relación concreta del apoyo mutuo, cuya finalidad es aprovechar las fortalezas de las personas con enfermedad mental que se encuentran en procesos avanzados de su recuperación para que, tras recibir una formación, puedan acompañar el proceso de recuperación de otras que se encuentran en estadios más tempranos.

El apoyo entre iguales reporta numerosos beneficios a todas las partes implicadas: personas proveedora del apoyo, quien lo recibe y las organizaciones o servicios que implementan esta práctica.

Esta práctica la encontramos principalmente ubicada en entornos sanitarios, pero debido al importante tejido asociativo con el que cuenta nuestro país consideramos que el entorno comunitario también es adecuado implementar esta práctica.

La investigación se estructura en dos partes, por un lado, se describen las bases conceptuales que conforma el estudio (dos capítulos) y por otro, la parte empírica del trabajo (cuatro capítulos).

En el capítulo 1 se desarrolla la conceptualización de los dos términos fundamentales de este trabajo: salud mental y apoyo mutuo. En primer lugar, se aborda el concepto de salud mental para acotar los Trastornos Mentales Severos. Se realiza una revisión de la normativa internacional, europea y nacional relativa a la salud mental, así como un recorrido histórico-social donde se observa cómo ha evolucionado el tratamiento de la



salud mental, desde el rechazo y la internación en manicomios hasta el actual modelo comunitario de atención.

Se destaca la importancia del apoyo durante el proceso de recuperación de una persona con problemas de salud mental. Este apoyo, puede tener un carácter más informal (como el apoyo mutuo o el apoyo natural) o formal, donde situamos la práctica del apoyo entre iguales. Las personas con experiencia vivida en salud mental que van a proporcionar este apoyo, las denominamos *Peer Supporters* o Compañeros/Pares de apoyo y, cuando desempeñan un rol laboral *Peer Support Workers* (PSW) o trabajadores de apoyo entre iguales que se ocupan en servicios de apoyo entre iguales con diferentes funciones, según las características concretas de cada contexto.

Para que este apoyo sea efectivo es importante formar previamente a las personas que van a cumplir la función de asesoramiento. En el capítulo 2 se describen los programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental.

Los inicios de estos programas los encontramos en EE. UU durante la transformación de los servicios de salud mental tradicionales en servicios basados en la comunidad. En este capítulo se describen los programas de formación, los requisitos para la participación, contenidos y sistemas de evaluación que proliferan en la mayoría de casos; se identifican los beneficios que puede reportar el desarrollo de un servicio de apoyo entre iguales, así como indicaciones y obstáculos que podemos encontrar en la implementación.

Posteriormente se lleva a cabo una revisión de los programas. En las búsquedas realizadas identificamos 79 programas de formación, de los cuales 73 son internacionales y 6 experiencias españolas. Por un lado, se describen los programas encontrados en el mundo reseñando el país donde se ha implementado, la denominación del rol, duración de la formación, contenidos, estrategias metodológicas empleadas, sistemas de evaluación, formación continua, lugares de empleo y página web. Después se lleva a cabo un análisis de las similitudes y diferencias de los programas. Por otro lado, en relación a las experiencias españolas, se describen los programas hallados y, del mismo modo que con los programas internacionales, las características de estas.

La segunda parte de la investigación corresponde al estudio empírico y se estructura en cuatro capítulos (Capítulos 3-6).



Los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo, así como las hipótesis enunciadas se recogen en el capítulo 3.

Los objetivos generales de esta tesis son dos y se concretan en cinco objetivos específicos:

- 1) Diseñar un programa de formación, basado en el apoyo entre iguales, para personas con problemas de salud mental que participan en entidades sociales.
  - 1.1. Revisar y analizar los programas de formación de apoyo entre iguales para personas con TMS y las situaciones de desarrollo que se han llevado, o se están llevando a cabo.
  - 1.2. Construir un programa de formación adaptado a las características de las organizaciones sociales en el ámbito español.
  - 1.3. Adaptar el programa al contexto socio-sanitario desarrollado en el contexto italiano.
- 2) Implementar y evaluar el programa de formación en entidades sociales para personas con problemas de salud mental
  - 2.1. Implementar la formación de apoyo entre iguales con personas con problemas de salud mental para que puedan actuar como compañeros/as de apoyo.
  - 2.2. Evaluar el impacto de la formación mediante un exhaustivo proceso de evaluación.

Se plantean 4 hipótesis nulas, con sus correspondientes hipótesis alternativas. Una de ellas alineada con la formación que se va a desarrollar para el contexto español y, las otras tres, para el italiano.

Para dar respuesta a estos objetivos, en el capítulo 4 se describe la metodología que se ha seguido. Se trata de una metodología de métodos mixtos donde se combinan e integran enfoques cualitativos y cuantitativos.

En primer lugar, se detalla el proceso de construcción del programa de formación ¡ACOMPÁÑAME!, desde cómo surgió la idea inicial, los fundamentos teóricos que sustentan la propuesta, la estructura que tiene el programa, el proceso de evaluación de expertos que se ha llevado a cabo para validar la formación, las modificaciones



realizadas tras sus aportaciones y, en último lugar, la descripción final de ¡ACOMPÁÑAME!

Una vez finalizada su elaboración, en colaboración con la Università di Messina y el Centro Neurológico “*Bonino-Pulejo*” se realiza una adaptación del programa a las características específicas del contexto socio-sanitario para llevarlo a cabo con población italiana, el programa ¡ACOMPAGNAMI!

En España, debido a las circunstancias sanitarias provocadas con la COVID-19, solamente se han podido recoger los resultados de la implementación en dos entidades sociales (Burgos y Madrid), con una muestra total de 11 personas. En Italia, la formación se desarrolló con cuatro personas en centro neurológico “*Bonino-Pulejo*” de Messina.

La evaluación es indispensable para determinar el funcionamiento e impacto del programa, por lo que, en última instancia, se detalla el proceso de evaluación que sigue cada programa. ¡ACOMPÁÑAME! cuenta con un extenso proceso en el que se emplean diferentes estrategias e instrumentos. Se puede organizar en: evaluación del programa per se y evaluación de las personas que realizar la formación. O, según su momento de aplicación: evaluación inicial, continua y final. Por su parte, la experiencia italiana emplea 3 pruebas estandarizadas mediante la técnica test-retest.

En el capítulo 5 se exponen los resultados recabados con la puesta en marcha de los programas.

Los resultados de la implementación en España se organizan en tres apartados:

- Pruebas pre-test y pos-test que evalúan la situación neuropsicológica de las personas participantes antes y después de la formación.
- Pruebas que conforman la evaluación final y sirven para certificar si la persona es apta, o no, para desempeñarse como compañero/a de apoyo.
- Evaluación del programa ¡ACOMPÁÑAME!

Por otro lado, se presentan los resultados de la experiencia italiana, pre-test y pos-test, según cada prueba: cuestionario Whodas 2.0, Medida de síntomas transversales y el Cuestionario de Salud Mental Positiva





La discusión de los resultados y las conclusiones extraídas de esta investigación se recogen en el capítulo 6.

En ninguna de las experiencias, española e italiana, se han encontrado diferencias significativas en los resultados, esto puede ser debido a qué es una experiencia puntual, al tamaño de la muestra, las pruebas de evaluación empleadas, el tiempo de la intervención o el sesgo de cambio de respuesta en las pruebas pre-test y pos-test.

Pese a ello, las 11 personas participantes en ¡ACOMPÁÑAME! obtuvieron la calificación de apto para su desempeño como compañeros y compañeras de apoyo y expresaron un elevado grado de satisfacción con el programa. Por su parte, las organizaciones receptoras también manifestaron su agrado con la formación y la utilidad de la misma.

De un modo general, podemos concluir que ¡ACOMPÁÑAME! ofrece una formación a las personas con problemas de salud mental que participan en entidades sociales y les prepara para el desempeño de un puesto de trabajo. Este programa formativo inicia el camino hacia la creación y desarrollo de servicios de apoyo entre iguales en el ámbito comunitario de la salud mental y, la creación de un nuevo perfil profesional, los compañeros y compañeras de apoyo.

Las líneas de investigación que emergen de este trabajo están ya en desarrollo. El objetivo es crear y desarrollar un servicio de apoyo entre iguales para las personas con problemas de salud mental, dentro de las propias organizaciones promotoras y que esté abierto a la comunidad. Para ello se han iniciado las siguientes acciones:

- 1) Ampliación de la formación de los y las compañeros y compañeras de apoyo.
- 2) Diseño de un servicio de apoyo entre iguales en las propias entidades sociales.
- 3) Creación de una red de colaboración entre las entidades que han implementado ¡ACOMPÁÑAME!

También se muestra la divulgación científica que se ha realizado de la investigación (congresos, jornadas, capítulos de libro, revistas de impacto) y la difusión del proyecto para llegar a entidades sociales que pudieran estar interesadas en implementar la formación.



En último lugar se recogen las referencias bibliográficas empleadas y se incluyen los dos manuales de formación que se han desarrollado en investigación (Manual ¡ACOMPÁÑAME! y *Manuale ACCOMPAGNAMI!*), así como los cuadernos de trabajo que confeccionan las personas participantes (*Dossier del compañero/a de apoyo* y *Dossier per i partner di supporto*) y el tríptico (versión impresa y versión web) elaborado para la difusión del programa en España.



## INTRODUZIONE

La salute mentale è una questione rilevante in tutto il mondo, è in relazione con lo sviluppo delle società. Nonostante la sua importanza, la salute mentale è la grande dimenticata. Ha scarse risorse economiche e umane, oltre alla disinformazione che esiste al suo riguardo, causando uno stigma persistente a molti degli implicati.

Le persone con problemi di salute mentale sono un gruppo vulnerabile ed escluso. Per questo motivo, consideriamo importante sviluppare una ricerca che contribuisca a migliorare la loro qualità di vita, nonché il loro inserimento sociale e professionale.

Nel presente progetto identifichiamo il sostegno tra pari come una pratica sempre più diffusa in tutto il mondo e che favorisce l'inserimento sociale e lavorativo del gruppo. Si tratta di un rapporto specifico di sostegno mutuo, il cui scopo è quello di sfruttare i punti di forza delle persone affette da malattie mentali che sono in fase avanzata di recupero, in modo che, dopo aver ricevuto una formazione, possano accompagnare il processo di recupero di altre persone che si trovano in fasi precedenti.

Il supporto tra pari porta numerosi vantaggi a tutte le parti implicate: gli individui che danno il supporto, le persone che lo ricevono e le organizzazioni o i servizi che implementano questa pratica.

Prassi attuata principalmente in contesti sanitari, ma grazie all'importante rete associativa di cui dispone il nostro Paese, consideriamo che anche il contesto comunitario sia adeguato per implementarla.

La ricerca è strutturata in due parti, da un lato le basi concettuali che compongono lo studio (due capitoli) e dall'altro la parte empirica del lavoro (quattro capitoli).

Il capitolo 1 sviluppa la concettualizzazione dei due termini fondamentali di questo lavoro: salute mentale e sostegno mutuo. In primo luogo, il concetto di salute mentale viene affrontato fino alla definizione dei Disturbi Mentali Gravi. Si effettua una revisione della normativa internazionale, europea e nazionale sulla salute mentale, nonché una panoramica storico-sociale in cui si osserva l'evoluzione del trattamento della salute mentale, dal rifiuto e dall'ospedalizzazione nei manicomi all'attuale modello comunitario di assistenza.



Si evidenzia l'importanza del sostegno durante il processo di recupero di una persona con problemi di salute mentale. Questo supporto può essere di natura più informale (come il sostegno mutuo o il sostegno naturale) o formale, dove si colloca la pratica del supporto tra pari. Le persone con un background di salute mentale che forniranno questo supporto sono chiamate Peer Supporters e, quando svolgono un ruolo lavorativo, Peer Support Workers (PSWs) che lavorano in servizi di supporto tra pari in ruoli diversi, a seconda delle caratteristiche specifiche di ogni contesto.

Affinché questo supporto sia efficace, è importante formare in anticipo le persone che svolgeranno il ruolo di consulenza. Il capitolo 2 descrive i programmi di formazione per il sostegno tra pari in materia di salute mentale.

L'avvio dei primi programmi operativi si possono individuare negli Stati Uniti durante la trasformazione dei servizi tradizionali di salute mentale in servizi basati sulla comunità. Questo capitolo descrive i programmi di formazione, i requisiti di partecipazione, i contenuti e i sistemi di valutazione che sono presenti nella maggior parte dei casi; identifica i benefici che possono derivare dallo sviluppo di un servizio di supporto tra pari, così come le indicazioni e gli ostacoli che possono essere incontrati nell'implementazione.

Successivamente si effettua una revisione dei programmi. Nelle ricerche realizzate abbiamo identificato 79 programmi di formazione, di cui 73 internazionali e 6 esperienze spagnole. In una prima fase, descriviamo i programmi presenti nel mondo, indicando il paese in cui sono stati realizzati, il nome del ruolo, la durata della formazione, i contenuti, le strategie metodologiche utilizzate, i sistemi di valutazione, la formazione continua, i posti di lavoro e la pagina web. Viene quindi effettuata un'analisi delle somiglianze e delle differenze dei programmi. Successivamente, in relazione alle esperienze spagnole, vengono descritti i programmi trovati e, come per i programmi internazionali, le loro caratteristiche.

La seconda parte della ricerca corrisponde allo studio empirico ed è strutturata in quattro capitoli (capitoli 3-6).

Gli obiettivi che si intendono conseguire con questo lavoro, così come le ipotesi formulate, sono esposti nel capitolo 3.



Gli obiettivi generali di questa tesi sono due e sono precisati in cinque obiettivi specifici:

1) Elaborare un programma di formazione, basato sul sostegno tra pari, per le persone con problemi di salute mentale che partecipano ad entità sociali.

1.1. Esaminare e analizzare i programmi di formazione di supporto tra pari per le persone con DMG e le situazioni di sviluppo che sono state, o sono in corso di realizzazione.

1.2. Costruire un programma di formazione adattato alle caratteristiche delle organizzazioni sociali in ambito spagnolo.

1.3. Adattare il programma al contesto socio-sanitario sviluppato nel contesto italiano.

2) Implementare e valutare il programma di formazione nelle organizzazioni sociali per persone con problemi di salute mentale

2.1. Implementare la formazione di supporto tra pari con le persone con problemi di salute mentale in modo che possano operare come partner di supporto.

2.2. Valutare l'impatto della formazione attraverso un processo di valutazione esaustivo.

Si propongono quattro ipotesi nulle, con le corrispondenti ipotesi alternative. Uno di essi è in linea con la formazione da sviluppare per il contesto spagnolo e gli altri tre sono in linea con il contesto italiano.

Per rispondere a questi obiettivi, il capitolo 4 descrive la metodologia seguita. Si tratta di una metodologia di metodi misti in cui gli approcci qualitativi e quantitativi sono combinati e integrati.

Prima di tutto, il processo di costruzione del programma di formazione ¡ACOMPÁÑAME! è dettagliato, da come è nata l'idea iniziale, le basi teoriche che sostengono la proposta, la struttura che il programma ha, il processo di valutazione da



parte degli esperti che è stato effettuato per convalidare la formazione, le modifiche apportate dopo i loro contributi e, infine, la descrizione finale di ¡ACOMPÁÑAME!

Dopo la sua elaborazione, in collaborazione con l'Università di Messina e il Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", il programma viene adattato alle caratteristiche specifiche del contesto socio-sanitario da realizzare con la popolazione italiana, ACCOMPAGNAMI!

In Spagna, a causa delle circostanze sanitarie causate dal COVID-19, è stato possibile raccogliere i risultati dell'implementazione solo in due entità sociali (Burgos e Madrid), con un campione totale di 11 persone. In Italia, la formazione è stata effettuata con quattro persone nel centro neurologico "Bonino-Pulejo" di Messina.

La valutazione è essenziale per determinare il funzionamento e l'impatto del programma, quindi il processo di valutazione seguito da ogni programma è alla fine dettagliato. ¡ACOMPÁÑAME! ha un processo estensivo in cui vengono utilizzate strategie e strumenti diversi. Può essere organizzato come: valutazione del programma in sé e delle persone che realizzeranno la formazione. Oppure, a seconda del suo momento di applicazione: valutazione iniziale, continua e finale. D'altra parte, l'esperienza italiana utilizza 3 test standardizzati attraverso la tecnica del test-retest.

Il capitolo 5 descrive i risultati ottenuti con l'attuazione dei programmi.

I risultati dell'implementazione in Spagna sono organizzati in tre sezioni:

- Test pre e post test che valutano la situazione neuropsicologica dei partecipanti prima e dopo il training.
- Test che costituiscono la valutazione finale e servono a certificare se la persona è idonea o no ad operare come partner di supporto.
- Valutazione del programma ¡ACOMPÁÑAME!

D'altra parte, vengono presentati i risultati dell'esperienza italiana, pre-test e post-test, secondo ogni test: il questionario Whodas 2.0, la misurazione dei sintomi trasversali e il Questionario di Salute Mentale Positiva

La discussione dei risultati e delle conclusioni della ricerca è illustrata nel capitolo 6.



In nessuna delle esperienze, spagnola e italiana, sono state riscontrate differenze significative nei risultati, ciò può essere dovuto a quella che è un'esperienza specifica, alla dimensione del campione, ai test di valutazione utilizzati, al tempo dell'intervento o alla distorsione del cambiamento di risposta nei test pre-test e post-test.

Nonostante ciò, tutti gli 11 partecipanti a ¡ACOMPÁÑAME! sono stati giudicati idonei ad operare come peer supporter ed hanno espresso un alto livello di soddisfazione per il programma. Da parte loro, anche le organizzazioni destinatarie hanno espresso la loro soddisfazione per la formazione e la sua utilità.

In generale, possiamo concludere che ¡ACOMPÁÑAME! offre formazione a persone con problemi di salute mentale che partecipano ad entità sociali e le prepara all'esecuzione di un lavoro. Questo programma di formazione inizia il cammino verso la creazione e lo sviluppo di servizi di supporto tra pari nel campo della salute mentale comunitaria e, la creazione di un nuovo profilo professionale, i partner di supporto.

Le linee di ricerca che emergono da questo lavoro sono già in fase di sviluppo. L'obiettivo è la creazione e lo sviluppo di un servizio di supporto tra pari per le persone con problemi di salute mentale, all'interno delle stesse organizzazioni promotrici e aperto alla comunità. A tal fine sono state avviate le seguenti azioni:

- 1) Ampliamento della formazione per i partner di supporto.
- 2) Disegno di un servizio di supporto tra pari nelle stesse entità sociali.
- 3) Creazione di una rete di collaborazione tra gli enti che hanno implementato ¡ACOMPÁÑAME!

Infine, mostra la divulgazione scientifica della ricerca (convegni, seminari, capitoli di libri, riviste di impatto) e la diffusione del progetto per contattare gli enti sociali che possono essere interessati ad implementare la formazione.

Finalmente si raccolgono i riferimenti bibliografici utilizzati e si includono i due manuali di formazione che sono stati elaborati in questa tesi di dottorato (Manuale ¡ACOMPÁÑAME! e Manuale ACCOMPAGNAMI!), così come i libri di lavoro che sono stati preparati dai partecipanti (Dossier del compañero/a de apoyo e Dossier per i partner di supporto) e il trittico (versione stampata e versione web) preparato per la diffusione del programma in Spagna.







## **PARTE I:**

## **BASES CONCEPTUALES**





## **CAPÍTULO 1:**

### **SALUD MENTAL Y APOYO MUTUO**





## 1. SALUD MENTAL Y APOYO MUTUO

El estudio de la salud mental ha interesado a la humanidad desde sus inicios, aunque con valoraciones muy diferentes: desde la adoración por ser la voz de la divinidad, hasta ser despreciados por poner voz al demonio, pasando por todo un cúmulo de posibilidades.

Nos tenemos que remontar a los textos de 1404 para encontrar una respuesta para las personas con problemas de salud mental, cuando Fray Juan Giliberto Jofré promovió la primera respuesta institucional en Valencia. Bien es cierto que, según parece, Jofré tomó el modelo visto en la cultura árabe, aunque este extremo no está documentado.

Desde estas primeras respuestas a la actualidad ha variado la forma de ver el comportamiento de aquel o aquella persona que es “diferente”.

En este primer capítulo nos centraremos en describir los conceptos fundamentales para el desarrollo de este trabajo. Acotaremos los términos relacionados con salud mental, los trastornos mentales severos, la legislación y la normativa vigente, así como por el contexto histórico-social hasta llegar a la actualidad. Posteriormente destacaremos la importancia que el apoyo tienen en las personas con problemas de salud mental, el apoyo social, el apoyo mutuo y, el apoyo entre iguales.

### 1.1. La salud mental

Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y **son** 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; WHO, 2001a, 2005). Los problemas de salud mental son universales, es decir, afectan a personas de todos los países y sociedades sin distinción (WHO, 2004). La salud mental es un tema relevante para todos puesto que se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países (WHO, 2008).

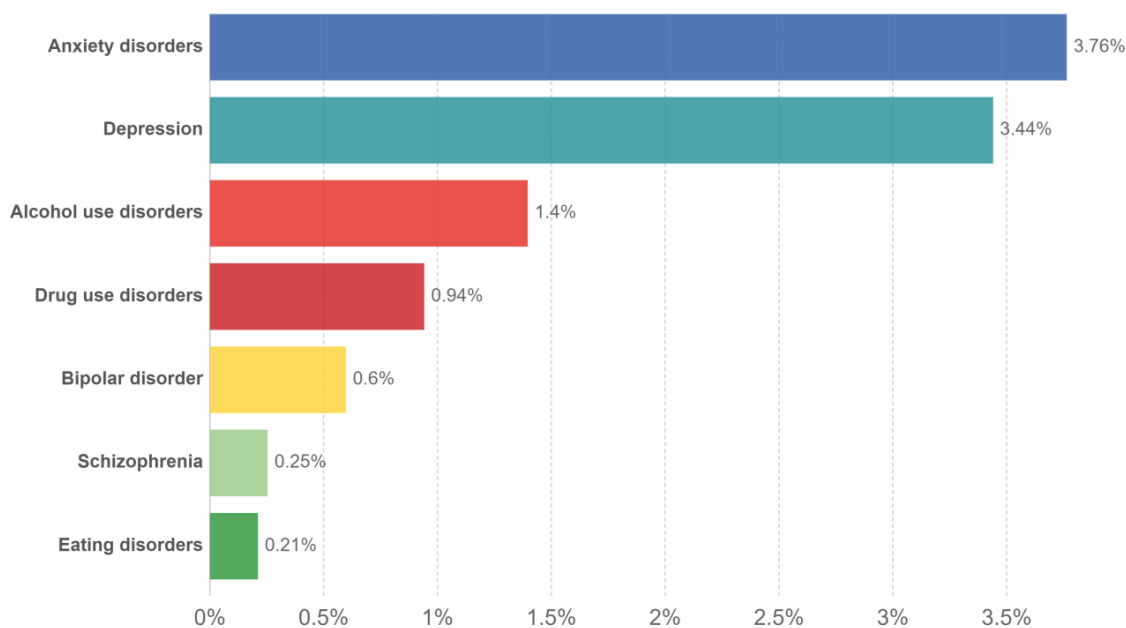
Según las estimaciones realizadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation en el estudio Global Burden of Disease en el 2017, 792 millones de personas en todo el mundo tienen un trastorno mental o por consumo de sustancias. Esto equivale a poco



más de una de cada diez personas, el 10,7% de la población (Ritchie y Roser, 2018). En la Figura 1.1 se recoge la proporción de la población mundial con un determinado trastorno de salud mental (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastornos de la alimentación) o por consumo de sustancias (alcohol o drogas).

**Figura 1.1.**

*Prevalencia según trastorno mental en el mundo (2017)*



Fuente: Ritchie y Roser, 2018

Los trastornos mentales suponen una carga enorme para el bienestar y la salud de las personas. En Europa, los trastornos mentales son la causa más frecuente de enfermedad. Aproximadamente el 38,2% de los ciudadanos de la Unión Europea (UE), sin distinciones de edad, se ven afectados por una situación de trastorno mental cada año. En España, excluyendo los trastornos por uso indebido de sustancias, aproximadamente el 9% de la población padece un trastorno mental. A pesar de los avances que en los últimos años se está produciendo respecto a la salud, los datos van en aumento (European Union, 2016; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; WHO, 2001a, 2005).



### **1.1.1. Definición de los conceptos**

Para delimitar el término enfermedad mental partimos de la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su Constitución en 1985:

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (WHO, 1985, p.1)

La incorporación de los términos “mental y social” fue en su momento, y aún en la actualidad, una auténtica revolución. Entendemos así el concepto de salud como un proceso continuo y permanente de mejora personal y social, relacionado con la adaptación al medio (Casado, 2001).

Posteriormente, la misma organización, en 2001, acota con un mayor detalle el término salud mental como:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (WHO, 2001b, p.1)

Encontramos, a nivel internacional, dos referentes en las clasificaciones de enfermedad mental vigentes, el CIE-10 Y DSM-5. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría el término trastorno mental hace referencia a:

Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales



salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (APA, 2013, p.5)

Hablar de enfermedad mental es incluir todo un conjunto de patologías que, teniendo elementos comunes, las diferencias que presentan son enormes. Es por ello, que 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 (Franco, 2007). Lezcano (2006) recoge diferentes términos que se han empleado a lo largo de la historia para referirse a este colectivo: *Pacientes/Enfermos Mentales Crónicos, Enfermos Graves y Crónicos, Enfermedad Mental Grave, Enfermedad Mental Grave y Prolongada, Trastorno Mental Severo, etc.*

A lo largo de esta investigación 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-González, 2007; López, 2008).

El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH, 1987) conceptualizó los TMS (citado NIMH, 2012) siendo esta definición la más representativa y con mayor consenso. Comprende tres dimensiones (Chico, 2007; Rodríguez-González, 2007):

1. Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y tratamiento: tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de Discapacidad: originariamente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el NIMH, pero que posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (*Global Assessment of Functioning* de la *American Psychiatric Association*), que indicaba una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

En relación a la última dimensión, presencia de discapacidad, la legislación española en el *RD 1/2013*, define el término discapacidad como la “situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier





tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

### **1.1.2. Trastorno Mental Severo**

Como se ha citado anteriormente, los TMS hacen referencia a los trastornos mentales de larga duración y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Según la AEN (2003), existe la necesidad de delimitar correctamente esta población para poder identificar las necesidades y diseñar programas de atención y soporte en la comunidad. Debido a la gravedad de los trastornos y el déficit de funcionamiento social, deben ser un grupo de interés prioritario.

Según los criterios de diagnóstico, duración y presencia de discapacidad, expuestos anteriormente, las categorías diagnósticas de la CIE-10 (WHO, 1992), que se corresponden también con las del DSM-5 (APA, 2013), incluyen los siguientes trastornos:

- F09: Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación
- F20: Esquizofrenia
- F21: Trastorno esquizotípico
- F22: Trastornos de ideas delirantes persistentes
- F24: Trastornos de ideas delirantes inducidas
- F25: Trastornos esquizoafectivos
- F28: Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- F29: Psicosis no orgánica sin especificación
- F30: Episodio maniaco
- F31: Trastorno bipolar
- F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F60.0: Trastorno paranoide de personalidad
- F60.1: Trastorno esquizoide de personalidad



Este grupo de población presenta problemas comunes en relación con la discapacidad funcional y social y la necesidad de recuperación. Pero estos problemas se concretan en cada persona, de manera particular e individualizada en función de la interacción de diversos factores (AEN, 2003; Gay y Tesoro, 2012).

A pesar de que cada TMS se manifiesta de forma diferente en cada persona, presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales (AEN, 2003; López y Laviana, 2017):

- Atención y tratamiento de la salud mental: apoyo personal continuado, intervenciones biológicas y psicológicas, psicoterapia, rehabilitación cognitiva.
- Atención en crisis.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: entrenamiento en habilidades y desarrollo de capacidades, soportes o apoyos específicos.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Apoyo económico.
- Apoyos no profesionales (del entorno familiar y de las redes sociales).
- Protección y defensa de sus derechos: defensa jurídica e institucional.
- Apoyo a las familias.

## **1.2. Normativa/Legislación respecto a la salud mental**

Según el informe *“Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental con un grupo vulnerable”* (WHO, 2010), las personas con dificultades de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad:

- Estigma y discriminación
- Violencia y abuso
- Restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos
- Exclusión de participar plenamente en la sociedad
- Acceso reducido a los servicios de salud y sociales
- Acceso reducido a los servicios de ayuda en emergencias
- Falta de oportunidades educativas



- Exclusión de las oportunidades de empleo y generación de ingresos
- Mayor discapacidad y muerte prematura.

A través de políticas, planes y programas se puede contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con TMS y para ello, es necesario, una legislación y buenas prácticas aceptadas internacionalmente (WHO, 2006). La legislación sobre salud mental proporciona un marco legal para tratar temas comunes relacionados con la salud mental (WHO, 2003).

En 2017 la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2017a), impulsó la iniciativa *QualityRights* con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en salud mental y los servicios relacionados, además de promover los derechos de las personas con discapacidad (psicosociales, intelectuales y cognitivas) alrededor del mundo. Mediante *QualityRights*, la OMS está apoyando a los países para establecer políticas, estrategias, derechos y servicios que estén acorde con los estándares internacionales de derechos humanos (WHO, 2018).

### **1.2.1. Tratados y estándares internacionales**

Como punto de partida en esta revisión, encontramos la *Carta Internacional de Derechos Humanos*, proclamada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que está constituida por la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y sus dos protocolos facultativos.

Estos instrumentos enuncian todos los derechos y libertades de todas las personas, incluyendo las personas con enfermedad mental. Destacamos los siguientes artículos:

- Art. 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948): “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*”.
- Art. 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966): “*(...) el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*”



- Art. 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966):  
*“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.”*

Además, la Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (1984), en su artículo 16, impone a todos los Estados Parte:  
*“prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.*

El derecho a la salud es reconocido por diferentes convenciones internacionales, entre ellas la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965), en su artículo 5(e)(iv): *“El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.”*

Centrándonos específicamente en las personas con enfermedad mental, la Declaración de Caracas (1990) promueve los servicios de salud mental comunitarios, es decir, integrados en la comunidad, a través de la reestructuración de la atención psiquiátrica existente. La citada declaración sostiene que los recursos, la atención y el tratamiento de las personas con trastornos mentales deben garantizar su dignidad y derechos, proporcionar un trato racional y adecuado, y esforzarse por mantenerlas en su comunidad. Además, señalan que la legislación sobre salud mental debe preservar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y los servicios deberían organizarse de tal manera que se asegure el cumplimiento de esos derechos.

En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 46/119, que comprende los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental (en adelante, Principios EM). Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003) son un conjunto de derechos básicos para las personas con trastornos mentales que la comunidad internacional considera inviolables en los entornos comunitarios e institucionales. Estos principios abarcan las siguientes áreas:

- Definición de enfermedad mental;
- Protección de la confidencialidad;



- Estándares sobre cuidados y tratamientos, incluyendo el ingreso involuntario y el consentimiento al tratamiento;
- Derechos de las personas con trastornos mentales en los dispositivos de salud mental;
- Protección de los menores;
- Disposición de recursos para los servicios de salud mental;
- Papel que juegan la comunidad y la cultura;
- Revisión de los mecanismos para la protección de los derechos de delincuentes con trastornos mentales;
- Procedimientos para garantizar la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales.

Además, la OMS, en 1996, elaboró las *Directrices para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales* (WHO, 1996a). Una herramienta destinada a comprender e interpretar los Principios EM y a evaluar las condiciones de derechos humanos en instituciones.

También en 1996, la OMS enunció los Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental, como una interpretación posterior de los Principios EM y como guía para los países en el desarrollo de legislación en salud mental. Los 10 principios son (WHO, 1996b):

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
2. Acceso a atención básica en salud mental
3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
7. Existencia de procedimientos de revisión
8. Mecanismo de revisión periódica automático
9. Cualificación del personal que toma decisiones
10. Respeto de los derechos y de la legalidad



En 1993 la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993) publica las *Normas Uniformes para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad*. Un instrumento internacional novedoso y revolucionario que recoge 22 reglas que exigen la acción estatal en tres áreas principales: requisitos y esferas para la igualdad de participación y medidas de implementación. En definitiva, consagran como derecho internacional reconocido la participación ciudadana de las personas con discapacidad.

También las asociaciones internacionales de profesionales de la salud mental han contribuido para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. Un ejemplo de ello es la *Declaración de Madrid* (1996) adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Entre otros, la Declaración insiste en realizar los tratamientos en colaboración con las personas que padecen trastornos mentales y que el ingreso involuntario sólo se produzca en circunstancias excepcionales.

En enero de 2005 se celebró una conferencia ministerial europea donde se firmó la *Declaración de Helsinki* adoptada por la OMS. Los ministros de sanidad de los estados miembros reconocen la salud mental como una cuestión fundamental para alcanzar una buena calidad de vida. En esta declaración se recogen prioridades, acciones y responsabilidades para la promoción de la salud mental.

Finalmente, cabe mencionar la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) adoptada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Sede de las Naciones Unidas. En ésta se recoge la discapacidad mental como un tipo diferenciado dentro de la categoría jurídica de discapacidad. Además, considera que *“las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente”*.

Además de los tratados y estándares internacionales recogidos anteriormente, la OMS ha elaborado el *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (WHO, 2013a). Se trata de un plan de acción integral y multisectorial sobre salud mental que se ha elaborado mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. En él se establecen acciones claras y se proponen indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. Su finalidad es *“fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales,*



*proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.*” Para ello, los objetivos principales son:

- Reforzar un liderazgo y gobernanza más eficaces en salud mental.
- Prestar servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad.
- Aplicar estrategias de promoción y prevención de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, las evidencias y la investigación.

También, desde 2001, la OMS, elabora un informe atlas sobre salud mental, un documento que proporciona información actualizada sobre los servicios y recursos de salud mental en el mundo. El último publicado en 2015, ha sido el *Informe Atlas 2014 salud mental*, en él se recoge que el 68% de los Estados Miembros de la OMS dispone de una política o un plan de salud mental específico, y el 51% ha promulgado legislación independiente en la materia. Pero, las políticas y la legislación de muchos países no están completamente enlazadas con los instrumentos jurídicos sobre los derechos humanos, su aplicación es escasa y la participación de las personas con enfermedad mental y sus familiares es insuficiente (WHO, 2015b).

En su último informe (United Nation, 2019) un relator especial de las Naciones Unidas señala, para la promoción de la salud mental, la necesidad de un enfoque basado en los derechos, creando y manteniendo condiciones concretas que promuevan una vida digna y el bienestar de todos. Además, en las conclusiones y recomendaciones recoge la actual necesidad de un acuerdo sobre cómo invertir en salud mental y en el bienestar de las personas y poblaciones.

La comunidad mundial debe dar prioridad a sistemas sostenibles que posibiliten y adopten un enfoque basado en los derechos humanos para la promoción de la salud mental. (...) Las políticas modernas de salud mental deben fomentar el empoderamiento, la participación verdadera y la resiliencia de todas las personas, incluidas las que tienen problemas de salud mental (United Nation, 2019, p.18).

En la Tabla 1.1 se recogen las principales normativas internacionales mencionadas en este apartado.



**Tabla 1.1.**

*Normativa Internacional*

<b>Año</b>	<b>Organismo</b>	<b>Normativa</b>
1948 -1966	ONU	<i>Carta Internacional de Derechos Humanos</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)</li> <li>- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)</li> <li>- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)</li> </ul>
1965	ONU	Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
1984	ONU	Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
1990	Organización Panamericana de la Salud	Declaración de Caracas
1991	Asamblea General de las Naciones Unidas	Resolución 46/119. Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para la Mejora de los Servicios de Salud Mental
1993	ONU	Normas Uniformes para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad.
1996	OMS	Directrices para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales
1996	OMS	Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental
1996	Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría	Declaración de Madrid
2005	OMS	Declaración de Helsinki adoptada por la OMS.
2013	OMS	Plan de acción sobre salud mental 2013-2020





### 1.2.1. La normativa europea

La atención a las personas con discapacidad ha sido una de las prioridades en el ámbito de la Unión Europea (Rodríguez-Cabrero, 2011). Es necesario adoptar medidas para responder y abordar las necesidades de salud mental de la población europea (European Union, 2016).

En el caso específico de las personas con enfermedad mental, en 1950 se firma el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales* proporcionando en los países europeos que lo ratificaron una protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Además, para asegurar el respeto de los compromisos se instituye un Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

También, en 1949, se creó en Londres el Consejo de Europa, que proporciona un marco de referencia normativa y un sistema de garantías en materia de derechos humanos, en particular para las personas con trastornos mentales. Destacamos las siguientes recomendaciones en torno a la salud mental y la protección de los enfermos mentales (Barrios, 2010):

- Rec. 818 (1977), relativa a la situación de los enfermos mentales (Asamblea Parlamentaria, 12ª sesión, 8.10.1977).
- Rec. N° R (80) 4, respecto del paciente como partícipe activo de su propio tratamiento (Comité de Ministros, 318ª reunión, 30.4.1980).
- Rec. N° R (83) 2, sobre la protección jurídica de las personas aquejadas por enfermedades mentales e ingresadas como pacientes involuntarios (Comité de Ministros, 356ª reunión, 22.2.1983).
- Rec. N° R (87) 3, sobre reglas penitenciarias europeas (Comité de Ministros, 404ª reunión, 12.2.1987).
- Rec. N° R (91) 15, sobre cooperación europea en materia de estudios epidemiológicos en el ámbito de la salud mental (Comité de Ministros, 463ª reunión, 11.10.1991).
- Rec. 1185 (1992), sobre políticas de rehabilitación de personas discapacitadas (Asamblea Parlamentaria, 6ª sesión, 7.5.1992).



- Rec. N° R (92) 6, sobre una política coherente en materia de integración de personas con minusvalías (Comité de Ministros, 474ª reunión, 9.4.1992).
- Rec. 1235 (1994), relativa a la psiquiatría y a los derechos humanos (Asamblea Parlamentaria, 10ª sesión, 12.4.1994).
- Rec. N° R (98) 7, en lo que concierne a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de la salud en el medio penitenciario (Comité de Ministros, 627ª reunión, 8.4.1998).
- Rec. (2004) 10, relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de enfermedades mentales (Comité de Ministros, 896ª reunión, 22.9.2004).
- Rec. (2006) 2, sobre Reglas Penitenciarias europeas (Comité de Ministros, 952ª reunión, 11.1.2006).
- Rec (2009) 3, sobre seguimiento de la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales (Comité de Ministros, 1057ª reunión, 20.5.2009).

En 1987, a través del Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes, que prevenía el maltrato de las personas con trastornos mentales, se creó el Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes. Éste se encargaba de realizar visitas periódicas a los lugares de detención para examinar el trato que se daba a las personas privadas de libertad. Además, el 8º informe General de este Comité publicado en 1998 regulaba el internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos.

La Carta Social Europea revisada (1996) es una actualización y adaptación de la Carta Social Europea (1961) teniendo en cuenta los cambios sociales que se han producido. Proporciona protección de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Específicamente, el artículo 15 consagra: “*derecho a la autonomía, a la integración social y a la participación en la vida de la comunidad*”.

En 1996 el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano, en relación con la Aplicación de la Biología y Medicina: Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina* fue el primer instrumentos internacional jurídicamente vinculante en incorporar el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico, el derecho a ser informado, como también en



establecer altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación médicas (WHO, 2006).

La Comisión de las Comunidades Europeas (2005) propone, en el Libro Verde, establecer una estrategia europea en materia de salud mental, para crear un marco de intercambio y cooperación, incrementar la coherencia de las acciones emprendidas y permitir la participación de todas las partes interesadas en la búsqueda de soluciones. El propósito del Libro Verde es iniciar un debate con las instituciones europeas, gobiernos, profesionales de la sanidad, partes interesadas de otros sectores, sociedad civil (en particular las organizaciones de pacientes) y la comunidad investigadora sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de una estrategia a escala de la UE, así como las prioridades de tal estrategia. La Comisión Europea plantea que la estrategia se centre en:

- Promover la salud mental de toda la población.
- Prevención para hacer frente a las enfermedades mentales.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental a través de la integración en la sociedad y protegiendo sus derechos y dignidad.
- Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la Unión Europea.

En 2010 la Comisión Europea publica la Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras, un marco de acción para abordar las distintas situaciones de las personas con discapacidad. Su objetivo es *“facilitar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de todos sus derechos y beneficiarse plenamente de una participación en la economía y la sociedad europeas”*, donde está incluido el colectivo de personas con enfermedad mental. La estrategia identifica medidas complementarias a las actuaciones nacionales y determina mecanismos necesarios para aplicar la *Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad*. Además, menciona la necesidad de apoyo para la financiación, sensibilización, investigación, recopilación de datos y elaboración de estadísticas.

En el año 2013, el Comité de Bioética del Consejo de Europa decide redactar el “Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina



sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamiento involuntarios” con el fin de que los tratamientos involuntarios estén incluidos y protocolarizados, lo que supone un ataque directo a los derechos humanos y a la dignidad de las personas con trastornos mentales (González-Zapico, 2019). Recientemente, la Asamblea Parlamentaria Europea publicó la Resolución 2291 (2019) donde apela a una reforma en toda Europa de los sistemas de salud mental, para adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, compatible con la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad y que respete la ética médica y los derechos de las personas.

La Oficina Regional para Europa de la OMS desarrolló el *Plan de acción europeo sobre salud mental (2013-2020)*, cuya dirección estratégica se encamina a la prevención y promoción de la salud mental, con especial hincapié en los colectivos más vulnerables y en el desarrollo de servicios comunitarios que garanticen los derechos humanos (WHO, 2013a). También, da prioridad a la necesidad de combatir las desigualdades en salud mental e implementar intervenciones efectivas en coordinación y colaboración con otros sectores no sanitarios.

La brújula de la UE para la Actuación en materia de Salud Mental y Bienestar es (Comisión Europea, 2018) “un mecanismo online utilizado para recopilar, intercambiar y analizar información sobre las políticas y las actividades de las partes interesadas en el ámbito de la salud mental.” Se basa en trabajos anteriores de la UE en materia de salud mental y bienestar (European Union, 2016). Consiste en (Comisión Europea, 2018):

- Identificar y divulgar buenas prácticas europeas de salud mental
- Recopilar datos sobre las actividades nacionales y de las partes interesadas en el ámbito de la salud mental mediante tres sondeos anuales
- Elaborar tres informes anuales y organizar tres foros
- Organizar talleres sobre salud mental en todos los países de la UE, además de Islandia y Noruega.

Recopilar y compartir información sobre buenas prácticas puede contribuir a estimular la inversión en salud mental y la colaboración de toda la UE para diseñar y poner en marcha estas actividades (European Union, 2016).



En la Tabla 1.2 se recaban las principales normativas europeas relativas a las personas con problemas de salud mental.

**Tabla 2.2.**

*Normativa europea*

<b>Año</b>	<b>Organismo</b>	<b>Normativa</b>
1950	Consejo de Europa	Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales
1996	Consejo de Europa	Carta Social Europea revisada
1996	Consejo de Europa	Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano, en relación con la Aplicación de la Biología y Medicina: Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina
2005	Comisión de las Comunidades Europeas	Libro Verde
2010	Comisión Europea	Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020
2013	Comité de Bioética del Consejo de Europa	“Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamiento involuntarios”
2013	Oficina Regional para Europa de la OMS	Plan de acción europeo sobre salud mental (2013-2020)

**1.1.2. Normativa en España**

España, a diferencia de otros muchos países, no dispone de una legislación específica para las personas con enfermedad mental. Esto es consecuencia del esfuerzo cooperativo de profesionales del campo de la Psiquiatría y Derecho convencidos de que una legislación específica para el colectivo supondría institucionalizar la diferencia, y por ende discriminatorio, así como una fuente de estigma (González-Álvarez, 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).



La Asociación Española de Neuropsiquiatría (2000) extrae, de la Comisión de Legislación de la AEN de su Boletín nº1 (1978), el siguiente texto:

«La legislación psiquiátrica española data del año 1931, fue promulgada como decreto ministerial y tenía el objetivo de contribuir a la mejora de la asistencia psiquiátrica, sobre la que hasta entonces pesaban excesivas trabas jurídicas. Supuso sin duda un gran adelanto con respecto a la previamente vigente, y aún conserva ciertos aspectos positivos, incluso en relación a otros países europeos. Dicha legislación no ha sido modificada desde 1931, entre otras cosas, porque se ha venido considerando como suficientemente “moderna” y “liberal”» (AEN, 2000, p.11).

Con la aprobación de la Constitución española de 1978, las personas con enfermedad mental son reconocidas como ciudadanos en igualdad de derechos. Entre ellos, cabe destacar, su artículo 43 donde se reconoce el derecho a la protección de la salud. Además, en el Art. 49 insta a los poderes públicos a realizar *“una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”*

Hasta entonces, el Código Penal contemplaba medidas completamente desproporcionadas y privaciones de la libertad sin control judicial. Entre 1848 y 1983, este código, equiparaba a los *locos* con animales feroces o dañinos (AEN, 2000; González-Álvarez, 2009). La Ley Orgánica 10/95 de 23 de noviembre, del Código Penal, deroga la Ley de Peligrosidad Social de 1970 y así termina con la inseguridad jurídica de las personas con problemas de salud mental y las medidas de seguridad desproporcionadas.

En 1982 se aprueba la Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I.) que recoge en su artículo 6 que, *“Las medidas tendentes a la promoción educativa, cultural, laboral y social de los minusválidos se llevarán a cabo mediante su integración en las instituciones de carácter general”*. Con esta ley se pretende lograr la igualdad respecto a la legislación de todos los españoles y, evitar así, la necesidad de leyes especiales para la integración de todas las personas (Vilá, 2001).



Del mismo modo, la Ley Orgánica 2/1986 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en su artículo 11 recoge la obligación de “*proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana*”.

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983-1985) publica en 1985 el Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental, que constaba de 3 ejes fundamentales (Desviat, 2011; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007):

1. Un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad, integrado y enmarcado en una nueva organización de la sanidad que tuviera en cuenta el compromiso territorial a efectos de la planificación y la gestión, con una óptica preventiva, comunitaria y de salud pública y con la consideración del nuevo papel de la atención primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria.
2. Las recomendaciones para la reforma.
3. El compromiso explícito de vincular el desarrollo de las mismas al proceso global de reforma sanitaria.

La reforma psiquiátrica en España deriva en la ley de Sanidad y su desarrollo concreto en las diferentes Comunidades Autónomas. El Capítulo III: De la salud mental, artículo 20, de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) se contempla la integración de los servicios psiquiátricos en el sistema sanitario general y la total equiparación de los enfermos mentales al resto de personas que requieran servicios asistenciales y sociales. El artículo se desglosa del siguiente modo:

*1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.*

*Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.*

*2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*



*3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*

*4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.*

Esta nueva articulación del Sistema Nacional de Salud promueve la descentralización del estado con la progresiva transferencia de las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas, “*respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa*” (Ley 14/86). Esta desvinculación permite a la ley hacer solo una declaración de principios en temas clave como la integración en el sistema sanitario general o el desarrollo de programas y servicios de rehabilitación e integración social, provocando que las estructuras de atención (organización, recursos y gestión) sean muy diversas en las diferentes comunidades (López y Laviana, 2017).

La Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información de documentación clínica (Ley 41/2002) “*tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.*”

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece *acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.* Incluye la atención a la salud mental en las prestaciones de atención primaria y de atención especializada.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su





actualización. Pretende garantizar la protección de la salud, la equidad y la accesibilidad de todos los ciudadanos a la atención sanitaria. Así como definir las prestaciones que cubre la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. En el Anexo III, el apartado 7, atención a la salud mental:

*Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:*

*7.1 Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.*

*7.2 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.*

*7.3 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.*

*7.4 Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.*

*7.5 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.*

*7.6 Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.*



### *7.7 Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.*

La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tiene por objetivo imprimir un nuevo impulso al modelo social de discapacidad, para así alcanzar el objetivo de adecuación concreta de la regulación en materia de discapacidad a las directrices marcadas por la Convención.

La L.I.S.M.I. (1982); la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, quedan derogadas con la aprobación del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Que tiene como objetivos:

*a) Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.*

*b) Establecer el régimen de infracciones y sanciones que garantizan las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.*

Asimismo, además de la normativa recogida anteriormente respecto al Estado español, se elaboran diferentes estrategias que apoyan su puesta en práctica.



Por un lado, en 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo, aprobó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, basada en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki sobre salud mental. Más recientemente, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, previa evaluación de la anterior estrategia y revisión epidemiológica, publicó la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), una actualización de la anterior, que pretende contribuir a la mejora de la salud mental en el país, así como la cohesión del sistema sanitario. Para ello propone 5 líneas estratégicas, objetivos generales y específicos, así como recomendaciones para su consecución y ejemplos de buenas prácticas. Los objetivos generales de la estrategia son:

- Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos
- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general
- Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales
- Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.
- Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes.
- Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.
- Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su Comunidad Autónoma.
- Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.
- Potenciar la investigación en salud mental

Además, para la promoción y difusión pública de la estrategia, el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, elaboró el documento *Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales*



(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014a), que profundiza en la formación activa de profesionales, sanitarios y no sanitarios, en aspectos relevantes y prácticos.

Por otro lado, la Estrategia Española sobre Discapacidad (2012-2020) profundiza en el proceso aplicativo de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. El objetivo marco definido en la estrategia es: coadyuvar al cumplimiento de los objetivos cuantificados relacionados con el mercado laboral, la educación, la pobreza y la exclusión social previstos en la Estrategia Europea 2020 y en el Programa Nacional de Reformas de España 2011. Además de otros objetivos indispensables para lograr ese objetivo marco: accesibilidad a los entornos, mejora del conocimiento sobre la situación vital de las personas con discapacidad, participación para superar los obstáculos en el ejercicio de derechos, igualdad de trato y no discriminación. Para ello, las medidas estratégicas de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020 se articularán y concretarán en dos planes de acción. El segundo, el *Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014b) está orientado a la eliminación de las causas de discriminación partiendo de la idea de igualdad de derechos de todas las personas. El Plan está estructurado en cinco áreas (igualdad para todas las personas, empleo, educación, accesibilidad, dinamización de la economía) que se desarrollan a través de objetivos operativos y de actuaciones concretas.

En la Tabla 1.3 se recogen las principales normas españolas relativas a la salud mental.

Anualmente, la Confederación de Salud Mental España elabora un informe que recopila el estado de los derechos de las personas con trastorno mental en España. En el *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental 2018* se recoge el estado actual de sus derechos, así como las vulneraciones, logros, avances y recomendaciones en materia de salud mental. Los problemas de salud mental en España, continúan a la cola de los avances conseguidos respecto a los derechos humanos de las personas con discapacidad.



**Tabla 1.3.**

*Normativa española relacionada con las personas con enfermedad mental*

<b>Año</b>	<b>Organismo</b>	<b>Normativa</b>
1978	Cortes Generales	Constitución española
1982	Jefatura del Estado	Ley 13/82, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos
1985	Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica	Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental
1986	Jefatura del Estado	Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado,
1986	Jefatura del Estado	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
1995	Jefatura del Estado	Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal
2002	Jefatura del Estado	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.
2003	Jefatura del Estado	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
2006	Ministerio de Sanidad y Consumo	Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
2006	Ministerio de Sanidad y Consumo	Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud
2009	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013
2011	Jefatura del Estado	Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
2012	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Estrategia Española sobre Discapacidad (2012-2020)
2013	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
2014	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020



### **1.3. Contexto histórico-social: Tránsito al modelo comunitario**

En 1945, tras el final de la II Guerra Mundial se consolida el Estado del Bienestar, cuyo objetivo es prever a la población de los servicios esenciales (García y Márquez, 2012). Pero, respecto a las personas con enfermedad mental, esto fue insignificante, puesto que en su mayoría estaban institucionalizadas. Es decir, estaban ingresados en manicomios, surgidos para darles acogida y protección (Lezcano, 2006). Pero, a mediados del siglo XIX y principios del XX, comienzan las críticas a los manicomios como instituciones con una función de control social en lugar de terapéutica (Gradillas, 1998). Además, se empieza a admitir a los factores sociales como influyentes en los trastornos mentales y con ello comienza el movimiento desinstitucionalizador (Huertas 1991).

Este movimiento comienza en Europa tras la II Guerra Mundial cuando la atención psiquiátrica empieza a tener en cuenta el cuidado de la salud y no solo curar el daño. El modelo asistencial de la reforma psiquiátrica, salud mental comunitaria, surgió en los años 70 en Estados Unidos con cambios en la sanidad y en la atención social. Se incluye un nuevo enfoque, el social, que implica un abordaje bio-médico-social de los trastornos mentales. Se trata de una nueva estrategia y un nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico (Desviat y Moreno, 2012a). Desde la Declaración de Alma-Ata, en 1978, la OMS ya hizo hincapié en la participación comunitaria como una estrategia para mejorar la salud de la población (WHO, 1978)

Los objetivos que se pretendían con la reforma psiquiátrica y el nuevo modelo de asistencia comunitaria eran (Desviat y Moreno, 2012b):

- Cerrar los hospitales psiquiátricos y crear recursos en la comunidad.
- Integrar la atención psiquiátrica en la sanidad general.
- Mejorar los derechos del colectivo modificando la legislación de los países.
- Promover cambios en la sociedad respecto a la representación social estigmatizante de la enfermedad mental.

El modelo de asistencia comunitario se caracteriza por su integridad y accesibilidad, se incorpora la salud mental en la atención primaria, defensa de los derechos y uso de estrategias promocionales y preventivas (Sepúlveda y Minoletti, 2012). Pero para ello, el modelo comunitario, requiere de la participación y compromiso de toda la población (Desviat y Moreno, 2012a). En definitiva, este modelo proporciona servicios integrados,



comunitarios y hospitalarios acordes a las necesidades de la población que, gracias a su calidad, desarrollan aspectos como autonomía, equidad, eficacia, efectividad y eficiencia, responsabilidad, accesibilidad o continuidad de cuidados (Del Rio y Carmona, 2012).

Este último aspecto mencionado, la continuidad de cuidados, es el término empleado, desde los años 80, para referirse a los programas de atención comunitaria para las personas con TMS. El objetivo es mantener a la persona en su entorno socio-familiar con el mejor funcionamiento posible y durante el mayor tiempo. Para esta atención es necesario contar con profesionales, recursos, técnicas, organizaciones, asociaciones, entorno y la comunidad en general (González-Rodríguez, 2012).

Estas primeras experiencias tuvieron que hacer frente a una serie de dificultades como la falta de herramientas y preparación para hacer frente a la cronicidad, además de la falta de formación para el trabajo en la comunidad (Desviat y Moreno, 2012b).

Respecto a España, debido a sus circunstancias sociales y políticas, se incorporó con retraso a la reforma psiquiátrica y el proceso de desinstitucionalización que culminó en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad. Se apostó por la asistencia comunitaria; consolidación de una estructura asistencial territorial multidisciplinar y descentralizada; atención de personas con enfermedad mental en el sistema general de salud; creación de unidades de salud mental comunitarias; actitudes positivas y de no discriminación hacia los enfermos mentales en la comunidad; cambios legislativos para el desarrollo de sus derechos (Salvador-Carulla et al., 2002; Lezcano, 2006).

Esto ha sido un proceso largo, que ha requerido de la colaboración de toda la sociedad, así como de la creación de un marco normativo/legislativo que promueva la calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Pero, sigue existiendo una falta de servicios y tratamientos (Saraceno, 2012) debido a la escasa inversión económica, la concentración de escasos recursos en los hospitales psiquiátricos, la discriminación y el estigma.



#### **1.4. Salud mental y estigma**

El estigma en salud mental es un fenómeno complejo que está presente en todas las sociedades (Bos et al., 2013). El acercamiento de la salud mental a la población en general con el modelo de atención comunitario no ha sido suficiente para eliminar el estigma hacia el colectivo (Anaut et al., 2017).

Según Goffman (1963, p.4) el estigma “es una clase especial de relación entre atributo y estereotipo”. El estigma hace referencia a los estereotipos, prejuicios y la discriminación que sufre un grupo (Arnaiz y Uriarte, 2006), en este caso, las personas con enfermedad mental y se debe principalmente a conceptos erróneos generalizados sobre las causas y la naturaleza de las enfermedades mentales (WHO, 2010). El estigma afecta a la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y es una de las barreras más importantes en el acceso a tratamientos efectivos (Naslund et al., 2016).

Desde un modelo sociológico, podemos conceptualizar el estigma siguiendo la propuesta de Link y Phelan (2001) que consideran que se construye a partir de cinco procesos interrelacionados:

- 1) Construcción de las diferencias y etiquetado
- 2) Vinculación de estereotipos y prejuicios a las etiquetas
- 3) Distanciamiento social entre “ellos” y “nosotros”
- 4) Pérdida del status y discriminación
- 5) Asimetría de poder. Desigualdad, rechazo y exclusión.

Podemos organizar el estigma en tres niveles (Brea y Gil, 2016):

- Estigma estructural: es aquel que tiene lugar en el ámbito legal o institucional y restringe los derechos y oportunidades de las personas con enfermedad mental (Corrigan et al., 2011)
- Estigma público o social: corresponde a las actitudes de las mayorías sociales hacia los diferentes colectivos (Brea y Gil, 2016), en este caso, las personas con enfermedad mental.
- Estigma internalizado: son los sentimientos negativos hacia sí mismo (Livingsgaston y Boyd, 2010). Diferenciamos tres:





- Autoestigma: se produce cuando internalizan el sentimiento de culpa causando una percepción negativa sobre sí mismos. Esto dificulta su autodefensa y el pleno ejercicio de sus derechos (Torras, 2012).
- Estigma percibido: tiene lugar cuando las persona con problemas de salud mental se anticipa a la aparición de las actitudes estigmatizantes y piensa que va a ser desvalorizada y discriminada (Brea y Gil, 2016).
- Estigma experimentado: se da cuando la persona ha vivido en primera persona experiencias estigmatizadoras (Muñoz et al., 2009)

Además, el efecto estigmatizador también puede darse hacia el entorno cercano, el núcleo familiar de las personas con enfermedad mental. Lo entendemos como estigma por asociación; se le considera a la familia culpable de la enfermedad, se le aísla socialmente y se le rechaza (Bequis-Lacera et al., 2019).

Es fundamental hacer frente al estigma que sufren las personas con enfermedad mental para favorecer su inclusión en la comunidad. A continuación, se describen tres estrategias para el cambio de actitud hacia las personas discriminadas por sus problemas de salud mental (Delgado, 2015; López et al., 2008):

1. Protesta social: son las acciones para la no divulgación de imágenes basadas en estereotipos negativos y formas específicas de discriminación en los medios. Esta estrategia resulta efectiva a corto plazo, pues a largo plazo no se ha mantenido una percepción favorable debido a la escasa utilización de imágenes positivas.
2. Educación: desarrollo de programas educativos. Para que estos sean útiles deben ser a largo plazo e incluir, no la transmisión pasiva de información, sino la exposición de casos reales y la discusión de la problemática, puesto que la acción de educar por sí misma no soluciona los programas de discriminación. Para obtener buenos resultados, las intervenciones educativas deben ser continuas y de larga duración. Además, los contenidos deben estar relacionados con el conocimiento de la enfermedad mental y los tratamientos médicos (Kadri y Sartorius, 2005).
3. Exposición o contacto directo: es la más útil para desmontar los estigmas (Velasco, 2013). Esta estrategia se hace más efectiva cuando se combina con educación y se siguen las directrices de contacto óptimo (de igual a igual, no



competitivo y supervisado). Reporta beneficios bidireccionalmente, a las personas que ejercen la discriminación conociendo y comprendiendo la enfermedad y, a las personas discriminadas a través de sentimientos de aceptación y autocontrol.

Respecto a las personas con problemas de salud mental, la adecuada combinación de programas de tratamiento y de prevención puede reducir el estigma (WHO, 2004). Pero también existen estrategias desadaptativas, como el mantener en secreto la enfermedad o el aislamiento social (Vauth, 2007) que perpetúan la autodiscriminación.

El estigma contribuye a la carga global que supone la enfermedad, a este “peso” se le conoce como “la carga encubierta u oculta de la enfermedad mental” y tiene repercusiones sociales y económicas muy significativas (Perdersen, 2009).

## **1.5. Redes sociales de apoyo para personas con enfermedad mental**

El apoyo a las personas con problemas de salud mental es fundamental para que la enfermedad suponga la menor disrupción en sus vidas (Crespo-Facorro et al., 2017).

### **1.5.1. El apoyo social**

Para delimitar el término apoyo social, tomamos la conceptualización de Lin et al. (1981) que lo definen como las provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

El apoyo social cumple tres funciones principales (Barra, 2004; Vega-Angarita y González-Escobar, 2009):

- Emocional: sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad.
- Informativa: recibir consejos y orientación. Asesoramiento por parte de la red.
- Instrumental: ayuda directa en forma de servicios y/o recursos.

La investigación ha demostrado que el apoyo social influye en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad (Barrón y Sánchez, 2001). Es por ello que el apoyo social es importante, ya que permite el mantenimiento de la integridad



psicológica y física de la persona. Siendo sus funciones principales aumentar las capacidades personales y promover el logro de las metas vitales de cada persona. En el caso de las personas con TMS el apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación de la enfermedad. Del mismo modo, la ausencia o carencia de apoyo social se puede considerar un factor de riesgo, que se puede relacionar con la aparición de enfermedades mentales (Barra, 2014; Vega-Angarita y González-Escobar, 2009).

El apoyo social se ha reconocido como factor de protección de los problemas mentales. Este apoyo que reciben las personas con TMS les repercute positivamente en (Campos et al., 2016; Fakhoury et al., 2002; Navarro et al., 2008):

- Mayor estabilidad sintomatológica y permanencia en la comunidad
- Mejor calidad de vida
- Mejor funcionamiento social, autoestima, autoeficacia y funcionamiento en las actividades de la vida diaria.

Según Naslund et al., (2016), las personas con TMS al identificarse con un grupo social aumenta su autoestima, autoeficacia y reduce la incertidumbre sobre uno mismo. Estar en contacto con personas en similar situación mejora su recuperación, bienestar personal e integración social. Estudios previos han demostrado que cuando alguien aprende acerca de las experiencias personales frente a la enfermedad, se sienten más confiados y capacitados para tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Los programas de apoyo social son, según López et al., (2010), un conjunto de estructuras e intervenciones que tratan de facilitar a las personas con TMS desarrollar una vida comunitaria ayudándoles a cubrir determinadas necesidades básicas. Se trata de proveer apoyo, en coordinación con la atención sanitaria, con un fuerte componente de relación social, en aspectos como el alojamiento, el empleo, la ocupación, y en general la vida comunitaria.

Los principales organismos que promueven el apoyo social de las personas con problemas de salud mental son las organizaciones sociales.



### **1.5.2. Los movimientos de usuarios en salud mental y su participación en la sociedad**

El movimiento de personas con problemas de salud mental comienza a finales de los años 60 y principios de los 70 conocido como “movimiento antipsiquiátrico” y protagonizado por “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría” que iniciaron sus propias organizaciones de apoyo contra la coerción psiquiátrica, como las terapias de shock o la internación forzosa (Cea-Madrid y Castillo, 2016; Ostrow y Leaf, 2014). Aunque encontramos antecedentes previos en el siglo XIX, entre 1845 y 1863, la asociación británica *Alleged Lunatics’ Friend Society*, creada por sobrevivientes de los manicomios (Agrest, 2013).

Los principales argumentos de los movimientos de usuarios han sido de carácter político, desde la idea de que las personas con problemas de salud mental nunca dejan de ser ciudadano y sujetos de derechos (Guinea y Casal, 2012).

Desde este movimiento de “expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría” surge el concepto de recuperación como un proceso de superación y fortalecimiento (Beresford y Russo, 2016). Anthony (1993) define la recuperación (*recovery*) en salud mental como el proceso de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas y habilidades con el objetivo de vivir una vida satisfactoria dentro de las propias limitaciones provocadas por la enfermedad mental.

El desarrollo de los movimientos de usuarios tuvo sus dificultades. Por un lado, la falta de recursos y la escasez de apoyos. Por otro lado, las dificultades específicas del colectivo, como la escasa experiencia en la comunicación social (Guinea y Casal, 2012; Torrás, 2012).

Respecto a la participación de los usuarios, la forma más clásica ha sido en el contexto del propio tratamiento. Y, otra de las formas más antiguas de participación ha sido en grupos de ayuda mutua. Desde entonces, la participación de las personas con problemas de salud mental en grupos de iguales ha crecido en todo el mundo. Más recientemente, encontramos la participación e involucración de las personas con problemas de salud mental en la planificación de los servicios (Agrest, 2011).



La participación de las personas usuarias en los servicios de salud mental es un reconocimiento internacional, según la Declaración de la OMS (WHO, 1978) durante la Conferencia de Atención Primaria, donde se legitimó la participación comunitaria como un derecho de la población y un procedimiento indispensable para convertir la salud en patrimonio social, aunque hasta los últimos años no ha tomado impulso (Levav, 1992; Valero et al., 2013).

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria” (WHO, 1978, p.3)

Se han creado estructuras de funcionamiento como asociaciones, comité, federaciones, etc., pero falta el imprescindible apoyo político de las Administraciones públicas para su consolidación (Torrás, 2012).

Las entidades sociales constituidas por usuarios con enfermedad mental son ya una realidad en todo el mundo, aunque requieren de mayor visibilidad global (Guinea y Casal, 2012). Se definen como programas o servicios dirigidos por personas que han recibido servicios de salud mental con la misión de utilizar el apoyo, la educación y la abogacía para promover el bienestar, el empoderamiento y la recuperación para las personas con problemas de salud mental (Ostrow y Leaf, 2014). Las organizaciones dirigidas por los propios consumidores llevan a cabo programas estructurados que no operan bajo las concepciones del trabajo terapéutico. La literatura respalda la efectividad de este tipo de programas en la recuperación de las personas con enfermedad mental (University of Nebraska, 2013).

En España, el movimiento asociativo relacionado con las personas con enfermedad mental, comenzó a surgir el año 1968 en diferentes lugares del Estado. En 1983 había constituidas asociaciones en Madrid, Álava, Barcelona, La Coruña, Murcia, Comunidad Valenciana, Canarias y La Rioja. En 1983, por iniciativa de estas entidades, se creó la Confederación Salud Mental España, una entidad sin ánimo de lucro y de interés social que, actualmente, integra a 19 federaciones autonómicas y asociaciones uniprovinciales que agrupan a cerca de 300 asociaciones (Ariño y San Pío, 2007; Confederación Salud Mental España, 2017).

En 2009, culminaron los procesos de constitución de dos importantes asociaciones de usuarios (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011):



- La Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía (PAUSAME) que reúne 10 asociaciones autogestionadas por personas con enfermedad mental de 5 provincias andaluzas.
- La Asociación pro Salud Mental de España (ASME-Dédalo) que aglutina asociaciones de Islas Baleares, Badajoz, Cataluña, Asturias, Andalucía, Madrid y Canarias.

En sus orígenes, el movimiento asociativo, estaba poco estructurado, se organizaba espontáneamente en torno a intereses diversos y se formaba por voluntariado (Rubio, 2008). En sus inicios, estas asociaciones, fueron constituidas por los/as familiares y profesionales en defensa de una atención de calidad y digna. Las organizaciones constituidas por los propios usuarios tardan más en visualizarse (Guinea y Casal, 2012).

Este movimiento de usuarios de salud mental, tiene su origen hace menos de 15 años, liderado por representantes de asociaciones de usuarios o familiares. El desarrollo ha sido desigual en los diferentes territorios y muchas asociaciones tienen un carácter local (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Torrás, 2012).

Actualmente, el movimiento asociativo en salud mental es variado, rico y heterogéneo. Según el modelo organizativo, diferenciamos entre asociaciones y fundaciones. Las asociaciones son, según Rubio (2008), un recurso polivalente con una finalidad funcional e instrumental, que proporcionan a los asociados una experiencia de sintonía, compenetración y acogida a un grupo de personas afectadas por una problemática común y están dentro del marco social. Son un instrumento necesario para defender los intereses de su colectivo. También desarrollan funciones lúdicas, potenciando la interacción y relación social.

Por otro lado, encontramos las fundaciones. Según la Asociación Española de Fundaciones (2013) son, organizaciones sin ánimo de lucro que tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general, en este caso a favor de las personas con enfermedad mental.



## **1.6. El apoyo mutuo**

En el punto anterior se ha mencionado el apoyo mutuo como una de las formas más clásicas de participación de las personas con problemas de salud mental.

Durante el periodo de la desinstitucionalización y la incorporación en la comunidad de las personas con trastornos mentales, han sido muchas las respuestas que se han dado, en relación a la atención socioeducativa, al colectivo. En nuestro caso, nos centraremos en un modelo que, si bien ha tenido referencias en otros colectivos, en el caso de las personas con enfermedad mental se está implementando desde hace pocos años y con diferentes modelos. Nos referimos al apoyo mutuo.

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, a lo largo de la bibliografía, del apoyo mutuo es la de Mead y colegas en 2001, que 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 y criterios diagnósticos. Se trata de entender la situación de otras personas empáticamente a través de la experiencia compartida 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. Para que sea efectiva es importante formar previamente a la persona que cumpla la función de asesoramiento. Además, experiencias internacionales demuestran (Bono del Trigo et al., 2011) que el carácter formal otorga un valor añadido: a) para el agente de ayuda mutua supone un empoderamiento y mejora de la autoestima, así como el desarrollo de habilidades de comunicación, emocionales y sociales, y b) para el receptor de esta ayuda dado que es una oportunidad de sentirse escuchado y comprendido, de expresarse con más libertad y confianza en la relación con un igual y finalmente incrementando su funcionamiento social y autoestima.



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 et al., 2001).

### **1.6.1. Los Grupos de Ayuda Mutua**

Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua constituyen un sistema de apoyo para enfrentarse a situaciones y/o enfermedades estresantes (Martín et al., 2000). Los GAM (Grupo de Ayuda Mutua) son grupos de voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Están integrados por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, superar un *handicap* o problema que trastorna la vida cotidiana (Katz, 1981). Puesto que la persona que sufre, en este caso, una enfermedad mental, posee un conocimiento valioso de su experiencia personal, estos grupos pretenden mejorar o superar una situación con la ayuda de personas que comparten el mismo o similar problema o dificultad. (Roca, 1998; Sampietro y Carbonell, 2014; Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental “En Primera Persona”, 2014). El primer GAM del que hemos encontrado referencias es en Estados Unidos, en 1935, donde dos alcohólicos se unen para ayudarse mutuamente y fundan “Alcohólicos Anónimos”. Dos décadas más tarde, en Australia, se fundó GROW, un grupo de ayuda mutua que adaptó la forma de trabajo de Alcohólicos Anónimos para la recuperación y prevención de las enfermedades mentales severas (Agest, 2011).

Martín et al. (2000) cita los siguientes aspectos básicos de los grupos de ayuda mutua recogidos por Vidal (1992) respecto al concepto y funcionamiento de estos:

- Mutualidad y reciprocidad.
- Experiencia común como criterio de pertenencia al grupo.
- Compromiso individual de cambio y de implicarse como igual en el grupo.
- Autogestión del grupo.
- Control social del grupo para facilitar el cambio actitudinal y conductual, por medio del compromiso individual con las normas establecidas por ellos.





- Importancia de la acción después de las sesiones.
- Información, guía y orientación. Percepción de apoyo social implícita en la dinámica igualitaria y recíproca.

A continuación, nos centramos en una relación más concreta del apoyo mutuo: el apoyo entre iguales.

### **1.7. El apoyo entre iguales**

El apoyo entre iguales es 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 que se establece entre las personas que tienen o han tenido experiencias similares y se basa fundamentalmente en la empatía. Se ofrecen consejos prácticos, sugerencias, estrategias y 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 comunidad tras una experiencia desconocida (Campos et al., 2016; CSIP et al, 2007; Gillard y Holley, 2014; Mead, 2003; Mead y MacNeil, 2006; Intentional Peer Support, 2017).

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 (Evans, 2006). La experiencia compartida es un elemento fundamental en el apoyo entre iguales (Stefanic et al., 2019).

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).

En la década de 1920, Harry Stack Sullivan, psiquiatra y psicoanalista, que se cree que también estuvo internado, contrató a ex-pacientes considerando que su ayuda sería más humanitaria y que tendrían mayor sensibilidad para comprender ese sufrimiento (Agrest y Stastny, 2013).



En Argentina, alrededor de 1950, Enrique Pichon Rivière, tuvo la idea de capacitar a pacientes internados en el hospital ya que sus alumnos de enfermería estaban en huelga y no tenía personal para asistir a las personas internadas (Elvira, 2007).

Existen registros de que a finales de siglo XVIII, en 1773, en el Hospital Bicêtre de París, el superintendente Jean-Baptiste Pussin sugirió a Philippe Pinel que contratara a personas que tuvieran la experiencia de haber estado internadas ya que estas serían “más amables, honestas y humanas” (Agrest y Stastny, 2013; Ardilla et al., 2013).

*«En la medida de lo posible, se selecciona a todos los servidores de la categoría de pacientes mentales. En todo caso están mejor adaptados para este trabajo exigente pues por lo general son más gentiles, honestos y humanos»* – Jean Baptiste Pussin, en una carta dirigida a Philippe Pinel en 1773 (1). (Extraído de Davidson et al., 2009).

El apoyo entre iguales o de pares en salud mental, según Mead y MacNeil (2006), tiene un marco de referencia más político. Surgió de un movimiento de derechos civiles/humanos, como una experiencia compartida en respuesta al tratamiento negativo de la salud mental. Hoy en día, la participación de personas con problemas de salud mentales en calidad de pares se liga a cuestiones de derechos, a un reconocimiento de sus capacidades, una concepción de sus padecimientos desde la perspectiva de la recuperación y al reconocimiento más extendido de los profesionales de la salud mental de que estas personas pueden cuidarse y cuidar a otros de forma diferente a la de los profesionales, pero ineludiblemente de un modo valioso (Ardilla et al., 2013).

Diferenciamos tres etapas en la investigación del apoyo entre iguales (Davidson et al., 2009):

- 1) La primera etapa de la investigación consistió en estudios de factibilidad, en los cuales el principal objetivo fue demostrar que era posible capacitar y controlar a personas con antecedentes de enfermedades mentales graves para ejercer como personal psiquiátrico.
- 2) La segunda etapa de la investigación implicó estudios en que se comparó al personal compañero y personal no compañero, ambos desempeñando roles convencionales como gestores de casos, personal de rehabilitación y trabajadores y asistentes sociales.



- 3) La tercera generación de estudios da respuesta a las contribuciones básicas del apoyo de compañeros. La literatura señala tres: infundir esperanza a través del auto-testimonio positivo; modelación de rol para incluir el autocuidado de la propia enfermedad y explorar nuevas formas de utilizar el conocimiento experiencial; y las características de la relación entre el proveedor compañero y el receptor, que se considera esencial para que los primeros dos componentes sean eficaces.

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 (WHO, 2017b). El apoyo de pares ha sido planteado como una forma de promover la recuperación para cualquier persona que ha tenido dificultades de salud mental. Por ejemplo, promoviendo la autoeficacia y esperanza a través del intercambio de conocimiento experiencial y a través del modelado de estrategias de recuperación y afrontamiento (Lloyd-Evans et al., 2014).

En el manejo de los TMS se refiere al apoyo a una persona con un TMS de otra con la misma o similar condición. Ofrecen tres tipos de apoyo basado en su conocimiento experiencial (Munce et al., 2017):

1. Emocional: cuidado, empatía, estímulo.
2. Informativo: consejos, sugerencias con acciones alternativas y retroalimentación de hechos relevantes respecto a un tema en particular.
3. De evaluación: afirmación de sentimientos, pensamientos, conductas; un apoyo motivacional para continuar intentando resolver los problemas.

Los estándares del proceso en el apoyo entre iguales incluyen (Mead y MacNeil, 2006):

- El principio del par: encontrar afiliación con otra persona que ha pasado por una experiencia similar y tener una relación de igual.
- El principio auxiliar: ser útil para otra persona también es autocuración.
- Empoderamiento: fortalecimiento, creer que la recuperación es posible y asumir la responsabilidad personal para lograrlo.



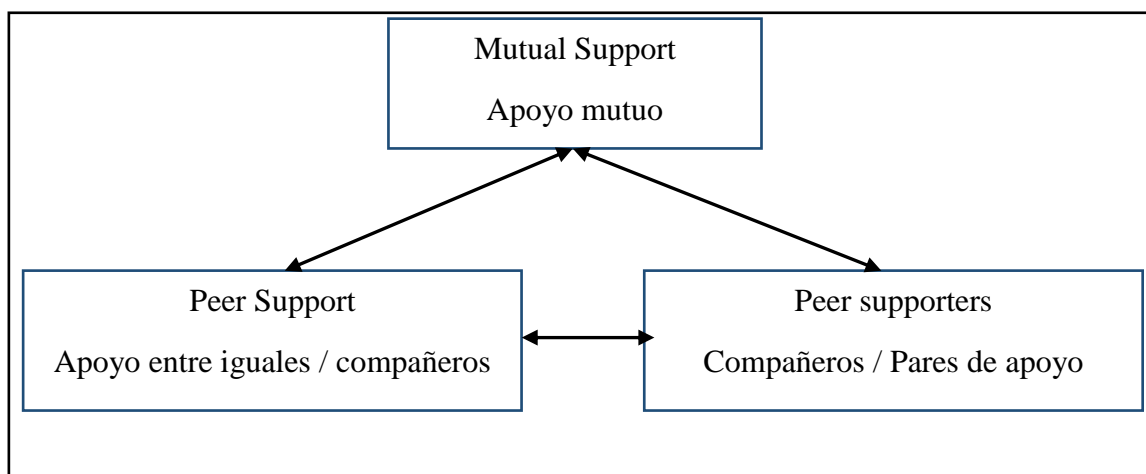
- Abogacía: oportunidades de elección y toma de decisiones, desarrollo de habilidades, toma de riesgos positivos, reciprocidad, apoyo, sentido de comunidad, autoayuda y desarrollo de conciencia.

Los servicios de apoyo entre iguales se han extendido a lo largo del mundo, ya que se ha demostrado que son efectivos para mejorar las vidas de las personas con dificultades de salud mental y abuso de sustancias. Los inicios del apoyo entre iguales los hallamos en EE. UU, donde desempeñaron un papel clave durante la transformación de los servicios tradicionales en servicios de salud mental basado en la comunidad. Los servicios de apoyo entre iguales mejoraron la conexión entre la comunidad y los clientes de salud mental, así como el empoderamiento de los usuarios de los servicios de salud mental para convertirse en defensores de su propia recuperación. Respecto a Europa, no están tan implementados estos servicios, ya que el apoyo mutuo aun no es bien conocido, carece de fondos estatales y las organizaciones no entienden la importancia de este servicio (University of Nebraska, 2013; ENIL, 2018a)

En el siguiente esquema (Figura 1.2) se recogen los principales términos de la bibliografía relacionados con el apoyo entre iguales y su traducción al castellano. El apoyo es cíclico, es decir, todos los términos están relacionados entre sí, sin uno de ellos no se podría dar el apoyo.

**Figura 1.2.**

*Propuesta de apoyo entre iguales*





En la Tabla 1.4, se recogen los valores fundamentales que deben guiar el apoyo de pares.

#### **Tabla 1.4.**

##### *Valores que deben guiar el apoyo entre iguales*

---

#### **Voluntario**

Las personas eligen libremente dar o recibir apoyo. El carácter voluntario del apoyo de los pares hace que sea más fácil construir la confianza y la conexión con el otro.

---

#### **Inspirar esperanza**

La creencia de que la recuperación es posible les permite tener esperanza, y funciona como catalizador de la recuperación. Los pares demuestran que la recuperación es real y posible, y son la evidencia de que las personas pueden hacer y superar los desafíos internos y externos que enfrentan las personas.

---

#### **No juzgar**

Sostener a otro con una mirada positiva incondicional, con una mente abierta, un corazón compasivo y plena aceptación de cada persona como un ser único.

---

#### **Escuchar con empatía**

Los pares no asumen que saben lo que la otra persona está sintiendo, incluso si han tenido problemas similares. Hacen preguntas reflexivas y escuchan con sensibilidad.

---

#### **Ser respetuosos**

Los pares tratan a las personas con amabilidad, calidez y dignidad. Aceptan y están abiertos a las diferencias, alentando a las personas a compartir sus bondades y fortalezas que vienen con la diversidad humana. Los pares aprenden a comunicarse clara y efectivamente.

---

#### **Facilitar cambios**

Los pares tratan a las personas como seres humanos y se mantienen alertas ante cualquier práctica deshumanizante, desmoralizante o degradantes, y utilizarán su historia personal para ser un agente de cambio positivo.

---

#### **Ser honestos y directos**

La comunicación clara y reflexiva es fundamental para un apoyo de pares efectivo. La privacidad y la confidencialidad construyen relaciones de confianza.

---

#### **El apoyo de pares es mutuo y recíproco**

En una relación de apoyo mutuo cada persona da y recibe de un modo fluido y de un modo en constante cambio. En las relaciones de apoyo entre pares, cada persona es reconocida como quien tiene cosas que enseñar y que aprender.

---

Fuente: Harrington y Restrepo-Toro (2013)



### **1.7.1. *Peer Supporters* o Compañeros/Pares de apoyo**

Internacionalmente existe una variedad de términos para describir a los *Peer Supporters*: trabajadores de apoyo entre pares, especialistas de pares, agentes de apoyo mutuo, educadores inter pares, compañeros que apoyan, etc. Aunque en su mayoría, estos términos se emplean en su lengua origen, el inglés (Miyamoto y Sono, 2012; Repper y Carter, 2011; Smith y Bradstreet, 2011).

Los *Peer Supporters* o Compañeros/Pares de apoyo son personas con experiencia de recuperación de salud mental, uso de sustancias o condiciones traumáticas que reciben formación para guiar y apoyar a otras personas que están experimentando problemas similares. Además, se han comprometido personalmente con su recuperación, la han mantenido durante un periodo de tiempo y están dispuestos/as a compartir lo que ha aprendido acerca de la recuperación de una manera inspiradora (INAPS, 2018).

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso involucrar activamente a los usuarios de los servicios de salud mental (Campos et al., 2016). Los Compañeros/Pares de apoyo, específicamente las personas con TMS, poseen un conocimiento útil y valioso, por el hecho de haber pasado por un suceso tan complejo y, en algunos casos, traumático, han podido desarrollar habilidades, experiencias y conocimientos específicos respecto a (Palomer et al., 2010; Palomer et al., 2011):

- El manejo de la enfermedad y sus consecuencias.
- La vivencia subjetiva de la enfermedad.
- El reconocimiento de los síntomas y cómo actuar.
- Actitudes de riesgo y valores y preferencias.

Según Chinman et al. (2017) los roles de los Compañeros/Pares de apoyo deben centrarse en las fortalezas de las personas, proporcionando empatía y desarrollando una relación de confianza. Las actuaciones a desempeñar son:

- Promoción de la esperanza y el empoderamiento
- Reducción del aislamiento social
- Aumentar la participación de las personas en la gestión de su propia enfermedad
- Compartir su historia de recuperación y hacer planes de recuperación
- Involucrar a las personas en los servicios y vincularlas con la comunidad



- Servir de enlace entre el resto de personal y las personas que recién tratamiento
- Enseñar habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas.

Durante los últimos 20 años, la figura de Compañeros/Pares de apoyo ha proliferado en todo el mundo y un elevado número de las personas que se restablecen son contratadas para brindar apoyo a los compañeros/as (Davidson et al., 2009). Cuando los Compañeros/Pares de apoyo desempeñan un rol laboral los denominamos *Peer Support Workers* (PSW) o trabajadores de apoyo entre iguales (Repper y Carter, 2011).

En estas dos últimas décadas se ha demostrado la capacidad de los PSW para servir como modelo a seguir para sus compañeros/as que atraviesan crisis y ajustes en la comunidad (Stastny, 2012). Los trabajadores de apoyo entre iguales tienen una comprensión empática y pueden aprovechar la experiencia compartida cuando trabajan con sus compañeros, capacitan a sus receptores para abogar por su propia recuperación y, al mismo tiempo, los vuelven a conectar con la comunidad (Campos et al., 2016; University of Nebraska 2013). A diferencia del resto de profesionales empleados, los trabajadores de apoyo entre iguales llevan esperanza a las personas en recuperación, sirven de ejemplo de que es posible, a pesar de la enfermedad, tener una vida laboral (Smith y Bradstreet, 2011; Socialstyrelsen, 2016).

Una característica definitoria del PSW es que la relación entre el par proveedor y el destinatario del servicio no es recíproca, es decir, el PSW y el destinatario no están en el mismo nivel de habilidades o grado de recuperación (Chinman et al., 2014).

En la última década, se ha producido un crecimiento exponencial en el empleo de PSW en Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda y más recientemente en Europa (Repper y Carter, 2011). En la actualidad, se estima que en torno a 10.000 personas son contratadas como compañeros/as de apoyo sólo en los Estados Unidos, cifra que continúa aumentando pese a la recesión global y las altas tasas de desempleo (Davidson et al., 2009).

### **1.7.2. Clasificación del apoyo entre iguales**

La revisión de la literatura identifica tres categorías de intervención dentro del apoyo entre iguales. Los dos primeros, de larga tradición, se originan como una alternativa al



sistema de salud mental tradicional. La tercera categoría ha recibido gran atención desde perspectivas empíricas y prácticas. Las tres modalidades son (Campos et al., 2016; Lloyd-Evans et al., 2014; University of Nebraska, 2013):

1. El apoyo mutuo natural: un proceso de apoyo voluntario para ayudar a comprender su situación tiene como objetivo resolver problemas comunes o inquietudes compartidas
2. Las organizaciones dirigidas por consumidores: los/as usuarios/as gestionan la organización, ejecutan programas estructurados que no operan bajo las convenciones del trabajo terapéutico y deciden la forma de brindar apoyo.
3. Los especialistas pares como proveedores de salud mental: una relación más asimétrica donde los especialistas pares son parte del personal de una agencia de salud mental. Reciben capacitación formal y son supervisados por otros profesionales de salud mental.

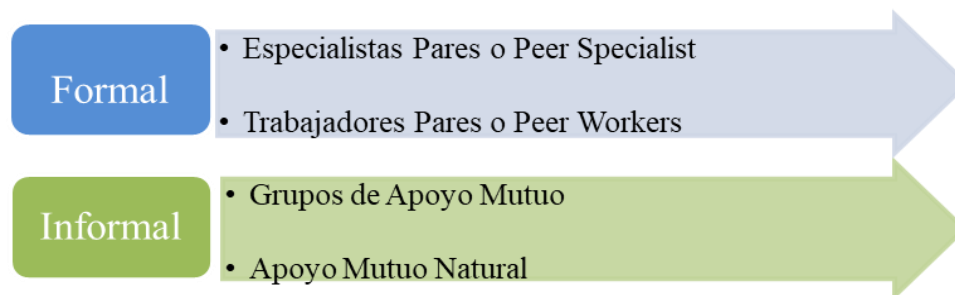
Existen diferentes tipos de apoyo entre iguales, y del mismo modo, diferentes formas de organizar estos apoyos. En la Figura 1.3, se recoge nuestra clasificación de los tipos de apoyo entre iguales. Esta se basa, principalmente, en la naturaleza del apoyo, la formación previa que reciben y el posterior desempeño de tareas. En nuestro caso, planteamos de un modo diferente el apoyo entre iguales, como otro tipo de apoyo (además del apoyo mutuo y las entidades sociales dirigidas por personas con enfermedad mental), pudiéndolo ubicar y organizar de diferente forma. Por ejemplo, incluyendo el apoyo entre iguales en las entidades sociales, a diferencia de la mayoría de experiencias que lo ubican en entornos sanitarios.





**Figura 1.3.**

*Clasificación del apoyo entre iguales según la naturaleza del apoyo*



Según su naturaleza distinguimos dos modalidades de apoyo, el formal y el informal.

Por un lado, el apoyo entre iguales formal, implica un periodo de formación o entrenamiento para el posterior desempeño de las funciones o tareas. Se distinguen dos figuras: el/la que ayuda (que ha recibido capacitación) y la persona que es ayudada. Distinguimos dos tipos:

- *Peer Workers* o trabajadores pares: personas que conocen y tienen formación respecto al apoyo entre iguales. Tipo de apoyo entre iguales que se da en un contexto específico, tras un período de formación y que no está reconocido como una actividad laboral, es decir, no conlleva la inserción laboral en un entorno de trabajo normalizado.
- *Peer Specialist* o especialistas pares: a diferencia de los anteriores, son personas que han cumplido un itinerario formativo para alcanzar una certificación o acreditación. Esta credencial implica la inserción laboral y, por consiguiente, el desempeño de un puesto de trabajo en un entorno normalizado, es decir, existen puestos de trabajo específicos para este perfil laboral. Este último tipo de formaciones es más escaso, se extiende principalmente en América del Norte, donde la mayoría de los entrenamientos para trabajadores pares son certificaciones, esto es una declaración pública de que un profesional ha logrado un estándar particular de calidad o conocimiento (University of Nebraska, 2013).



Ambos perfiles (trabajadores pares y especialistas pares) se incluyen en la denominación *Peer Support Workers (PSW)* o trabajadores de apoyo entre iguales. Pese a esta diferenciación, muchos de los roles y actividades que desempeñan estos dos perfiles son los mismos (Jacobson et al., 2012):

- 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/as
- Trabajar en un centro comunitario
- Voluntariado

Por otro lado, el apoyo entre iguales informal, se caracteriza por la relación horizontal del vínculo que se establece entre las personas. Diferenciamos entre:

- 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.
- Grupos de Ayuda Mutua: son grupos de voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico (Katz, 1981).



## **CAPÍTULO 2:**

# **PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA EL APOYO ENTRE IGUALES**





## **2. PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA EL APOYO ENTRE IGUALES**

La formación y el apoyo entre iguales son dos estrategias muy adecuadas para contribuir a la integración social y laboral de las personas con problemas de salud mental. En este capítulo se recoge una revisión bibliográfica internacional, y un análisis específico de ámbito nacional, de este tipo de programas, basados en el apoyo entre iguales, para personas con TMS.

Las características de la cultura en las organizaciones sociales han hecho que valoremos la realidad de una forma diferente a la recogida en este texto. Debido a la escasa publicación y diseminación de las experiencias puede que haya un importante volumen de acciones realizadas en distintas organizaciones que no hemos sido capaces de encontrar. Sería importante que se propiciara la difusión de buenas prácticas en este tipo de organizaciones dado que servirían de modelo en otros espacios y contextos.

### **2.1. Descripción de los programas de formación de pares**

La capacitación y contratación de los pacientes en los sistemas de salud mental comenzó en la década de los 90 del siglo pasado, resultado 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, en los que las personas recuperadas apoyaban a otras personas 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).

El rol desempeñado, en la mayoría de los casos, está ubicado en un entorno sanitario, en el cual, los servicios de apoyo entre iguales se definen como aquellos donde los usuarios, que tienen éxito en su recuperación y experiencia en moverse por el sistema de salud; son empleados/as o voluntarios/as en el sistema de salud mental para ofrecer orientación y asistencia a los usuarios actuales que están pasando por una situación similar, pero en estadios más tempranos (Mead, Hilton y Curtis, 2001; University of Nebraska, 2013).

### **2.1.1. Programas de pares en el mundo**

En EE. UU estos programas se encuentran diseminados en el sistema de salud en la mayoría de los estados (Stastny, 2012). La transformación de los servicios tradicionales de salud mental a servicios basados en el apoyo dentro de la comunidad supuso una evolución: de usuarios pasivos a usuarios activos 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 éstos para convertirse en defensores de su propia recuperación (University of Nebraska, 2013).

En América Latina, en aquellos países en los que se ha propuesto esta figura, los PSW, están integrados en equipos de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT), servicios intensivos de manejo de casos, salas de emergencia psiquiátrica y unidades para pacientes hospitalizados (Stastny, 2012).

Respecto a Europa, ha habido un crecimiento del trabajo entre pares desde el proyecto piloto que surgió de 'Delivering for Mental Health' en 2006 (Scottish Recovery



Network, 2013). Pero los programas de formación para el apoyo entre iguales no están generalizados, ya que el apoyo mutuo no es bien conocido ni la importancia de este, especialmente para las personas con enfermedad mental, y se carece de fondos estatales (ENIL, 2018a).

En España está reconocida la necesidad de integrar a las personas con dificultades de salud mental en la sociedad y responder de manera adecuada y eficaz a sus necesidades. Pero, hasta la fecha, no encontramos ninguna investigación publicada sobre las directrices para el apoyo entre iguales en situaciones de salud mental en una población española (Campos et al., 2016).

Se ha producido un rápido crecimiento y expansión del apoyo entre iguales (Davidson y González-Ibáñez, 2017). Debido a las políticas conducidas por la orientación hacia este modelo de recuperación en salud mental, algunos estados de EE.UU., Canadá, Australia, Nuevo Zelanda, Escocia, Gales e Inglaterra han diseñado diferentes etapas en su conceptualización e implementación de los servicios de apoyo entre pares. En los países de habla germánica, el trabajo de apoyo de pares se ha basado en el movimiento *dialogue ment* (de usuarios, cuidadores y profesionales). Con niveles similares de aportación de políticas, en algunos países europeos, ex-pacientes/usuarios, profesionales de los servicios de salud mental e investigadores han coproducido programas de "expertos por experiencia" y, por lo tanto, apoyan el empleo de PSW en los servicios de salud mental. El desarrollo de los proyectos de apoyo entre pares de salud mental se ha extendido a América del Sur, África y Asia (Mahlke et al., 2014).

### **2.1.2. La formación de pares para el empleo**

La formación previa al desempeño de un rol laboral (remunerado o no) es indispensable para su adecuada actuación.

En algunos países se han establecido programas formales de capacitación para los servicios de apoyo entre iguales. La formación y el desempeño profesional varían ampliamente (Brown et al., 2014). En EEUU, pioneros en estos programas como ya hemos indicado, la formación varía considerablemente respecto a la duración y los temas. Los aspectos cubiertos en la educación básica de los pares son: conocimientos



básicos de recuperación, sensibilidad y capacidad para trabajar con otras personas de diversas culturas, habilidades comunicacionales, manejo de crisis, revelación del propio padecimiento, ética, límites (Harrington y Restrepo-Toro, 2013).

En la actualidad, no existen estándares de formación reconocidos. Cualquier programa debe ser adaptado a las fortalezas de los individuos, el tipo de trabajo, así como a las necesidades de la comunidad (Brown et al., 2014; Chinmam et al., 2006).

Puede ser útil que el resto del personal del servicio también reciba formación sobre el rol del trabajador par. Éstos deben tener el mismo tipo de supervisión que otro personal, centrada en el rendimiento laboral y el apoyo laboral (no en el soporte clínico). Para el éxito de un programa puede ser fundamental alguna forma de apoyo mutuo entre los propios trabajadores pares. Otra opción es grupos de apoyo entre pares en línea, ya que pueden proporcionar un foro para la discusión de un problema y para la construcción de una fuerza mutua (Chinmam et al., 2006).

En EE. UU, la mayoría de los programas de formación son certificaciones, esto es, una declaración pública de que un profesional ha logrado un estándar particular de calidad o conocimiento. Es voluntaria. Toda certificación debe incluir: criterios para la certificación inicial y recertificación, métodos de evaluación, criterios y métodos para garantizar el cumplimiento de las normas y criterios para retirar la certificación. También están sujetos a códigos de conducta específicos que proporcionan un estándar de práctica que pueden seguir (University of Nebraska, 2013).

En cambio, en otros países, se han llevado a cabo estas formaciones con el fin de proporcionar a las personas con TMS, unos conocimientos para el desempeño de tareas, sin ser reconocidas estas como un empleo, y de este modo contribuir a mejorar su integración en la comunidad. Esta situación la encontramos en España, que actualmente está en proceso de desarrollo de diferentes modalidades formalización laboral de la figura del trabajador par, como veremos más adelante.

### **2.1.3. Requisitos de participación, contenidos y evaluación**

Como se ha mencionado anteriormente no existen estándares reconocidos de formación, pero sí podemos identificar elementos comunes. Por ejemplo, un prerrequisito

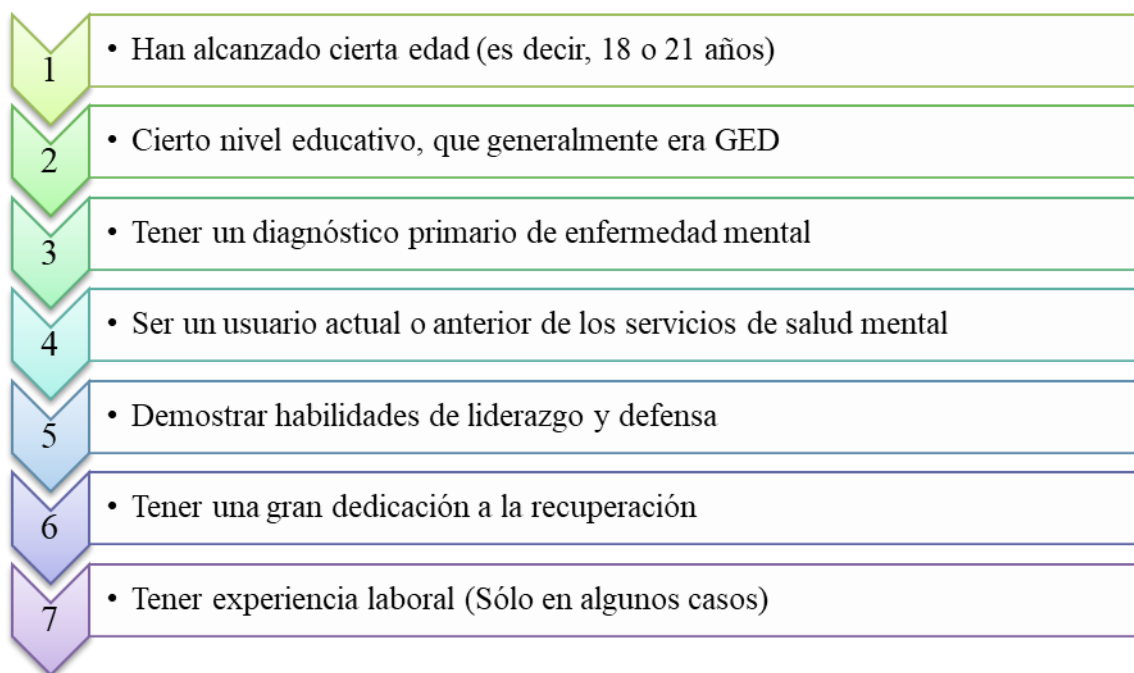




indispensable para ocuparse como trabajador par o Peer Supporter es, identificar y usar la experiencia vivida de la enfermedad mental para ayudar a otros receptores de servicios (Moran et al., 2012).

### Figura 2.1.

*Requisitos comunes para la participación en los programas de formación de pares.*



Fuente: Johnson, 2008; University of Nebraska, 2013

Los requisitos comunes para la participación en los programas de formación en EE. UU, que los podemos extrapolar al resto del mundo, puesto que ellos fueron los pioneros en los programas de formación de apoyo entre iguales; el resto de los países tomaron como ejemplo su iniciativa. En rasgos generales, en la Figura 2.1, se recogen los que pueden ser los requisitos para la participación en los programas de formación específicos para el empleo como un trabajador par (Johnson, 2008; University of Nebraska, 2013).

En relación a los contenidos que se trabajan en las formaciones, al no existir uniformidad en los programas, también varían ampliamente.

Los aspectos frecuentemente cubiertos en las formaciones básicas de pares, sin ser excluyentes, son (Harrington y Restrepo-Toro, 2013):



- Conocimientos básicos de recuperación
- Sensibilidad y capacidad para trabajar con personas de diversas culturas
- Habilidades comunicacionales
- Manejo de crisis
- Revelación del propio padecimiento
- Ética y límites

Respecto a la evaluación de los programas de formación para el apoyo entre iguales encontramos una falta de información. Los trabajadores pares deben cumplir unos requisitos específicos antes de desempeñarse en sus tareas (Campos et al., 2016), es por ello que se deben incluir pruebas de evaluación en estos programas.

Por lo general, la evaluación de los programas se reduce sólo a una variable dependiente (Pérez-González, 2017) que, en muchos casos, se trata de un examen final escrito. Pero, las pruebas de papel y lápiz no pueden captar con profundidad las habilidades que desarrollan los participantes (RI Consulting, 2015). Campos et al., (2016) señala que se debe valorar su actuación mediante juegos de roles, entrevistas o pruebas escritas. Además, se deben incluir métodos específicos y *feedback* de evaluadores internos y externos.

Las formaciones deberían incluir una evaluación del proceso para, según Lloyd-Evans et al. (2014), ayudar a entender si el programa de apoyo entre pares fue implementado según lo previsto y los mecanismos por los cuales los efectos de esta intervención compleja se logran. Además, Campos et al. (2016) recomiendan que se realicen supervisiones regulares durante el desempeño de las funciones, bien por un proveedor más veterano o profesional de la salud mental.

El apoyo entre iguales favorece la recuperación de las personas con TMS, pero se necesita investigación para mostrar su efectividad con mayor confianza, es decir, con un mayor nivel de evidencia (Chinman et al., 2017). Es necesario que la investigación tenga una mayor especificidad (por ejemplo, para distinguir servicios de apoyo entre iguales de otros), consistencia (como es el servicio, definiciones y medidas de resultado), y el seguimiento de los resultados a lo largo de un término (Chinman et al., 2017).



## 2.2. Los servicios de apoyo entre iguales

Las personas formadas, PSW, desempeñan sus funciones en servicios de apoyo entre iguales. Según el contexto específico donde se inserten estos servicios, las funciones y los límites de los trabajadores de apoyo cambiarán.

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 y han demostrado ser prometedores para ayudar a las personas con problemas de salud mental a construir o reconstruir sus redes sociales (Delman et al., 2016; Repper et al., 2013).

Los programas de formación de pares son reconocidos como importantes para mejorar las tasas de inclusión social (Delman et al., 2015). Tienen un elevado potencial para el empleo, siendo una forma positiva y segura de reingresar en el mercado laboral y reanudar así un significativo rol social (Smith y Bradstreet, 2011).

También, 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 y Bradstreet, 2011; Watson et al., 2016).

A continuación, se recogen los beneficios de los servicios de apoyo entre iguales, según las partes implicadas.

Los Trabajadores Pares o *Peer Workers*, cumplen la función de proveedores de apoyo mutuo. Los beneficios que estos reciben (Campos et al., 2016; Gillard y Holley, 2014; Repper et al., 2013; Socialstyrelsen, 2016; Watson et al., 2016):

- Descubrimiento personal: se sienten más empoderados, seguros y más positivos sobre su identidad.
- Desarrollo de habilidades (comunicación, relación, resolución de problemas...)
- Se sienten con poder en su propio viaje de recuperación.
- Menor autoestigmatización y aumento de la autoestima al sentirse más valorados
- Mayor probabilidad de buscar y mantener un empleo.
- Seguridad económica: disponen de más dinero (si el desempeño de las tareas es retribuido económicamente), importante para reanudar un papel social.



Además, los trabajadores de apoyo entre iguales se destacan como testimonio vivo del potencial en la recuperación y pueden contribuir significativamente a los servicios que ellos recibieron (Repper et al., 2013).

Para los destinatarios, el apoyo mutuo contribuye a mejorar su calidad de vida. Enumeramos los siguientes beneficios (Campos et al., 2016; Gillard y Holley, 2014; Repper y Carter, 2011; Repper et al., 2013; Socialstyrelsen, 2016; Stastny, 2012; University of Nebraska, 2013; Watson et al., 2016):

- 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, que conlleva a una disminución en las tasas de los ingresos hospitalarios y las conductas autodestructivas.
- Incremento de las habilidades sociales: fortalecimiento de las redes sociales y disminución del aislamiento social.
- Apoyo social mejorado: más tendencia a permanecer en la comunidad.

Las organizaciones o equipos que incluyen a trabajadores pares en sus servicios también reportan beneficios (Campos et al., 2014; Campos et al., 2016; Gillard y Holley, 2014; Watson et al., 2016).

- Mejora de los servicios prestados: aumento de la eficacia de los servicios de salud mental y de la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- Beneficios económicos: reducción de los costes por la disminución en la tasa de ingresos y recaídas.
- Impulso de un enfoque centrado en la recuperación: desafiar las actitudes negativas del personal y proporcionar una inspiración para todos los miembros del equipo



### **2.2.1. Obstáculos e implementación**

La implementación de servicios de apoyo entre pares presenta un conjunto específico de desafíos para las organizaciones (Mahlke et al., 2014). Esto se debe a que la práctica de apoyo entre pares requiere la integración de un nuevo profesional en el entorno de trabajo, con habilidades, perspectivas y roles que interrumpen y desafían la forma tradicional en que los servicios de salud mental interactúan, tratan y responden a sus clientes (Mancini, 2018). En la Tabla 2.1 se recogen los desafíos y/o obstáculos a los que se deben enfrentar para la incorporación de los trabajadores pares.

Para mitigar los desafíos que supone implementar este nuevo rol laboral y mejorar el sentido de desarrollo profesional de los trabajadores pares son necesarios ciertos apoyos (Ahmed et al., 2015). Para la integración efectiva de los trabajadores pares es necesario superar los desafíos planteados y esto, requiere preparación organizativa, preparación del personal y políticas y procedimientos claros (Mancini, 2018).



**Tabla 2.1.**

*Desafíos/obstáculos para la implementación de los trabajadores pares.*

<b>Desafíos /obstáculos para la implementación de los trabajadores pares</b>	
Descripción del trabajo poco clara	- Falta de claridad sobre los roles y los requisitos propios - Experiencia vivida no valorada por otros profesionales.
Condiciones de trabajo	- Malas condiciones de trabajo: salarios bajos e impuestos - Recursos limitados en el lugar de trabajo: falta de infraestructuras
Entorno laboral estresante	- Sobrecarga de trabajo - Carga emocional: sentimientos de angustia
Entorno laboral	- Estigma: expresiones directas e indirectas de prejuicios; - Problemas de relación con los compañeros de trabajo - Falta de entorno de recuperación (prácticas no orientadas a la recuperación) - Incertidumbre: si la figura es nueva o hay pocos referentes, los PSW pueden experimentar sentimientos de incertidumbre al no tener modelos a seguir y una falta de normas establecidas.
Formación insuficiente	- Discrepancias entre los requisitos del lugar de trabajo, el conocimiento, las habilidades y las competencias adquiridas en las capacitaciones entre pares. - Falta de uniformidad en los programas de formación. - Falta de oportunidades de formación continua.
Relaciones de ayuda entre pares	- Desafíos con respecto al establecimiento y la gestión de relaciones efectivas de ayuda entre pares.
Rol limitante	- Tener una identidad de proveedor igual

Fuente: Elaboración propia a partir de Ahmed et al., 2015; Grant et al., 2012; Mancini, 2018; Moran et al., 2013.



Respecto al resto de profesionales del equipo, uno de los principales obstáculos es la percepción que se tiene de los conocimientos de los trabajadores pares, dado que el resto de profesionales tienden a subestimarlos y por ello, durante mucho tiempo, ha sido un recurso infravalorado. Para legitimar estos conocimientos adquiridos por la experiencia y proveer a sus compañeros de un apoyo efectivo, es necesario (Palomer et al., 2010; Palomer et al., 2011; Campos et al., 2016):

- a) Reconocer el rol del usuario en la planificación y desarrollo de servicios,
- b) Valorar su rol para dar información y herramientas a nuevos usuarios que empiezan a convivir con un Trastorno Mental Severo.
- c) Delimitar el papel para los proveedores de apoyo.
- d) Pasar por un proceso de selección y capacitación.
- e) Supervisión de forma regular.

Los dos indicadores de integración más importantes que influyen en la satisfacción laboral de los trabajadores pares son, según Kuhn et al. (2015):

- La percepción del supervisor respecto al rol laboral de los trabajadores pares
- La claridad del rol

A continuación, se proponen unas medidas estratégicas para facilitar la implementación de los trabajadores pares en los servicios y/o organizaciones de salud mental (Gillard y Holley, 2014; Harrington y Restrepo-Toro, 2013; Mancini, 2018; Repper y Carter, 2011; Smith y Bradstreet, 2011):

1. Alienación estratégica:
  - a. Conjunto claro y coherente de políticas y procedimientos que rijan el uso de los trabajadores pares.
  - b. Demostrar, de forma explícita, el valor del rol para una introducción exitosa y respalda.
  - c. Aprobación del concepto y filosofía de los servicios de pares.
2. Formación:
  - a. Capacitación formal para los profesionales de salud mental
  - b. Capacitación de los pares
  - c. Provisión de formación continua en el trabajo y consulta longitudinal a los equipos.



### 3. Distintividad del rol:

- a. Expectativas compartidas del rol, estableciendo límites claros en torno a lo que se espera y lo que no.
- b. Apoyo práctico a nivel organizacional.
- c. Supervisión de la tarea a medida que se desarrolla
- d. Inclusión de los trabajadores pares en la toma de decisiones junto con el resto de profesionales
- e. Contratación de más de un par

Además, para la implementación exitosa del apoyo entre iguales, hay que tener en cuenta que, a menudo, es más conveniente si ambas partes (PSW y persona que recibe el apoyo) tienen otras cosas en común, como antecedentes culturales, religión, edad, género y valores personales. También se proporciona un mayor apoyo si ambas personas están dispuestas a proporcionar y recibir apoyo, puesto que será más fácil pensar en soluciones y no solo dar consejos basados en la propia experiencia (Faulkner y Kalathil, 2012; Repper et al., 2013).

### **2.3. Revisión de los programas de formación de los trabajadores pares**

La integración del conocimiento especializado y basado en la experiencia es un activo para cualquier servicio, puesto que amplía los beneficios para los usuarios del servicio mejorando la recuperación, el empoderamiento y las redes de pares. Es por eso, que encontramos como en los países desarrollados se han creado puestos de trabajo para trabajadores pares o *Peer Support Workers* (Stastny, 2012). Los países anglófonos lideran el camino (Canadá, EE. UU, Reino Unido, Nueva Zelanda). Holanda, Alemania y Suecia han seguido el ejemplo (Stastny, 2012). Tanto en EE. UU como en Europa, se han desarrollado directrices y modelos de prácticas óptimas sobre las funciones, entornos organizativos y culturas de apoyo entre iguales (Mahlke et al., 2014).

Para la realización de la búsqueda y análisis documental se siguieron los pasos descritos por Winston et al. (2013) cuya secuencia se recoge en la Tabla 2.2.

Se han llevado a cabo búsquedas en bases de datos electrónicas (*WOS, Scopus, ERIC, SSCI*), usando palabras clave apropiadas en español e inglés (Formación; Programa;





Apoyo mutuo; apoyo entre iguales; trastorno mental grave; salud mental, enfermedad mental; *Training, Program; Mutual support; peer support; severe mental disorder; mental health, mental illness.*). Así mismo, se han revisado las páginas web distintas agencias de estados y países y, cuando ha sido necesario, se ha contactado con las organizaciones implicadas para aclarar los contenidos de los programas.

Para conocer las experiencias implementadas en América, se ha revisado una guía elaborada por Kaufman et al. (2016) sobre los programas de certificación de pares en EE. UU. También se ha indagado en las páginas web (en algunas de ellas encontramos los manuales de entrenamiento) y se ha intentado contactar, vía email, con los responsables de las formaciones para que nos facilitaran más información sobre las características de los programas. En el resto de los países actuamos del mismo modo, buscando información en la web y contactando con los proveedores de los programas de formación.

Con todo ello, se han encontrado un total de 83 programas de formación de *Peer Supporters* o trabajadores pares, de los cuales 77 son internacionales y 6 experiencias españolas. Se han descartado 5 de los programas internacionales (CTI-TS en América; PSS en California; certificación no estatal de Vermont) por falta de información o por encontrarse el programa de formación en desarrollo (especialista certificado en New Hampshire). Por lo que se han estudiado en profundidad un total de 79 programas. En la Tabla 2.3 se sintetiza el número de experiencias encontradas internacionalmente y en España.



**Tabla 2.2.**

*Proceso de revisión y análisis documental*

<b>Protocolo de búsqueda de fuentes de información</b>		
Idioma	Español e inglés	
Periodo de tiempo	Hasta 2018	
Términos	Individuales	Formación; programa; <i>Training; program</i>
	Combinación	Apoyo mutuo; apoyo entre iguales; trastorno mental grave; salud mental, enfermedad mental. <i>Mutual support; peer support; severe mental disorder; mental health, mental illness.</i>
Recursos de información	Bases de datos <i>Web of Science, Scopus, ERIC, SSCI</i> Páginas web E-mail: contactado con organizaciones	
Estrategias	De formación	Asesoría en el uso de bases de datos
	De generación de términos	Combinación entre revisión de títulos y resúmenes de artículos
	De búsqueda	Ingreso escalonado de términos; uso de operadores booleanos
<b>Protocolo de revisión de fuentes de información</b>		
Normas de revisión	de	-Identificar artículos originales y completos. -Lectura de título, resumen y palabras clave para su selección. -Lectura en profundidad del proyecto identificando los elementos fundamentales de cada programa presentado.
Criterios de exclusión	de	-Artículos repetidos en las dos bases de datos. -Publicaciones que abordan la formación en apoyo entre iguales, pero no para personas con problemas de salud mental. -Estudios que no aportan información sobre las particularidades de los programas de formación.
Criterios de inclusión	de	Publicaciones que describen los programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental.

Fuente: Elaboración propia a partir de Winston et al. (2013).



**Tabla 2.3.**

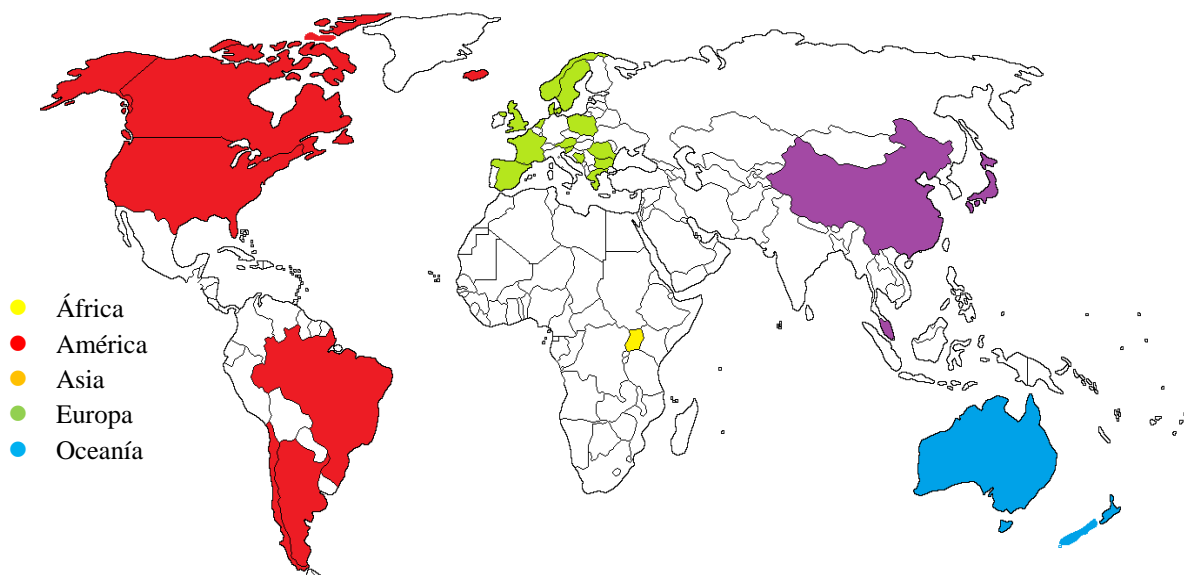
*Número de experiencias halladas*

<b>Experiencias</b>	<b>Número</b>
Programas internacionales	77
Internacionales descartados por falta de información	3
Internacionales descartados por encontrarse en desarrollo	1
<b>Total programas internacionales</b>	<b>73</b>
Programas implementados en España	6
Descartados por falta de información en España	0
<b>Total experiencias españolas</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>

En la Figura 2.2 se recoge un mapa de los países en los que se han encontrado las experiencias.

**Figura 2.2.**

*Países con experiencias formativas de apoyo entre iguales*





### **2.3.1. Programas internacionales de formación de pares**

En primer lugar, se describen los 73 programas internacionales de formación de pares que se han encontrado. Posteriormente, se realiza un análisis de las características de las experiencias.

#### **2.3.1.1. Descripción de los programas de formación internacionales**

En la Tabla 2.4 se recogen las características de cada uno de los programas identificados: País, denominación de la figura; duración de la formación; contenidos; metodología; evaluación; formación continua; lugares de empleo y; página web. Además. En la Tabla 2.5 se detallan los acrónimos empleados para la denominación del rol de los trabajadores de apoyo entre iguales.



**Tabla 2.4.**

*Descripción de los programas internacionales de formación de pares*

	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
1	Alabama (USA)	CPS	40 horas, 5 días			Examen inicial y final	6-8 entrenamientos trimestrales		
2	Alaska (USA)	PSS Certification			Herramientas de bienestar y apoyo mutuo con evidencia				<a href="http://bit.ly/2E6cvCU">http://bit.ly/2E6cvCU</a>
3	Alemania	EX-IN	475 horas (12 módulos con 22 lecciones cada uno)	Salud y bienestar; Empoderamiento; Experiencia y participación; Recuperación; Diálogo; Auto-indagación; Abogacía; Asesorar y acompañar; Intervención en crisis	Teoría y práctica	Presentación 15-20 min, retroalimentación y Portafolio			<a href="https://bit.ly/2RuENRv">https://bit.ly/2RuENRv</a>
4	América	<i>It's my life</i> – Peer Life Coach		Apoyo de Pares, Rehabilitación Psiquiátrica, Cuidado Autodirigido, Entrenamiento de Vida, Motivación	Tolerancia a la angustia; Juego de rol; Límites personales	Entrevistas, Diarios guiados, Encuestas de satisfacción, Tasas de reingreso		Comunidad	<a href="http://bit.ly/1LwLvrC">http://bit.ly/1LwLvrC</a>
5	Argentina	Proyecto Suma			Peer-to-Peer adaptado				<a href="https://bit.ly/2JeUtBe">https://bit.ly/2JeUtBe</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
6	Amsterdam (Holanda)	Training Opleiding Ervarings Deskundigheid (TOED)	15 días	Recuperar; retroalimentación y conversación; tarjeta de crisis; proyectos orientados al cliente y la historia de las organizaciones; diagnósticos de manera diferente; calidad de asistencia; dilemas en el trabajo; detectando y fortaleciendo cualidades personales; examinar diversas formas de apoyo	Trabajo en gran grupo y portfolio en pequeños grupos. Tarea semanal (leer artículos y trabajos de portfolio).	Presentación final	Previo 8h de voluntariado		<a href="https://bit.ly/2Ata0ea">https://bit.ly/2Ata0ea</a>
7	Arizona (USA)	Peer/Recovery Support Specialist	Flexible (21 programas acreditados en el estado)	Esperanza, recuperación, rehabilitación psiquiátrica, responsabilidades profesionales	Flexible, no estandarizado	Examen de competencias (min. 80%)			
8	Australia	Mind. PSW	5 días	Apoyo de pares, principios de recuperación, Escucha efectiva, Ética, valores y límites, Competencia cultural, Medicación y tratamiento, Estructurando el ambiente para la recuperación, Compartir y hacer contactos.	Interactiva, aprendizaje transformacional, práctica reflexiva				<a href="http://bit.ly/2fvqwmB">http://bit.ly/2fvqwmB</a>



	País o Estado	Denominación	Duración	Contenidos	Metodología (estrategias educativas)	Evaluación	Formación continua	Empleo	Web
9		APSU. Peer Helper Training.  Peer Helper	3 semanas, 10 sesiones (4h aprox.). 12 horas de prácticas en ayuda mutua.	Orientación y ayuda de compañeros, Salud mental, Etapas del cambio, la recuperación, Comunicación, Abogacía, Ayuda mutua y evaluación de riesgos, Autocuidado	Aprendizaje secuencial, estilo de enseñanza situacional.	Evaluación previa, al finalizar la formación y 2 meses después			<a href="http://bit.ly/2nVnRDE">http://bit.ly/2nVnRDE</a>
10	Australia y Nueva Zelanda	Certificate IV Mental Health PW.  PW	Máximo 24 meses	15 unidades + prácticas	Actividades y discusiones grupales, conversaciones, juegos de con escenarios, picture cards (respuestas emocionales), ejercicios para romper el hilo, consenso grupal normal/pautas.	Preguntas cortas, proyectos, casos, reportes de investigación, prácticas y libro de registro.		Mentor de pares, trabajador de grupo juvenil, compañero de apoyo, consultor de consumo, cuidador consultor	<a href="http://bit.ly/2BVAeZ4">http://bit.ly/2BVAeZ4</a>
11	Canadá	PSW			Enfoque participativo, juego de roles, discusiones interactivas, ej. en grupos pequeños, reflexión individual y diario, aprendizaje de demostraciones (grabadas o en vivo)				<a href="http://bit.ly/2E69MOB">http://bit.ly/2E69MOB</a>
12	Carolina del Norte (USA)	NC-CPSS	40h + 20h servicio o programa específico donde trabajan		Situaciones y problemas reales, discusión, feedback, presentaciones interactivas, actividades grupos pequeños, juego de roles, uso de equipos audiovisuales	No	20 horas cada 2 años	Programas estatales y locales de salud mental y abuso de sustancias	<a href="http://unc.love/2nYkiMs">http://unc.love/2nYkiMs</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
13	Carolina del Sur (USA)	CPSS	40 horas, 2 semanas	Recuperación, resolución de problemas, trauma, trastornos concurrentes, defensa, servicios centrados en la persona	Conferencias, películas, juegos de rol, desarrollo de habilidades, testimonios de antiguos alumnos	Examen escrito y oral	20 horas al año	Centros de salud mental, Cárceles, Vivienda de transición, Diversas organizaciones sin fines de lucro	<a href="http://bit.ly/2EDd9eY">http://bit.ly/2EDd9eY</a>
14	Colorado (USA)	PSS Certification	80 horas, 3 semanas (3 días/semana)	Apoyo informado sobre trauma, autocuidado, ética, habilidades de comunicación y resiliencia		Examen			<a href="http://bit.ly/2sbdGiW">http://bit.ly/2sbdGiW</a>
15	Conecticut (USA)	RSS o Peer Delivered Services	80 horas			Examen (min. 80%)	60 horas cada 3 años		<a href="http://bit.ly/2E6o9xK">http://bit.ly/2E6o9xK</a>
16	Dakota del Norte (USA)	CPS	Online (12 módulos)	Recuperación, especialista de pares, uso de la historia personal, resistencia, las enfermedades mentales,	Online	Examen escrito	10 horas al año		
17	Delaware (USA)	CPSS	54 horas			Examen (100 preguntas multirespuesta)	20 horas cada 2 años	Hospitales psiquiátricos, agencias comunitarias de SM, hogares grupales, centros de apoyo y recuperación, viviendas	<a href="http://bit.ly/2E60fCF">http://bit.ly/2E60fCF</a>





	País o Estado	Denominación	Duración	Contenidos	Metodología (estrategias educativas)	Evaluación	Formación continua	Empleo	Web
18	Dinamarca	Peer-uddannelsen i region hovedstaden (Educación entre pares en la región capital)	52 horas, 13 días	Módulos obligatorios y opcionales		Completar los módulos obligatorios antes del año y haber participado en el 80%			<a href="http://bit.ly/2oBcrpl">http://bit.ly/2oBcrpl</a>
19		Uddannelse af peer-medarbejderne (entrenamiento de empelados compañeros).	14 semanas, 78 horas (teoría 2 días/semana 3h y 4 meses de prácticas)	El apoyo de pares, recuperación y empoderamiento, diagnóstico, crisis, estigma, historias de vida, comunicación, roles y límites.	Libro de trabajo personal. Trabajo en grupo y en parejas, escucha activa,	Mínimo (80% asistencia y participación)		Hospitales o tratamientos de psiquiatría	<a href="http://bit.ly/2oncGUJ">http://bit.ly/2oncGUJ</a>
20	Distrito de Columbia (USA)	CPS	70 horas clase (6 semanas) y 80 horas prácticas			Trabajo de clase, prácticas y examen (min.80%)	20 horas cada 2 años		<a href="http://bit.ly/2E58Nx">http://bit.ly/2E58Nx</a> <a href="http://bit.ly/2E58Nx">y</a>
21	Escocia	Professional Development Award (PDA)  PSW	80h aprox. (incluidas horas de estudio) 16 créditos	2 unidades. Apoyo de pares de salud mental: Contexto de recuperación. Apoyo de pares de salud mental: Práctica en desarrollo	Clases, conferencias, investigación, estudio en casa, juegos de rol, escenarios, discusiones grupales	Tareas y portfolio de pruebas			<a href="http://bit.ly/2C6MGFC">http://bit.ly/2C6MGFC</a>
22	Europa (Bulgaria y Macedonia)	European Network Independent Living	5 sesiones (6,30h aprox.)	Vida independiente, compañero de apoyo y compañero partidario	Dinámicas, juegos, grupos de discusión, presentaciones (teoría), trabajo en grupo				<a href="http://bit.ly/2nVVpBS">http://bit.ly/2nVVpBS</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
23	Europa (España, Austria, Rumanía, Bulgaria y Holanda)	Peer2Peer Agentes de apoyo mutuo	48 horas, 12 sesiones	Recuperación y apoyo mutuo, habilidades de valores del agente de apoyo mutuo	Aprendizaje participativo, análisis y reflexión, teoría y práctica. Psicodrama y videoterapias. Dinámicas de grupo, ej. individuales y grupales, debates, role playing, actividades dirigidas por el facilitador.	Evaluación intermedia y final		Entorno sanitario	<a href="http://bit.ly/2BXvGl1">http://bit.ly/2BXvGl1</a>
24	Europa (Inglaterra, Noruega, Francia, Grecia, España, Eslovenia, Polonia, Dinamarca, Bosnia y Suecia)	Proyecto EMILIA Usuario experto	10 sesiones (1,45h/s)	Taller multifamiliar, red de soporte social, recuperación e interacción, fortalezas, plan de desarrollo personal	Lifelong learning, aprendizaje basado en la experiencia			Entorno sanitario	<a href="http://bit.ly/2lnsqXX">http://bit.ly/2lnsqXX</a>
25	Florida (USA)	CRPS (A)	40 horas	Abogacía, tutoría, soporte de recuperación, responsabilidad profesional		Examen (min. 65%, 100 preguntas respuesta múltiple)	10 horas por año		<a href="http://bit.ly/2nHiCaV">http://bit.ly/2nHiCaV</a> <a href="http://bit.ly/2BanJrA">http://bit.ly/2BanJrA</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
26	Francia (Regiones de NordPas-de-Calais, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur)	MSP - Médiateurs de Santé-Pairs	1 año. 8 semanas teórico (240h) y 36 semanas prácticas en departamento de psiquiatría	Salud y asuntos sociales. resolución de casos, educación en derecho y ciencias sociales	intercambios interpersonales, conferencias, autoformación, prácticas	Examen escrito y defensa de tesis. Posterior: Cualitativa (entrevistas, observación, grupos focales) y cuantitativa (impacto)	Módulos de formación continua y reuniones regulares para el intercambio de prácticas entre pares	Equipos de atención en salud mental	<a href="https://bit.ly/2UH7J6Z">https://bit.ly/2UH7J6Z</a>
27	Georgia (USA)	CPS	2 semanas			Examen (3 intentos)	2 horas por año	Apoyo entre pares, defensor del consumidor, proporciona información	<a href="http://bit.ly/1qNGweH">http://bit.ly/1qNGweH</a>
28	Hawaii (USA)	HawaiiCPS		Recuperación, servicios de apoyo, resiliencia...		Examen oral y escrito	16 horas por año	Defensor, mentor, facilitador,, apoyo en la comunidad...	<a href="http://bit.ly/2FV6Wla">http://bit.ly/2FV6Wla</a>
29	Holanda (Rotterdam , Utrecht y Eindhoven)	Werkfit met ervaring	15 semanas, con 12 reuniones grupales de 5 horas y 3 sesiones individualde coaching	La recuperación, el empoderamiento, la estigmatización y el apoyo a la autoayuda; el conocimiento experiencial.; técnicas de conversación; compartir experiencias y contarlas		Presentación final			<a href="https://bit.ly/2BXN3jo">https://bit.ly/2BXN3jo</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
30	Holanda (Rotterdam)	Howie the Harp voor studenten	1 año	Desarrollo personal y recuperación. Habilidades profesionales de un experto por experiencia	Parte teórica (16 semanas) y práctica (26 semanas). Juegos de rol, películas, pequeños grupos, e-learning, portfolio	Evaluación del desarrollo con el portfolio			<a href="http://www.howie-the-harp.nl/opleiding/ho-wie-the-harp">http://www.howie-the-harp.nl/opleiding/ho-wie-the-harp</a>
31	Idaho (USA)	CPSS	40 horas, 5 días	Apoyo mutuo, recuperación, resolución de problemas, trauma, escucha eficaz, toma de decisión compartida	Discusión grupal, practicar el apoyo entre iguales en parejas, tiempos de preguntas	Examen escrito (min. 80%)	10 horas por año	Agencias de salud conductual, hospitales psiquiátricos, el Departamento de Salud y Bienestar, y organizaciones dirigidas por consumidores.	<a href="http://bit.ly/2FWfQ8b">http://bit.ly/2FWfQ8b</a>
32	Illinois (USA)	CRSS	100 horas			Examen escrito	40 horas en 2 años	Áreas de salud mental, rehabilitación y abuso de sustancias	<a href="http://bit.ly/2j6BH1A">http://bit.ly/2j6BH1A</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
33	Indiana (USA)	CRS o CHW (Community Health Worker)	30 horas, 5 días	Habilidades de comunicación, ética, adicciones, recuperación, cultura, seguridad personal.	Instrucción, debates, juego de roles.	Examen en línea (min.80%)C conceptos clave y preguntas ensayo	14 horas por año	Centros comunitarios salud mental, instalaciones del estado y / u otros proveedores de servicios humanos	<a href="http://bit.ly/2nSHIml">http://bit.ly/2nSHIml</a> <a href="http://bit.ly/2nLkDt">http://bit.ly/2nLkDt</a>
34	Inglaterra	ImROC (Europa, Australia, Japón, Hong Kong, Singapur)	5 días y 5 días de trabajo en el lugar de formación	Habilidades básicas para el apoyo de compañeros. Principios ImROC apoyo entre iguales.	Escucha activa, narración de historias, juegos de rol, diario reflexivo.				<a href="http://bit.ly/2HbHvUj">http://bit.ly/2HbHvUj</a>
35		Institute Mental Health Nottingham	11 sesiones (6 semanas)	Recuperación, apoyo entre iguales, escucha activa, lenguaje positivo, planes de bienestar	Ejercicios grupales, ideas creativas, discusiones animadas, reflexión personal, role playing. Uso de un espacio en línea (moodle).	Tarea reflexiva 3000 palabras			<a href="http://bit.ly/2CepvEX">http://bit.ly/2CepvEX</a>
36	Iowa (USA)	PRS	46h			Tarea y examen final	20 horas por año		<a href="http://bit.ly/">http://bit.ly/</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
37	Iowa (USA)	Certified Mental Health Peer Support Specialist (MHPSS)	40h	competencias básicas del especialista en apoyo de compañeros	conferencias, juego de roles, práctica de habilidades, debates	Examen en línea	24 horas cada 2 años	Centros de SM, agencias de servicios sociales, centros de recuperación, respiros inter pares, hogares de salud integrados, hospitales, prisiones, agencias de aplicación de la ley y otras organizaciones de atención médica.	<a href="#">y/2E</a> <a href="#">cWC</a> <a href="#">uD</a>
38	Italia (región de Lombardía)	ESP (Esperto in Supporto fra Pari)	Lombardía : 330h (200 teóricas y 130 prácticas)	9 unidades: Formación Psiquiátrica, Psicofarmacología, Legislación y organización de servicios, Informe de ayuda, Informática, Higiene, Técnicas de animación, Ayuda Mutua y Rehabilitación	Trabajo en subgrupos y el juego de roles	Tesis sobre el propio camino del bienestar. Examen final con cuestionario y entrevista		Acompañamiento desde el hogar, centros de atención, autosuficiencia en el hogar, etc.	<a href="https://bit.ly/2WJJnv3">https://bit.ly/2WJJnv3</a>
39	Kansas (USA)	CPS	Nivel 1- 2,5 días N2- 3 días		Aprendizaje y trabajo grupal e individual	Examen	Recomendado entrenamientos avanzados		<a href="http://bit.ly/2nR1jDg">http://bit.ly/2nR1jDg</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
40	Kentucky (USA)	AdultPSS	30 horas, 5 días	Resolución de problemas, recuperación y bienestar, escucha efectiva, uso de los grupos de apoyo		Examen escrito y oral	6 horas al año	Sistema de Salud del Comportamiento de Kentucky	<a href="http://bit.ly/2nSP5KF">http://bit.ly/2nSP5KF</a>
41	Louisiana (USA)	CPSS	76 horas, 2 semanas (8h/día)		Juegos de roles. Tarea en casa.	50% juego de rol y 50% examen (min. 80%)	10 horas por año	Sistema de servicios de salud conductual	<a href="http://bit.ly/2EqBMLx">http://bit.ly/2EqBMLx</a>
42	Maine (USA)	CertifiedInternationalPSS (CIPSS)	9 días	Creación de entornos de aprendizaje, primer contacto, idioma, escuchar de manera diferente, situaciones desafiantes y trabajar en el sistema.	Clases + libro de trabajo (6 semanas para completarlo)	Examen	2 clases al año, co-reflexión trimestral y 72 horas de apoyo entre iguales al año	Departamentos de emergencias, hogares de salud conductual, hospitales psiquiátricos y en equipos de ACT.	<a href="http://bit.ly/2EUdZBG">http://bit.ly/2EUdZBG</a>
43	Maryland (USA)	CPRS	46 horas	Defensa; tutoría y educación; y recuperación y apoyo de bienestar		Examen (75 preguntas)	20h cada 2 años	Centros de recuperación, hospitales, casas club, entornos de vivienda...	<a href="http://bit.ly/2nUKkQI">http://bit.ly/2nUKkQI</a>
44	Massachusetts (USA)	CPS	8 semanas (1 día entrenamiento, 3 retiro)	24 módulos	Actividades en grupos pequeños. Tarea	Examen escrito	No		<a href="http://bit.ly/2sRihCg">http://bit.ly/2sRihCg</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
45	Michigan (USA)	CPSS	Cinco (5) días			Examen (preguntas cortas y de ensayo)		Organizaciones dirigidas por consumidores, rehabilitación psicosocial, viviendas, apoyo a la coordinación y la salud conductual, atención primaria.	1. <a href="http://bit.ly/2C8vQBH">http://bit.ly/2C8vQBH</a>
46	Michigan (USA)	Certified Peer recovery Mentor (CPRM)	46 horas			Examen	20 horas en dos años	Ya trabajan brindando servicios de apoyo a la recuperación	<a href="http://bit.ly/2nOiz3r">http://bit.ly/2nOiz3r</a>
47	Minnesota (USA)	CPS (2 niveles)	80 horas	3 temáticas: conocernos a nosotros, uso de la historia personal y desarrollo de habilidades	Habilidades de apoyo entre iguales, interacción efectiva, demostraciones escritas y de juegos de rol	Cuestionarios intermedios y examen final (50% juego de roles y 50% escrito)	30 horas cada 2 años	Servicios de: rehabilitación para adultos; residenciales de crisis de salud mental; intensivos de tratamiento residencial. Tratamiento comunitario asertivo	<a href="http://bit.ly/2BOnMdH">http://bit.ly/2BOnMdH</a>





	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
48	Mississippi (USA)	CPSS	Preentrenamiento en línea y 4 días			Examen escrito (min. 75%)	20 créditos	Equipos móviles de respuesta ante crisis, programas residenciales, de rehabilitación psicosocial, etc	<a href="http://bit.ly/2FY04rD">http://bit.ly/2FY04rD</a>
49	Missouri (USA)	CMissouriPS	5 días	Recuperación, bienestar y cuidado, escucha efectiva, relaciones, especialistas pares, resolución de problemas	Juegos de rol, modelo de fortalezas, reflexiones, práctica de herramientas	Examen en línea (min. 75%, opción múltiple y ensayo)	Anual		<a href="http://bit.ly/2G0s7bQ">http://bit.ly/2G0s7bQ</a>
50	Montana (USA)	N1 – PS N2 – PS N3 – PS	N1 – 10h N2 – 40h N3 – 40h	N1 – aspectos básicos del apoyo mutuo N2 – recuperación integral de la salud, trabajo individualizado, facilitación del grupo de apoyo, ética y normas, confidencialidad, modelo de cambio, conceptos de recuperación	N2 – juegos de roles, discusión grupal y tareas asignadas	N2 – examen	N1-5h año  N2- 20h 2 años y supervisión clínica  N3- 20h año	N1 – Defensor de pares N2 – Especialista en apoyo de pares  N3 – Especialista Certificado de Apoyo entre Pares	<a href="http://bit.ly/2E5DyTJ">http://bit.ly/2E5DyTJ</a>
51	Nebraska (USA)	CPS	40 horas, 5 días			Después de cada sesión y examen escrito y oral	6 horas al año		<a href="http://bit.ly/2EbP4YV">http://bit.ly/2EbP4YV</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
52	Nevada (USA)	CPRS	46 horas			Examen	20 horas cada 2 años		<a href="http://bit.ly/2Esz9M">http://bit.ly/2Esz9M</a>
53	New Jersey (USA)	CRSProactitioner	18h, 3 días (WRAP) y 108h, 18 días formación				24 horas cada 2 años		<a href="http://bit.ly/2GYSDnj">http://bit.ly/2GYSDnj</a>
54	New York (USA)	NYCPS	60 horas	18 módulos		Examen	10 horas al año		<a href="http://bit.ly/2C8LwVs">http://bit.ly/2C8LwVs</a>
55	New York (USA)	Howie the Harp Advocacy Center	1 año (4 meses teoría y 8 prácticas)	Efectividad en el lugar de trabajo: bienestar personal, desarrollo profesional y preparación para el trabajo	Aprendizaje entre iguales. Formación presencial: prácticas; coaching profesional (orientación y asesoramiento personalizado)	En varios niveles		Servicio directo, el supervisor y las funciones administrativas dentro de Servicios Humanos	<a href="https://bit.ly/2Axgl8m">https://bit.ly/2Axgl8m</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
56	Nuevo México (USA)	Certifies Specialist Peer Worker	5 días	Profesionalismo, ética, componentes de recuperación y resiliencia, trastornos de salud mental y uso de sustancias, construcción de habilidades de comunicación, manejo del estrés y vivienda de apoyo.	Interactiva, juegos de rol, trabajo en grupo	Examen (min. 75%)	40 horas	Agencias de servicios básicos y otras configuraciones de proveedores, centros de bienestar gestionados por pares y organizaciones de atención administrada.	<a href="http://bit.ly/2G0cLE4">http://bit.ly/2G0cLE4</a>
57	Ohio (USA)	CPRS	40h + 16h cursos academia			Examen	30 horas cada 2 años		<a href="http://bit.ly/2nT1PBP">http://bit.ly/2nT1PBP</a>
58	Okanagan (Canadá)	PS	13 sesiones de 3 horas		Discusión grupal, juego de roles, act. individuales, ej. de escucha activa y sondeo, lluvia de ideas, preguntas abiertas, apoyo entre iguales	Autoevaluación, cuestionario respuestas útiles y evaluación del cursos			<a href="http://bit.ly/2Eh213J">http://bit.ly/2Eh213J</a>
59	Oklahoma (USA)	Peer Recovery Support Specialist	40 horas, 5 días			Examen (min. 75%) V/F, múltiple y ensayo	12 horas al año	Centros de salud comunitarios, agencias de defensa, hospitales psiquiátricos, centros de crisis	<a href="http://bit.ly/2CeuCVF">http://bit.ly/2CeuCVF</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
60	Oregon (USA)	PSS	Min. 40 horas	Organizaciones acreditadas por la Autoridad de Salud de Oregon (OHA).	20 horas cada 3 años				<a href="http://bit.ly/2nYOHuHa">http://bit.ly/2nYOHuHa</a>
61	Pennsylvania (USA)	Inst. Rec. e integración Comunitaria  CPS	Min. 75h, 10 días  10 sesiones de 8h		Desarrollo de habilidades a partir de la experiencia	Examen oral y escrito o experiencial de role playing	Servicios de apoyo financiados por Medicaid 18 horas al año	Apoyo de pares en la comunidad, cárceles, centros de crisis, unidades de hospitalizados, salas de emergencia, equipos de tratamiento comunitario asertivo	<a href="http://bit.ly/2BTezkY">http://bit.ly/2BTezkY</a>
62		RI International  CPS	Min. 75h, 10 días  10 días (2 semanas)	15 módulos, 3 secciones		Cuestionarios intermedios. Examen final 50% roles y 50% escrito			
63	Reino Unido (Inglaterra)	PEP- Programa de educación entre pares (CPFT)  PW	12 semanas (1 sesión por semana) y 3 días de prácticas	15 módulos. Toma de decisiones compartida; contando historias personales; lenguaje de recuperación; autoestima; manejar la ética y los límites; el poder del apoyo entre iguales	Juegos de rol, diario reflexivo, tarea semanal, portfolio de aprendizaje	Examen final		Pueden postular a puestos dentro de la Fundación Empleo, en organización asociada, voluntariado	<a href="http://bit.ly/2EmvOly">http://bit.ly/2EmvOly</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
64	Rhode Island (USA)	CPRS	46 horas			Examen escrito o en línea	20 horas cada 2 años		<a href="http://bit.ly/2G6IVxN">http://bit.ly/2G6IVxN</a>
65	Tennessee (USA)	CPRS	40 horas	Enfermedades mentales, recuperación, valores, comunicación, resolución de problemas, estigma, autocuidado, ética	Participación activa, juegos de roles, retroalimentación constructiva, trabajo en grupo, autoexámenes	Examen escrito después de cada sección (min. 75%)	10h al año y 20h de servicios supervisados	Centros apoyo de pares, unidades de estabilización, agencias comunitarias	<a href="http://bit.ly/2B08ORm">http://bit.ly/2B08ORm</a>
66	Texas (USA)	CPS	43 horas, 6 días	20 módulos: valores centrales de los especialistas homólogos certificados, cómo utilizar las historias de recuperación para apoyar a otras personas y la facilitación de grupos de apoyo entre iguales.	Lecturas y videos de pre entrenamiento. Actividades en grupos pequeños, juegos de rol, discusiones, uso de la historia personal	Examen de opción múltiple	20 horas cada 2 años	Centros comunitarios de salud mental, hospitales estatales, organizaciones dirigidas por pares, centros de salud mental privados	<a href="http://bit.ly/2BU03Zs">http://bit.ly/2BU03Zs</a>
67	Uganda	Heart Sounds  PSW			Métodos narrativos innovadores	Cuestionarios previos y posteriores		Visitas al hogar, proveer psicoeducación, colaboración con el hospital, apoyarse mutuamente,	<a href="http://bit.ly/2BoLU Tf">http://bit.ly/2BoLU Tf</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
68	Utah (USA)	CPSS	40 horas	Trastornos de salud mental, recuperación, recaídas, apoyo entre iguales		Examen (min. 70%)	20 horas cada 2 años		<a href="https://goo.gl/1BztZk">https://goo.gl/1BztZk</a>
69	Virginia (USA)	CPRS	Min. 46 horas			Examen	20 horas cada 2 años		<a href="https://goo.gl/XdXz6D">https://goo.gl/XdXz6D</a>
70	Virginia Oeste (USA)	PSS	Min. 40 horas			Examen	30 horas cada dos años		
71	Washington (USA)	Certified Peer Conselor	40 horas + prerequisites módulos online	El sistema público de salud, recuperación y resiliencia, el papel del consejero, ética, recursos	Presencial y online. Trabajo en grupo, en parejas, individual. Role playing	Examen escrito (75%) y oral (25%)	Si, no obligatoria	Trabajan con sus pares (adultos y jóvenes) y con los padres de niños que reciben servicios de salud mental.	<a href="http://bit.ly/2ssTkC9">http://bit.ly/2ssTkC9</a>
72	Wisconsin (USA)	CPS	48 horas		4 currículos de capacitación aprobados	Examen online (min. 85%)	20 horas cada 2 años	salas de emergencia, servicios de crisis, atención ambulatoria, cárceles, centros de recursos comunitarios ...	<a href="http://bit.ly/2EX3iy2">http://bit.ly/2EX3iy2</a>



	<b>País o Estado</b>	<b>Denominación</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Formación continua</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
73	Wyoming (USA)	Peer Specialist	32 horas de capacitación + 2 entrenamientos locales de 1 hora.			No examen	Anual: 14h temas de especialistas pares y 5h competencias especializadas	Centros comunitarios de salud mental, el Hospital de veteranos, el Departamento de correcciones, la Reserva india de Wind River y el Hospital estatal de Wyoming.	<a href="http://bit.ly/2Hmfc">http://bit.ly/2Hmfc</a>



**Tabla 2.5.**

*Acrónimos empleados para la denominación del rol*

<b>Acrónimo</b>	<b>Denominación</b>
CPRS	Certified Peer Recovery Specialist
CPS	Certified Peer Specialist
CPSS	Certified Peer Support Specialist
CRSS	Certified Recovery Peer Specialist
PS	Peer Support
PSS	Peer Support Specialist
PSW	Peer Support Worker
PW	Peer Worker
RSS	Recovery Support Specialist

En América existen agencias acreditadas responsables de desarrollar y e implementar los proyectos de formación. El servicio de salud mental de América, *Mental Health America* (MHA, 2018b), aprobó las siguientes agencias para proveer los programas de formación:

- *Apalachian COUNSULTING GROUP*: ofrece la capacitación de *Peer Specialist Core Recovery*. Tiene una duración de 5 días, que se dividen en 24 sesiones de 1 hora. En el entrenamiento emplean diversas metodologías y estrategias educativas: presentación de los materiales, discusiones grupales, preguntas, hojas de trabajo, prácticas y discusión en grupos pequeños, demostraciones, juegos de rol, práctica en parejas, diferentes escenarios, trabajo en grupo. Esta formación está establecida en Kentucky, Michigan y Ohio.
- *RI International & RI Consulting*: proporciona entrenamiento para *Certified Peer Support Specialist Training* (CPSS). Estos duran 75 horas a lo largo de 10 días (2 semanas). Utilizan juegos de roles y un enfoque facilitador basado en los principios de aprendizaje de adultos. Esta formación está establecida en países de Louisiana, Minnesota, Pennsylvania, Arizona, California, además de en regiones de Inglaterra y Nueva Zelanda.





- *Institute for Recovery and Community Integration*: desarrollan la *Certified Peer Specialist Training*. Está implementada en países del estado de Pensylvania, con una duración de 75 horas durante 10 días. A lo largo de la formación emplea métodos y dinámicas atractivos para los/as participantes como la simulación de interacciones entre pares, el trabajo en grandes y pequeños grupos o la reflexión individual.
- *WISE U*: ofrece *Peer Support Training*. Este entrenamiento tiene una duración de 75 horas, más 20 horas de trabajo de campo. Emplean estrategias como la autoreflexión para examinar sus propios prejuicios, desarrollo de la empatía (propia y hacia los demás). Además, a cada participante se le asigna un asesor de carrera y elaboran un plan de carrera u hoja de ruta individualizado. Uno de los estados que acogió esta formación es California del Norte.
- *Project Return Peer Support Network's Peer Professional Training & Placement Program*: dura 6 semanas, incluye un periodo de prácticas y se lleva a cabo en Los Ángeles.

También MHA (2018b) aprobó las siguientes capacitaciones:

- *Intentional Peer Support (IPS)*: dispone de un entrenamiento de 5 días para cualquier persona interesada en el apoyo mutuo y otro avanzado de 3 días, donde principalmente se trabaja la co-reflexión. Los entrenamientos utilizan Power Point, videos, juegos de rol, actividades de aprendizaje multimodal.
- *Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA)*: facilita un entrenamiento de capacitación de 40 horas durante 5 días.

En América del Norte, en su mayoría, los programas de formación son certificaciones. Según la Figura 1.3 (Capítulo 1), donde se recogen los tipos de apoyo entre iguales, éstas hacen referencia a formaciones específicas para el empleo como trabajador par. Existen diferentes roles, uno de los más extendidos en los servicios de apoyo entre iguales, es el de especialista de pares o *peer specialist* (generalmente precedido de la C de certificación). Estos trabajadores son parte del personal de una agencia de salud mental por lo que reciben formación y son supervisados por otro profesional de la salud mental (Solomon, 2004; University of Nebraska, 2013).



En América del sur estos programas son escasos. Encontramos una breve experiencia de formación en Buenos Aires (Argentina) con el Proyecto Suma. Esta no tenía un carácter formal, no obstante, se está construyendo un nuevo programa, basado en el proyecto europeo Peer2Peer (se describe más adelante), según nos indican telefónicamente los responsables (Proyecto Suma, 2018). También, aunque no se incluye en la tabla 2.4. por la falta de información, 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.

La última experiencia que encontramos en América (norte y sur), es el programa *It's my life: Social Self-Directed Care* implementado por MHA (Mental Health America, 2017). Los *Peer life Coaches* ayudan a las personas a construir redes de amigos y relaciones íntimas. Se les acompaña en el proceso de recuperación y promueven su inclusión social.

Respecto a 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 Francia disponen del programa *Médiateurs de Santé-Pairs* (MSP), un proyecto innovador inspirado en otras experiencias extranjeras de integración de trabajadores pares en los equipos de salud mental (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, 2019). La formación tiene una duración de un año: 8 semanas de teoría (240h) y 36 semanas de prácticas en el departamento de psiquiatría. Cabe destacar el exhaustivo proceso de evaluación que llevan a cabo (Roeland et al., 2015; Demailly et al., 2013): observación in situ durante el desarrollo; evaluación continua con cuestionarios semanales; una prueba final, que consiste en un examen escrito y la defensa de la tesis; evaluación del impacto 9 meses después; e investigación paralela al programa de formación. Además, realizan módulos de formación continua y reuniones regulares para el intercambio de prácticas entre pares.

En Italia hemos encontrado los inicios del apoyo entre iguales a partir del año 2000 en los Departamentos de Salud Mental (DSM), aunque no fue hasta 2005 cuando se difundieron e implementaron las primeras experiencias desde la región de Lombardía (Carugati, 2015). Desde hace más de una década la figura del *Esperto in Supporto fra Pari* (ESP) se ha implementado en la región de Lombardía. El curso de formación está financiado por la Región y tiene una duración de 330 horas, divididas en 200 horas teóricas y 130 horas prácticas (Ferrari, 2018). Actualmente, cerca de 100 ESP desempeñan sus funciones en diferentes Departamentos de Salud Mental de Lombardía con una retribución económica (Carugati, 2015).

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 Perterborough NHS Foundation Trust* (2018); Instituto de



Salud de Nottingham (The Institute of Mental Health Nottingham, 2018); e ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change, 2018). Esta última tiene como característica central el empleo de trabajadores pares.

En Inglaterra (Reino Unido) *Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust* (CPFT) comenzó a formar a los trabajadores pares en 2010. El programa de formación, PEP (Programa de Educación entre Pares) tiene una duración de 12 semanas, una sesión semanal, donde se trabajan 15 módulos. Posteriormente, se realizan 3 días de prácticas. Después pueden postular a puestos dentro de la Fundación, en organizaciones asociadas o voluntariado (Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 2018).

También, en Escocia, *Scottish Qualifications Authority* desarrolla el programa *Professional Development Award* (PDA), un curso de aproximadamente 80 horas de formación donde se trabaja el apoyo de pares en salud mental a través de dos unidades: el contexto de recuperación y práctica en desarrollo (Scottish Qualifications Authority, 2018).

En Dinamarca dos regiones tienen programas de formación de pares:

- *Peer-uddannelsen i region hovedstaden* (Educación entre pares en la región capital): formación durante 13 días (52 horas). Lleva a cabo formación de pares a través de módulos obligatorios y optativos (Region Hovedstadens Psykiatri et al., 2015).
- *Uddannelse af peer-medarbejdere* (entrenamiento de empleados compañeros): programa compuesto por 78 horas de teoría, distribuidas durante dos días a la semana con sesiones de 3 horas (14 semanas) y 4 meses de prácticas, para después emplearse en hospitales o centros de tratamiento de psiquiatría (Socialstyrelsen, 2018).

En los Países Bajos encontramos 3 programas diferentes:

1. *Training Opleiding Ervarings Deskundigheid* (TOED): programa de formación que se implementa en Amsterdam con una duración de 15 días y antes de desempeñarse, tienen que hacer 8 horas de voluntariado (Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid, 2019).



2. *Werkfit met ervaring*: se lleva a cabo en Rotterdam, Utrecht y Eindhoven. Tiene una duración de 15 semanas con 12 reuniones grupales de 5h y 3 sesiones individuales de coaching (Markieza. Opleiding En Expertise Ervaringsdeskundigheid, 2019).
3. *Howie the Harp*: se desarrolla en Rotterdam durante un año. La parte teórica tiene una duración de 16 semanas y la práctica de 26 semanas (Howie the Harp, 2019).

En Alemania, EX-IN Bremen, desarrolló en un proyecto piloto en apoyo del programa europeo Leonardo da Vinci. La formación consta de 475 horas, divididas en 12 módulos con 22 lecciones cada uno. Posteriormente, su trabajo en asesoramiento y acompañamiento ayuda a orientar las ofertas de atención psiquiátrica para la recuperación y el empoderamiento (EX-IN. Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie, 2019).

La red europea de personas con discapacidad, *European Network Independent Living* (ENIL), también implementó en Sofía (Bulgaria) una experiencia de apoyo entre iguales para promover la vida independiente. El curso estaba formado por 5 sesiones, con una duración aproximada de 6,5h (ENIL, 2018b).

España está iniciándose en esta práctica, a través de la participación en proyectos europeos de formación de pares y experiencias nacionales. En el siguiente apartado se describe detalladamente los proyectos formativos implementados en el país.

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).

Finalmente, 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 que, entre otros servicios, proporciona un curso de formación de 5 días para trabajadores de apoyo mutuo (Mind Australia,



2018). La Asociación de usuarios de servicios participantes APSU (*Association of Participating Service Users*) 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).

### **2.3.1.2. Análisis de las características de los programas**

En el conjunto de programas analizados aparecen notables diferencias. Esta investigación se centra en la formación de carácter formal que, previamente (Figura 1.3, Capítulo 1) hemos diferenciados en este tipo de apoyo entre iguales en dos figuras:

- *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.
- *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.

Respecto a los programas de formación de PS/EP, extendidos principalmente en América del Norte finalizan, mayoritariamente, 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 con 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 (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), otras 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).

Asimismo, la mayoría de los 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.

Por otro lado, en las formaciones de trabajadores pares o *Peer Workers*, encontramos disparidad en los programas.

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.

Del total de programas analizados, 73, encontramos disimilitudes en cuanto a sus principales características y extraemos las siguientes conclusiones:

1. La metodología empleada varía:
  - a. Formación presencial: Peer Helper Training en Australia, Certified Peer Support Specialist Training o P2P entre otros.
  - b. Formación on-line: NYCPS-P en Nueva York o CPS en Dakota del Norte.
  - c. Formación semi-presencial, que combinan ambas: CPSS en Mississippi o CPC en Washington, por ejemplo.
2. La principal estrategia empleada para la formación, en la mayoría de ellos, es el *role playing*.
3. Se emplean una amplia gama de procedimientos para la evaluación. Diferentes culturas en la atención a las patologías psiquiátricas, distintos modelos asistenciales, una gran diversidad en cuanto a la cantidad y calidad de los recursos implicados hace que nos encontremos con esta gran diversidad de estrategias que se resumen y ordenan, según el momento de la aplicación en la Tabla 2.6.





**Tabla 2.6.**

*Momento y métodos de evaluación*

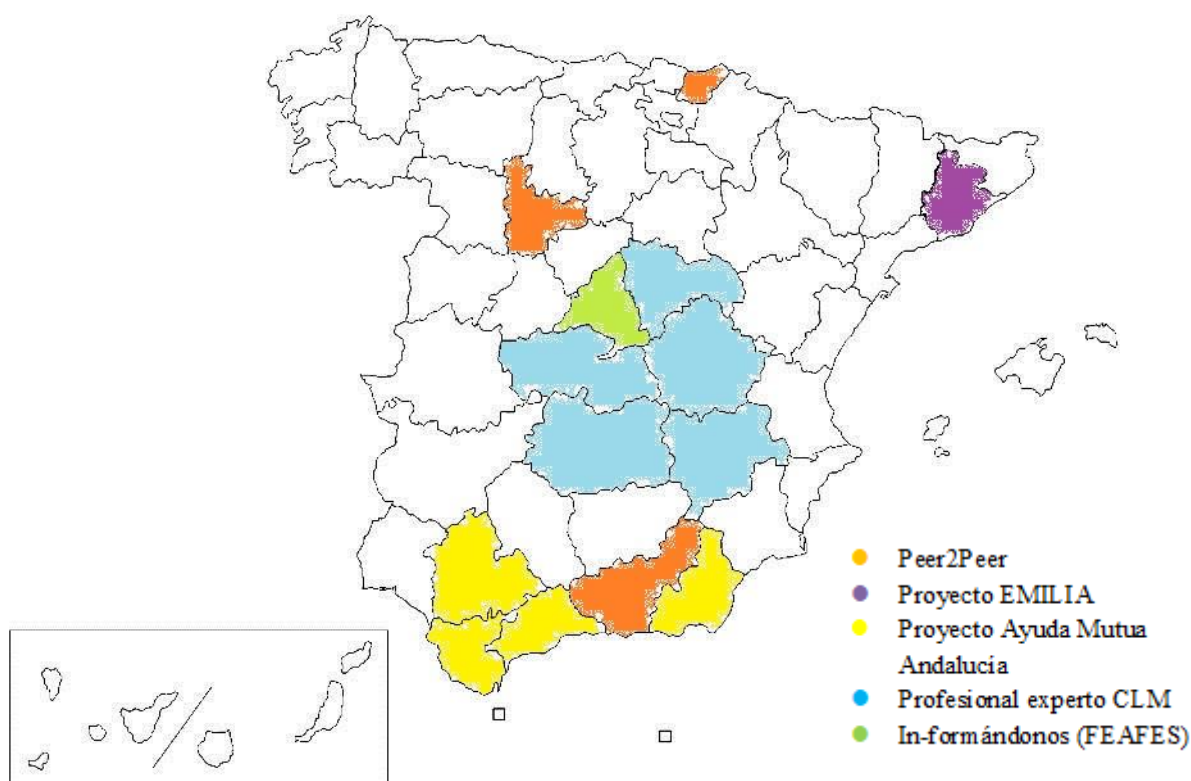
<b>Momento</b>	<b>Métodos</b>
Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen</li> <li>- Cuestionarios previos</li> <li>- Encuesta</li> </ul>
Continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuaderno de reflexión</li> <li>- Trabajo diario</li> <li>- Actividades fuera de la formación</li> <li>- Portfolio</li> </ul>
Intermedia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen después de cada sección</li> <li>- Evaluación después de cada sesión</li> <li>- Redacción de la historia personal</li> <li>- Cuestionarios</li> </ul>
Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen escrito: presencial u online</li> <li>- Examen oral</li> <li>- Portfolio</li> <li>- Juego de roles</li> <li>- Asistencia y participación</li> <li>- Entrevista</li> <li>- Autoevaluación</li> <li>- Reflexión</li> <li>- Cuestionarios</li> <li>- Proyectos y casos</li> <li>- Actividades fuera de la formación</li> <li>- Prácticas</li> <li>- Libro de registro</li> <li>- Reportes de investigación</li> <li>- Defensa de tesis</li> </ul>
Posterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuestas</li> <li>- Entrevistas</li> <li>- Grupos focales</li> <li>- Visitas</li> </ul>

### 2.3.2. Los programas de formación de pares en España

Como se ha mencionado anteriormente, en España se está iniciando esta práctica. Aunque si se ha participado en proyectos europeos de formación de pares. En la Figura 2.3, aparecen las provincias españolas en las que hemos encontrado experiencias de apoyo entre iguales.

**Figura 2.4.**

*Experiencias de apoyo entre iguales en España*



El primer proyecto europeo en el que participó España fue el Proyecto EMILIA (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*) implementado entre septiembre de 2005 y octubre de 2010 (Palomer et al., 2011). Equipos de salud mental del Hospital del Mar y del Centre Fòrum en Barcelona participaron en esta experiencia pionera en la formación del usuario experto. El objetivo era reducir la exclusión social de la población con TMS a través de la formación continuada. La formación consta de 10 sesiones y la metodología sigue el modelo



*lifelong learning* (LLL) basado en el aprendizaje por la experiencia. Como resultados de la formación se abrieron dos líneas de implicación laboral (Palomer et al., 2010):

- El usuario como docente colaborador y formador de otros usuarios y
- El usuario como mediador entre las instituciones sanitarias

Además, se obtiene como importante beneficio la respuesta a las personas usuarias de del centro donde desarrollen la función.

Al ser un proyecto de investigación financiado por la UE, tras su finalización no sabemos de su continuidad.

El proyecto Peer2Peer es un curso de formación financiado por la UE y enmarcado en el Programa de Aprendizaje Permanente “Leonardo Da Vinci”. 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). El objetivo es formar a personas con problemas de salud mental para que trabajen como agentes de apoyo mutuo (personas de referencia para personas que están atravesando una dificultad de salud mental) (Orihuela et al., 2015). El curso tiene una duración de 48 horas distribuido en 12 sesiones que se plantean de forma práctica y participativa, y como punto base en todas ellas se usa la propia experiencia de personal. Se realiza evaluación intermedia y final. Las organizaciones españolas participantes son: Fundación INTRAS (Valladolid), Fundación En Primera Persona (Andalucía) y un miembro de la asociación AGIFES (Gipuzkoa). Los receptores de la formación desempeñan sus funciones como agentes de apoyo mutuo en entornos sanitarios de forma voluntaria, puesto que todavía, no nos consta que se haya formalizado laboralmente.

Andalucía ha sido la Comunidad Autónoma pionera, llevando a cabo la primera formación de pares en España en 2010-2011 a través del *Proyecto Ayuda Mutua en los servicios de salud mental de Andalucía* (Bono del Trigo et al., 2011). El curso tiene como objetivo formar agentes de ayuda mutua. La formación se compone de 32 horas lectivas, 8 horas no presenciales y 12 horas más de formación para profundizar en el curso. Utiliza una metodología participativa (debates, actividades en grupo, juegos de roles...) apoyada por presentaciones teóricas y síntesis integrativas de los contenidos. Posteriormente los agentes de apoyo mutuo desempeñan sus funciones en unidades de



gestión clínica (unidades de salud mental comunitaria, hospitales e día y unidades de rehabilitación de salud mental).

El Gobierno de Castilla-La Mancha, a través de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, y con el trabajo conjunto de las consejerías de Economía, Empresas y Empleo y la de Sanidad, ha desarrollado un proyecto con el objetivo de integrar a personas con problemas de salud mental dentro del equipo de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) para trabajar como profesionales “expertos por experiencia”, compartiendo sus vivencias y poniendo en valía sus fortalezas, asesorando a profesionales y realizando actividades de formación y sensibilización a otros (usuarios, familiares, profesionales...). El proyecto se inició en el 2018, en primer lugar, con formación “interna” de 11 sesiones de 5 horas cada una, donde se trabajaron contenidos como: recuperación y apoyo mutuo, tareas y rol del experto, Plan de Bienestar Personal (PARB), derechos, etc. Posteriormente se realizó una “supervisión” de los expertos por experiencia contratados en los CRPSL, a través de la revisión de temas concretos de su día a día. Han contratado a 8 expertos por experiencia y es la primera Comunidad Autónoma, en insertar laboralmente esta figura de expertos por experiencia (Casas et al., 2017). El proyecto en sí ha tenido un impacto positivo en los profesionales expertos por experiencia, en los receptores del apoyo mutuo y en los centros de rehabilitación psicosocial y laboral en los que se ha desarrollado, habiendo sido valorada muy satisfactoriamente por todas las partes implicadas.

La Confederación Salud Mental de España, desde 2015 ha realizado en dos ediciones el curso *Informando en primera persona* con el objetivo de dotar a las personas con enfermedad mental de información y herramientas para poder hacer una labor de acogida y acompañamiento a otras personas afectadas en las entidades a las que pertenecen (Confederación Salud Mental España, 2017). El curso tiene una duración de 10 horas que se lleva a cabo en dos días, a través de estrategias educativas como: debates, reflexión y dinámicas grupales.

Señalamos también el *Curso de asistente personal* que lleva a cabo desde 2016 por la Federación Salud Mental Castilla y León (y las 11 asociaciones miembro). Se trata de una “formación y capacitación laboral teórico-práctica específica para personas con problemas de salud mental siguiendo el modelo de apoyo de pares” (Robles, 2017). La



duración del curso varía de 50 a 250 horas de formación, donde los/as participantes a través de teoría y práctica, adquieren los conocimientos y habilidades necesarias para desenvolverse como asistentes personales de otras personas.

A continuación, en la Tabla 2.7, se recoge una descripción de las experiencias españolas encontradas.

Los seis programas de formación descritos varían ampliamente en su duración, denominación de los/as proveedores del apoyo y evaluación y, en menor medida, en los contenidos y las estrategias educativas. Aunque, en la actualidad, no existen estándares de educación reconocidos para población española. Cualquier programa debe ser adaptado a las fortalezas de los individuos, el tipo de trabajo, así como a las necesidades de la comunidad (Brown et al., 2014; Chinmam et al., 2006). La amplia variabilidad de los programas de formación de pares en salud mental ha llevado a algunos países a establecer programas formales para los servicios de apoyo entre iguales (Brown et al., 2014).

En nuestro país, solamente la experiencia de Castilla La Mancha ha desarrollado el perfil profesionalmente con la inserción laboral en el entorno sanitario. Esto nos muestra el largo camino que queda por recorrer en cuanto a esta práctica.



**Tabla 2.7.**

*Experiencias formativas de pares en España*

	<b>Programa</b>	<b>Perfil</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Metodología (estrategias educativas)</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Empleo</b>	<b>Web</b>
1	Peer2Peer (Valladolid, Andalucía y Gipuzkoa)	Agentes de apoyo mutuo	48 horas, 12 sesiones	Recuperación y apoyo mutuo, habilidades de valores del agente de apoyo mutuo	Aprendizaje participativo, análisis y reflexión, teoría y práctica. Psicodrama y video terapias. Dinámicas de grupo, debates, role playing, actividades dirigidas por el facilitador.	Evaluación intermedia y final	Entorno sanitario	<a href="http://bit.ly/2BXvG11">http://bit.ly/2BXvG11</a>
2	Proyecto Emilia (Barcelona)	Usuario experto	10 sesiones (1,45h/s)	Taller multifamiliar, red de soporte social, recuperación e interacción, fortalezas, plan de desarrollo personal	Lifelong learning, aprendizaje basado en la experiencia		Entorno sanitario	<a href="http://bit.ly/2lnsqXX">http://bit.ly/2lnsqXX</a>
3	Profesional experto por la experiencia (Castilla La Mancha)	Profesionales expertos	11 sesiones (5h/s)	Recuperación y apoyo mutuo, tareas y rol del experto, Plan de Bienestar Personal (PARB), derechos, etc	Construcción conjunta de las actividades, priorizando las capacidades, preferencias y particularidades de las personas y, la propia realidad de cada equipo y recurso.	Supervisión. Revisión de temas concretos de su día a día.	Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)	<a href="http://cort.as/-HiPI">http://cort.as/-HiPI</a>
4	Proyecto Ayuda Mutua en los servicios de salud mental de Andalucía	Agentes de ayuda mutua	32h lectivas, 8h no presenciales + 12h curso profundizar	Herramientas de Comunicación, Recuperación, Ayuda Mutua	Muy participativa, con actividades de debate, trabajo en grupos o juegos de roles, apoyados con breves introducciones teóricas con soporte audiovisual y puesta en común de síntesis integradoras de los contenidos.	Cuestionario autoaplicado. Registro del desempeño (agente y profesionales). Sesiones de evaluación.	Unidades de Gestión Clínica: U. de Salud Mental Comunitaria, Hospitales de Día y U. de Rehabilitación Salud Mental.	<a href="http://bit.ly/2o3ugwN">http://bit.ly/2o3ugwN</a>
5	In-formando en primera personas(España)	Apoyo mutuo	10 horas	Habilidades de comunicación, derechos, participación, procesos	Debate, reflexión y dinámicas grupales	Cuestionario sobre la formación. A los 6 meses cuestionario utilidad	Acogida y acompañamiento en las entidades	<a href="https://bit.ly/2gNUv5q">https://bit.ly/2gNUv5q</a>
6	Asistencia personal (CyL)	Asistente personal	Varía 50h-250h.	El/la asistente personal, funciones, modelos en salud...	Teoría y prácticas	Evaluación final	Asistencia personal a otros/as	<a href="https://bit.ly/2U3jVyk">https://bit.ly/2U3jVyk</a>



En España, se observa como los seis programas de formación descritos varían ampliamente en su duración, denominación de los/as proveedores del apoyo y evaluación y, en menor medida, en los contenidos, estrategias educativas y lugares de empleo. Del mismo modo, la formación y el desarrollo profesional varían ampliamente en otros países, es por ello que algunos han establecido programas formales de formación para los servicios de apoyo entre iguales (Brown et al., 2014).

En los últimos años se ha producido un rápido crecimiento y expansión del apoyo entre iguales en salud mental (Davidson & González-Ibáñez, 2017).

Los proveedores del apoyo pueden desempeñar un rol voluntario, sin compensación, o un rol laboral (Ostrow & Leaf, 2014). Es necesario, siguiendo el ejemplo de otros países y la experiencia mencionada en Castilla La Mancha, regular esta función profesional y que los trabajadores de apoyo entre iguales puedan desempeñar un puesto de trabajo regulado.

Prioritariamente, los PSW desempeñan sus funciones en entornos sanitarios (Repper & Carter, 2011). Por lo que es preciso diseminar este perfil para que las entidades sociales sean conscientes de los importantes beneficios que aporta a las personas y a las organizaciones. Así mismo, es necesario invertir en salud mental (Tortella-Feliu et al., 2016) para, entre otras acciones, implementar este nuevo rol.

Puesto que estos programas de formación tienen un elevado potencial para el empleo y están reconocidos como importantes para mejorar las tasas de integración social del colectivo (Delman et al., 2015; Watson, Lambert & Machin, 2016), su regulación laboral contribuiría a mejorar las tasas de inserción socio-laboral de las personas con problemas de salud mental.







## **PARTE II:**

# **ESTUDIO EMPÍRICO**





## **CAPÍTULO 3:**

### **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**





### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Para determinar la realidad social sobre la que queremos incidir con esta investigación, en este capítulo se describen los objetivos que se pretenden alcanzar con el trabajo y se enuncian las hipótesis.

#### **3.1. Objetivos**

Objetivos generales:

- 3) Diseñar un programa de formación, basado en el apoyo entre iguales, para personas con problemas de salud mental participantes en entidades sociales.
- 4) Implementar y evaluar el programa de formación en entidades sociales para personas con problemas de salud mental

Objetivos específicos:

- 1.1. Revisar y analizar los programas de formación de apoyo entre iguales para personas con TMS y las situaciones de desarrollo que se han llevado, o se están llevando a cabo.
- 1.2. Construir un programa de formación adaptado a las características de las organizaciones sociales en el ámbito español.
- 1.3. Adaptar el programa al contexto socio-sanitario desarrollado en el contexto italiano.
- 2.1. Implementar la formación de apoyo entre iguales con personas con problemas de salud mental para que puedan actuar como compañeros/as de apoyo.
- 2.2. Evaluar el impacto de la formación mediante un exhaustivo proceso de evaluación.

#### **3.2. Hipótesis**

A continuación, se exponen las hipótesis nulas y alternativas; una para el programa implementado en España y tres para la experiencia desarrollada en Messina.



## PRIMERA HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H0): EL programa ¡ACOMPÁÑAME!, según las pruebas realizadas antes y después de la formación (MMSE, SLDS y LSP), ha mejorado la situación neurocognitiva de las personas participantes.

Hipótesis alternativa (H1): EL programa ¡ACOMPÁÑAME!, según las pruebas realizadas antes y después de la formación (MMSE, SLDS y LSP), no ha mejorado la situación neurocognitiva de las personas participantes.

## SEGUNDA HIPÓTESIS

H0: El programa *ACCOMPAGNAMI!*, implementado en Messina (Italia), ha reducido el grado de discapacidad de las personas que han recibido la formación.

H1: El programa *ACCOMPAGNAMI!*, implementado en Messina (Italia), no ha reducido el grado de discapacidad de las personas que han recibido la formación.

## TERCERA HIPÓTESIS

H0: El programa *ACCOMPAGNAMI!*, implementado en Messina, ha disminuido los síntomas psiquiátricos de las personas participantes.

H1: El programa *ACCOMPAGNAMI!*, implementado en Messina, no ha disminuido los síntomas psiquiátricos de las personas participantes.

## CUARTA HIPÓTESIS

H0: El programa *ACCOMPAGNAMI!* implementado en Messina, ha aumentado los niveles de salud mental positiva de las personas que han participado.

H1: El programa *ACCOMPAGNAMI!*, implementado en Messina, no ha aumentado los niveles de salud mental positiva de las personas que han participado.



## **CAPÍTULO 4:**

## **METODOLOGÍA**







## 4. METODOLOGÍA

En este cuarto capítulo se describe el procedimiento que se va a seguir para dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente. En primer lugar, se describe la elección de una metodología de métodos mixtos. Posteriormente, se detalla el proceso seguido para la construcción de los programas de formación (¡ACOMPÁÑAME! y *ACCOMPANAGMI!*) y sus características. Finalmente, los procesos de evaluación seguidos tanto en España como en Italia.

### 4.1. Diseño de investigación: Metodología

La investigación utiliza una metodología de métodos mixtos, *Mixed Method* (Creswell et al, 2007), donde se complementan e integran enfoques cualitativos y cuantitativos (Pereira, 2011). Este abordaje nos permitirá entender mejor el éxito o fracaso del programa.

Según la clasificación de Tashakkori y Teddlie (2003), se sigue un abordaje mixto explicativo secuencial. Es un diseño en dos etapas con el que se busca que los datos cualitativos ayuden a explicar los resultados cuantitativos (Creswell et al., 2007; Tashakkori y Creswell, 2007).

Recordamos que en el Capítulo 2 se ha realizado una revisión de los programas de apoyos entre pares en distintos países y estados del mundo. Esta revisión nos ha permitido diseñar los distintos programas utilizados en esta investigación y que describiremos a continuación.

Los programas completos se pueden encontrar en los ANEXO I y IV.

#### 4.1.1. Programa educativo ¡ACOMPÁÑAME!

En este apartado se recoge el proceso seguido para la construcción del programa de formación, así como sus características.



#### **4.1.1.1. Antecedentes**

La idea de construir un programa de formación, basado en el apoyo entre iguales, para personas con problemas de salud mental se inicia con el Trabajo Fin de Máster “*Formación en ayuda mutua de usuarios con Trastorno Mental Severo en entidades sociales en Castilla y León*”. Esta investigación supuso un acercamiento al apoyo entre iguales, así como los inicios del programa ¡ACOMPÁÑAME!

El trabajo se basó principalmente en dos programas de formación europeos, en los cuáles España había participado activamente: Proyecto Emilia (Palomer et al., 2010) y programa Peer2Peer (Fundación INTRAS et al., 2015; Orihuela et al., 2015).

Se planteó una formación de 5 sesiones, siendo la última la evaluación final a través de una entrevista en profundidad con cada participante. Los resultados de esta primera aproximación fueron positivos, pero se consideró necesario una revisión bibliográfica más extensa y un desarrollo más amplio de la formación y su evaluación.

#### **4.1.1.2. Fundamentación**

Existe actualmente un elevado interés en el apoyo mutuo como área de investigación (Campos et al., 2016) debido a sus elevados beneficios para las personas con dificultades de salud mental. Encontramos evidencia de que el apoyo mutuo favorece la recuperación (Magalhães et al., 2013; Rodríguez-Pulido, 2011).

Nos centramos en una relación concreta del apoyo mutuo, el apoyo entre iguales (Smith y Bradstreet, 2011). Es un modelo muy extendido en todo el mundo y cuya implementación en el campo de la salud mental ha crecido exponencialmente (Davidson y González-Ibáñez, 2017). Este programa de formación se va a centrar en la importancia de establecer relaciones de apoyo mutuo entre los/as compañeros/as (apoyo entre iguales), puesto que las personas que han pasado por un proceso similar son las mejores para ofrecer un apoyo e inspirar en el proceso de recuperación (Harrington y Restrepo-Toro, 2013).

El apoyo entre iguales formal se enmarca principalmente en entornos sanitarios a través de los *Peer Support Workers* (PSW) o trabajadores de apoyo entre iguales. Los pares



ocupan un rol en pleno proceso de crecimiento (Agrest y Stastny, 2013), es por ello que consideramos necesario desarrollar un programa de características similares para el ámbito social.

El programa ¡ACOMPÁÑAME! emplea las cualidades de las personas con TMS para la formación y posterior desempeño de una actividad. Tiene como fin último el desarrollo de un nuevo perfil dentro de las entidades sociales. El empleo es una fuerza socialmente integradora y un elemento fundamental de la recuperación (Saavedra, 2011), pero las personas con dificultades de salud mental son las más desfavorecidas, en comparación con otras discapacidades, en materia de empleo (Villa, 2003).

El colectivo sufre un bajo índice de empleo normalizado (López, 2008). Las propias características y consecuencias de la enfermedad mental o el prejuicio social son algunos de los factores que influyen en el desempleo de las personas con TMS (Sobrinó, 2012).

Hay personas que por sus características personales no pueden acceder a un empleo normalizado. Según Zabaleta y Lezcano (2017), este tipo de formación de los/as usuarios/as y el desempeño de estas actividades, aunque no sean reconocidas como una actividad laboral, dado que no reciben retribución económica, consideramos que puede repercutir positivamente en el/la usuario/a formado/a, en su integración social y en su sentimiento de contribución a la sociedad en general, y al nuevo/a usuario/a en particular. Así mismo, desarrolla muchas habilidades solicitadas en el mercado laboral.

La llegada inicial de un/a nuevo/a usuario/a a una entidad social supone asumir la nueva situación. Por lo que disponer, además del profesional de referencia, de un usuario/a formado para el acompañamiento en acogida inicial y adaptación al servicio puede suponer un pilar de apoyo en la recepción (Zabaleta y Lezcano, 2017). La intervención concibe un nuevo contexto y nuevas relaciones para los/as participantes, creando un espacio de relación más personal e íntimo, donde se sienten comprendidos/as y escuchados/as. Estimamos, además, que esto propicia mejores relaciones en su vida cotidiana.



## Los/as compañeros/as de apoyo

El programa ¡ACOMPÁÑAME! desarrolla la figura del compañero/a de apoyo. Se trata de un nuevo perfil para entidades sociales para personas con problemas de salud mental. Es una persona con experiencia vivida de recuperación y dificultades de salud mental que ha recibido formación. Su función principal es acompañar a los/as nuevos/as usuarios/as en la acogida y adaptación a los servicios de la entidad y apoyar su proceso de recuperación. En la Tabla 4.1 se describen las funciones que un compañero/a de apoyo podría desempeñar, como se indica en el programa.

**Tabla 4.1**

*Funciones de los/as compañeros/as de apoyo*

<b>Funciones de los/as compañeros/as de apoyo</b>
- Acogida inicial de los/as nuevos usuarios/as
- Presentar a los/as profesionales de la entidad y los compañeros/as.
- Visitar y explicar las características de los servicios de la entidad
- Mostrar las instalaciones
- Mantener relación con el equipo profesional respecto al nuevo/a usuario.
- Acompañar en el proceso de recuperación de los otros/as.
- Ayudar en la identificación de fortalezas propias, barreras y estrategias de afrontamiento.
- Escuchar activamente las dudas y/o problemas.
- Apoyar a los/las otros/as compañeros/as de apoyo.

## Cambios en la organización

Consideramos que la formación repercute positivamente en la entidad, puesto que dispondrán de nuevos perfiles que, además de la acogida inicial de los/as nuevos/as usuarios/as, pueden ser figuras muy adecuados para la mediación en la resolución de conflictos dentro de la organización.



Este nuevo perfil va a suponer ciertos cambios en la entidad. Cada organización es la responsable de realizar las adaptaciones necesarias para la implementación de este nuevo rol. A continuación, se proponen pautas a tener en cuenta:

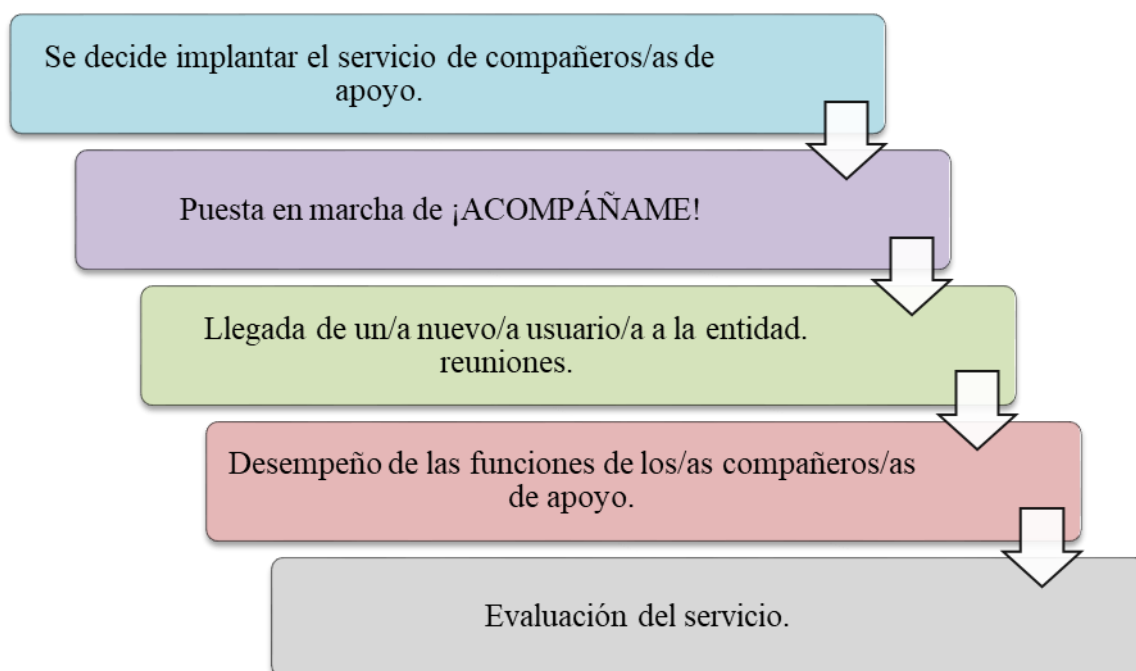
- Previa implementación del programa en la entidad, todo el equipo profesional debe conocer el nuevo perfil, sus funciones y sus límites. Esto va a suponer un nuevo reto para el equipo profesional. SEGÚN SE INDICA EN EL MANUAL, Se puede presentar el programa de formación que van a recibir los/usuarios/as, consensuar entre todos como se va a incluir este nuevo rol en la entidad, qué adaptaciones o modificaciones son necesarias, etc.
- Incluir el servicio del compañero/a de apoyo entre los ya existentes en la entidad. Se debe comunicar, a la familia o servicio que deriva a la persona nueva, la existencia de este servicio y su funcionamiento. En caso de rechazar el uso de éste se podrá hablar de los numerosos beneficios del apoyo entre iguales en el proceso de recuperación y de tener un apoyo en la llegada inicial a un sitio desconocido para el/la nuevo/a usuario/a.
- Revisión y adaptación del protocolo de acogida inicial. En consenso realizar las modificaciones necesarias para incluir al compañero/a de apoyo en la recepción de los/as nuevos/as usuarios.
- Reunión de los profesionales, incluido el/la compañero/a de apoyo. En este momento se deberá hablar de la llegada de un/a nuevo/a usuario/a. Dejar delimitada la información que se le va a proporcionar al/la compañero/a de apoyo, puesto que no es necesario que conozca toda su historia. Por ejemplo: nombre, edad, intereses y en qué servicios de la entidad va a participar. Se debe evitar cualquier tipo de información que pueda ser problemática.
- Si un/a profesional de la entidad o el/la dinamizador/a de la formación están incluidos en la Comunidad online que han creado los/as compañeros/as de apoyo, puede comunicar por ese grupo que va a llegar un/a nuevo/a usuario/a a la entidad y quien va a ser su compañero/a.
- Se propone que cada entidad recompense, de la manera que considere más oportuna, a los/as compañeros/as de apoyo por sus funciones. No sólo por el desempeño de las tareas cuando llega un/a nuevo/a usuario/a, sino por el hecho de estar disponible para cuando esto ocurra y por prestar su ayuda al resto de compañeros/as de apoyo. Por ejemplo: si en los talleres ocupacionales todos/as

reciben una recompensa semanal por el desempeño de sus tareas, para los/as compañeros/as de apoyo podría establecerse una recompensa similar.

También se recomienda seguir el protocolo de inserción para la formación (Figura 4.1), que cada entidad debe adaptar a su funcionamiento y requerimientos propios.

#### Figura 4.1

##### *Protocolo de inserción de la formación*



En primer lugar, la entidad se informa, consensua y decide implantar el servicio de compañeros/as de apoyo. Previa puesta en marcha de la formación se decide quién va a ser el/la dinamizador/a del programa, que debe prepararse los materiales y consultar las posibles dudas que le surjan.

Durante la formación es importante tomar notas sobre el desarrollo de las sesiones. La organización del material (fichas trabajadas, anotaciones que haya tomado...) será un elemento fundamental para el desarrollo de las funciones. La adecuada disposición de estos materiales debe ser valorado muy positivamente por parte de la organización.



Tras finalizar el programa, los usuarios/as están listos para desempeñar las funciones de compañeros/as de apoyo. Cuando llegue un/a nuevo/a usuario/a, primero se realiza una entrevista inicial con la persona encargada de ello, posteriormente, el equipo profesional decide, según los intereses y características individuales, quién va a ser el/la compañero/a de apoyo y se realiza una reunión para proporcionarle la información necesaria.

El/la compañero/a de apoyo desempeña sus funciones, el primer contacto con el/la nuevo/a usuario/a será una conversación inicial para conocerse y saber más sobre la entidad.

#### **4.1.1.3. Estructura definida**

A continuación, se describen las principales características del Programa ¡ACOMPÁÑAME!: objetivos, metodología, selección de los participantes, temporalización, actividades, contenidos y recursos materiales.

#### **Objetivos de ¡ACOMPÁÑAME!**

##### General

- Formar en ayuda mutua y apoyo entre iguales a usuarios y usuarias con problemas de salud mental para que actúen como compañeros/as de apoyo en la recepción, proceso incorporación y adaptación de nuevas personas que se unen a la entidad, así como en el acompañamiento en su proceso de recuperación.

El programa también desarrolla propósitos específicos para cada una de las diferentes partes implicadas:

##### Para las personas participantes:

- Potenciar las habilidades relacionadas con el apoyo a los compañeros y compañeras entre iguales.
- Mejorar el conocimiento de la entidad.
- Sensibilizar sobre la importante función que van a desempeñar.

Para los/as pares receptores:

- Facilitar la incorporación a la entidad
- Minimizar el impacto de la novedad en la entidad.
- Apoyar su proceso de recuperación con la ayuda de un igual que está formado para esta función (compañero/a de apoyo)

Para la entidad:

- Evaluar el desempeño de las funciones de los/as compañeros/as de apoyo.
- Implementar la relación de los/as compañeros/as de apoyo con los equipos de la entidad.
- Disponer de un nuevo perfil profesional capacitado para ~~unas~~ estas tareas específicas.

### **Logotipo**

Dadas las características de las personas participantes en el programa, se creyó importante el diseño de un logotipo que les permitiera identificarse con el mismo.

Del mismo modo, se pensó que el color debería estar presente en cada momento, evitando fotocopias en blanco y negro, para eludir que se perdiera la identidad que se quiere dar con él. Perder el color podría aportar un valor negativo.

En la Figura 4.2 presentamos el logotipo diseñado.

### **Figura 4.2**

*Logotipo del programa*







Para evitar las fotocopias en blanco y negro se realizan pegatinas en color que sistemáticamente los/as participantes utilizan para identificar cada uno de los materiales que elaboraban. Todo ello se presentará con detalle en la metodología y en las actividades.

## **Metodología**

Los principios educativos en los que nos basamos son los siguientes:

- Individualización (Blanco, 2006): adaptación de la formación a la diversidad de necesidades de los/as participantes, según sus características individuales en cuanto a motivaciones, capacidades e intereses.
  - De servicios: la formación deberá partir teniendo en cuenta que los/as participantes realizan su actividad en un servicio diferente de la entidad y con recursos distintos. En cada sesión se determinarán las necesidades de cada individuo en relación con las actividades y los recursos.
  - Materiales: cada participante construye su herramienta personal, el dossier. Cada hoja de éste, es personalizada por el/la participante, con su nombre y una pegatina en color del logotipo del programa. Además, todas las hojas, disponen de unas líneas para que cada participante pueda realizar las anotaciones que considere pertinentes.
- Generación de dinámicas de reflexión grupal (Silvestre et al., 2013): el espacio grupal constituye un contexto privilegiado para el establecimiento de relaciones interpersonales, donde los/as participantes tienen un encuentro con otras personas en situación similar a la suya. Además, es un espacio integrador, generador de nuevas ideas y de reflexión.
- Colaboración: con esta estrategia educativa se promueve la ayuda entre los/as participantes, favoreciendo el clima de trabajo durante la formación, además de propiciar el desarrollo de habilidades comunicativas y de relación.
- Aprendizaje activo: se emplean métodos que posibilitan a los/as participantes la oportunidad y la necesidad de adoptar un papel activo en el proceso de aprendizaje. Es decir, un aprendizaje participativo donde sean agentes activos que analizan y reflexionan (Abelló, 2007; Orihuela et al., 2015). Este es uno de los elementos que se promueve desde la construcción personalizada del material.



La implicación y participación del alumnado en los procesos de aprendizaje suele ayudar a que se produzcan mejores aprendizajes (Pastor et al., 2005).

- Aprendizaje a partir de la experiencia previa (Palomer et al., 2010): el hecho de haber pasado por un suceso tan complejo como la enfermedad mental, les permite desarrollar habilidades y conocimientos específicos, en los cuales basarán la formación y posterior desempeño de las funciones. Es decir, seguiremos el modelo *lifelong learning* (LLL) basado en el aprendizaje por la propia experiencia.
- Propiciar el liderazgo (Murillo, 2007): para que se sientan capaces de desempeñar las funciones del compañero de apoyo tras finalizar la formación. Un aprendizaje que se basa en el/la participante y que favorece su actividad y protagonismo.
- Sentido de la responsabilidad (Rosillo et al., 2013): inculcar a los/as participantes que pueden y tienen que ser responsables para la adecuada ejecución de las funciones. Favorecer el empoderamiento de los/as participantes involucrándolos directamente.
- Favorecer un ambiente de respeto (Silvestre et al., 2013): creando un clima de confianza, un marco idóneo para el encuentro con otros sujetos que están inmersos en una misma situación, para intercambiar, corroborar, cuestionar, analizar y vivenciar experiencias vitales y emocionales compartidas.
- Lenguaje positivo (Shepherd et al., 2008): enfatizar en las potencialidades y los logros. La formación se centra en las personas y no en diagnóstico y/o los síntomas. El lenguaje empleado, las historias personales y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede reforzar una sensación de esperanza y posibilidades en los otros.

La formación se estructura en 4 bloques: las entidades sociales; la recuperación; el apoyo mutuo y los/as compañeros/as de apoyo. Los títulos de las sesiones están redactados en primera persona, para personalizar la propuesta y que las personas participantes perciban la formación como algo suyo.



La metodología utilizada se basa en un trabajo sistemático que permita a los/as participantes profundizar en el programa. Para ello, todas las sesiones seguirán una misma estructura:

- a) Comienzan con breves introducciones sobre lo trabajado en la sesión anterior e iniciando los contenidos del día.
- b) Se desarrollan las actividades. En algunas sesiones se incluyen actividades obligatorias y optativas, estas últimas se pueden usar según el tiempo que dispongamos y el grupo, por el contrario, las otras, como su nombre indica, son de carácter obligatorio. En cada una de las actividades se busca que:
  - a. Todos los participantes puedan profundizar en los distintos contenidos abordados.
  - b. Puedan ir confeccionando su propio “dossier” donde se recogerán las reflexiones sobre cada uno de los apartados que se vayan trabajando. Este dossier se convertirá en el manual para el desempeño de sus funciones.
- c) Se finaliza con una síntesis integrativa sobre lo trabajado en cada sesión. Al final de cada sesión, se ofrecerá la posibilidad, de manera individual y voluntaria, de poner en común lo aprendido cada día, cómo se han sentido y/o qué cambiarían. Para ello, en el desarrollo de cada sesión se incluye un tercer apartado, *Reflexión*, donde se guiará al dinamizador con cuestiones clave para cada día. Lo más importante de este momento es no forzar a los/as participantes para que hablen. La voluntariedad es el elemento esencial. Que sirva de momento para la reflexión y la verbalización de los sentimientos y pensamientos.

## **Materiales**

El programa de formación se compone de cuatro materiales:

1. Manual ¡ACOMPÁÑAME!: principalmente para el/la dinamizador/a de la formación. Se recogen las actividades necesarias para llevar a cabo la formación, así como, la descripción detallada de las actividades propuestas (ANEXO I). El Manual va acompañado de un USB con el material necesario, en formato Word, para realizar las adaptaciones y modificaciones del programa para ajustarlo a las características concretas de la entidad.



2. Dossier del compañero de apoyo para los/as participantes: una carpeta donde se recogen los contenidos clave necesarios para el posterior desempeño de las funciones y que cada participante completa y personaliza a lo largo de la formación. El material está adaptado siguiendo las pautas de lectura fácil (García Muñoz, 2014) para facilitar su accesibilidad. El Dossier de adjunta en el ANEXO II.
3. Power Point con el desarrollo de cada sesión (teoría, actividades, videos...) para que el/la dinamizador/a lo pueda usar como apoyo durante la formación.
4. Tríptico presentación ¡ACOMPÁÑAME! para dar a conocer a las entidades sociales el programa de formación (ANEXO III).

El programa incluye dos elementos novedosos:

- Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC):
  - o Creación de una Comunidad online que sirva como grupo de apoyo entre los/as compañeros/as, para los posibles problemas o dudas que surjan en el desempeño de sus funciones y puedan ser ayudados/as por sus compañeros/as.
  - o Uso de la realidad virtual a través de videos en 360° que posibilitan a las personas participantes moverse libremente por el espacio virtual pudiendo ver todo lo que ocurre en cada momento grabado. Con estos videos se pretende que las personas participantes se sumerjan de una forma más real en las posibles situaciones en las que posteriormente tendrán que desenvolverse.
- Robótica. El uso de la robótica ha crecido exponencialmente por lo que consideramos oportuna incluirla en la formación. Con el robot inteligente Ozobot BIT 2.0 trabajamos la diferencia entre los robots programados (o auto-programable, en este caso) y los seres humanos, ya que los primeros siguen cualquier recorrido establecido a diferencia de nosotros/as que cada uno/a trazamos nuestro camino personal.

### **Selección de los/as participantes**

Las figuras que aparecen en el programa son dos:



- 1) El/la dinamizador/a: es la persona, o las personas, encargadas de llevar a cabo la formación. Entendemos que es un profesional de la entidad, pueden ser perfiles adecuados el/la terapeuta ocupacional, el/la pedagogo/a, el o la psicólogo, el o la educador/a social o un/a experto/a por experiencia (persona con problemas de salud mental, que ha pasado por un proceso de recuperación satisfactorio, se ha formado y emplea sus capacidades, habilidades y experiencia para apoyar a otras en su proceso de recuperación). La decisión final será tomada por la dirección del centro, teniendo en cuenta la motivación y disponibilidad de la persona para la formación.
- 2) Las personas participantes: son los/as usuarios de la entidad que van a recibir la formación. Para su selección se proponen los siguientes criterios de inclusión:
  - a. Edad: entre 18 y 60 años
  - b. Sexo: varones y mujeres
  - c. Situación estable de su cuadro clínico
  - d. Puntuación mínima de 24 en el Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975), que se administra en la sesión 0.
  - e. No tener enfermedad que impida su buen funcionamiento sensorial y motórico.
  - f. Mínimo un año de estancia en la entidad.
  - g. Interés y motivación hacia la formación

Se recomienda que el grupo participante sea de 4 personas (mínimo) y 8 (máximo) y que haya de ambos sexos.

### **Temporalización**

La formación cuenta con un total de 12 sesiones con una duración entre 90 y 120 minutos cada una (incluido un descanso de 10 minutos). Además, se realizan dos sesiones adicionales de evaluación (inicial en la sesión 0 y final en la sesión 13).

La formación se compone de un total de 59 actividades, de las cuales 50 son de carácter obligatorio y 9 optativo.

Se propone llevar a cabo dos sesiones semanales, aunque la temporalización depende de la entidad, su disponibilidad y organización.



## **Actividades**

El programa ¡ACOMPÁÑAME! incluye una variedad de actividades. Diferenciamos entre actividades obligatorias para cada sesión y optativas. Los tipos de actividades que encontramos son:

- Juegos de rol
- Sociodrama (plantear situaciones, que ellos las resuelvan y representen)
- Actividades en grupos y en parejas
- Reflexiones personales
- Actividades individuales
- Juego de roles virtual

## **Contenidos**

Los principales contenidos que se trabajan son:

- Apoyo mutuo. Apoyo entre iguales.
- Recuperación
- Enfermedades mentales
- La medicación.
- Habilidades sociales y de comunicación
- TIC y redes sociales para el apoyo/ o el acompañamiento
- El tejido asociativo. Servicios e instalaciones particulares.
- Resolución de problemas
- La empatía
- La esperanza.
- Escucha activa.

## **Recursos materiales**

Los recursos materiales necesarios para llevar a cabo el programa de formación son:

- Manual del dinamizador
- Power Point dinamizador
- Fotocopias dossier del compañero/a de apoyo
- Ordenador



- Proyector
- Cartulinas o papel continuo
- Bolígrafos
- Lápices de colores
- Pegatinas en color del logotipo o en su defecto imagen en papel del logotipo y pegamento.
- Folios
- Ozobot BIT 2.0. (opcional)
- Gafas de realidad virtual (opcional, recomendable)

#### **4.1.1.4. Evaluación de expertos/as**

Tras la construcción del programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! y previa implementación en las entidades sociales, se realizó una evaluación por parte de un panel internacional de expertos y expertas en la materia.

La evaluación de expertos/as es un método de validación para recabar la “opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, p. 19).

El método empleado ha sido la agregación individual de los/as expertos/as, es decir, se han obtenido las aportaciones de cada experto/a sin que estos estén en contacto (Cabero y Llorente, 2015; Robles y Rojas, 2015).

La evaluación de expertos/as es una estrategia usual en investigación educativa (Cabero y Llorente, 2015). Como estrategia de evaluación resaltamos las siguientes ventajas: facilidad en la puesta en marcha; profundización en la valoración y su bajo coste, debido a la escasa utilización de recursos materiales y técnicos (Cabero y Llorente, 2013; 2015).

La selección de los/as expertos/as se ha llevado a cabo sin ningún tipo de estructuración, se ha tenido en cuenta su relación con otros programas de características similares o su trayectoria profesional relacionada con la salud mental. El panel de expertos/as estaba conformado por 6 personas:



- Martín Agrest (Experto 1): psicólogo clínico y coordinador del Proyecto Suma en Buenos Aires (Argentina).
- Valentina Ladera (Experto 2): Profesora Titular del Área de Psicobiología en la Universidad de Salamanca (España). Perteneciente al Grupo de Investigación de Neuropsicología en la misma universidad.
- Isabel García (Experto 3): Profesora Titular de Universidad del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en la Universidad de Burgos (España). Investigadora del grupo "DISCONDU", Discapacidad y Conducta.
- Norma Geffner (Experto 4): Licenciada en Psicología. Departamento de Investigación de Proyecto Suma en Buenos Aires (Argentina).
- Mikel Merino (Experto 5): Experto por experiencia. Agente de Ayuda Mutua en AGIFES (Guipuzkoa, España).
- Olga Carrasco (Experto 6): Departamento de Atención Psicosocial en Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (España).

El proceso de validación estaba formado por un total de 5 envíos, siendo el último el material de los Anexos. En la última página de cada envío disponían de un espacio para realizar una valoración global del mismo.

Los envíos se realizaban cada lunes. El plazo para enviar las aportaciones era de una semana (domingo siguiente). En caso de no poder cumplir alguno de los plazos se debía comunicar para ser tenido en cuenta por los responsables. A continuación, en la Tabla 4.2, se recogen las fechas de los envíos:

**Tabla 4.2**

*Fechas de los envíos para la validación.*

<b>Envío</b>	<b>Fecha del envío</b>	<b>Fecha fin valoración</b>
1	21 de enero del 2019	27 de enero del 2019
2	28 de enero del 2019	3 de febrero del 2019
3	4 de febrero del 2019	10 de febrero del 2019
4	11 de febrero del 2019	17 de febrero del 2019
5 (anexos)	18 de febrero del 2019	24 de febrero del 2019





La validación ha resultado muy útil para el programa. Contar con diferentes puntos de vista de los expertos/as entorno a al programa ha resultado muy favorable y beneficioso. Se han realizado diversas modificaciones en el Manual.

#### **4.1.1.5. Modificaciones**

A continuación, se exponen algunas de las aportaciones realizadas por los expertos y las modificaciones realizadas en el diseño del Manual.

##### **- ENVÍO 1**

El primer cambio que se realizó fue el subtítulo del Manual, pasando de “Programa de formación basado en el apoyo entre iguales” a “Formación para personas con problemas de salud mental basada en el apoyo entre iguales”.

Se establece como término general área denominar a las personas destinatarias de la formación como personas con problemas de salud mental.

Las tres pruebas que se realizan en la evaluación final se enmarcan dentro de evaluación de la situación cognitiva, en lugar de neuropsicológica.

##### **- ENVÍO 2**

Se perciben errores en el envío que discrepan con los descrito en el primer envío. La escala SLDS, pese a ser una prueba heteroadministrada, se decide que la realicen las personas participantes por sí mismas (autoadministrada). La puntuación mínima requerida en el MMSE se establece en 24 puntos.

Se desestima el uso del término paciente y se modifica por participantes.

Se delimitan el perfil de la persona que va a dinamizar la formación. Considerando perfiles adecuados el/la terapeuta ocupacional, el/la pedagogo/a, el/la psicólogo, el/la educador/a social o un/a experto/a por experiencia (persona con problemas de salud mental, que ha pasado por un proceso de recuperación satisfactorio, se ha formado y emplea sus capacidades, habilidades y experiencia para apoyar a otras en su proceso de recuperación)



Respecto al proceso de evaluación, parte muy importante del programa, según el Experto 1 *“Está claro y detallado”*.

- ENVÍO 3

En numerosas ocasiones se repite el término enfermedad mental, considerado inadecuado en el lenguaje de recuperación. Se cambia por problemas de salud mental.

*“En cuanto a la medicación, en mi opinión, le otorgáis demasiado peso”* (Experto 5) por lo que se eliminan algunas de las actividades relacionadas con el tratamiento farmacológico y se añaden nuevas otras sobre derechos humanos, tolerancia y autoestima.

- ENVÍO 4

El contenido de este envío ha sido muy bien valorado por el panel de expertos y expertas. *“De acuerdo con los temas, recursos y formas de implementación”* (Experto 4).

Se incluye una actividad para trabajar las habilidades de comunicación efectiva puesto que *“pueden resultar de gran utilidad para desempeñar el rol de Compañeros de Apoyo”* (Experto 5).

Los videos que se incluyen también resultan interesantes, *“Las situaciones me parecen muy buenas y útiles para pensar en el rol del compañero de apoyo”* (Experto 1)

- ENVÍO 5

El Envío 5, al contener sólo el material anexo del programa de formación (hojas de registro, cuaderno de observaciones, cuestionarios y test, consentimientos y compromisos, material de las actividades, informe final, diploma) no tuvo respuesta por ninguno de los seis expertos.



#### **4.1.1.6. Descripción final**

Con las valoraciones de los expertos/as se llevan a cabo las modificaciones del Programa. A continuación, se describen, de manera general, las diferentes actividades que se llevan a cabo en cada sesión.

En el Manual ¡ACOMPÁÑAME! (ANEXO I) se explican detalladamente cada una de ellas, así como las adaptaciones necesarias para cada entidad.

Previo a la Sesión 1, se lleva a cabo la Sesión 0 donde se formaliza la participación en la formación y se realiza la evaluación inicial de las personas participantes. Del mismo modo, después de la última sesión formativa (Sesión 12), se desarrolla la sesión de evaluación final (Sesión 13). Ambos apartados se explican de forma más precisa en el apartado 4, *Evaluación del programa*.

Se proponen actividades de carácter obligatorio y optativas, estas últimas aparecen con un asterisco (\*).

#### **Bloque I: Las entidades sociales**

Las 3 primeras sesiones se enmarcan en este bloque. La formación comienza con una introducción a la misma, la presentación entre los participantes y la profundización en el conocimiento de la entidad donde posteriormente deberán desempeñar las funciones de el/la compañero/a de apoyo.

##### **SESIÓN 1: Quien soy**

Durante la primera sesión (Tabla 4.3) se presenta el programa ¡ACOMPÁÑAME! y las personas participantes se conocen. Se establecen las normas básicas para el adecuado desarrollo de la formación y se realiza una actividad para romper el hielo entre los/as compañeros/as.



**Tabla 4.3**

*Descripción Sesión 1.*

<b>Actividades</b>	<b>Duración Estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
1.1	15-20 minutos	Introducción. Qué es ¡ACOMPÁÑAME!	Hoja 1, 2 y 3
1.2	20 minutos	Presentación de los/as participantes y sus expectativas del programa.	Hoja 2
1.3	10-15 minutos	Establecer, conjuntamente, las normas básicas para la formación.	Cartulina y rotulador
1.4	15-20 minutos	En parejas, contar lo que siempre soñaban de pequeños/as.	
1.5	15-20 minutos	Conversación recordando el primer día que llegaron a la entidad	

SESIÓN 2: La entidad donde participo.

En esta sesión (Tabla 4.4) se profundiza en el conocimiento de la entidad: instalaciones, servicios, profesionales, servicios del entorno... La entidad es el lugar donde posteriormente van a desempeñar las funciones de el/la compañero/a de apoyo.



**Tabla 4.4**

*Descripción Sesión 2*

<b>Actividades</b>	<b>Duración Estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
2.1	15 minutos	Qué es una asociación/fundación	Hoja 4 o 5
2.2	20-30 minutos	Identificar las salas, sus usos, los profesionales que suelen estar ahí y las normas de funcionamiento.	Planos de las instalaciones (Hoja 6)
2.3	30 minutos	Servicios de la entidad y funciones de los/as profesionales.	PCs / Pizarra, cartulina o rollo de papel. Hoja 7
2.4	20 minutos	Servicios que puedo encontrar en el entorno.	Hoja 7

**SESIÓN 3: Veo en 360°**

En la sesión 3 (Tabla 4.5) se realiza una introducción a los vídeos en 360°, uno de los elementos más novedosos de que incluyen en el programa. Además, se les propone grabar un video donde ellos/as muestren la entidad.



**Tabla 4.5**

*Descripción Sesión 3*

<b>Actividades</b>	<b>Duración Estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
3.1	Variable	Comprar o hacer unas gafas de realidad virtual	Gafas de realidad virtual
3.2	Variable (20-30 minutos)	Explicación e introducción a los videos en 360°	Gafas de realidad virtual, Smartphone y video 1.
3.3	40 minutos	Grabar un vídeo donde se presentan y muestran la entidad.	Smartphone o cámara y PC.

**Bloque II: La recuperación**

Este bloque comprende las sesiones 4, 5 y 6. En ellas se trabaja el proceso de recuperación de cada persona, las estrategias para superar obstáculos, la importancia de la medicación y se profundiza en el conocimiento de otras patologías.

**SESIÓN 4: Mi recuperación**

Durante la sesión 4 (Tabla 4.6) los/as participantes comienzan a indagar en su proceso de recuperación, qué factores apoyan este proceso y qué pates comunes se pueden identificar en todas las historias, para después escribir la suya propia. De manera optativa, se recomienda disponer de *Ozobot*, un robot auto-programable, otro de los elementos novedosos que incluye la formación.



**Tabla 4.6**

*Descripción Sesión 4.*

<b>Actividades</b>	<b>Duración estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
4.1*	20 minutos	Presentación de <i>Ozobot</i> y dibujo de mi recorrido de recuperación.	<i>Ozobot</i> , folios, rotulador negro.
4.1	10 minutos	Identificar en un eje cronológico los acontecimientos más relevantes para su vida	Hoja 8
4.2	15 minutos	Definición de recuperación	Hoja 9
4.3	30-40 minutos	Marco CHIME: factores que apoyan la recuperación	Hojas 10 y 11
4.4	35-45 minutos	Lectura de una historia de recuperación.	Hojas 12, 13 y 14
		Identificar partes comunes.	Hoja 15
		Escribir la propia historia.	Hoja 16

#### SESIÓN 5: Identifico y supero mis obstáculos

En esta sesión (Tabla 4.7) identificamos las estrategias que empleamos para superar los obstáculos que van apareciendo a lo largo de nuestro camino.



**Tabla 4.7**

*Descripción Sesión 5*

<b>Actividades</b>	<b>Duración Estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
5.1	10-15 minutos	Repaso, voluntario, de la historia personal que han escrito.	Hoja 16
5.2	20-30 minutos	Identificar factores desencadenantes de recaída y estrategias de afrontamiento.	Hoja 17
5.3	20-30 minutos	Importancia del autocuidado	Hoja 18 / PCs
5.4	10 minutos	Ejercicio de relajación	Música para relajarse
5.5	30 minutos	Sociodrama: barreras en la recuperación y estrategias de afrontamiento.	Hoja 19
5.1*	15 minutos	Dibujamos nuestro camino de recuperación identificando los obstáculos.	<i>Ozobot</i> , folios y rotulador negro.

**SESIÓN 6: Conozco más sobre otros problemas de salud mental**

Durante la sesión 6 (Tabla 4.8) se conocen otros problemas de salud mental. También se habla de la tolerancia, la autoestima, los derechos humanos y el tratamiento.





**Tabla 4.8**

*Descripción Sesión 6.*

<b>Actividades</b>	<b>Duración estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
6.1	15 minutos	Identifican situaciones donde son poco tolerantes y buscan soluciones	
6.2	30 minutos	Debate sobre el tratamiento farmacológico y representación de situaciones.	Folios
6.3	30 minutos	Dinámica para conocer otros problemas de salud mental	
6.4	15 minutos	Derechos de las personas con problemas de salud mental	Hoja 20
6.5	15 minutos	Qué es la autoestima y qué se puede hacer para mejorarla.	Hoja 21
6.1*	10 minutos	Escribir una nota con consejos para mi yo futuro.	Sobres, folios, internet, ordenador y video “Carta a mi yo del futuro”
6.2*	10 minutos	Psiquiatra habla sobre al importancia del tratamiento farmacológico.	Ordenador, internet y Vídeo “Medicación y Tratamiento en las Enfermedades Mentales”
6.3*	15-20 minutos	Cómic sobre un caso concreto de esquizofrenia, identificamos lo más importante.	Cómic: Más allá del mito. Mi día a día



### Bloque III: El apoyo mutuo

El bloque 3 está formado por las sesiones 7, 8 y 9. En ellas se trabajan las fortalezas; la definición de apoyo mutuo y su importancia; y cómo transmitir apoyo a otras personas.

#### SESIÓN 7: Mis fortalezas

En la séptima sesión (Tabla 4.9) identificamos nuestras fortalezas y aprendemos cómo podemos ayudar a otros/as a descubrir las propias.

**Tabla 4.9**

*Descripción Sesión 7*

<b>Actividades</b>	<b>Duración Estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
7.1	10-15 minutos	Escribir mis fortalezas	Hoja 22
7.2	20 minutos	Dinámica para identificar más fortalezas propias.	
7.3	30-40 minutos	Role playing: ayudamos a descubrir fortalezas a otros/as	
7.1*	15 minutos	Las fortalezas que ven en mí.	Folios
7.2*	15-20 minutos	El árbol de las fortalezas	Folios, rotulador negro y Ozobot.
7.3*	30 minutos	Lectura del cuento Vasijas de agua	Hojas 23 y 24

#### SESIÓN 8: Yo soy el apoyo

En esta sesión (Tabla 4.10) definimos el apoyo mutuo y a través de diferentes juegos de role playing identificamos su importancia y cómo podemos ofrecer apoyo.



**Tabla 4.10**

*Descripción Sesión 8*

<b>Actividades</b>	<b>Duración estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
8.1	20-30 minutos	Definición y conversación sobre el apoyo mutuo.	Hoja 25
8.2	30 minutos	Role playing: la importancia de recibir apoyo.	
8.3	40 minutos	Role playing: situaciones en las que tienen que ofrecer apoyo a otros/as.	

SESIÓN 9: Apoyo a mis compañeros/as

En la sesión 9 (Tabla 4.11) se trabaja cómo emplear la historia personal para ofrecer apoyo mutuo a otras personas.

**Tabla 4.11**

*Descripción Sesión 9*

<b>Actividades</b>	<b>Duración estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
9.1	20 minutos	Reformular términos negativos en conceptos positivos.	Hoja 26 y ordenador
9.2	30 minutos	Transmitir esperanza y uso de la historia personal.	
9.3	40 minutos	Utilizar su historia personal para proponer soluciones a las situaciones de los vídeos.	Gafas de realidad virtual y videos 2-6
9.4	5 minutos	Cosas positivas que podemos extraer de nuestras cicatrices	Ordenador y video "Cicatrices"



## **Bloque IV: El/la compañero/a de apoyo**

El bloque 4 se compone de 4 sesiones (10, 11, 12 y 13). En estas sesiones se describe detalladamente qué es un compañero/a de apoyo, sus funciones y sus límites. Se trabajan las habilidades de comunicación y se realizan simulaciones de su posterior desempeño como compañeros/as de apoyo.

### **SESIÓN 10: Mis funciones como compañero/a de apoyo**

En esta sesión (Tabla 4.12) se define qué es un compañero/a de apoyo, se describen sus funciones y se identifican los límites.

**Tabla 4.12**

#### *Descripción Sesión 10*

<b>Actividades</b>	<b>Duración estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
10.1	20-30 minutos	Qué es un/a compañero/a de apoyo	Cartulina o pizarra, tarjetas con frases. Hoja 27.
10.2	20 minutos	Funciones de los/as compañeros/as de apoyo	Hoja 27
10.3	20-30 minutos	Identificar los límites de los/as compañeros/as de apoyo	Hojas 28 y 29. Gafas de realidad virtual y videos 7-8
10.4	40 minutos	Lectura y representación del Marco de valores del apoyo mutuo	Hojas 30 y 31

### **SESIÓN 11: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (I)**

Durante la sesión 11 (Tabla 4.13) se trabajan las habilidades de comunicación (verbal y no verbal) necesarias para el desempeño de sus funciones. También se crea una comunidad de apoyo online para que sirva de soporte para los/as compañeros/as.



**Tabla 4.13**

*Descripción Sesión 11.*

<b>Actividades</b>	<b>Duración estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
11.1	30 minutos	Identificar errores en la comunicación verbal y proponer soluciones.	Gafas de realidad virtual o proyector y videos 9-12. Hoja 32.
11.2	20-30 minutos	Importancia de la comunicación no verbal y representación de situaciones “mudas”.	Folios. Hoja 33
11.3	20-30 minutos	Creación de una comunidad de apoyo para los/as compañeros/as	Ordenador. Hoja 34
11.4	20-30 minutos	Simulaciones sobre el primer contacto con el par receptor.	Hoja 35
11.1*	10 minutos	Dinámica del teléfono rallado	

#### SESIÓN 12: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (II)

En la sesión 12 (Tabla 4.14) se describe el protocolo de inserción en la entidad para los/as compañeros/as de apoyo, conocemos una experiencia similar de agentes de ayuda mutua y a través de varias simulaciones las personas participantes se desenvuelven como compañeros/as de apoyo.



**Tabla 4.14**

*Descripción Sesión 12*

<b>Actividades</b>	<b>Duración Estimada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
12.1	15 minutos	Protocolo de inserción de los/as compañero/a de apoyo	Hoja 36
12.2	20 minutos	Vídeo sobre una experiencia de compañeros/as de apoyo en los Servicios de Salud Mental de Andalucía.	Video “Ayuda mutua entre personas con enfermedad mental”
12.3	30 minutos	Simulaciones sobre posibles situaciones futuras.	
12.4	10 minutos	Repaso de las expectativas iniciales respecto a la formación.	Hoja 2
12.5	10 minutos	Repaso de sus fortalezas	Hoja 22
12.6		Cuestionarios de valoración del programa ¡ACOMPÁÑAME!	Cuestionarios de valoración
Final			Diplomas

**SESIÓN 13: Evaluación**

Durante la última sesión del programa se realizada, de manera individual, la evaluación final. Se lleva a cabo por dos evaluadores, uno interno (puede ser la persona dinamizadora) y uno externo (aconsejable un experto por experiencia). En ella se tiene en cuenta el proceso seguido durante la formación (evaluación continua), se vuelven a pasar los test de situación cognitiva (pos-test), se realiza una prueba de conocimientos y 3 dinámicas de role playing (presentación, representación y estudio de casos), además ambos evaluadores, teniendo en cuenta la evolución de cada participante y cómo se ha desenvuelto en la evaluación, puntúan el proceso. En el apartado 4, se describe detalladamente los procedimientos de evaluación.



#### 4.1.2. Programa *ACCOMPAGNAMI!*

Paralelamente al desarrollo de ¡ACOMPÁÑAME! en España, en colaboración de la Universtá degli Studi di Messina (Italia) y el Centro Neurológico “*Bonino-Pulejo*” de la ciudad de Messina, se elaboró un estudio piloto, *ACCOMPAGNAMI!* Este agrupa las características principales de la formación en una versión más reducida y adaptada a las necesidades y características del entorno socio-sanitario italiano.

#### Descripción del programa

El estudio piloto es una adaptación breve de la formación, en la Tabla 4.15 se recogen las similitudes y diferencias entre ambos programas.

**Tabla 4.15**

*Características ¡ACOMPÁÑAME! España vs. Italia.*

	<b>¡ACOMPÁÑAME! España</b>	<b>¡ACOMPANAGMI! Italia</b>
<b>Objetivo</b>	Formar en ayuda mutua y apoyo entre iguales a personas con SMD para que actúen como compañeros/as de apoyo en la recepción, proceso incorporación y adaptación de nuevas personas, así como en el acompañamiento en su proceso de recuperación.	
<b>Ámbito</b>	Social	Socio-sanitario
<b>Duración</b>	12 sesiones (más dos de evaluación). Sesiones de 90-120 minutos	6 sesiones (más una de evaluación) Sesiones de 30-40 minutos
<b>Evaluación</b>	Inicial, continua y final	Inicial y final

El programa se compone de un total de 7 sesiones (ver la descripción en la Tabla 4.16) con una duración de 30-40 minutos cada una. Todas las sesiones tienen una misma estructura: comienzan con una introducción sobre lo trabajado en la sesión anterior; se realizan las actividades propuestas y; se finaliza con una reflexión, individual y voluntaria, sobre los aspectos clave trabajados en la sesión.



La metodología, al igual que ¡ACOMPÁÑAME!, combina teoría y práctica. En las actividades se trabajan contenidos relacionados con la recuperación, el tratamiento farmacológico o el apoyo mutuo. Como principal estrategia metodológica se continúa empleando el role playing y se pretende la participación activa de todos/as los/as participantes. También se incluye la realidad virtual con videos en 360°.

**Tabla 4.16**

*Descripción de las sesiones*

<b>Sesión</b>	<b>Título</b>	<b>Nº Act.</b>	<b>Contenidos</b>
0	Valutazione		WHODAS 2.0  Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulti
1	Mi presento	4	Presentación del programa y de los participantes. Eje cronológico individual. Questionario sulla salute mentale positiva
2	Il mio recupero	4	El proceso de recuperación de cada uno. Partes comunes a todas las historias de recuperación.
3	So di più su altri problemi di salute mentale.	2	Los problemas de salud mental
4	Trattamento dei problemi di salute mentale	3	El tratamiento farmacológico. Role playing sobre posible situaciones de apoyo relacionadas con el tratamiento.
5	I miei punti di forza nel superare gli ostacoli	3	Fortalezas y estrategias de afrontamiento para superar los obstáculos. Decálogo de derechos.
6	Sono il vostro sostegno	3	Qué es el apoyo mutuo y su importancia.
7	Io do il mio sostegno.	2	Cómo apoyar a otras personas. Cuestionarios de evaluación.





## 4.2. Muestra

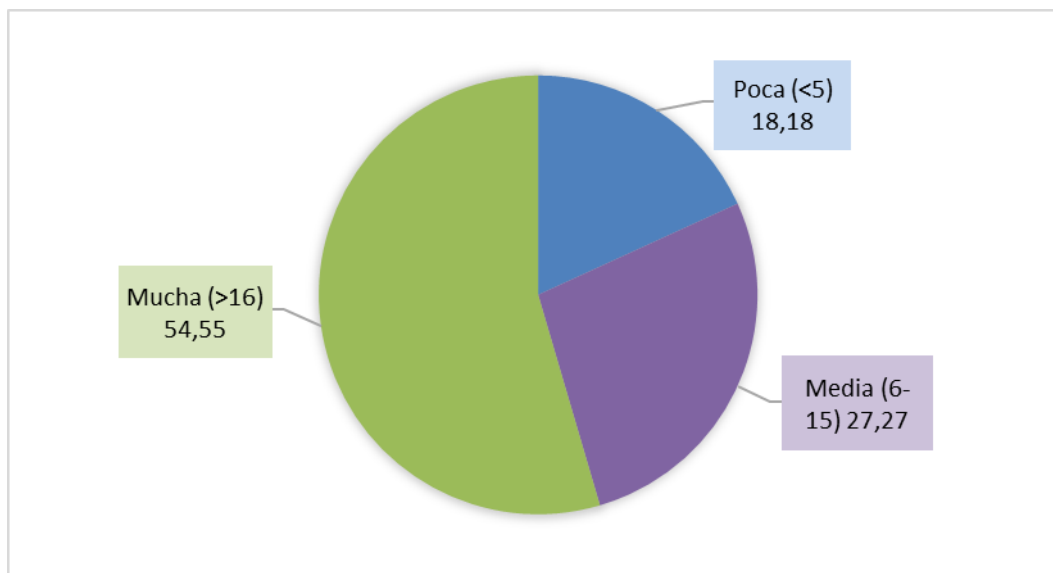
### 4.2.1. Implementación en España

En este primer análisis de resultados la muestra la conforman 11 personas pertenecientes a dos entidades sociales (Burgos y Madrid). En la Tabla 4.17, se describen los datos sociodemográficos (ciudad a la que pertenecen, sexo, edad, diagnóstico y años con enfermedad mental).

De las 11 personas participantes, 6 son de Burgos (54,5%) y 5 de Madrid (45,5%). Respecto al sexo, el 63,6% es masculino (7) y el 36,4% femenino (4). Las edades están comprendidas entre 36 y 57 años (Rango: 21), con una edad media de 45,91 años (Mediana 44, desviación típica 5,839). Los diagnósticos son múltiples, existiendo un total de 10 categorías diferentes. Asimismo, los años que llevan con la enfermedad mental van desde los 4 a los 34 años (Rango: 30) siendo la media 19,64 años (Mediana 19).

**Figura 4.3**

*Experiencia con la enfermedad mental*



Los diagnósticos son múltiples, existiendo un total de 10 categorías diferentes. Del mismo modo, los años que llevan con la enfermedad mental van desde los 4 a los 34 años (Rango: 30) siendo la media 19,64 años (Mediana 19). En la Figura 4.3 se ha



agrupado a las personas participantes en 3 rangos según los años de experiencia con la enfermedad mental.

**Tabla 4.17**

*Descripción de la muestra en España*

<b>Participante</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Años con EM</b>
1B	Burgos	F	49	Trastorno bipolar	19
2B	Burgos	F	50	Depresión y ansiedad	23
3B	Burgos	F	36	Bipolar esquizoafectivo	4
4B	Burgos	M	52	Esquizoafectivo tipo bipolar tipo 1 (esquizofrenia)	33
5B	Burgos	F	42	Trastorno de la conducta alimentaria / Bipolar esquizoafectivo	29 / 10
6B	Burgos	M	41	Trastorno esquizo-afectivo con esquizofrenia paranoide y falta de insight. Patología dual	5
7M	Madrid	M	47	Esquizofrenia Paranoide	28
8M	Madrid	M	43	Trastorno de Personalidad Mixto	15
9M	Madrid	M	44	Esquizofrenia Paranoide	21
10M	Madrid	M	57	Trastorno Psicótico Residual inducido por sustancias psicóticas	34
11M	Madrid	M	44	Trastorno de Ansiedad Generalizada	15



#### 4.2.2. Implementación en Messina

La primera estancia en la Università degli Studi di Messina se realizó durante los meses de julio y agosto del 2018, donde se inició la colaboración con el Centro Neurolesi Bonino Pulejo. Se llevó a cabo la construcción del estudio piloto teniendo en cuenta las características y funcionamiento del centro, así como las necesidades de los participantes potenciales. Durante la segunda estancia, octubre 2019, el programa *ACCOMPAMAGMI!* fue revisado y finalmente implementado a principios del 2020.

La muestra está formada por 4 personas que acuden al Centro Neurolesi “Bonino-Pulejo” (Messina). Son dos hombres y dos mujeres con edades comprendidas entre los 23 y los 51 años, con una media de 33,5 años (Mediana 30). Cada una de ellas presenta un diagnóstico diferente en salud mental (Trastorno por consumo de sustancias; Trastorno esquizoafectivo; Trastorno ansioso-depresivo; Trastorno del Espectro Autista - Autismo). Los años que lleva cada persona con la enfermedad mental oscilan entre los 4 y los 8 años, siendo la media 6 (Mediana 6). En la Tabla 4.18 se recogen los datos sociodemográficos de las personas participantes.

**Tabla 4.18**

*Descripción de la muestra*

Participante	Sexo	Edad	Diagnóstico	Años con EM
1	F	27	Trastorno por consumo de sustancias	4
2	M	33	Trastorno esquizoafectivo	8
3	F	51	Trastorno ansioso-depresivo	7
4	M	23	Trastorno del Espectro Autista - Autismo	5

#### 4.3. Evaluación de los programas

La evaluación del proyecto es indispensable para poder valorar su funcionamiento e impacto.



En el planteamiento realizado para España, los instrumentos de evaluación cualitativos y cuantitativos, tanto de los participantes como de la formación, también los podemos organizar según su momento de aplicación:

- INICIAL

Previo al inicio de la formación (Sesión 0), se realizan 3 test estandarizados: Mini Mental State Examination (MMSE), Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS) y Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LPS).

Estas pruebas se emplean para conocer la situación cognitiva inicial de las personas que van a participar en el programa. Además, la puntuación obtenida en el MMSE es un criterio en la selección de los participantes y se requiere un mínimo de 24 puntos para poder asistir a la formación.

Señalar que, aunque las 3 pruebas, según sus instrucciones de aplicación, deben ser heteroadministradas, se ha decidido que los test SLDS y LSP sean autoadministrados por los propios participantes. Consideremos que las pruebas son completamente factibles para ser respondidas de forma individual y, que disponen de las habilidades y capacidades necesarias para ello. El contenido se ha adaptado según las pautas de lectura fácil para favorecer este proceso. De esta forma creemos que, también, favorecemos su autonomía.

El MMSE, sigue las indicaciones pertinentes y será administrado por una persona con formación, preferiblemente el/la psicólogo/a o pedagogo/a de la entidad.

Estas tres pruebas se realizan de nuevo al finalizar la formación (Sesión 13). Esta técnica pretest-posttest nos permite valorar los cambios, si los hubiera, en la situación cognitiva de las personas participantes.

- CONTINUA

La evaluación continua se realiza tanto de los participantes como del programa de formación.

Por un lado, respecto a los participantes, la persona encargada de dinamizar la formación, después de cada sesión evalúa individualmente a cada uno/a según 4 ítems (actitud, participación, comportamiento y colaboración con el grupo) en una escala tipo



Likert del 1 al 5. También realiza observaciones sobre cómo se han desarrollado los participantes durante la sesión.

Por otro lado, en relación al programa, al finalizar cada sesión, el/la dinamizador/a puntúa del 1 al 5 las actividades realizadas y anota las observaciones que considere pertinentes al respecto.

- FINAL

Como se ha mencionado anteriormente, se vuelven a administrar (postest) las 3 pruebas estandarizadas (MMSE, SLDS y LPS) para valorar si la formación genera cambios en la situación cognitiva de los participantes.

Además, deben superar otras pruebas específicas de evaluación para conseguir la calificación “Apto” que les certifica para desenvolverse como compañeros/as de apoyo. Estas pruebas son:

- Evaluación de conocimientos: cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos durante la formación.
- Evaluación de habilidades y destrezas:
  - o Role playing: representar posibles situaciones futuras. Se evalúan siguiendo una rúbrica.
  - o Estudio de casos: dar respuesta a situaciones planteadas. Se dispone de una rúbrica para su valoración.
- Evaluación subjetiva: valoración emitida por las personas que están llevando a cabo la evaluación, teniendo en cuenta el proceso seguido durante la formación, avances individuales, actitud, observaciones recogidas...

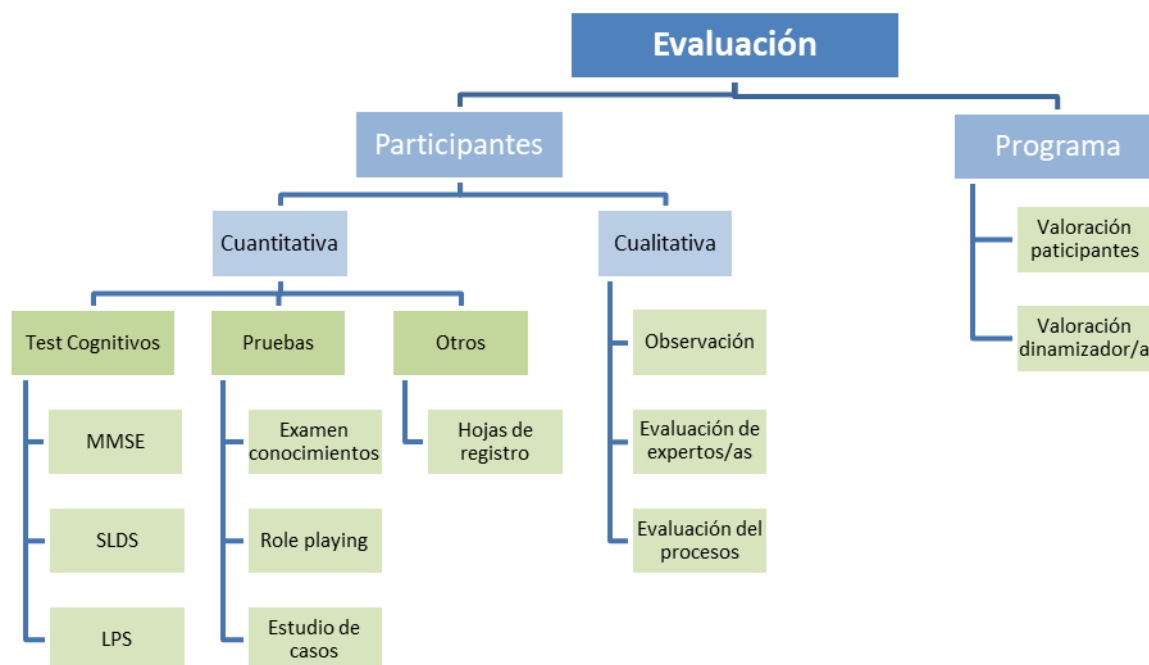
Finalmente, tanto el/la dinamizador/a como los/as participantes, responden a un cuestionario de valoración del programa.

En la experiencia italiana, el proceso de evaluación emplea tres pruebas psicométricas (WHODAS 2.0; Medida de los síntomas transversales de nivel 1 – Adultos; Cuestionario salud mental positiva) que se administran siguiendo la técnica test-restes. Las personas participantes deben responder a los test antes de iniciar el proceso formativo y al finalizar el programa.



**Figura 4.4**

*Descripción de la evaluación en España*



La evaluación que se lleva a cabo en España, se divide, por un lado, en la evaluación de la formación y, por otro, evaluación de las personas participantes (Figura 4.4). A continuación, se describe de forma detallada el proceso de evaluación.

### **4.3.1. Evaluación de la formación (España)**

La evaluación referida a la formación se divide en dos partes, por un lado, la valoración de las diferentes actividades realizadas y, por otro lado, una valoración final del programa en su conjunto.

#### **4.3.1.1. Valoración de las actividades**

Sirviendo de evaluación continua para el programa de formación, después de cada sesión el/la dinamizador/a debe completar la hoja de registro correspondiente (ANEXO



I del Manual ¡ACOMPÁÑAME!), señalando las actividades que han realizado y valorando cada una de ellas (Figura 4.5).

**Figura 4.5**

*Tabla de registro para cada sesión*

SESIÓN 4: Mi recuperación						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 4.1	Mi <i>Ozobot</i>	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.1	Mi eje cronológico	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.2	Qué es la recuperación	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.3	¿Qué apoya o favorece mi recuperación?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.4	Mi historia de recuperación.	1	2	3	4	5
Observaciones:						

Disponen de una tabla para cada sesión, donde se deben marcar con un aspa (X) las actividades que se han realizado y valorarlas en una escala tipo Likert del 1 al 5 (siendo 1 muy baja y 5 muy alta). También, dispone de un espacio de observaciones para realizar las anotaciones que considere relevantes respecto a: estructura, tiempo, materiales, actividades, etc.

En el caso de que desee anular la respuesta hágalo rodeando con un círculo la respuesta que desee anular (⊗), después anote la nueva respuesta.

#### 4.3.1.2. Valoración final del programa

La valoración final del programa la realizan el/la dinamizador/a y los/as participantes a través de dos cuestionarios (ANEXO II del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) que nos ayudarán a identificar las fortalezas y debilidades de la formación.



El cuestionario para el/la dinamizador/a incluye preguntas cerradas, que se deben responder en una escala tipo Likert del 1 (muy baja) al 5 (muy alta) y preguntas abiertas.

Las personas participantes valoran el programa de formación contestando a un cuestionario, compuesto por 2 preguntas cerradas y el resto abiertas. Dejamos a los/as participantes reflexionar sobre el curso y contestar. Consideramos que las preguntas abiertas nos pueden trasladar más información, desde su punto de vista, respecto a los puntos fuertes y posibles mejoras de la formación.

#### **4.3.2. Evaluación de las personas participantes (España)**

El proceso de evaluación diseñado para las personas que participan en la formación lo organizamos según el momento de Aplicación: inicial, continua y final.

##### **4.3.2.1. Evaluación inicial**

En este primer momento de la evaluación se evalúa la situación neuropsicológica de las personas que van a participar en la formación.

Tras una exhaustiva revisión y análisis de las posibles pruebas que se podían emplear, consideramos que las seleccionadas son las más apropiadas en esta formación, ya que se dirigen, principalmente, al colectivo de personas con problemas de salud mental, su duración no es demasiado extensa y su aplicación resultará sencilla para profesionales que puedan tener conocimientos en este tipo de pruebas, pero no sean especialistas en ello.

Para evaluar la situación en la que se encuentran los/as participantes antes de iniciar la formación, se van a emplear los siguientes test:

- Mini Mental State Examination (MMSE): se trata de un examen para la valoración de las funciones cognitivas y el estado mental en adultos (Folstein et al., 1975). Adaptación española del Mini Examen del Estado Mental Lobo et al., (2002). Consta de 30 ítems que evalúa las siguientes áreas: orientación temporal,





orientación espacial, fijación, atención-cálculo, recuerdo diferido y lenguaje. La puntuación máxima es de 30 puntos.

Normas de aplicación: la prueba se debe administrar en un ambiente tranquilo y con un estilo conversacional. Se necesita papel y lápiz.

Corrección e interpretación: se puntúa en función del número de aciertos en cada prueba, indicando las puntuaciones altas un mejor funcionamiento cognitivo. Se requiere una puntuación mínima de 24 para la participación en el programa.

- Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS): escala de autoevaluación de la calidad de vida compuesta por 15 ítems (Baker y Intagliata, 1982). Cada ítem tiene 7 posibilidades de respuesta con imágenes de caras, que manifiestan desde agrado a total desagrado. La escala evalúa los sentimientos del paciente, según su situación actual, en 4 áreas: seguridad, pertenencia y realización (Carlson et al., 2009).

Normas de aplicación: aunque se trata de una prueba heteroadministrada, en este caso se ha optado por la autoaplicación ya que, se considera que las personas que la van a realizar disponen de las habilidades y capacidades necesarias para ello. El contenido se ha adaptado según las pautas de lectura fácil para favorecer este proceso. La persona señala con qué cara se identifica más en cada pregunta. No hay tiempo límite para su finalización.

Corrección e interpretación: la suma de las puntuaciones de los ítems proporciona una puntuación global, indicando los valores altos mayor satisfacción.

- Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana (Life Skill Profile - LPS): instrumento para valorar las actividades de la vida cotidiana (Burgés et al., 2007). Es una escala heteroadministrada, formada por 39 ítems y se compone de 5 subescalas: Auto Cuidado, Comportamiento Social Interpersonal, Comunicación-Contacto. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto) (Rosen, Hadzi-Pavlovic y Parker, 1989).

Normas de aplicación: aunque se trata de una prueba heteroadministrada, en este caso también se ha optado por la autoaplicación; los criterios de la decisión son los mismos que en el caso anterior: habilidades y competencias del usuario/a. El contenido se ha adaptado según las pautas de lectura fácil para favorecer este proceso. No hay tiempo límite para su finalización.



Corrección e interpretación: Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Los valores se encuentran entre 39 (mínimo) y 156 (máximo).

El material necesario para realizar estas pruebas de evaluación está en el ANEXO III del Manual ¡ACOMPÁÑAME!.

Estos test sirven para la inclusión o exclusión de los/as participantes en el programa de formación. Deben ser administrados, corregidos e interpretados por profesionales de la salud mental, preferiblemente con formación en su uso. Recomendamos que sea el/la psicólogo/a o pedagogo/a de la entidad y/o la persona que va a dinamizar el programa de formación (si tiene formación en ello) quienes los apliquen.

Para realizar las pruebas es imprescindible que el/la evaluador/a (Moreno-Rosset, 2005):

- Familiarizarse con las pruebas.
- Preparar adecuadamente el lugar donde se van a aplicar.
- Crear un ambiente y *rapport* adecuados.
- Preparar los materiales necesarios.
- Explicar el propósito de la evaluación y como se va a utilizar la información obtenida.
- Seguir estrictamente las normas de aplicación.
- Corregir las pruebas según las indicaciones.
- Cumplir con las obligaciones éticas y deontológicas.

#### **4.3.2.2. Evaluación continua**

Para la evaluación continua de los participantes, después de cada sesión el/la dinamizador/a debe:

- valorar a las personas participantes según 4 ítems y,
- anotar observaciones sobre los/as participantes en el desarrollo de la sesión.



a) Hojas de registro

En las hojas de registro (ANEXO V del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) se recoge todas las sesiones y se debe valorar, de forma individual, el desarrollo de cada participante durante la sesión según 4 ítems:

- A: Actitud.
- P: Participación.
- C: Comportamiento y
- CG: Colaboración con el grupo.

**Figura 4.6**

*Tabla valoración de los participantes*

Participante	SESION 1			
	A	P	C	CG

Cuaderno de observaciones La valoración se realiza según una escala tipo Likert del 1 (muy baja) al 5 (muy alta).

Se pueden completar de forma manual después de cada sesión (Figura 4.6) o, directamente, en el Excel para posteriormente disponer, en la evaluación final, de la puntuación total obtenida por cada participante.

También disponen de un cuaderno de observaciones sobre los/as participantes (ANEXO VI del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) para realizar anotaciones respecto a cómo se han desarrollado durante la sesión. Por ejemplo: *todos han participado muy bien durante toda la sesión; Hoy María, ha faltado a la primera actividad porque tenía médico a primera hora y ha llegado un poco nerviosa; ...* Es importante señalar, que toda esta información será muy relevante en el proceso final de evaluación.



#### **4.3.2.3.Evaluación final**

La evaluación final de los/as participantes sirve para certificar si la persona es apta, o no, para su desempeño como compañero/a de apoyo. En ella se deberán implicar dos personas:

- Evaluador/a interno. Se entiende por esta figura la persona que ha estado implicada en el proceso de implementación del programa ¡Acompáñame! Pueden cumplir esta función: la persona responsable de la dinamización de las sesiones, gestor de la organización, profesional... siempre que se hayan implicado en el desarrollo de la formación.
- Evaluador/a externo. Se entiende esta figura como una persona con conocimiento de las funciones que debe desempeñar una vez finalizada la formación pero que no han tenido contacto previo con las personas participantes en el curso. Pueden cumplir esta función: profesionales de la organización, personas formadas como “experto por experiencia” no implicadas en la fase formativa, familiares, empresarios... siempre que cumplan el criterio de conocimiento de las funciones a realizar por los participantes.

En nuestra opinión, uno de los dos perfiles (evaluador interno o externo) debería ser cubierto por un experto por experiencia (una persona con problemas de salud mental que ha recibido formación y se encuentra desarrollando la función en alguna organización). Si la entidad no dispone de este perfil puede invitar a un experto de otra entidad.

Los expertos participantes deberán seguir el proceso que se indica a continuación que se compone de: A) recopilación de valoraciones realizadas durante el proceso de formación y B) desarrollo de pruebas específicas para la valoración final.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos a seguir y se aportan los materiales necesarios.

##### **a) Evaluación del proceso seguido**

La valoración de este apartado que supone el 30% de la evaluación final se obtiene de las puntuaciones aportadas en las hojas de registro y el cuaderno de observaciones sobre



los participantes. Además, se debe tener en cuenta si la persona ha participado, al menos, en el 80% en las sesiones de la formación.

La calificación máxima que se puede obtener en las hojas de registro es de 180 puntos. La mínima requerida para aprobar, en este apartado, es de 90 puntos.

Recordamos que se ha facilitado una base en Excel y las hojas de registro. La base de datos aporta la suma total automáticamente. En el caso de haber completados las hojas a mano se deberá realizar la suma por parte de los evaluadores.

En la Tabla 4.19 se describe cómo se debe evaluar, siempre teniendo en cuenta el cuaderno de observaciones. La puntuación final obtenida en este apartado se anota en el Acta final (ANEXO VIII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) en el apartado “evaluación del proceso seguido”.

**Tabla 4.19**

*Valoración del proceso seguido*

<b>PROCESO SEGUIDO</b>			<b>Puntuación final</b>
	<b>Puntuación hojas de registro</b>	<b>Cuaderno de observaciones</b>	
	Participación menor al 80%		
No apto	Menos de 75 puntos		0-10
	75-90 puntos	Observaciones negativas	10-14
	Participación superior al 80%		
Apto	75-90 puntos	Observaciones positivas	15
	90-120 puntos		15-20
	120-150 puntos		20-25
	150-180 puntos		25-30

**b) Evaluación situación cognitiva**

Se vuelven a pasar los test neuropsicológicos: Mini Mental State Examination; Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida; Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana (ANEXO III del Manual ¡ACOMPÁÑAME!).



En el Acta final (ANEXO VIII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) se marca en la casilla puntuación obtenida si ha habido, o no, variaciones neuropsicológicas, según los test, en el/la participante.

### c) Evaluación de conocimientos adquiridos

Cuestionario para la evaluación de los conocimientos finales de los /as participantes respecto a los contenidos de la formación.

El cuestionario de Evaluación de contenidos I consta de 10 preguntas (cerradas y abiertas).

La puntuación obtenida supone el 20% de la evaluación final. La puntuación máxima del cuestionario es 20 y se requiere una puntuación mínima de 7 puntos para que sea apto. En caso contrario se deberá realizar el cuestionario de Evaluación de contenidos II. La puntuación de cada participante se anota en el Acta final.

Para la corrección, se deben seguir las indicaciones de la Tabla 4.20.

**Tabla 4.20**

*Indicaciones para la corrección del cuestionario*

<b>Tipo de pregunta</b>	<b>Respuesta correcta</b>	<b>Respuesta incorrecta</b>
Cerrada	2 puntos	0 puntos
Abierta	1/3 correcta – 0,6 puntos	
	2/3 correctas – 1,3 puntos	
	3/3 correctas – 2 puntos	

### d) Role playing

Para la valoración de los role playing, así como del estudio de casos, se dispone de una plantilla donde se recogen las puntuaciones de los diferentes apartados (Figura 4.7).



**Figura 4.7**

*Plantilla de valoración*

<b>Participante:</b>			<b>TOTAL</b>
		<b>Puntuación</b>	
<b>Role playing: presentación</b>			
Presentación: se presenta adecuadamente diciendo su nombre, sus funciones y sus límites.			
Indica las instalaciones y explica servicios			
Señala a los compañeros/as y a los profesionales que trabajan en la entidad			
Establece una relación empática con el receptor: ayuda al receptor a abrirse e intenta conocerle y saber más de él/ella			
Comunicación: tanto la comunicación verbal como no verbal son adecuadas.			
<b>Role playing: representación</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	

- Presentación

De manera individual, cada compañero/a de apoyo debe presentarse, es decir, simular el primer contacto con el par receptor de la ayuda. Uno/a de los/as evaluadores/as u otro/a compañero/a puede actuar como par receptor de la ayuda.

Este apartado tiene un peso del 10% en la evaluación final, y al igual que el resto de apartados debe ser aprobado (5) en una puntuación de 0 a 10.

Para valorar la presentación se disponen de 5 ítems que pueden ser evaluados con: 0 (nada); 0,5; 1; 1,5 o 2 (perfecto). Las puntuaciones se anotan en la Plantilla para la valoración (ANEXO VII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!). La nota total se anota en el Acta final (ANEXO VIII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!)

A continuación, se expone un ejemplo de una buena actuación de presentación por parte del compañero/a de apoyo:

*Ejemplo: ¡Hola! Soy Isabel, tu compañera/a de apoyo y junto con David, el psicólogo de la entidad, somos tus profesionales de referencia. Yo, como tú, tengo un problema de salud mental, en realidad todos los que estamos aquí lo tenemos, así que no te sientas raro o mal por ello.*



*Si quieres, te enseño las instalaciones, vamos conociendo al resto de compañeros y profesionales y así nos vamos conociendo.*

*Este es el taller de confección, ella es Ana, la profesional encargada y ellos son: Juan, Pablo, Elena...*

*Mis funciones como compañero/a de apoyo van a ser apoyarte y ayudarte en lo que pueda, cuando necesites hablar o simplemente dar un paseo en el descanso. Al fin y al cabo, yo también he pasado por esto y tal vez, mis consejos y experiencias puedan aportarte en tu proceso de recuperación.*

#### - Representaciones

Cada participante debe resolver 2 situaciones que se le planteen, basada en posibles actuaciones futuras como compañero/a de apoyo. Uno de los/as evaluadores/as u otro/a compañero/a puede actuar como par receptor/a de la ayuda.

Cada representación se evalúa según 5 ítems que se puntúan con: 0 (nada); 0,5 o 1 (perfecto). Las notas se recogen en la Plantilla para la valoración (ANEXO VII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!). La puntuación final, que supone el 10% de la evaluación final, es la suma de ambas calificaciones obtenidas en cada representación y se debe anotar en el Acta final (ANEXO VIII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!).

Se proponen las siguientes situaciones (se pueden añadir otras según las funciones que van a desempeñar los compañeros/as de apoyo en cada entidad):

- a) Notas que el par receptor/a está triste y cabizbajo, ¿cómo actúas?
- b) El/la par receptor/a te cuenta que la nueva medicación no le sienta bien y quiere dejarla, ¿qué haces?
- c) El/la par receptor/a te cuenta que se pone muy nervioso/a cada vez que tiene que acudir al psiquiatra.
- d) El/la par receptor/a habla de su aislamiento, le cuenta que desde que le diagnosticaron el problema de salud mental no ha vuelto a salir con su grupo de amigos.
- e) El/la par receptor/a está muy desanimado, sólo habla de sus problemas...





### **e) Estudio de casos**

En este apartado de la evaluación final (15% del total) cada participante, debe dar la respuesta que considere más adecuada a 2 situaciones que se le planteen aleatoriamente.

En cada situación se evalúan 5 ítems en la Plantilla para la valoración (ANEXO VII). La nota que se puede dar a cada uno ítem es: 0 (nada); 0,5; 1 o 1,5 (perfecto). La puntuación total es la suma de la valoración de ambas situaciones y se debe anotar en el Acta final (ANEXO VII). Para que el apartado esté aprobado la puntuación final debe ser igual o superior a 10 puntos.

Las situaciones que se proponen son las siguientes (se pueden añadir otras según las funciones que van a desempeñar los compañeros/as de apoyo en cada entidad):

- a) El/la par receptor/a te pide que le acompañes al médico. Describe brevemente cómo actuarías.
- b) El/la par receptor/a te dice que ha dejado de tomar la medicación, pero te pide que no se lo cuentes a nadie. Describe cómo actuarías.
- c) Se establece una buena relación entre el/la compañero/a de apoyo y el/la par receptor/a, este además de un apoyo en la entidad lo considera su mejor amigo/a y todos los fines de semana le llama para quedar. Describe cómo actuarías.
- d) El/la par receptor/a le cuenta que hace mucho que no sale con su grupo de amigos, ya que no saben lo de su problema de salud mental y no quiere contarlo. ¿Qué le dirías?

### **f) Valoración de expertos**

La valoración de expertos la realizan ambos evaluadores/as. Entendemos que esta puntuación es de carácter subjetivo. Se deben tener en cuenta los avances individuales durante la formación (conocimientos y psicológico), las actitudes, participación y demás ítems que se han recabado en las hojas de registro (ANEXO V). Además de las observaciones recogidas a lo largo de las sesiones (ANEXO VI) y cómo se ha desarrollado cada participante durante el desarrollo de las actividades de evaluación.



Debe ser una puntuación comprendida entre 0 y 15 puntos, consensuada por ambos evaluadores. Este apartado supone el 15% del total de la evaluación final y debe ser aprobado con 10 o más puntos.

### **g) Acta final**

El acta final (ANEXO VIII del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) recoge todas las pruebas de evaluación, es cumplimentada por ambos evaluadores/as y determina si la persona es apta, o no, para su desempeño como compañero/a de apoyo.

En primer lugar, se debe cumplimentar el apartado “Variaciones clínicas significativas” marcando si el/la participante ha sufrido alguna crisis y/o brote durante la formación y no le ha permitido continuar. En caso de marcar “Si”, la persona queda excluida del proceso de evaluación final. Los/as evaluadores/as pueden añadir indicaciones/recomendaciones que consideren convenientes para la persona (por ejemplo, repetir la formación la próxima vez que se realice). Finalmente, se marca la casilla “No apto”.

Durante el desarrollo de las pruebas de evaluación se han ido cumplimentando los apartados del Acta Final con las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas.

Además, en esta hoja disponen de un apartado para rellenar con las indicaciones/recomendaciones para los/as compañeros/as de apoyo.

En último lugar, los/as evaluadores/as deben determinar si la persona evaluada es apta, o no, para desenvolverse como compañero/a de apoyo marcando la casilla correspondiente. Al final de la hoja escriben el lugar y la fecha de la sesión de evaluación, así como el nombre y la firma de ambos evaluadores/as.

Si todos los apartados de la evaluación final (Tabla 4.21) alcanzan la valoración crítica (puntuación mínima para aprobar cada apartado) y por ende, la puntuación total también está aprobada, significa que la persona es apta para desempeñar sus funciones como compañero/a de apoyo, ya que ha adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para ello.



**Tabla 4.21**

*Pruebas de la evaluación final*

<b>Prueba</b>	<b>Valoración crítica</b>	<b>Peso en la valoración final</b>
Evaluación psicológica	Si	----
Hojas de registro	15 puntos	30%
Evaluación de los conocimientos	7 puntos	20%
Role playing. Presentación	5 puntos	10%
Role playing. Representación	5 puntos	10%
Estudio de casos	10 puntos	15%
Evaluable externos	10 puntos	15%
<b>TOTAL</b>	<b>52 puntos</b>	<b>100%</b>

Finalmente, ambos evaluadores firman el acta final y entregan a el/la participante el informe final (ANEXO XIV del Manual ¡ACOMPÁÑAME!) indicando si es apto o no para desempeñarse como compañero/a de apoyo y las indicaciones/recomendaciones que consideren pertinentes.

**4.3.3. Evaluación de la experiencia italiana**

Uno de los puntos fuertes del programa ¡ACOMPÁÑAME! entendemos que es su evaluación. En este caso, se seleccionaron otras pruebas de evaluación inicial y final (pretest y postest), orientadas por el experto en psiquiatría Dr. Cedro. Del mismo modo, estas pruebas tienen el fin de comprobar si, esta adaptación de la formación, mejora el bienestar psicológico de las personas participantes. Las pruebas estandarizadas que se han seleccionado para la evaluación son:

- WHODAS 2.0: es un instrumento de evaluación genérico y práctico, que capta el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida: comprensión y comunicación; capacidad para moverse en su alrededor –entorno-; cuidado personal; relacionarse con otras personas; actividades de la vida diaria y;



participación en la sociedad. El cuestionario consta de 36 ítems que incluyen preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. La persona debe responder según la dificultad que ha tenido los últimos 30 días para realizar las actividades, siendo las posibles respuestas: ninguna; leve; moderada; severa y; extrema o no puede hacerlo (World Health Organization, 2010).

- Medida de los síntomas transversales de nivel 1 – Adultos: es una medida puntuada por el paciente que evalúa los dominios de salud mental que son importantes en los diagnósticos psiquiátricos. Consiste en 23 preguntas que evalúan 13 dominios psiquiátricos, incluyendo la depresión, la ira, la manía, la ansiedad, los síntomas somáticos, las ideas suicidas, la psicosis, los problemas de sueño, la memoria, los pensamientos y los comportamientos repetitivos, la disociación, el funcionamiento de la personalidad y el consumo de sustancias. Cada ítem interroga sobre cuanto (o con qué frecuencia) el individuo ha presentado un síntoma específico durante las dos semanas anteriores. Cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos: 0 - nada o ninguno; 1 - raro o ligero, menos de un día o dos; 2 = leve o varios días; 3 — moderado o más de la mitad de los días; 4 ~ grave o casi cada día (American Psychiatric Association, 2013).
- Cuestionario salud mental positiva: escala para medir, operar y evaluar la salud mental positiva. Es un modelo multifactorial basado en 6 factores interconectados. El cuestionario consta de 39 ítems agrupados en los seis factores que definen la construcción: satisfacción personal; actitud prosocial; autocontrol; autonomía; resolución de problemas y autorrealización; y habilidades relacionales. Cada ítem es contestado en una escala del 1 al 4, dependiendo de la frecuencia con la que se produce: siempre o casi siempre, muy a menudo, a veces, nunca o casi nunca (Lluch, 2015).



## **CAPÍTULO 5:**

### **RESULTADOS**





## 5. RESULTADOS

Una vez diseñado e implementado el programa, en este capítulo se recogen los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de la formación. Por un lado, los resultados referidos a las organizaciones sociales españolas y, por otro lado, los referidos al contexto italiano.

### 5.1. Puesta en marcha

El programa ¡ACOMPÁÑAME! se ha implementado en dos entidades sociales, ASAM Burgos y ASAM Madrid. Del mismo modo, se ha llevado a cabo en la asociación Mejorana (Pamplona) pero, debido a la situación provocada por la COVID-19, no se pudieron realizar las tres últimas sesiones y, por ende, no se han reunido los datos necesarios para incluirlos en el análisis. Actualmente, la formación, se está desarrollando en Cáritas Salamanca y se prevé que los resultados se recaben durante el segundo trimestre del 2021.

También se realizó una adaptación de la formación para el contexto específico de Messina (Italia), el programa *ACCOMPAGNAMI!*

En ASAM Burgos, la formación se llevó a cabo entre abril y junio del 2019. Previamente se realizó una charla informativa con las personas participantes y personal de la entidad, para que conocieran el programa y poder resolver cualquier duda antes de comenzar. Por su parte, ASAM Madrid puso en marcha la formación entre julio y octubre del 2019.

En relación con la adaptación hecha para Italia, *ACCOMPANAGMI!*, la colaboración entre ambas universidades (Università degli Studi di Messina y Universidad de Burgos) comenzó en julio del 2018, donde se planteó la propuesta y se trabajó en la adaptación. Posteriormente, en octubre del 2019 se presentó la adaptación y se facilitó el material para que en diciembre de ese mismo año se llevara a cabo en el *Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo"* (Messina, Italia).

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en las diferentes experiencias (España e Italia). Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el programa SPSS Statistics 25 (Licencia de la Universidad de Burgos).



## 5.2. Resultados en España

El análisis de los datos se organiza en las siguientes partes:

- Pruebas pre-test y pos-test que evalúan la situación neuropsicológica de las personas participantes antes y después de la formación.
- Pruebas que conforman la evaluación final y sirven para certificar si la persona es apta, o no, para desempeñarse como compañero/a de apoyo.
- Evaluación del programa ¡ACOMPÁÑAME!

Como se ha indicado la muestra queda compuesta por 11 personas. No sigue una distribución normal, por lo que se usan pruebas no paramétricas.

Para mantener el anonimato de las personas participantes, se ha asignado a cada uno un número seguido; la letra “B”, si pertenecen a la asociación de Burgos, o la “M”, si participan en la entidad de Madrid; acompañada de un número.

### 5.2.1. Análisis de las pruebas pre-test y pos-test

Las pruebas de pre-test y pos-test utilizadas en el proyecto son 3:

1. Mini Mental State Examination (MMSE)
2. Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS)
3. Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP). Subescalas:
  - a. Autocuidado (LSP-A)
  - b. Comportamiento social interpersonal (LSP-CSI)
  - c. Comunicación-contacto social (LSP-C)
  - d. Comportamiento social no personal (LSP-CSNP)
  - e. Vida Autónoma (LSP-VA)

Se recogen las puntuaciones obtenidas por las personas participantes en las pruebas pre-test (Tabla 5.1) y pos-test (Tabla 5.2).

Como se mencionó anteriormente, uno de los requisitos en la selección de las personas participantes es la obtención de una puntuación mínima de 24 puntos en el MMSE. En la Tabla 5.1 se recogen como estas varían entre los 24 puntos (mínima requerida) y los 30 puntos (puntuación máxima).





En relación a la SLDS las puntuaciones que se pueden obtener en esta escala oscilan entre los 15 puntos (mínima) y los 105 puntos (máxima). Se observa como las puntuaciones obtenidas en esta primera medición están muy por encima de los 15 puntos, siendo la puntuación mínima obtenida por un participante 63 puntos. La máxima alcanzada por los participantes solo se encuentra dos puntos por debajo del límite superior, 103 puntos sobre 105. Estos valores muestran un grado considerable de satisfacción con las dimensiones de la vida al inicio de la formación.

Respecto a la LSP, la puntuación mínima que se puede obtener en esta escala es de 39 puntos, siendo 94 la menor obtenida por uno de los participantes. La puntuación máxima en esta escala es de 156 puntos. Todas las personas, excepto una, han obtuvieron puntuaciones superiores a los 120 puntos, siendo la máxima alcanzada de 154.

Las puntuaciones máximas para las subescalas varían siendo de 40 puntos para LSP-A y LSP-CSI; 24 puntos para LSP-C y LSP-CSN y; 28 puntos en LSP-VA. Se observa como en todas las subescalas algún participante ha obtenido la puntuación máxima. Las puntuaciones más altas las encontramos en la subescala autocuidado, donde todos superan los 31 puntos. Por el contrario, las más bajas las vemos en la de Comunicación-contacto social.



**Tabla 5.1**

*Puntuaciones obtenidas en las pruebas pre-test.*

<b>Participante</b>	<b>MMSE</b>	<b>SLDS</b>	<b>LSP</b>	<b>LSP-A</b>	<b>LSP-CSI</b>	<b>LSP-C</b>	<b>LSP-CSNP</b>	<b>LSP-VA</b>
<b>1B</b>	24	77	154	40	40	22	24	28
<b>2B</b>	24	94	137	38	30	23	22	24
<b>3B</b>	28	71	136	40	37	16	22	21
<b>4B</b>	30	82	122	35	32	15	22	18
<b>5B</b>	29	103	149	39	40	24	23	23
<b>6B</b>	29	71	140	39	36	20	22	23
<b>7M</b>	30	63	94	31	18	15	13	17
<b>8M</b>	30	75	129	35	30	21	20	23
<b>9M</b>	28	75	136	37	36	23	23	17
<b>10M</b>	30	72	128	33	32	15	23	25
<b>11M</b>	30	73	127	32	31	19	19	26

**Tabla 5.2**

*Puntuaciones obtenidas en las pruebas pos-test.*

<b>Participante</b>	<b>MMSE</b>	<b>SLDS</b>	<b>LSP</b>	<b>LSP-A</b>	<b>LSP-CSI</b>	<b>LSP-C</b>	<b>LSP-CSNP</b>	<b>LSP-VA</b>
<b>1B</b>	27	82	154	40	40	23	24	27
<b>2B</b>	24	82	136	36	31	24	24	21
<b>3B</b>	28	72	137	38	39	18	22	20
<b>4B</b>	28	80	121	34	27	15	23	22
<b>5B</b>	28	98	148	39	40	24	23	22
<b>6B</b>	30	62	136	38	34	19	22	23
<b>7M</b>	30	67	104	32	22	19	15	16
<b>8M</b>	30	84	135	36	30	24	21	24
<b>9M</b>	29	93	143	38	37	22	24	22
<b>10M</b>	30	84	122	34	30	18	21	19
<b>11M</b>	30	80	133	33	35	23	21	26



A primera vista y, de forma global, podemos observar en la Tabla 5.2 como las puntuaciones de las personas participantes han aumentado en la segunda medición.

En el MMSE, la puntuación mínima obtenida por los participantes se mantiene, 24 puntos, pero en este caso, solo ha sido obtenido por una de las personas.

Respecto a la SLDS la puntuación mínima ha descendido un punto, de los 63 a las 62. Del mismo modo, la máxima también ha disminuido de los 103 puntos a los 98. Pese a ello, se observan mejores puntuaciones en la segunda medición en todos los participantes de Madrid y en dos de Burgos.

En relación a la escala LSP la puntuación mínima obtenida por los participantes ha aumentado de los 94 a los 104 puntos y la máxima se ha mantenido en 154. La subescala autocuidado sigue presentado las mejores puntuaciones (entre 32 y 40 puntos). Todas las personas participantes han aumentado su puntuación en la subescala Comportamiento social no personal. En general, las puntuaciones alcanzadas en esta segunda medición son más elevadas que en la primera.

A continuación, veremos de forma más detallada las diferencias que han tenido lugar y si realmente estas son significativas.

En la Tabla 5.3 se detalla la puntuación máxima y mínima que se podía alcanzar en cada prueba, la media obtenida por las personas participantes y la desviación típica respecto a las puntuaciones promedio.



**Tabla 5.3**

*Puntuaciones mínimas, máximas y medias de las pruebas.*

Prueba	Pre-Test				Post-Test			
	Mín.	Máx	Media	Desv.	Mín.	Máx	Media	Desv.
MMSE	24	30	28,36	2,292	24	30	28,55	1,864
SLDS	63	103	77,82	11,400	62	98	80,36	10,433
LSP	94	154	132,00	15,773	104	154	133,55	13,808
LSP-A	31	40	36,27	3,259	6	40	33,45	9,480
LSP-CSI	18	40	32,91	6,172	22	40	33,18	5,776
LSP-C	15	24	19,36	3,557	15	24	20,82	3,125
LSP- CSNP	13	24	21,18	3,060	15	24	21,82	2,562
LSP-VA	17	28	22,27	3,663	16	27	22,00	3,098

Como se observa en la Tabla 5.3, las puntuaciones medias han aumentado en la segunda medición en las tres pruebas. Solamente han descendido en dos subescalas de LSP, autocuidado y vida autónoma.

Las desviaciones típicas más elevadas, en ambas mediciones, las encontramos en la escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (11,400 y 10,433) y el perfil de habilidades de la vida cotidiana (15,773 y 13,808), lo que nos indica que las puntuaciones obtenidas han estado más dispersas respecto a la media.

En las Tabla 5.4 se recogen las puntuaciones medias obtenidas en las pruebas pre-test y pos-test según sexo (masculino y femenino)



**Tabla 5.4**

*Medias pre-test y pos-test según sexo*

PRUEBA	MASCULINO			FEMENINO		
	Pre-Test	Evol.	Pos-Test	Pre-Test	Evol.	Pos-Test
$\bar{x}$ MMSE	29,57	—	29,57	26,25	↗	26,75
$\bar{x}$ SLDS	73,00	↗	78,57	86,25	↘	83,50
$\bar{x}$ LSP	125,14	↗	127,71	144,00	↘	143,75
$\bar{x}$ LSP-A	34,57	↗	35,00	39,25	↘	30,75
$\bar{x}$ LSP-CSI	30,71	—	30,71	36,75	↗	37,50
$\bar{x}$ LSP-C	18,29	↗	20,00	21,25	↗	22,25
$\bar{x}$ LSP-CSNP	20,29	↗	21,00	22,75	↗	23,25
$\bar{x}$ LSP-VA	21,29	↗	21,71	24,00	↘	22,50

Indicamos por medio de las flechas la evolución media de las personas participantes, lo cual nos facilita ver los resultados en su conjunto.

Tomando como referencia el sexo, los participantes masculinos han aumentado su media en la mayoría de las pruebas (6), excepto en dos que han mantenido la puntuación media. Por el contrario, el sexo femenino ha aumentado sus puntuaciones medias en 4 pruebas y disminuido en las otras 4.

En la Tabla 5.5 se recaban las puntuaciones medias obtenidas en las pruebas pre-test y pos-test según la ciudad (Burgos y Madrid).



**Tabla 5.5**

*Medias pre-test y pos-test según ciudad*

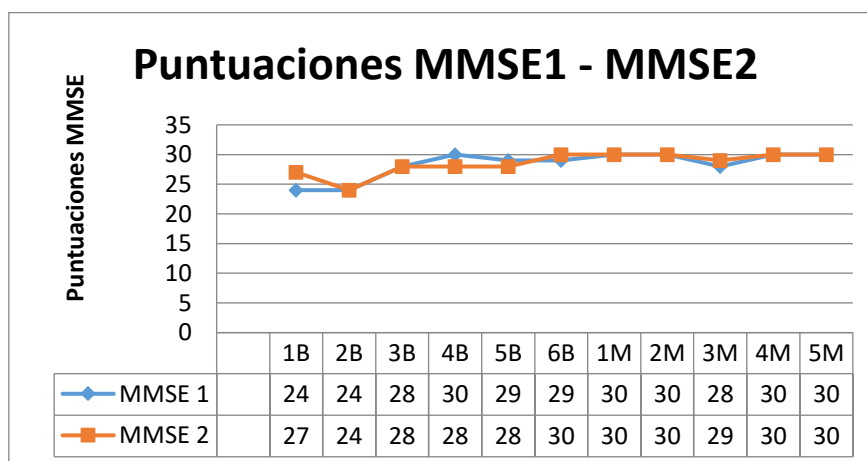
PRUEBA	BURGOS			MADRID		
	Pre-Test	Evol.	Pos-Test	Pre-Test	Evol.	Pos-Test
$\bar{x}$ MMSE	27,33	↗	27,50	29,60	↗	29,80
$\bar{x}$ SLDS	83,00	↘	79,33	71,60	↗	81,60
$\bar{x}$ LSP	139,67	↘	138,67	122,80	↗	127,40
$\bar{x}$ LSP-A	38,50	↘	32,50	33,60	↗	34,60
$\bar{x}$ LSP-CSI	35,83	↘	35,17	29,40	↗	30,80
$\bar{x}$ LSP-C	20,00	↗	20,50	18,60	↗	21,20
$\bar{x}$ LSP-CSNP	22,50	↗	23,00	19,60	↗	20,40
$\bar{x}$ LSP-VA	22,83	↘	22,50	21,60	↘	21,40

Según la ciudad (Tabla 5.5), las personas de Burgos sólo han aumentado sus puntuaciones medias en las pruebas de pos-test (respecto al pre-test) en 3 de ellas y disminuido en 5 pruebas. A diferencia de los participantes de Madrid que han aumentado sus medias en 7 de las pruebas y disminuido en una de ellas.

Las Figuras 5.1, 5.2 y 5.3 recogen las puntuaciones obtenidas por cada participante en cada una de las tres pruebas antes y después de ¡ACOMPÁÑAME!

**Figura 5.1**

*Puntuaciones pre-test y pos-test MMSE*

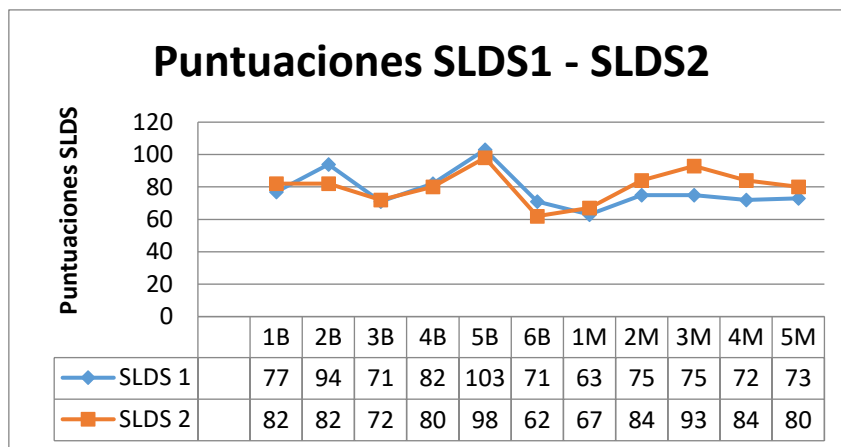




Tal como muestra la Figura 5.1, excepto dos personas, el resto han aumentado o mantenido sus puntuaciones en la segunda medición del MMSE.

**Figura 5.2**

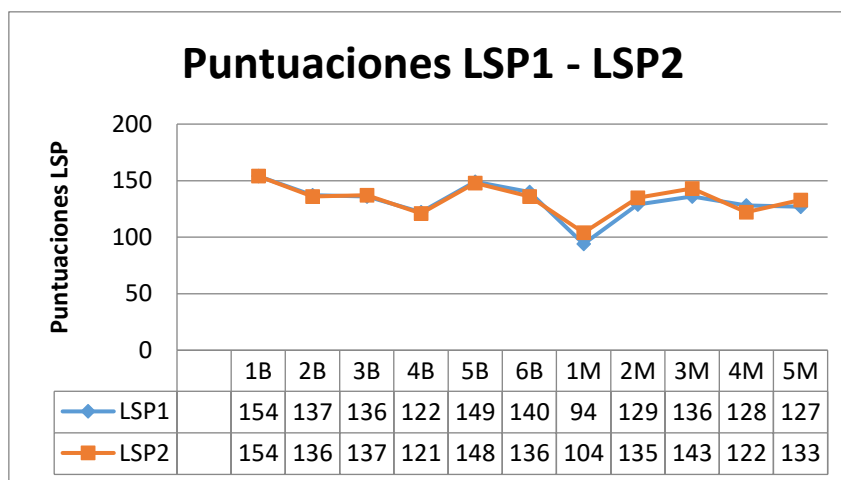
*Puntuaciones pre-test y pos-test SLDS*



En las puntuaciones pre-test y post-test de la prueba SLDS (Figura 5.2) se observa como 4 participantes han descendido en la segunda medición, siendo reseñable las puntuaciones del participante 2B, que ha bajado en 12 puntos. Las otras 7 personas han aumentado sus puntuaciones respecto al pre-test.

**Figura 5.3**

*Puntuaciones pre-test y pos-test LSP*



La figura 5.3 recoge las puntuaciones pre-test y pos-test de los participantes en la prueba LSP. Cinco de las personas han aumentado sus puntuaciones; una la ha



mantenido; 3 han descendido en solo un punto y el resto (2) han disminuido la puntuación en 4 (6B) y 6 (4M) puntos.

En la Tabla 5.6 se recogen las diferencias entre las puntuaciones pre-test y pos-test. Para ello, se resta a la puntuación de la segunda medición la primera. Podemos encontrar:

- Valor positivo: Puntuación mayor en el pos-test.
- Valor negativo: puntuación menor en el pos-test
- Valor 0: misma puntuación en el pre-test y el pos-test.

**Tabla 5.6**

*Diferencias pre-test y pos-test*

Participante	Dif. MMSE 2-1	Dif. SLDS 2-1	Dif. LPS 2-1
1B	3,00	5,00	,00
2B	,00	-12,00	-1,00
3B	,00	1,00	1,00
4B	-2,00	-2,00	-1,00
5B	-1,00	-5,00	-1,00
6B	1,00	-9,00	-4,00
7M	,00	4,00	10,00
8M	,00	9,00	6,00
9M	1,00	18,00	7,00
10M	,00	12,00	-6,00
11M	,00	7,00	6,00

Para comparar las puntuaciones obtenidas en las pruebas pre-test y pos-test utilizamos la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. En la Tabla 5.7 se describen los resultados.





**Tabla 5.7**

*Resultados Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.*

Test	Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.			
	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Sig. asintótica
MMSE	2	3	6	0,680
SLDS	4	7	0	0,398
LSP	5	5	1	0,411
LSP-A	4	5	2	0,755
LSP-CSI	3	5	3	0,778
LSP-C	2	7	2	0,036
LSP-CSNP	1	6	4	0,140
LSP-VA	6	3	2	0,587

Nota: Rangos negativos: Puntuación post-test < Puntuación pre-test  
 Rangos positivos: Puntuación post-test > Puntuación pre-test  
 Empates: Puntuación post-test = Puntuación pre-test

Partimos de la siguiente hipótesis nula:

$H_0$ : EL programa ¡ACOMPÁÑAME!, según las pruebas realizadas antes y después de la formación (MMSE, SLDS y LSP), ha mejorado la situación neurocognitiva de las personas participantes.

En la Tabla 5.7 se analizan 11 pares (las 11 personas participantes de ¡ACOMPÁÑAME!). Encontramos:

- Mini Mental State Examination (MMSE): 2 rangos negativos, 3 positivos y 6 empates.
- Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS): 4 rangos negativos 7 positivos.
- Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP): 5 rangos negativos, 5 positivos y 1 igual.

Subescalas:

- Autocuidado (LSPA): 4 rangos negativos, 5 positivos y 2 empates.



- Comportamiento social interpersonal (LSPCSI): 3 rangos negativos, 5 positivos y 3 empates.
- Comunicación-contacto social (LSPC): 2 rangos negativos, 7 positivos y 2 empates.
- Comportamiento social no personal (LSPCSNP): 1 rango negativo, 6 positivos y 4 empates.
- Vida Autónoma (LSPVA): 6 rangos negativos, 3 positivos y 2 empates.

Las pruebas con más rangos positivos, es decir, qué más personas aumentaron sus puntuaciones respecto al pre-test, son la SLDS (7 rangos positivos) y las subescalas Comunicación-Contacto social (7 rangos positivos) y Comportamiento social no personal (6 rangos positivos) de la escala LSP. Por el contrario, 6 personas no han mejorado sus puntuaciones en la subescala Vida Autónoma de LSP (6 rangos negativos).

En la columna de la derecha se recoge la sig. Asintótica que nos indica si estas diferencias son, o no, estadísticamente significativas. Si el valor (p) es menor que 0,05 podemos decir que existen diferencias significativas y por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Pese a la evaluación positiva de las personas participantes entre la primera y la segunda medición, estas diferencias no son significativas, por lo que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa. El programa ¡ACOMPÁÑAME!, según las pruebas realizadas antes y después de la formación (MMSE, SLDS y LSP), no ha mejorado la situación neurocognitiva de las personas participantes.

Se observa en la subescala Comunicación-contacto social de la escala LSP el valor es menor que 0,05 ( $p=0,036$ ). En este caso aceptamos la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias de que la formación ha mejorado en la subescala Comunicación-contacto social.

A continuación, a través de dos pruebas no paramétricas para muestras independientes se ha comparado si diferentes variables influyen en las puntuaciones pre-test y pos-test (Tabla 5.8). Se han empleado:

- Prueba U de Mann-Whitney: ciudad y sexo



- Prueba de Kruskal-Wallis: edad, diagnóstico, años con enfermedad mental y experiencia con la enfermedad mental.

**Tabla 5.8**

*Pruebas no paramétricas para muestras relacionadas.*

Variables	Pruebas					
	MMSE1	MMSE2	SLDS1	SLDS2	LSP1	LSP2
Ciudad	p=0.082	p=0.030	p=0.247	p=0.537	p=0.052	p=0.177
Sexo	p=0.024	p=0.012	p=0.164	p=0.648	p=0.024	p=0.024
Edad	p=0.488	p=0.389	p=0.359	p=0.474	p=0.398	p=0.450
Diagnóstico	p=0.488	p=0.389	p=0.474	p=0.632	p=0.473	p=0.629
Años con EM	p=0.350	p=0.350	p=0.359	p=0.413	p=0.365	p=0.354
Experiencia	p=0.752	p=0.926	p=0.245	p=0.160	p=0.699	p=0.788

Nota: Si  $p \leq 0.05$  existe una relación estadísticamente significativa entre la variable y la prueba.

Para comprobar si realmente son significativas estas diferencias y, por ende, el sexo y/o la ciudad influyen en las puntuaciones pre-test y pos-test, realizamos la prueba de Wilcoxon separando la muestra según ambas variables.

En primer lugar, dividimos la muestra por sexo (masculino y femenino) y realizamos la prueba de los rangos de signo de Wilcoxon para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones pre-test y pos-test de los hombres vs. de las mujeres.

Después, separamos la muestra según ciudad (Burgos y Madrid) y volvemos a realizar la Prueba de los rangos de signo de Wilcoxon. En ambos casos, tenemos en cuenta el valor de  $p$  (sig. asintótica). En la Tabla 5.9 se recoge el valor de  $p$  para los casos planteados.

La ciudad, Madrid, influyen en la puntuación de SLDS y la subescala autonomía de la LSP. Es decir, los participantes de Madrid han obtenido mejores puntuaciones en estas pruebas.



**Tabla 5.9**

*Prueba de los rangos de signo de Wilcoxon según sexo y ciudad*

<b>Prueba de los rangos de signo de Wilcoxon</b>				
<b>Prueba</b>	<b>SEXO</b>		<b>CIUDAD</b>	
	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Burgos</b>	<b>Madrid</b>
<b>MMSE</b>	1,000	0,655	0,854	0,317
<b>SLDS</b>	0,150	0,581	0,207	0,043
<b>LSP</b>	0,233	0,564	0,157	0,131
LSP-A	0,257	0,180	0,066	0,025
LSP-CSI	0,916	0,180	0,581	0,269
LSP-C	0,113	0,102	0,257	0,077
LSP-CSNP	0,238	0,317	0,180	0,334
LSP-VA	0,786	0,059	0,492	0,854

### 5.2.2. Análisis de las pruebas de evaluación final

En la sesión 13, evaluación final, se recopiló la información referida a la evaluación continua (evaluación del proceso) y se llevaron a cabo diferentes pruebas (test de conocimientos, role playing, estudio de casos y valoración de las personas expertas) para determinar si la persona era apta o no para su desempeño como compañero/a de apoyo. En la Tabla 5.10 se describen las pruebas y el peso de cada una de ellas en la puntuación final.

**Tabla 5.10**

*Pruebas de evaluación final.*

<b>Pruebas</b>	<b>Peso puntuación final</b>
Evaluación del proceso seguido (Hojas de registro)	30%
Test de conocimientos	20%
Role playing – presentación	10%
Role playing - representación	10%
Estudio de casos	15%
Valoración de los expertos	15%



A continuación, en la Tabla 5.11, se recogen las puntuaciones obtenidas por cada persona participante en las diferentes pruebas de evaluación final.

**Tabla 5.11**

*Puntuaciones individuales en las pruebas de evaluación final*

<b>Participante</b>	<b>Ev. Proceso</b>	<b>Test. Cono.</b>	<b>R.P. Present.</b>	<b>R.P. Repre.</b>	<b>Estudio casos</b>	<b>Val. expertos</b>
<b>1B</b>	30	18	9,5	9,75	14,25	15
<b>2B</b>	27	15	7	5,5	4,5	12
<b>3B</b>	28	18,5	8,5	5,5	12	12
<b>4B</b>	28	20	10	10	14,6	15
<b>5B</b>	24	18	7,5	6	11,25	12
<b>6B</b>	29	20	9	10	15	15
<b>7M</b>	30	20	7	8	10,5	15
<b>8M</b>	30	20	5,5	8	11,5	15
<b>9M</b>	25	13,3	5,5	6	9	15
<b>10M</b>	30	15,2	7,5	9,5	10,5	15
<b>11M</b>	25	20	5	7	11,5	15

Teniendo en cuenta, el peso de cada una de las pruebas que conforman la evaluación final, la puntuación total de las personas participantes varía entre 71 y 98 puntos (sobre 100). En la Figura 5.4 se observa la puntuación final obtenida por cada uno/a.

Esa misma puntuación final sobre 10 puntos se recoge en la Figura 5.5.

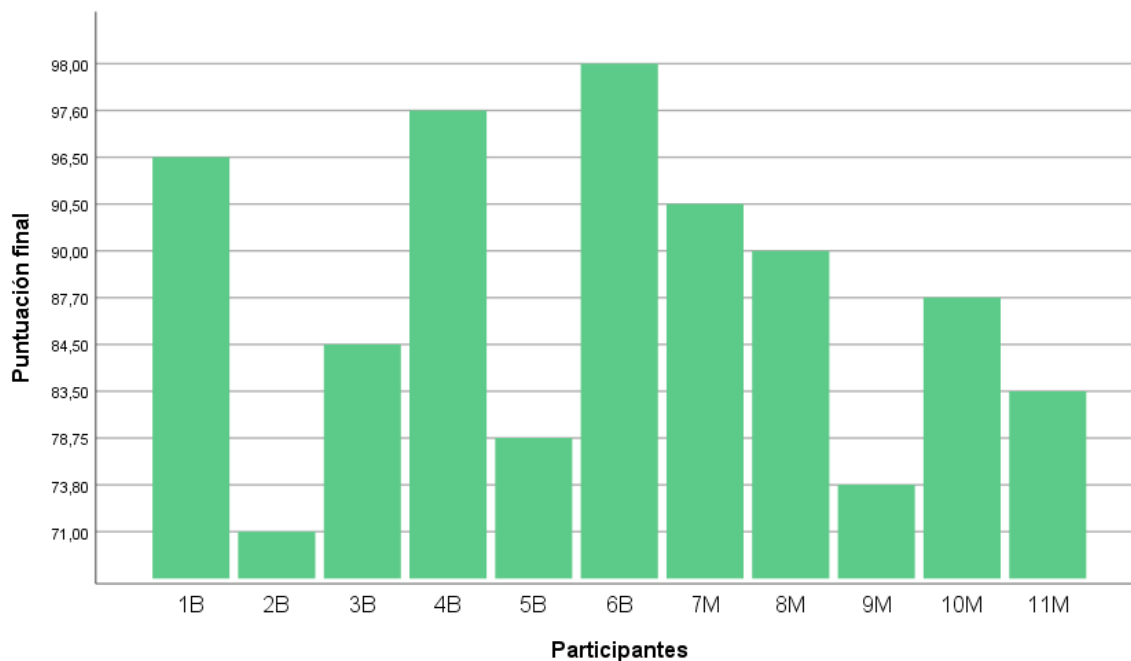
La media de las puntuaciones finales de las personas participantes es de 8,65 puntos sobre 10.

Si en las puntuaciones finales tenemos en cuenta la experiencia con la enfermedad mental (mucha, media o poca) y el sexo (masculino y femenino). En la figura 5.6, las personas con mucha experiencia (ambos sexos) tienen una puntuación final similar, por el contrario, las personas con experiencia media o poco y el sexo masculino tiene unas puntuaciones finales superiores al sexo femenino.



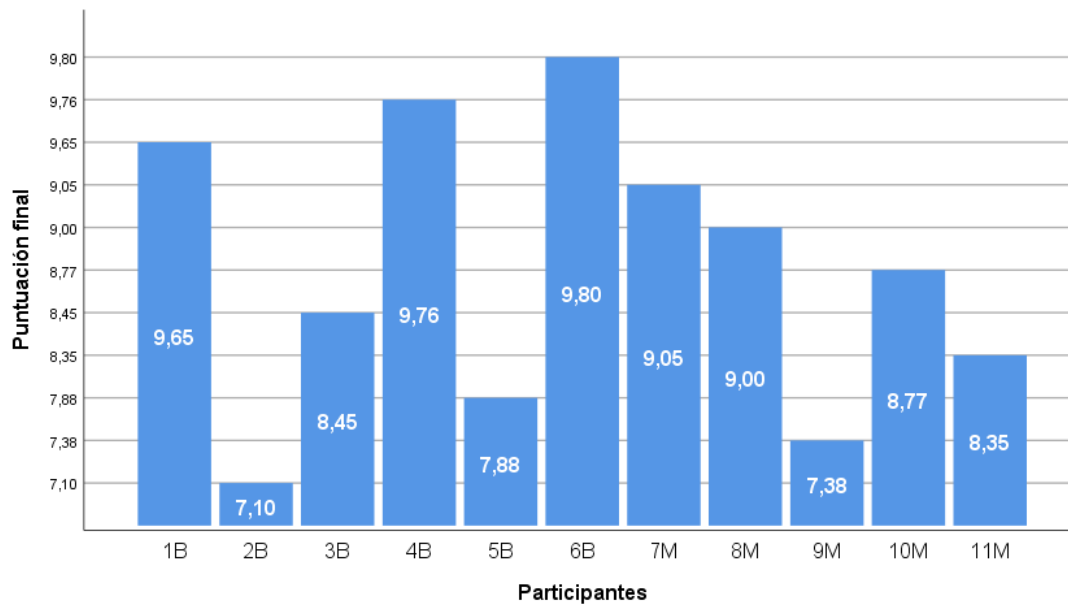
**Figura 5.4**

*Puntuación final sobre 100*



**Figura 5.5**

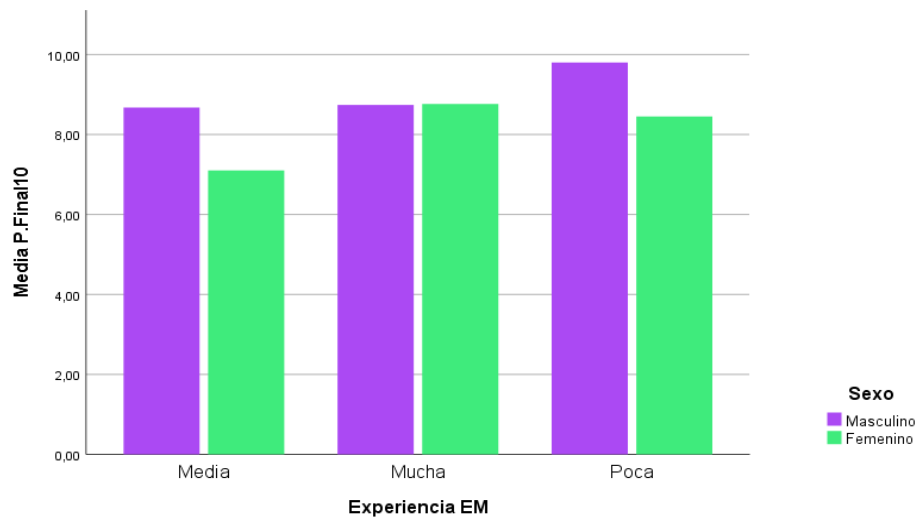
*Puntuación final sobre 10*





**Figura 5.6**

*Puntuación final según sexo y experiencia con la enfermedad mental*



Cada una de las pruebas requiere una puntuación mínima para ser superada. En la Tabla 5.12 se detalla la puntuación mínima exigida en cada prueba, la máxima que se podía alcanzar, la media obtenida en cada prueba y la diferencia entre la puntuación máxima y media.



**Tabla 5.12**

*Puntuación mínima, máxima y media*

Prueba	Mínimo requerido	Puntuación máxima posible	Mínima participantes	Máxima participantes	Media ( $\bar{x}$ )	Dif. Máxima- $\bar{x}$
Evaluación del proceso seguido	15	30	24	30	27,82	2,18
Test de conocimientos	7	20	13,3	20	18,00	2,00
Role playing – presentación	5	10	5	10	7,45	2,55
Role playing - representación	5	10	5,5	10	7,75	2,25
Estudio de casos	10	15	4,5	15	11,32	3,68
Valoración de los expertos	10	15	12	15	14,18	0,82

Teniendo en cuenta la puntuación máxima que se podía alcanzar en cada una de las pruebas, la mínima requerida para su superación y la media de cada una de ellas, podemos decir que todas las pruebas han sido superadas con una media superior a la puntuación mínima.

Las puntuaciones medias (en relación con la puntuación máxima) más altas son en la valoración de los expertos (Dif. 0,82), el test de conocimientos (Dif. 2,00) y la evaluación del proceso seguido (Dif. 2,18).

Por el contrario, las puntuaciones medias que más se diferencia de la puntuación máxima, son las del estudio de casos (Dif. 3,68), el role playing de presentación (Dif. 2,55) y el de representación (Dif. 2,25).

Para examinar las posibles diferencias que pueden existir en las puntuaciones finales, se ha separado la muestra por sexo (masculino y femenino) y por ciudad (Burgos y Madrid) y se ha calculado la media en las diferentes pruebas. Se ha excluido la valoración de los expertos al ser una nota meramente subjetiva. Los resultados se recogen en la Tabla 5.13.





**Tabla 5.13**

*Puntuaciones medias según sexo y ciudad*

Prueba	Sexo		Ciudad	
	MASCULINO	FEMENINO	BURGOS	MADRID
Test Conocimiento	18,3571	17,3750	18,2500	17,7000
R.P. Presentación	7,0714	8,1250	8,5833	6,1000
R.P. Representación	8,3571	6,6875	7,7917	7,7000
Estudio de casos	11,80	10,50	11,9333	10,6000
Evaluación proceso	28,14	27,25	27,67	28,00
Puntuación final	8,8729	8,2688	8,7725	8,5100

Si tenemos en cuenta el sexo, se observa que, en la mayoría de las pruebas, el sexo masculino ha obtenido una puntuación media mayor, respecto al sexo femenino, que solo tiene una media superior en el role playing.

Por otro lado, si tenemos en cuenta la ciudad, las personas participantes de Burgos han obtenido unas puntuaciones medias superiores en todas las pruebas menos en la evaluación del proceso.

### 5.2.3. Evaluación del programa ¡ACOMPÁÑAME!

#### a) Actividades

En la Tabla 5.14 se recogen las valoraciones medias que las personas encargadas de llevar a cabo la formación han efectuado respecto a las actividades. La valoración se basa en una escala tipo Likert del 1 al 5. También se detallan las observaciones más relevantes aportadas por los/as formadores/as.

Como se observa en la Tabla 5.14, todas las sesiones tienen una puntuación media superior a 4, por lo que el planteamiento de las mismas es adecuado, siempre revisando y adaptando el material a las características de la entidad. La actividad optativa de la sesión 4 tiene una valoración de 3, debido a que una de las entidades no contó con el robot *Ozobot*, que pese a ser un material optativo, resultó muy interesante en la asociación que lo tuvo.



Como puntos débiles de las actividades, se destacan pequeños errores con las tecnologías, las gafas de realidad virtual y los videos en 360° que habrá que tener en cuenta en futuras implementaciones.

**Tabla 5.14**

*Valoración de las actividades*

Sesión	Actividades obligatorias		Actividades optativas		Observaciones
	Nº	Val. $\bar{x}$	Nº	Val. $\bar{x}$	
1	5	4,9	0		<i>“Al principio les cuesta trabajar en modo cooperativo” “Resulta interesante que compartan experiencias”</i>
2	4	4,62	0		Participan responsables de la entidad para aportar más información.
3	3	4,33	0		Algunos problemas con las gafas de realidad virtual.
4	4	4,87	1	3	Una de las entidades no contó con el robot Ozobot (Act. optativa) <i>“Empieza la introspección y cuesta recordar”</i>
5	5	4,3	1	5	Algunas personas deciden no hacer el ejercicio de relajación.
6	5	4,6	3	4,6	Una de las entidades no realiza ninguna de las optativas.
7	3	5	3	4,1	<i>“Disfrutan mucho del texto”</i> (Vasijas de agua).
8	3	4,66	0		<i>“Se tratan temas que desencadenan muchos debates”</i>
9	4	4,62	0		El video cicatrices <i>“les conmueve mucho y se sienten identificados con el discurso.”</i>
10	4	5	0		<i>“los participantes están muy concienciados con la figura del compañero de apoyo”</i>
11	4	4,87	1	4	<i>“Vídeos muy útiles para identificar errores”</i>
12	6	4,75	0		<i>“Hacemos hincapié en aquellos aspectos que requerían más apoyo”</i>



## **b) Satisfacción con la formación**

### **i. Personas participantes**

El cuestionario elaborado para conocer la satisfacción de las personas participantes con el programa ¡ACOMPÁÑAME! está formado por 5 preguntas: una dicotómica (sí o no); tres preguntas abiertas; y una pregunta de escala tipo Likert (del 1 al 5).

La pregunta dicotómica hace referencia a si han aprendido cosas nuevas en la formación. Las 11 personas han respondido sí. Respecto a qué cosas han aprendido, las respuestas han variado:

*“La importancia del apoyo entre personas que tienen un mismo problema o enfermedad. Cómo nos podemos ayudar los unos a los otros.”*

*“Que las personas que vienen al centro, es bueno que tengan algún usuario que pueda guiarla al principio”*

*“A ser yo misma”*

*“Aceptar mis límites, no exigirme lo que no puedo”*

Las otras dos preguntas abiertas indagan en qué les ha gustado más y qué menos. Lo que más les ha gustado:

*“La mejor manera de aportar todo mi capital de experiencia con mi aficción en salud mental (a través de mi historia vital) a un nuevo compañero.”*

*“Qué podemos ser válidos como una figura más en nuestra recuperación o en la de otros.”*

*“Me gusta ayudar a la gente”*

*“El saber que todos somos iguales y el respeto que hay.”*

Cuatro participantes han señalado que, lo que menos les ha gustado son las actividades de role playing porque *“me da corte”*, *“me pone nerviosa”* o *“se me dan mal”*.

Otras cosas que señalan que no les ha gustado:

*“Creo que deberíamos hablar más de las características de las enfermedades mentales”*



*“El poco tiempo que ha durado el curso. Me hubiese gustado aprender más cosas.”*

*“Qué parecía más complicado de como salió y fue algo especial”*

Finalmente, respecto a la valoración del curso. La media obtenida es de 4,9 sobre 5 puntos. Por lo que los participantes han quedado muy satisfechos con la formación.

## ii. Formadores/as

El cuestionario diseñado para las personas que implementan la formación consta de 6 ítems de valoración general del curso que se responden en una escala tipo Likert del 1 al 5 y, 4 preguntas abiertas.

Respecto a las preguntas de valoración, en la Tabla 5.15, se recoge la media obtenida en cada ítem.

**Tabla 5.15**

*Valoración media de la formación por parte de los/as formadores/as*

Ítem	Valoración $\bar{x}$
Contenidos del curso	5
Materiales empleados	4
Metodología del curso	5
Duración de la formación	3,5
Horario del curso	4
Valoración global del curso	5

La mayoría de los ítems han obtenido una puntuación media de 4 o 5 puntos (sobre 5), excepto la duración del curso, que ambos formadores/as consideran que debería ser mayor para profundizar más en algunos temas que resultan clave para el desempeño como compañeros/as de apoyo. En general, el planteamiento de la formación resulta adecuado para un primer acercamiento de la entidad, concretamente de las personas participantes, al apoyo entre iguales.

En relación a las preguntas abiertas que se plantean la formación se considera útil *“por el gran poder de empoderamiento de usuarios y fomento de su autonomía.”*



Los/as formadores/as recomiendan la formación a otras entidades por *“el gran aporte que puede tener el apoyo entre iguales en la entidad, así como en las propias personas que participan”* y porque un mejor conocimiento de la asociación *“garantiza que este tipo de entidades se consoliden cada vez más y puedan prosperar.”*

Respecto a qué aspectos mejoraría o modificaría coinciden en los aspectos relacionados con las nuevas tecnologías (gafas de realidad virtual y videos en 360°), *“me aseguraría de que el funcionamiento de las herramientas electrónicas funciona correctamente”*

Finalmente, como sugerencias y/o aportaciones indican: *“Poder abrir la formación a un mayor número de socios de la entidad.”*

### **5.3. Resultados en Messina**

A continuación, se exponen los resultados de la formación *ACCOMPAGNAMI!* La muestra está descrita en el Capítulo 4 (Metodología). Se analizan los resultados de las pruebas pre-test y pos-test.

Son 3 las pruebas que conforman el proceso de evaluación de este programa:

1. Whodas 2.0. Evalúa el grado de discapacidad en 6 dominios (las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad): Comprensión y comunicación (WCC); Entorno (WE); Cuidado personal (WCP); Relaciones (WR); Habilidades de la vida diaria (WAVD); y Participación (WP). Así como una puntuación total (WT)
2. Medida de síntomas transversales. Evalúa 13 dominios psiquiátricos: Depresión; Ira; Manía; Ansiedad; Síntomas Somáticos; Ideación Suicida; Psicosis; Problemas de sueño; Memoria; Pensamientos y comportamientos repetitivos; Disociación; Personalidad; y Consumo de sustancias.
3. Cuestionario de Salud Mental Positiva. Evalúa la salud mental positiva agrupada en 6 factores (a mayor puntuación, mayor nivel de salud mental positiva): satisfacción personal (SMPF1); actitud prosocial (SMPF2); autocontrol (SMPF3); autonomía (SMPF4); resolución de problemas y autorrealización (SMPF5); y habilidades relacionales (SMPF6). Además de una puntuación total (SMPT).



En las Tablas 5.16 y 5.17 se detallan las puntuaciones pre-test y pos-test obtenidas por cada participante en cada una de las pruebas.

**Tabla 5.16**

*Puntuaciones pre-test*

Prueba	Participantes			
	1	2	3	4
<b>Whodas 2.0</b>				
Comprensión y comunicación	14	20	18	16
Entorno	7	10	12	14
Cuidado personal	7	11	11	9
Relaciones	12	20	16	19
Habilidades de la vida diaria	23	23	22	28
Participación	21	29	25	21
Total	84	116	104	107
<b>Medida síntomas transversales</b>				
Dominio 1 (Depresión)	3	3	3	2
Dominio 2 (Ira)	3	4	3	3
Dominio 3 (Manía)	2	4	1	1
Dominio 4 (Ansiedad)	3	3	3	3
Dominio 5 (Síntomas somáticos)	2	4	3	2
Dominio 6 (Ideación suicida)	0	3	1	0
Dominio 7 (Psicosis)	0	3	0	0
Dominio 8 (Problemas de sueño)	2	4	3	1
Dominio 9 (Memoria)	3	3	3	3
Dominio 10 (Pensamientos y comportamientos repetitivos)	2	4	1	2
Dominio 11 (Disociación)	1	3	2	2
Dominio 12 (Personalidad)	1	4	3	3
Dominio 13 (Consumo de sustancias)	3	3	2	0
<b>Cuestionario Salud Mental Positiva</b>				
Satisfacción personal	23	24	16	19
Actitud prosocial	14	16	9	12
Autocontrol	12	8	10	10
Autonomía	18	14	12	12
Resolución de problemas y autorrealización	20	22	19	19
Habilidades relacionales	22	17	13	19
Total	109	101	79	90



**Tabla 5.17**

*Puntuaciones pos-test*

Prueba	Participantes			
	1	2	3	4
<b>Whodas 2.0</b>				
Comprensión y comunicación	11	14	13	13
Entorno	9	9	7	13
Cuidado personal	5	8	7	6
Relaciones	13	13	13	15
Habilidades de la vida diaria	12	19	20	23
Participación	19	21	22	17
Total	69	84	82	87
<b>Medida síntomas transversales</b>				
Dominio 1 (Depresión)	1	2	2	2
Dominio 2 (Ira)	2	2	2	2
Dominio 3 (Manía)	3	3	2	3
Dominio 4 (Ansiedad)	1	3	2	2
Dominio 5 (Síntomas somáticos)	1	3	1	2
Dominio 6 (Ideación suicida)	0	2	0	0
Dominio 7 (Psicosis)	0	2	0	0
Dominio 8 (Problemas de sueño)	1	2	2	1
Dominio 9 (Memoria)	2	3	2	2
Dominio 10 (Pensamientos y comportamientos repetitivos)	1	3	1	2
Dominio 11 (Disociación)	1	2	2	1
Dominio 12 (Personalidad)	2	3	2	2
Dominio 13 (Consumo de sustancias)	3	2	1	0
<b>Cuestionario Salud Mental Positiva</b>				
Satisfacción personal	25	27	23	20
Actitud prosocial	15	11	11	16
Autocontrol	12	7	11	13
Autonomía	17	16	14	16
Resolución de problemas y autorrealización	25	15	26	25
Habilidades relacionales	22	17	19	22
Total	116	93	104	112

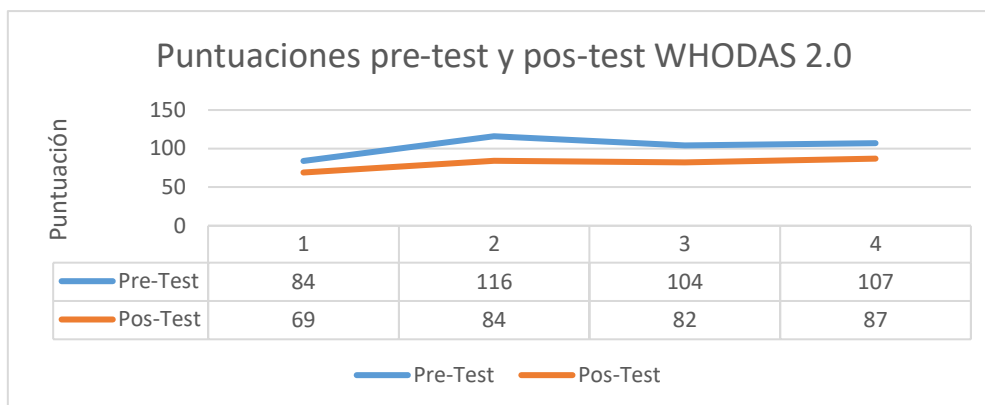


- WHODAS 2.0

En la Figura 5.7 se recoge la puntuación total obtenida en el pre-test y en el pos-test en el cuestionario WHODAS 2.0.

**Figura 5.7**

*Puntuaciones pre-test y pos-test Whodas 2.0*



Se observa como las puntuaciones pos-test son inferiores a las de la primera medición, por lo que indican un menor nivel de discapacidad después de recibir la formación.

Para comprobar si las variaciones en las puntuaciones pre-test y pos-test son significativas se realiza la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Whodas 2.0 (Tabla 5.18).

En este caso, los rangos negativos son los que resultan favorables, puesto que una menor puntuación en el pos-test indica un menor nivel de discapacidad. Solo en dos factores (entorno y relaciones) encontramos un rango positivo, siendo una persona la que ha aumentado sus puntuaciones en el pos-test.





**Tabla 5.18**

*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Whodas 2.0*

Whodas 2.0	Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.			
	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Sig. asintótica
Comprensión y comunicación	4	0	0	0,066
Entorno	3	1	0	0,461
Cuidado personal	4	0	0	0,066
Relaciones	3	1	0	0,144
Habilidades de la vida diaria	4	0	0	0,068
Participación	4	0	0	0,068
TOTAL	4	0	0	0,068

Nota: Rangos negativos: Puntuación post-test < Puntuación pre-test

Rangos positivos: Puntuación post-test > Puntuación pre-test

Empates: Puntuación post-test = Puntuación pre-test

La sig. asintótica en ninguno de los casos es inferior a 0,05 para poder afirmar que la existen diferencias significativas entre las mediciones, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; El programa *ACCOMPAGNAMI!* implementado en Messina no ha reducido el grado de discapacidad de las personas que han recibido la formación.

Pero tanto en 4 factores, como en la puntuación total, la significación está cerca de 0,05, con valores de 0,066 y 0,068, por lo que podemos concluir que si se han producido diferencias a tener en cuenta en la prueba Whodas 2.0 entre el pre-test y el pos-test.

- MEDIDA DE SÍNTOMAS TRASNVERSALES

Para la medida de síntomas transversales, se ha realizado un gráfico para cada persona participante con las puntuaciones antes de la formación y después (Figuras 5.7-5.10)

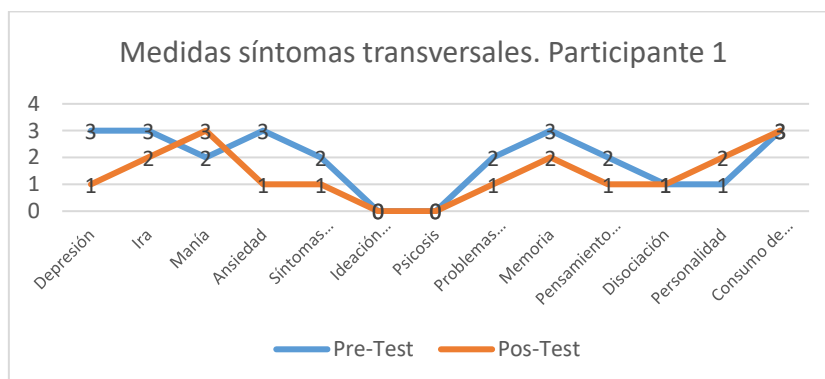


En las Figuras 5.8-5.11 se observa como, por lo general, todas las personas participantes han bajado sus puntuaciones en los diferentes dominios de los síntomas transversales de la primera a la segunda medición.

- La participante 1, ha bajado o mantenido los niveles en la prueba pos-test excepto en los dominios referidos a la manía y a la personalidad.
- El participante 2, ha bajado o mantenido (ansiedad y memoria) las puntuaciones en todos los dominios.
- La participante 3, ha bajado o mantenido sus puntuaciones en la segunda medición, excepto en el dominio manía.
- El participante 4, también ha bajado o mantenido sus puntuaciones en todos los dominios, menos en el de manía que ha aumentado de 1 a 3 puntos.

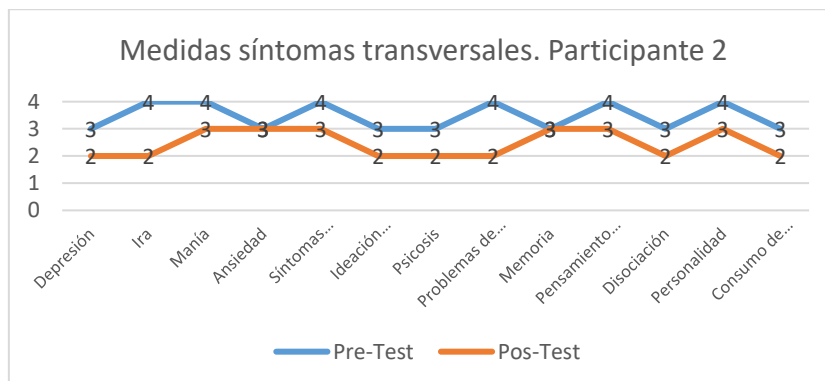
**Figura 5.8**

*Medida síntomas transversales. Participante 1.*



**Figura 5.9**

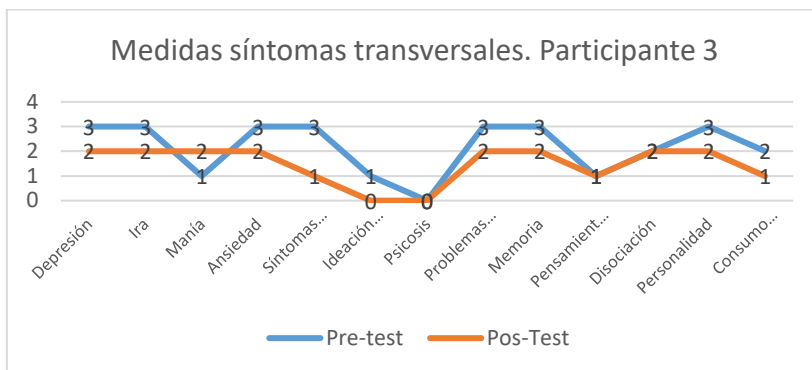
*Medida síntomas transversales. Participante 2.*





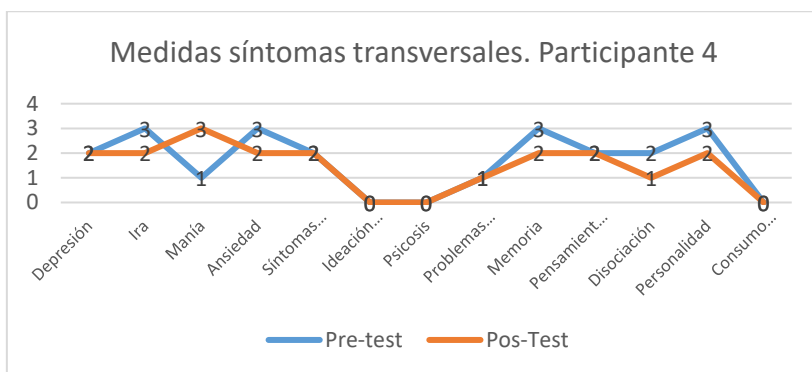
**Figura 5.10**

*Medida síntomas transversales. Participante 3.*



**Figura 5.11**

*Medida síntomas transversales. Participante 4.*



A continuación, en la Tabla 19, se recaban los resultados de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon con los datos de la Medida de Síntomas Transversales.



**Tabla 5.19**

*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Medida Síntomas Transversales*

<b>Medida</b>	<b>Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.</b>				
	<b>Síntomas</b>	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Sig. asintótica
<b>Transversales</b>					
Depresión		3	0	1	0,102
Ira		4	0	0	0,059
Manía		1	3	0	0,257
Ansiedad		3	0	1	0,102
Síntomas Somáticos		3	0	1	0,102
Ideación Suicida		2	0	2	0,157
Psicosis		1	0	3	0,317
Problemas de sueño		3	0	1	0,102
Memoria		3	0	1	0,083
Pensamientos y comportamientos repetitivos		2	0	2	0,157
Disociación		2	0	2	0,157
Personalidad		3	1	0	0,317
Consumo de sustancias		2	0	2	0,157

Nota: Rangos negativos: Puntuación post-test < Puntuación pre-test

Rangos positivos: Puntuación post-test > Puntuación pre-test

Empates: Puntuación post-test = Puntuación pre-test

En la Medida de Síntomas Transversales ocurre lo mismo que en Whodas 2.0, resultan favorables los rangos negativos, es decir una menor puntuación en la prueba pos-test que en el pre-test, lo que indica un descenso en los síntomas psiquiátricos específicos.

Según los rangos de la Tabla 19, solo en el dominio ira las 4 personas participantes han descendido sus síntomas.



En 5 dominios (depresión, ansiedad, síntomas somáticos, problemas de sueño, memoria) tres participantes han reducido sus síntomas y el/la otro/a los ha mantenido.

Los síntomas relacionados con el dominio personalidad han descendido en 3 personas y aumentado en otra.

En los dominios ideación suicida; pensamientos y comportamientos repetitivos; disociación; y consumo de sustancias, 2 personas han disminuido sus síntomas y las otras dos han obtenido la misma puntuación.

En el dominio psicosis solamente una persona ha obtenido una puntuación menor en la prueba pos-test y las otras 3, han mantenido el nivel inicial.

Destacar negativamente los resultados obtenidos el dominio manía, donde solo una persona ha obtenido una menor puntuación en el pos-test y el resto la han aumentado.

Teniendo en cuenta la sig. asintótica (Tabla 19), en ningún caso es menor que 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; El programa *ACCOMPAGNAMI!* implementado en Messina no ha disminuido los síntomas psiquiátricos de las personas participantes.

Destacar que el dominio ira está muy cerca, con una significación de 0,059, por lo que podríamos apuntalar que el programa de formación ha reducido considerablemente los niveles en los síntomas relacionadas la ira de las personas participantes, pese a que estas diferencias no sean significativas.

- CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA

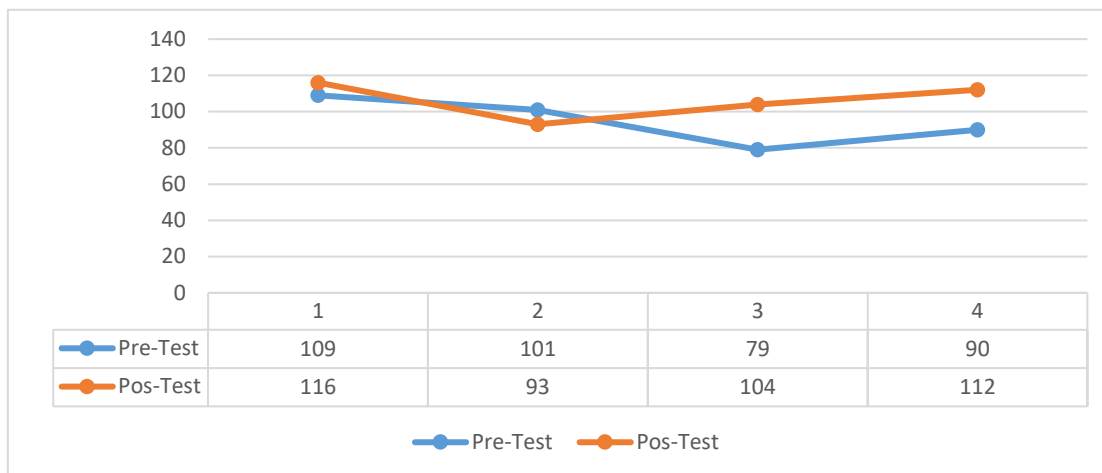
En relación al Cuestionario de Salud Mental Positiva, en la Figura 5.12, se recogen las puntuaciones totales de las personas participantes en el pre-test y el pos-test.

Como se observa en la Figura 5.12, 3 participantes han aumentado su puntuación en la segunda medición, lo que indica un mayor nivel de salud mental positiva después de haber recibido la formación. Sólo el participante 3, ha obtenido una puntuación menor en el pos-test, descendiendo 8 puntos.



**Figura 5.12**

*Puntuaciones pre-test y pos-test Cuestionario Salud Mental Positiva*



En las Figuras 5.13-5.16 se detallan las puntuaciones pre-test y pos-test de los participantes en cada uno de los factores del Cuestionario de Salud Mental Positiva.

En la mayoría de los casos, han aumentado las puntuaciones en el pos-test, indicando una mejora en el nivel de salud mental positiva.

- La participante 1, solamente ha bajado un punto, respecto al pre-test, en el factor 4 y en el resto ha aumentado o mantenido su puntuación.
- El participante 2, ha aumentado o mantenido sus puntuaciones en el pos-test, excepto en el factor 5 (resolución de problemas y autorrealización) que ha descendido de 22 a 15 puntos.
- La participante 3, sus puntuaciones en el pos-test han aumentado en todos los factores.
- El participante 4, también ha aumentado sus puntuaciones en todos los factores.



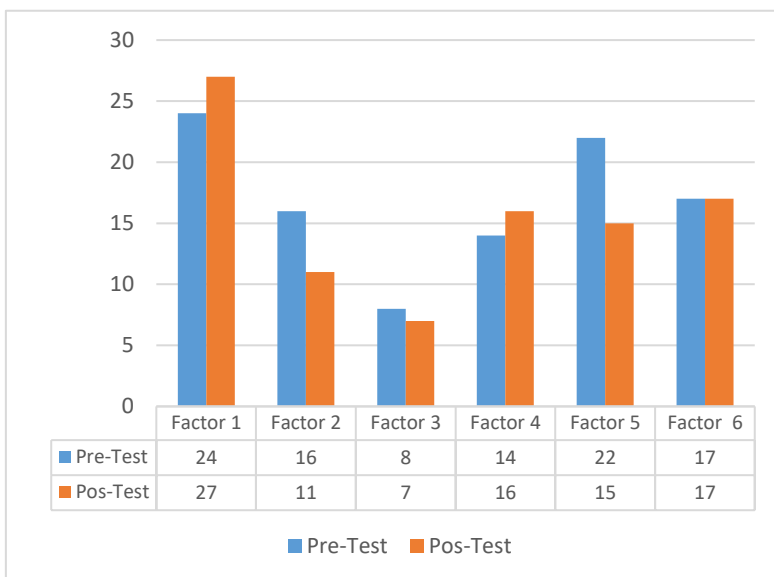
**Figura 5.13**

*Puntuaciones factores SMS. Participante 1.*



**Figura 5.14**

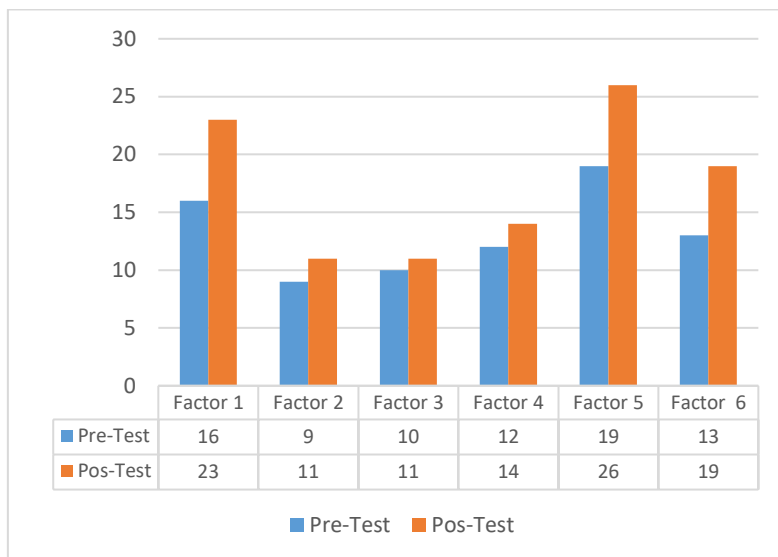
*Puntuaciones factores SMS. Participante 2.*





**Figura 5.15**

*Puntuaciones factores SMS. Participante 3.*



**Figura 5.16**

*Puntuaciones factores SMS. Participante 4.*



En la Tabla 5.20, se recogen los resultados obtenidos en la prueba de los rangos para el Cuestionario de Salud Mental Positiva.

En el Cuestionario de Salud Mental Positiva (SMP) una mayor puntuación en el test implica un mayor nivel de SMP, por lo que los rangos positivos indican que los niveles de SMP después de la formación han aumentado.





Todas las personas han incrementado sus puntuaciones en el factor de satisfacción personal.

**Tabla 5.20**

*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para el Cuestionario de Salud Mental Positiva*

Cuestionario	Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.			
	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Sig. asintótica
<b>Salud Mental Positiva</b>				
Satisfacción personal	0	4	0	0,068
Actitud prosocial	1	3	0	0,715
Autocontrol	1	2	1	0,414
Autonomía	1	3	0	0,141
Resolución de problemas y autorrealización	1	3	0	0,581
Habilidades relacionales	0	2	2	0,180
TOTAL	1	3	0	0,273

Nota: Rangos negativos: Puntuación post-test < Puntuación pre-test  
 Rangos positivos: Puntuación post-test > Puntuación pre-test  
 Empates: Puntuación post-test = Puntuación pre-test

En los factores actitud prosocial, autonomía, resolución de problemas y autorrealización, así como en la puntuación total, 3 personas han aumentado sus puntuaciones en el pos-test y una ha disminuido la puntuación.

Respecto al factor, habilidades relacionales, 2 personas han incrementado sus puntuaciones en relación al pre-test y las otras dos han mantenido la misma.

En el factor autocontrol, dos personas han aumentado sus puntuaciones en la segunda medición, una ha descendido y la otra ha mantenido la misma puntuación.

Si nos fijamos en la significación asintótica, en ningún caso esta es menor que 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; El programa

Desarrollo y evaluación del Programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! implementado con personas con Trastorno Mental Severo que participan en entidades sociales.



*ACCOMPAGNAMI!* implementado en Messina no ha aumentado los niveles de salud mental positiva de las personas que han participado.

Resaltar que el factor satisfacción personal (0,068) está cerca, por lo que la formación ha repercutido positivamente en la satisfacción personal de las personas participantes.



## **CAPÍTULO 6:**

# **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**





## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este último capítulo se discuten los resultados mostrados previamente y se exponen las conclusiones a las que llegamos con esta investigación. Asimismo, la difusión que se ha realizado sobre el trabajo y las futuras líneas que se pretenden seguir.

### 6.1. Discusión

El estigma vinculado a las personas con problemas de salud mental maximiza la ruptura con la red social, lo que requiere de un trabajo conjunto de las personas afectadas, familiares, trabajadores de la salud, así como de la comunidad (Chaura, 2014), esta intervención nos permite situar la promoción de la salud como eje de intervención en la comunidad.

Los programas de formación basados en el apoyo entre iguales para personas con TMS, como ¡ACOMPÁÑAME!, ponen en valor el saber experiencial de las personas con problemas de salud mental para acompañar a otros (Ardilla et al., 2013). Coincidiendo con Mastroeni y colegas (2012), los/as participantes, a través de la formación, han tenido la posibilidad de transformar la experiencia personal de “enfermedad” en un recurso: el apoyo entre iguales.

Además, si posteriormente desarrollamos e implementamos este nuevo perfil laboral, el programa tendrá un gran potencial para el empleo (Socialstyrelsen, 2018), siendo una forma positiva y segura para que las personas con problemas de salud mental se incorporaren al mercado laboral y, por ende, reanuden un importante rol social (Valero et al., 2013).

Asimismo, estaremos involucrando activamente a las personas con enfermedad mental en los servicios de salud mental. Estas personas formadas, 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 & Machin, 2016).

El desarrollo de este nuevo rol implica numerosos retos. Es importante señalar los desafíos para el resto de profesionales, que necesitan cambiar la forma en la que ven a las personas usuarias de los servicios y confiar en sus capacidades para prestar apoyo y



ser compañeros de trabajo en los procesos de recuperación (Magalhães et al., 2013). Los pasos y las pautas previas a la implementación que se proponen son fundamentales para un adecuado desarrollo de la propuesta.

Los nuevos enfoques de atención a los problemas de salud mental destacan el concepto de recuperación. La práctica del apoyo entre iguales se describe como una forma de garantizar mejores resultados en la recuperación de las personas con TMS (Castelein et al., 2015) pero, se necesita investigación para mostrar la efectividad de la formación recibida, es decir, con un mayor nivel de evidencia (Chinman et al., 2017).

Apenas existen estudios que se centren en los resultados que el programa de formación tiene sobre las personas que lo realizan (Ratzlaff et al., 2006), pese a ello, la evaluación es el elemento fundamental para la mejora (Juste, 2006). El consistente proceso de evaluación que se propone permite recopilar suficiente información. Es necesario valorar si las personas han alcanzado los requisitos específicos para el posterior desempeño de tareas (Campos et al., 2016). Las diversas pruebas de evaluación nos permiten determinar, en última instancia, si la persona es apta o no, para su actuación como compañero/a de apoyo.

Además, estudios como el de Hutchinson y sus colegas (2006) sugieren que la formación de personas con TMS para el apoyo entre iguales afectará positivamente tanto psicológica como vocacionalmente. En nuestro caso, pese a que las diferencias no han sido significativas, si se han identificado mejoras en las personas participantes. De acuerdo con Chaura (2014) este tipo de programas de formación permiten a las personas participantes explorar sus capacidades existentes, descubrir nuevas y trabajar las dificultades a través de la reconstrucción de sus proyectos de vida.

Respecto a qué características deben tener estas formaciones no existe un consenso. Los programas encontrados han variado en cuanto a duración, tipología, metodología y estrategias de evaluación.

Harrington y Restrepo-Toro (2013) recogen los aspectos que frecuentemente se abordan en los programas de formación: conocimientos básicos de recuperación, sensibilidad y capacidad para trabajar con personas de diversas culturas, habilidades comunicacionales, manejo de crisis, revelación del propio padecimiento, ética, límites. En nuestra propuesta, puesto que se ha realizado tras tener en cuenta la realidad donde



se quería implementar y revisar las características de otros programas, se cubren, en mayor o menor medida, estos temas a lo largo de las sesiones planteadas.

Consideramos importante emplear metodologías activas para así implicar a las personas participantes en su propio aprendizaje. Nuestra propuesta incluye debates, ejercicios experienciales, juego de roles, presentaciones didácticas, realidad virtual con videos en 360°, etc. Esta participación constante de los participantes potencia el desarrollo de la colaboración, implicación y motivación (Usán, 2020) que además serán elementos clave para sus funciones como compañeros y compañeras de apoyo.

El hecho de que las personas participantes compartan su experiencia de enfermedad y recuperación, así como las propias estrategias de afrontamiento, va a ser indispensable para que posteriormente puedan ayudar a otras personas en su proceso de recuperación y establecer una relación de confianza y mutualidad (Magalhães et al., 2013).

Tanto en la experiencia española como en la italiana, no se han encontrado diferencias significativas. Esto puede ser normal al tratarse de una experiencia tan puntual y también puede estar explicado por alguno de los siguientes motivos (Fan et al., 2018; Ratzlaff et al., 2006):

- El pequeño tamaño de la muestra.
- Las pruebas de evaluación empleadas no recogen algunos de los posibles efectos que puede tener la formación en las personas participantes.
- El corto plazo de la intervención. Puede que las pruebas no sean lo suficientemente sensibles para captar los cambios.
- Sesgo de cambio de respuesta en las pruebas pre-test y pos-test: se produce cuando los sujetos, después de una intervención, experimentan un cambio en la comprensión del instrumento. Cuando esto sucede, las personas responden de la misma manera a las pruebas, aunque la intervención haya tenido éxito. Para evitar este sesgo, sería necesario usar una prueba previa retrospectiva.

Las mejoras observadas en algunos dominios pueden estar relacionadas con el principio “*Helper Therapy*” o terapia de ayuda de Riesman (1965), que sostiene que las personas que ayudan a las demás, son a su vez ayudadas a sí mismas. Son pocas las investigaciones que han tenido en cuenta este principio en la formación de personas con TMS para el apoyo entre iguales (Barrett et al., 2000).



### 6.1.1. Resultados España

Aunque, en la actualidad, no existen estándares de formación de pares reconocidos en España para el apoyo entre iguales en salud mental, cualquier programa debe ser adaptado a las fortalezas de los individuos, el tipo de trabajo, así como a las necesidades de la comunidad (Brown et al., 2014; Chinmam et al., 2014), es por ello que la formación, previa implementación, requiere realizar una adaptación a las características concretas de la entidad (servicios, profesionales, recursos, funciones y límites de los futuros compañeros y compañeras de apoyo...) donde se va a llevar a cabo.

Es importante que la entidad social consensue y delimite adecuadamente tanto las funciones como los límites de los y las compañeros/as de apoyo y que estas queden claras para las personas participantes, puesto que la falta de conocimientos sobre el papel y las funciones provocará desconfianza respecto a la integración de estos en los equipos de trabajo (Harrington y Restrepo-Toro, 2013).

El sistema de evaluación propuesto para la formación es amplio y emplea diferentes estrategias con el fin de recabar toda la información necesaria para poder emitir una valoración respecto a si la persona es apta, o no, para desempeñarse como compañero y compañera de apoyo. En contraposición, la mayoría de programas analizados emplean para su evaluación un examen final escrito. Pero con este tipo de estrategias evaluadoras (pruebas de papel y lápiz) no pueden captar con profundidad las competencias adquiridas por las personas participantes (RI Consulting, 2015).

En el programa ¡ACOMPÁÑAME! se aconseja que la evaluación final sea realizada por dos personas evaluadoras, una interna y otra externa a la organización, para así mantener la objetividad que requiere el proceso de evaluación y la toma de una decisión determinante. Asimismo, Campos y sus colegas (2016) recomiendan incluir métodos específicos y *feedback* de evaluadores internos y externos en este tipo de formaciones.

Durante el proceso de formación se han abordado los 4 dominios en los que se basa, según Slade (2009), la recuperación personal de las personas con problemas de salud mental: esperanza (autoconfianza, autocontrol y optimismo); auto identidad (nueva identidad que incorpore la enfermedad manteniendo un sentido positivo); sentido de vida (encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad); responsabilidad personal (capacidad de asumir responsabilidades en su propia vida).





Las puntuaciones medias de los test neuropsicológicos (MMSE, SLDS y LSP) de las personas participantes en el pre-test y en el pos-test, aunque no muestran diferencias significativas, si han aumentado en la escala de satisfacción con las dimensiones de la vida y en la escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana; además de en las subescalas comportamiento social interpersonal; comunicación-contacto social; y comportamiento social no personal.

Solamente se han encontrado diferencias significativas en la Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS) en los participantes de Madrid, respecto a Burgos. Este aumento en la satisfacción, puede estar relacionado con el principio de Riesman (1965), *The "Helper Therapy" principle* o el principio de la terapia de ayuda.

En cuanto a la valoración final todas las personas han obtenido la calificación "APTO/A".

El proceso seguido por cada persona durante la formación tiene un peso importante en la evaluación final, supone el 30%. Según Lloyd-Evans et al. (2014), evaluar el proceso que sigue cada participante ayuda a entender si el programa de apoyo entre pares fue implementado según lo previsto y los mecanismos por los cuales los efectos de esta intervención compleja se logran.

En el proceso de evaluación final, el 35% se determina a través de dos ejercicios de role playing y un estudio de casos, donde tienen que poner en práctica, a través de diferentes situaciones planteadas, lo trabajado durante la formación. Consideramos que, de esta forma, se puede prever como se puede desempeñar la persona en sus futuras funciones. Campos y sus colegas (2016) señalan que se debe valorar su actuación mediante juegos de roles, entrevistas o pruebas escritas. El empleo de estrategias de simulación, como el role playing, fomenta el aprendizaje experimental (Aguado et al., 2011). En nuestro caso, los juegos de roles han sido las pruebas de evolución que menos han gustado a los participantes al sentirse cohibidos, pero estas estrategias facilitarán su posterior desempeño como compañeros y compañeras de apoyo.

Finalmente, según lo recogido en los cuestionarios de satisfacción de las personas participantes, han descubierto la utilidad de su propia experiencia. Es decir, a través de la formación han transformado su experiencia vivida en un recurso muy útil, a través del



apoyo a otras personas que se encuentran en estadio más tempranos del proceso de recuperación (Mastroeni et al., 2012; Ardilla et al., 2013).

Tanto las personas encargadas de implementar el programa, como los propios participantes consideran la formación útil e incluso demandan más. La capacitación previa es esencial para la posterior implementación de un servicio de apoyo entre iguales (Magalhães et al., 2013).

Debemos señalar que tras la experiencia realizada la formación ¡ACOMPÁÑAME! será realizada por las propias personas usuarias a quien, si fuera necesario, se realizaría algún tipo de apoyo.

Encontramos la necesidad de crear un sistema de promoción de trabajo en coordinación con la Red de Salud Mental, con financiación suficiente para que las personas de apoyo puedan ser contratadas y desarrollar el trabajo como una actividad profesional con reconocimiento económico.

Finalmente, señalar la importancia de crear una red de apoyo entre las organizaciones interesadas en implementar el apoyo entre iguales. En el capítulo *Redes de trabajo en salud mental para la creación de un servicio de apoyo entre iguales* (Zabaleta y Lezcano, en prensa) se describe una propuesta para fomentar esta colaboración entre entidades.

### **6.1.2. Resultados Messina**

En este caso el proceso de evaluación ha estado formado por tres pruebas psicométricas realizadas mediante la técnica pre-test y pos-test.

Los resultados muestran que las personas participantes han disminuido sus niveles de discapacidad y ha aumentado (excepto una persona) su nivel de salud mental positiva, pero en ningún caso estas diferencias son significativas

Respecto a la prueba WHODAS 2.0, las mejoras producidas en los 4 factores (comprensión y comunicación; cuidado personal; habilidades de la vida diaria; y participación), así como en la puntuación total, pueden estar relacionadas con el carácter



más social de la formación, puesto que, en Italia, las intervenciones con las personas con TMS se basan mayoritariamente en un modelo clínico (Angelozzi, 2017).

En la Medida de los síntomas transversales de nivel 1 – Adultos, entre ambas mediciones se ha producido un descenso en los síntomas psiquiátricos, pero al igual que el estudio de Segal, Silverman & Temkin (2011), las diferencias no son significativas. Pero si se han reducido considerablemente los síntomas relacionados con la ira de las 4 personas participantes.

El aumento por parte de tres participantes en el dominio “Manía”, puede deberse a la falta de confiabilidad hallada en estudios previos (Mahoney et al., 2020; Narrow et al., 2013) para los dos ítems relacionados con este dominio.

Finalmente, en el Cuestionario salud mental positiva, han descendido las puntuaciones en la segunda medición, mostrando un mayor nivel de salud mental positiva después de la formación. Esto puede estar asociado con el principio de terapia de ayuda al sentir que pueden ayudar, a través de su experiencia, a los demás.

Para concluir este apartado, la investigación realizada, desde la revisión y análisis de programas de formación basado en el apoyo entre iguales para personas con TMS, como el posterior diseño, implementación y evaluación del programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! Teniendo en cuenta las características de las organizaciones sociales españolas, así como la adaptación al contexto socio-sanitario italiano nos han permitido alcanzar los objetivos que este trabajo se planteaba (Capítulo 3).

### **6.1.3. Risultati Messina**

In questo caso il processo di valutazione è stato formato da tre test psicometrici effettuati con la tecnica del pre-test e del post-test.

I risultati mostrano che i partecipanti hanno diminuito i loro livelli di disabilità e aumentato (tranne che per una persona) il loro livello di salute mentale positiva, ma in nessun caso queste differenze sono significative.



Rispetto al test WHODAS 2.0, il miglioramento dei 4 fattori (comprensione e comunicazione; cura personale; abilità di vita quotidiana; partecipazione), così come del punteggio totale, può essere correlato alla natura più sociale della formazione, in quanto, in Italia, gli interventi con persone con DMG sono per lo più basati su un modello clinico (Angelozzi, 2017).

Nella misura dei sintomi trasversali di livello 1-Adulto, c'è stata una diminuzione dei sintomi psichiatrici tra le due misure, ma come lo studio di Segal, Silverman & Temkin (2011), le differenze non sono significative. Tuttavia, i sintomi legati alla rabbia di tutti e quattro i partecipanti sono stati notevolmente ridotti.

L'aumento di tre partecipanti al dominio "Mania" può essere dovuto alla mancanza di affidabilità riscontrata in studi precedenti (Mahoney et al., 2020; Narrow et al., 2013) per le due item relative a questo dominio.

Infine, nel Positive Mental Health Questionnaire, i punteggi nella seconda misurazione sono diminuiti, mostrando un livello più alto di salute mentale positiva dopo la formazione. Questo può essere associato al principio della terapia di sostegno nel sentire di poter aiutare, attraverso la loro esperienza, gli altri.

Per concludere questa sezione, la ricerca realizzata, a partire dalla revisione e dall'analisi dei programmi di formazione basati sul supporto tra pari per le persone con DMG, così come la successiva elaborazione, implementazione e valutazione del programma di formazione ACCOMPAGNAMI! tenendo conto delle caratteristiche delle organizzazioni sociali spagnole, così come l'adattamento al contesto socio-sanitario italiano, ci hanno permesso di conseguire gli obiettivi che questo lavoro ci ha indicato (Capitolo 3).

## **6.2. Conclusiones**

El trabajo realizado nos ha permitido comprender en profundidad la práctica del apoyo entre iguales, específicamente para las personas con problemas de salud mental, así como la complejidad de desarrollar un programa de formación. Con ¡ACOMPÁÑAME! se ha dado a conocer el apoyo entre iguales en salud mental en el ámbito social y se ha puesto de manifiesto el desconocimiento existente hacia esta práctica. Esto se ha visto



reflejado en el interés mostrado por las propias organizaciones que han implementado la formación, así como en la motivación y la satisfacción mostrada por las personas que han participado. También ha llamado la atención su mención en diversos encuentros (congresos, jornadas...) donde se han presentado contenido relacionado con la experiencia y diferentes asociaciones han solicitado más información al respecto, así como a través de las redes sociales.

¡ACOMPÁÑAME! ha cumplido dos funciones esenciales, por un lado, formar a personas con problemas de salud mental en apoyo entre iguales y, por otro lado, prepararles para el desempeño de un puesto de trabajo. Pese a que en España aún no está reconocida laboralmente la figura de los trabajadores de apoyo entre iguales o PSWs, las personas participantes han descubierto el valor de este apoyo en salud mental, la importancia de la figura de un igual en el proceso de recuperación y la utilidad de su propia historia para poder acompañar a otras personas. Asimismo, han sido conscientes que para desempeñar adecuadamente estas funciones necesitan más formación y han sido ellos mismos quienes, al finalizar el programa, han demandado más.

Respeto a la formación, la escasa información encontrada relativa a la evaluación de este tipo de programas que, en la mayoría de los casos se guía por exámenes finales, cuestionarios o la práctica de juegos de roles, nos hizo plantearnos la evaluación como un pilar que debía ser fundamental durante el proceso formativo, considerando indispensable incluir diferentes pruebas de evaluación y en diferentes momentos.

En relación con las pruebas de situación cognitiva llevadas a cabo con la técnica test-retest no hemos encontrado diferencias significativas. Sería necesario disponer de una mayor muestra para concluir si realmente las pruebas seleccionadas son las más adecuadas para este programa.

Las pruebas llevadas a cabo durante la evaluación continua y final (hojas de registro, cuaderno de observaciones, test de conocimientos, juegos de roles, estudio de casos y la valoración de los expertos) nos han permitido determinar si las personas participantes eran aptas o no para desempeñarse como compañeros y compañeras de apoyo.

Los juegos de roles empleados, tanto durante las actividades de formación como en el proceso de evaluación, en un primer momento resultaron complejos. Los participantes



se sentían cohibidos o les daba vergüenza, pero conforme avanzamos fueron conscientes de la importancia de esta estrategia, ya se les permitía plantear y simular con sus compañeros y compañeras posibles situaciones que se podían dar en un futuro, a la vez que iban poniendo en práctica sus habilidades. Puesto que los conocimientos esenciales para su desempeño parten de su historia personal, los juegos de roles son la estrategia más útil para que aprendan a transmitirlos y, por ello, serán la técnica predominante cuando se continúe con la formación.

En este caso, todos los participantes han obtenido la calificación de apto, aunque esto no implica que una vez finalizada la formación todas las personas comiencen a desempeñarse como compañeros y compañeras de apoyo. Al tratarse de una figura nueva en la entidad social, es necesario que se delimite correctamente este nuevo rol y se comience a implementar de forma gradual. Además, ¡ACOMPÁÑAME! ofrece un acercamiento al apoyo entre iguales en el ámbito social de la salud mental, pero es necesario continuar esta línea con más formación y trabajo en equipo para situar adecuadamente esta práctica en las entidades.

En definitiva, esta formación inicia el camino hacia la creación y el desarrollo de un servicio de apoyo entre iguales para personas con TMS en el ámbito comunitario y, por ende, la creación de un nuevo perfil profesional. Esto será un camino largo donde la educación tendrá especial relevancia, desde la continuidad de la formación hasta la evaluación del impacto del apoyo entre iguales en el entorno social de la salud mental.

### **Limitaciones**

Respecto a la implementación en España, no disponer de estándares en población española para esta práctica impide la comparación de experiencias con otras internacionales. También, en relación con el tamaño de la muestra, sería necesario implementar la formación en más entidades sociales de España para poder así, recabar más datos y comprobar si los resultados son similares a los expuestos, lo cual se está realizando. Además, disponer de más datos nos permitirá comparar la realidad del apoyo entre iguales en España con otros países. Es necesario continuar investigando en esta práctica y trabajar en el diseño e implementación de un nuevo perfil profesional, los trabajadores de apoyo entre iguales.



Respecto a las limitaciones de la implementación en Messina señalar el tamaño de la muestra y la duración de la intervención. Sería necesario replicar la intervención en otros centros de Italia con características similares a las del Centro Neurolesi “Bonino-Pulejo” y, en caso de obtener resultados significativos se podría diseñar una nueva formación que incluya más contenidos y tenga una mayor duración.

### **6.3. Conclusioni**

Il lavoro svolto ci ha permesso di comprendere a fondo la pratica del peer support, specifico per le persone con problemi di salute mentale, e la complessità dello sviluppo di un programma di formazione. Con ACCOMPAGNAMI!, il peer support nella salute mentale è conosciuto in campo sociale e ha evidenziato la mancanza di conoscenza di questa pratica. Ciò si è riscontrato nell'interesse dimostrato dalle stesse organizzazioni che hanno realizzato la formazione, così come nella motivazione e nella soddisfazione delle persone che vi hanno partecipato. Ha anche suscitato l'attenzione in vari incontri (convegni, conferenze, ecc.) dove sono stati presentati contenuti relativi all'esperienza e diverse associazioni hanno richiesto maggiori informazioni su di essa, oltre che attraverso i social network.

ACCOMPAGNAMI! ha svolto due funzioni essenziali, da un lato, per formare le persone con problemi di salute mentale al sostegno tra pari e, dall'altro, per prepararle alla realizzazione di un lavoro. Nonostante il fatto che la figura del peer support worker o PSW non sia ancora riconosciuta in Spagna, i partecipanti hanno scoperto il valore di questo supporto nella salute mentale, l'importanza della figura di un peer nel processo di recupero e l'utilità della propria storia per poter accompagnare altre persone. Sono stati anche coscienti del fatto che per svolgere adeguatamente queste funzioni hanno bisogno di una maggiore formazione e sono stati quelli che, alla fine del programma, hanno chiesto di più.

Per quanto riguarda la formazione, la scarsa informazione trovata sulla valutazione di questo tipo di programma, che nella maggior parte dei casi è guidata da esami finali, questionari o dalla pratica del role-playing, ci ha fatto considerare la valutazione come un elemento fondamentale durante il processo formativo, ritenendo indispensabile includere diversi test di valutazione e in momenti diversi.



In relazione ai test di situazione cognitiva effettuati con la tecnica del test-retest non abbiamo trovato differenze significative. Sarebbe necessario avere un campione più grande per concludere se i test selezionati sono davvero i più appropriati per questo programma.

I test effettuati durante la valutazione continua e finale (schede di registrazione, taccuino di osservazione, test di conoscenza, giochi di ruolo, studio di caso e valutazione di esperti) ci hanno permesso di determinare se i partecipanti erano idonei o no ad operare come partner di supporto.

I giochi di ruolo utilizzati, sia durante le attività di formazione che nel processo di valutazione, sono stati inizialmente complessi. I partecipanti si sono sentiti imbarazzati, ma mentre procedevamo si sono resi consapevoli dell'importanza di questa strategia, e hanno potuto rappresentare e simulare possibili situazioni future con i loro colleghi, mettendo in pratica le loro capacità. Poiché la conoscenza essenziale per la loro performance deriva dalla loro storia personale, il gioco di ruolo è la strategia più utile per loro per imparare a trasmetterla e, quindi, sarà la tecnica predominante quando continueranno con la formazione.

In questo caso, tutti i partecipanti hanno ottenuto la qualifica di idoneo, anche se ciò non implica che, una volta terminata la formazione, tutte le persone comincino ad operare come partner di supporto. Trattandosi di una figura nuova nell'entità sociale, è necessario delimitare correttamente questo nuovo ruolo e iniziare ad implementarlo gradualmente. Inoltre, ACCOMPAGNAMI! offre un avvicinamento al supporto tra pari nel campo sociale della salute mentale, ma è necessario continuare questa linea con una maggiore formazione e lavoro di gruppo per collocare correttamente questa pratica nelle entità.

In definitiva, questa formazione inizia il percorso verso la creazione e lo sviluppo di un servizio di peer support per le persone con DMG in ambito comunitario e, quindi, la creazione di un nuovo profilo professionale. Si tratterà di un lungo cammino in cui l'educazione avrà una particolare rilevanza, dalla continuità della formazione alla valutazione dell'impatto del peer support nell'ambiente sociale della salute mentale.





## **Limitazioni**

Per quanto riguarda l'attuazione in Spagna, la mancanza di standard nella popolazione spagnola per questa pratica impedisce il confronto di esperienze con altre internazionali. Inoltre, in relazione alle dimensioni del campione, sarebbe necessario implementare la formazione in più entità sociali in Spagna per poter acquisire più dati e verificare se i risultati sono simili a quelli presentati, cosa che si sta facendo. Inoltre, disporre di più dati ci permetterà di confrontare la realtà del peer support in Spagna con quella di altri paesi. È necessario continuare la ricerca di questa pratica e lavorare alla definizione e alla realizzazione di un nuovo profilo professionale, peer support workers.

Per quanto riguarda i limiti dell'implementazione a Messina, si segnala la dimensione del campione e la durata dell'intervento. Sarebbe necessario replicare l'intervento in altri centri in Italia con caratteristiche simili a quelle del Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo" e, se si ottengono risultati significativi, la nuova formazione potrebbe essere pensata per includere più contenuti e avere una durata più lunga.

## **6.4. Futuras líneas de investigación**

Desde hace unos meses se ha continuado con el trabajo iniciado con la formación ¡ACOMPÁÑAME! La demanda de una mayor formación, al considerar el apoyo entre iguales un servicio muy útil y que los usuarios pueden prestar, nos lleva a continuar con esta línea.

El fin último es el diseño y creación de un servicio de apoyo entre iguales, para las personas con problemas de salud mental, dentro de las propias organizaciones promotoras y que esté abierto a la comunidad. Esto implica la colaboración entre:

- Equipos de investigación (Universidad de Burgos) y
- Organizaciones sociales para personas con problemas de salud mental
  - o Las propias organizaciones como gestoras del nuevo servicio.
  - o Las personas formadas con ACOMPÁÑAME.
- Organizaciones privadas u organismos públicos relacionados con la salud mental.



Se trata de un enfoque de investigación “impulsado por la comunidad” en el que se comparte la toma de decisiones (Lindamer et al., 2009), para así continuar fomentando la autonomía y el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental.

Todas las líneas de trabajo e investigación iniciadas están coordinadas dado que componen una línea común: desarrollo del perfil profesional.

Las acciones que se han iniciado son (pese al parón provocado por la pandemia, esperamos retomar el trabajo en el 2021):

**a) Ampliación de la formación de los y las compañeros y compañeras de apoyo.**

Con esta formación se desea profundizar en la autonomía y coordinación de las personas para poder desarrollar la actividad no solamente en la Asociación sino con otras personas con diagnóstico de TMS. Se establecen reuniones mensuales conducidas por investigadores de la UBU donde se abordan aspectos relacionados:

- Nuevas necesidades de formación
- Formación más específica para sus actuaciones
- Actividades vinculadas con el apoyo entre iguales

En este caso, la metodología empleada, se basa principalmente en actividades de role playing dada la importancia que se da en este momento a la capacidad de respuesta en distintas situaciones.

**b) Diseño de un servicio de apoyo entre iguales en las propias entidades sociales.**

Se realizan reuniones de trabajo mensuales en las entidades sociales en las que participan profesionales y directiva de la entidad, las y los compañeros de apoyo y personal investigador de la UBU. En ellas se está diseñando la estructura que debe seguir el servicio.

Debemos señalar que esta fase es un elemento fundamental en la continuación del proyecto, y quizá la más compleja, dado que supone que el “servicio de apoyo” creado en las organizaciones y constituido por personas con enfermedad mental desarrolle sus actividades en la propia organización y también acoja a personas con enfermedad



mental que no participan en la entidad, pero soliciten el servicio. Así mismo, este proceso implicará modificaciones en la fase desarrollada con los usuarios, es decir, la identificación de los potenciales usuarios y contextos en los que se desea intervenir requerirá de una formación especializada para la atención (diseñada e implementada en la línea de trabajo anterior).

Los temas fundamentales que se están abordando, en relación con el diseño del servicio de apoyo entre iguales, son los siguientes:

- Sistema de organización: qué papel ocupa cada uno de los perfiles implicados (personas de apoyo, asociación, universidad, recursos de salud mental)
- Funcionamiento: estructura del servicio, sistema de comunicación, captación de destinatarios...
- Intervenciones: sesiones de trabajo, duración, lugar...
- Evaluación del funcionamiento y evaluación del impacto del servicio
- Sistema de financiación: búsqueda de fondos, contratación de las personas participantes, pago de los servicios.
- Difusión del servicio.

El proyecto, desde ASAM Burgos, se ha presentado a la Convocatoria Burgos 2020 que, mediante el Programa de Ayudas a Proyectos de Iniciativas Sociales de la Fundación Bancaria La Caixa y la Fundación Caja de Burgos, tiene como finalidad impulsar iniciativas dirigidas a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida y fomentar la igualdad de oportunidades.

### **c) Creación de una red de colaboración entre las entidades que han implementado ¡ACOMPÁÑAME!**

Colaboración entre distintas organizaciones acogedoras del servicio. La construcción de un servicio de apoyo entre iguales dentro de una organización y abierto a toda la comunidad es algo novedoso, por lo que la colaboración de las diferentes organizaciones interesadas es fundamental para poder avanzar en su diseño. Además, también se fomentan las relaciones entre todas las personas formadas con ¡ACOMPÁÑAME!, compartiendo sus intereses, dudas...



Esta colaboración se apoya en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). A través de las TIC se comparte lo abordado en cada una de las sesiones de trabajo entre las distintas entidades para así:

- Aprender de las experiencias de los demás.
- Colaborar en la mejora de la propuesta.
- Fomentar las relaciones entre entidades.

Va a ser un camino largo, pero estamos seguros de que va a resultar beneficioso para todas las personas implicadas, así como para la sociedad en general. Aprender con y de los diferentes es un reto (Pujolàs i Maset, 2017) del que, por complicado que sea, no nos debemos abstraer.

## 6.5. Difusión

Por un lado, respecto a divulgación de la investigación, desde el inicio se han ido redactando comunicaciones para congresos y artículos para revistas de impacto:

- Congresos y otras reuniones científicas:
  - Zabaleta R. y Lezcano, F (2017). Formación en ayuda mutua para usuarios con trastorno mental severo en entidades sociales en Castilla y León. En A. Rodríguez-Martín (Coord.) *Prácticas Innovadoras inclusivas: retos y oportunidades* (2583-2590). Servicio de Publicaciones Universidad de Oviedo.
  - Zabaleta R. (2017). Formación en ayuda mutua para usuarios/as con TMS de entidades sociales. En J.L. Cuesta (Coord.) *IV Jornadas de Doctorandos de la Universidad de Burgos* (317-327). Universidad de Burgos.
  - Zabaleta R. (2018). Programas de formación de pares para personas con TMS. En J.L. Cuesta (Coord.) *V Jornadas de Doctorandos de la Universidad de Burgos* (193-197). Universidad de Burgos.
  - Zabaleta R. y Lezcano, F (2019). *El valor del apoyo entre iguales para las personas con TMS* [Comunicación oral]. XVI Congreso Internacional y



XXXVI Jornadas de Universidad y Educación Inclusiva: Nuevos Retos para la Formación del profesorado en Educación Inclusiva, Salamanca, España.

- Zabaleta R., Epasto, A. y Lezcano, F (2019). Formazione di supporto tra pari per persone con disturbi mentali gravi. Adattamento al contesto italiano. En Società Italiana di Ricerca Didattica (Coord.) *Convegno internazionale SIRD-Sie-L Learning Analytics. Per un dialogo tra pratiche didattiche e ricerca educativa* (5-10). Società Italiana di Ricerca Didattica.
- Zabaleta R. (28 de noviembre del 2019). *El valor del apoyo entre iguales en salud mental. El Programa ¡ACOMPÁÑAME! como formación inicial para esta práctica* [Ponencia invitada]. V Jornadas Activismo y Salud Mental, Pamplona. España.
- Zabaleta R. (2019). El Programa ¡ACOMPÁÑAME! como formación inicial para la práctica del apoyo entre iguales en salud mental. En J.L. Cuesta (Coord.) *V Jornadas de Doctorandos de la Universidad de Burgos*. Universidad de Burgos.
- Zabaleta R. (2020). La educación de las personas con problemas de salud mental. Análisis de situación. En M. Fernández-Hawrylak, D. Heras y J.A. Gómez (Coords.) *Ampliando Horizontes en educación inclusiva* (707-712). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos.
- Zabaleta R. y Lezcano, F (2020). Educación y salud mental. Análisis de situación. En M. Fernández-Hawrylak, D. Heras y J.A. Gómez (Coords.) *Ampliando Horizontes en educación inclusiva* (713-717). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos.
- Capítulos de libro:
  - Zabaleta, R y Lezcano, F. (en prensa). Redes de trabajo en salud mental para la creación de un servicio de apoyo entre iguales. En *¡Hablemos en inclusión! Buenas prácticas comunicativas en educación*. Editorial Grao
  - Zabaleta, R (En prensa). *Peer Support Workers* o trabajadores de apoyo entre iguales, ¿un nuevo perfil en el ámbito social de la salud mental? En X. Editorial Dykinson
- Revistas de impacto:
  - Zabaleta, R., Lezcano-Barbero, F. y Perea, M.V. (en prensa). Revisión de los programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria*.



Por otro lado, en relación a la difusión del programa de formación, en primer lugar, se diseñó un tríptico informativo para promocionar ¡ACOMPÁÑAME!

Se ofreció al panel expertos internacionales que participó en la validación del programa la posibilidad de implementarlo en las entidades sociales que ellos participaban o que mantenían contacto. En este caso, no se consolidó ninguna colaboración.

Destacar que, tras la obtención de una Ayuda a la investigación financiada por la Fundación Banco Sabadell, se ofreció a expertos argentinos relacionados con el Proyecto Suma, la puesta en marcha de ¡ACOMPÁÑAME! en esa entidad, con la financiación de todos los gastos necesarios (material, persona dinamizadora, etc), así como la posterior contratación de un compañero/a de apoyo y, por motivos laborales personales, decidieron no aceptar la propuesta.

También nos pusimos en contacto con una de las asociaciones de salud mental de la ciudad (Burgos), ASAM burgos, a la cual le interesó mucho el proyecto y lo llevaron a cabo. Del mismo modo, ASAM Madrid, en una reunión científica conoció el programa y lo implementaron. En unas jornadas formativas sobre salud mental se estableció contacto con la Asociación Mejorana de Pamplona la cual comenzó la puesta en marcha del programa, pero por la situación sobrevenida de la COVID-19 no se pudo terminar la experiencia.

Las redes sociales también han sido un potente instrumento para dar a conocer la formación. Una entrevista sobre salud mental y apoyo entre iguales publicada en el Diario de Noticias (Navarra, 3 de diciembre del 2019) suscitó el interés por la formación de la entidad Cáritas Salamanca que, en breves, comenzará la puesta en marcha de ¡ACOMPÁÑAME!



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1decada4 (18 de marzo de 2016). *Apoyo mutuo*. <http://bit.ly/2o3ugwN>
- Abelló, L. (2007). *El desarrollo de competencias docentes en la formación del profesorado*. Ministerio de Educación.
- Advocacy Unlimited, Inc. (2018). *Recovery Support Specialist Training & Certification*. <https://cutt.ly/Ehz5nLF>
- Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat*, 22, 409-418.
- Agrest, M. y Stastny, P. (2013). Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat*, 24(112), 410-416.
- Aguado, D., Arranz, V., Valera-Rubio, A. y Marín-Torres, S. (2011). Evaluación de un programa blended-learning para el desarrollo de la competencia trabajar en equipo. *Psicothema*, 23(3), 356-361.
- Ahmed, A., Hunter, K., Mabe, A., Tucker, S. y Buckley, P. (2015). The professional experiences of peer specialists in the Georgia Mental Health Consumer Network. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 424-436. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9854-8>
- Alaska Peer Support Consortium (2018). *Peer Support*. <http://bit.ly/2E6cvCU>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Anaut, S., Arza, J. y Álvarez, M.J. (2017). La exclusión social, una problemática estructural entre las personas con discapacidad. *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (36), 167-181.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>



- Ardila, S., Agrest, M., Abadi, D. y Cáceres, C. (2013). El aporte de los pares al trabajo en Salud Mental: Consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(112), 465-471.
- Ardila, S.E., Agrest, M., Abadi, D. y Cáceres, C. (2013). El aporte de los pares al trabajo en Salud Mental: Consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat*, 24(112), 465-471.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.
- Asociación Española de Fundaciones (2013). *La Fundación: concepto, constitución y régimen sustantivo y tributario*. Asociación Española de Fundaciones.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2000) La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación jurídica de los enfermos mentales. *Cuaderno Técnico*, (3). AEN.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. AEN.
- ASPIN (2018). *ASPIN Certified Community Health Worker Training Program*. <http://bit.ly/2nSHIml>
- Association of Participating Service Users (APSU) (2018). *Resources. The Peer Model Manual*. <http://bit.ly/2nVnRDE>
- Ausín, B. y Muñoz, M. (2018). *Guía práctica de detección de problemas de salud mental*. Ediciones Pirámide.
- Australia Government. National Mental Health Commission (2018). *Peer Work Developing and Promotion*. <http://bit.ly/2BV AeZ4>
- Baker, F. y Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5(1), 69-79. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90059-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90059-3)





- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.  
<https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Barrett, N.M., Pratt, C.W., Basto, P.M. y Gill, K.G. (2000). Integrating consumer providers into a service delivery system: The role of education and credentials. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(1), 82-104.  
<https://doi.org/10.1080/10973430008408397>
- Barrios, L.F. (2010). Derechos humanos y salud mental en Europa. *Norte de Salud mental*, 8(36), 55-67.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bequis-Lacera, M., Muñoz-Hernández, Y., Pedro-Camacho, D., Angulo-Cervantes, P., Blanco-Alvarado, A., Castro-Romero, A., ... y Corzo-Quintero, J. (2019). Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 16(2), 103-123. DOI: 10.21676/2389783X.2945
- Beresford, P. y Russo, J. (2016). Supporting the sustainability of Mad Studies and preventing its co-option. *Disability & society*, 31(2), 270-274.  
<https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1145380>
- Blanco, R. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Reice: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 4(3), 1-15.
- 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.
- Bos, A., Pryor, J., Reeder, G. y Stutterheim, S. (2013) Stigma: advances in theory and research. *Basic Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>



- Brea, J. y Gil, H. (2016). Estigma y salud mental una reflexión desde el trabajo social stigma and mental health a reflection from the field of social work. *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0012>
- Brown, C., Ehrlich-Jones, L., Fisher, E., Gabriele, J., Hino, S., Kowitt, S.,... y Thompson, J. (2014). *Advocating and planning for a behavioral health peer support program*. National Peer Support Collaborative Learning Network.
- Burgés, V., Fernández, A., Autonell, J., Melloni, F. y Bulbena, A. (2007). Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 79-88.
- Cabrero, J. y Llorente, M.C. (2013). La aplicación de juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información. *Eduweb Revista de Tecnología de información y comunicación*, 7(2), 11-22.
- Cabrero, J. y Llorente, M.C. (2015). Entornos Personales de Aprendizaje (PLE): valoración educativa a través de expertos. *Areté: Revista Digital del Doctorado en Educación de la Universidad Central de Venezuela*, 1(1), 7-19.
- Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (2018). *Recovery*. <http://bit.ly/2EmvOIy>
- Campbell, J. y Leaver, J. (2003). *Emerging New Practices in Organized Peer Support*. U. S. Department of Health and Human Services.
- 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. <https://doi.org/10.1590/0101-608300000000009>
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., & Dores, A. (2016). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 97-110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.06.002>



- Canadian Mental Health Association (2005). *Peer Support Training Manual*. Canadian Mental Health Association. <http://bit.ly/2Eh213J>
- 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*. Great Britain.
- Carlson, J., Ochoa, S., Haro, J.M., Escartín, G., Ahuir, M., ... y Gallo, P. (2009). Adaptation and validation of the quality-of-life scale: Satisfaction with Life Domains Scale by Baker and Intagliata. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.008>
- Carugati, M. (2015). *Gli esperti supporto tra pari: dall'esperienza personale ad una futura professione*. Centro Clinico di Psicologia di Monza. Disponible en <https://bit.ly/2KrTylZ>
- Casado, M. (2001). *Educación para la salud de jóvenes con discapacidad intelectual*. Universidad de Burgos.
- Casas, L.A., López, L., Carrasco, O., Nieto-Moreno, M., García-Heras, S. (2018). *Profesional experto por experiencia en salud mental*. Disponible en <https://cutt.ly/xhejiCN>
- 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. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv113>
- Cea-Madrid, J.C. y Castillo, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559-574. <https://doi.org/10.5209/POSO.57277>
- Cea-Madrid, J.C. y T. Castillo-Parada (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (8), 169-192.



Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (2019). *Programme "Mediateur de Sante Pair"*.

<https://bit.ly/2UH7J6Z>

Chaura, L.E. (2014). Programa de formación y capacitación laboral en salud mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(3), 695-716.

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00002>

Chico, M. (2007). Los trastornos mentales severos: concepto, características y clasificación. En F. Lezcano y M.A. Martínez (Coord.) *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 15-37). Caja de Burgos.

Chinman, M., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Swift, A., y 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>

Chinman, M., McInnes, D.K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., y Resnick, S.G. (2017). Establishing a research agenda for understanding the role and impact of mental health peer specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955-957.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700054>

Chinman, M., Young, A.S., Hassell, J. y Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(176).

<https://doi.org/10.1007/s11414-006-9009-3>

Colorado Mental Wellness Network (2018). *Peer Support Specialist Training with CMWN*. <http://bit.ly/2sbdGiW>

Comisión Europea (2018). *EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being*.

<https://bit.ly/2Ig70EH>

Confederación Salud Mental España (2017). *Curso 'Informando en Primera Persona'*.

<https://cutt.ly/9hxoWfy>



Confederación Salud Mental España (2017). *Presentación de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*. Confederación Salud Mental España. Recuperado de: <http://bit.ly/2pc08BO>

Confederación Salud Mental España (2019). *Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental 2018*. Confederación Salud Mental España.

Consejería de Sanidad y Bienestar Social (2007): “¿Qué es la enfermedad mental?” Junta de Castilla y León.

Corrigan, P.W. Roe, D. y Tsang, H. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. Wiley and Sons.

Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J.M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M.F., Cabrera-Cifuentes, A., ... y Olivares, J.M. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>

Creswell, J.W., Hanson, W.E., Clark Plano, V.L. y Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264. <https://doi.org/10.1177/0011000006287390>

Crum, R.M., Anthony, J.C., Bassett, S.S. y Folstein, M.F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Jama*, 269(18), 2386-2391. doi:10.1001/jama.1993.03500180078038

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. 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. *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 10(2), 123-128.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. y 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>
- Del Río, F. y Carmona, J. (2012). Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional. En En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 341-355). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Delaware Certification Board (2018). *Certifications*. <http://bit.ly/2E60fCF>
- Delgado, J.A. (2015). Estrategias psicosociales utilizadas para el cambio de actitud hacia personas discriminadas por su discapacidad o trastorno mental. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 3(2), 27-39. DOI: [10.5569/2340-5104.03.02.02](https://doi.org/10.5569/2340-5104.03.02.02)
- Delman, J., Albert, K. y Simon, L. (2015). Estudio de resultados de las comunidades de aprendizaje sobre la recuperación (RLC, por sus siglas en inglés): perspectivas de los participantes de las RLC. *Boletín informativo de psiquiatría*, 5(2).
- Delman, J., Biebel, K. y Alikhan, S. (2016). Cómo mejorar las redes sociales de las personas con enfermedades mentales: un estudio cualitativo sobre la función de las comunidades de aprendizaje sobre la recuperación gestionadas por pares. *Boletín informativo de psiquiatría*, 13(5).
- Demailly, L., Dembinski, O., Cassan, D., Soulé, J. y Bélart, C. (2012). *Le programme expérimental des médiateurs de santé pairs (en santé mentale) Recherche qualitative*. Lille.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436.



- Desviat, M. y Moreno, A. (2012a) Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 21-27). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012b) La reforma psiquiátrica. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 28-36). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- District of Columbia Department of Behavioral Health (2018). *Peer Specialist Certification Program*. <http://bit.ly/2E58Nxy>
- Elvira, O.A. (2007). Una mirada resignificada, a la luz de los aportes de Pichon-Rivière. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 29(3), 661-678.
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- European Network on Independent Living (ENIL) (2018a). *ENIL and Peer support in 2016*. <http://bit.ly/2ECEZ7I>
- European Network on Independent Living (ENIL) (2018b). *Manuals*. <http://bit.ly/2nVVpBS>
- European Union (2016). *Good practices in mental health and well-being*. 3rd EU Health Programme (2014-2020). Disponible en: <https://bit.ly/2OuPqCC>
- Evans, A. (Dir.) (2006). *Tools for Transformation Series: Peer Culture/Peer Support/Peer Leadership*. The Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services (DBHMRS).
- EX-IN. Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie (2019). *FOKUS bildet EX-IN Genesungsbegleiter\*innen in der Gesundheitsversorgung aus*. <https://bit.ly/2RuENRv>
- Fakhoury, W., Murray, A., Shepherd, G. y Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(7), 301-315. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0549-4>



- Fan, Y., Ma, N., Ma, L., Xu, W., Lamberti, J.S. y Caine, E.D. (2018). A community-based peer support service for persons with severe mental illness in China. *BMC psychiatry*, 18(170). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1763-2>
- Faulkner, A., y Kalathil, J. (2012). The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health. *Together*.
- Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental “En Primera Persona” (2014). *Guía de apoyo para el moderador de grupos de ayuda mutua*. Federación andaluza de asociaciones de usuarios/as de salud mental “En Primera Persona”.
- Ferrari, P. (2018, 31 luglio). Chi è e come si diventa ‘esperto in supporto tra pari’. *180° L'altra meta' dell'informaxione*. Disponible en <https://bit.ly/2BIMHU1>
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Franco, M. (2007). Evolución de la reforma psiquiátrica e inicio de la reforma psiquiátrica. En F. Lezcano y M.A. Martínez (Coord.), *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 55-80). Caja de Burgos.
- Fundación INTRAS (Coord.) (2015). *Peer2peer. Curso de formación profesional*. Disponible en <https://cutt.ly/2hxyvIA>
- Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio (2018). *Proyecto EMILIA*. <http://bit.ly/2lnsqXX>
- Fundación Salud Mental España, (2005). *Proyecto EMILIA*. Recuperado de: <http://bit.ly/2lnsqXX>
- García, B. y Marquez, I. (2012). Factores de adversos y grupos de riesgo. En M. Desviat y A. Moreno (edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 85-103). Asociación Española de Neuropsiquiatría.





- García-Muñoz, Ó. (2014). *Lectura fácil: métodos de redacción y evaluación*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Gay, E y Tesoro, A. (2012). La atención a personas con trastorno mental grave. Coordinación y colaboración institucional En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 494-505). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Georgia Mental Health Consumer Network (2018). *Certified Peer Specialist*. <https://cutt.ly/QhxebAD>
- Gillard, S. y Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292. doi: 10.1192/apt.bp.113.011940
- Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J. y White, S. (2017) Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 133-143. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0016>
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Prentice-Hall.
- González-Álvarez, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 471-478.
- González-Rodríguez, A. (2012). La continuidad de cuidados I. En M. Desviat, y A. Moreno, (Edit.). *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 468-475). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González-Zapico, N.A. (2019). *Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo: "un atentado contra los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental"*. CERMI. Disponible en: <https://cutt.ly/XhuMws3>
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Díaz de Santos.



- Grant, E., Reinhart, C., Wituk, S. y Meissen, G. (2012). An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community mental health journal*, 48(4), 477-481. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9519-9>
- Guinea, R. y Casal, J.C. (2012). La voz de los usuarios. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 877-884). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Harrington, S. y Restrepo-Toro, M.E. (2013). Pares como compañeros de trabajo: entendiendo y respetando sus funciones. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(112), 440-444.
- Howie the Harp (2019). *Howie the harp*. <https://cutt.ly/2hxetHX>
- Huertas, R. (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(37), 73-80.
- Hurtado-Pardos, B., Lluch-Canut, T., Casas, I., Sequeira, C., Puig-Llobet, M. y Roldán-Merino, J. (2018). Evaluación de la fiabilidad y validez del cuestionario de salud mental positiva en profesores universitarios de enfermería en Cataluña. *Revista de enfermería y salud mental*, (9), 5-17. Doi: 10.5538/2385-703X.2018.9.5
- Hutchinson, D.S., Anthony, W.A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E.C., Lyass, A. y Rogers, E.S. (2006). The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 205–213. <https://doi.org/10.2975/29.2006.205.213>
- Idaho Peer Support Specialist Training (2018). *Training*. <http://bit.ly/2FWfQ8b>
- Illinois Mental Health Colaborative (2018). *Certified Recovery Support Specialist (CRSS) Credential*. <http://bit.ly/2j6BH1A>
- Implementing Recovery through Organisational Change - ImROC (2018). *Develop Peer Workers in your service*. <https://cutt.ly/bhxeXV8>



Institute of Mental Health Nottingham (2018). *Peer Support. The Bridge Network, School of Health Sciences, University of Nottingham*. <https://cutt.ly/chxiyyU>

Instituto de Washington Para el Entrenamiento e Investigación de la Salud Mental (2009). *Estado de Washington. Consejero Certificado de Compañeros. Manual de Entrenamiento*. Instituto de Washington Para el Entrenamiento e Investigación de la Salud Mental.

Instituut voor Gebruikers Participatie en Beleid (2019). *Training Opleiding Ervarings Deskundigheid (TOED)*. <https://bit.ly/2Ata0ea>

Intentional Peer Support, (2017). *What is IPS?* Recuperado de: <https://bit.ly/2HYTT9L>

International Association of Peer Supporters (iNAPS) (2013). *National Practice Guidelines for Peer Supporters*. Recuperado de: <http://bit.ly/1OhL4Vv>

International Association of Peer Supporters (iNAPS) (2017). *Cultivating a Culture of Compassion*. Recuperado de: <https://www.inaops.org/>

International Association of Peer Supporters (iNAPS) (2018). *What is peer supporter?* <https://cutt.ly/rhxe8rB>

Iowa Board of Certification (2018). *Certified Peer Recovery Specialist, Certified Family Peer Support Specialist & Certified Mental Health Peer Support Specialist (PRS, FPSS, MHPSS)*. <http://bit.ly/2EcWCuD>

Jacobson, N., Trojanowski, L. y Dewa, C.S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC health services research*, 12(205). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>

Johnson, E. (2008). *Minnesota peer support implementation consultant's report*. Mental Health Program Division, Department of Human Services.

Juste, R.P. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Editorial La Muralla.

Kadri, N. y Sartorius, N. (2005): The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLOS Medicine*, 2(7), 597-599. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020136>



- Kansas Certified Peer Specialist (2018). *Certified Peer Support Training*.  
<https://cutt.ly/dhxrari>
- Katz, A. (1981). Self-help and mutual aid: An emerging social movement?. *Annual review of sociology*, 7(1), 129-155.
- Kaufman, L., Kuhn, W., & Stevens, 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.
- Kentucky Cabinet for Health and Family Services. Division of Behavioral Mental Health (2018). *Peer Support Specialist Curriculum Approval Process*.  
<http://bit.ly/2nSP5KF>
- Kuhn, W., Bellinger, J., Stevens-Manser, S., y Kaufman, L. (2015). Integration of peer specialists working in mental health service settings. *Community mental health journal*, 51(4), 453-458. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9841-0>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9218-3>
- Levav, I. (Ed.). (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Organización Panamericana de la Salud.
- Lezcano, F. (2006). *Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en Castilla y León*. Universidad de Burgos.
- Lin, N., Dean, A., y Ensel, W.M. (1981). Social support scales: A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 73-89.
- Link, B.G. y Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. y Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science y Medicine*, 71(12), 2150-2161.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>



- 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(39). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Lluch, M.T. (2000). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Universitat de Barcelona.
- Lluch, M.T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista de enfermería y salud mental*, (1), 23-26. DOI: 10.5538/2385-703X.2015.1.23
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J. y Ferré-Grau, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13(928). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). MMSE examen cognoscitivo mini-mental. *TEA Ediciones*.
- 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.
- López, M. y Laviana, M. (2017). Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 257-276.
- López, M., Fernández, L. y Laviana, L. (2010). Evaluación en entornos residenciales comunitarios. *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid, FEARP, 195-211.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.



Louisiana Department of Health (2018). *Office of Behavioral Health – Peer Support Specialist*. <http://bit.ly/2EqBMLx>

Magalhães, C., de Araujo, M.C., Moscoso, J., Mitkiewicz, F., Wainstok, M., Fernandes, J., ... y Tavares, M. (2013). ¿Soy loco, pero estoy en red?: el proceso de capacitación con usuarios de servicios de salud mental para el trabajo de ayuda entre pares en la red de atención psicosocial de Río de Janeiro. *Vertex Rev Argent Psiquiatr*, 24(112), 445-454.

Mahlke, C.I., Krämer, U.M., Becker, T. y Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 276-281. doi: 10.1097/YCO.0000000000000074

Mancini, M.A. (2018). An exploration of factors that effect the implementation of peer support services in community mental health settings. *Community mental health journal*, 54(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4>

Mandujano, G., López, B., Hernández, L. y Padilla, S. (2012). Educación para la salud en grupos de ayuda mutua para la promoción de estilos de vida saludables. *Medwave*, 12(11). doi: 10.5867/medwave.2012.11.5574

Markieza. Opleiding En Expertise Ervaringsdeskundigheid (2019). *Werkfit met ervaring*. <https://bit.ly/2BXN3jo>

Martín, L., Rivera, A., Morandé, G. y Salido, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, 11(2), 231-256.

Martinetti, C., Ferreira L., Montórfano, M. et al. (2008). *Guía Metodológica para Capacitación a Promotores Pares de Poblaciones Claves*. Eds. PRONASIDA

Maryland Addiction and Behavioral-health Professionals Certification Board (2018). *Peer Recovery*. <http://bit.ly/2nUKkQI>

Mastroeni, A., Cardani, I., Ceti, C., Kauffmann, O., Macaluso, I., Posca, C., Tosini, C. y Tummino V. (2012). Supporto tra Pari in salute mentale nel panorama internazionale e nell esperienza comasca. *Rivista scientifica di Psicologia*, 1, 43-48.



- Mead, S. (2003). *Defining peer support*. Recuperado de: <https://cutt.ly/ehkp9na>
- 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), 134-141.
- Mental Health America (2017). *It's My Life: Peer Partners (Self-Directed Social Explorations)*. *Peer Life Coach Handbook*. Mental Health America.
- Mental Health America (2018a). *It's my life: Social Self-Directed Care*. <http://bit.ly/1IwLvrc>
- Mental Health America (2018b). *National Certified Peer Specialist (NCPS) Approved Training*. <http://bit.ly/2sc2yCD>
- Mental Health Association in New Jersey, Inc (2018). *Peer and Family Services*. <http://bit.ly/2GYSDnj>
- 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>
- Michigan Certification Board for Addiction Professionals (2018). *CPRM – Certified Peer Recovery Mentor*. <http://bit.ly/2nOiZ3r>
- Michigan Department of Health & Human Services (2018). *Peer Recovery Services and Supports*. <http://bit.ly/2C8vQBH>
- Mind Australia (2018). *Professional training*. <http://bit.ly/2fvqwmB>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Ministerio de Sanidad y Consumo.



Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Estrategia Española sobre discapacidad 2012-2020*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014a) *Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014b). *Plan de Acción de la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Minnesota Department of Human Services (2018). *Certified Peer Specialist*. <http://bit.ly/2BOnMdH>

Missouri Peer Specialist (2018). *Missouri Peer Specialist*. <https://cutt.ly/Ehxtrol>

Miyamoto, Y. y Sono, T. (2012). Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: a review of the literature. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 22–29. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010022>

Montana's Peer Network (2018). *Training*. <https://cutt.ly/whxtlcn>

Moran, G., Russinova, Z., Gidugu, V. y Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>

Moreno, A. y Desviat, M. (2012). Del paternalismo a la ciudadanía. La dignidad y la libertad como elementos fundamentales del cuidado. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 787-796). Asociación Española de Neuropsiquiatría.





- Moreno-Rosset, C. (2005). *Evaluación Psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (2ª ed.). Sanz y Torres.
- Munce, S.E.P., Shepherd, J., Perrier, L., Allin, S., Sweet, S.N., Tomasone, J.R., ... & Jaglal, S. (2017). Online peer support interventions for chronic conditions: a scoping review protocol. *BMJ open*, 7(9). doi: 10.1136/bmjopen-2017-017999
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A.I. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Editorial Complutense.
- Murillo, P. (2007). Nuevas formas de trabajar en la clase: metodologías activas y colaborativas. En F. Blanco (Dir). *El desarrollo de competencias docentes en la formación del profesorado* (pp. 129-154). M.E.C. Colección Conocimiento Educativo.
- Naslund, J.A., Aschbrenner, K.A., Marsch, L.A. y Bartels, S.J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(2), 113-122. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2012). *Research to Improve Health and Longevity of People with Severe Mental Illness*. NIMH.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336.
- Nebraska Department of Health & Human Services (2018). *Certified Peer Support and Wellness Specialist Skills Training and Certification*. <http://bit.ly/2EbP4YV>
- Nevada Certification Board (2018). *IC&RC Peer Recovery & Support Specialist Certification*. <https://cutt.ly/XhxtFIO>
- New Mexico Credentialing Board for Behavioral Health Professionals, Inc. (2018). *Certified Peer Support Worker (CPSW)*. <http://bit.ly/2G0cLE4>
- Noordsy, D.L., Schwab, B., Fox, L. y Drake, R.E. (1996). The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and



- substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 71-81.  
<https://doi.org/10.1007/BF02249369>
- North Carolina's Certified Peer Support Specialist Program (2018). *Peer Support Specialist Certification Program*. <http://unc.live/2nYkiMs>
- NY Peer Specialist (2018). *NY Peer Specialist*. <http://bit.ly/2C8LwVs>
- Ohio Certified Peer Recovery Supporter Website (2018). *Ohio Peers*.  
<https://cutt.ly/vhxtLgW>
- Oklahoma Department of Mental Health and Substance Abuse Services (2018).  
*Certified Peer Recovery Support Specialist*. <http://bit.ly/2CeucVF>
- Oregon Health Authority (2018). *Peer Support Specialist Training and Certification*.  
<http://bit.ly/2nYOuHa>
- 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.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300187>
- 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.
- Pastor, V., González, M. y Barba, J. (2005). La participación del alumnado en la evaluación: la autoevaluación, la coevaluación y la evaluación compartida. *Rev. Tándem Didáctica Educ. Fís.*, 17, 21-37.



- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.
- Peer Network Indiana (2018). *Peer Network Indiana*. <http://bit.ly/2nLkDTt>
- Peer Support Canada (2018). *Peer Support Resources*. <http://bit.ly/2E69MOB>
- Peer Support Coalition of Florida, Inc. (2018). *Peer Specialist*. <https://cutt.ly/uhxyudV>
- Peer2Peer (2015). *Peer2peer*. <http://bit.ly/2sGBomi>
- Peer-støtte i Region Hovedstaden (2015). *Peer-støtte*. <http://bit.ly/2oBcrpl>
- Pennsylvania Peer Support Coalition (2018). *Becoming a Peer Support Specialist*. <https://cutt.ly/dhxyIoU>
- Pereira, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 15-29.
- Pérez-González, J.C. (2017) Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 6(15), 523-546. <http://dx.doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1285>
- Plataforma de ONGs Acción Social (2014). *II Plan estratégico del Tercer Sector de Acción Social 2013–2016*. Plataforma de ONGs Acción Social.
- Proyecto Suma (2018). *Programa de pares*. <https://cutt.ly/mhxy2z2>
- Pujolàs i Maset, P. (2017). *Aprender juntos, alumnos diferentes. Los equipos de aprendizaje cooperativo en el aula*. Octaedro.
- Ratzlaff, S., McDiarmid, D., Marty, D. y Rapp, C. (2006). The Kansas Consumer as Provider program: Measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 174–182. <https://doi.org/10.2975/29.2006.174.182>



- 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.  
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R. y Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. Centre for Mental Health.
- Rhode Island Certification Board (2018). *Peer Recovery Specialist*.  
<http://bit.ly/2G6IVxN>
- RI Consulting (2015). *Certified Peer Support Specialist Training*. Disponible en:  
<https://bit.ly/2quj1hD>
- Riessman, F. (1965). The " helper" therapy principle. *Social work*, 10(2), 27-32.
- Ritchie, H. y Roser, M. (2018). Mental Health. *Publicado en línea en OurWorldInData.org*. Disponible en: <https://ourworldindata.org/mental-health>  
[Recurso Online]
- Rivera, J. (2004). Asociaciones y grupos de ayuda mutua: un nuevo paradigma en el ámbito de la salud. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 14(1), 83-99.
- Robles, E. (2017). *Servicios de asistencia personal para personas con problemas de salud mental*. Observatorio de Modelos Integrados en Salud de New Health Foundation. Disponible en: <https://bit.ly/2W7frbT>
- Robles, P. y Rojas, M.C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de lingüística aplicada a la enseñanza de lenguas*, 9(18), 124-139.  
<https://doi.org/10.26378/rnlac1918259>
- Roca, F. (1998). Los "desconocidos" grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de trabajo social*, 11, 251-263.
- Rodríguez-Cabrero, G. (2005). Los retos del Tercer Sector en España en el espacio social europeo: especial referencia a las organizaciones de acción social. *Revista española del tercer sector*, (1), 63-94.



- Rodríguez-Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea/Social policies for care dependency in the European Welfare Regimes. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 13-42.
- Rodríguez-González, 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.
- Rodríguez-Pulido, F. (2011). La recuperación de las personas con trastorno mental grave en un modelo de red de redes. En F. Rodríguez-Pulido (Ed.) *La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave* (pp. 13-43). Sinpromi.
- Roelandt, J.L., Staedel, B., Rafael, F., Marsili, M., François, G., Le Cardinal, P. y Desmons, P. (2015). *Programme médiateurs de santé/pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014* (p. 60). Centre Collaborateur OMS.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.325>
- Rosillo, M., Hernández, M. y Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>
- Rubio, F.J. (2008). Espacios sociales de participación: las asociaciones y los grupos de autoayuda. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18(2), 307-314.
- Saavedra, F.J. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 121-139. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000100008>



- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J.L., Muñoz, P.E., Gómez-Beneyto, M. y Torres, F. (2002). La salud mental en España: Cien años en el País de las Maravillas. En J.M. Cabasés, C. Aibar y J.R. Villalbí (Coords.) *INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública* (pp. 301-326). [Escuela Valenciana de Estudios para la Salud](#).
- 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. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.5.520>
- Sampietro, H. y Carbonell, C. (2014). *Documento guía para la constitución y gestión de los grupos de ayuda mutua en salud mental*. ActivaMent Catalunya Associació.
- Saraceno, B. (2012). Prólogo. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 15-17). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Scottish Qualifications Authority (SQA) (2018). *PDA in Mental Health Peer Support at SCQF level 7*. <http://bit.ly/2C6MGFC>
- Scottish Recovery Network (2013). *Reviewing peer working: A new way of working in mental health*. Scottish Recovery Network.
- Scottish Recovery Network (2017). *What is recovery?* <https://bit.ly/2I38OoR>
- Sepúlveda, R. y Minoletti, A. (2012). Planificación y programación en salud mental En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 115-125). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T. y Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de Salud



- Silvestre, M., Ingelmo, J. y García-Ordás, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 289-300. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200005>
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals* (Vol. 1). Rethink.
- 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.
- Sobrinho, T. (2012). El empleo. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 325-337). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Socialstyrelsen (2016). *Peer-støtte på det psykosociale og psykiatriske område - En inspirationsguide til udvikling og implementering af peer-støtte*. Socialstyrelsen. Disponible en: <https://cutt.ly/mhzp5DR>
- Socialstyrelsen (2018). *Forsøg med ansættelse af medarbejdere, brug af frivillige og brug af mentorer med brugerbaggrund i den regionale og kommunale indsats (Intentos de captación de empleados, participación de voluntarios y el uso de mentores con antecedentes de usuarios en las propuestas regionales y municipales)*. Socialstyrelsen. Disponible en: <https://bit.ly/2Eca0DK>
- 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>
- South Carolina Peer Support Program (2018). *South Carolina Peer Support Program*. <http://bit.ly/2EDd9eY>
- Stastny, P. (2012). Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 473-481. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400011>



- State of Hawaii, Department of Health. Adult Mental Health Division (2018). *Hawai'i Certified Peer Specialist (HCPS)*. <http://bit.ly/2FV6WIa>
- State of Maine. Substance Abuse and Mental Health Services (2018). *Wellnes & Recovery. Intentional Peer Support*. <http://bit.ly/2EUdZBG>
- 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*, 55(6), 907-915. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00391-y>
- Tashakkori, A. y Creswell, J.W. (2007). Exploring the Nature of Research Questions in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 207-211. <https://doi.org/10.1177/1558689807302814>
- Tashakkori, A. y Teddlie, C. (Eds.). (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tennessee Department of Mental Health & Substance Abuse Service (2018). *Certified Peer Recovery Specialist Program*. <http://bit.ly/2BO8ORm>
- The Florida Certification Board (2018) *Credentials. Certified Recovery Peer Specialist: (CRPS)*. <https://cutt.ly/RhxuGii>
- The Mississippi Department of Mental Health (2018). *Peer Support Services*. Disponible en <http://bit.ly/2FYO4rD>
- The Transformation Center (2018). *Training. Certified Peer Specialist (CPS)*. <https://cutt.ly/6hxicpK>
- Torras, A. (2012). Visibilidad, protesta y denuncia. Algunas propuestas. En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 835-848). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- University of Nebraska (2013). *Nebraska peer support certification study. January 2014*. University of Nebraska.





- Usán, P. (2020). Inclusión de metodologías activas en el alumnado de enseñanza superior universitaria. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 15(2), 119-124.
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. y Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.
- Utah Substance Abuse & Mental Health (2018). *Certified Peer Support Specialist*. <https://cutt.ly/vhxiR9V>
- Valero, L., Miñambres, M., Coletas, J. y 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*: Sevilla. 942-954.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. y Corrigan, P.W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 150(1), 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005>
- Vega-Angarita, O. y González-Escobar, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2). <https://doi.org/10.6018/global.8.2.66351>
- Velasco, R. (2013). De-construyendo el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 91-102.
- Via Hope. Texas Mental Health Resources (2018). *Peer Specialist Training and Certification*. <http://bit.ly/2BU03Zs>
- Vilá, A. (2001). Los derechos sociales de las personas con discapacidad. *Rev. Med. Internacional sobre el Síndrome de Down*, 5(2), 27-31.
- Villa, N. (2003). Situación laboral de las personas con discapacidad en España. *Revista Complutense de Educación*, 14(2), 393-424.



Virginia Department of Behavioral Health & Developmental Services (2018). *Office of Recovery Services*. <https://goo.gl/XdXz6D>

Virginia Peer Recovery Specialist Network (2018). *Virginia Certified Peer Recovery Specialist (CPRS)*. <https://cutt.ly/ohxiKeZ>

Washington State Department of Social and Health Services (2018). *Peer Support*. <https://cutt.ly/Fhxoeo6>

Watson, E., Lambert, M. y Machin, K. (2016). Peer support training: values, achievements and reflections. *Mental Health Practice*, 19(9), 22-27. DOI: 10.7748/mhp.19.9.22.s20

Winston, J., Barbosa, J.C. y Rodríguez, M. (2013). Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas. *Investigación Bibliotecológica: archivonomía, bibliotecología e información*, 27(61), 83-105. [https://doi.org/10.1016/S0187-358X\(13\)72555-3](https://doi.org/10.1016/S0187-358X(13)72555-3)

Wisconsin Peer Specialist Employment Initiative (2018). *Certified Peer Specialist*. <http://bit.ly/2EX3iy2>

World Health Organization (1978). *Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund*. WHO.

World Health Organization (1985). *Constitution*. WHO.

World Health Organization (1992). *The ICD-10. Clasificación de mental and behavioural: diagnostics criteria for research*. Traducción López Ibor (1992): *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones y pautas para el diagnóstico*. Meditor.

World Health Organization (1996a). *Directrices para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales*. WHO



World Health Organization (1996b). *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*. WHO

World Health Organization (2001a). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO.

World Health Organization (2001b). *Strengthening mental health promotion*. WHO

World Health Organization (2003). *Mental health legislation & human rights*. WHO.

World Health Organization (2004). *Investing in mental health*. WHO.

World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas 2005*. WHO.

World Health Organization (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación: Sí a la atención, no a la exclusión*. WHO.

World Health Organization (2008). *mhGAP Mental Health Gap Action Programme*. WHO.

World Health Organization (2010). *Mental health and development : targeting people with mental health conditions as a vulnerable group* . WHO.

World Health Organization (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. WHO.

World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013 – 2020*. WHO.

World Health Organization (2015a). *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule. WHODAS 2.0*. WHO.

World Health Organization (2015b). *Mental Health atlas 2014*. WHO.

World Health Organization (2018). *WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights*. WHO.

World Health Organization. (2017a). *Creating peer support groups in mental health and related areas: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)* (No. WHO/MSD/MHP/17.11). WHO.



World Health Organization. (2017b). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief* (No. WHO/MSD/MER/17.7). WHO.

Wyoming Department of Health (2018). *Peer Specialists*. <http://bit.ly/2HaMfcr>

Zabaleta, R. y Lezcano, F. (2017). Formación en ayuda mutua para usuarios con Trastorno Mental Severo en entidades sociales en Castilla y León. En A. Rodríguez-Martín (Comp.). *Prácticas innovadoras inclusivas retos y oportunidades* (2581-2588). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

### **Legislación/Normativa**

*Carta Social Europea* (1961). Adoptada por el Consejo de Europa, 18 de octubre de 1961. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>)

*Carta Social Europea revisada* (1996). Adoptada por el Consejo de Europa, 3 de mayo de 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>) Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión. Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988. ([http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h\\_comp36\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp36_sp.htm))

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). LIBRO VERDE. Mejorar la salud mental de la población. Hacía una estrategia de la Unión Europea en Salud Mental. 14 de octubre de 2005 en Bruselas.

Comisión Europea (2010). Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras. 15 de noviembre de 2010 en Bruselas.

Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, 5(13).

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (1998). *Internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos*. Extracto del 8º Informe General, publicado en 1998.



Constitución Española (1978). «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

*Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes* (1984). Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 39/46, anexo, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) p. 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Entrada en vigor el 26 de junio de 1987. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h\\_cat39.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm))

*Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*. (2006). Adoptada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>)

*Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial* (1965). Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2106 (XX) del 21 de diciembre de 1965. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d\\_icerd.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm)).

*Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes* (1987). Adoptada por el Consejo de Europa, 26 de noviembre de 1987. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>)

*Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano*, en relación con la Aplicación de la Biología y Medicina: Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996). Adoptada por el Consejo de Europa, 19 de noviembre de 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>)

*Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales* (1950). Adoptada por el Consejo de Europa, 4 de noviembre de 1950. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>)

*Declaración de Caracas* (1990). Adoptada el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, organizada en Caracas, Venezuela por la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).



*Declaración de Helsinki* (2005) Adoptada por la Organización Mundial de la Salud, Helsinki, Finlandia, en enero de 2005.

*Declaración de Madrid* (1996). Aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Madrid, España el 25 de Agosto 1996, y modificada por la Asamblea General en Yokohama, Japón, en Agosto de 2002. (<http://www.wpanet.org/home.html>)

*Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948). Adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948. (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>)

*Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental* (Mental Health Care Law: Ten Basic Principles) (1996). Ginebra, Organización Mundial de la Salud. ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_MNH\\_MND\\_96.9.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf)).

*Diretrizes para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales* (1996). Ginebra, Organización Mundial de la Salud. ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO\\_MNH\\_MND\\_95.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf))

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. «BOE» núm. 103, de 30 de abril de 1982.

Ley 14/86, de 25 de abril, general de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. «BOE» núm. 184, de 2 de agosto de 2011.

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. «BOE» núm. 274, de 16 de noviembre de 2002, pp. 40126-40132.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. «BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995, pp. 33987-34058.

Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. «BOE» núm. 63, de 14 de marzo de 1986, pp. 9604-9616.



*Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad* (1993). Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>)

*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966). Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ccpr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm))

*Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1966). Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. ([http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ceschr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm))

Parliamentary Assembly (2019). Resolution 2291: Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en>)

*Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (Principios EM) (1991). Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>)

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. «BOE» núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.

United Nations (2019). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Disponible en: <https://cutt.ly/ChuMBqU>







## **ANEXOS**





## **ANEXO I: Manual ¡ACOMPÁÑAME!**



# Programa ¡ACOMPÁÑAME!

*“Formación para personas con  
problemas de salud mental  
basada en el apoyo entre iguales”*



# Índice

---

¿Qué es ¡ACOMPÁÑAME!?	7
Descripción ¡ACOMPÁÑAME!	9
MANUAL PARA EL/LA DINAMIZADOR/A	17
SESIÓN 0: Evaluación inicial	27
BLOQUE I: LAS ENTIDADES SOCIALES	31
SESIÓN 1: Quién soy	33
SESIÓN 2: La entidad donde participo	37
SESIÓN 3: Veo en 360°	43
BLOQUE II: LA RECUPERACIÓN	47
SESIÓN 4: Mi recuperación	49
SESIÓN 5: Identifico y supero mis obstáculos	57
SESIÓN 6: Conozco más sobre otros problemas de salud mental	63
BLOQUE III: EL APOYO MUTUO	71
SESIÓN 7: Mis fortalezas	73
SESIÓN 8: Yo soy el apoyo	79
SESIÓN 9: Apoyo a mis compañeros/as	83
BLOQUE IV: EL/LA COMPAÑERO/A DE APOYO	89
SESIÓN 10: Mis funciones como compañero/a de apoyo	91
SESIÓN 11: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (I)	99
SESIÓN 12: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (II)	107
SESIÓN 13: Evaluación final	113

ANEXOS .....	121
ANEXO I: Hojas de registro de las actividades.....	123
ANEXO II: Cuestionarios de valoración final del programa.....	130
ANEXO III: Test situación cognitiva .....	133
ANEXO IV: Hojas de registro sobre los participantes .....	145
ANEXO V: Cuaderno de observaciones .....	148
ANEXO VI: Cuestionarios para la evaluación de contenidos de los participantes ...	151
ANEXO VII: Plantilla de valoración.....	158
ANEXO VIII: Acta final.....	160
ANEXO IX: Logotipo ¡ACOMPÁÑAME! .....	162
ANEXO X: Consentimientos/Compromisos .....	164
ANEXO XI: Descripción de los/as participantes.....	171
ANEXO XII: Qué es un/a compañero/a de apoyo.....	173
ANEXO XIII: Diploma de participación.....	179
ANEXO XIV: Informe final para el/la participante .....	177

## Índice de tablas

Tabla 1. <i>Descripción de las sesiones</i> .....	11
Tabla 2. <i>Adaptaciones a la entidad</i> .....	18
Tabla 3. <i>Materiales sesión 1</i> .....	33
Tabla 4. <i>Materiales sesión 2</i> .....	37
Tabla 5. <i>Materiales sesión 3</i> .....	43
Tabla 6. <i>Materiales sesión 4</i> .....	49
Tabla 7. <i>Materiales sesión 5</i> .....	57
Tabla 8. <i>Actividades de autocuidado</i> .....	60
Tabla 9. <i>Materiales sesión 6</i> .....	63
Tabla 10. <i>Materiales sesión 7</i> .....	73
Tabla 11. <i>Materiales sesión 8</i> .....	79
Tabla 12. <i>Materiales sesión 9</i> .....	83

Tabla 13. <i>Materiales sesión 10</i> .....	91
Tabla 14. <i>Marco de valores de apoyo mutuo</i> . ....	95
Tabla 15. <i>Materiales sesión 11</i> .....	99
Tabla 16. <i>Uso de la comunidad de apoyo</i> .....	104
Tabla 17. <i>Materiales sesión 12</i> .....	107
Tabla 18. <i>Valoración del proceso seguido</i> .....	114
Tabla 19. <i>Indicaciones para la corrección del cuestionario de conocimientos</i> .....	115
Tabla 20. <i>Pruebas de la evaluación final</i> .....	119

### **Índice de figuras**

Figura 1. Portada del Dossier. ....	10
Figura 2. Acta Final .....	14
Figura 3: Tabla de registro para cada sesión .....	20
Figura 4. Tabla valoración de los participantes. ....	23
Figura 5. Puntuaciones escala SLDS .....	28
Figura 6. Protocolo de inserción de ¡ACOMPÁÑAME! .....	108
Figura 7. Plantilla de valoración.....	115







## ¿Qué es ¡ACOMPÁÑAME!?

¡ACOMPÁÑAME! es un **programa de formación** para personas con problemas de salud mental que se encuentran en un proceso de recuperación y que participan en una entidad social.

Existe actualmente un elevado interés en el apoyo mutuo y el apoyo entre iguales como área de investigación debido a sus elevados beneficios para las personas con dificultades de salud mental.

¡ACOMPÁÑAME! **surge** al conocer otros programas de características similares que se han llevado, o se están llevando, a cabo en todo el mundo. Estas formaciones, en su mayoría están implementadas en el ámbito sanitario. Es por ello que queremos proyectar los beneficios que el apoyo entre iguales aporta al entorno social.

Las **personas destinatarias** de la formación son personas con problemas de salud mental que participan en una entidad social. El programa podría emplearse para otros colectivos con discapacidad, siempre y cuando, se realicen las adaptaciones necesarias al grupo receptor (metodología, actividades, evaluación, etc.).

El **objetivo general** es formar en ayuda mutua y apoyo entre iguales a usuarios y usuarias con problemas de salud mental para que actúen como compañeros/as de apoyo en la recepción, proceso incorporación y adaptación de nuevas personas que se unen a la entidad, así como en el acompañamiento en su proceso de recuperación.

El programa también desarrolla propósitos específicos para cada una de las diferentes partes implicadas:

- Para las personas participantes:
  - Potenciar las habilidades relacionadas con el apoyo a los compañeros y compañeras entre iguales.
  - Mejorar el conocimiento de la entidad.
  - Sensibilizar sobre la importante función que van a desempeñar.
- Para los/as pares receptores:
  - Facilitar la incorporación a la entidad
  - Minimizar el impacto de la novedad en la entidad.
  - Apoyar su proceso de recuperación con la ayuda de un igual que está formado para esta función (compañero/a de apoyo)
- Para la entidad:
  - Evaluar el desempeño de las funciones de los/as compañeros/as de apoyo.
  - Implementar la relación de los/as compañeros/as de apoyo con los equipos de la entidad.
  - Disponer de un nuevo perfil profesional capacitado para ~~unas~~ estas tareas específicas.

La figura de **el/la compañero/a de apoyo** es un nuevo perfil para las entidades sociales. Es una persona con experiencia vivida de recuperación y dificultades de salud mental que ha recibido formación. Su función principal es acompañar a los/as nuevos/as usuarios/as en la acogida y adaptación a los servicios de la entidad y apoyar su proceso de recuperación.

*El texto pretende ser inclusivo, para ello se utiliza o/a. No queremos que nadie se sienta excluido o excluida. Si en algún momento no lo conseguimos, esperamos que nos disculpen. La inclusión de todos y todas es una propuesta inexcusable en este proyecto.*



## Descripción ¡ACOMPÁÑAME!

La formación se **estructura** en cuatro bloques y cuenta con un total de 12 sesiones (Tabla 1) con una duración entre 90 y 120 minutos cada sesión (incluido un descanso de 10 minutos). Además se realizan dos sesiones adicionales de evaluación (inicial en la sesión 0 y final en la sesión 13). Todas las sesiones de formación tienen una misma estructura:

1. Comienzan con una introducción sobre lo trabajado en la sesión anterior y la exposición de las actividades que se van a realizar ese día.
2. Continúa con la realización de las actividades propuestas. En algunas sesiones se incluyen actividades obligatorias y optativas, estas últimas se pueden usar según el tiempo que se disponga y la respuesta del grupo. En cada una de las actividades se busca que:
  - a. Todos los participantes puedan profundizar en los distintos contenidos abordados.
  - b. Puedan ir confeccionando su propio Dossier.
3. Finaliza con una reflexión, individual y voluntaria, sobre los aspectos clave trabajados en la sesión. Para ello, en el desarrollo de esta fase (*Reflexión*), se guiará al dinamizador con cuestiones clave para cada día.

La formación se compone de un total de 59 actividades: 50 son obligatorias y 9 optativas.

Se propone llevar a cabo dos sesiones semanales, aunque la temporalización depende de la entidad, su disponibilidad y organización.

El programa de formación se compone del siguiente **material**

- El Manual del dinamizador/a: es un recurso flexible, puesto que se deben tener en cuenta las condiciones particulares de cada entidad y su modo de trabajo.

Se incluye un USB con el resto del material necesario:

- Dossier del compañero de apoyo (DdCA): es una carpeta que debe ser personalizada. En él se recogen los conceptos e ideas clave para el posterior desempeño de las funciones. El material está adaptado siguiendo las pautas de lectura fácil para la accesibilidad de todos/as. En la Figura 1 vemos la portada del Dossier.



Figura 1. Portada del Dossier.

- Power Point con el desarrollo de cada sesión (teoría, actividades, videos...) para que el/la dinamizador/a lo pueda usar como apoyo durante la formación.
- Documentos en formato Word: todos los documentos necesarios están disponibles en formato Word para que se puedan cumplimentar desde el ordenador y para poder realizar las modificaciones y/o adaptaciones necesarias del material a las características concretas de la entidad. Por ejemplo, se debe incluir el logotipo de la entidad social en los documentos de evaluación o en algunas hojas del DdCA.

También se adjunta los Anexos, para poder imprimirlos de forma más sencilla.

- Videos: se incluyen un total de 12 videos grabados en 360° para trabajar durante la formación. También se incluye una plantilla para poder construir de forma manual unas gafas de realidad virtual para ver los vídeos.
- Tríptico de presentación ¡ACOMPÁÑAME! para dar a conocer a la comunidad el programa de formación.

Tabla 1. Descripción de las sesiones

SESIÓN	TÍTULO	ACTIVIDADES	
		Obligatorias	Optativas
0	Evaluación inicial		
<b>Bloque I: Las entidades sociales</b>			
1	Quien soy	5	
2	La entidad donde participo	4	
3	Veo en 360°	3	
<b>Bloque II: La recuperación</b>			
4	Mi recuperación	4	1
5	Identifico y supero mis obstáculos	5	1
6	Conozco más sobre otros problemas de salud mental	5	3
<b>Bloque III: El apoyo mutuo</b>			
7	Mis fortaleza	3	3
8	Yo soy el apoyo	3	
9	Apoyo a mis compañeros/as	4	
<b>Bloque IV: El/la compañero/a de apoyo</b>			
10	Mis funciones como compañero/a de apoyo	4	
11	Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (I)	4	1
12	Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (II)	6	
13	Evaluación final		

El programa **se basa en** la participación activa de quienes realizan el curso y que sientan la formación como un desarrollo personal. Es por ello que los títulos de las sesiones se han redactado en primera persona y con una proyección positiva de la actividad.

La **metodología** combina teoría y práctica, siendo esta última la más importante. Diferenciamos entre actividades obligatorias para cada sesión y optativas. Los tipos de actividades que presentamos son:

- Actividades individuales.
- Actividades en grupos y en parejas.
- Reflexiones personales.
- Juegos de rol.
- Juego de roles virtual.
- Psicodrama.

La formación se basa en los siguientes **principios educativos**: individualización (adaptando la formación a las necesidades), generación de dinámicas de reflexión grupal, colaboración, aprendizaje activo, aprendizaje a partir de la experiencia previa, propiciar el liderazgo para que se sientan capaces de desempeñar las funciones del compañero/a de apoyo, sentido de la responsabilidad, favorecer un ambiente de respeto y uso de un lenguaje positivo para enfatizar las potencialidades y los logros.

Los **elementos más novedosos** que incluye ¡ACOMPÁÑAME! son:

- Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) con el uso de Google + y la realidad virtual con videos en 360°.
- Robótica con el robot inteligente Ozobot BIT 2.0.



Las **figuras** que aparecen en el programa son dos:

- 1) El/la dinamizador/a: es la persona, o las personas, encargadas de llevar a cabo la formación. Entendemos que es un profesional de la entidad, pueden ser perfiles adecuados el/la terapeuta ocupacional, el/la pedagogo/a, el/la psicólogo, el/la educador/a social o un/a experto/a por experiencia (persona con problemas de salud mental, que ha pasado por un proceso de recuperación satisfactorio, se ha formado y emplea sus capacidades, habilidades y experiencia para apoyar a otras en su proceso de recuperación). La decisión final será tomada por la dirección del centro, teniendo en cuenta la motivación y disponibilidad de la persona para la formación.
- 2) Las personas participantes: son los/as usuarios de la entidad que van a recibir la formación. Para su selección se proponen los siguientes criterios de inclusión:
  - a. Edad: entre 18 y 60 años
  - b. Sexo: varones y mujeres
  - c. Situación estable de su cuadro clínico
  - d. Puntuación mínima de 24 en el Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975), que se administra en la sesión 0.
  - e. No tener enfermedad que impida su buen funcionamiento sensorial y motórico.
  - f. Mínimo un año de estancia en la entidad.
  - g. Interés y motivación hacia la formación

Se recomienda que el grupo participante sea de 4 personas (mínimo) y 8 (máximo) y que haya de ambos sexos.



La **evaluación** del programa es uno de los elementos fundamentales de la formación. Valorar el funcionamiento de la formación y su impacto en los/as participantes es indispensable. Por ello la evaluación (posteriormente, en el Manual, se describe más detalladamente el proceso a seguir) se estructura en:

➤ Evaluación de la formación

- Valoración de las actividades: como evaluación continua de la formación el/la dinamizador/a puntúa las actividades que ha desarrollado en cada sesión.
- Valoración final del programa: un cuestionario para el/la dinamizador/a y otro para los/as participantes para conocer su opinión respecto a la formación.

➤ Evaluación de las personas participantes:

- Inicial: a través de 3 pruebas psicométricas (Mini Mental State Examination, Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida y Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana) se evalúa la situación cognitiva de los/as participantes antes de iniciar la formación.
- Continua: el/la dinamizador/a, después de cada sesión, valora a los/as participantes y realiza observaciones sobre cómo se han desenvuelto.
- Final: se lleva a cabo por dos evaluadores/as (uno interno y otro externo). En ella se recoge:

- la información aportada durante la evaluación continua,
- datos de las pruebas psicométricas (sesión 0) que se realizan de nuevo, y
- pruebas específicas (test de conocimientos, pruebas de role playing y estudio de casos).

Finalmente, en el Acta Final (Figura 2) se certifica si la persona es apta, o no, para su desempeño como compañero/a de apoyo. Es decir, si ha adquirido–los conocimientos y competencias necesarios para actuar como compañero/a de apoyo.

**ACTA FINAL**

Participante: \_\_\_\_\_

Variaciones clínicas significativas  SI  NO

	Discursos	Puntuación máxima	Puntuación obtenida
Evaluación psicológica	Asesio III	30%	
Evaluación de conocimientos	Asesio VI	20%	
Role playing: presentaciones	Asesio V	10%	
Role playing: representaciones	Asesio V	10%	
Estudio de casos	Asesio V	15%	
Evaluación del proceso	Asesios V y VI	30%	
Puntuación de los evaluadores		15%	
<b>TOTAL (No apto: 0-50; Apto: 51-100)</b>			

**Indicaciones/Recomendaciones:**

APTO  NO APTO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma evaluador/a interno/a \_\_\_\_\_ Firma evaluador/a externo/a \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Figura 2. Acta Final

**¡ACOMPÁÑAME!**



# MANUAL





## MANUAL PARA EL/LA DINAMIZADOR/A

A lo largo del presente manual se detalla de forma minuciosa el programa de formación y su puesta en marcha.

En primer lugar se describen los procedimientos previos, adaptaciones y modificaciones, necesarios antes de iniciar la formación.

También se recogen las indicaciones necesarias para la implementación del programa y el desarrollo de la evaluación, ya que es un elemento fundamental.

Después, divididas en 4 bloques, se explican cada una de las sesiones y el desarrollo de las actividades que se proponen realizar.

Finalmente en los Anexos se incluye el resto de material necesario para llevar a cabo el programa ¡ACOMPÁÑAME!

### **Actividades previas**

Antes de iniciar la puesta en práctica del programa de formación se deben realizar las siguientes actividades:

- Realizar las adaptaciones necesarias de la formación a la realidad concreta de la entidad. Éstas se especifican en el siguiente apartado.
- Preparar las sesiones con anterioridad.
- Fotocopiar los materiales necesarios (fichas para el dossier, logotipo –siempre en color-...)
- Previo al inicio de la formación se deben tener firmados los compromisos del dinamizador/a, los/ participantes, psiquiatra/terapeuta y familia (opcional).

## **Adaptación al contexto concreto**

Cada entidad tiene que realizar adaptaciones para la adecuada puesta en marcha de la formación. En la Tabla 2 se señalan las actividades que requieren modificaciones, se especifica la adaptación y a qué hoja del Dossier de el/la compañero/a de apoyo corresponde. Los ejemplos que aparecen en el Manual, también deben ser adaptados a la realidad concreta de la entidad (presentación, servicios, profesionales, recursos, funciones, etc.)

Tabla 2. *Adaptaciones a la entidad*

<b>Actividad</b>	<b>Adaptaciones</b>	<b>Material</b>
Act. Obligatoria 1.1	Temporalización	Hoja 3 (DdCA) Diapositiva 5 PPT
Act. Obligatoria 2.1	Asociación o fundación	Hoja 4 o 5 (DdCA) Diapositiva 11 o 12 PPT
Act. Obligatoria 2.2	Planos de las instalaciones	Hoja 6 (DdCA)
Act. Obligatoria 2.3	Servicios y profesionales de la entidad	Hoja 7 (DdCA)
Act. Obligatoria 2.4	Servicios y/o recursos del entorno	Hoja 7 (DdCA)
Act. Obligatoria 10.2	Funciones de los/as compañeros/as de apoyo	Hoja 27 (DdCA) Diapositiva 64 PPT
Act. Obligatoria 12.1	Procesos de el/la compañero/a de apoyo	Hoja 36 (DdCA) Diapositiva 74 PPT

## Pautas para la entidad

El perfil de el/la compañero/a de apoyo va a suponer ciertos cambios en la entidad social. A continuación se recogen unas pautas, que consideramos necesarias, para la implementación de este nuevo rol en el funcionamiento habitual:

- Previa implementación de la formación en la entidad, el equipo profesional debe conocer el nuevo perfil, sus funciones y sus límites.
- Consensuar la inclusión de este nuevo rol en la entidad, las adaptaciones o modificaciones que son necesarias, etc.
- Delimitar la figura del compañero/a de apoyo en los servicios ya existentes en la entidad. Este nuevo rol acompaña a los/as nuevos/as usuarios en su proceso de recuperación.
- Informar a la familia o servicios con lo que se colabora la existencia de este servicio y su funcionamiento.
- Revisar y adaptar el protocolo de acogida inicial para incluir al compañero/a de apoyo en la recepción de los/as nuevos/as usuarios.
- Realizar una reunión con los profesionales, incluido el/la compañero/a de apoyo, para hablar de la llegada de un nuevo/a usuario/a. Previamente delimitar la información que se va a proporcionar al/la compañero/a de apoyo (preservar la información confidencial, el/la compañero/a de apoyo conocerá en su desempeño más información sobre el par receptor).
- Comunicar a todos/as los/las compañeros/as de apoyo la llegada de un/a nuevo/a usuario/a a la entidad y quien va a ser su compañero/a.
- Delimitar la recompensa, de la manera que considere más oportuna, a los/as compañeros/as de apoyo por sus funciones. Pudiendo ser ésta económica, contractual, material u otras medidas que estime la entidad. Consideramos, desde nuestro punto de vista, la recompensa económica y el contrato laboral/formal las opciones más adecuadas.

## Implementación de la formación

Para la puesta en práctica del programa ¡ACOMPÁÑAME!:

- El/la dinamizador/a es la encargada de preparar las sesiones y el material necesario para cada una (hojas del dossier, teoría, PPT, videos...).
- Cada vez que se entrega una **hoja del Dossier** de el/la compañero/a de apoyo a las personas participantes, entendemos que **es obligatorio darles el logotipo** del programa (pegatina o fotocopia del logotipo y pegamento) para que lo coloquen en la parte superior derecha de la hoja y escriban su nombre. Creemos que el color debe acompañar a este programa evitando las fotocopias en blanco y negro. La portada del Dossier, Hoja 1, se debe imprimir en color. El logotipo para el Dossier se incluye en el ANEXO IX. Además algunas hojas del mismo, así como otros documentos, disponen de un recuadro para insertar el logotipo de la entidad.
- Después de cada sesión, obligatoriamente, el/la dinamizador/a debe cumplimentar:
  - o Las hojas de registro de las sesiones que están disponibles en el ANEXO I.
  - o Las hojas de registro de valoración de los participantes (ANEXO IV) siguiendo las indicaciones de la página 10.
  - o El cuaderno de observaciones (ANEXO V) de los/as participantes que se describe en la página 23.
- Asistencia mínima al 80% de las sesiones para poder ser evaluado/a (sesión 13), es decir, sólo se puede faltar, de forma justificada, a dos sesiones del programa.

Anteriormente se ha mencionado la importancia de la evaluación. A continuación se describe detalladamente cada una de las pruebas y cómo realizarla.

### 1. Evaluación de la formación

#### 1.1. Valoración de las actividades

Sirviendo de evaluación continua del programa ¡ACOMPÁÑAME!, después de cada sesión el/la dinamizador/a debe completar la hoja de registro correspondiente (ANEXO I), señalando las actividades que han realizado y valorando cada una de ellas (Figura 3).

SESIÓN 4: Mi recuperación						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 4.1	Mi <i>Ozobot</i>	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.1	Mi eje cronológico	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.2	¿Qué es la recuperación?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.3	¿Qué apoya o favorece mi recuperación?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.4	Mi historia de recuperación.	1	2	3	4	5
Observaciones:						

Figura 3: Tabla de registro para cada sesión

Disponen de una tabla para cada sesión, donde se deben marcar con un aspa (X) las actividades que se han realizado y valorarlas de modo general en una escala tipo Likert del 1 al 5 (siendo 1 muy baja y 5 muy alta). También, dispone de un espacio de observaciones para realizar las anotaciones que considere relevantes respecto a: estructura, tiempo, materiales, actividades, etc.

En el caso de que desee anular la respuesta hágalo rodeando con un círculo la respuesta que desee anular (⊗), después anote la nueva respuesta.

## 1.2. Valoración final del programa

La valoración final del programa la realizan el/la dinamizador/a y los/as participantes a través de dos cuestionarios (ANEXO II) que ayudarán a identificar las fortalezas y debilidades de la formación.

## **2. Evaluación de las personas participantes**

### 2.1. Evaluación inicial

#### 2.1.1. Evaluación de la situación cognitiva

Para evaluar la situación en la que se encuentran los participantes antes de iniciar la formación, se deben emplear las siguientes pruebas:

- Mini Mental State Examination (MMSE): se trata de un examen heteroadministrado para la valoración de las funciones cognitivas y el estado mental en adultos (Folstein et al., 1975). Adaptación española del Mini Examen del Estado Mental Lobo et al., (2002). Consta de 30 preguntas que evalúan 5 áreas: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención-cálculo, recuerdo y lenguaje.
- Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS): escala heteroadministrada de la calidad de vida compuesta por 15 ítems (Baker & Intagliata, 1982). La escala evalúa los sentimientos del paciente, según su situación actual, en 4 áreas: seguridad, pertenencia y realización (Carlson et al., 2009)
- Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana (Life Skill Profile - LPS): instrumento para valorar las actividades de la vida cotidiana (Burgés et al., 2007). Es una escala heteroadministrada, formada por 39 ítems y se compone de 5



subescalas: Auto Cuidado, Comportamiento Social Interpersonal, Comunicación-Contacto. (Rosen, Hadzi-Pavlovic & Parker, 1989).

El material necesario para realizar estas pruebas de evaluación está en el ANEXO III.

Estos test sirven para la inclusión o exclusión de los/as participantes en el programa de formación. Deben ser administrados, corregidos e interpretados por profesionales de la salud mental, preferiblemente con formación en su uso. Recomendamos que sea el/la psicólogo/a o pedagogo/a de la entidad y/o la persona que va a dinamizar el programa de formación (si tiene formación en ello) quienes los apliquen.

Para realizar las pruebas es imprescindible que el/la evaluador/a (Moreno Rosset, 2005):

- Familiarizarse con las pruebas.
- Preparar adecuadamente el lugar donde se van a aplicar.
- Crear un ambiente y *rapport* adecuados.
- Preparar los materiales necesarios.
- Explicar el propósito de la evaluación y como se va a utilizar la información obtenida.
- Seguir estrictamente las normas de aplicación.
- Corregir las pruebas según las indicaciones.
- Cumplir con las obligaciones éticas y deontológicas.

## 2.2. Evaluación continua

Para la evaluación continua de los participantes, después de cada sesión el/la dinamizador/a debe:

- valorar a las personas participantes según 4 ítems y,
- anotar observaciones sobre los/as participantes en el desarrollo de la sesión.

### 2.2.1. Hojas de registro

En las hojas de registro (ANEXO IV) se recoge todas las sesiones y se debe valorar, de forma individual, el desarrollo de cada participante durante la sesión según 4 ítems:

- A: Actitud.
- P: Participación.
- C: Comportamiento y
- CG: Colaboración con el grupo.

Participante	SESIÓN 1				SESIÓN 2			
	A	P	C	CG	A	P	C	CG

Figura 4. Tabla valoración de los participantes.

La valoración se realiza según una escala tipo Likert del 1 (muy baja) al 5 (muy alta).

Se pueden completar de forma manual después de cada sesión (Figura 4) o, directamente en el Excel (incluido en el USB adjunto).

Recordamos que la puntuación total de cada de cada participante se usará en la evaluación final.

### 2.2.2. Cuaderno de observaciones

También disponen de un cuaderno de observaciones sobre los/as participantes (ANEXO V) para realizar anotaciones respecto a cómo se han desarrollado durante la sesión. Por ejemplo: *todos han participado muy bien durante toda la sesión; Hoy María, ha faltado a la primera actividad porque tenía médico a primera hora y ha llegado un poco nerviosa;...* Es importante señalar, que toda esta información, igualmente, será muy relevante en el proceso final de evaluación.

## 2.3. Evaluación final

La evaluación final de los/as participantes sirve para certificar si la persona es apta, o no, para su desempeño como compañero/a de apoyo. En ella se deberán implicar dos personas:

- Evaluador/a interno. Se entiende por esta figura la persona o personas que han estado implicadas en el proceso de implementación del programa  
¡ACOMPÁÑAME! Pueden cumplir esta función: la persona responsable de la dinamización de las sesiones, gestor de la entidad, profesional... siempre que se hayan implicado en el desarrollo de la formación.
- Evaluador/a externo. Se entiende esta figura como una persona con conocimiento de las funciones que debe desempeñar una vez finalizada la formación pero que no han tenido contacto previo con las personas participantes

en el curso. Pueden cumplir esta función: profesionales de la entidad, personas formadas como “experto por experiencia” no implicadas en la fase formativa, familiares, empresarios... siempre que cumplan el criterio de conocimiento de las funciones a realizar por los participantes.

En nuestra opinión, uno de los dos perfiles (evaluador interno o externo) debería ser cubierto por un experto por experiencia (una persona con problemas de salud mental que ha recibido formación y se encuentra desarrollando la función en alguna entidad social). Si la entidad aún no dispone de este perfil debería invitar a un experto de otra entidad.

Los expertos participantes deberán seguir el proceso que se indica a continuación que se compone de: A) recopilación de valoraciones realizadas durante el proceso de formación y B) desarrollo de pruebas específicas para la valoración final.

A continuación se detalla cada uno de los procesos a seguir y se aportan los materiales necesarios.

#### 2.3.1. Evaluación del proceso seguido

La valoración de este apartado que supone el 30% de la evaluación final se obtiene de las puntuaciones aportadas en las hojas de registro y el cuaderno de observaciones sobre los participantes. Además se debe tener en cuenta si la persona ha participado, al menos, en el 80% en las sesiones de la formación.

#### 2.3.2. Evaluación de la situación cognitiva

Se vuelven a aplicar los test (ANEXO III):

- Mini Mental State Examination
- Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida
- Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana

#### 2.3.3. Evaluación de conocimientos adquiridos

Los participantes responden al cuestionario de Evaluación de contenidos I (ANEXO VI). La puntuación obtenida supone el 20% de la evaluación final. La puntuación máxima del cuestionario es 20 y se requiere una puntuación mínima de 7 puntos para que sea apto.

#### 2.3.4. Role playing

##### - Presentación

De manera individual, cada compañero/a de apoyo debe presentarse, es decir, simular el primer contacto con el **par** receptor de la ayuda. Este apartado tiene un peso del 10% en la evaluación final y debe ser aprobado (5) en una puntuación de 0 a 10.

##### - Representación

Cada participante debe resolver 2 situaciones que se le planteen, basada en posibles actuaciones futuras como compañero/a de apoyo. La puntuación final, que supone el 10% de la evaluación final, es la suma de ambas calificaciones obtenidas en cada representación. En la Sesión 13 (evaluación final), página 113, se proponen 5 situaciones.

#### 2.3.5. Estudio de casos

En este apartado de la evaluación final (15% del total) cada participante, debe dar la respuesta que considere más adecuada a 2 situaciones que se le planteen aleatoriamente. Para que el apartado esté aprobado la puntuación final debe ser igual o superior a 10 puntos, 5 en cada uno de los casos planteados. Se proponen 4 situaciones para su resolución (páginas 113-114, Sesión 13).

#### 2.3.6. Valoración de expertos

La valoración de expertos la realizan ambos evaluadores/as (interno y externo) y supone el 15% del total de la evaluación final. Entendemos que esta puntuación es de carácter subjetivo. Se deben tener en cuenta los avances individuales durante la formación (conocimientos y psicológico), las actitudes, participación y demás ítems que se han recabado en las hojas de registro. Además de las observaciones recogidas a lo largo de las sesiones y cómo se ha desenvuelto cada participante durante el desarrollo de las actividades de evaluación.

#### 2.3.7. Acta final

El acta final (ANEXO VIII) recoge todas las pruebas de evaluación, es cumplimentada por ambos evaluadores/as y determina si la persona es apta, o no, para su desempeño como compañero/a de apoyo.

También se incluye un informe final para las personas participantes (ANEXO XIV) en el que se eliminan las puntuaciones del Acta final y se informa a cada una de si ha superado (Apto o no apto) la formación.

En el caso de obtener la calificación de No Apto para el desempeño como compañero/a de apoyo, se recogen las indicaciones y recomendaciones de los/as evaluadores/as para que en la nueva formación pueda acceder con más éxito.

Además, en la Sesión 12, a todos/as los/as participantes se les entrega un diploma (ANEXO XIII) que reconoce su participación en el programa ¡ACOMPÁÑAME!.

Si tiene cualquier duda sobre el material puede ponerse en contacto con Rebeca Zabaleta ([rzabaleta@ubu.es](mailto:rzabaleta@ubu.es)) o con Fernando Lezcano ([flezcano@ubu.es](mailto:flezcano@ubu.es)).

## SESIÓN 0: Evaluación inicial

Esta sesión es una reunión individual entre la persona y el/la dinamizador/a y/o el/la psicólogo/a y/o el pedagogo/a del centro con la cada uno/a de los posibles participantes en la formación.

- Presentación/información del programa ¡ACOMPÁÑAME!

En primer lugar, se explica en qué va a consistir la formación, su estructura, horarios, fecha inicio y fin, etc. Podemos ayudarnos del Tríptico de presentación que se adjunta en el CD.

- Test situación cognitiva (ANEXO III)

- Mini Mental State Examination (MMSE): consta de 30 preguntas que evalúan las siguientes áreas: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención-cálculo, recuerdo y lenguaje. La puntuación máxima es de 30 puntos.

Normas de aplicación: heteroadministrada. La prueba se debe administrar en un ambiente tranquilo y con un estilo conversacional. Se necesita papel y lápiz.

Corrección e interpretación: se puntúa el función del número de aciertos en cada prueba, indicando las puntuaciones altas un mejor funcionamiento cognitivo. Se requiere una puntuación mínima de 24 para la participación en el programa.

- Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS): escala de evaluación de la calidad de vida compuesta por 15 ítems (Baker & Intagliata, 1982). Cada ítem tiene 7 posibilidades de respuesta con imágenes de caras, que manifiestan desde agrado a total desagrado. La escala evalúa los sentimientos del paciente, según su situación actual, en 4 áreas: seguridad, pertenencia y realización (Carlson et al., 2009)

Normas de aplicación: aunque se trata de una prueba heteroadministrada, en este caso se ha optado por la autoaplicación ya que, se considera que las personas que la van a realizar disponen de las habilidades y capacidades necesarias para ello. El contenido se ha adaptado según las pautas de lectura fácil para favorecer este proceso. La persona

señala con qué cara se identifica más en cada pregunta. No hay tiempo límite para su finalización.

Corrección e interpretación: la suma de las puntuaciones de los ítems proporciona una puntuación global, indicando los valores altos mayor satisfacción. En la Figura 5 aparecen las puntuaciones que se debe otorgar a cada una de las caras.

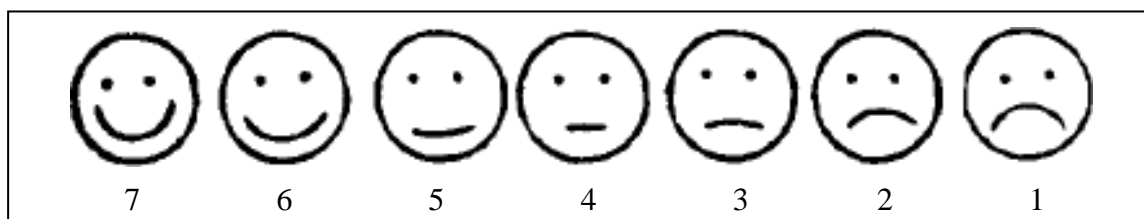


Figura 5. Puntuaciones escala SLDS

- Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana (Life Skill Profile - LPS): escala formada por 39 ítems y se compone de 5 subescalas: Auto Cuidado, Comportamiento Social Interpersonal, Comunicación-Contacto. Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto) (Rosen, Hadzi-Pavlovic & Parker, 1989).

Normas de aplicación: aunque se trata de una prueba heteroadministrada, en este caso también se ha optado por la autoaplicación; los criterios de la decisión son los mismos que en el caso anterior: habilidades y competencias del usuario/a. El contenido se ha adaptado según las pautas de lectura fácil para favorecer este proceso. No hay tiempo límite para su finalización.

Corrección e interpretación: Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Los valores se encuentran entre 39 (mínimo) y 156 (máximo). Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado (A): 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30.
- Comportamiento social interpersonal (CSI): 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.
- Comunicación - contacto social (C): 1, 3, 4, 7, 8 y 39.
- Comportamiento social no personal (CSNP): 28, 31, 32, 33, 35 y 38.
- Vida autónoma (VA): 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26.

También en el ANEXO III se adjunta una plantilla para la corrección del cuestionario.

- Formalización de la participación

Una vez corregidas las pruebas de evaluación inicial de los/as posibles participantes y decidido, según los criterios propuestos para su inclusión, las personas que van a realizar la formación, necesitamos (antes de la primera sesión):

- Compromiso de actuación y de confidencialidad firmados por el/la dinamizador/a de la formación
- Consentimiento informado del participante.
- Informe positivo del psiquiatra/terapeuta que corrobore la estabilidad sintomatológica del participante para su participación en la formación.
- Información de participación a la familia o tutor/a legal (opcional). Será decisión del participante informar a su familia sobre su implicación en la formación. El objetivo es que la familia esté informada de ello y sirva como elemento motivador.

Todos estos documentos se encuentran en el ANEXO X.

Además, la persona que realice la evaluación inicial debe anotar en la hoja de descripción de los participantes (ANEXO XI) los datos que se solicitan. Esta información es absolutamente confidencial y se usará sólo para fines de investigación.





BLOQUE I

LAS ENTIDADES SOCIALES



## SESIÓN 1: Quién soy

Tabla 3. *Materiales sesión 1*

SESIÓN 1: Quien soy			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
1.1	Hojas 1, 2 y 3		Diapositivas 4 y 5
1.2	Hoja 2		Diapositiva 6
1.3		Cartulina y rotulador	Diapositiva 7
1.4			Diapositiva 8
1.5			Diapositiva 9

### Introducción 1.

El/la dinamizador/a de la sesión da la bienvenida a la formación a todas las personas participantes y se presenta (nombre, a que se dedica o en qué servicios trabaja de la entidad).

*Ej. Buenos días, mi nombre es Marta. Algunos/as me conoceréis porque soy la encargada de la inserción laboral en esta entidad (nombre). Hoy comenzamos la formación ¡ACOMPÁÑAME! y yo voy a ser vuestra/o dinamizadora/o, esto no implica que os evalúe, simplemente soy la/el encargada/o de ayudaros para que, después de estos días podáis desempeñar las funciones del compañero/a de apoyo.*

El material necesario se describe en la Tabla 3.

### Actividades 1.

- Actividad Obligatoria 1.1. Introducción.

Explicar en qué consiste la formación. Entregar la HOJA 1 (DdCA) portada, 2 (DdCA) definición y expectativas y 3 (DdCA) temporalización.

Ejemplo:

*¡ACOMPÁÑAME! es un programa de formación para personas con problemas de salud mental que se encuentran en un proceso de recuperación y que participan en una entidad social.*

*El objetivo es que adquiráis las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para actuar como compañeros/as de apoyo. Es decir, colaborar en el proceso incorporación y adaptación de nuevas personas a la entidad, así como acompañar en su proceso de recuperación.*

*El programa consta de 13 sesiones que vamos a llevar a cabo 2 días por semana, martes y jueves, en horario.... en esta aula.*

*Durante la formación cada uno/a vais a ir elaborando vuestro Dossier de el/la compañero/a de apoyo, es decir, una carpeta donde se recogen las ideas y conceptos claves del programa. La primera es la portada (Hoja 1), tenéis que poner vuestro nombre y el nombre de la entidad.*

*En la Hoja 2 se describe la formación y tenéis que escribir las expectativas que tenéis respecto a la formación.*

*Finalmente en la Hoja 3, tenéis el calendario con los días y horarios que vamos a llevar a cabo la formación. Como podéis ver, todas las hojas tienen una misma estructura, en la parte superior, tenéis que escribir vuestro nombre y colocar el logotipo del programa y en la parte inferior disponéis de un espacio “Cosas importantes para recordar” para realizar las anotaciones que consideréis necesarias.*

Preguntar a los/as participantes si tienen dudas respecto al programa y resolverlas.

Cuando finalice la actividad colocamos las HOJAS 1, 2 y 3 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 15-20 minutos



**¡Importante!** Siempre que entregamos una Hoja del Dossier darles el logotipo de la formación para que lo coloquen donde corresponde (parte superior derecha).

● Actividad Obligatoria 1.2. Presentaciones.

Solicitar a las personas participantes:

- Nombre.
- Edad.
- Procedencia.
- Qué esperas del curso. En la actividad anterior han anotado en la HOJA 2 sus expectativas respecto al curso. Estas serán revisadas al final de la formación para comprobar si se han cumplido.

Tiempo estimado: 20 minutos

● Actividad Obligatoria 1.3. Establecer pautas.

Redactar conjuntamente las normas básicas para la formación, colocar el papel o la cartulina en un lugar visible de la sala y ayudarse mutuamente en el cumplimiento para que todos los participantes obtengan lo que la formación ofrece.

Las pautas que se establezcan no deben ser excesivas en número y exigencia; un exceso de presión puede desanimar a las personas participantes a continuar. Siempre deben respetar a las personas participantes.

Ejemplo: *visión positiva, confidencialidad, asistencia, participación...*

También se debe acordar si se van a realizar descansos durante las sesiones o se van a realizar todas las actividades seguidas para terminar antes.

Tiempo estimado: 10-15 minutos

● Actividad Obligatoria 1.4. Lo que siempre soñaba de pequeño/a.

Contar al compañero/a, cual era nuestro sueño de pequeños/as. El/la compañero/a puede hacer las preguntas que crea convenientes. Invertimos los papeles. Realizamos una puesta en común de los sueños de los/as compañeros/as.

Pregunta común al grupo: *¿Cómo os habéis sentido al compartir información personal con otros/as?*

Tiempo estimado: 15-20 minutos

- Actividad Obligatoria 1.5. Mi primer día en la entidad.

Realizamos una conversación sobre el primer día que llegaron a la entidad. Pedimos a los/as participantes que piensen en ese día:

- ¿Cómo os sentisteis?
- ¿Fuisteis bien recibidos/as?
- ¿Qué os ayudó a sentirnos cómodos/as?
- ¿Cómo os gustaría que os hubieran recibido?

Tiempo estimado: 15-20 minutos

### **Reflexión 1**

Durante los últimos 10 minutos se hace un resumen de lo trabajado (qué es ¡ACOMPÑAME! y las pautas establecidas). Además se programa una reflexión **oral**, individual y voluntaria de cómo se han encontrado.

## SESIÓN 2: La entidad donde participo

Tabla 4. *Materiales sesión 2*

SESIÓN 2: La entidad donde participo			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
2.1	Hoja 4 o 5		Diapositiva 11 o 12
2.2	Hoja 6	Plano instalaciones	Diapositiva 13
2.3	Hoja 7	Ordenadores, pizarra o cartulina	Diapositiva 14
2.4	Hoja 7		Diapositiva 15

### Introducción 2

En la primera sesión se introdujo el programa de formación y con las actividades conocimos más sobre cada uno de los/as participantes.

Ahora que ya sabemos más sobre la formación, vamos a conocer el lugar donde van a desempeñar la actividad, es decir, la entidad. Cuando desempeñen las funciones del compañero/a de apoyo lo van a hacer aquí y por ello es importante que la conozcan en profundidad.

El material necesario se recoge en la Tabla 4.

### Actividades 2

- Actividad Obligatoria 2.1. Que es una asociación/fundación.

Primero hacemos la pregunta en voz alta y escucharemos a los/as participantes cómo lo definen. A continuación entregamos la HOJA 4 o 5 (DdCA) con la definición y pedimos a uno/a de ellos/as que la lea en alto. Preguntamos si está claro el concepto y en caso de dudas las resolvemos.



*Las asociaciones son (Rubio, 2008<sup>1</sup>) un recurso polivalente con una finalidad funcional e instrumental, que proporcionan a los asociados una experiencia de sintonía, compenetración y acogida a un grupo de personas afectadas por una problemática común y están dentro del marco social. Son un instrumento necesario para defender los intereses de su colectivo. En los primeros momentos fueron constituidas por los familiares, en este caso de las personas con problemas de salud mental.*

*Según la Asociación Española de Fundaciones (2013<sup>2</sup>), las fundaciones son, organizaciones sin ánimo de lucro que tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general, en este caso a favor de las personas con dificultades de salud mental. A diferencia de las asociaciones, no están constituidas por las personas afectadas o sus familiares*

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 4 o 5 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 15 minutos

● Actividad Obligatoria 2.2. ¿Cómo funcionamos?

Para esta actividad necesitamos los planos de las instalaciones HOJA 6 (DdCA). En el caso de no disponer de los planos, podemos realizar unos bocetos a mano alzada sobre las instalaciones, bien el/la dinamizador/a y proporcionarlos a los/as participantes, o elaborarlos ellos/as mismos/as. Entre todos/as, identificamos los espacios, el uso de cada uno (en el caso de que tenga funciones diferentes según las horas, dejar constancia de ello), los profesionales que suelen estar y las normas de funcionamiento.

Es muy importante resaltar las normas obligatorias. *Ejemplo: en el taller de manipulación no se puede entrar con comida.*

---

<sup>1</sup> Rubio, F. J. (2008). Espacios sociales de participación: las asociaciones y los grupos de autoayuda. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 18(2), 307-314.

<sup>2</sup>Asociación Española de Fundaciones (2013). *La Fundación: concepto, constitución y régimen sustantivo y tributario*. Madrid: Autor.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 6 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 20-30 minutos

● Actividad Obligatoria 2.3. ¿De qué disponemos?

a) Si disponemos de ordenadores:

Formamos equipos homogéneos (respecto al manejo de las TIC) de 3 personas y cada uno de ellos dispone de un pc.

Primero explicamos la forma de trabajar. Se trabaja con Google Drive. Es necesario disponer de una cuenta de Gmail para acceder (por lo menos un miembro del equipo).

El/la dinamizador/a crea un documento compartido para todos/as e inserta una tabla para cada equipo.

*Ejemplo:*

Equipo 1: Juan, María y Pedro

SERVICIOS Y FUNCIONES	PROFESIONALES

Cada equipo, debe completar la tabla con los servicios y funciones que dispone la entidad en la columna derecha y los profesionales que intervienen en cada uno de ellos (puesto que desempeña y nombre).

Finalmente se realiza una puesta en común y se completa una tabla donde se recogen todos los servicios disponibles.

Los participantes deben rellenar su HOJA 7 (DdCA).

b) Si no disponemos de ordenadores:

En la actividad anterior hemos visto las diferentes cosas que hacemos en las instalaciones de la entidad. Ahora vamos a ver cómo se organizan estos servicios y los/as profesionales que trabajan aquí.

En una pizarra, cartulina o papel de rollo dibujamos una tabla. En la columna izquierda enumeraremos los servicios de la entidad y sus funciones y en la derecha los/as profesionales que intervienen en cada uno de ellos (puesto que desempeña y nombre).

Los/as participantes tienen la tabla para completar en la HOJA 7 (DdCA).

SERVICIOS	PROFESIONALES
<i>Agencia de colocación: nos ayuda a buscar un trabajo</i>	- <i>Prospectora laboral: Isabel (En caso de que un profesional desempeñe funciones en más de un servicio se anota en todos)</i>
<i>Centro de Día: realizamos actividades como cocina, pintura...</i>	

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 7 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 30 minutos

● **Actividad Obligatoria 2.4. Servicios que puedo encontrar en el entorno.**

Se pregunta a los/as participantes sobre otros servicios o recursos que podemos encontrar en nuestro entorno a los que ellos/as acudan o conozcan y qué actividades se realizan en ellos. Además el/la dinamizador/a puede añadir algún lugar, que no haya sido mencionado, y pueda ser interesante para ellos/as.

En la HOJA 7 (DdCA), disponen de un espacio para anotar estos servicios y/o recursos.

*Ejemplo: actividades de ocio, grupos de ayuda mutua, centro cívico, para las familias...*

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 7 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20 minutos

## **Reflexión 2**

Ya conocemos más a fondo sobre la entidad y sus servicios. *¿Qué habéis aprendido sobre vuestra entidad que hasta ahora no sabíais o conocíais?*



## SESIÓN 3: Veo en 360°

Tabla 5. *Materiales sesión 3*

SESIÓN 3: Veo en 360°			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
3.1		Gafas realidad virtual	Diapositiva 17
3.2		Gafas de realidad virtual, Smartphone y video 1.	Diapositiva 18
3.3		Smartphone o cámara	Diapositiva 19

### Introducción 3

En la sesión anterior conocimos a fondo nuestra entidad (instalaciones, servicios, profesionales y funciones).

En esta sesión vamos a construir (o a ver cómo son) unas gafas de realidad virtual, su uso para los videos en 360° y una introducción a estos.

El material necesario se recoge en la Tabla 5.

### Actividades 3

- Actividad Obligatoria 3.1. Gafas de realidad virtual

Para esta primera actividad necesitamos unas gafas de realidad virtual. Si no disponemos de ella, tenemos varias opciones:

- a) Comprar las gafas de realidad virtual (con antelación a la sesión)

Podemos adquirir unas muy económicas de cartón que sólo tenemos que montar (<https://amzn.to/2ImZVRS>) o unas ya prefabricadas (<https://amzn.to/2IjEVjd>). Según nuestro presupuesto tenemos una gran variedad de gafas disponibles.

b) O hacer nuestras propias gafas de realidad virtual (recomendable)

Para la elaboración de estas gafas seguir el video tutorial donde se detalla el material necesario y el procedimiento (“Cómo hacer unas gafas de realidad virtual en casa” <https://bit.ly/2KrsUF5>). Las plantillas necesarias para su construcción están disponibles en: <https://bit.ly/2IhTZOe>. Es muy importante que el/la dinamizador/a vea antes el video y prepare el material necesario.

Antes de pasar a la siguiente actividad preguntamos a los/as participantes si conocen las gafas de realidad virtual y si alguna vez las han usado.

Tiempo estimado: en función de si compramos las gafas, las elaboramos durante la sesión o las llevamos ya hechas.

- Actividad Obligatoria 3.2. ¿Qué son los videos 360°?

*Las gafas de realidad virtual las vamos a usar para ver videos en 360°. Los videos en 360° son videos inmersivos, es decir, nos permiten ver los vídeos como si estuviéramos dentro de la escena. Con ellos el/la espectador/a se convierte en parte activa del video, ya que puede elegir cual es la dirección a la que mira.*

A continuación, con las gafas de realidad virtual y un Smartphone, vamos a ver un video en 360° (Video 1) realizado por la responsable del programa. Disponible en: <https://bit.ly/2EF1ASf>

Como el vídeo solo se puede ver de manera individual, mientras lo van visionando el resto de los/as participantes realizan la Actividad Obligatoria 3.3.

Si se estima oportuno el vídeo (y el resto de los videos) se pueden proyectar en una pantalla y hacer los movimientos con el ratón. En este caso se perderá la inmersión en el video pero, se podrá ver en grupo.

### **Instrucciones para ver los vídeos en 360°**

1. En un Smartphone con conexión a internet acceda a YouTube.
2. Busque el canal de Rebeca Zabaleta y localice el vídeo que necesite.
3. Asegurarse que el vídeo está en movimiento.
4. Coloque el Smartphone en las gafas de realidad virtual.
5. Los/as participantes disfruten de la experiencia que ofrecen los vídeos en 360°.

Tiempo estimado: varía según el número de participantes (20-30 minutos)

#### ● Actividad Obligatoria 3.3. ¡Grabando!

Entre todos/as los/as participantes, con un Smartphone o una cámara, graban un video donde se presentan y muestran la entidad. Intentamos que el vídeo sea original, pueden usar carteles, decoración, complementos, etc. Todos deben participar en la producción.

Antes de empezar a grabar, tienen que diseñar cómo va a ser el vídeo: en qué espacios se va a grabar, qué va a decir cada uno/a...

Cuando finalicen la grabación, lo vemos en el ordenador y comentamos el resultado final.

Tiempo estimado: 40 minutos

### **Reflexión 3**

¿Qué os han parecido los vídeos en 360°? ¿Creéis que son útiles? ¿Para qué?

Respecto a la prueba de evaluación, ¿queréis comentar algo?





BLOQUE II

LA RECUPERACIÓN



## SESIÓN 4: Mi recuperación

Tabla 6. *Materiales sesión 4*

SESIÓN 4: Mi recuperación			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
4.1*		<i>Ozobot</i> , folios, rotulador negro.	Diapositiva 22
4.1	Hoja 8	Lápices de colores	Diapositiva 23
4.2	Hoja 9		Diapositiva 24
4.3	Hojas 10 y 11		Diapositiva 25
4.4	Hojas 12, 13, 14, 15 y 16	Música relajante	Diapositivas 26 y 27

### Introducción 4

En la sesión anterior trabajamos la realidad virtual a través de los vídeos en 360° y grabamos nuestro propio vídeo de presentación.

Esta sesión puede presentar ciertas complicaciones para los/as participantes ya que van a tener que indagar en su historia personal, desde el comienzo de los problemas de salud mental hasta el momento actual, haciendo especial hincapié en el proceso de recuperación, las estrategias empleadas y los apoyos recibidos.

Si durante la sesión alguna persona necesita salir a tomar el aire o beber agua, que no dude en hacerlo. No se debe forzar a nadie, cada persona tiene su propio itinerario, forma de afrontarlo y superarlo.

El material necesario se recoge en la Tabla 6.

## Actividades 4

- Actividad Optativa 4.1. Mi *Ozobot* (recomendable)

*Ozobot* es un pequeño robot auto-programable (Ozobot BIT 2.0 disponible en: <https://bit.ly/2KIDpJl>). Uno de sus principales usos es iniciarse en el aprendizaje del lenguaje STEAM. Pero, este robot inteligente tiene muchas más posibilidades. Básicamente es un robot que sigue líneas y va a ser un elemento transversal de nuestra formación que aparecerá sistemáticamente en las sesiones.

En esta actividad lo presentamos a los/as participantes y, en consenso, le ponemos un nombre. Pedimos a cada participante que sobre medio folio en blanco dibuje, con un rotulador negro, su recorrido de recuperación desde el diagnóstico del problema de salud mental. (Puede ser una línea recta, diversos picos o cualquier dibujo que se consideren oportuno). Tras realizar el dibujo se irá colocando a *Ozobot* en cada recorrido. El robot seguirá cada camino dibujado y con ello vemos como cada persona tiene su recorrido personal, pero todos lo superamos.

Se comenta la actividad.

El robot es una metáfora del recorrido individual que cada uno/a realizamos en nuestra vida. Los robots están programados y siguen los caminos establecidos, pero nosotros/as trazamos nuestro propio recorrido y somos capaces de superarlo y llegar al final.

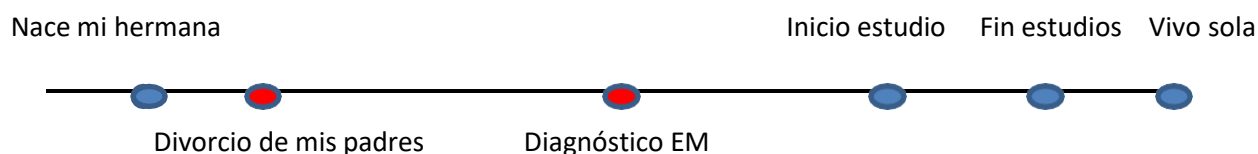
Tiempo estimado: 20 minutos

- Actividad Obligatoria 4.1: Mi eje cronológico

En la HOJA 8 (DdCA), cada participante tiene una línea recta. El inicio de la recta es su nacimiento y el final el momento actual. Deben marcar en el eje los acontecimientos o sucesos que consideren más relevantes para su vida. Se recomienda que utilicen dos colores, uno para identificar los positivos o con los que más han aprendido y en otro los negativos o más desafiantes.

Si en la revisión el/la dinamizador/a encuentra que no han indicado nada relativo al diagnóstico o proceso del problema de salud mental lo señalará para que lo incorporen. Es recomendable que se dirija a todo el grupo, no específicamente a uno.

*Ejemplo:*



Realizamos un pequeño debate sobre los acontecimientos que han marcado en el eje:

- ¿Qué acontecimientos positivos habéis marcado? ¿Por qué son positivos?
- ¿Qué sucesos negativos habéis señalado? ¿Por qué estos los consideraréis negativos?

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 8 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 10 minutos

● Actividad Obligatoria 4.2: ¿Qué es la recuperación?

Comenzamos preguntando qué entiende cada uno por recuperación. Después se entrega la HOJA 9 (DdCA) con una definición, uno/a de los/as participantes la lee en voz alta y se resuelven las posibles dudas.

*La recuperación de la salud mental es un viaje. Si tomamos esta idea más allá podemos verla como un camino, reconociendo que cada individuo tiene un camino único. Cada persona está en un punto diferente en el camino de la recuperación. Las personas avanzan a su propio ritmo. El enfoque de la recuperación considera las recaídas en la recuperación como una parte del proceso humano y como oportunidades para aprender en vez de un evento permanente y estigmatizante (Instituto de Washington Para el Entrenamiento e Investigación de la Salud Mental, 2009<sup>3</sup>).*

*Según la Scottish Recovery Network<sup>4</sup> (Red de Recuperación Escocesa), la recuperación significa ser capaz de vivir una vida satisfactoria, de acuerdo a lo*

<sup>3</sup> Instituto de Washington Para el Entrenamiento e Investigación de la Salud Mental (2009). *Estado de Washington Consejero Certificado de Compañeros Manual de Entrenamiento*. Washington.

<sup>4</sup> Scottish Recovery Network (2017). *What is recovery?* Disponible en: <https://bit.ly/2l38OoR>

*definido por cada persona, con o sin los síntomas. Controlar la propia vida, siendo un proceso único y personal.*

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 9 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 15 minutos

● Actividad Obligatoria 4.3. ¿Qué apoya o favorece mi recuperación?

Existe el denominado marco CHIME donde se establecen 5 factores clave que apoyan la recuperación. Lectura de los 5 factores (cada participante lee un factor). Con cada factor abrimos un pequeño debate, voluntario, sobre si consideran ese factor favorecedor de la recuperación y por qué. Se van resolviendo las dudas que puedan surgir. HOJA 10 (DdCA).

#### Marco CHIME

*En 2011 una revisión sistemática examinó 97 artículos científicos sobre la recuperación y estableció el marco CHIME. Como todos los modelos, CHIME es una simplificación de un proceso complejo pero que nos puede ayudar a describir los factores que favorecen la recuperación (Fundación INTRAS et al., 2015<sup>5</sup>).*

• La C significa conexión (Conexion) o el conjunto de relaciones con otras personas. *Pensad en qué personas estuvieron ahí en los momentos más difíciles durante vuestra recuperación, las personas que aportaron su granito de arena para ayudaros con las recaídas, los amigos que insistían en que salieseis o cualquier otra persona que consideréis que fue imprescindible en vuestro camino.*

• La H significa esperanza y optimismo (Hope) en la recuperación, ya que está es posible.

*¿En qué momento encontrasteis esperanza? ¿Cuándo creísteis posible salir de la enfermedad? ¿Qué os ayudó a ello?*

---

<sup>5</sup> Fundación INTRAS et al., (2015). Disponible en <http://bit.ly/2sGBomi>

- La I es de identidad (Identity), un sentido positivo de sí mismo.

*Probablemente habéis pasado por momentos en los que no encontrabais sentido a vuestras vidas, no entendías el por qué y/o os sentíais inferiores pero eso cambió. ¿Qué fue lo que hizo que cambiara?*

- La M representa el dotar de significado a la propia vida (Meaning).

*Cuando empezasteis a tener una visión más positiva de vuestra vida, ¿Qué os planteasteis? ¿Trabajar? ¿Retomar los estudios? ¿Volver a salir con el grupo de amigos/as?*

- La E significa fortalecimiento (Empowerment), al centrarse en los puntos fuertes y tener control sobre la vida.

*¿Qué puntos fuertes descubriste en ti para saber que eras capaz de superar esto?*

Después de explicar el marco CHIME los/as integrantes del grupo deberán comenzar a reflexionar sobre su recuperación e identificar ejemplos concretos de los factores mencionados. Para ello completarán la tabla de la HOJA 11 (DdCA).

Marco CHIME	Mi historia personal
CONEXIÓN (relaciones con otras personas)	
ESPERANZA Y OPTIMISMO	
IDENTIDAD (sentido positivo de mi mismo)	
DOTAR DE SIGNIFICADO A NUESTRA VIDA	
FORTALECIMIENTO (puntos fuertes y control de la propia vida)	

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJAS 10 y 11 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 30-40 minutos



- Actividad Obligatoria 4.4. Mi historia de recuperación.

En esta actividad van a explorar su historia de recuperación. Para ello leer una historia real de recuperación. Entregar HOJAS 12, 13 y 14 (DdCA).

Se pueden encontrar más historias en el siguiente enlace: <https://bit.ly/2H7B1pF>

Para la lectura del texto se propone repartir la historia por párrafos entre los/as participantes o, se puede usar un lector de textos online que, copiando el texto, nos lo lee automáticamente en voz alta.

Lector de textos disponible en: <https://bit.ly/2kwPVeA>

### *La historia de Alfonso Gálvez*

*Como persona diagnosticada de un trastorno (esquizoafectivo), me toca hablaros sobre salud mental. Ésta engloba las emociones, las sensaciones, los sentimientos, todo aquello que normalmente no se ve pero que se puede notar y que ocurre dentro de nuestras mentes. Para mí, un trastorno se da cuando a las personas, en algún momento de nuestras vidas, esas emociones, sensaciones, sentimientos, etc., las notamos con mucha más intensidad en comparación con otras etapas de la vida.*

*Yo he pasado dos problemas de salud mental: una depresión y un brote psicótico. La depresión me ocurrió a los doce años, cuando insulté al líder de la clase, éste se cabreó conmigo, y puso a toda la clase en mi contra. Durante dos meses nadie me hablaba en clase, todos me despreciaban y podía oír cómo me criticaban. En definitiva, me hicieron bullying.*

*El trastorno se dio porque, a lo mejor estaba sentado en el sofá de mi casa, y pensaba que allí donde estuvieran mis compañeros, estos seguían criticándome, insultándome, etc., cuando en realidad no me estaba pasando nada allí en el sofá. Es decir, sufría todo el día, menos cuando dormía, que era muy poco. Se dio porque pensaba cosas que no eran verdad o no se podía demostrar que fueran verdad.*

*De la depresión salí por mi propio pie. Un día me dije que de aquello tenía que salir y me hice una estrategia de superación. Ésta estaba basada en decidir que lo que a mí no me había gustado que me hicieran, no volvérselo a hacer a nadie. Una de las prácticas en las que estaba basada el bullying era la de criticar.*

*Fuese karma o casualidad, el caso es que dejar de criticar a los compañeros diciendo cosas de ellos que no eran verdad o no estaban probadas que fueran verdad, porque la clase me hiciera bullying, me quitó sufrimiento de mi mente. Me dije que no tenía que creer nada que no vieran mis ojos y empecé a ayudar a los compañeros que pasaban por lo mismo que yo y, así, me di cuenta que si estaba a gusto conmigo mismo, lo demás daba igual. Como era pequeño, no era consciente de que había hecho una estrategia para superar la depresión, ni de que había pasado por un trastorno, y se me olvidó.*

*A la edad de veintitrés años tuve el brote psicótico. Ocurrió cuando pensé que se podía dar una situación en la que podía salvar a gente de la muerte, evitando un suceso trágico. Al igual que con la depresión, esta situación me hizo pensar cosas que no eran verdad o no se*

*podían probar. Eran cosas creíbles, pero no demostrables. Por eso entré en un bucle del que no podía salir porque lo que pensaba no se podía demostrar, no podía tener un fin, no podía llegar a ninguna conclusión y, así, no podía parar de pensar en ellas. La pelota se fue haciendo cada vez más grande, hasta llegar a pensar que podía ser el enviado del apocalipsis.*

*Del brote no pude salir por mi propio pie, necesité ayuda. Lo que sí que he podido hacer es no volver a tener otro brote (de momento).*

*Lo que no he contado hasta ahora es que intento no enfadarme, porque cuando me enfado con un amigo, pienso cosas de él que no son verdad o no se pueden probar. Y eso me pasó en el brote: que me cabree con el mundo y pensaba cosas que no eran verdad o no se podían probar. Ahora, algo que hago para no tener otro brote, es no enfadarme. Como con la depresión, esto ha quitado el sufrimiento de mi mente y ahora no tengo más.*

*Resumiendo: los dos trastornos estaban basados en pensar cosas creíbles, pero no demostrables, que me involucraban. En la depresión, era creíble que me criticasen mis compañeros cuando yo no estaba presente. En el brote, era creíble que había salvado a gente de la muerte. Ambos casos sucedieron después de una situación impactante para mí. En la depresión, cuando casi toda la clase me hiciese bullying por sólo una acción mía; y en el brote, por una situación casual que me hizo creer que podía salvar (que había salvado) a gente de la muerte.*

*Pienso que esto es lo que me pasa a mí: que dependiendo de la situación impactante en un caso evoluciono en una depresión y en otro caso en un brote psicótico. ¡Ojalá pueda ayudar a alguien este artículo! Aunque a nadie más le tiene por qué pasar lo mismo que a mí. Las demás personas pueden tener otro tipo de características o formas de pensar, y cuando pasan una situación de impacto, pueden evolucionar hacia un trastorno u otro, o no desarrollar ninguno. Por eso no creo en las etiquetas, porque creo que depende de la situación.*

Después de la lectura:

- ¿Qué os ha parecido la historia?
- ¿Qué partes podemos identificar en la historia? Después de escuchar las opiniones de los participantes les entregamos la HOJA 15 con las partes comunes que podemos encontrar en cualquier historia de recuperación.

Partes comunes de cualquier historia de recuperación:

- Quien soy y cómo era antes de tener una dificultad de salud mental.
- Cuáles fueron los primeros síntomas.
- Soy consciente de que necesito ayuda y la pido.
- Que profesionales me ayudan.
- La importancia de la familia, amigos, tratamiento...
- La recuperación y estrategias para mantener los síntomas.
- Tengo el problema bajo control y una vida normalizada.

Ahora, durante 10 minutos, se les propone reflexionar y redactar su historia personal, HOJA 16 (DdCA). Recordando siempre destacar los aspectos positivos de este proceso, que es con lo que nos tenemos que apoyar. Para la redacción se pueden ayudar de las partes comunes identificadas.

Ponemos música relajante de fondo. Ejemplo: <https://bit.ly/2q3jAiB>

Como actividad fuera de la formación, cada participante acabará de redactar su historia.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 12, 13, 14, 15 y 16 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo

Tiempo estimado: 35-45 minutos

#### **Reflexión 4**

Hoy ha sido el primer día que se ha hablado sobre la recuperación. Cada uno ha reflexionado sobre su historia personal.

Se les pide que comenten cómo se han sentido.

## SESIÓN 5: Identifico y supero mis obstáculos

Tabla 7. *Materiales sesión 5*

SESIÓN 5: Identifico y supero mis obstáculos			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
5.1	Hoja 16		Diapositiva 29
5.2	Hoja 17		Diapositiva 30
5.3	Hoja 18	Ordenadores	Diapositiva 31
5.4		Música para relajarse	Diapositiva 32
5.5	Hoja 19		Diapositiva 33
5.1*		<i>Ozobot</i> , folios y rotulador negro	Diapositiva 34

### Introducción 5

En la sesión anterior se reflexionó sobre el proceso de recuperación de cada uno. Preguntar a los/as participantes cómo están ya que, para algunos/as ha podido resultar un proceso duro tener que indagar en su proceso de recuperación. Les agradecemos el trabajo que han hecho.

En esta sesión identificamos las estrategias personales para superar los obstáculos.

El material necesario se recoge en la Tabla 7.

### Actividades 5

- Actividad Obligatoria 5.1. Repaso de mi historia personal

En la sesión anterior exploramos nuestra historia de recuperación y cómo actividad fuera de la formación tenáis que redactar vuestra historia, HOJA 16 (DdCA).

*¿Creéis que os ha servido de algo?*

Valoramos siempre los aspectos positivos, aunque hayan pasado por momentos difíciles siempre podemos sacar algo bueno, al final todos y todas han llegado al final del proceso y eso, es lo más importante.

Ahora si alguien quiere, puede leer su historia o una parte de ella y explicar por qué la ha leído, si eso le ayuda, si se ha dado cuenta de factores que han facilitado su recuperación y que antes desconocía, etc.

Tiempo estimado: 10-15 minutos

- Actividad Obligatoria 5.2. Prevengo mis recaídas.

La prevención de recaídas es también un proceso individual. Para evitar las recaídas cada persona dispone de sus propias estrategias de autocontrol, de afrontamiento, métodos de control de los síntomas, etc.

Reflexionamos de manera individual sobre nuestras estrategias. Primero tenemos que identificar los posibles factores desencadenantes (situaciones, sentimientos y/o pensamiento) y posteriormente, nuestras estrategias de afrontamiento HOJA 17 (DdCA).

1. Indagar en los factores desencadenantes y las estrategias individuales de afrontamiento.
2. Puesta en común de las estrategias de afrontamiento y justificación de porque es buena esa estrategia para cada uno.
3. Determinar los pasos a seguir para que uno sea capaz de descubrir sus propias estrategias de afrontamiento.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 17 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

### ● Actividad Obligatoria 5.3. El autocuidado

El autocuidado es el conjunto de medidas o actividades que las personas realizan en favor de sí mismas para mantener un estilo de vida saludable y el bienestar.

#### a) Si disponemos de ordenadores

Compartimos a través de Google Drive, con todos/as los/as participantes, la Tabla 8 del autocuidado, donde durante una semana, deben completarla marcando con una X las actividades que realizan o no.

A continuación entregamos la HOJA 18 (DdCA) con la misma tabla y deben cumplimentar la columna de valoración, puntuando del 1 al 10 (siendo 1 nada de importante y 10 muy importante) la importancia que le dan a cada una de las actividades.

En pequeños grupos, máximo 3 personas, realizamos un debate sobre la tabla aportando consejos entre los/as participantes.

Finalmente, realizamos una puesta en común sobre las actividades más valoradas y por qué las consideran más importantes.

#### b) Si no disponemos de ordenadores

Entregamos a las personas participantes la HOJA 18 (DdCA) con la definición de autocuidado y una tabla con actividades de autocuidado que deben cumplimentar, marcando las que realizan, las que les gustaría hacer y valorando del 1 al 10 (siendo 1 nada de importante y 10 muy importante) la importancia que le dan a cada una de estas actividades.

En pequeños grupos, máximo 3 personas, realizamos un debate sobre la tabla aportando consejos entre los/as participantes.

Finalmente, realizamos una puesta en común sobre las actividades más valoradas y por qué las consideran más importantes.

Tabla 8. *Actividades de autocuidado*

Actividad	Sí la realizo	Me gustaría realizarla	Valoración (1-10)
Higiene personal (ducha, vestimenta...)			
Tomar la medicación			
Descansar y dormir bien			
Tareas del hogar (limpiar, fregar, hacer la compra, etc.)			
Dieta equilibrada			
Manejo del dinero			
Ejercicio físico			
Ocio y tiempo libre			
Contacto con los recursos comunitarios			

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 18 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

● Actividad Obligatoria 5.4. Relajación

Ejercicio de relajación (música para relajarse durante los ejercicios <https://bit.ly/2Jny98G>):

1. Manos arriba. Ponte de pie con los pies paralelos y un poco separados. Inhala mientras elevas los brazos hacia los lados sin flexionarlos, tienen que quedar por encima de tu cabeza. Exhala para bajar los brazos a la altura de los hombros. Repite nueve veces y en la última exhalación baja los brazos completamente.
2. Corazón abierto. Inhala mientras estiras los brazos y los abres hacia los lados, como si fueras a dar un gran abrazo. Exhala al tiempo que cierras los brazos y juntas tus manos para que queden estiradas a la altura de tu cabeza, puedes inclinar un poco tu cabeza para que se estiren tus músculos. Haz nueve repeticiones.

3. Estira la columna. Ponte de pie y entrelaza los dedos de las manos. Sube los brazos lentamente y deja que tus manos queden encima de tu cabeza. Gira las manos al revés e inhala para estirar todos los músculos. Abre tus manos y baja lentamente tus brazos.

Inhala y entrelaza tus manos detrás de tu cadera. Exhala mientras eleva los brazos y flexionas hacia el frente tu tronco como si quisieras tocar tu frente con las rodillas. Repite nueve veces

Tiempo estimado: 10 minutos

● **Actividad Obligatoria 5.5. Barreras en la recuperación.**

Primero realizamos una lluvia de ideas sobre las barreras y/o obstáculos que podemos encontrar en el proceso de recuperación como estigma, discriminación, auto estigma, aislamiento...

En grupos pequeños realizamos un psicodrama, asignamos las barreras recogidas previamente con la lluvia de ideas y representan situaciones para buscar estrategias de afrontamiento.

Después de cada representación se abre un breve debate sobre la estrategia empleada y se puede sugerir otras. Completamos la tabla con las estrategias de afrontamiento HOJA 19 (DdCA).

Barreras y/o obstáculos	Estrategias de afrontamiento
<i>Ej. Estigma de mi entorno</i>	<i>Ej. Hablar con mi entorno más cercano sobre el problema de salud</i>
<i>Aislamiento</i>	<i>Acudir a una entidad o grupos de ayuda</i>

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 19 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

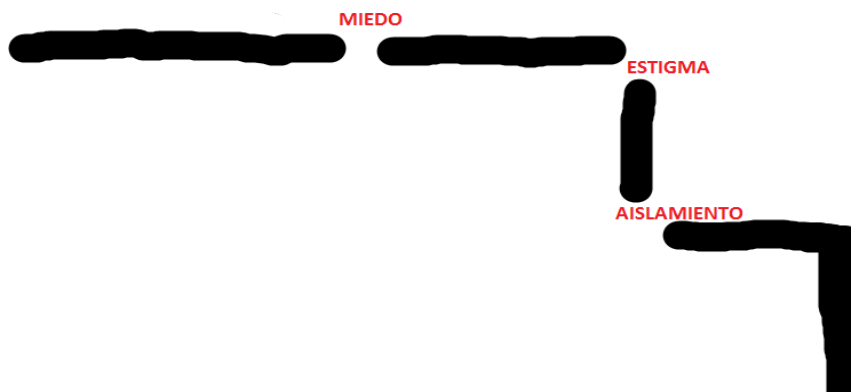
Tiempo estimado: 30 minutos



## ● Actividad Optativa 5.1. Superando obstáculos

Si tenemos a Ozobot, pedimos a cada participante que dibuje, con un rotulador negro en un folio en blanco, su camino de recuperación señalando los obstáculos que se encontró. Dejamos un hueco en blanco y señalamos el obstáculo que encontramos en ese punto. Ponemos a Ozobot en los diferentes recorridos y vemos como el robot, no puede superar los obstáculos porque, a diferencia de nosotros, no tiene las estrategias necesarias para hacer frente a estas barreras.

Ejemplo:



Después les pedimos que den continuidad a las líneas indicando la estrategia para superar las barreras identificadas.

Por ejemplo: unir el hueco del miedo y escribir debajo una estrategia, *hablar de ello*.

Tiempo estimado: 15 minutos

### **Reflexión 5**

Cada persona dispone de sus propias estrategias de afrontamiento, ¿consideráis qué son importantes? ¿Por qué?

Las actividades de autocuidado son muy importantes ¿para qué?

## SESIÓN 6: Conozco más sobre otros problemas de salud mental

Tabla 9. *Materiales sesión 6*

<b>SESIÓN 6: Conozco más sobre otros problemas de salud mental</b>			
<b>Actividad</b>	<b>Dossier del compañero/a</b>	<b>Otros materiales</b>	<b>Power Point</b>
6.1			Diapositiva 36
6.2		Folios	Diapositiva 37
6.3		Folios	Diapositiva 38
6.4	Hoja 20		Diapositiva 39
6.5	Hoja 21		Diapositiva 40
6.1*		Sobres, folios, ordenador y video “Carta a mi yo del futuro”	Diapositiva 41
6.2*		Ordenador y Vídeo “Medicación y Tratamiento en las Enfermedades Mentales”	Diapositiva 42
6.3*		Cómic: Más allá del mito. Mi día a día	Diapositiva 43

### **Introducción 6**

En la sesión anterior se han identificado estrategias para superar los obstáculos a los que deben hacer frente.

Cada situación es particular y tiene sus propias características, pero sí se pueden identificar partes comunes en todos los procesos de recuperación de un problema de salud mental, como por ejemplo la medicación o la importancia del apoyo. Además, en esta sesión, van a conocer más sobre las dificultades de salud mental, no solo la propia.

El material necesario se recoge en la Tabla 9.

## Actividades 6

### ● Actividad Obligatoria 6.1. Nos toleramos.

Algunas veces nos exigimos demasiado a nosotros mismos, no somos tolerantes ni respetuosos y nos acabamos haciendo daño.

Se realiza un debate, donde se identifican situaciones en las que cada uno es poco tolerante consigo mismo y entre todos, buscamos soluciones para cambiarlas.

Ejemplo: *Siempre que intento hacer..... Y no lo consigo me enfado mucho conmigo misma/o. ¿Qué soluciones proponemos?*

Tiempo estimado: 15 minutos

### ● Actividad Obligatoria 6.2. El tratamiento farmacológico

Realizamos un debate sobre el tratamiento farmacológico

- ¿Por qué es importante seguir las indicaciones del médico?
- ¿Qué pasa cuando no seguimos el tratamiento médico?
- ¿Qué hago si tengo problemas con el tratamiento farmacológico?
- Si sabemos de alguien que no siguió adecuadamente las pautas de su médico ¿qué le sucedió? (Ni la pregunta ni la respuesta se debe formular en primera persona, es decir, nadie habla de él mismo, aunque sea a quien le ha sucedido. Siempre hablar de: conozco a una persona... Me han contado que...)

Escribir en una hoja en blanco o, compartir en voz alta, tres argumentos sobre la importancia de seguir las indicaciones en el tratamiento farmacológico:

1. Es importante porque...
2. Es importante para...
3. Es importante cuando...

En grupos pequeños (3-4 personas), representan situaciones donde por un motivo la persona no quiere seguir las indicaciones farmacológicas y el/la compañero/a de apoyo tiene que convencerle. También se puede incluir al psiquiatra, familia u otras personas.

- Situación 1: un compañero dice que por las mañanas está muy dormido por la medicación y va a dejar de tomar la pastilla del desayuno. ¿Qué hacemos?

*Ejemplo de solución: tú no puedes dejar de tomar la medicación cuando quieras, visita al psiquiatra/neurólogo, coméntale el problema y que él te proponga la solución adecuada.*

- Situación 2: un compañero asegura que ya se encuentra bien, ha hablado con un amigo suyo y le ha dicho que si está bien deje de tomar la medicación.

*Ejemplo de solución: tu amigo no es la persona que debe decirte cuando debes dejar de tomar la medicación, no le tienes que hacer caso. Si quieres modificar tu tratamiento acude a hablar con el psiquiatra/neurólogo.*

- Situación 3: ¡Yo no estoy enfermo! No pienso tomar ninguna medicación.

*Ejemplo de solución: al principio yo tampoco quería tomar la medicación pero seguramente te ayude a mantener controlados los síntomas. Si no, puedes hablar con tu médico. Los inicios con la medicación son duros, hasta que encuentran la adecuada, pero luego te ayudan a tener una vida normal.*

Tiempo estimado: 30 minutos

- Actividad Obligatoria 6.3. Conocemos otros problemas de salud mental.

Para conocer más sobre otras dificultades de salud mental y exponer todo lo que saben sobre la propia, realizamos la siguiente dinámica (recomendable realizarla en parejas):

- 1) A cada participante se le entregara un papel con una patología que no coincide con la suya. (Preparar previamente los papeles que se necesitan)
- 2) Cada uno tienen que elaborar una breve historia sobre una persona que padece el problema de salud mental asignado. Deben realizar una propuesta lo más real posible, incorporando aquellos aspectos que conozcan de la otra, por compañeros, por familiares... (como surgió, los inicios, el transcurso, el apoyo recibido, el tratamiento, la recuperación).

*Ejemplo. Me llamo Ángel, con 21 años fui diagnosticado de trastorno bipolar. Durante mi adolescencia casi no tenía amigos y la relación con mi familia no era muy buena,*

*debido a mis drásticos cambios de humor. Pasaba temporadas aislado y otras que, por la euforia, me pasaba el día comprando. Gracias a mi hermana mayor, decidimos pedir ayuda. Al inicio fue difícil asumir el diagnóstico, sobre todo para mi familia. Ahora tengo 32 años, el tratamiento farmacológico me ayuda en mi estabilidad, he retomado mis estudios. Estoy haciendo un curso de cocina y allí he conocido a compañeros muy simpáticos con los que a veces vamos al cine.*

- 3) Se exponen las historias. El resto de compañeros/as, especialmente los que padecen el problema de salud mental del que se está hablando, irán añadiendo aspectos sobre el curso del problema, los síntomas, el tratamiento, el apoyo, la recuperación...

Tiempo estimado: 30 minutos

- Actividad Obligatoria 6.4: Mis derechos

Preguntamos a los participantes, *¿qué derechos tenéis las personas con problemas de salud mental?*

Después de escuchar sus opiniones, explicamos que el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 afirma que todos los seres humano nacemos libres e iguales en dignidad y derechos. Pero que, la estigmatización hacia el colectivo hace que a menudo las personas con problemas de salud mental sufran una vulneración de los derechos.

A continuación, leemos el decálogo de los derechos de las personas con dificultades de salud mental, HOJA 20 (DdCA) y debatimos sobre ellos.

## **Decálogo de derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental**

Tenemos derecho a...

1. Ser tratados con respeto y dignidad
2. Una vida útil y plena
3. Tener un trabajo adaptado a nuestras características
4. La integración social
5. Recibir apoyo en centros especializados que sean accesibles para todos, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales.
6. Una correcta difusión de lo que es la enfermedad mental, sin estigmatizar a las personas afectadas
7. Desarrollar relaciones afectivas satisfactorias
8. Recibir apoyo de las administraciones públicas para tener acceso a ayudas y recursos necesarios
9. Recibir apoyos para desarrollar en todo lo posible una vida autónoma y desarrollo personal
10. Ser consultados y a dar nuestra opinión sobre las cosas que nos atañen y nos afectan.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 20 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 15 minutos

### ● Actividad Obligatoria 6.5. Mi autoestima

En primer lugar, preguntamos *¿Qué es la autoestima?*

A continuación, entregamos HOJA 21 (DdCA) y leemos la definición.

*La autoestima no es sólo “quererse a uno mismo” sino que implica todos los sentimientos, opiniones, sensaciones y actitudes respecto a nosotros mismos que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra vida* <sup>6</sup>.

¿Qué podemos hacer cada uno/a para mejorar nuestra autoestima?

Cada persona elabora un listado con pequeñas cosas/actos agradables que cada uno puede hacer por sí mismo en el día a día. Cosas que impliquen cuidarse a uno mismo y fomentar actividades agradables o que causen bienestar, por ejemplo: escuchar un disco, ir al gimnasio, cambiar de peinado, llamar a un amigo/a para hablar, cocinar tu plato preferido, leer un libro...

Finalmente se realiza una puesta en común para aprender de los demás.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 21 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 15 minutos

- Actividad Optativa 6.1: Para mi yo del futuro

Vemos el video “Carta a mi yo del futuro: abrir en caso de emergencia” (hasta el minuto 4:03). El video está disponible en: <https://bit.ly/2mheqgJ>

Después del video, entregamos a cada uno una hoja en blanco y un sobre. En ella deben escribir una nota y/o consejo para su yo futuro y guardarlo en el sobre.

Tiempo estimado: 10 minutos

- Actividad Optativa 6.2: Vídeo “Medicación y Tratamiento en las Enfermedades Mentales”

El vídeo está disponible en: <https://bit.ly/2KZ7XF7>

Realizamos la pregunta abierta: *¿Qué cosas importantes nos dice este psiquiatra?*

---

<sup>6</sup> Graziano, P. (2018). Autoestima: 3 ejercicios para fortalecerla [Mensaje en un blog]. Psicología estratégica. Herramientas para el bienestar emocional. Recuperado de: <https://bit.ly/2zLIcPT>

Cada participante puede expresar su opinión respecto al mensaje del psiquiatra. Intentar que todos participen.

Tiempo estimado: 10 minutos

- Actividad Optativa 6.3: Cómic: Más allá del mito. Mi día a día con la esquizofrenia.

Este cómic nos muestra un ejemplo concreto de un caso de esquizofrenia. No podemos olvidar que cada situación es diferente y personal. El cómic está disponible en: <https://bit.ly/2GQbd3G>

Después de la lectura:

- ¿Cuál consideráis que es la parte más importante del cómic? ¿Por qué?
- ¿Consideráis que el cómic puede ser útil para otras personas?
- ¿En qué situaciones podríamos usarlo?

Tiempo estimado: 15-20 minutos

## **Reflexión 6**

¿Por qué es importante seguir el tratamiento farmacológico del médico?

También hemos conocido más sobre otras patologías, ¿Os ha resultado interesante?

¿Por qué creéis que es importante conocer más sobre otros problemas de salud mental?





BLOQUE III

EL APOYO MUTUO



## SESIÓN 7: Mis fortalezas

Tabla 10. *Materiales sesión 7*

SESIÓN 7: Mis fortalezas			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
7.1	Hoja 22	Folios Folios, rotulador negro y <i>Ozobot</i> .	Diapositiva 46
7.2			Diapositiva 47
7.3			Diapositiva 48
7.1*			Diapositiva 49
7.2*			Diapositiva 50
7.3*	Hoja 23 y 24		Diapositiva 51

### Introducción 7

En la sesión anterior se trabajaron los derechos, la autoestima, el tratamiento farmacológico y conocieron más sobre otros problemas de salud mental.

En esta sesión se les propone continuar indagando en su interior para descubrir sus fortalezas y para confirmar que tienen más de las que creen. Esto son los atributos positivos, actitudes, valores, habilidades, capacidades, preferencias... que cada uno/a tiene.

El material necesario se describe en la Tabla 10.

### Actividades 7

- Actividad Obligatoria 7.1. Indagando en mis fortalezas.

*¿Cuáles son mis fortalezas?*

Después de reflexionar unos minutos de manera individual, tenéis que escribirlas en la HOJA 22 (DdCA).

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 22 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo. Estas fortalezas las revisaremos al final de la formación.

Tiempo estimado: 10-15 minutos

- Actividad Obligatoria 7.2. ¿Cómo descubro mis fortalezas?

¿Cuántas fortalezas habéis escrito?

Ahora vamos a ver cómo podemos descubrir más fortalezas nuestras. Para ello tienen que pensar en un momento difícil de su vida y sacar las cosas buenas que obtuvieron.

- ¿Qué aprendimos de esa experiencia?
- ¿Qué fortalezas adquirimos?
- ¿Por qué, a pesar de ser un momento difícil, valió la pena pasar por ello?

Tiempo estimado: 20 minutos

- Actividad Obligatoria 7.3. Ayudamos a descubrir fortalezas

Es muy importante que, cuando esté actuando como compañeros/as de apoyo sepan identificar las fortalezas en los/las otros/as o ayudarle a que las descubran.

*¿Cómo podemos ayudar a otros a descubrir sus fortalezas?*

Después de escuchar sus propuestas, en parejas, deben inventar una situación donde ayudan al otro a descubrir fortalezas. A continuación se proponen algunas situaciones de partida, para que ellos y ellas continúen la historia.

Realizamos un juego de role playing para ayudar a otros a identificar fortalezas.

*Ejemplo situación.* El par receptor está desanimado, sólo nos habla de los problemas que tiene.

*Ejemplo respuesta:* decirle que es muy valiente por haberse enfrentado a eso, que el pasar por eso le ayudó a... o qué aprendió...

Después de las representaciones:

- ¿Qué podemos hacer y cómo para ayudar a los otros a descubrir sus fortalezas?

Tiempo estimado: 30-40 minutos

- Actividad Optativa 7.1. Las fortalezas que ven en mí.

Cada participante, en una hoja en blanco, escribe su nombre en la parte superior. El papel se pasa al compañero/a de la derecha, escribe una fortaleza y se vuelve a pasar al siguiente. Así hasta que todos/as han escrito fortalezas a los compañeros/as y a cada uno/a recibe el papel con su nombre y todo lo que han escrito sobre el/ella.

Después, de manera voluntaria el/la que quiera leerá las fortalezas que le han escrito y hará una reflexión (qué le han parecido las fortalezas que ven en él/ella, si considera que las tiene o no, por qué...)

Tiempo estimado: 15 minutos

- Actividad Optativa 7.2. El árbol de las fortalezas

De manera individual, elaboramos un árbol, simulando que somos nosotros y las ramas son cada una de nuestras fortalezas. Ponemos a Ozobot y vemos que pasa, si llega a todas las ramas o no y reflexionamos sobre ello.

Tiempo estimado: 15-20 minutos

- Actividad Optativa 7.3. Vasijas de agua.

Leer la historia “Vasijas de agua” y que reflexionen sobre las debilidades y fortalezas que detectan en ellos/as mismos/as, HOJAS 23 y 24 (DdCA).

Para la lectura del texto se propone repartir la historia por párrafos entre los/as participantes o, se puede usar un lector de textos online que, copiando el texto, nos lo lee automáticamente en voz alta.

Lector de textos disponible en: <https://bit.ly/2kwPVeA>

Cuando finalice la actividad colocamos las HOJAS 23 y 24 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 30 minutos

### Vasijas de agua

*Un cargador de agua de la India tenía dos grandes vasijas que colgaba a los extremos de un palo y que llevaba encima de los hombros.*

*Una de las vasijas tenía varias grietas, mientras que la otra era perfecta y conservaba toda el agua al final del largo camino a pie desde el arroyo hasta la casa de su patrón, pero cuando llegaba, la vasija rota solo tenía la mitad del agua.*

*Durante dos años completos esto fue así diariamente, desde luego la vasija perfecta estaba muy orgullosa de sus logros, pues se sabía perfecta para los fines para los que fue creada. Pero la pobre vasija agrietada estaba muy avergonzada de su propia imperfección y se sentía miserable porque solo podía hacer la mitad de todo lo que se suponía que era su obligación.*

*Después de dos años, la tinaja quebrada le habló al aguador así, diciéndole: “Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas solo puedes entregar la mitad de mi carga y solo obtienes la mitad del valor que deberías recibir.”*

*El aguador, le dijo compasivamente: “Cuando regresemos a la casa quiero que notes las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino.”*

*Así lo hizo la tinaja. Y en efecto vio muchísimas flores hermosas a lo largo, pero de todos modos se sentía apenada porque al final, solo quedaba dentro de sí la mitad del agua que debía llevar.*

*El aguador le dijo entonces “¿Te diste cuenta de que las flores solo crecen en tu lado del camino? Siempre he sabido de tus grietas y quise sacar el lado positivo de ello. Sembré semillas de flores a todo lo largo del camino por donde vas y todos los días las has regado y por dos años yo he podido recoger estas flores para decorar el altar de mi Maestro. Si no fueras exactamente cómo eres, con todo y tus defectos, no hubiera sido posible crear esta belleza.*

Mis debilidades	Mis fortalezas

### **Reflexión 7**

Siempre tenemos más cosas buenas de las que pensamos, pero a veces nos cuesta descubrirlas. ¿Habéis descubierto cosas positivas vuestras que hasta ahora no habíais pensado en ellas? ¿Cómo podemos ayudar a otros/as a descubrir sus fortalezas?





## SESIÓN 8: Yo soy el apoyo

Tabla 11. *Materiales sesión 8*

SESIÓN 8: Yo soy el apoyo			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
8.1	Hoja 25		Diapositiva 53
8.2			Diapositiva 54
8.3			Diapositiva 55

### Introducción 8

El día anterior indagamos en sus fortalezas.

Hoy vamos a trabajar el apoyo mutuo, que es la base esencial para trabajar como compañeros/as de apoyo.

El material necesario se recoge en la Tabla 11.

### Actividades 8

- Actividad Obligatoria 8.1. ¿Qué es el apoyo mutuo?

Primero se formula la pregunta ¿Qué significa para vosotros apoyo mutuo? Después de escuchar qué entienden por apoyo mutuo se les entrega la HOJA 25 (DdCA) con la definición, uno/a de los/as participantes la lee en voz alta y se resuelven las posibles dudas, asegurándonos que el concepto quede claro.

*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 y criterios diagnósticos. Se trata de entender la situación*

*de otras personas empáticamente a través de la experiencia compartida del dolor emocional y psicológico (Mead, Hilton & Curtis, 2001<sup>7</sup>).*

Realizamos una mesa redonda sobre el apoyo mutuo (el/la dinamizador/a tiene que intentar que todos/as participen):

- ¿Podemos ofrecer nosotros apoyo mutuo a otros? ¿Por qué?
- ¿En qué situaciones habéis recibido apoyo mutuo?
- ¿Creéis qué es útil? ¿Para qué?

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 25 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

● Actividad Obligatoria 8.2. El valor del apoyo.

En dos grupos, representan situaciones de recuperación, en una recibirán apoyo y en la otra no habrá apoyo ni empatía. Cada grupo tiene que organizarse para la representación: personajes, diálogo, escena...

A continuación se proponen situaciones:

➤ Representación 1:

Una persona acaba de ser diagnosticada de trastorno bipolar. La familia llora desconsolada sin saber qué hacer y el grupo de amigos, al enterarse, se asusta y dejan de quedar con él/ella. Se siente solo/a.

➤ Representación 2

Una persona acaba de ser diagnosticada de esquizofrenia. La familia se informa de la enfermedad y piden ayuda, acuden a la asociación de salud mental de la zona. Los amigos, al enterarse, le muestran su apoyo, le animan a seguir quedando como todos los jueves para la partida de dardos. El problema de salud mental no va a influir en su vida cotidiana.

---

<sup>7</sup> Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.

Después de las representaciones:

- ¿Cómo os habéis sentido?
- ¿Por qué es importante el apoyo?
- ¿Ayuda a nuestra recuperación?

Tiempo estimado: 30 minutos

● Actividad Obligatoria 8.3. Sabemos dar apoyo.

Realizamos un juego de roles. En grupos de 3-4 personas representan una situación en la que deben ofrecer apoyo.

- Representación 1: Un compañero está desanimado, sólo nos habla de los problemas que tiene. *¿Cómo le ofrecemos apoyo?*

*Ejemplo: decirle que es muy valiente por haberse enfrentado al problema, que el pasar por esto le ayuda a... o qué aprende...*

- Representación 2: un compañero llora desconsoladamente, dice que no tiene ningún apoyo, su familia y amigos le han dejado de lado... *¿Cómo le ofrecemos apoyo?*

*Ejemplo: yo tampoco tuve ningún apoyo cuando me diagnosticaron el problema, pero he conocido un grupo. Nos reunimos todos los jueves, charlamos, jugamos a juegos de mesa y a veces, vamos al cine. Todos hemos pasado por una situación similar, así que podemos entender tu situación. Si quieres venir te esperamos el jueves.*

- Representación 3: Mi familia no entiende esta situación y me culpan a mí por lo que estoy pasando. *¿Cómo le ofrecemos apoyo?*

*Ejemplo: al principio, la familia no suele entender la situación y no sabe que hacer. Yo les recomendaría que acudan a un profesional para que les explique mejor la situación, les ayuden a afrontarla y seguramente, le pueda sugerir algún grupo de apoyo para las familias.*

Después de cada representación se comenta:

- ¿Cuándo ha habido apoyo mutuo? ¿Cómo se ha ofrecido el apoyo mutuo?
- ¿Se podría cambiar algo para que este apoyo sea mejor?

Tiempo estimado: 40 minutos

### **Reflexión 8**

¿Consideráis que el apoyo mutuo es un elemento fundamental para la recuperación?

¿Por qué es importante recibir apoyo?

¿Os parece importante para lo que os estáis preparando?

## SESIÓN 9: Apoyo a mis compañeros/as

Tabla 12. *Materiales sesión 9*

SESIÓN 9: Apoyo a mis compañeros/as			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
9.1	Hoja 26	Ordenadores	Diapositiva 57
9.2			Diapositiva 58
9.3		Gafas de realidad virtual y videos 2-6	Diapositiva 59
9.4		Ordenador y video “Cicatrices”	Diapositiva 60

### Introducción 9

Cómo se ha visto en la definición de apoyo mutuo, “se trata de entender la situación de otras personas empáticamente a través de la experiencia compartida del dolor emocional y psicológico”, es decir, ellos/as son las personas más adecuadas para dar apoyo mutuo a personas que están pasando por un proceso de recuperación de una dificultad de salud mental, ya que han superado una situación similar y pueden, en parte, ponerse en su lugar.

A continuación se va a trabajar como podemos apoyar a otros/as compañeros/as.

El material necesario se recoge en la Tabla 12.

### Actividades 9

- Actividad Obligatoria 9.1. Uso adecuado del lenguaje

Un lenguaje adecuado es la clave para la comunicación. Seguro que en muchas situaciones os habéis podido sentir ofendidos por el lenguaje que han usado o, incluso, vosotros/as habéis podido emplear palabras no adecuadas. Vamos a transformar términos negativos en conceptos positivos.

a) Si disponemos de ordenadores

Formamos equipos de 3 personas, cada uno con un ordenador. Creamos en Google Drive un documento común para todos con la Tabla de términos negativos y conceptos positivos. Los equipos van completando la Tabla. Como todos trabajamos sobre el mismo documento, también podemos proponer más de un concepto positivo para cada término negativo.

Cuando terminen, corregimos la tabla y la completan en la HOJA 26 (DdCA).

b) Si no disponemos de ordenadores

Lluvia de ideas, ¿qué términos negativos podemos colocar en la columna de la izquierda? Ahora reformulamos estas palabras en conceptos positivos HOJA 26 (DdCA).

Ejemplo:

<b>Términos negativos</b>	<b>Conceptos positivos</b>
<i>Loco</i>	<i>Persona con problemas de salud mental</i>
<i>Inestable</i>	<i>Está experimentando síntomas</i>
<i>Drogadicto</i>	<i>Persona con una adicción o dependiente</i>
<i>Paciente</i>	<i>Persona</i>
<i>Fracaso</i>	<i>Reto</i>
<i>Crisis</i>	<i>Oportunidad</i>
<i>Historial de enfermedad</i>	<i>Experiencia de vida</i>
<i>Debilidades</i>	<i>Fuerzas</i>
<i>Culpa</i>	<i>Aceptación</i>

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 26 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20 minutos

● Actividad Obligatoria 9.2. Transmitir esperanza

*La esperanza es el punto de inflexión o el momento en que el deseo que uno tiene está acompañado por la creencia en el cumplimiento de algo mejor; tal vez cuando uno da ese primer paso y se atreve a soñar otra vez...*

Comenzamos reflexionando de manera individual sobre las siguientes cuestiones:

- ¿En qué momento experimentó por primera vez la esperanza?
- ¿Qué o quién le inspiró a pensar que tenía más opciones?

Cuando desempeñéis las funciones de los/as compañeros/as de apoyo, tal vez, alguno de los/as nuevos/as usuarios aún no tenga esperanza y tenéis que ser vosotros/as los encargados/as de inspirarles la esperanza.

- ¿Cómo lo hacemos?

La herramienta más poderosa con la que cuenta cada uno/a es su historia personal de recuperación.

Cuando se utiliza la historia personal para dar apoyo a otros/as no es necesario que contemos toda la historia, sólo se necesita crear empatía buscando las experiencias comunes.

Por ejemplo si la persona está hablando o reclamando qué no ha tenido apoyo, nosotros/as, si tampoco lo hemos tenido, podemos hablar de esa etapa y como salimos de ahí. O si pregunta si has sido usuario/a de los servicios de salud mental, no tienes que contar toda tu historia, solo buscar las experiencias comunes.

*Ej. Solía usar los servicios de salud mental y si quieres puedo compartir parte de mi experiencia contigo.*

Cuando compartimos nuestra historia nos tenemos que centrar en la recuperación y el apoyo y no en el problema, de no ser así, no transmitiremos esperanza.

¿Cómo transmitir apoyo si no tengo nada en común con la otra persona? Hay que centrarse en el hecho de vivir con un problema de salud mental y no en la experiencia personal de cada uno. Al final habrá cosas en común como el recibir o no apoyo y su importancia, el tratamiento...



Qué no hacer cuando comparto mi historia (Fundación INTRAS et al., 2015<sup>8</sup>):

- Mover demasiado el centro de atención a ti y a tu historia.
- Acaparar demasiado tiempo con tu historia.
- Usar el encuentro de apoyo mutuo con el principal objetivo de conseguir aliviar tu propio dolor o para seguir trabajando en tu propia recuperación.
- Comparar tu propia historia con la de los demás «¡lo que he pasado yo es peor!»
- Compartir partes de la historia para que otras personas hagan lo mismo.
- Incluir detalles específicos sobre el trauma y otras experiencias.

Tiempo estimado: 30 minutos

● Actividad Obligatoria 9.3. Uso de mi historia personal

Para esta actividad necesitamos los vídeos (del 2 al 6) en 360°. En ellos la persona que recibe apoyo cuenta un problema personal y en grupos pequeños tienen que llegar a un acuerdo sobre la respuesta que le darían, utilizando una parte de su historia personal.

(CA: Compañero/a de Apoyo / PR: Par Receptor)

Video 2 (<https://bit.ly/2TYTII2>)

CA: ¿Qué tal el puente?

PR: Bien, he ido al pueblo con mi familia, aunque he estado todos los días en casa

CA: ¿Y eso por qué? ¿Tu grupo del pueblo no estaba?

PR: Si, pero apenas salgo ya con ellos. No saben que tengo este problema y me da miedo que se den cuenta o sufrir una crisis delante de ellos

CA: *¿Qué consejos le ofreces? Por ejemplo, a mí al principio también me pasaba. Algunos de mis amigos siguen sin saber nada de mi problema, pero como ahora estoy estable y se identificar cuando voy a sufrir una crisis, soy capaz de salir con mi grupo.*

---

<sup>8</sup> Fundación INTRAS et al., (2015). Disponible en <http://bit.ly/2sGBomi>

Video 3 (<https://bit.ly/2E3vQ9l>)

CA: Hoy te noto cabizbajo, triste... ¿estás bien?

PR: Bueno... He pasado una mala noche, apenas he dormido...

CA: ¿Has tomado la medicación?

PR: Si, pero como es nueva... Me estoy pensando... Igual me la bojo un poco

CA: *¿Qué consejos le ofreces? Por ejemplo: te entiendo, a mi cada vez que me cambian alguna pastilla pasado algunos días realmente mal, pero yo, además de venir a la asociación por las mañanas, por las tardes intento estar ocupado y distraído. Voy a pasar por el parque, acompaño a mi madre a hacer la compra, ayudo a mi padre en el jardín... Si quieres esta tarde podemos hacer algo los dos.*

Video 4 (<https://bit.ly/2T8s3ki>)

CA: ¿Qué tal estás? Te noto un poco preocupado

PR: Tengo una sensación de miedo interna, yo creo que es ansiedad...

CA: ¿has descansado bien esta noche?

PR: Apenas he dormido...

CA: *¿Qué consejos le ofreces? Por ejemplo, yo cuando tengo esa sensación, me voy a correr por mi barrio, unas vueltas a la manzana, hasta que me siento realmente cansado, voy a casa, me ducho, ceno algo y me voy a la cama. Tu también puedes probarlos, igual te ayuda a dormir mejor esta noche.*

Video 5 (<https://bit.ly/2Sd1aHF>)

PR: Mi familia quiere que nos vayamos el próximo puente de casa rural, pero yo no quiero y tampoco me quieren dejar solo en casa.

CA: ¿Y ¿por qué no quieres? Seguro que te lo pasas genial.

PR: Desde que me diagnosticaron el problema no he vuelto a dormir nunca fuera de casa, me da miedo entrar en crisis y más delante de mi familia...

CA: *¿Qué consejos le ofreces? Por ejemplo: como ya sabes la crisis se pasa. No puedes dejar que ese miedo te encierre en casa. Yo dejé de jugar al mus con mis amigos del pueblo por lo mismo y sólo me valió para estar peor en casa. Sabes que la crisis se va a pasar, ahora estamos estables y sabemos cuando nos vamos a poner peor y lo mejor de todo, es que conocemos nuestros síntomas y como afrontarlos, así que vete y disfruta del fin de semana.*

Video 6 (<https://bit.ly/2NfUp6M>)

PR: ¿Me puedes ayudar?

CA: ¡Claro!

PR: estas navidades va a venir mi familia de Italia que no veo hace más de 5 años. Ellos no saben nada de mi problema, mi madre quiere contarle para que dejen de tacharme de raro, pero yo no quiero que lo sepan... Bueno, de raro o peor.

CA: *¿Qué consejos le ofreces? Por ejemplo: llevo casi 20 años con el problema y ni siquiera toda mi familia sabe que la padezco, mis padres han entendido que es una decisión mía contarle. Creo que debes hablar con tu madre, explicarle que es decisión tuya contarle o no, que prefieres no decirlo por lo que sea y explicarle tus razones.*

Tiempo estimado: 40 minutos

- Actividad Obligatoria 9.4: Video “Cicatrices”

El vídeo está disponible en: <https://bit.ly/2Juh0ZW>

*¿Qué cosas positivas podemos extraer de nuestras cicatrices?*

Tiempo estimado: 5 minutos

## **Reflexión 9**

¿Para qué es importante la esperanza? ¿Cómo podemos transmitir esperanza a otras personas?

## BLOQUE IV

### EL/LA COMPAÑERO/A DE APOYO



## SESIÓN 10: Mis funciones como compañero/a de apoyo

Tabla 13. *Materiales sesión 10*

SESIÓN 10: Mis funciones como compañero/a de apoyo			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
10.1	Hoja 27	Anexo XII y cartulina o pizarra	Diapositiva 63
10.2	Hoja 27		Diapositiva 64
10.3	Hoja 28 y 29	Gafas de realidad virtual y videos 7 y 8	Diapositiva 65
10.4	Hojas 30 y 31		Diapositiva 66

### Introducción 10

En la sesión anterior se trabajó cómo se puede apoyar a otros/as compañeros/as. Este programa os prepara para ser compañeros/as de apoyo, pero ¿sabemos bien qué es eso?

En esta sesión vamos a definir qué son los/as compañeros/as de apoyo, sus funciones, límites y valores.

El material necesario se recoge en la Tabla 13.

### Actividades 10

- Actividad Obligatoria 10.1. ¿Qué es un/a compañero/a de apoyo?

Entre todos/as y con la ayuda de unas tarjetas vamos a definir qué es un/a compañero/a de apoyo.

Dividimos una cartulina o la pizarra en dos mitades, la columna de la izquierda describe qué es un/a compañero/a de apoyo y la derecha lo que no es. Repartimos tarjetas con diferentes frases (ANEXO XII). Se van leyendo las tarjeta en voz alta y se colocan en la columna que consideren correcta justificando el por qué.

Cada vez que colocamos una tarjeta, preguntamos si todos/as están de acuerdo, tienen que llegar a un consenso sobre dónde debe ir cada tarjeta.

Un compañero de apoyo es...	Un compañero de apoyo NO es..
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Persona que ha pasado por una situación similar</b></li> <li>● <b>Persona con experiencia vivida</b></li> <li>● <b>Un apoyo</b></li> <li>● <b>Da y recibe ayuda</b></li> <li>● <b>Empodera</b></li> <li>● <b>Transmite esperanza</b></li> <li>● <b>Sirve como modelo de recuperación</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Profesor/a</li> <li>● Persona con la que estableces una relación terapéutica</li> <li>● Persona que sabe todo lo que tengo que hacer para ayudar en mi recuperación</li> <li>● Me ayuda con la medicación</li> <li>● Critica la vida del par receptor/a</li> <li>● Un amigo/a</li> </ul>

Finalmente leemos la definición de compañero/a de apoyo y los/as participantes la copian en la HOJA 27 (DdCA).

*El/la compañero/a de apoyo es una persona con experiencia vivida en salud mental, que ha recibido formación y cuya función principal es acompañar a los/as nuevos/as usuarios/as en la acogida inicial y adaptación a los servicios de la entidad y apoyarles en su proceso de recuperación.*

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 27 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

- Actividad Obligatoria 10.2. Funciones de los/as compañeros/as de apoyo.

Tras la presentación de la definición de el/la compañero/a de apoyo, vamos a identificar sus funciones.

Se propone una lista de funciones de los/as compañeros/as de apoyo, HOJA 27 (DdCA), cada uno/a lee una en voz alta. Resolvemos las posibles dudas. A continuación se

sugiere una lista de las tareas que pueden desempeñar los/as compañeros/as de apoyo (cada entidad deberá ajustarlos a su realidad).

<b>Funciones de los/as compañeros/as de apoyo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Acogida inicial de los/as nuevos usuarios/as</li><li>- Presentar a los/as profesionales de la entidad y los compañeros/as.</li><li>- Visitar y explicar las características de los servicios de la entidad</li><li>- Mostrar las instalaciones</li><li>- Mantener relación con el equipo profesional respecto al nuevo/a usuario.</li><li>- Inspirar y acompañar en el proceso de recuperación de los otros.</li><li>- Ayudar en la identificación de fortalezas propias, barreras y estrategias de afrontamiento.</li><li>- Escuchar activamente las dudas y/o problemas.</li><li>- Apoyar a los/las otros/as compañeros/as de apoyo.</li></ul>

Tiempo estimado: 20 minutos

- Actividad Obligatoria 10.3. Identificar los límites de los/as compañeros/as de apoyo.

Para actuar adecuadamente como compañero/a de apoyo, además de conocer nuestras funciones, debemos tener claros nuestros límites.

*¿Qué situaciones consideraréis que pueden estar fuera de los límites de un/a compañeros/a de apoyo?*

Entregamos HOJA 28 (DdCA). De uno en uno van leyendo los límites y se aclaran las dudas que vayan surgiendo.



### **Límites del compañero/a de apoyo**

Un/a compañero/a de apoyo NO es un amigo. La relación que se establece es una relación de iguales.

El/la compañero/a de apoyo NO puede tomar decisiones respecto a la terapia o tratamiento del par receptor de la ayuda.

El/la compañero/a de apoyo NO debe estar las 24 horas del día disponible para el par receptor.

El/la compañero/a de apoyo, debe dejar claros estos límites al par receptor.

A continuación, de uno en uno ven los vídeos 7 y 8 con las gafas de realidad virtual y en las HOJAS 28 y 29 (DdCA) escriben que situaciones están fuera de sus límites y por qué.

(CA: Compañero/a de Apoyo / PR: Par Receptor)

#### Situación 1

PR llama muchas veces a CA, incluso para decirle que está cenando.

*¿Qué debe hacer CA? CA debe dejar claros sus límites a PR. No le puede estar llamando a todas horas, su trabajo, por lo general, solo se desempeña en la entidad.*

#### Situación 2:

PR: Estoy empezando a recaer, solo quiero dormir.

CA: Ve al médico, que te cambie el tratamiento.

*¿Cuál es el error? CA no da órdenes, no le puede mandar ir al médico. Puede usar su experiencia, por ejemplo: Yo cuando sentía que recaía hacía...*

#### Video 7 (<https://bit.ly/2T3Ewpv>)

CA acompaña a PR al médico. PR le pide que entre a la consulta.

*¿Qué debe hacer CA? C no debe entrar con PR a la consulta.*

Video 8 (<https://bit.ly/2NcweGF>)

PR le pide a CA que le deje dormir en su casa, porque ha discutido con su padre.

*¿Qué debe hacer CA? CA le pregunta qué ha pasado e intenta apoyarle. CA le dice que él/ella no puede hacer eso y que mejor vayan a hablar con el profesional de referencia.*

Cuando finalice la actividad colocamos las HOJAS 28 y 29 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

● Actividad Obligatoria 10.4. Marco de valores del apoyo mutuo.

Para actuar cómo compañeros/as de apoyo el primer paso, y más importante, es establecer una relación de confianza con el/la par receptor/a de la ayuda.

*¿Cómo puedo actuar para ser modelo del nuevo/a usuario/a?*

Tras unos pocos minutos de reflexión se entregan las HOJAS 30 y 31 (DdCA) con el Marco de valores de apoyo mutuo (Tabla 14).

Para la lectura del texto se propone que cada participante lea un punto del Marco de valores o, se puede usar un lector de textos online que, copiando el texto, nos lo lee automáticamente en voz alta. Lector de textos disponible en: <https://bit.ly/2kwPVeA>

Después de leer cada valor se pregunta si hay dudas antes de pasar al siguiente.

Tabla 14. *Marco de valores de apoyo mutuo.*

MARCO DE VALORES EN APOYO MUTUO
<b>ESPERANZA</b>
Creemos que la recuperación es posible y real para todos y que: <ul style="list-style-type: none"><li>• Los compañeros/as de apoyo son modelos muy potentes y una prueba de la realidad de la recuperación.</li><li>• Todos somos personas únicas, con esperanzas, sueños, aspiraciones y con potencial para ser todo aquello que nos proponamos.</li><li>• Una relación de apoyo mutuo ofrece un ambiente único de recuperación y una manera de promover la esperanza y el optimismo.</li><li>• Es posible aprender y crecer desde los retos y los contratiempos.</li></ul>

<b>EXPERIENCIA</b>
<p>Creemos que la recuperación es una experiencia única y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos somos expertos de nuestra propia experiencia.</li> <li>• Hay muchos tipos de recuperación y diferentes formas de comprender e interpretar la experiencia.</li> <li>• Compartir experiencias puede ser un poderoso catalizador para el cambio y el crecimiento personal.</li> <li>• Los compañeros/as de apoyo usan su experiencia de manera intencionada para animar y apoyar la recuperación.</li> </ul>
<b>AUTENTICIDAD</b>
<p>Creemos que ser auténtico gira en torno a ser sincero con nosotros mismos y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La empatía y la compasión son el motor de la relación.</li> <li>• Las relaciones auténticas son abiertas, honestas y mutuas.</li> <li>• El apoyo mutuo trata de construir conexiones que permiten a la gente confiar en su sabiduría y compartirla.</li> </ul>
<b>RESPONSABILIDAD</b>
<p>Creemos que el bienestar y la recuperación requieren tomar responsabilidades y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a la gente para que realice cambios se consigue a través del ‘estar con’ más que con el ‘hacer para’.</li> <li>• Los compañeros/as de apoyo son responsables de asegurarse de que se promueven y se desarrollan los valores del apoyo mutuo.</li> <li>• Los compañeros/as de apoyo deberían ser responsables de su aprendizaje y desarrollo.</li> <li>• Los compañeros/as de apoyo son responsables de superar el estigma y la discriminación.</li> </ul>
<b>MUTUALIDAD</b>
<p>Creemos que la mutualidad es el corazón del apoyo mutuo y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somos interdependientes y todos tenemos algo con lo que contribuir.</li> <li>• La mutualidad se desarrolla compartiendo ideas, conocimiento y experiencias de manera respetuosa.</li> <li>• La mutualidad se desarrolla por medio del debate y la negociación de lo que es de ayuda en la relación.</li> <li>• Todo aquel que forma parte de la relación es responsable de que funcione.</li> </ul>
<b>FORTALECIMIENTO</b>
<p>Creemos que el fortalecimiento significa estar al mando y que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recuperación es un trabajo individual y la relación se base en el aprendizaje conjunto.</li> <li>• El fortalecimiento ocurre cuando aprovechamos nuestras virtudes y capacidades individuales y colectivas.</li> <li>• Tomar riesgos, intentar cosas nuevas y alejarse de la zona de confort es esencial para el crecimiento y el cambio personal.</li> <li>• Tener poder y control se consigue identificando nuestras necesidades, tomando decisiones y asumiendo la responsabilidad para buscar soluciones.</li> </ul>

Fuente: Fundación INTRAS et al., (2015).

En pequeños grupos, 3 personas, representan situaciones donde aparezcan uno o dos valores del apoyo mutuo que se han trabajado. El resto de compañeros/as debe identificar en qué momento se está transmitiendo el/los valor/es.

Cuando finalice la actividad colocamos las HOJAS 30 y 31 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 40 minutos

### **Reflexión 10**

¿Qué es un/a compañero/a de apoyo y que funciones desempeña? Cuando desempeñéis las funciones, ¿cómo podéis ayudar a otras personas?



## SESIÓN 11: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (I)

Tabla 15. *Materiales sesión 11*

SESIÓN 11: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (I)			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
11.1	Hoja 32	Gafas de realidad virtual o proyector y videos 9-12	Diapositiva 68
11.2	Hoja 33	Folios	Diapositiva 69
11.3	Hoja 34	Ordenador	Diapositiva 70
11.4	Hoja 35		Diapositiva 71
11.1*			Diapositiva 72

### Introducción 11

En la sesión anterior se definió qué es un/a compañero/a de apoyo y qué funciones desempeña en la entidad.

Hoy vamos a trabajar cómo se desenvuelven los/as compañeros/as de apoyo, es decir, cómo llevar a cabo nuestras funciones.

El material necesario se recoge en la Tabla 15.

### Actividades 11

- Actividad Obligatoria 11.1. La comunicación verbal.

Videos con representaciones de apoyo entre compañeros donde no se emplea un lenguaje adecuado. Deben encontrar los errores y realizar propuestas sobre cómo hacerlo de manera correcta. Necesitamos los vídeos 9, 10, 11 y 12.

Los videos están grabados en 360°. Podemos proyectarlo, verlos todos a la vez e ir identificando en los videos los errores de comunicación; o podemos hacerlo de manera

individual con las gafas de realidad virtual. En este caso, dividimos a los participantes en dos grupos:

- Un grupo visiona el video y realizan un listado con los errores de lenguaje encontrados en cada video y, en consenso, proponen alternativas que consideren correctas.
- El otro grupo realiza la actividad 11.2 y posteriormente se invierten de actividad.
- Cuando ambos grupos hayan realizado las dos actividades se ponen en común.

(CA: Compañero/a de Apoyo / PR: Par Receptor)

Video 9 (<https://bit.ly/2XaqK3I>)

CA: Hola, soy Juan, tu compañero de apoyo. ¿Qué tal estás?

PR: Bien

CA: ¿Te gusta la entidad?

PR: Si

CA: ¿Tienes hermanos o hermanas?

PR: Si

CA: ¿Cuántos?

PR: 2

CA: ¿Son mayores?

PR: No

El par receptor solo está usando monosílabos en sus respuestas, debemos usar preguntas abiertas para intentar que el par receptor nos cuente más cosas.

Video 10 (<https://bit.ly/2TX5j3W>)

PR está sentado en una silla de la sala, esperando a CA. Cuando llega CA se sienta muy próximo a PR, le toca mucho cuando habla y su tono de voz es muy elevado y muy rápido.

CA nota incomodidad en PR, este se separa.

Video 11 (<https://bit.ly/2V6GBOR>)

Durante el descanso PR le pide a CA que luego quiere que hablen un poco. Van a una de las salas que están vacías. CA le pregunta que le pasa y cuando PR le está contando el problema CA no muestra interés (no hay contacto visual, postura corporal no adecuada...) e incluso usa el móvil mientras PR está hablando.

Errores: no mostrar atención en la persona que nos habla, uso del móvil, postura corporal

Video 12 (<https://bit.ly/2DStk5G>)

CA intenta entablar una conversación con PR, este parece asustado.

CA le pregunta si está bien y si necesita algo. PR responde que está bien y no quiere nada (le titubea un poco la voz). A CA no le convence la respuesta e intenta de nuevo acercarse a él. Esta vez le pregunta si quiere salir a tomar el aire. Tal vez ahí hable de lo que le pasa.

Después de poner en común la actividad identificando los errores y proponiendo alternativas. Se entrega HOJA 32 (DdCA) para leer en voz alta la Lista de Habilidades de Comunicación efectiva (extraída del Manual P2P<sup>9</sup>).

Habilidades de comunicación efectiva (P2P)

- Escucha activa, escuchar de manera diferente;
- Escuchar desde una posición de desconocimiento;
- Escuchar la «historia no contada»;
- Ofrecer reconocimiento;
- Reflexionar sobre emociones y sentimientos;
- Preguntar para aclarar;
- Hacer preguntas poderosas;
- Usar el lenguaje de recuperación;
- Comunicación directa, honesta y respetuosa;
- Sentirse cómodo con el silencio.

---

<sup>9</sup> Orihuela, T., Conde, H. & Marcos, S. (2015). *Peer2peer, Curso de formación Profesional*. Reino Unido: Scottish Recovery Network.



Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 32 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 30 minutos

● Actividad Obligatoria 11.2. La comunicación no verbal.

Tan importante es la comunicación verbal (transmite aproximadamente un 30% de la información) como la comunicación no verbal, que transmite el 70% del mensaje.

El grupo, en un folio redacta una lista con habilidades de comunicación no verbal. Después, el/la dinamizador/a entrega la HOJA 33 (DdCA) donde se recogen habilidades de comunicación verbal y no verbal.

Habilidades de comunicación verbal	Habilidades de comunicación no verbal
-Hablar de forma clara y sencilla. -Uso de un lenguaje adecuado a cada situación. -Utilizar temas de conversación que resulten de interés al par receptor. -Realizar <i>feedback</i> con el par receptor: mostrar que sigues con interés la conversación (asentir, preguntar...)	-Escucha activa y empática -Tono, volumen y velocidad de la voz adecuados -Mirar a los ojos: mostramos interés por lo que estamos hablando. -Expresión facial: muestra las emociones. -Postura corporal adecuada -Mantener distancia con la persona

Se pide a los/as participantes que construyan una historia/situación, relacionada con el apoyo, en la que todos/as tengan un papel. El único requisito es que no pueden hablar, tienen que transmitir su historia a los demás y hacer que éstos la entiendan sin utilizar palabras, sólo con lo que representen y sus gestos. Al terminar, el resto del grupo debe decir qué es lo que ha entendido. Si no aciertan, el grupo que la ha representado deberá contar lo que querían transmitir.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 33 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

- Actividad Obligatoria 11.3. Comunidad de apoyo para los/as compañeros/as.

Con la finalidad de disponer de un grupo de apoyo para los/as compañeros/as de apoyo (valga la redundancia), por ejemplo si no sabe bien cómo abordar un problema con alguien nuevo/a, vamos a crear una comunidad online.

Si en la entidad disponemos de ordenadores entendemos que todos/as tienen ya una cuenta de Gmail creada, pues que se ha usado en otras actividades.

Si no disponemos de ordenadores, preguntamos si todos tienen acceso a un ordenador con internet y una cuenta de correo Gmail, ya que es necesaria para crear una comunidad en Google+. En caso de que no todos dispongan del ordenador, un día a la semana (o en algún momento puntal) se le dejará acceder desde uno de la entidad.

Si disponemos de ordenador en la sala de la formación creamos las cuentas de correo de los que no tengan (muy importante que se anoten el usuario y la contraseña en un papel).

Antes de establecer las normas, preguntamos a ellos/as cuál consideran qué es el uso correcto de esta comunidad. Tras este debate entregamos la HOJA 34 (DdCA) donde se recoge el buen uso y mal uso de este recurso (Tabla 16).

Finalmente, después de delimitar las normas de uso, se establece que obligatoriamente un día a la semana deben entrar a la comunidad para leer los comentarios que haya y aportar algo, siempre comentarios positivos y de ánimo.

Tabla 16. *Uso de la comunidad de apoyo*

<b>USO DE LA COMUNIDAD DE APOYO</b>	
✓ <b>BUEN USO</b>	× <b>MAL USO</b>
Me surge un problema o una situación que no sé cómo afrontar con la persona que está recibiendo mi apoyo y pido ayuda.	Discuto con los compañeros/as del grupo llegando a faltarles al respeto.
Puedo no estar de acuerdo con la aportación de un compañero/a, de forma educada expongo mi desacuerdo y mi punto de vista.	Impongo mi visión cuando estoy desacuerdo con mis compañeros/as.
	Mando videos que no tienen relación con las funciones del compañero/a de apoyo
	Reenvío cadenas de mensajes ajenas a nuestras funciones.

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 34 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

- **Actividad Obligatoria 11.4. El primer contacto**

Simulaciones sobre el primer contacto con el par receptor. Primero vamos a relajarnos, con los ojos cerrados (se puede acompañar con música relajante de fondo), cada uno/a tiene que pensar en el primer día qué llegó a la entidad: que sentía, qué dudas tenía... El/la dinamizador/a tiene que guiar este proceso de introspección.

En parejas, uno actúa de nuevo/a usuario/a, simulando que hoy es su primer día y el/la otro/a de compañero/a de apoyo. Después se invierten los papeles.

*Pautas que pueden guiar el primer contacto del compañero/a de apoyo, HOJA 35 (DdCA):*

- Presentarse
- Explicar su rol, el de compañero/a de apoyo (funciones y límites).
- Enseñar las instalaciones y explicar los servicios
- Presentar a los compañeros y profesionales de la entidad.
- Conocer las expectativas y motivaciones del par receptor.
- Usar preguntas abiertas para conocerle más. Por ejemplo: como es su día a día, cuáles son sus intereses, motivaciones, que le preocupa, quien le apoya, qué le gustaría cambiar, porque ha venido a la entidad...

*Ejemplo: ¡Hola! Soy Isabel, tu compañera/a de apoyo y junto con David, el psicólogo de la entidad, somos tus profesionales de referencia. Yo, como tú, tengo un problema de salud mental, en realidad todos los que estamos aquí lo tenemos, así que no te sientas raro o mal por ello.*

*Si quieres, te enseño las instalaciones, vamos conociendo al resto de compañeros y profesionales y así nos vamos conociendo.*

*Este es el taller de confección, ella es Ana, la profesional encargada y ellos son: Juan, Pablo, Elena...*

*Mis funciones como compañero/a de apoyo van a ser apoyarte y ayudarte en lo que pueda, cuando necesites hablar o simplemente dar un paseo en el descanso. Al fin y al cabo, yo también he pasado por esto y tal vez, mis consejos puedan ayudarte en tu proceso de recuperación.*

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 35 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 20-30 minutos

● Actividad Optativa 11.1. El teléfono rallado

Para desempeñar nuestras funciones como compañeros/as de apoyo es imprescindible escuchar y entender lo que nos dicen.

Realizar la dinámica del teléfono rallado:

- 1) Pasamos un mensaje susurrando al oído del compañero de la derecha hasta que llegue al final del círculo.
- 2) Comprobamos si el mensaje inicial corresponde al mensaje final.
- 3) ¿Por qué el mensaje inicial no se corresponde con el final?
- 4) Repetimos la dinámica, pero esta vez, también susurrando, podemos preguntar al compañero si no hemos entendido bien, por ejemplo *¿te refieres a...? ¿me quieres decir...?*

Tiempo estimado: 10 minutos

### **Reflexión 11**

¿Qué importancia tiene la comunicación en las tareas de los/as compañeros/as de apoyo?

¿Consideráis útil la comunidad de apoyo? ¿Por qué?

## SESIÓN 12: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (II)

Tabla 17. Materiales sesión 12

SESIÓN 12: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (II)			
Actividad	Dossier del compañero/a	Otros materiales	Power Point
12.1	Hoja 36	Ordenador y video “Ayuda mutua entre personas con enfermedad mental”	Diapositiva 74
12.2			Diapositiva 75
12.3	Hoja 2		Diapositiva 76
12.4			Diapositiva 77
12.5			Diapositiva 78
12.6	Hoja 22	Anexo II	Diapositiva 79
Final		Anexo XIII (diploma)	

### Introducción 12

Llegados a este punto, deben comenzar a pensar que pueden ser unos/as compañeros/as de apoyo fantásticos, conocen lo necesario para ello, pero sobre todo, con sus ganas y motivación, lo podrán hacer muy bien.

En esta sesión se van a realizar diferentes dinámicas sobre posibles situaciones a las que se puedan enfrentar cuando empiecen a desempeñar esta función.

El material necesario se recoge en el Tabla 17.

## Actividades 12

- Actividad Obligatoria 12.1. Procesos de el/la compañero/a de apoyo

En poco tiempo van a empezar a desempeñar las funciones de el/la compañero/a de apoyo, para ello, es importante que conozcan el proceso general que se sigue. Se entrega a las personas participantes la HOJA 36 (DdCA).

Cada uno/a lee un paso del protocolo (Figura 6). Se van explicando y resolviendo las dudas.

El protocolo de inserción es una recomendación, que cada entidad debe adaptar a su funcionamiento y requerimientos propios.

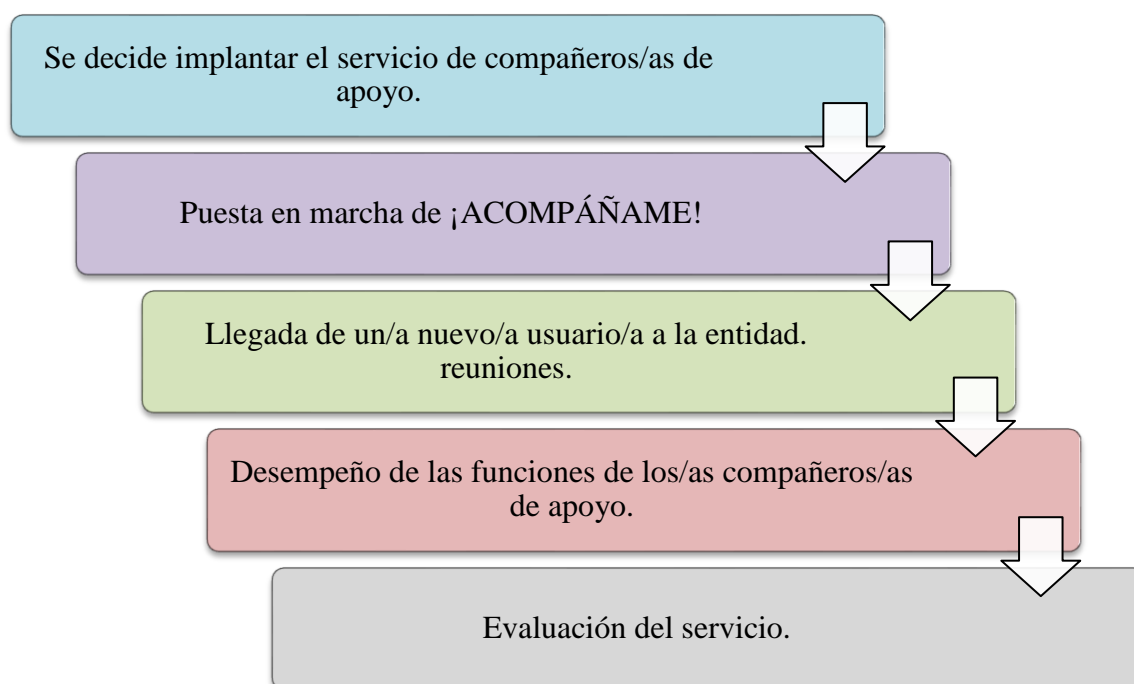


Figura 6. Protocolo de inserción de ¡ACOMPÁÑAME!

### Protocolo de inserción de ¡ACOMPÁÑAME!

*En primer lugar, la entidad se informa, consensua y decide implantar el servicio de compañeros/as de apoyo. Previa puesta en marcha de la formación se elige a el/la dinamizador/a del programa, que debe prepararse los materiales y consultar las posibles dudas que le surjan.*

*Durante la formación es importante tomar notas sobre el desarrollo de las sesiones. La organización del material (fichas trabajadas, anotaciones que haya tomado...) será un elemento fundamental para el desarrollo de las funciones. La adecuada disposición de estos materiales debe ser valorado muy positivamente por parte de la entidad.*

*Después de las sesiones de formación, se lleva a cabo la evaluación del programa y de su impacto. Participamos todas las partes implicadas: yo como dinamizador/a con la evaluación de cada sesión y una valoración final; y vosotros/as como participantes con las pruebas de evaluación (Sesiones 0 y 13) y la valoración del programa, que realizaremos después.*

*Tras finalizar el programa, los/as participantes están listos para desempeñar las funciones de compañeros/as de apoyo. Cuando llegue un/a nuevo/a usuario/a, primero se realiza una entrevista inicial con el/la profesional encargado de ello, posteriormente, el equipo profesional decide, según los intereses y características individuales, quién va a ser el/la compañero/a de apoyo y se realiza una reunión para proporcionarle la información necesaria.*

*El/la compañero/a de apoyo desempeña sus funciones, el primer contacto con el/la nuevo/a usuario/a será una conversación inicial para conocerse y saber más sobre la entidad.*

Cuando finalice la actividad colocamos la HOJA 36 en el Dossier de el/la compañero/a de apoyo.

Tiempo estimado: 15 minutos

- Actividad Obligatoria 12.2: Video “Ayuda mutua entre personas con enfermedad mental”

Se propone el vídeo donde agentes de ayuda mutua (compañeros/as de apoyo) y profesionales de la salud mental cuentan su opinión sobre una experiencia que se llevó a cabo en los Servicios de Salud Mental de Andalucía.

Los agentes de ayuda mutua son personas con problemas de salud mental que han sido formadas en ayuda mutua para ayudar a otros compañeros que están pasando por una



situación similar. Es decir, es similar a la figura del compañero de apoyo para la que se están formando pero, enmarcada en un entorno sanitario.

Ver el video “Ayuda mutua entre personas con enfermedad mental”. Disponible en:  
<https://bit.ly/2KSoRWQ>

Después del vídeo:

- ¿Qué os ha parecido?
- ¿Creéis qué es importante desarrollar este rol en las entidades sociales? ¿Por qué?

Tiempo estimado: 20 minutos

#### ● Actividad Obligatoria 12.3. Simulamos situaciones futuras

En parejas representan una escena. Después de cada una se crea un debate sobre cómo ha sido la actuación del compañero/a. No sólo se deben señalar los fallos, también indicar que ha hecho bien. Todos deben interpretar ambos papeles (compañero/a de apoyo y par receptor/a). Se proponen las siguientes situaciones para representar:

Situación 1: El/la par receptor/a te cuenta que la nueva medicación no le sienta bien y quiere dejarla.

Situación 2: El/la par receptor/a te cuenta que se pone muy nervioso/a cada vez que tiene que acudir al psiquiatra.

Situación 3: Se establece una buena relación entre el/la compañero/a de apoyo y el/la par receptor, este además de un apoyo en la entidad lo considera su mejor amigo/a y todos los fines de semana le llama para quedar.

Situación 4: El/la par receptor/a le cuenta que hace mucho que no sale con su grupo de amigos, ya que no saben lo de su problema y no quiere contarlo.

Tiempo estimado: 30 minutos

#### ● Actividad Obligatoria 12.4. Repaso mis expectativas

Con el Dossier de el/la compañero/a de apoyo ya completo, buscar la HOJA 2 (DdCA), donde en la primera sesión anotamos las expectativas que teníamos sobre el programa de formación. Las revisamos y reflexionamos sobre si se han cumplido. De manera voluntaria realizamos una puesta en común.

Tiempo estimado: 10 minutos

- Actividad Obligatoria 12.5. Repaso mis fortalezas

Los/as participantes revisan la HOJA 22 (DdCA), donde en la sesión 7, anotaron sus fortalezas y les piden que reflexionen sobre las que tienen escrita y si, ahora que se está terminando la formación, podrían añadir más. Realizamos una puesta en común.

Tiempo estimado: 10 minutos

- Actividad Obligatoria 12.6. Valoración de la formación

Tanto el/la dinamizador/a como las personas participantes deben responder a los respectivos cuestionarios de valoración del programa ¡ACOMPANAME! (ANEXO II)

El cuestionario para el/la dinamizador/a incluye preguntas cerradas, que se deben responder en una escala tipo Likert del 1 (muy baja) al 5 (muy alta) y preguntas abiertas.

Las personas participantes valoran el programa de formación contestando a un cuestionario, compuesto por 2 preguntas cerradas y el resto abiertas. Dejamos a los/as participantes reflexionar sobre el curso y contestar. Consideramos que las preguntas abiertas nos pueden trasladar más información, desde su punto de vista, respecto a los puntos fuertes y posibles mejoras de la formación.

## Reflexión 12

¿Cómo os habéis sentido al actuar como compañeros/as de apoyo? ¿Os sentís capaces de desempeñar estas funciones?

¿Qué os ha parecido la formación? ¿Creéis que habéis aprendido cosas nuevas? ¿Tenéis ganas de empezar a desenvolveros como compañeros/as de apoyo?

*Muchas gracias a todos/as por las ganas y el entusiasmo puesto en la formación. Ha sido un placer ser el/la dinamizador/a de la formación y estoy seguro/a que vais a ayudar mucho a los nuevos/as usuarios con todo lo aprendido durante estos días.*

*¡Enhorabuena!*

Al acabar la sesión se introduce la evaluación final:

1. Presentar la sesión de evaluación final: en qué va a consistir, qué pruebas se van a realizar...
2. Relajar la tensión que puedan tener los/as participantes respecto a la evaluación.
3. Organizar las sesiones de evaluación: establecer la fecha, el lugar y la hora para cada uno/a.
4. Entregar el diploma de participación en el curso de formación  
¡ACOMPÁÑAME! (ANEXO XIII)

## SESIÓN 13: Evaluación final

La evaluación final de la formación es una de las partes más importante del programa y exige rigor y profesionalidad por parte de ambos evaluadores/as.

Se debe realizar de forma individual con cada una de las personas participantes. Se recomienda que sean los días posteriores a la finalización de la formación. Aproximadamente necesitarán entre 60 y 90 minutos para la evaluación de cada participante.

Previamente, ambos evaluadores/as, deben preparar el material necesario y el lugar donde se van a realizar las pruebas. Además se aconseja, antes de la evaluación individual, revisar y valorar el material de evaluación continua que se ha recogido durante las sesiones (hojas de registro de los participantes y cuaderno de observaciones) y tener a disposición, por si serían necesarias, las pruebas de la evaluación inicial (Sesión 0).

A continuación se describen los apartados que conforman la evaluación final.

- Evaluación del proceso seguido

Para poder participar deben haber asistido, al menos, al 80% de las actividades de la formación.

Este apartado supone el 30% de la evaluación final y se compone de las puntuaciones aportadas en las hojas de registro y el cuaderno de observaciones sobre los participantes.

La calificación máxima que se puede obtener en las hojas de registro es de 240 puntos. La mínima requerida para aprobar, en este apartado, es de 120 puntos.

Recordamos que se ha facilitado una base en Excel y las hojas de registro. La base de datos aporta la suma total automáticamente. En el caso de haber completados las hojas a mano se deberá realizar la suma por parte de los evaluadores.

En la Tabla 18 se describe cómo se debe evaluar, siempre teniendo en cuenta el cuaderno de observaciones. La puntuación final obtenida en este apartado se anota en el Acta final (ANEXO VIII) en el apartado “evaluación del proceso seguido”.

Tabla 18. *Valoración del proceso seguido*

	<b>PROCESO SEGUIDO</b>		<b>Puntuación final</b>
	<b>Puntuación hojas de registro</b>	<b>Cuaderno de observaciones</b>	
No apto	Participación menor al 80%		
	Menos de 100 puntos		0-10
	100-120 puntos	Observaciones negativas	10-14
Apto	Participación superior al 80%		
	100-135 puntos	Observaciones positivas	15
	135-170 puntos		15-20
	170-205 puntos		20-25
	205-240 puntos		25-30

● Test situación cognitiva

Se vuelven a aplicar los test (ANEXO III):

- Mini Mental State Examination MMSE,
- Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS) y
- Escala sobre el Perfil de habilidades de la vida cotidiana (LPS).

Se corrigen según las indicaciones (Pág. 27-29). Teniendo en cuenta las pruebas SLDS y LPS y las puntuaciones obtenidas en ellas en la sesión 0, en el Acta final (ANEXO VIII) se marca en la casilla de puntuación “SI” o “NO” en el caso de existir, o no, variaciones positivas en ambas pruebas. Es decir, si en las dos pruebas obtiene una puntuación superior a la alcanzada en la sesión 0, si existe variación psicológica positiva.

- Evaluación de los conocimientos adquiridos

Cuestionario para la evaluación de los conocimientos finales de los /as participantes respecto a los contenidos de la formación.

El cuestionario de Evaluación de contenidos I (ANEXO VI) consta de 10 preguntas (cerradas y abiertas).

La puntuación obtenida supone el 20% de la evaluación final. La puntuación máxima del cuestionario es 20 y se requiere una puntuación mínima de 7 puntos para que sea apto. En caso contrario se deberá realizar el cuestionario de Evaluación de contenidos II (ANEXO VI). La puntuación de cada participante se anota en el Acta final (ANEXO VIII).

Para la corrección, se deben seguir las indicaciones de la Tabla 19.

Tabla 19. *Indicaciones para la corrección del cuestionario de conocimientos*

<b>Tipo de pregunta</b>	<b>Respuesta correcta</b>	<b>Respuesta incorrecta</b>
Cerrada	2 puntos	0 puntos
Abierta	1/3 correcta – 0,6 puntos 2/3 correctas – 1,3 puntos 3/3 correctas – 2 puntos	

- Role playing

Para la valoración de los role playing, así como del estudio de casos, se dispone de una plantilla donde se recogen las puntuaciones de los diferentes apartados (Figura 4).

<b>Participante:</b>			<b>Puntuación</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Role playing: presentación</b>				
Presentación: se presenta adecuadamente diciendo su nombre, sus funciones y sus límites.				
Indica las instalaciones y explica servicios				
Señala a los compañeros/as y a los profesionales que trabajan en la entidad				
Establece una relación empática con el receptor: ayuda al receptor a abrirse e intenta conocerle y saber más de él/ella				
Comunicación: tanto la comunicación verbal como no verbal son adecuadas.				
<b>Role playing: representación</b>			<b>1</b>	<b>2</b>

Figura 7. Plantilla de valoración

- Presentación

De manera individual, cada compañero/a de apoyo debe presentarse, es decir, simular el primer contacto con el par receptor de la ayuda. Uno/a de los/as evaluadores/as u otro/a compañero/a puede actuar como par receptor de la ayuda.

Este apartado tiene un peso del 10% en la evaluación final, y al igual que el resto de apartados debe ser aprobado (5) en una puntuación de 0 a 10.

Para valorar la presentación se disponen de 5 ítems que pueden ser evaluados con: 0 (nada); 0,5; 1; 1,5 o 2 (perfecto). Las puntuaciones se anotan en la Plantilla para la valoración (ANEXO VII). La nota total se anota en el Acta final (ANEXO VIII)

A continuación, se expone un ejemplo de una buena actuación de presentación por parte del compañero/a de apoyo:

*Ejemplo: ¡Hola! Soy Isabel, tu compañera/a de apoyo y junto con David, el psicólogo de la entidad, somos tus profesionales de referencia. Yo, como tú, tengo un problema de salud mental, en realidad todos los que estamos aquí lo tenemos, así que no te sientas raro o mal por ello.*

*Si quieres, te enseño las instalaciones, vamos conociendo al resto de compañeros y profesionales y así nos vamos conociendo.*

*Este es el taller de confección, ella es Ana, la profesional encargada y ellos son: Juan, Pablo, Elena...*

*Mis funciones como compañero/a de apoyo van a ser apoyarte y ayudarte en lo que pueda, cuando necesites hablar o simplemente dar un paseo en el descanso. Al fin y al cabo, yo también he pasado por esto y tal vez, mis consejos y experiencias puedan aportarte en tu proceso de recuperación.*

- Representaciones

Cada participante debe resolver 2 situaciones que se le planteen, basada en posibles actuaciones futuras como compañero/a de apoyo. Uno de los/as evaluadores/as u otro/a compañero/a puede actuar como par receptor/a de la ayuda.

Cada representación se evalúa según 5 ítems que se puntúan con: 0 (nada); 0,5 o 1 (perfecto). Las notas se recogen en la Plantilla para la valoración (ANEXO VII). La puntuación final, que supone el 10% de la evaluación final, es la suma de ambas calificaciones obtenidas en cada representación y se debe anotar en el Acta final (ANEXO VIII).

Se proponen las siguientes situaciones (se pueden añadir otras según las funciones que van a desempeñar los compañeros/as de apoyo en cada entidad):

- a) Notas que el par receptor/a está triste y cabizbajo, ¿cómo actúas?
- b) El/la par receptor/a te cuenta que la nueva medicación no le sienta bien y quiere dejarla, ¿qué haces?
- c) El/la par receptor/a te cuenta que se pone muy nervioso/a cada vez que tiene que acudir al psiquiatra.
- d) El/la par receptor/a habla de su aislamiento, le cuenta que desde que le diagnosticaron el problema de salud mental no ha vuelto a salir con su grupo de amigos.
- e) El/la par receptor/a está muy desanimado, sólo habla de sus problemas...

#### ● Estudio de casos

En este apartado de la evaluación final (15% del total) cada participante, debe dar la respuesta que considere más adecuada a 2 situaciones que se le planteen aleatoriamente.

En cada situación se evalúan 5 ítems en la Plantilla para la valoración (ANEXO VII). La nota que se puede dar a cada uno ítem es: 0 (nada); 0,5; 1 o 1,5 (perfecto). La puntuación total es la suma de la valoración de ambas situaciones y se debe anotar en el Acta final (ANEXO VII). Para que el apartado esté aprobado la puntuación final debe ser igual o superior a 10 puntos.

Las situaciones que se proponen son las siguientes (se pueden añadir otras según las funciones que van a desempeñar los compañeros/as de apoyo en cada entidad):

- a) El/la par receptor/a te pide que le acompañes al médico. Describe brevemente cómo actuarías.



b) El/la par receptor/a te dice que ha dejado de tomar la medicación, pero te pide que no se lo cuentes a nadie. Describe cómo actuarías.

c) Se establece una buena relación entre el/la compañero/a de apoyo y el/la par receptor/a, este además de un apoyo en la entidad lo considera su mejor amigo/a y todos los fines de semana le llama para quedar. Describe cómo actuarías.

d) El/la par receptor/a le cuenta que hace mucho que no sale con su grupo de amigos, ya que no saben lo de su problema de salud mental y no quiere contarlo. ¿Qué le dirías?

#### ● Valoración de expertos

La valoración de expertos la realizan ambos evaluadores/as. Entendemos que esta puntuación es de carácter subjetivo. Se deben tener en cuenta los avances individuales durante la formación (conocimientos y psicológico), las actitudes, participación y demás ítems que se han recabado en las hojas de registro (ANEXO IV). Además de las observaciones recogidas a lo largo de las sesiones (ANEXO V) y cómo se ha desenvuelto cada participante durante el desarrollo de las actividades de evaluación.

Debe ser una puntuación comprendida entre 0 y 15 puntos, consensuada por ambos evaluadores. Este apartado supone el 15% del total de la evaluación final y debe ser aprobado con 10 o más puntos.

#### ● Acta final

El acta final (ANEXO VIII) recoge todas las pruebas de evaluación, es cumplimentada por ambos evaluadores/as y determina si la persona es apta, o no, para su desempeño como compañero/a de apoyo.

En primer lugar, se debe cumplimentar el apartado “Variaciones clínicas significativas” marcando si el/la participante ha sufrido alguna crisis durante la formación y no le ha permitido continuar. En caso de marcar “Si”, la persona queda excluida del proceso de evaluación final. Los/as evaluadores/as pueden añadir indicaciones/recomendaciones que consideren convenientes para la persona (por ejemplo repetir la formación la próxima vez que se realice). Finalmente, se marca la casilla “No apto”.

Durante el desarrollo de las pruebas de evaluación se han ido cumplimentando los apartados del Acta Final con las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas.

Además en esta hoja disponen de un apartado para rellenar con las indicaciones/recomendaciones para los/as compañeros/as de apoyo.

En último lugar, los/as evaluadores/as deben determinar si la persona evaluada es apta, o no, para desenvolverse como compañero/a de apoyo marcando la casilla correspondiente. Al final de la hoja escriben el lugar y la fecha de la sesión de evaluación, así como el nombre y la firma de ambos evaluadores/as.

Si todos los apartados de la evaluación final (Tabla 20) alcanzan la valoración crítica (puntuación mínima para aprobar cada apartado) y por ende, la puntuación total también está aprobada, significa que la persona es apta para desempeñar sus funciones como compañero/a de apoyo, ya que ha adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para ello.

Tabla 20. *Pruebas de la evaluación final*

<b>Prueba</b>	<b>Valoración crítica</b>	<b>Peso en la valoración final</b>
Evaluación psicológica	Si	----
Hojas de registro	15 puntos	30%
Evaluación de los conocimientos	7 puntos	20%
Role playing. Presentación	5 puntos	10%
Role playing. Representación	5 puntos	10%
Estudio de casos	10 puntos	15%
Evaluadores externos	10 puntos	15%
<b>TOTAL</b>	<b>52 puntos</b>	<b>100%</b>

Finalmente, ambos evaluadores firman el acta final y entregan a el/la participante el informe final (ANEXO XIV) indicando si es apto o no para desempeñarse como compañero/a de apoyo y las indicaciones/recomendaciones que consideren pertinentes



# **ANEXOS**



## **ANEXO I: Hojas de registro de las actividades**

<b>SESIÓN 1: Quien soy</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 1.1	Introducción	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 1.2	Presentación	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 1.3	Establecer pautas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 1.4	Lo que siempre soñaba de pequeño	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 1.5	Mi primer día en la entidad	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 2: La entidad donde participo</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 2.1	Qué es una asociación/ fundación	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 2.2	¿Cómo funcionamos?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 2.3	¿De qué disponemos?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 2.4	Servicios que puedo encontrar en el entorno.	1	2	3	4	5
Observaciones:						

SESIÓN 3: Veo en 360°						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 3.1	Gafas de realidad virtual	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 3.2	¿Qué son los videos en 360°?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 3.3	¡Grabando!	1	2	3	4	5
Observaciones:						

SESIÓN 4: Mi recuperación						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 4.1	Mi <i>Ozobot</i>	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.1	Mi eje cronológico	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.2	¿Qué es la recuperación?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.3	¿Qué apoya o favorece mi recuperación?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 4.4	Mi historia de recuperación.	1	2	3	4	5
Observaciones:						



<b>SESIÓN 5: Identifico y supero mis obstáculos</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 5.1	Repaso de mi historia personal	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 5.2	Prevengo mis recaídas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 5.3	El autocuidado	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 5.4	Relajación	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 5.5	Barreras en la recuperación	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 5.1	Superando obstáculos	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 6: Conozco más sobre otros problemas de salud mental</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 6.1	Nos toleramos	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 6.2	El tratamiento farmacológico	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 6.3	Conocemos otros problemas de salud mental	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 6.4	Mis derechos	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 6.5	Mi autoestima	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 6.1	Para mi yo del futuro	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 6.2	Video “Medicación y Tratamiento en las Enfermedades Mentales”	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 6.3	Cómic: Más allá del mito. Mi día a día con la esquizofrenia.	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 7: Mis fortalezas</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 7.1	Indagando en mis fortalezas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 7.2	¿Cómo descubro mis fortalezas?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 7.3	Ayudamos a descubrir fortalezas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 7.1	Las fortalezas que ven en mí.	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 7.2	El árbol de las fortalezas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 7.3	Vasijas de agua	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 8: Yo soy el apoyo</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 8.1	¿Qué es el apoyo mutuo?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 8.2	El valor del apoyo.	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 8.3	Sabemos dar apoyo	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 9: Apoyo a mis compañeros/as</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 9.1	Uso adecuado del lenguaje	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 9.2	Transmitir esperanza	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 9.3	Uso de mi historia personal	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 9.4	Video “Cicatrices”	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 10: Mis funciones como compañero/a de apoyo</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 10.1	¿Qué es un/a compañero/a de apoyo?	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 10.2	Funciones de los/as compañeros/as de apoyo	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 10.3	Identificar los límites de los compañeros/as de apoyo	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 10.4	Marco de valores del apoyo mutuo	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 11: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (I)</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 11.1	La comunicación verbal	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 11.2	La comunicación no verbal	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 11.3	Comunidad de apoyo para los/as compañeros/as	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 11.4	El primer contacto	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Optativa 11.1	El teléfono rallado	1	2	3	4	5
Observaciones:						

<b>SESIÓN 12: Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo (II)</b>						
ACTIVIDAD	TÍTULO	VALORACIÓN				
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 12.1	Procesos de el/la compañero/a de apoyo	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 12.2	Video “Ayuda mutua entre personas con enfermedad mental	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 12.3	Simulamos situaciones futuras	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 12.4	Repaso mis expectativas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 12.5	Repaso mis fortalezas	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Act. Obligatoria 12.6	Valoración de la formación	1	2	3	4	5
Observaciones:						

## **ANEXO II: Cuestionarios de valoración final del programa**

## Cuestionario de valoración final del programa para el/la dinamizador/a

Para poder seguir mejorando el curso de formación necesitamos su opinión. Por favor, conteste a todas las preguntas. Muchas gracias.

Rodea la valoración que considere, siendo:

1: Muy baja    2: Baja    3: Media    4: Alta    5: Muy alta

	Valoración				
Contenidos del curso	1	2	3	4	5
Materiales empleados	1	2	3	4	5
Metodología del curso	1	2	3	4	5
Duración de la formación	1	2	3	4	5
Horario del curso	1	2	3	4	5
Valoración global del curso	1	2	3	4	5
¿Considera útil la formación? ¿Por qué?					
¿Recomendaría el programa de formación a otras entidades? ¿Por qué?					
¿Qué mejoraría o modificaría de la formación?					
Sugerencias y/o aportaciones					

¡Muchas gracias por su colaboración!

## Valoración de los/as participantes en el programa ¡ACOMPÁÑAME!

Su opinión es muy importante para poder mejorar el curso de formación. Por favor, conteste a todas las preguntas. Muchas gracias.

¿Has aprendido cosas nuevas con la formación?  SI  NO

¿Qué cosas? .....

.....

.....

¿Qué te ha gustado más y por qué?.....

.....

.....

¿Qué es lo que menos te ha gustado y por qué? .....

.....

.....

Valora el curso del 1 al 5 (siendo 1 muy mal y 5 muy bien):

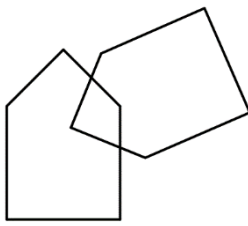
1  2  3  4  5

*¡Muchas gracias por su colaboración!*

### **ANEXO III: Test situación cognitiva**


































































**Mini examen del estado mental (Folstein et al., 1975)**











































Concepto	Puntuación	
	Participante	Máximo
<b>Orientación temporal</b>		
¿En qué fecha estamos? Dígame el día ____ fecha ____ mes ____ estación _____ y año _____		5
<b>Orientación espacial</b>		
¿Dónde estamos? Dígame el lugar _____ calle _____ ciudad _____ provincia _____ país _____		5
<b>Registro</b>		
Denomine 3 objetos, uno por segundo. Luego pregúntele al paciente los 3. De un punto por respuesta correcta. Si falla alguno repítaselos hasta que aprenda todos. Cuente los intentos y anótelos. (Lápiz, naranja, zapato).  Intentos.....		3
<b>Atención y cálculo</b>		
Series de 7 (1 punto por respuesta correcta).  Alternativamente nombre la palabra "Mundo" y que la deletree hacia atrás.		5
<b>Recuerdo</b>		
Que repita los 3 objetos anteriores. 1 punto por respuesta correcta		3
<b>Lenguaje</b>		
Mostrar un bolígrafo (lápiz), ¿qué es?. Repetir con un reloj.		2
Repetir lo siguiente "Nada de sies, noes ni peros"		1
Ejecutar una orden de 3 ítems: "Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"		3
"Cierre los ojos"		1
Escribir una frase		1
Copiar dibujo  		1
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		<b>30</b>

## Escala de satisfacción con las dimensiones de la vida (SLDS)

(Baker e Intagliata, 1982)

Colorea la cara con la que mejor te identificas en cada una de las preguntas.

1 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su casa/ piso/ lugar de residencia?							
2 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su barrio como lugar para vivir?							
3 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a los alimentos que come?							
4 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a la ropa que viste?							
5 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su salud?							
6 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a las personas con las que convive?							
7 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a sus amistades?							
8 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a sus relaciones con su familia?							
9 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a sus relaciones con otras personas (ni amigos, ni familia, ni personas con las que convive)?							

10 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su trabajo o actividad cotidiana?							
11 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su forma de disfrutar el tiempo libre?							
12 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a las posibilidades de diversión en su barrio/ pueblo/ ciudad?							
13 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto al equipamiento (hospitales, tiendas, polideportivos, etc.) de su barrio/ pueblo/ ciudad?							
14 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto a su situación económica?							
15 ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente usted con respecto al lugar de residencia habitual comparado con el hospital?							

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### **Cuestionario sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana.**

(Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.)

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)
  - Ninguna dificultad
  - Ligera dificultad
  - Moderada dificultad
  - Extrema dificultad
  
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)
  - No interrumpe en absoluto
  - Ligeramente intrusivo
  - Moderadamente intrusivo
  - Extremadamente intrusivo
  
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social?(C)
  - No se aísla en absoluto
  - Ligeramente aislado
  - Moderadamente aislado
  - Totalmente (o casi) aislado
  
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?(C)
  - Considerablemente cordial
  - Moderadamente cordial
  - Ligeramente cordial
  - Nada cordial en absoluto
  
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas?(CSI)
  - En absoluto
  - Moderadamente
  - Ligeramente
  - Extremadamente

6. ¿Suele ofenderse fácilmente?(CSI)

- No se ofende
- Algo rápido en enfadarse
- Bastante presto a enfadarse
- Extremadamente presto a enfadarse

7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos?(C)

- Contacto visual adecuado
- Ligeramente reducido
- Moderadamente reducido
- Extremadamente reducido

8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente?(C)

- Ninguna dificultad
- Ligeramente difícil
- Moderadamente difícil
- Extremadamente difícil

9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?(CSI)

- En absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Extremadamente

10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)?(A)

- Bien presentado
- Moderadamente bien presentado.
- Pobrementemente presentado
- Muy pobrementemente presentado

11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?(CSI)

- Intachable o apropiada
- Ligeramente inapropiada
- Moderadamente inapropiada
- Extremadamente inapropiada

12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo?(A)

- Generalmente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)?(A)

- En absoluto
- Moderadamente
- Ligeramente
- Mucho

14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?(A)

- Mantiene limpieza de la ropa
- Moderada limpieza
- Pobre limpieza de la ropa
- Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física?(VA)

- En absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Extremadamente

16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)

- Sin problemas
- Ligeros problemas
- Moderados problemas
- Graves problemas

17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?(A)

- Muy confiable
- Ligeramente no confiable
- Moderadamente no confiable
- No confiable

18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?(A)

- Siempre
- Normalmente
- Raramente
- Nunca

19. Coopera esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)?(A)

- Siempre
- Normalmente
- Raramente
- Nunca

20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?(VA)

- Apropiadamente activo
- Ligeramente inactivo
- Moderadamente inactivo
- Extremadamente inactivo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?(VA)

- Participación considerable.
- Moderada participación
- Alguna participación
- No participa en absoluto

22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?(VA)

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?(VA)

- Bastante capaz de prepararse comida
- Ligeras limitaciones
- Moderadas limitaciones
- Incapaz de prepararse comida

24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?(VA)

- Bastante capaz de hacerlo
- Ligeras limitaciones
- Moderadas limitaciones
- Incapaz totalmente

25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia?(CSI)

- Sin problemas
- Ligeros problemas
- Moderados problemas
- Graves problemas

26. Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?(VA)

- Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
- Capaz de trabajo a tiempo parcial
- Capaz solamente de trabajos protegidos
- Incapaz de trabajar

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?(A)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo



28. ¿Destruye esta persona propiedades?(CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?(CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada?(A)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

31. ¿Suele perder propiedades personales?(CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)? (CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

33. ¿Suele coger cosas que no son suyas?(CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

34. ¿Es violento con otros?(CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

35. ¿Se autolesiona?(CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

36. ¿Se mete en problemas con la policía?(CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?(CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

38. ¿Se comporta irresponsablemente?(CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?(C)

- Capaz de hacer amistades fácilmente
- Lo hace con cierta dificultad
- Lo hace con dificultad considerable
- Incapaz hacer o mantener amistades

### Plantilla para la corrección

Todas las preguntas tienen 4 opciones de respuesta, que se puntúan siempre del siguiente modo (primera opción 4; segunda 3; tercera 2; y última 1):

- Ninguna dificultad*                      4
- Ligera dificultad*                              3
- Moderada dificultad*                          2
- Extrema dificultad*                              1

Subescala	Ítem	Puntuación	Total	Máxima
<b>Autocuidado (A)</b>	10			40
	12			
	13			
	14			
	16			
	17			
	18			
	19			
	27			
	30			
<b>Comportamiento social interpersonal (CSI)</b>	2			40
	5			
	6			
	9			
	11			
	25			
	29			
	34			
	36			
37				
<b>Comunicación - contacto social (C)</b>	1			24
	3			
	4			
	7			
	8			
	39			
<b>Comportamiento social no personal (CSNP)</b>	28			24
	31			
	32			
	33			
	35			
	38			
<b>Vida autónoma (VA)</b>	15			28
	20			
	21			
	22			
	23			
	24			
	26			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>				<b>156</b>

## **ANEXO IV: Hojas de registro sobre los participantes**





## **ANEXO V: Cuaderno de observaciones**

## Cuaderno de observaciones sobre los/as participantes

SESIÓN 1

SESIÓN 2

SESIÓN 3

SESIÓN 4

SESIÓN 5

SESIÓN 6



SESIÓN 7

SESIÓN 8

SESIÓN 9

SESIÓN 10

SESIÓN 11

SESIÓN 12

## **ANEXO VI: Cuestionarios para la evaluación de contenidos de los participantes**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

GÉNERO:  Hombre  Mujer

### **Evaluación de contenidos (I). Programa ¡ACOMPÁÑAME!**

Responda, manera sincera y con letra clara, a las siguientes preguntas sobre cuestiones relacionadas con la formación.

**1. ¿Qué servicios ofrece tu asociación/fundación? (enumera 3 servicios):**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**2. Señala la respuesta correcta:**

- El apoyo de otras personas me ayuda con mis dificultades.
- El apoyo de otras personas no favorece la recuperación.
- La familia no puede dar apoyo.

**3. El apoyo mutuo... (Marca con una X la respuesta correcta)**

- Se basa en modelos psiquiátricos y criterios diagnósticos.
- Es entender la situación de otras personas empáticamente a través de la experiencia compartida.
- Es recibir ayuda de un médico.

**4. El apoyo entre iguales se proporciona... (Marca la respuesta correcta)**

- Entre el/la psiquiatra y el/la paciente.
- Entre los profesionales de la entidad y yo.
- Entre personas con problemas similares.

**5. El tratamiento es importante porque me ayuda con mi recuperación (escribe 3 motivos)**

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**6. Un/a compañero/a de apoyo es... (Marca respuesta correcta)**

- La persona que acompaña en la acogida inicial de un/a nuevo/a usuario/a.
- La persona que te ayuda a controlar la medicación.
- Un amigo.

**7. Cuando uso mi historia personal para ofrecer apoyo a otros/as tengo que:**

- Comparar mi historia con la de los demás
- Crear empatía buscando las experiencias comunes
- Contar toda mi historia aunque no tenga que ver con el problema que me cuenta.

**8. Enumera 3 funciones de los/as compañeros de apoyo**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**9. ¿Cuál es una función de los/as compañeros de apoyo?**

- Tomar decisiones respecto a la terapia o tratamiento del par receptor de la ayuda.
- Estar disponible todo el día para el par receptor.
- Dar apoyo en los momentos difíciles del par receptor.

**10. La recuperación significa... (Marca la respuesta correcta)**

- Vivir una vida satisfactoria, de acuerdo a lo definido por cada persona, con o sin los síntomas.
- Vivir sin un problema de salud mental.
- Dejar de tomar la medicación.

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

GÉNERO:  Hombre  Mujer

## **Evaluación de contenidos (II). Programa ¡ACOMPÁÑAME!**

Responda, manera sincera y con letra clara, a las siguientes preguntas sobre cuestiones relacionadas con la formación.

### **1. Señala la respuesta correcta:**

- El apoyo de otras personas no favorece mi recuperación.
- El apoyo de otras personas me ayuda con mis dificultades.
- Los/as amigos no puede dar apoyo.

### **2. ¿Qué servicios ofrece tu asociación/fundación? (enumera 3 servicios):**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### **3. El apoyo mutuo se basa en... (Marca con una X la respuesta correcta)**

- Modelos psiquiátricos y criterios diagnósticos.
- La experiencia común.
- Tomar la misma medicación.

**4. El apoyo entre iguales se proporciona... (Marca la respuesta correcta)**

- Entre el/la médico y el/la paciente.
- Entre personas con problemas similares.
- Entre los profesionales de la entidad y yo.

**5. La recuperación es... (Marca la respuesta correcta)**

- Dejar de tomar la medicación.
- Vivir una vida satisfactoria, con o sin los síntomas.
- Vivir sin un problema de salud mental.

**6. El tratamiento es importante porque me ayuda con mi recuperación (escribe 3 motivos)**

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**7. Cuando uso mi historia personal para ofrecer apoyo a otros/as tengo que: (Marca la respuesta correcta)**

- Comparar mi historia con la de los demás
- Crear empatía buscando las experiencias comunes
- Contar toda mi historia aunque no tenga que ver con el problema que me cuenta.

**8. Un/a compañero/a de apoyo es... (Marca la respuesta correcta)**

- La persona que acompaña en la acogida inicial de un/a nuevo/a usuario/a.
- La persona que te ayuda a controlar la medicación.
- Un amigo.

**9. Enumera 3 funciones de los/as compañeros de apoyo**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**10. ¿Cuál es una función de los/as compañeros/as de apoyo?**

- Tomar decisiones respecto a la terapia o tratamiento del par receptor de la ayuda.
- Estar disponible todo el día para el par receptor.
- Dar apoyo en los momentos difíciles del par receptor.



## **ANEXO VII: Plantilla de valoración**

PLANTILLA DE VALORACIÓN

<b>Participante:</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Puntuación</b>		
<b>Role playing: presentación</b>			
Presentación: se presenta adecuadamente diciendo su nombre, sus funciones y sus límites.			
Indica las instalaciones y explica servicios			
Señala a los compañeros/as y a los profesionales que trabajan en la entidad			
Establece una relación empática con el/la par receptor/a: ayuda al receptor/a a abrirse e intenta conocerle y saber más de él/ ella			
Comunicación: tanto la comunicación verbal como no verbal son adecuadas.			
<b>Role playing: representación</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
Autenticidad de la respuesta: la respuesta no se vincula con una situación real – la respuesta se relaciona de manera muy relevante con la vida real.			
Complejidad: la respuesta implica el empleo de diferentes habilidades, pero la mayoría de bajo nivel - la respuesta implica muchas habilidades y contenidos distintos.			
Vinculación (con las funciones del CA y su desempeño)			
Expresión oral: tono de la voz, credibilidad...			
Empatía: identificación, o no, con los personajes y la historia.			
<b>Estudio de casos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
Autenticidad de la respuesta: la respuesta no se vincula con una situación real – la respuesta se relaciona de manera muy relevante con la vida real.			
Complejidad: la respuesta implica el empleo de diferentes habilidades, pero la mayoría de bajo nivel - la respuesta implica muchas habilidades y contenidos distintos.			
Vinculación (con las funciones del CA y su desempeño)			
Expresión oral: tono de la voz, credibilidad, expresiones...			
Empatía: identificación, o no, con los personajes y la historia.			
<b>TOTAL</b>			

**ANEXO VIII: Acta final**

Logo entidad



**ACTA FINAL**

<b>Participante:</b>			
Variaciones clínicas significativas		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	<b>Documento</b>	<b>Puntuación máxima</b>	<b>Puntuación obtenida</b>
Evaluación psicológica	Anexo III	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Evaluación de conocimientos	Anexo VI	20%	
Role playing: presentación	Anexo V	10%	
Role playing: representación	Anexo V	10%	
Estudio de casos	Anexo V	15%	
Evaluación del proceso	Anexos V y VI	30%	
Puntuación de los evaluadores		15 %	
<b>TOTAL</b> (No apto: 0-50; Apto: 51-100)			
<b>Indicaciones/ Recomendaciones</b>			
.....			
.....			
.....			

APTO

NO APTO

Lugar y fecha: .....

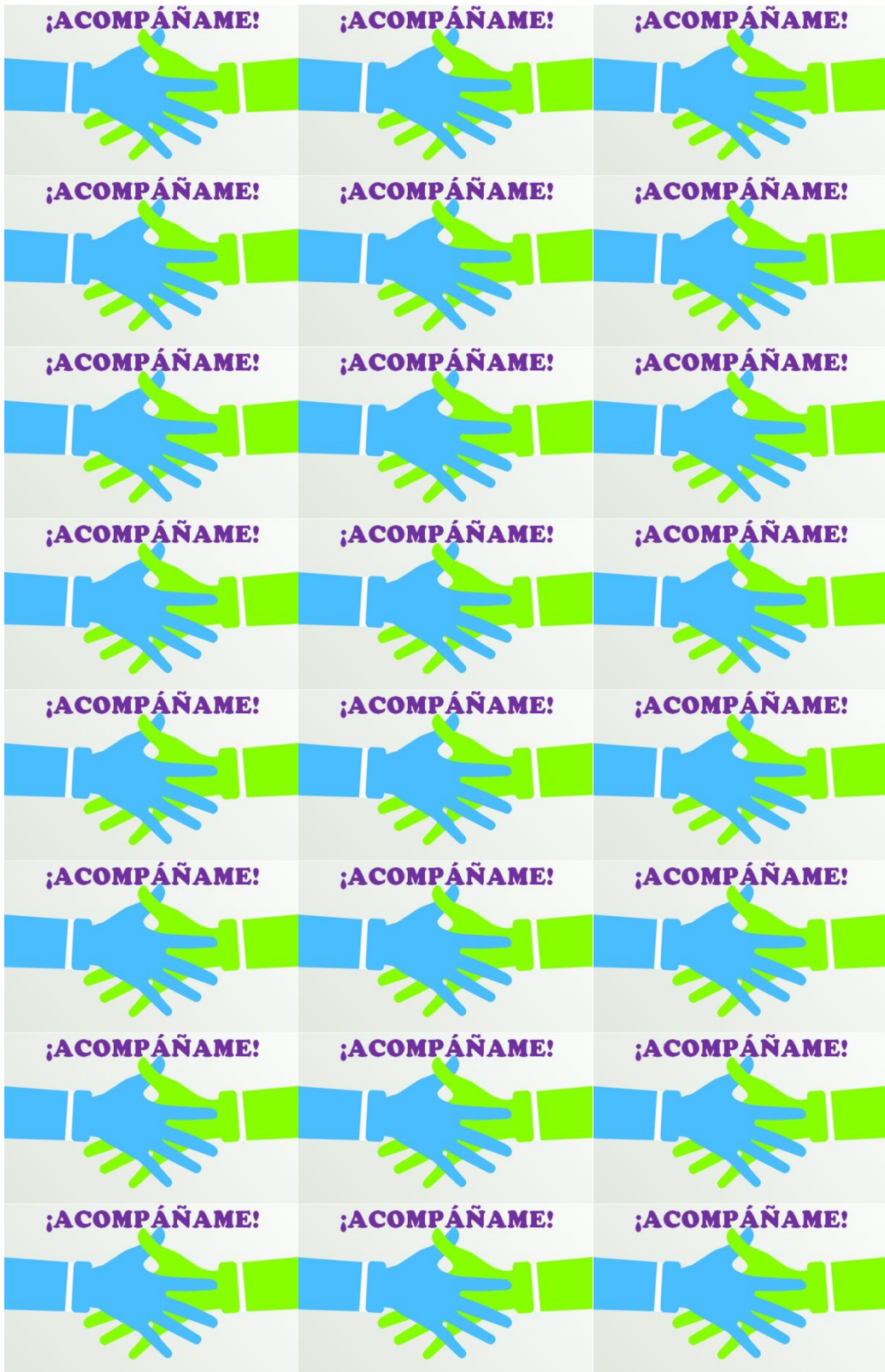
Firma evaluador/a interno/a

Firma evaluador/a externo/a

Nombre.....

Nombre.....

**ANEXO IX: Logotipo ;ACOMPÁÑAME!**



## **ANEXO X: Consentimientos/Compromisos**

Logotipo entidad



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS/AS PARTICIPIANTES

El proyecto en el que participa se compone de 13 sesiones que tienen por objetivo *la formación en ayuda mutua*. Este proyecto se desarrolla por Rebeca Zabaleta bajo la dirección del Dr. Fernando Lezcano, ambos de la Universidad de Burgos, y la Dra. M<sup>a</sup> Victoria Perea (Universidad de Salamanca).

La colaboración es de carácter voluntario y, en todo momento, podrá solicitar la información que estime oportuna.

Las personas responsables del proyecto se comprometen a mantener el anonimato de todas las personas participantes, así mismo a tratar la información siguiendo las normas de investigación científica para este tipo de estudio.

D./D<sup>a</sup> .....  
ha sido informado/a de programa de formación en ayuda mutua en el que va a participar, con un total de 13 sesiones. Esta de acuerdo con lo indicado y permite la utilización de la información siempre que su uso mantenga la privacidad de la persona que lo firma.

Firma.

En ..... a ..... de ..... de 20.....



Logotipo entidad



## INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA ¡ACOMPÁÑAME!

D./D<sup>a</sup> .....  
con DNI/Pasaporte número .....  
en mi condición de padre/madre/tutor/tutora de D./D<sup>a</sup>  
..... con fecha de nacimiento .....

### CONOZCO QUE:

1. Mi hijo/hija, va a participar en el programa ACOMPANAME que se llevará a cabo durante .....
2. La entidad ..... puede realizar fotografías y/o grabaciones de los participantes, durante la actividad citada en el punto anterior, en las que pueda aparecer mi hijo/a, para la memoria y difusión de la actividad.

### A SU VEZ, DECLARO:

- a) Que el/la autorizado/a sabe que debe aceptar las normas de seguridad y de comportamiento que le sean indicadas por los responsables de la actividad a desarrollar.
- b) Que conozco las características y normas de la misma, aceptando todas las condiciones, así como las directrices marcadas por los/as dinamizadores y responsables, en lo que se refiere a la buena marcha del grupo o a conductas personales, durante todo el desarrollo de la actividad.

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Firma

Logotipo entidad



**INFORME DEL PSIQUIATRA/TERAPEUTA PARA LA PARTICIPACIÓN EN  
EL PROGRAMA DE FORMACIÓN ¡ACOMPÁÑAME!**

Yo,.....,  
con D.N.I. ...., psiquiatra/terapeuta responsable de D. /D.<sup>a</sup>  
..... Declaro que esta  
persona, durante los últimos.....meses se ha encontrado estable y no ha sufrido  
ningún episodio sintomatológico.

Informo positivamente, a través de este documento, su participación en el programa de  
formación ¡ACOMPÁÑAME! que se va a llevar a cabo en la entidad  
..... donde participa habitualmente.

Nombre y firma

En.....a.....de.....del 20....

Logotipo entidad



## COMPROMISO DE ACTUACIÓN DEL DINAMIZADOR/A

Yo,....., con D.N.I. ....,

profesional en la entidad .....

desempeñando mis funciones como .....

Acepto y me comprometo, a través de este documento, a llevar a cabo el programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! en las condiciones establecidas previamente

Nombre y firma

En.....a.....de.....del 20....

Logotipo entidad



## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL/LA DINAMIZADOR/A

D. /D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ de la  
entidad social \_\_\_\_\_ se compromete  
a cumplir el presente Compromiso de Confidencialidad:

El desarrollo del programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! en la entidad supone el acceso y uso de información confidencial propiedad de los/as investigadores (Rebeca Zabaleta, Fernando Lezcano y M<sup>a</sup> Victoria Perea)

Se entiende por información confidencial toda la información que resulte identificada como tal o que por su propia naturaleza ostente de manera evidente tal carácter, cualquiera que fuere el soporte en que se encuentre, incluso si hubiese sido comunicada verbalmente. En todo caso tendrá dicha condición toda información que contenga datos de carácter personal, entendidos estos como cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo concerniente a personas físicas identificadas o identificables.

La información no tendrá carácter confidencial cuando:

- a) Fuese conocida por el estudiante con anterioridad.
- b) Fuese de dominio público.
- c) Su divulgación fuese requerida legalmente o mediante requerimiento judicial o administrativo.

El carácter público de los datos de carácter personal no se considerará una autorización para que sean tratados con cualquier fin.

La persona dinamizadora mantendrá como información confidencial aquella que reciba del programa ¡ACOMPÁÑAME! y de las personas participantes durante la formación, no permitiéndose su uso para otros fines. No la divulgará ni cederá a terceros salvo que

fuese necesario para dichas prácticas, y siempre que hubiese obtenido la previa autorización de los/as investigadores/as. Mientras la información confidencial esté en poder de el/la dinamizador/a, será responsable de su custodia, estando obligado a guardar la reserva debida respecto de los datos de carácter personal que pueda conocer en el marco de la formación.

Al término de su relación con los/as responsables de ¡ACOMÀÑAME!, el/la dinamizador/a deberá devolver todos los soportes que se encuentren en su poder y puedan contener información confidencial, inclusive las fotocopias que se hubiesen realizado, así como cualquier otro tipo de reproducción.

El presente compromiso de confidencialidad subsistirá de forma indefinida incluso una vez finalizada su relación con el programa ¡ACOMPÁÑAME!.

El/la dinamizador/a podrá ejercitar en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, dirigiéndose por escrito a la responsable principal del programa Rebeca Zabaleta ([rzabaleta@ubu.es](mailto:rzabaleta@ubu.es)).

En prueba de conformidad firma el presente compromiso en.....a.....de.....del 20....

Nombre y apellidos

Firma

## **ANEXO XI: Descripción de los/as participantes**

**Descripción de los/as participantes**

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>EDAD</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>AÑOS CON EL DIAGNÓSTICO</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

## **ANEXO XII: Qué es un/a compañero/a de apoyo**



Persona que ha pasado por una situación similar
Profesor/a
Persona con la que estableces una relación terapéutica
Persona con experiencia vivida
Un apoyo
Persona que sabe todo lo que tengo que hacer para ayudar en mi recuperación
Da y recibe ayuda
Empodera
Me ayuda con la medicación
Critica la vida de el/la par receptor/a
Transmite esperanza
Sirve como modelo de recuperación
Un/a amigo/a

## **ANEXO XIII: Diploma de participación**

Logo entidad



D./D<sup>a</sup> .....

Ha participado en el programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! compuesto por un total de 14 sesiones y que se ha llevado a cabo entre..... en la entidad .....

En.....a.....de.....del 20....

Director del programa/ entidad

Dinamizador/a de la formación

(Nombre)

(Nombre)

**ANEXO XIV: Informe final para el/la participante**

Logo entidad



**INFORME FINAL PARA EL/LA PATICIPANTE**

D./D<sup>a</sup> (evaluador/a interno) ..... y  
D./D<sup>a</sup> (evaluador/a externo) .....  
informan que D./D<sup>a</sup>.....  
ha finalizado el programa ¡ACOMPÁÑAME! con una calificación final:

APTO

NO APTO

Indicaciones/ Recomendaciones

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lugar y fecha: .....

Firma evaluador/a interno/a

Firma evaluador/a externo/a





## **ANEXO II: Dossier del compañero/a de apoyo**

**¡ACOMPÁÑAME!**



# Dossier de el/la compañero/a de apoyo

**NOMBRE:** .....

**ENTIDAD:** .....







COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### **¿Qué es ¡ACOMPÁÑAME!?**

Se trata de un programa de formación para personas con experiencia vivida de recuperación en situaciones vinculadas con la salud mental y que actualmente participan en una entidad social.

El objetivo es que adquiráis las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para actuar como compañeros/as de apoyo. Es decir, dar apoyo mutuo a las personas nuevas que lleguen a la entidad.

**¿Qué espero de ¡ACOMPÁÑAME!?**

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## Temporalización

*Incluir calendario señalando los días que hay formación y el horario.*

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

**La entidad donde participo:** *(nombre de la asociación)*

Las asociaciones son (Rubio, 2008) un recurso polivalente con una finalidad funcional e instrumental, que proporcionan a los asociados una experiencia de sintonía, compenetración y acogida a un grupo de personas afectadas por una problemática común y están dentro del marco social. Son un instrumento necesario para defender los intereses de su colectivo. En los primeros momentos fueron constituidas por los familiares, en este caso de las personas con enfermedad mental.

**¿Cómo funciona?**

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**

Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

**La entidad donde participo:** *(nombre)*

Según la Asociación Española de Fundaciones (2013), las fundaciones son, organizaciones sin ánimo de lucro que tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general, en este caso a favor de las personas con enfermedad mental. A diferencia de las asociaciones, no están constituidas por las personas afectadas o sus familiares

**¿Cómo funciona?**

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**

Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **PLANOS DE LAS INSTALACIONES**

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**

Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

**¿Qué tenemos en nuestra entidad?**

SERVICIOS	PROFESIONALES

**Servicios y/o recursos en el entorno:**

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **Mi eje cronológico**



**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### **¿Qué es la recuperación?**

La recuperación de la salud mental es un viaje. Según la Red de Recuperación Escocesa, la recuperación significa ser capaz de vivir una vida satisfactoria, de acuerdo a lo definido por cada persona, con o sin los síntomas. Controlar la propia vida, siendo un proceso único y personal.

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**





COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **Marco CHIME**

- La C significa conexión (Conexion) o el conjunto de relaciones con otras personas.
- La H significa esperanza y optimismo (Hope) en la recuperación, ya que está es posible.
- La I es de identidad (Identity), un sentido positivo de sí mismo.
- La M representa el dotar de significado a la propia vida (Meaning).
- La E significa fortalecimiento (Empowerment), al centrarse en los puntos fuertes y tener control sobre la vida.

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### ¿Qué ha favorecido mi recuperación?

<b>Marco CHIME</b>	<b>Mi historia personal</b>
CONEXIÓN (relaciones con otras personas)	
ESPERANZA Y OPTIMISMO	
IDENTIDAD (sentido positivo de mi mismo)	
DOTAR DE SIGNIFICADO A NUESTRA VIDA	
FORTALECIMIENTO (puntos fuertes y control de la propia vida)	

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **La historia de Alfonso Gálvez**

Como persona diagnosticada de un trastorno (esquizoafectivo), me toca hablaros sobre salud mental. Ésta engloba las emociones, las sensaciones, los sentimientos, todo aquello que normalmente no se ve pero que se puede notar y que ocurre dentro de nuestras mentes. Para mí, un trastorno se da cuando a las personas, en algún momento de nuestras vidas, esas emociones, sensaciones, sentimientos, etc., las notamos con mucha más intensidad en comparación con otras etapas de la vida.

Yo he pasado dos problemas de salud mental: una depresión y un brote psicótico. La depresión me ocurrió a los doce años, cuando insulté al líder de la clase, éste se cabreó conmigo, y puso a toda la clase en mi contra. Durante dos meses nadie me hablaba en clase, todos me despreciaban y podía oír cómo me criticaban. En definitiva, me hicieron bullying.

El trastorno se dio porque, a lo mejor estaba sentado en el sofá de mi casa, y pensaba que allí donde estuvieran mis compañeros, estos seguían criticándome, insultándome, etc., cuando en realidad no me estaba pasando nada allí en el sofá. Es decir, sufría todo el día, menos cuando dormía, que era muy poco. Se dio porque pensaba cosas que no eran verdad o no se podía demostrar que fueran verdad.

De la depresión salí por mi propio pie. Un día me dije que de aquello tenía que salir y me hice una estrategia de superación. Ésta estaba basada en decidir que lo que a mí no me había gustado que me hicieran, no volvérselo a hacer a nadie. Una de las prácticas en las que estaba basada el bullying era la de criticar.

Fuese karma o casualidad, el caso es que dejar de criticar a los compañeros diciendo cosas de ellos que no eran verdad o no estaban probadas que fueran verdad, porque la clase me hiciera bullying, me quitó sufrimiento de mi mente. Me dije que no tenía que creer nada que no vieran mis ojos y empecé a ayudar a los compañeros que pasaban por lo mismo que

yo y, así, me di cuenta que si estaba a gusto conmigo mismo, lo demás daba igual. Como era pequeño, no era consciente de que había hecho una estrategia para superar la depresión, ni de que había pasado por un trastorno, y se me olvidó.

A la edad de veintitrés años tuve el brote psicótico. Ocurrió cuando pensé que se podía dar una situación en la que podía salvar a gente de la muerte, evitando un suceso trágico. Al igual que con la depresión, esta situación me hizo pensar cosas que no eran verdad o no se podían probar. Eran cosas creíbles, pero no demostrables. Por eso entré en un bucle del que no podía salir porque lo que pensaba no se podía demostrar, no podía tener un fin, no podía llegar a ninguna conclusión y, así, no podía parar de pensar en ellas. La pelota se fue haciendo cada vez más grande, hasta llegar a pensar que podía ser el enviado del apocalipsis.

Del brote no pude salir por mi propio pie, necesité ayuda. Lo que sí que he podido hacer es no volver a tener otro brote (de momento).

Lo que no he contado hasta ahora es que intento no enfadarme, porque cuando me enfado con un amigo, pienso cosas de él que no son verdad o no se pueden probar. Y eso me pasó en el brote: que me cabree con el mundo y pensaba cosas que no eran verdad o no se podían probar. Ahora, algo que hago para no tener otro brote, es no enfadarme. Como con la depresión, esto ha quitado el sufrimiento de mi mente y ahora no tengo más.

Resumiendo: los dos trastornos estaban basados en pensar cosas creíbles, pero no demostrables, que me involucraban. En la depresión, era creíble que me criticasen mis compañeros cuando yo no estaba presente. En el brote, era creíble que había salvado a gente de la muerte. Ambos casos sucedieron después de una situación impactante para mí. En la depresión, cuando casi toda la clase me hiciese bullying por sólo una acción mía; y en el brote, por una situación casual que me hizo creer que podía salvar (que había salvado) a gente de la muerte.

Pienso que esto es lo que me pasa a mí: que dependiendo de la situación impactante en un caso evoluciono en una depresión y en otro caso en un brote psicótico. ¡Ojalá pueda ayudar a alguien este artículo! Aunque a nadie

más le tiene por qué pasar lo mismo que a mí. Las demás personas pueden tener otro tipo de características o formas de pensar, y cuando pasan una situación de impacto, pueden evolucionar hacia un trastorno u otro, o no desarrollar ninguno. Por eso no creo en las etiquetas, porque creo que depende de la situación.

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### **Partes comunes de cualquier historia de recuperación:**

- Quien soy y cómo era antes de tener una enfermedad mental.
- Cuáles fueron los primeros síntomas.
- Soy consciente de que necesito ayuda y la pido.
- Que profesionales me ayudan.
- La importancia de la familia, amigos, medicación...
- La recuperación y estrategias para mantener los síntomas.
- Tengo la enfermedad bajo control y una vida normalizada.

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

**La historia de** \_\_\_\_\_



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### Prevengo mis recaídas

FACTORES DESENCADENANTES	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR





COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## El autocuidado

Son el conjunto de medidas o actividades que las personas realizan en favor de sí mismas para mantener un estilo de vida saludable y el bienestar.

Actividad	Sí la realizo	Me gustaría realizarla	Valoración (1-10)
Higiene personal (ducha, vestimenta, etc)			
Tomar la medicación			
Descansar y dormir bien			
Tareas del hogar (limpiar, fregar, hacer la compra, etc.)			
Dieta equilibrada			
Manejo del dinero			
Ejercicio físico			
Ocio y tiempo libre			
Contacto con los recursos comunitarios			

### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR:



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### **Barreras en la recuperación**

BARRERAS Y OBSTÁCULOS	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

### **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **Decálogo de derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental**

Tenemos derecho a...

1. Ser tratados con respeto y dignidad
2. Una vida útil y plena
3. Tener un trabajo adaptado a nuestras características
4. La integración social
5. Recibir apoyo en centros especializados que sean accesibles para todos, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales.
6. Una correcta difusión de lo que es la enfermedad mental, sin estigmatizar a las personas afectadas
7. Desarrollar relaciones afectivas satisfactorias
8. Recibir apoyo de las administraciones públicas para tener acceso a ayudas y recursos necesarios
9. Recibir apoyos para desarrollar en todo lo posible una vida autónoma y desarrollo personal
10. Ser consultados y a dar nuestra opinión sobre las cosas que nos atañen y nos afectan.

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### Mis fortalezas

- 

### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## Vasijas de agua

Un cargador de agua de la India tenía dos grandes vasijas que colgaba a los extremos de un palo y que llevaba encima de los hombros.

Una de las vasijas tenía varias grietas, mientras que la otra era perfecta y conservaba toda el agua al final del largo camino a pie desde el arroyo hasta la casa de su patrón, pero cuando llegaba, la vasija rota solo tenía la mitad del agua.

Durante dos años completos esto fue así diariamente, desde luego la vasija perfecta estaba muy orgullosa de sus logros, pues se sabía perfecta para los fines para los que fue creada. Pero la pobre vasija agrietada estaba muy avergonzada de su propia imperfección y se sentía miserable porque solo podía hacer la mitad de todo lo que se suponía que era su obligación.

Después de dos años, la tinaja quebrada le habló al aguador así, diciéndole: “Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas solo puedes entregar la mitad de mi carga y solo obtienes la mitad del valor que deberías recibir.”

El aguador, le dijo compasivamente: “Cuando regresemos a la casa quiero que notes las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino.”

Así lo hizo la tinaja. Y en efecto vio muchísimas flores hermosas a lo largo, pero de todos modos se sentía apenada porque al final, solo quedaba dentro de sí la mitad del agua que debía llevar.

El aguador le dijo entonces “¿Te diste cuenta de que las flores solo crecen en tu lado del camino? Siempre he sabido de tus grietas y quise sacar el lado positivo de ello. Sembré semillas de flores a todo lo largo del camino por donde vas y todos los días las has regado y por dos años yo he podido recoger estas flores para decorar el altar de mi Maestro. Si no fueras exactamente como eres, con todo y tus defectos, no hubiera sido posible crear esta belleza.



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

MIS DEBILIDADES	MIS FORTALEZAS

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **El apoyo mutuo**

Es 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 y criterios diagnósticos. Se trata de entender la situación de otras personas empáticamente a través de la experiencia compartida del dolor emocional y psicológico (Mead, Hilton & Curtis, 2001).

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### Uso adecuado del lenguaje

TÉRMINO NEGATIVOS	CONCEPTOS POSITIVOS

### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR



Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **El/la compañero/a de apoyo**

**Definición de compañero/a de apoyo:**

---

---

---

---

**Funciones de los/as compañeros/as de apoyo**

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**

Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### **Límites de el/la compañero/a de apoyo**

- Un/a compañero/a de apoyo NO es un amigo. La relación que se establece es una relación de iguales.
- El/la compañero/a de apoyo NO puede tomar decisiones respecto a la terapia o medicación del receptor de la ayuda.
- El/la compañero/a de apoyo NO debe estar las 24 horas del día disponible para el receptor.
- El/la compañero/a de apoyo, debe dejar claros estos límites al receptor.

Situación 1.

*¿Qué debe hacer C?*

Situación 2.

*¿Qué debe hacer C?*

Video 7. *¿Qué debe hacer C?*

Video 8. *¿Cuál es el error?*

**COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## MARCO DE VALORES EN APOYO MUTUO

### ESPERANZA

Creemos que la recuperación es posible y real para todos y que:

- Los agentes son modelos muy potentes y una prueba de la realidad de la recuperación.
- Todos somos personas únicas, con esperanzas, sueños, aspiraciones y con potencial para ser todo aquello que nos proponamos.
- Una relación de apoyo mutuo ofrece un ambiente único de recuperación y una manera de promover la esperanza y el optimismo.
- Es posible aprender y crecer desde los retos y los contratiempos.

### EXPERIENCIA

Creemos que la recuperación es una experiencia única y que:

- Todos somos expertos de nuestra propia experiencia.
- Hay muchos tipos de recuperación y diferentes formas de comprender e interpretar la experiencia.
- Compartir experiencias puede ser un poderoso catalizador para el cambio y el crecimiento personal.
- Los agentes usan su experiencia de manera intencionada para animar y apoyar la recuperación.

### AUTENTICIDAD

Creemos que ser auténtico gira en torno a ser sincero con nosotros mismos y que:

- La empatía y la compasión son el motor de la relación.
- Las relaciones auténticas son abiertas, honestas y mutuas.
- El apoyo mutuo trata de construir conexiones que permiten a la gente confiar en su sabiduría y compartirla.

## RESPONSABILIDAD

Creemos que el bienestar y la recuperación requieren tomar responsabilidades y que:

- Apoyar a la gente para que realice cambios se consigue a través del 'estar con' más que con el 'hacer para'.
- Los agentes son responsables de asegurarse de que se promueven y se desarrollan los valores del apoyo mutuo.
- Los agentes deberían ser responsables de su aprendizaje y desarrollo.
- Los agentes son responsables de superar el estigma y la discriminación.

## MUTUALIDAD

Creemos que la mutualidad es el corazón del apoyo mutuo y que:

- Somos interdependientes y todos tenemos algo con lo que contribuir.
- La mutualidad se desarrolla compartiendo ideas, conocimiento y experiencias de manera respetuosa.
- La mutualidad se desarrolla por medio del debate y la negociación de lo que es de ayuda en la relación.
- Todo aquel que forma parte de la relación es responsable de que funcione.

## FORTALECIMIENTO

Creemos que el fortalecimiento significa estar al mando y que:

- La recuperación es un trabajo individual y la relación se base en el aprendizaje conjunto.
- El fortalecimiento ocurre cuando aprovechamos nuestras virtudes y capacidades individuales y colectivas.
- Tomar riesgos, intentar cosas nuevas y alejarse de la zona de confort es esencial para el crecimiento y el cambio personal.
- Tener poder y control se consigue identificando nuestras necesidades, tomando decisiones y asumiendo la responsabilidad para buscar soluciones.

Marco de valores de apoyo mutuo. Fuente: Peer2Peer (2018a).

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### Habilidades de comunicación

Habilidades de comunicación verbal	Habilidades de comunicación NO verbal
Hablar de forma clara y sencilla.	Escucha activa y empática
Uso de un lenguaje adecuado a cada situación.	Tono, volumen y velocidad de la voz adecuados
Utilizar temas de conversación que resulten de interés al receptor.	Mirar a los ojos: mostramos interés por lo que estamos hablando.
Realizar <i>feedback</i> con el receptor: mostrar que sigues con interés la conversación (asentir, preguntar...)	Expresión facial: muestra las emociones.
	Postura corporal adecuada
	Mantener distancia con la persona

### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

### Comunidad de apoyo de los/as compañeros/as

✓ BUEN USO	× MAL USO
Me surge un problema o una situación que no sé cómo afrontar con la persona que está recibiendo mi apoyo y pido ayuda.	Discuto con los compañeros/as del grupo llegando a faltarles al respeto.
Puedo no estar de acuerdo con la aportación de un compañero/a, de forma educada expongo mi desacuerdo y mi punto de vista.	Impongo mi visión cuando estoy desacuerdo con mis compañeros/as.
	Mando videos que no tienen relación con las funciones del compañero/a de apoyo
	Reenvío cadenas de mensajes ajenas a nuestras funciones.

### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## **Me desenvuelvo como compañero/a de apoyo**

### Primer contacto, Pautas:

- Presentarse
- Explicar su rol, el de compañero/a de apoyo (funciones y límites).
- Enseñar las instalaciones, presentar a los compañeros y explicar los servicios y profesionales de la entidad.
- Conocer las expectativas y motivaciones del receptor.

### Posibles situaciones futuras

## **COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR**

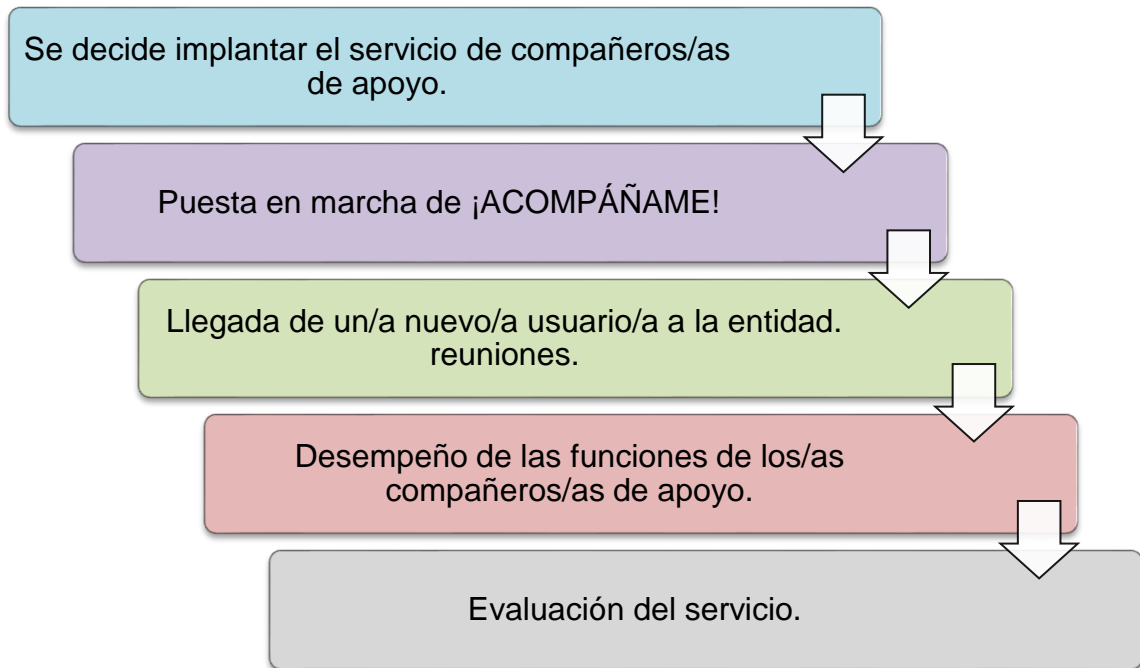


Logotipo entidad



COMPAÑERO/A DE APOYO: .....

## Protocolo ¡ACOMPÁÑAME!



### COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR



### **ANEXO III: Trípticos para la difusión**



## ¡ACOMPÁÑAME!

*Programa de formación basado  
en el apoyo entre iguales*

### QUÉ ES ¡ACOMPÁÑAME!

Es un programa de formación, basado en el apoyo mutuo y el apoyo entre iguales, para personas con problema de salud mental que participan en una entidad social.



### OBJETIVO

Adquirir las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para actuar como **compañeros/as de apoyo**.

### EL/LA COMPAÑERO/A DE APOYO

- Se trata de un nuevo perfil para entidades sociales.
- Es una persona con problemas de salud mental que se encuentra en un proceso de recuperación.
- Su función principal es acompañar a los/as nuevos/as usuarios/as en la acogida y adaptación a los servicios de la entidad y apoyar en el proceso de recuperación.

***¡Novedoso!***

Robótica



Vídeos 360º



## A QUIÉN VA DIRIGIDO

---

El programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! está dirigido a cualquier entidad social para personas con dificultades de salud mental que desee incorporar este nuevo perfil.



## BENEFICIOS DEL PROGRAMA


---

- Los/as participantes desarrollan habilidades relacionadas con el apoyo mutuo y el empleo. Repercute positivamente en su sentimiento de contribución.
- Facilita la incorporación a la entidad de los/as receptores/as del apoyo y el acompañamiento en su proceso de recuperación.
- La intervención concibe un nuevo contexto y nuevas relaciones, un espacio de relación más personal e íntimo, donde se sienten comprendidos/as y escuchados/as.



Contacto:

 [rzabaleta@ubu.es](mailto:rzabaleta@ubu.es)

 669 045 322


## **BENEFICIOS DEL PROGRAMA**

- Los/as participantes desarrollan habilidades relacionadas con el apoyo mutuo y el empleo. Repercute positivamente en su sentimiento de contribución.
- Facilita la incorporación a la entidad de los/as receptores/as del apoyo y el acompañamiento en su proceso de recuperación.
- La intervención concibe un nuevo contexto y nuevas relaciones, un espacio de relación más personal e íntimo, donde se sienten comprendidos/as y escuchados/as.



Contacto:

 [rzabaleta@ubu.es](mailto:rzabaleta@ubu.es)

 669 045 322



**¡ACOMPÁÑAME!**

*Programa de formación basado  
en el apoyo entre iguales*

## QUÉ ES ¡ACOMPÁÑAME!

Es un programa de formación, basado en el apoyo mutuo y el apoyo entre iguales, para personas con problemas de salud mental que participan en una entidad social.



## OBJETIVO

Adquirir las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para actuar como **compañeros/as de apoyo**.

## EL/LA COMPAÑERO/A DE APOYO

- Se trata de un nuevo perfil para entidades sociales.
- Es una persona con problemas de salud mental que se encuentra en un proceso de recuperación.
- Su función principal es acompañar a los/as nuevos/as usuarios/as en la acogida y adaptación a los servicios de la entidad y apoyar en el proceso de recuperación.

*¡Novedoso!*

Robótica



Vídeos 360°



## A QUIÉN VA DIRIGIDO

El programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! está dirigido a cualquier entidad social para personas con dificultades de salud mental que desee incorporar este nuevo perfil.





## **ANEXO IV: Manuale ¡ACCOMPAGNAMI!**

**¡ACOMPÁÑAME!**



# STUDIO PILOTA

*Adattamento del programma di  
formazione ¡ACOMPÁÑAME!  
(¡ACCOMPAGNAMI!)*



# Indice

---

Presentazione .....	3
Istruzioni per il facilitatore .....	6
SESSIONE 0: Valutazione .....	8
SESSIONE 1: Mi presento .....	9
SESSIONE 2: Il mio recupero.....	12
SESSIONE 3: So di più su altri problemi di salute mentale. ....	15
SESSIONE 4: Trattamento dei problemi di salute mentale .....	17
SESSIONE 5: I miei punti di forza nel superare gli ostacoli .....	21
SESSIONE 6: Sono il vostro sostegno .....	24
SESSIONE 7: Io do il mio sostegno.....	27
ALLEGATI .....	30
Allegato I: Logo per il dossier .....	31
Allegato II: Descrizione delle persone partecipanti.....	32
Allegato III: Consenso informato .....	33
Allegato IV: WHODAS 2.0.....	34
Allegato V: Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulti .....	37
Allegato VI: Questionario sulla salute mentale positiva .....	39
Allegato VII: Barzellette mediche .....	42



## Presentazione

Questo **studio pilota** è un adattamento e una traduzione del programma di formazione ¡ACOMPÁÑAME! (¡ACCOMPAGNAMI!).

**L'obiettivo** di questo programma è di valutare se l'adattamento del programma ¡ACCOMPAGNAMI! migliora la conoscenza e il benessere psicologico dei partecipanti.

Lo studio **consiste in** un totale di 7 sessioni della durata di 30-40 minuti ciascuna. Tutte le sessioni hanno la stessa struttura:

- 1) Iniziate con un'introduzione al lavoro del giorno precedente e una panoramica delle attività che si svolgeranno in quel giorno.
- 2) Prosegue l'attuazione delle attività proposte.
- 3) Si conclude con una riflessione individuale e volontaria sugli aspetti chiave della sessione.

Inoltre, si terrà un primo incontro con i partecipanti per condurre due dei test di valutazione iniziali.

Il programma **si basa** sulla partecipazione attiva di coloro che seguono il corso e che ritengono che la formazione sia uno sviluppo personale. Per questo motivo i titoli delle sessioni sono stati scritti in prima persona.

La **metodologia** combina teoria e pratica. Nelle attività si lavora sui contenuti principali del programma iniziale, come la guarigione, la cura con farmaci o il mutuo sostegno.



Uno degli elementi fondamentali della formazione è il **Dossier del partner di supporto**, una cartella personalizzata dove, individualmente, vengono raccolti i concetti chiave e le idee del programma. Il materiale è adattato seguendo le linee guida di facile lettura per l'accessibilità di tutti. La prima pagina è la copertina e deve essere a colori, il resto segue la stessa struttura: nome e logo in alto, concetti chiave e uno spazio per le note in basso. Ogni volta che viene consegnata una pagina del Dossier si comprende che è obbligatorio dare loro il logo (adesivo o fotocopia del logo e colla). Il logo per il dossier è incluso nell'ALLEGATO I.

La **selezione dei partecipanti** non è stata fatta a caso. La loro descrizione figura all'ALLEGATO II. Tutti hanno precedentemente firmato un consenso informato (ALLEGATO III) per la partecipazione allo studio.

Infine, la **valutazione** consiste in tre questionari autogestiti da effettuare con la tecnica del test-retest, in una prima riunione e durante la prima sessione. Saranno completati di nuovo nell'ultima sessione. I test da eseguire sono i seguenti:

- 1) WHODAS 2.0: è uno strumento di valutazione generico e pratico che cattura il livello di funzionamento in sei ambiti della vita: comprensione e comunicazione; capacità di muoversi -ambiente-; cura della persona; relazione con gli altri; attività della vita quotidiana; partecipazione alla società. Il questionario è composto da 36 voci che includono domande su difficoltà dovute a condizioni di salute. La persona deve rispondere in base alle difficoltà incontrate negli ultimi 30 giorni nello svolgimento delle attività, con le seguenti possibili risposte:

nessuna; poca; moderata; molta; moltissima o non ho potuto farlo (Üstün et al., (Eds.), 2010<sup>1</sup>). (ALLEGATO IV)

- 2) Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulti: è una misura centrata sul paziente che valuta i settori della salute mentale che sono importanti nelle diagnosi psichiatriche. Si compone di 23 domande che valutano 13 domini psichiatrici, tra cui depressione, rabbia, mania, ansia, sintomi somatici, pensieri suicidi, psicosi, problemi di sonno, memoria, pensieri e comportamenti ripetitivi, dissociazione, funzionamento della personalità, e l'uso di sostanze. Ogni item chiede quanto (o con quale frequenza) ha avuto un sintomo specifico nelle due settimane precedenti e viene valutato su una scala di 5 punti: 0 – assente o per nulla; 1 – molto leve o raramente, meno di un giorno o due; 2 – live o alcuni giorni; 3 – moderato o più della metà dei giorni; 4 - grave o quasi tutti i giorni (American Psychiatric Association, 2013<sup>2</sup>). (ALLEGATO V)
- 3) Questionario sulla salute mentale positiva: scala per misurare, operare e valutare la salute mentale positiva. Si tratta di un modello multifattoriale basato su 6 fattori interconnessi. Il questionario è composto da 39 item raggruppati nei sei fattori che definiscono la costruzione: soddisfazione personale; atteggiamento prosociale; autocontrollo; autonomia; capacità di problem solving e di auto-realizzazione; capacità relazionale. Ad ogni articolo viene data una risposta da 1 a 4, a seconda della frequenza con cui viene prodotto: sempre o quasi sempre, molto spesso, a volte, mai o quasi mai (Lluch, 2015<sup>3</sup>). (ALLEGATO VI)

---

<sup>1</sup> Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

<sup>2</sup> Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Washington: Médica Panamericana.

<sup>3</sup> Lluch, M. T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista de enfermería y salud mental*, (1), 23-26.

## Istruzioni per il facilitatore

Lo studio pilota è costituito da diversi **materiali**:

- Questo documento contiene una descrizione dettagliata di ciascuna delle sessioni e delle attività.
- Dossier per i partner di supporto, una cartella individuale che ogni partecipante si preparerà durante la formazione (Carta 1).
- Diario di campo per il facilitatore della formazione (Carta 2).
- Power Point con lo sviluppo delle sessioni per il facilitatore da utilizzare come supporto durante la formazione (Carta 3).

Il facilitatore è il responsabile della preparazione delle sessioni e del materiale necessario per ciascuna di esse (schede, teoria, Power Point, video...).

Ogni volta che viene consegnata ai partecipanti una pagina del Dossier per i partner di supporto, comprendiamo che è obbligatorio dare loro il logo (adesivo o fotocopia del logo e della colla) del programma in modo che possano inserirlo nella parte superiore destra della pagina e scrivere il loro nome. Riteniamo che il colore sia utile nella strutturazione di questo programma, pertanto è bene evitare fotocopie in bianco e nero. La copertina del Dossier, Foglio 1, deve essere stampata a colori. Il logo per il fascicolo è incluso nell'ALLEGATO I

Il facilitatore, con l'aiuto del neurologo/psichiatra, deve compilare il foglio di descrizione dei partecipanti (ALLEGATO II).

È molto importante che, dopo ogni sessione, il facilitatore completi il diario di campo con le note di ogni attività e le osservazioni generali della sessione.

### **Raccomandazioni generali**

- Prima dell'inizio della formazione, tutti i partecipanti devono firmare il consenso informato per la partecipazione al programma (ALLEGATO III).
- Preparare le sessioni in anticipo.
- Fotocopiare i materiali necessari (fogli di dossier, logo - sempre a colori-...)
- Si consiglia di effettuare due sessioni settimanali. Nel caso in cui si effettuassero più sessioni è bene tenere in considerazione lo sforzo dei partecipanti.

Per qualsiasi domanda sul materiale è possibile contattare Rebeca Zabaleta ([rzabaleta@ubu.es](mailto:rzabaleta@ubu.es)) o Fernando Lezcano ([flezcano@ubu.es](mailto:flezcano@ubu.es)).

## **SESSIONE 0: Valutazione**

Questo incontro è il primo contatto con le persone con le quali si attua la formazione. Può essere individuale o di gruppo.

Tutti i partecipanti devono prima leggere e firmare il consenso informato (ALLEGATO III) per la partecipazione alla formazione. Assicuratevi che il consenso espresso sia consapevole e, pertanto, rispondete a tutte le eventuali richieste aggiuntive di informazione.

Il facilitatore della formazione e/o neurologo/psichiatra deve somministrare i primi due test di screening:

- WHODAS 2.0 (ALLEGATO IV)
- Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulti (ALLEGATO V).

Per mantenere l'anonimato dei partecipanti ai questionari, ad ogni partecipante viene assegnato un numero che deve corrispondere a quello riportato sulla scheda di descrizione (ALLEGATO II).

Dopo aver compilato entrambi i questionari, vengono ringraziati per i loro sforzi e convocati (giorno, ora e luogo) per la prima sessione della formazione.

## SESSIONE 1: Mi presento

SESSIONE 1: Mi presento			
Attività	Materiale	Dossier	Powe Point
1.1		Foglio 1 e 2	Diapositiva 3
1.2			Diapositiva 4
1.3		Foglio 3	Diapositiva 5
1.4	Questionario		Diapositiva 6

### Introduzione 1

Il facilitatore della sessione accoglie tutti i partecipanti alla formazione e si presenta.

*Esempio: Buongiorno, il mio nome è Maria. Sono una educatrice e sarò la responsabile dell'esecuzione del programma di formazione.*

Durante questa sessione ci accingiamo a effettuare un adattamento della formazione ;ACCOMPAGNAMI!, basato sul sostegno tra pari. Successivamente, faremo un questionario iniziale e vedremo in cosa consiste il programma.

### Attività 1

- Attività 1.1: Che cos'è ;ACCOMPAGNAMI!?

;ACCOMPAGNAMI! è un programma di formazione, basato sul mutuo sostegno, per persone con esperienza vissuta di recupero in situazioni legate alla salute mentale.

La formazione sviluppa la figura del partner di supporto, una persona con esperienza vissuta nella salute mentale la cui funzione principale è quella di supportare i colleghi che stanno attraversando un periodo di recupero.

Questo adattamento consiste di 7 sessioni. Durante la formazione, ognuno di voi preparerà il proprio dossier del partner di supporto, vale a dire una cartella in cui vengono raccolte le idee e i concetti chiave del programma. Consegnare il FOGLIO 1 con la copertina.



Vi spieghiamo che su tutti i fogli, in alto alla pagina, dovrete scrivere il vostro nome e posizionare il logo del programma e, in basso, avrete uno spazio per le note che ritenete rilevanti. Consegnare il FOGLIO 2 con la definizione del programma.

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLI 1 e 2 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 5 minuti

ⓘ **Importante!** Ogni volta che consegniamo un Foglio del Dossier diamo loro il logo della formazione per collocarla al posto giusto (in alto a destra).

- Attività 1.2: Ci presentiamo

Chiedete ai partecipanti:

- Nome.
- Età.
- Provenienza.

Tempo stimato: 5 minuti

- Attività 1.3: Il mio asse cronologico

Su FOGLIO 3, ogni partecipante ha una linea retta. L'inizio della linea è la sua nascita e la fine è il momento presente. Devono segnare sull'asse gli eventi che considerano più rilevanti per la loro vita. Si consiglia di utilizzare due colori, uno per identificare i positivi e l'altro per identificare i negativi.

Se non hanno indicato nulla in relazione alla diagnosi o al processo della malattia, il facilitatore deve segnalarglielo in modo da poterlo incorporare.

*Esempio:*



Abbiamo discusso un po' degli eventi che hanno segnato l'asse:

- Quali sviluppi positivi ha segnato? Perché sono positivi?
- Quali sono gli eventi negativi che ha segnalato? Perché li considera negativi?

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 3 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 10 minuti

- **Attività 1.4: Questionario**

Consegniamo ai partecipanti il questionario sulla salute mentale positiva (ALLEGATO VI) a cui devono rispondere.

Come nei questionari precedenti, invece di scrivere il loro nome, scrivono il numero di partecipante che corrisponde alla scheda descrittiva.

Tempo stimato: 20 minuti

### **Riflessione 1**

Cosa ne pensi del programma di formazione?

Per quanto concerne il questionario, qualcuno vuole commentare qualcosa?

## SESSIONE 2: Il mio recupero

SESSIONE 2: Il mio recupero			
Attività	Materiale	Dossier	Power Point
2.1		Foglio 4	Diapositiva 8
2.2		Foglio 5	Diapositiva 9 y 10
2.3	Musica rilassante	Foglio 6	Diapositiva 11
2.4	Fogli		Diapositiva 12

### Introduzione 2

Nella sessione precedente abbiamo iniziato a pensare al nostro viaggio con l'asse cronologico.

In questa sessione, lavoreremo l'uno sul processo di recupero dell'altro. Identificheremo anche le parti comuni a tutte le storie di recupero.

Forse ad un certo punto, i ricordi possono non essere molto piacevoli, ma fa parte della tua vita e, pensa, può rendere più facile per te aiutare gli altri. Come sapete, questo è l'obiettivo del programma.

### Attività 2

- Attività 2.1: Che cos'è il recupero?

Prima, per ascoltare la sua opinione, facciamo ai partecipanti la domanda:

*Che cosa è il recupero?*

Successivamente, consegniamo FOGLIO 4. Leggiamo ad alta voce la definizione (il facilitatore la legge o qualcuno è invitato a farlo) e risolviamo i possibili dubbi.

*Il recupero della salute mentale è un viaggio. Secondo la Scottish Recovery Network<sup>4</sup>, recupero significa essere in grado di vivere una vita soddisfacente,*

---

<sup>4</sup> Scottish Recovery Network (2017). What is recovery? Disponibile en: <https://bit.ly/2l38OoR>

*come auspicato da ogni persona, con o senza i sintomi. Controllare la propria vita, è un processo unico e personale.*

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 4 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 5 minuti

- Attività 2.2: Quali parti comuni troviamo in tutte le storie?

Anche se ogni storia di recupero è unica e individuale, ci sono parti comuni a tutti loro. Apriamo un dibattito su quali parti possiamo identificare in tutte le storie.

Abbiamo consegnato il FOGLIO 5 con le parti comuni che possiamo trovare in tutte le storie e leggeteli ad alta voce (ogni partecipante legge un punto).

- Chi sono e come ero prima che avessi una malattia mentale.
- Quali sono stati i primi sintomi.
- Sono consapevole di aver bisogno di aiuto e lo chiedo.
- Quali professionisti mi aiutano.
- L'importanza della famiglia, degli amici, dei farmaci....
- Recupero e strategie per contenere i sintomi.
- Ho la malattia sotto controllo e una vita normale.

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 5 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 5 minuti

- Attività 2.3: La mia storia di recupero

Abbiamo iniziato a riflettere sulla nostra storia di recupero. Individualmente e seguendo le parti comuni che abbiamo identificato, ognuno di voi deve scrivere la propria storia personale di recupero. Consegniamo il FOGLIO 6.

Si consiglia di riprodurre musica rilassante in sottofondo.

Esempio: <https://bit.ly/2q3jAiB>

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 6 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 15 minuti

- Attività 2.4: Chiedi un regalo alla Befana

Avete già riflettuto e scritto la vostra storia di recupero. Ora pensa a qualcosa che ti sarebbe piaciuto nel recupero.

Diamo ad ogni partecipante un foglio di carta e chiediamo di scrivere questo augurio per la strega Befana. Chiunque lo desidera può dividerlo con i propri colleghi.

Alla fine, chiedete loro di riflettere se, in qualche modo, potrebbero contribuire positivamente in questo modo o in qualcosa di simile ad altri colleghi.

Tempo stimato: 5 minuti

## **Riflessione 2**

Ognuno di voi ha riflettuto sulla propria storia personale, come si è sentito?

Cosa pensi di poter portare agli altri?

## SESSIONE 3: So di più su altri problemi di salute mentale.

SESSIONE 3: So di più su altri problemi di salute mentale.			
Attività	Materiale	Dossier	Powe Point
3.1	Fogli		Diapositiva 14
3.2		Foglio 7	Diapositiva 15

### Introduzione 3

Abbiamo chiesto ai partecipanti come lo hanno vissuto perché, per alcuni, potrebbe essere stato un processo difficile da attuare per il loro processo di recupero. Vi ringraziamo per il lavoro svolto.

Dopo aver lavorato attraverso il processo di recupero individuale, in questa sessione impareremo di più su altre problematiche di salute mentale.

### Attività 3

- Attività 3.1: Conosciamo altre malattie

Per saperne di più su altre malattie mentali e per esporre tutto ciò che sanno della malattia di cui soffrono, abbiamo condotto il seguente esercizio:

- 1) Ad ogni partecipante sarà consegnato un elaborato con una patologia non coincidente con la propria. (Preparare prima i fogli necessari)
- 2) Ognuno deve fare una breve storia di una persona con la malattia assegnata. Dovrebbero fare una proposta il più reale possibile, incorporando quegli aspetti che conoscono dell'altra malattia, dai coetanei, dai familiari... (come si è manifestata, gli inizi, il decorso, il sostegno ricevuto, i farmaci, la guarigione).

*Esempio. Il mio nome è Andrea, mi è stato diagnosticato un disturbo bipolare all'età di 21 anni. Durante l'adolescenza non avevo quasi nessun amico e il rapporto con la mia famiglia non era molto buono, a causa dei miei drastici sbalzi d'umore. Passavo un po' di tempo in isolamento e altri che, a causa dell'euforia, passavo tutto il giorno a fare shopping. Grazie a mia sorella maggiore, abbiamo deciso di chiedere aiuto.*

*All'inizio era difficile per me accettare la diagnosi, soprattutto per la mia famiglia. Ora ho 32 anni, grazie al farmaco sono stabile, ho ripreso gli studi. Sto seguendo un corso di cucina e ho incontrato alcune persone molto gentili con le quali a volte andiamo al cinema.*

- 3) Uno dopo l'altro, raccontano le storie. Il resto dei compagni, in particolare quelli che soffrono della malattia che si sta trattando, aggiungeranno aspetti circa il corso della malattia, sintomi, farmaci, supporto, recupero ...

Tempo stimato: 20 minuti

- Attività 3.2: Ridiamo delle malattie

Abbiamo iniziato l'attività con due domande aperte:

- Possiamo ridere delle malattie?
- Come possiamo farlo?

Consegniamo il FOGLIO 7 (ALLEGATO V) dove vengono raccolte diverse battute sui medici. Uno ad uno, li leggono ad alta voce. Poi domandiamo loro se sanno qualcosa di più e chiediamo loro di raccontarcelo.

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 7 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 10 minuti

### **Riflessione 3**

Perché pensi che sia importante saperne di più su altre malattie?

Che cosa avete imparato oggi?

## SESSIONE 4: Trattamento dei problemi di salute mentale

SESSIONE 4: Trattamento dei problemi di salute mentale			
Attività	Materiale	Dossier	Power Point
4.1			Diapositiva 17
4.2	Video 1. Occhiali di realtà virtuale	Foglio 8	Diapositiva 18
4.3		Foglio 9 e 10	Diapositiva 19

### Introduzione 4

Dopo aver imparato di più su altri problemi di salute mentale, in questa sessione lavoreremo sul trattamento.

### Attività 4

- Attività 4.1: Trattamento farmacologico

Abbiamo tenuto un dibattito sull'importanza del trattamento farmacologico:

- Perché è importante prendere dei farmaci?
- Cosa succede quando non seguiamo le cure mediche?
- Cosa devo fare se ho problemi con i miei farmaci?
- Se sappiamo di qualcuno che ha lasciato il farmaco, cosa è successo a loro? (Né la domanda né la risposta dovrebbe essere posta in prima persona, cioè, nessuno parla di se stesso, anche se è la persona che è stata colpita. Parlare sempre di: conosco una persona..... Mi è stato detto che....)

Tempo stimato: 5 minuti

- Attività 4.2: Importanza del trattamento farmacologico

Vediamo, con gli occhiali di realtà virtuale, il Video 1: nuovo farmaco, registrato a 360°. Poi la situazione del video viene messa in comune.



Il video è disponibile in: <https://www.youtube.com/watch?v=aToNoMX-Ask>

### **Istruzioni per la visualizzazione di video a 360**

1. Su uno Smartphone con connessione internet, accedere a YouTube.
2. Trova il canale di Rebeca Zabaleta e trova il video di cui hai bisogno.
3. Assicurarsi che il video sia in movimento.
4. Posizionare lo smartphone negli occhiali di realtà virtuale.
5. I partecipanti possono godere dell'esperienza video a 360°.

Video 1: Nuovo farmaco. (-PS: Partner di Supporto / +PR: Paio Ricevitore)

-PS: Ciao Anna,

+PR: Salve

-PS: Ti ho sentito ultimamente triste, scoraggiato..... stai bene?

+PR: Sì, sto bene.....

+PR: Non ho dormito molto bene stasera. Ho passato una brutta serata, non ho dormito sul flip, ho visto passare le ore.....

-PS: Ma Anna, hai preso le tue medicine?

+PR: Sì, ho preso la mediazione. Anche se è vero che sto pensando di abbassare un po in basso, non mi fa niente.....

Chiediamo al gruppo, *a cosa risponderebbe?*

Il prossimo, consegniamo il FOGLIO 8. In coppia scrivere tre argomenti per convincere un'altra persona dell'importanza del trattamento farmacologico.

1. Il trattamento farmacologico è importante perché.....
2. Il trattamento farmacologico è importante per.....
3. Il trattamento farmacologico è importante quando.....

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 8 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 15 minuti

- Attività 4.3: Cosa facciamo?

Di seguito sono proposte diverse situazioni (FOGLIO 9 e 10). A coppie, a ciascuna di esse viene assegnata una delle situazioni a cui devono proporre una soluzione. Si raccomanda di fare una breve rappresentazione della scena.

Dopo ogni rappresentanza, c'è un dibattito sulle soluzioni proposte per ogni situazione e cerchiamo di raggiungere un consenso su quelle più appropriate. Tutte le proposte pertinenti devono essere annotate nel Dossier.

- Situazione 1: Un collega dice che la mattina è molto sedato dal farmaco e smetterà di prendere la pillola della colazione. *Che cosa facciamo ora?*

*Esempio di soluzione: non potete smettere di prendere il farmaco quando volete, visitate il neurologo/psichiatra, parlargli del problema e chiedergli di proporre la soluzione appropriata.*

- Situazione 2: Un collega dice di stare bene adesso, ha parlato con un suo amico e gli ha detto che se sta bene dovrebbe smettere di prendere i farmaci. *Che cosa facciamo ora?*

*Esempio di soluzione: il tuo amico non è la persona che deve dirti quando smettere di prendere il farmaco, non devi ascoltarlo. Se si desidera modificare il farmaco, parlare con il neurologo.*

- Situazione 3: Non sono malato, non sono malato! Non prendo farmaci. *Che cosa facciamo ora?*

*Esempio di soluzione: inizialmente non volevo assumere il farmaco, ma è necessario tenere sotto controllo i sintomi della malattia. Gli inizi con i farmaci sono difficili, fino a quando non si trova quello giusto, però poi ti aiutano ad avere una vita normale.*

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLI 9 e 10 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 15 minuti

#### **Riflessione 4**

Ogni situazione è particolare e ha caratteristiche proprie, ma possiamo identificare parti comuni, come il trattamento farmacologico.

Perché è così importante essere consapevoli dell'importanza del trattamento farmacologico nel recupero?

## SESSIONE 5: I miei punti di forza nel superare gli ostacoli

SESSIONE 5: I miei punti di forza nel superare gli ostacoli			
Attività	Materiale	Dossier	Power Point
5.1		Foglio 11	Diapositiva 21
5.2		Foglio 12	Diapositiva 22
5.3		Foglio 13	Diapositiva 23

### Introduzione 5

Conosciamo già l'importanza del trattamento farmacologico e di seguire le istruzioni di un neurologo o di uno psichiatra. In questa sessione scopriremo i nostri punti di forza e le nostre strategie per superare gli ostacoli che si frappongono.

### Attività 5

- Attività 5.1: Scopro i miei punti di forza

I punti di forza sono gli attributi positivi, gli atteggiamenti, i valori, le abilità, le preferenze... che ognuno ha. Ora pensate ai vostri punti di forza e scriveteli sul FOGLIO 11.

Per aiutarvi a scoprire i vostri punti di forza, si può pensare a un momento difficile della vostra vita e mettere in evidenza le cose buone che hai.

- Cosa abbiamo imparato da questa esperienza
- Quali punti di forza abbiamo acquisito
- Perché, pur essendo un momento difficile, valeva la pena rievocarlo?

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 11 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 10-15 minuti

- Attività 5.2: Come affrontare gli ostacoli?

Prima di tutto analizziamo le barriere e/o gli ostacoli che possiamo incontrare nel processo di recupero (come la stigmatizzazione, la discriminazione, l'autostigma, l'isolamento...)

*Quali barriere e/o ostacoli possiamo incontrare nel processo di recupero?*

Consegniamo il FOGLIO 12. Nella colonna di destra della tabella, inserire le barriere e/o gli ostacoli che abbiamo precedentemente identificato e nella colonna di sinistra, annotare, insieme, le strategie di gestione di tali barriere e/o ostacoli (possiamo identificare più di una strategia per ciascuna barriera e/o ostacolo, tutte da notare).

*Esemplare:*

Barriere e/o ostacoli	Strategie di gestione
<b>Stigma dell'ambiente in cui vivo</b>	Parlare della malattia con le persone del contesto di vita
<b>Isolamento</b>	Vai a una o più entità di supporto
<b>Discriminazione in materia di impiego</b>	Occupazione assistita

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 12 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 15-20 minuti

- Attività 5.3: I miei diritti

Chiediamo ai partecipanti, quali diritti hanno le persone con problemi di salute mentale?

Dopo aver ascoltato le loro opinioni, abbiamo spiegato che l'articolo 1 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948 afferma che tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Ma la stigmatizzazione nei confronti della collettività spesso fa sì che le persone con problemi di salute mentale subiscano una violazione dei diritti.

Leggiamo poi il Decalogo sui diritti delle persone con difficoltà di salute mentale, FOGLIO 13 e ne discutiamo.

### **Decalogo dei diritti delle persone affette da problemi di salute mentale**

Abbiamo il diritto di.....

1. Essere trattati con rispetto e dignità
2. Una vita piena e utile
3. Avere un lavoro adeguato alle nostre caratteristiche
4. Integrazione sociale
5. Ricevere sostegno in centri specializzati e accessibili a tutti, sia nelle aree urbane che in quelle rurali.
6. Una corretta diffusione di cosa sia la malattia mentale, senza stigmatizzare le persone colpite.
7. Sviluppare relazioni affettive soddisfacenti
8. Ricevere sostegno dalle pubbliche amministrazioni per avere accesso agli aiuti e alle risorse necessarie.
9. Ricevere supporto per sviluppare il più possibile una vita autonoma e lo sviluppo personale.
10. Essere consultati e dare il nostro parere sulle cose che ci riguardano e ci riguardano.

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 13 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 5 minuti

### **Riflessione 5**

Abbiamo sempre più cose buone di quanto pensiamo, ma a volte abbiamo difficoltà a trovarle. Avete scoperto cose positive a cui fino ad ora non avevate pensato?

Conosceva questi il decalogo dei diritti? Ha pensato che fosse importante? Perché?

## SESSIONE 6: Sono il vostro sostegno

SESSIONE 6: Sono il vostro sostegno			
Attività	Materiale	Dossier	Power Point
6.1		Foglio 14	Diapositiva 25
6.2			Diapositiva 26
6.3	Computer, internet e video "Mutuo aiuto tra persone con malattia mentale".		Diapositiva 27

### Introduzione 6

Conosciamo già i nostri punti di forza e i nostri diritti. Oggi lavoreremo su che cos'è il sostegno reciproco e quanto è importante.

### Attività 6

- Attività 6.1: Che cos'è il sostegno reciproco?

*Che cosa intende per sostegno reciproco?*

Dopo aver sentito la sua opinione, consegniamo il FOGLIO 14 con la definizione di sostegno reciproco e chiediamo di leggerlo ad alta voce.

*Un sistema di dare e ricevere assistenza basato sui principi chiave del rispetto, della condivisione delle responsabilità e del mutuo accordo su ciò che è utile. Il sostegno reciproco non si basa su modelli psichiatrici e criteri diagnostici. Si tratta di comprendere la situazione degli altri empaticamente attraverso l'esperienza condivisa del dolore emotivo e psicologico (Mead, Hilton & Curtis, 2001<sup>5</sup>).*

---

<sup>5</sup> Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.

Abbiamo tenuto una tavola rotonda sul sostegno reciproco (il facilitatore deve cercare di convincere tutti a partecipare):

- Avete ricevuto un sostegno reciproco? Quando?
- Possiamo offrire sostegno reciproco agli altri?
- Vuoi essere in aiuto degli altri?

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLIO 14 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 10 minuti

- Attività 6.2: L'importanza di ricevere sostegno

Abbiamo fatto un gioco di ruolo. In due gruppi, rappresentano situazioni di recupero, in uno ricevono sostegno e nell'altro non ci saranno né sostegno né empatia. Ogni gruppo deve organizzarsi per la performance: personaggi, dialogo, scena... Preparate in anticipo due fogli, ciascuno con una delle rappresentazioni, da consegnare a ciascun gruppo.

- Rappresentanza 1:

A una persona è appena stato diagnosticato un disturbo bipolare. La famiglia piange in difficoltà senza sapere cosa fare e il gruppo di amici, quando lo scoprono, si spaventano e smettono di stare con loro. Sei solo.

- Rappresentanza 2:

A una persona è appena stata diagnosticata la schizofrenia. La famiglia è informata della malattia e chiede aiuto. Gli amici, quando lo scoprono, mostrano il loro sostegno, lo incoraggiano a continuare a rimanere come ogni giovedì per la partita di bowling. La malattia non influenzerà la vostra vita quotidiana.

Dopo le rappresentazioni:

- Come ti sei sentito?
- È importante ricevere sostegno? Perché?

Tempo stimato: 15 minuti




- Attività 6.3: Video "Mutuo aiuto tra persone con malattia mentale"

Guardiamo un video in cui gli operatori di mutua assistenza e i professionisti della salute mentale ci dicono cosa significhi per loro mutua assistenza.

Le persone di mutua assistenza sono persone con malattie mentali che sono state formate in mutuo aiuto per aiutare gli altri che stanno attraversando una situazione simile. Vale a dire, è simile alla figura del partner di sostegno che stiamo sviluppando in questa formazione.

Guardiamo il video "Mutuo aiuto tra persone con malattia mentale" (dal minuto 00:40 al minuto 3:03). Il video è disponibile in: <https://bit.ly/2KSoRWQ>

Per vedere il video abbiamo impostato i sottotitoli in italiano.

 Configurazione → Sottotitoli → Tradurre automaticamente → italiano

Possiamo anche regolare la velocità di riproduzione.

 Configurazione → Velocità

Dopo il video, *perché è importante il supporto dei colleghi?*

Tempo stimato: 5 minuti

## **Riflessione 6**

Il sostegno reciproco è uno degli elementi chiave della ripresa. Perché una persona che ha sofferto di una malattia mentale è la persona migliore per offrire sostegno a un'altra persona che sta vivendo una situazione simile?

## SESSIONE 7: Io do il mio sostegno.

SESSIONE 7: Io do il mio sostegno			
Attività	Materiale	Dossier	Power Point
7.1	Video 2. Occhiali di realtà virtuale	Foglio 15 e 16	Diapositiva 29
7.2	Questionari		Diapositiva 30

### Introduzione 7

Oggi è l'ultimo giorno di formazione, conosciamo già l'importanza del supporto, ora ci accingiamo a lavorare su come dare supporto.

### Attività 7

- Attività 7.1: Come offriamo il nostro supporto?

Ciascuno di essi, in coppia, rappresenta una delle seguenti situazioni in cui deve offrire un sostegno. Ogni performance è seguita da una breve discussione su ulteriori proposte di supporto. Consegniamo il FOGLIO 15 e 16 dove dovrete annotare le relative proposte di supporto per ogni rappresentanza.

- Situazione 1: Una collega è scoraggiato, parla solo dei suoi problemi. *Come la sosteniamo?*

*Esempio: ditele che è molto coraggiosa nell'aver affrontato la malattia, che passare attraverso questa la aiuta... o che cosa imparerà....*

- Situazione 2: un collega piange disperato, dice di non avere alcun sostegno, la famiglia e gli amici lo hanno lasciato solo... *Come la sosteniamo?*

*Esempio: anche quando mi è stata diagnosticata la malattia non avevo alcun supporto, ma ho incontrato un gruppo. Ci incontriamo ogni giovedì per parlare, divertirci con giochi da tavolo e, talvolta, andare al cinema. Ci siamo trovati tutti in una situazione simile, così possiamo capire la tua situazione. Se vuoi venire, ti aspettiamo giovedì.*

- Situazione 3: La mia famiglia non comprende la mia situazione e non mi è di nessun supporto biasimandomi. *Come la sosteniamo?*

*Esempio: All'inizio, la famiglia non capisce la situazione e non sa cosa fare. Raccomanderei loro di rivolgersi a un professionista per spiegare meglio la situazione, aiutarli a fronteggiare la situazione e, sicuramente, suggerire un gruppo di sostegno per le famiglie.*

- Video 2: Relazione con gli amici.

Disponibile in: <https://www.youtube.com/watch?v=8saFRh-91rM>

Video 2. (-PS: Partner di Supporto / +PR: Paio Ricevitore)

-PS: Salve, Ana.

+PR: Salve

-PS: Com'e' andato il fine settimana?

+PR: Bene! Sono stato con la mia famiglia nella casa del villaggio. Ma non sono uscito di casa, la maggior parte dei giorni sono rimasto a casa.

-PS: Perche'? Non c'era il tuo gruppo di amici?

+PR: Si', ma..... non vado piu' con loro, non me la sento molto. Non sanno che ho un problema di salute mentale e se ho un'epidemia o una crisi davanti a loro, cosa faccio? Sto morendo di vergogna.....

*Come ti sosteniamo?*

*Esempio, all'inizio è successo anche a me. Alcuni dei miei amici non sanno ancora nulla del mio problema, ma ora sono stabile e posso identificare quando avrò una crisi, così sono in grado di uscire con il mio gruppo.*

Al termine dell'attività mettiamo il FOGLI 15 e 16 nel Dossier del partner di supporto.

Tempo stimato: 15 minuti

- **Attività 7.2: Questionari**

I partecipanti devono rispondere nuovamente ai 3 questionari iniziali:

- 1) WHODAS 2.0 (ALLEGATO IV)
- 2) Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulti (ALLEGATO V)
- 3) Questionario sulla salute mentale positiva (ALLEGATO VI)

Come abbiamo fatto altre volte, per mantenere il loro anonimato, invece di scrivere il loro nome, i partecipanti scrivono il numero che corrisponde alla scheda descrittiva.

Tempo stimato: 30 minuti

### **Riflessione 7**

Ti è piaciuto il programma di formazione?

Perché?

Cosa ti è piaciuto di più e di meno?

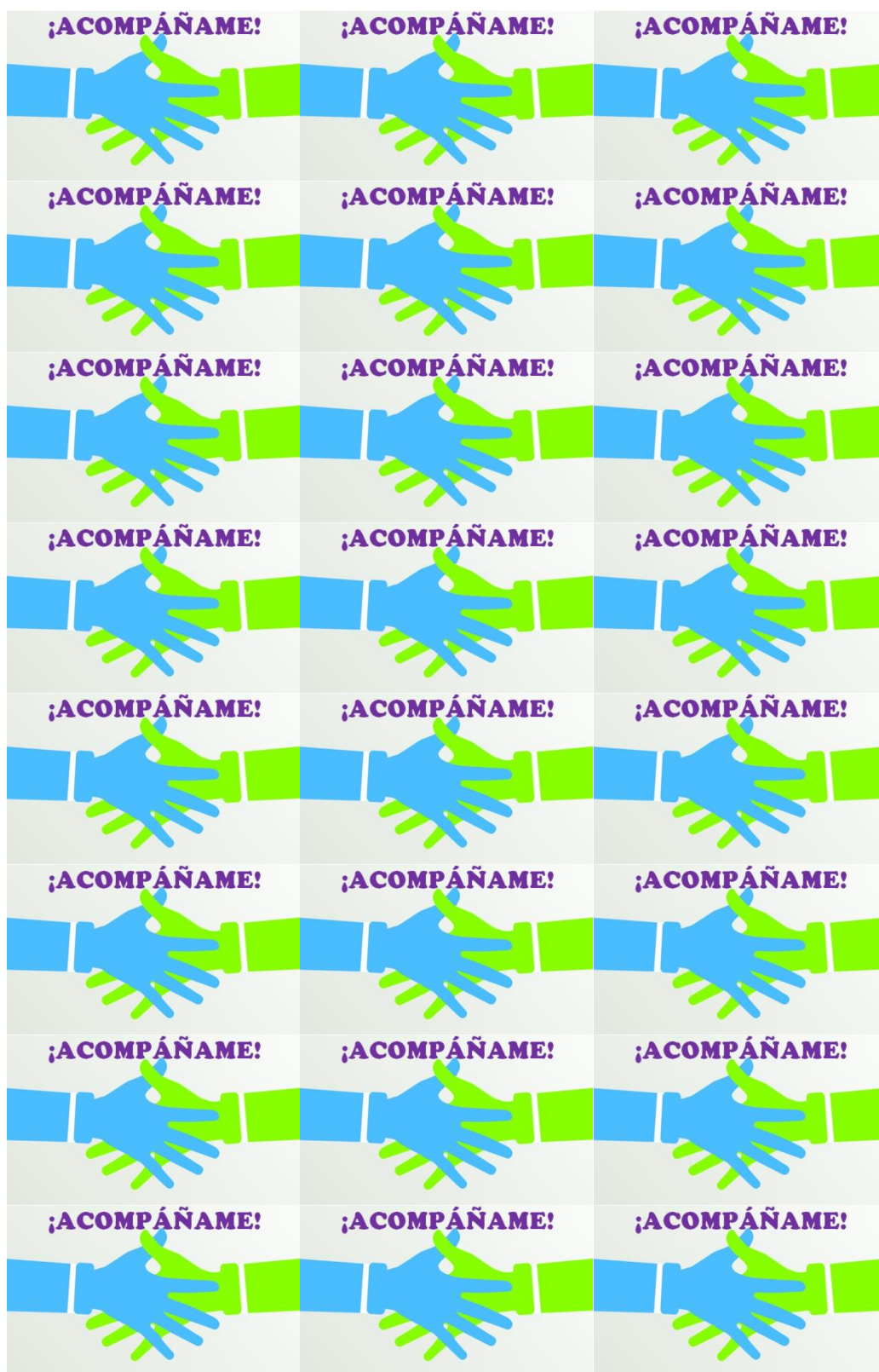
Desideri sostenere altri colleghi?

Voi ragazzi siete pronti ad andare?

Vi ringrazio tutti per la vostra partecipazione!

# ALLEGATI

**Allegato I: Logo per il dossier**



## Allegato II: Descrizione delle persone partecipanti

### DESCRIZIONE DELLE PERSONE PARTECIPANTI

<b>PARTECIPANTE</b>	<b>ETÀ</b>	<b>DIAGNOSI</b>	<b>ANNI DALLA DIAGNOSI</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			

### **Allegato III: Consenso informato**

#### **CONSENSO INFORMATO**

Il progetto a cui partecipa è costituito da 7 sessioni finalizzate alla formazione in materia di mutuo soccorso. Questo progetto è sviluppato da Rebeca Zabaleta sotto la direzione del Dr. Fernando Lezcano, entrambi dell'Università di Burgos, e Dr. M<sup>a</sup> Victoria Perea (Università di Salamanca), in collaborazione con il Dr. Clemente Cedro e il Dr. Aldo Epasto, entrambi dell'Università degli Studi di Messina.

La collaborazione è di natura volontaria e, in qualsiasi momento, è possibile richiedere le informazioni che ritenete opportune.

I responsabili del progetto si impegnano a mantenere l'anonimato di tutti i partecipanti e a trattare le informazioni secondo le regole della ricerca scientifica per questo tipo di studio.

D./D<sup>a</sup> .....  
è stato informato sul programma di formazione in materia di mutuo soccorso al quale parteciperà, per un totale di 7 sessioni. L'utente accetta quanto sopra e consente l'utilizzo delle informazioni a condizione che il loro utilizzo mantenga la privacy della persona che le sottoscrive.

Firmato:

A Messina il ..... 2018



## Allegato IV: WHODAS 2.0

### WHODAS 2.0

#### World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

Versione a 36 item, autosomministrata

Nome del soggetto: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_ Sesso:  Maschio  Femmina Data: \_\_\_\_\_

Questo questionario esplora le difficolt  che le persone possono avere in relazione alle loro condizioni di salute. Per condizioni di salute si intendono malattie o altri problemi di salute che possono essere di breve o di lunga durata, traumi, problemi mentali o emotivi e problemi con alcol o droghe. Ripensi agli ultimi 30 giorni e risponda alle domande pensando a quanta difficolt  ha avuto nello svolgere le attivit  di seguito elencate. Per ogni domanda, deve cerchiare una sola risposta.

Punteggi assegnati a ciascun item:		1	2	3	4	5	A uso esclusivo del clinico		
Negli ultimi 30 giorni, quanta difficolt� ha avuto nel:							Punteggio grezzo dell'item	Punteggio grezzo del dominio	Punteggio medio del dominio
Comprendere e comunicare									
D1.1	Concentrarsi nel fare qualcosa per dieci minuti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.2	Ricordarsi di fare cose importanti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.3	Analizzare e trovare soluzioni ai problemi della vita quotidiana?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.4	Imparare a fare cose nuove, come, per esempio, raggiungere un posto nuovo?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		30	6
D1.5	Capire quello che dice la gente?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D1.6	Iniziare e portare avanti una conversazione?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
Mobilit�									
D2.1	Stare in piedi a lungo, come per 30 minuti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D2.2	Alzarsi da una posizione seduta?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D2.3	Muoversi dentro casa?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		25	5
D2.4	Uscire di casa?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D2.5	Camminare per una lunga distanza, come per un chilometro?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			

Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:									
<b>Cura di sé</b>									
D3.1	Lavarsi tutto il corpo?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D3.2	Vestirsi?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D3.3	Mangiare?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		20	4
D3.4	Stare da solo per qualche giorno?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
<b>Relazionarsi con le persone</b>									
D4.1	Interagire con persone che non conosce?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D4.2	Mantenere un'amicizia?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D4.3	Andare d'accordo con le persone a cui lei è legato?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		25	5
D4.4	Fare nuove amicizie?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D4.5	Attività sessuale?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
<b>Attività della vita quotidiana</b>									
D5.1	Occuparsi della casa e della famiglia per quanto è di sua responsabilità?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.2	Svolgere bene le attività domestiche più importanti, tra quelle che spettano a lei?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.3	Portare a termine tutte le attività domestiche che lei doveva svolgere?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.4	Portare a termine le attività domestiche che le spettano nei tempi per lei usuali?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
Se lavora (lavoro dipendente, lavoro non retribuito, lavoro autonomo) o va a scuola, risponda alle domande D5.5-D5.8 che seguono. Altrimenti, passi alla domanda D6.1.									
In relazione alle sue condizioni di salute, negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:									
D5.5	Svolgere le sue attività lavorative/scolastiche quotidiane?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.6	Svolgere bene i compiti lavorativi/scolastici più importanti?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.7	Portare a termine tutto quello che doveva fare?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo			
D5.8	Portare a termine tutto quello che doveva fare nei tempi per lei usuali?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo		40	8

Punteggi assegnati a ciascun item:		1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, quanta difficoltà ha avuto nel:						
<b>Partecipazione alla vita sociale</b>						
D6.1	Quanta difficoltà ha avuto nel prendere parte ad attività comunitarie (per esempio, feste, attività religiose o di altro tipo) come chiunque altro?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.2	Quanta difficoltà ha avuto a causa di barriere o ostacoli nel mondo che la circonda?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.3	Quanta difficoltà ha avuto a vivere con dignità a causa degli atteggiamenti o delle azioni di altre persone?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.4	Quanto tempo ha dedicato alle sue condizioni di salute o alle loro conseguenze?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.5	Quanto è stato coinvolto emotivamente dalle sue condizioni di salute?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.6	Quanto le sue condizioni di salute hanno consumato risorse finanziarie sue o della sua famiglia?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.7	Quanta difficoltà ha avuto la sua famiglia a causa dei suoi problemi di salute?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo
D6.8	Quanta difficoltà ha avuto nel fare da solo qualcosa per relax o per piacere?	Nessuna	Poca	Moderata	Molta	Moltissima o non ho potuto farlo

A uso esclusivo del clinico		
Punteggio grezzo dell'item	Punteggio grezzo del dominio	Punteggio medio del dominio
	40	8
Totale	180	36

H.1	Complessivamente, negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni ha avuto queste difficoltà?	Registrare il numero di giorni _____
H.2	Negli ultimi 30 giorni, per quanti giorni è stato impossibilitato a svolgere le sue attività abituali o il suo lavoro in relazione alle sue condizioni di salute?	Registrare il numero di giorni _____
H.3	Negli ultimi giorni, senza contare i giorni in cui è stato impossibilitato, per quanti giorni ha diminuito o ridotto le sue attività abituali o il suo lavoro in relazione alle sue condizioni di salute?	Registrare il numero di giorni _____

© World Health Organization, 2010. All rights reserved.

La traduzione italiana, di cui qui pubblichiamo la versione *non* definitiva, è a cura del Centro collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali. La versione ufficiale di WHODAS 2.0 e del manuale in italiano saranno resi disponibili da WHO.

**Nota bene.** Le righe e le colonne su fondo grigio non fanno parte della versione ufficiale di WHODAS 2.0, ma costituiscono un'aggiunta, proposta dalla DSM-5 Task Force, per effettuare la procedura di scoring addizionale.

## Allegato V: Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata – Adulti

### Scala di valutazione dei sintomi trasversali di livello 1 autosomministrata - Adulti

Nome: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_ Sesso: [ ] Maschio [ ] Femmina Data: \_\_\_\_\_

Se la scala viene compilata da un informatore: Qual   il suo rapporto con il paziente? \_\_\_\_\_

Quanto tempo passa approssimativamente insieme al paziente in una settimana? \_\_\_\_\_ ore a settimana

**Istruzioni:** Le domande seguenti si riferiscono a eventi o situazioni che possono aver generato una condizione di disagio. Per ciascuna domanda, faccia un cerchio intorno al numero che descrive al meglio quanto (o quanto spesso) si   presentato ciascun problema nel corso delle **ULTIME DUE (2) SETTIMANE**.

		Durante le ultime DUE (2) SETTIMANE quanto (o quanto spesso) si sono presentati i seguenti problemi?	Assente Per nulla	Molto lieve Raramente, meno di un giorno o due	Lieve Alcuni giorni	Moderato Pi� della met� dei giorni	Grave Quasi tutti i giorni	Punteggio pi� alto del dominio (a cura del clinico)
I	1.	Ha sentito poco interesse o piacere nel fare le cose?	0	1	2	3	4	
	2.	Si � sentito/a gi�, depresso/a o disperato/a?	0	1	2	3	4	
II	3.	Si � sentito/a pi� irritato/a, di malumore o arrabbiato/a rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
III	4.	Ha dormito meno rispetto al solito ma ha avuto comunque molta energia?	0	1	2	3	4	
	5.	Ha cominciato molti pi� progetti rispetto al solito o ha fatto cose pi� rischiose rispetto al solito?	0	1	2	3	4	
IV	6.	Si � sentito/a nervoso/a, ansioso/a, spaventato/a, preoccupato/a o con i nervi a fior di pelle?	0	1	2	3	4	
	7.	Ha avuto sensazioni di panico o si � sentito/a spaventato/a?	0	1	2	3	4	
	8.	Ha evitato situazioni che le causano ansia?	0	1	2	3	4	
V	9.	Ha avuto disturbi o dolori inspiegabili (per es., testa, schiena, articolazioni, addome, gambe)?	0	1	2	3	4	
	10.	Ha avuto la sensazione che i suoi disturbi non fossero presi sufficientemente sul serio?	0	1	2	3	4	
VI	11.	Ha pensato seriamente di farsi del male?	0	1	2	3	4	

→

VII	12.	Ha sentito cose che altre persone non erano in grado di sentire, per esempio delle voci, nonostante non ci fosse nessuno intorno a lei?	0	1	2	3	4	
	13.	Ha avuto la sensazione che qualcuno potesse ascoltare i suoi pensieri o che lei potesse ascoltare i pensieri di un'altra persona?	0	1	2	3	4	
VIII	14.	Ha avuto problemi di sonno che hanno influenzato la qualità complessiva del riposo?	0	1	2	3	4	
IX	15.	Ha riscontrato problemi di memoria (per es., imparare nuove informazioni) o di orientamento (per es., trovare la strada di casa)?	0	1	2	3	4	
X	16.	Ha avvertito la presenza di pensieri spiacevoli, impulsi o immagini che penetrano ripetutamente nella sua mente?	0	1	2	3	4	
	17.	Si è sentito/a spinto/a a compiere determinati comportamenti o atti mentali più e più volte?	0	1	2	3	4	
XI	18.	Ha avuto la sensazione di sentirsi distaccato o distante da se stesso/a, dal suo corpo, dal suo ambiente fisico o dai suoi ricordi?	0	1	2	3	4	
XII	19.	Ha avuto la sensazione di non sapere realmente chi è o che cosa vuole dalla vita?	0	1	2	3	4	
	20.	Si è sentito/a distante dalle altre persone o non in grado di trarre piacere dal rapporto con loro?	0	1	2	3	4	
XIII	21.	Ha bevuto almeno 4 bevande alcoliche in un solo giorno?	0	1	2	3	4	
	22.	Ha fumato sigarette, sigaro o pipa, oppure ha fumato o masticato tabacco?	0	1	2	3	4	
	23.	Ha fatto uso di uno dei seguenti farmaci di sua iniziativa, ovvero senza che vi sia stata una prescrizione medica, in dosi maggiori o più a lungo rispetto a quanto prescritto [p.e., antidolorifici, stimolanti, sedativi o tranquillanti (come pillole per dormire) o droghe come marijuana, cocaina, o crack, droghe da discoteca (come ecstasy), allucinogeni (come LSD), eroina, inalanti o solventi (come la colla) o metamfetamine]?	0	1	2	3	4	

## **Allegato VI: Questionario sulla salute mentale positiva**

### **Questionario sulla salute mentale positiva (Lluch, 1999)**

**Ciao.** Innanzi tutto, vi ringrazio anticipatamente per la vostra cooperazione.  
In secondo luogo, vi chiediamo di rispondere ad alcune brevi domande su questioni generali.

**ETÀ** .....

**SESSO:** Maschile..... Femmina....

**PROFESSIONE** .....

**STUDI EFFETTUATI (o cosa stai facendo)** .....

.....  
.....

**Per rispondere alle seguenti domande, barrare la risposta che corrisponde alla propria situazione con una X.**

Ha problemi di salute fisica?

NO

SI Specificare: .....

Ha problemi di salute mentale?

NO

SI Specificare: .....

Nell'ultimo mese, ha dovuto consultare un medico per qualcosa?

NO

SI Specificare: .....

Sei mai stato da uno psichiatra o psicologo?

NO

SI Specificare:.....

Di seguito un questionario che contiene una serie di affermazioni sul modo in cui pensiamo, sentiamo e facciamo le cose che sono più o meno comuni in ognuno di noi. Per rispondervi, leggete ogni frase, completate mentalmente lo spazio della frase delimitato da punti, ed assegnate la frequenza corrispondente. Poi segnare con una X nelle caselle a destra la risposta.

Le risposte possibili sono le seguenti:

- SEMPRE o QUASI SEMPRE.
- SPESSO o ABBASTANZA SPESSO.
- A VOLTE.
- MAI o QUASI MAI.

Non c'è bisogno di molte riflessioni per rispondere, perché non ci sono risposte giuste o sbagliate. Ciò che conta è la vostra opinione. Inoltre, non cercare di trovare la risposta che potrebbe fare una "migliore impressione", perché si può essere sicuri che le informazioni sono assolutamente anonime e riservate.

**SI PREGA DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. GRAZIE MILLE.**

	SEMPRE o QUASI SEMPRE	SPESSO o ABBASTANZA SPESSO	A VOLTE	MAI o QUASI MAI
1 Per me, ... trovo particolarmente difficile accettare gli altri quando hanno atteggiamenti diversi dai miei				
2 Problemi... mi blocca facilmente				
3 Per me, ... trovo particolarmente difficile ascoltare persone che parlano dei loro problemi				
4 .... mi piace come sono io				
5 .... sono in grado di controllare me stesso quando provo emozioni negative				
6 .... mi sento in procinto di esplodere				
7 Per me la vita è ... noiosa e monotona				
8 Io .... trovo particolarmente difficile dare un sostegno emotivo				
9 .... ho difficoltà a stabilire relazioni interpersonali profonde e soddisfacenti con alcune persone				
10 .... sono molto preoccupato per quello che gli altri pensano di me				
11 Ritengo.... di essere molto capace di mettermi nei panni degli altri e di capire le loro risposte				
12 .... vedo il mio futuro con pessimismo				
13 Le opinioni degli altri .... mi influenzano molto quando prendo le mie decisioni				
14 .... mi considero una persona meno importante del resto delle persone che mi circondano				
15 .... sono in grado di prendere decisioni per me stesso				
16 .... cerco di togliere gli aspetti positivi dalle cose negative che mi succedono.				
17 .... cerco di migliorare come persona				
18 .... mi considero "un buon psicologo"				
19 .... sono preoccupato per le persone che mi criticano				
20 .... credo di essere una persona socievole				

	SEMPRE o QUASI SEMPRE	SPESSO o ABBASTANZA SPESSO	A VOLTE	MAI o QUASI MAI
21 .... sono capace di controllare me stesso quando ho pensieri negativi				
22 .... sono capace di mantenere un buon livello di autocontrollo nelle situazioni conflittuali della mia vita				
23.... penso di essere una persona affidabile				
24 Io..... trovo particolarmente difficile capire i sentimenti degli altri				
25 .... penso alle necessità degli altri				
26 Se subisco pressioni esterne sfavorevoli .... sono capace di continuare a mantenere il mio equilibrio personale				
27 Quando ci sono cambiamenti nel mio ambiente.... cerco di adattarmi				
28 Di fronte a un problema .... sono in grado di chiedere informazioni				
29 I cambiamenti che si verificano nella mia routine abituale .... mi stimolano				
30 .... ho difficoltà a relazionarmi apertamente con i miei insegnanti/capi				
31 .... penso di essere inutile e non sono bravo in niente				
32 .... cerco di sviluppare e potenziare le mie buone competenze				
33 .... trovo difficile avere opinioni personali				
34 Quando devo prendere decisioni importanti .... mi sento molto insicuro				
35 .... sono capace di dire di no quando voglio dire di no				
36 Quando ho un problema .... cerco di trovare soluzioni possibili				
37 .... mi piace aiutare gli altri				
38 .... mi sento insoddisfatto di me stesso				
39 .... mi sento insoddisfatto del mio aspetto fisico				



**Allegato VII: Barzellette mediche**

**Barzellette mediche**

"Signor dottore come mai io e mia moglie abbiamo avuto un figlio coi capelli rossi, mentre nessuno di noi li ha così?".

"Ma voi quante volte fate all'amore?".

"Una volta all'anno".

"È chiaro: è la ruggine!".



Un anziano va dal medico perché gli fa male la gamba sinistra.

- "Lei non ha niente di grave, la gamba le fa male a causa dell'età" - spiega il dottore.

- "Non è vero" - risponde l'anziano - "la gamba destra ha la stessa età e non mi fa male!"

Fuori dalla sala operatoria: "Dottore, com'è andata l'operazione di mio nonno?".

" Operazione ?? Ma non era un'autopsia?"

Dottore, ho un problema, faccio tante scorreggine che però non puzzano".

"Faccia sentire".

Il paziente emette la sua flatulenza e il dottore:

"La cosa è grave, bisogna operare con urgenza".

"Al sedere?".

"No, al naso!".







## **ANEXO V: Dossier per i partner di supporto**

**¡ACOMPÁÑAME!**



# Dossier per i partner di supporto

**NOME:** .....

**CENTRO:** .....





PARTNER DI SUPPORTO: .....

## **Che cos'è ¡ACCOMPAGNAMI!?**

¡ACCOMPAGNAMI! è un programma di formazione, basato sul mutuo sostegno, per persone con esperienza vissuta di recupero in situazioni legate alla salute mentale.

La formazione sviluppa la figura del partner di supporto, una persona con esperienza vissuta nella salute mentale la cui funzione principale è quella di supportare i colleghi che stanno attraversando un periodo di recupero.

## **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

## **Il mio asse cronologico**



## **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

## **Che cos'è il recupero?**

Il recupero della salute mentale è un viaggio. Secondo la Scottish Recovery Network, recupero significa essere in grado di vivere una vita soddisfacente, come auspicato da ogni persona, con o senza i sintomi. Controllare la propria vita, è un processo unico e personale.

## **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

### **Parti comuni in tutte le storie**

- Chi sono e come ero prima che avessi una malattia mentale.
- Quali sono stati i primi sintomi.
- Sono consapevole di aver bisogno di aiuto e lo chiedo.
- Quali professionisti mi aiutano.
- L'importanza della famiglia, degli amici, dei farmaci....
- Recupero e strategie per contenere i sintomi.
- Ho la malattia sotto controllo e una vita normale.

### **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**





PARTNER DI SUPPORTO: .....

**La storia di \_\_\_\_\_**

**COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

### Barzellette mediche

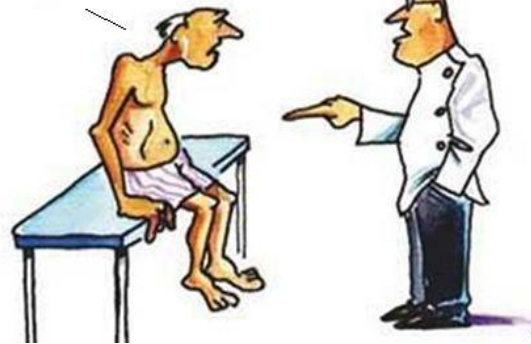
"Signor dottore come mai io e mia moglie abbiamo avuto un figlio coi capelli rossi, mentre nessuno di noi li ha così?".

"Ma voi quante volte fate all'amore?".

"Una volta all'anno".

"È chiaro: è la ruggine!".

Il dolore alla gamba destra è dovuto alla vecchiaia!  
Però la sinistra ha la stessa età e non mi fa male!



Un anziano va dal medico perchè gli fa male la gamba sinistra.

- "Lei non ha niente di grave, la gamba le fa male a causa dell'età" - spiega il dottore.

- "Non é vero" - risponde l'anziano - "la gamba destra ha la stessa età e non mi fa male!"

Fuori dalla sala operatoria: "Dottore, com'è andata l'operazione di mio nonno?".

"Operazione ?? Ma non era un'autopsia?"

Dottore, ho un problema, faccio tante scorreggine che però non puzzano".

"Faccia sentire".

Il paziente emette la sua flatulenza e il dottore:

"La cosa è grave, bisogna operare con urgenza".

"Al sedere?".

"No, al naso!".





PARTNER DI SUPPORTO: .....

## **L'importanza del trattamento farmacologico**

- 1) Il trattamento farmacologico è importante perché.....
  
- 2) Il trattamento farmacologico è importante per.....
  
- 3) Il trattamento farmacologico è importante quando.....

## **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

### **Che cosa facciamo?**

- SITUAZIONE 1: Un collega dice che la mattina è molto sedato dal farmaco e smetterà di prendere la pillola della colazione. *Che cosa facciamo ora?*

**Soluzione:**

- SITUAZIONE 2: Un collega dice di stare bene adesso, ha parlato con un suo amico e gli ha detto che se sta bene dovrebbe smettere di prendere i farmaci. *Che cosa facciamo ora?*

**Soluzione:**

- SITUAZIONE 3: Non sono malato, non sono malato! Non prendo farmaci. *Che cosa facciamo ora?*

**Soluzione:**

**COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

I punti di forza sono gli attributi positivi, gli atteggiamenti, i valori, le abilità, le preferenze... che ognuno ha.

### **I miei punti di forza**

### **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

### I miei punti di forza nel superare gli ostacoli

Barriere e/o ostacoli	Strategie di gestione

### COSE IMPORTANTI DA RICORDARE



PARTNER DI SUPPORTO: .....

## **Decalogo dei diritti delle persone affette da problemi di salute mentale**

Abbiamo il diritto di.....

1. Essere trattati con rispetto e dignità
2. Una vita piena e utile
3. Avere un lavoro adeguato alle nostre caratteristiche
4. Integrazione sociale
5. Ricevere sostegno in centri specializzati e accessibili a tutti, sia nelle aree urbane che in quelle rurali.
6. Una corretta diffusione di cosa sia la malattia mentale, senza stigmatizzare le persone colpite.
7. Sviluppare relazioni affettive soddisfacenti
8. Ricevere sostegno dalle pubbliche amministrazioni per avere accesso agli aiuti e alle risorse necessarie.
9. Ricevere supporto per sviluppare il più possibile una vita autonoma e lo sviluppo personale.
10. Essere consultati e dare il nostro parere sulle cose che ci riguardano e ci riguardano.

## **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**





PARTNER DI SUPPORTO: .....

### **Che cos'è il sostegno reciproco?**

Un sistema di dare e ricevere assistenza basato sui principi chiave del rispetto, della condivisione delle responsabilità e del mutuo accordo su ciò che è utile. Il sostegno reciproco non si basa su modelli psichiatrici e criteri diagnostici. Si tratta di comprendere la situazione degli altri empaticamente attraverso l'esperienza condivisa del dolore emotivo e psicologico (Mead, Hilton & Curtis, 2001).

### **COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**



PARTNER DI SUPPORTO: .....

### **Come offriamo il nostro supporto?**

- SITUAZIONE 1: Una collega è scoraggiato, parla solo dei suoi problemi.

#### **Come la sosteniamo?**

- SITUAZIONE 2: un collega piange disperato, dice di non avere alcun sostegno, la famiglia e gli amici lo hanno lasciato solo...

#### **Come la sosteniamo?**

- SITUAZIONE 3: La mia famiglia non comprende la mia situazione e non mi è di nessun supporto biasimandomi.

**Come la sosteniamo?**

- Video 2: Il paio ricevitore dice al partner di supporto che non esce quasi più con il suo gruppo di amici, perché non sanno di avere un problema di salute mentale e hanno paura di avere una crisi di fronte a loro.

**Come la sosteniamo?**

**COSE IMPORTANTI DA RICORDARE**