



Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida

Módulo de orientación de QualityRights de la OMS

QualityRights



Generalitat
de Catalunya

Transforming services and promoting the rights of people with psychosocial, intellectual and cognitive disabilities

2022, ©Generalitat de Catalunya



Esta publicación es una traducción, de acuerdo con la licencia de Creative Commons [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/), del texto original de la OMS escrito en inglés.

Esta traducción no es obra de la OMS, y por tanto no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés *One-to-one peer support by and for people with lived experience. WHO QualityRights guidance module*. Geneva: World Health Organization; 2019 es el texto auténtico y vinculante.

Edita:

Pacto Nacional de Salud Mental. Generalitat de Catalunya.

Traducción:

Servicio de Planificación Lingüística del Departament de Salut.

Primera edición:

Octubre de 2022

Índice

Agradecimientos.....	ii
Prefacio	x
Declaraciones de apoyo.....	xi
¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?.....	xviii
La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación	xix
Sobre esta formación y orientación	xx
Nota preliminar sobre el lenguaje	xxii
1. Introducción.....	1
2. ¿Qué es el apoyo individualizado entre iguales?.....	1
3. Valores del apoyo individualizado entre iguales	2
4. Beneficios del apoyo individualizado entre iguales	3
5. Falsas ideas sobre el apoyo entre iguales.....	6
6. De la ética en la práctica	8
7. Lenguaje.....	18
8. Competencias de los profesionales de apoyo entre iguales	19
9. Descripciones del trabajo	21
10. Entrevista y contratación de profesionales de apoyo entre iguales	23
11. Condiciones de trabajo.....	25
12. Los profesionales de apoyo entre iguales en los servicios sociales y de salud mental	27
Referencias.....	36

Agradecimientos

Conceptualización

Michelle Funk (coordinadora) y Natalie Drew Bold (funcionaria técnica), Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra).

Equipo editorial y de redacción

Michelle Funk, (OMS/Ginebra), Natalie Drew Bold (OMS/Ginebra); Marie Baudel, Universidad de Nantes, Francia.

Expertos internacionales clave

Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Yeni Rosa Damayanti, Asociación Indonesia de Salud Mental (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler, Dementia Alliance International (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ante la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza).

Colaboraciones

Revisores técnicos

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malasia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Red Panafricana de Personas con Discapacidades Psicosociales (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Facultad de Derecho de Melbourne, Universidad de Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (Estados Unidos); Rod Astbury, Asociación de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Sam Badege, Organización Nacional de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Ruanda (Ruanda); Amrit Bakhshy, Asociación de Concienciación sobre la Esquizofrenia (India); Anja Baumann, Acción para la Salud Mental de Alemania (Alemania); Jerome Bickenbach, Universidad de Lucerna (Suiza); Jean-Sébastien Blanc, Asociación para la Prevención de la Tortura (Suiza); Pat Bracken, consultor

Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida

Módulo de orientación de QualityRights de la OMS

independiente en psiquiatría (Irlanda); Simon Bradstreet, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Claudia Pellegrini Braga, Universidad de São Paulo (Brasil); Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Patricia Brogna, Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International (Estados Unidos); Kimberly Budnick, maestra de Head Start/educadora de la primera infancia (Estados Unidos); Janice Cambri, Psychosocial Disability - Inclusive Philippines (Filipinas); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Universidad de Cagliari (Italia); Chauhan Ajay, Autoridad Estatal de Salud Mental, Gujarat (India); Facundo Chavez Penillas, Oficina del Alto Comisariado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Daniel Chisholm, Oficina Regional para Europa de la OMS (Dinamarca); Louise Christie, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Oryx Cohen, Centro Nacional de Empoderamiento (Estados Unidos); Celine Cole, Universidad Libre de Berlín (Alemania); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College de Londres (Reino Unido); David Crepez-Keay, Fundación para la Salud Mental (Reino Unido); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Gaia Montauti de Harcourt, Fondation de Harcourt (Suiza); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (Estados Unidos); Laura Davidson, abogada y consultora en desarrollo (Reino Unido); Lucía de la Sierra, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYD), Universidad Protestante de Estudios Aplicados (Alemania); Paolo del Vecchio, Administración de Servicios de Salud Mental y de Drogodependencias (Estados Unidos); Manuel Desviado, Atopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura (España); Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (Suiza); Alex Devine, Universidad de Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, Universidad de Liverpool (Reino Unido); Julian Eaton, CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Rabih El Chammay, Ministerio de Salud (Líbano); Mona El-Bilsha, Universidad de Mansura (Egipto); Ragia Elgerzawy, Iniciativa Egipcia para los Derechos Humanos (Egipto); Radó Iván, Foro de Interés por la Salud Mental (Hungría); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (México); Timothy P. Fadgen, Universidad de Auckland (Nueva Zelanda); Michael Elnemais Fawzy, Hospital de Salud Mental El-Abbassia (Egipto); Alva Finn, Mental Health Europe (Bélgica); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (Reino Unido); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Suiza); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (Reino Unido); Salam Gómez, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Colombia); Ugnė Grigaitė, ONG Instituto de Seguimiento de Derechos Humanos y Perspectivas en Salud Mental (Lituania); Margaret Grigg, Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden e Islington NHS Foundation Trust (Reino Unido); Julie Hannah, Human Rights Centre, Universidad de Essex (Reino Unido); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (Estados Unidos); Akiko Hart, Mental Health Europe (Bélgica); Renae Hodgson, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitales NHS Foundation Trust (Reino Unido); Frances Hughes, Cutting Edge Oceanía (Nueva Zelanda); Gemma Hunting, consultora internacional (Alemania); Hiroto Ito, Centro Nacional de Neurología y Psiquiatría (Japón); Maths Jespersen, PO-Skåne (Suecia); Lucy Johnstone, consultora en psicología clínica y formadora independiente (Reino Unido); Titus Joseph, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Dovilė Juodkaitė, Foro Lituano de Discapacidad (Lituania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Elizabeth Kamundia, Comité Nacional sobre Derechos Humanos (Kenia); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (Reino Unido); Brendan Kelly, Trinity College de Dublín (Irlanda); Mary Keogh, CBM International (Irlanda); Akwatu Khenti, Dirección contra el Racismo de Ontario, Ministerio de Seguridad Comunitaria y Servicios Penitenciarios (Canadá); Seongsu Kim, Centro Colaborador de la OMS, Hospital Mental Yongin (Corea del Sur); Diane Kingston, Alianza Internacional contra el VIH/Sida (Reino Unido); Rishav Koirala,

Universidad de Oslo (Noruega); Mika Kontiainen, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Anna Kudiyarova, Instituto Psicoanalítico para Asia Central (Kazajistán); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canadá); Itzhak Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Maureen Lewis, Comité de Salud Mental (Australia); Laura Loli-Dano, Centro para las Adicciones y la Salud Mental (Canadá); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); Judy Wanjiru Mbuthia, Servicios de Salud Mental de Uzima (Kenia); John McCormack, Red Escocesa de Rehabilitación (Reino Unido); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, consultor internacional (Australia); Emily McLoughlin, consultora internacional (Irlanda); Bernadette McSherry, Universidad de Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, Centro Colaborador de la OMS, Trieste (Italia); Tina Minkowitz, Centro para los Derechos Humanos de los Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Estados Unidos); Peter Mittler Dementia Alliance International (Reino Unido); Pamela Molina Toledo, Organización de Estados Americanos (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); Maria Francesca Moro, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Fiona Morrissey, consultora de investigación en legislación sobre discapacidad (Irlanda); Melita Murko, Oficina Regional de Europa de la OMS (Dinamarca); Chris Nas, Trimbos International (Países Bajos); Sutherland Carrie, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido); Michael Njenga, Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría en Kenia (Kenia); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Bélgica) y SOFPSI N. SERRON (Grecia); Peter Oakes, Universidad de Hull (Reino Unido); David W. Oaks, Acui Institute, LLC (Estados Unidos); Martin Orrell, Instituto de Salud Mental, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, Hospital Al Amal, Dubai (Emiratos Árabes Unidos); Gareth Owen, King's College de Londres (Reino Unido); Soumitra Pathare, Centro para la Legislación y las Políticas de Salud Mental, Sociedad de Derecho de la India (India); Sara Pedersini, Fundación de Harcourt (Suiza); Elvira Pértega Andía, Universidad Saint-Louis (España); Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Suiza); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaan Kar Ray, Cambridgeshire y Peterborough NHS Foundation Trust (Reino Unido); Mayssa Rekhis, Facultad de Medicina, Universidad El Manar de Túnez (Túnez); Julie Repper, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Genevra Richardson, King's College de Londres (Reino Unido); Annie Robb, Centro Ubuntu (Sudáfrica); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Eric Rosenthal, Disability Rights International (Estados Unidos); Raúl Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (México); Jolijn Santegoeds, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría (Países Bajos); Benedetto Saraceno, Instituto de Lisboa para la Salud Mental Global (Suiza); Sashi Sashidharan, Universidad de Glasgow (Reino Unido); Marianne Schulze, consultora internacional (Austria); Tom Shakespeare, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); Gordon Singer, consultor experto (Canadá); Frances Skerritt, especialista de iguales (Canadá); Mike Slade, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Gregory Smith, consultor internacional (Estados Unidos); Natasa Dale, Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (Estados Unidos); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Red Global de Iguales en Salud Mental (Sudáfrica); Kate Swaffer, Dementia Alliance International (Australia); Shelly Thomson, Departamento de Asuntos Exteriores y Comercio (Australia); Carmen Valle, CBM International (Tailandia); Alberto Vásquez Encalada, relator especial sobre los derechos de las personas con discapacidad frente a la Oficina de las Naciones Unidas (Suiza); Javier Vasquez, vicepresidente, Programas de Salud, Juegos Olímpicos Especiales, Internacional (Estados Unidos); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Sección de Salud Pública, Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Suiza); Carla Aparecida Arena Ventura, Universidad de Sao Paulo (Brasil); Alison Xamon, presidente del Comité de Salud Mental de Australia Occidental (Australia).

Alumnos en prácticas en la OMS

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbenschel, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant.

Sede y oficinas regionales de la OMS

Nazneen Anwar (OMS/Asia sudoriental), Florence Baingana (OMS/África), Andrea Bruni (OMS/Américas), Darryl Barrett (OMS/Pacífico Occidental), Rebecca Bosco Thomas (sede de la OMS), Claudina Cayetano (OMS/Américas), Daniel Chisholm (OMS/Europa), Neerja Chowdary (sede de la OMS), Fahmy Hanna (sede de la OMS), Eva Lustigova (sede de la OMS), Carmen Martinez (OMS/Américas), Maristela Monteiro (OMS/Américas), Melita Murko (OMS/Europa), Khalid Saeed (OMS/Mediterráneo oriental), Steven Shongwe (OMS/África), Yutaro Setoya (OMS/Pacífico occidental), Martin Vandendyck (OMS / Pacífico occidental), Mark Van Ommeren (sede de la OMS), Edith Van't Hof (sede de la OMS) y Dévora Kestel (sede de la OMS).

Apoyo administrativo y editorial de la OMS

Patricia Robertson, Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS/Ginebra); David Bramley, edición (Suiza); Julia Faure (Francia), Casey Chu (Canadá) y Benjamin Funk (Suiza), diseño y apoyo.

Colaboraciones en soporte de vídeo

Queremos agradecer a las siguientes personas y organizaciones por autorizar el uso de sus vídeos en estos materiales:

50 mums, 50 kids, 1 extra chromosome

Vídeo producido por Wouldn't Change a Thing

Breaking the chains, de Erminia Colucci

Vídeo producido por Movie-Ment

Chained and locked up in Somaliland

Vídeo producido por Human Rights Watch

Circles of support

Vídeo producido por Inclusion Melbourne

Decolonizing the mind: A trans-cultural dialogue on rights, inclusion and community

(International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Dementia, disability & rights – Kate Swaffer

Vídeo producido por Dementia Alliance International

Finger prints and foot prints

Vídeo producido por PROMISE Global

Forget the stigma

Vídeo producido por The Alzheimer Society of Ireland

Ghana: Abuse of people with disabilities

Vídeo producido por Human Rights Watch

Global campaign: the right to decide

Vídeo producido por Inclusion International

Human rights, ageing and dementia: challenging current practice, de Kate Swaffer

Vídeo producido por Your aged and disability advocates (ADA), Australia

I go home

Vídeo producido por WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Inclusive health overview

Vídeo producido por Special Olympics

Independent advocacy, James' story

Vídeo producido por The Scottish Independent Advocacy Alliance

Living in the community

Vídeo producido por la Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) y el Disability Rights Fund (DRF)

Living it forward

Vídeo producido por LedBetter Films

Living with mental health problems in Russia

Vídeo producido por Sky News

Love, loss and laughter – living with dementia

Vídeo producido por Fire Films

Mari Yamamoto

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Mental health peer support champions, Uganda 2013

Vídeo producido por Cerdic Hall

Moving beyond psychiatric labels

Vídeo producido por The Open Paradigm Project/P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome

Vídeo producido por The Guardian

My story: Timothy

Vídeo producido por End the Cycle (Initiative of CBM Australia)

Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health

Vídeo producido por Rethink Mental Illness

No force first

Vídeo producido por el Mersey Care NHS Foundation Trust

No more barriers

Vídeo producido por BC Self Advocacy Foundation

‘Not without us’ from Sam Avery & mental health peer connection

Vídeo producido por la Mental Health Peer Connection

Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

The Open Paradigm Project – Celia Brown

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Mindfreedom International

Open Paradigm Project – Dorothy Dundas

Vídeo producido por The Open Paradigm Project

Open Paradigm Project – Oryx Cohen

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / National Empowerment Center

Open Paradigm Project – Sera Davidow

Vídeo producido por The Open Paradigm Project / Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brasil 2017

Vídeo producido por L4 Filmes

Paving the way to recovery – The Personal Ombudsman System

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Peer advocacy in action

Vídeo producido y dirigido por David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)

© 2014 Createus Media Inc., todos los derechos reservados. Utilizado con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Contactar con info@createusmedia.com para más información. Un agradecimiento especial a Rita Cronise por toda su ayuda y apoyo.

Planning ahead – Living with younger onset dementia

Vídeo original producido por Office for the Ageing, SA Health, Adelaida, Australia. Copyright de Creative: Kate Swaffer y Dementia Alliance International

Quality in social services – Understanding the convention on the rights of persons with disabilities

Vídeo producido por la Garantía de Calidad Europea en Servicios Sociales (EQUASS). Unidad de Plataforma Europea para la Rehabilitación (EPR) (www.epr.eu – www.equass.be). Con el apoyo

financiero del Programa Europeo de Empleo e Innovación Social (EaSI) (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animación: S. Allaeys – QUIDOS. Apoyo al contenido: Foro Europeo de la Discapacidad

Raising awareness of the reality of living with dementia

Vídeo producido por la Mental Health Foundation (Reino Unido)

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan

Vídeo producido por Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery – INTAR, India, 2016)

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services

Vídeo producido por Amnistía Internacional Irlanda

Seclusion: Ashley Peacock

Vídeo producido por Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – todos los derechos reservados.

Seher, Urban Community Mental Health Program, Pune

Vídeo producido por el Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Self-advocacy

Vídeo producido por Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

Social networks, open dialogue and recovery from psychosis – Jaakko Seikkula

Vídeo producido por Daniel Mackler, cineasta

Special Olympic athlete Victoria Smith (entrevista), ESPN, 4 de julio de 2018

Vídeo producido por Special Olympics

Discurso de Craig Mokhiber, director adjunto del secretario general de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisariado para los Derechos Humanos, pronunciado durante el evento «Time to act on global mental health – building momentum on mental health in the SDG era», mantenido con motivo de la 73ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Vídeo producido por UN Web TV

Thanks to John Howard peers for support

Vídeo producido por Cerdic Hall

The Gestalt Project: Stop the stigma

Vídeo producido por Kian Madjedi, cineasta

The T. D. M. (Transitional Discharge Model)

Vídeo producido por LedBetter Films

This is the story of a civil rights movement

Vídeo producido por Inclusion BC

Uganda: ‘Stop the abuse’

Vídeo producido por Validity, denominada previamente ‘Mental disability advocacy centre (MDAC)’

UN CRPD: What is article 19 and independent living?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

UNCRPD: What is Article 12 and legal capacity?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

Universal declaration of human rights

Vídeo producido por la Oficina del Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

What is recovery?

Vídeo producido por Mental Health Europe (www.mhe-sme.org)

What is the role of a personal assistant?

Vídeo producido por Ruils – Disability Action & Advice Centre (DAAC)

Why self advocacy is important

Vídeo producido por Inclusion International

Women institutionalized against their will in India

Vídeo producido por Human Rights Watch

Working together – Ivymount School and PAHO

Vídeo producido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para las Américas)

You can recover (Reshma Valliappan, India)

Vídeo producido por ASHA International

Apoyo financiero

La OMS quiere expresar su agradecimiento a Grand Challenges Canada, organización financiada por el Gobierno de Canadá, al Comité de Salud Mental, al Gobierno de Australia Occidental, a CBM International y al Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) por su generoso apoyo financiero para desarrollar los módulos de formación de QualityRights.

También quiere agradecer a International Disability Alliance (IDA) el apoyo financiero que ha prestado a varios revisores de los módulos de QualityRights de la OMS.

Prefacio

Garantizar la salud mental y el bienestar se ha convertido en un imperativo a escala mundial y es un hito importante de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Desgraciadamente, nuestra respuesta en todos los países del mundo ha sido insuficiente y no hemos conseguido grandes avances a la hora de promover la salud mental como derecho humano fundamental.

Una de cada diez personas sufre un trastorno de salud mental, doscientos millones tienen una discapacidad intelectual y se calcula que cincuenta millones tienen demencia. Muchas personas con trastorno de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva no tienen acceso a unos servicios de salud mental de calidad, que satisfagan sus necesidades y que respeten sus derechos y su dignidad.

Aun hoy, las personas son recluidas en instituciones, donde se las aísla de la sociedad y se las margina de sus comunidades. En muchos casos, sufren abusos físicos, sexuales y emocionales, y son objeto de negligencia en los servicios sanitarios, las prisiones y la comunidad. Además, se ven privadas del derecho a decidir por sí mismas sobre la atención y el tratamiento, sobre el lugar donde quieren vivir y sobre cuestiones personales y económicas. A menudo se les deniega el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a oportunidades laborales, impidiéndoles la inclusión y la participación plenas en la vida comunitaria. A consecuencia de ello, las personas con trastorno de salud mental y discapacidad intelectual mueren entre diez y veinte años antes que la población general, tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta.

El derecho a la salud es fundamental para la visión y la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es el eje de nuestros esfuerzos por conseguir una cobertura sanitaria universal (CSU). La base de la CSU son unos sistemas sanitarios basados en la atención primaria que presten unos servicios fundamentados en la evidencia y centrados en la persona, y que respeten los valores y preferencias.

Para hacer realidad esta visión, ahora existen catorce nuevos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la OMS. El objetivo de estos módulos es que los diferentes países puedan trasladar a la práctica las normas internacionales en materia de derechos humanos ejerciendo una influencia en las políticas y desarrollando las aptitudes y los conocimientos necesarios para implantar abordajes centrados en la persona y basados en la recuperación. Esto permitirá prestar una atención y un apoyo de calidad, y fomentar la salud mental y el bienestar.

Estamos convencidos de que todas las personas —desde los profesionales de los servicios hasta los miembros de la comunidad— deben tener las aptitudes y los conocimientos necesarios para apoyar a cualquier persona que tenga un trastorno de salud mental o psicosocial, intelectual o cognitivo.

Esperamos que se haga un uso extensivo de estos módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights, y que el abordaje que ofrecen sea la norma, y no la excepción, en los servicios sociales y de salud mental de todo el mundo.



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director general
Organización Mundial de la Salud

Declaraciones de apoyo

Dévora Kestel, directora, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

En todo el mundo, cada vez se es más consciente de la importancia de la salud mental y de unos servicios y apoyos centrados en la persona, así como de fomentar un abordaje basado en los derechos humanos y que impulse la recuperación. Esta tendencia va acompañada del reconocimiento de que los sistemas de salud mental de los países de renta baja, media y alta no cumplen con sus obligaciones respecto a muchos individuos y comunidades porque ofrecen un acceso limitado y unos servicios de baja calidad, y porque vulneran los derechos humanos.

Es inaceptable que las personas usuarias de los servicios de salud mental estén expuestas a unas condiciones de vida inhumanas y a unas prácticas terapéuticas perjudiciales, así como a situaciones de violencia, negligencia y abuso. Según varios informes, un buen número de servicios no satisfacen las necesidades de las personas o no les dan el apoyo necesario para poder vivir con independencia en su comunidad, por lo que la interacción con estos servicios a menudo hace que se sientan desesperadas y desempoderadas.

En el contexto más amplio de la comunidad, las personas con trastornos de salud mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva son objeto de estigmatización, discriminación e importantes desigualdades que impregnan todos los aspectos de su vida. Se les niega la oportunidad de vivir donde quieran, de casarse, de formar una familia, de ir a la escuela, de buscar trabajo y de disfrutar de actividades de ocio.

Si queremos cambiar esta situación, debemos adoptar abordajes basados en la recuperación y en los derechos humanos. Un abordaje basado en la recuperación garantiza que los servicios sitúen a las personas en el centro de la atención que necesitan. Su objetivo es apoyar a las personas para que puedan definir cómo entienden su recuperación, y ayudarlas a recuperar el control de su identidad y de su existencia, tener esperanza en el futuro y encontrar un sentido a la vida gracias, por ejemplo, al trabajo, a las relaciones personales, a la participación en la comunidad o a la espiritualidad.

Los abordajes basados en la recuperación y los derechos humanos tienen muchos puntos en común. Ambos fomentan derechos clave recogidos en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, tales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión comunitaria. Ahora bien, el abordaje basado en los derechos humanos impone obligaciones a los países con el fin de que promuevan estos derechos.

Mediante estos módulos de formación y orientación, desarrollados en el marco de la iniciativa QualityRights, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado medidas contundentes para abordar estos retos y ayudar a los países a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Estas herramientas permiten realizar diversas acciones cruciales orientadas a promover la participación y la inclusión comunitaria para las personas con experiencia vivida de trastorno mental; a impulsar el entrenamiento en habilidades sociales para poner fin a la estigmatización y la discriminación, y para fomentar los derechos y la recuperación; a fortalecer el apoyo entre iguales y las organizaciones de la sociedad civil con el fin de crear relaciones de apoyo mutuo y de empoderar a las personas para que reclamen que los servicios sociales y de salud mental adopten un abordaje centrado en la persona y en los derechos humanos.

Confío en que los diferentes países utilicen estas herramientas de la Organización Mundial de la Salud para dar una respuesta global a los retos a los que deben hacer frente las personas con trastorno mental o discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

QualityRights ofrece un nuevo abordaje de la atención en salud mental; un abordaje basado en los derechos y orientado a la recuperación.

Esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud es muy acertada. Cada vez se pone más de manifiesto que las políticas y los servicios de salud mental deben cambiar en todo el mundo. Es muy frecuente que los servicios para las personas con discapacidad psicosocial y otros trastornos de salud mental recurran a la coacción, la sobremedicación y la institucionalización. Esta situación es inaceptable, dado que puede seguir reforzando la estigmatización y la impotencia, tanto entre los usuarios como entre los profesionales de los servicios de salud mental.

Todas las partes interesadas –desde los responsables de políticas hasta los profesionales de la salud mental y los usuarios de los servicios de salud mental– deben disponer de conocimientos y aptitudes que les permitan gestionar el cambio de una manera eficaz, así como desarrollar servicios de salud mental sostenibles y basados en los derechos.

La iniciativa QualityRights, mediante unos módulos específicos y bien concebidos, proporciona los conocimientos y las aptitudes necesarias para conseguirlo, además de demostrar de una manera convincente que el cambio es posible y que este cambio se traducirá en una situación favorable para todas las partes. En segundo lugar, los profesionales de los servicios serán competentes y confiarán en la aplicación de medidas que impiden la coacción. A consecuencia de ello, se reducirán las asimetrías de poder y, a su vez, se reforzarán la confianza mutua y la alianza terapéutica.

Dejar atrás el legado de abordajes de la atención en salud mental –obsoletos y basados en asimetrías de poder, en la coacción y en la discriminación– no será un camino fácil. Ahora bien, cada vez es más evidente que es necesario un cambio a escala global –tanto en los países de renta baja como en los de renta media y alta– para conseguir unos servicios de salud mental basados en los derechos y en la evidencia. La iniciativa QualityRights de la OMS y sus materiales de formación y orientación son unas herramientas sumamente útiles que ayudarán y empoderarán a todas las partes interesadas que quieran avanzar en esa dirección. Recomiendo sin reservas que todos los países se sumen a la iniciativa QualityRights.

Catalina Devandas Aguilar, relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad, en especial las que tienen discapacidad psicosocial e intelectual, son a menudo objeto de vulneraciones de los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental. En muchos países, la legislación en materia de salud mental permite el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios de personas con discapacidad debido a su deficiencia –tanto real como percibida– y otros factores, como la «necesidad médica» y la «peligrosidad». Muchos servicios de salud mental recurren con regularidad al aislamiento y a la contención en casos de crisis emocional y de malestar grave, pero también los utilizan como castigo. Las mujeres y las niñas con discapacidad psicosocial e intelectual suelen estar expuestas a la violencia y a menudo son sometidas a diversas

prácticas perjudiciales en ámbitos de salud mental, como la anticoncepción, el aborto y la esterilización forzosos.

En este contexto, la iniciativa QualityRights de la OMS puede proporcionar una orientación fundamental sobre cómo implantar servicios de salud mental y dar respuestas basadas en la comunidad desde la perspectiva de los derechos humanos, y ofrecer un camino para poner fin a la institucionalización y al tratamiento involuntario de las personas con discapacidad. Esta iniciativa exige impartir formación a los profesionales sanitarios para que proporcionen a las personas con discapacidad una atención y apoyo psicosocial que respeten sus derechos. Al promover el cumplimiento de los marcos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) y de la Agenda 2030, los módulos de la iniciativa QualityRights de la OMS nos acercan a hacer valer los derechos de las personas con discapacidad.

Julian Eaton, director, Salud Mental, CBM International

El aumento del interés por la salud mental como eje de desarrollo ofrece la oportunidad de reducir las enormes diferencias existentes en cuanto a la atención y el apoyo, y de permitir que las personas puedan hacer valer, en todos los casos, su derecho a una atención sanitaria de calidad. A lo largo de la historia, los servicios de salud mental han tendido a ser muy deficientes y no han tenido en cuenta las prioridades y las opiniones de las personas usuarias.

El programa QualityRights de la OMS ha contribuido significativamente a adoptar los medios necesarios para medir los servicios de salud mental de acuerdo con los estándares de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Esto a menudo representa un cambio de paradigma en relación a cómo los servicios han funcionado históricamente. Estos nuevos módulos de formación y orientación son un excelente recurso que facilita una mejor práctica a la hora de apoyar a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, y que fomenta entornos más saludables que favorecen la recuperación. Aún queda un largo camino por recorrer, pero el programa QualityRights es una herramienta fundamental para los profesionales de los servicios y los usuarios, dado que establece las directrices para llevar a cabo una reforma práctica de los servicios, con independencia del país donde estén, que valore la dignidad y el respeto.

Charlene Sunkel, directora general, Red Global de Iguales en Salud Mental

El conjunto de materiales de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud fomenta un sólido abordaje participativo. Reconoce los valores y la importancia de la experiencia vivida de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en cuanto a fomentar su recuperación, de emprender actividades de promoción, de llevar a cabo estudios de investigación y de reducir la estigmatización y la discriminación. Las herramientas de la iniciativa QualityRights garantizan el cumplimiento de los estándares en materia de derechos humanos e implementan estrategias para acabar con las prácticas coactivas. Explican cómo las personas con experiencia vivida pueden aportar apoyo entre iguales, además de contribuir a desarrollar, diseñar, implantar, supervisar y evaluar los servicios sociales y de salud mental.

La experiencia vivida va mucho más allá de la adquisición de conocimientos y de aptitudes. La vivencia proviene de una profunda comprensión, tanto del impacto social y en materia de derechos humanos que comporta vivir con una discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, como de las adversidades sufridas al experimentar el rechazo, la segregación y la discriminación. Proviene de tener que luchar por moverse por un sistema de salud mental que a menudo no proporciona los servicios ni el apoyo que supondría tratar a la persona como individuo único, y que satisfaría sus necesidades de recuperación específicas.

El sistema de salud mental no es el único sistema en la sociedad que incluye barreras que las personas deben superar; el acceso a otras oportunidades de vida, como la educación, un puesto de trabajo, la vivienda, la salud en general y el bienestar, puede suponer un reto igual de importante. Las perspectivas únicas y profundas de las personas con experiencias vividas pueden ser el catalizador para el cambio y la transformación de todos los sistemas de la sociedad para proteger los derechos humanos, fomentar la inclusión comunitaria, mejorar la calidad de vida y promover el empoderamiento, aspectos que en todos los casos pueden contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar.

Kate Swaffer, presidenta, Dementia International Alliance

Ha sido un honor y un placer para Dementia Alliance International (DAI) trabajar con la iniciativa QualityRights de la OMS y sus colaboradores en un proyecto tan primordial como este. En la práctica, se ha tendido a no tener en cuenta los derechos humanos para las personas con demencia. Ahora, estos módulos introducen un nuevo abordaje de la salud mental, así como a la demencia, un trastorno neurodegenerativo que provoca discapacidades cognitivas. A diferencia del actual camino posdiagnóstico para la demencia, que se centra solo en los déficits y se traduce únicamente en discapacidad y en dependencia, este nuevo abordaje y estos módulos únicos y formativos fomentan los derechos, alientan a las personas con demencia y las apoyan para que puedan vivir de una forma más positiva.

Los módulos promueven la necesidad de un acceso claro a los derechos y son unas herramientas muy prácticas que todas las personas, sin excepción, pueden utilizar. En esencia, toman principios clave de los derechos humanos y hacen que sean viables en la práctica. Son tan apropiados y efectivos para los profesionales sanitarios como para las personas con demencia y sus familiares. Así, por ejemplo, al subrayar la necesidad y los beneficios del apoyo entre iguales —un servicio gratuito que la DAI ha venido ofreciendo a las personas con demencia desde 2003, incluso antes de que este apoyo se pusiera en marcha oficialmente— y al centrarse en la cuestión de la capacidad jurídica y en su adecuación según el artículo 12 de la CDPD, estos módulos ofrecen maneras tangibles de informar mejor a los profesionales y los familiares para garantizar que a las personas con demencia no se les sigan negando sus derechos. Personalmente, tengo plena confianza en que estos módulos ayudarán a todas las personas con problemas de salud mental y discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva a disfrutar de una mejor calidad de vida.

Ana Lucia Arellano, presidenta, International Disability Alliance

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas es un tratado pionero sobre los derechos humanos que promueve un cambio de paradigma, consistente en dejar de considerar a las personas con discapacidad como receptoras de servicios de beneficencia o de tratamiento médico para pasarlas a reconocer plenamente como sujetos de derechos. Este cambio de paradigma es especialmente significativo para las personas con discapacidad intelectual, psicosocial y múltiple, o para las personas con necesidades de apoyo más intensivas. El artículo 12 de la CDPD es clave para promover este cambio, dado que reconoce que las personas con discapacidad pueden ejercer su capacidad jurídica. Este es el derecho humano fundamental que establece las bases para ejercer el resto de los derechos.

QualityRights es una herramienta excelente para que los especialistas y los profesionales de la salud comprendan mejor la CDPD y se adhieran a ella. Establece un puente entre las personas con discapacidad psicosocial, los usuarios y supervivientes de psiquiatría, y los servicios de salud mental y en el ámbito de la salud, respetando los principios y los valores de la CDPD. Los módulos de QualityRights se han

desarrollado en estrecha colaboración con los usuarios y supervivientes de los servicios de salud mental, vinculando sus voces a los mensajes transmitidos a los estados que forman parte de la CDPD. International Disability Alliance (IDA) y sus organizaciones miembros celebran con satisfacción el trabajo realizado en el marco de la iniciativa QualityRights. Animamos firmemente a la OMS a continuar con sus esfuerzos para transformar las leyes, las políticas y los sistemas de salud mental hasta que cumplan la CDPD, así como a hacerse eco de las fuertes voces que reclaman «¡Nada sobre nosotros sin nosotros!».

Connie Laurin-Bowie, directora ejecutiva, Inclusion International

La iniciativa QualityRights de la OMS pretende empoderar a los individuos, así como a las organizaciones de personas con discapacidad, para que conozcan sus derechos humanos e impulsen el cambio para poder vivir con independencia en la comunidad y poder recibir el apoyo adecuado. Inclusion International celebra esta iniciativa, que pretende promover los derechos que a menudo se les niegan a las personas con discapacidad intelectual; concretamente, el derecho a acceder a unos servicios de salud mental adecuados en el marco de la comunidad; el derecho a decidir; el derecho a tener una vida familiar; el derecho a vivir en la comunidad; y el derecho a ser ciudadanos activos. QualityRights es una aportación muy valiosa a nuestros esfuerzos colectivos por configurar e influir en unas políticas y prácticas que permitan la inclusión de todas las personas en sus comunidades.

Alan Rosen, catedrático, Illawarra Institute of Mental Health, Universidad de Wollongong, y Brain & Mind Centre, Universidad de Sydney, Australia

La libertad es terapéutica. Promover los derechos humanos en nuestros servicios de salud mental puede contribuir a la curación. Puede garantizar que, siempre que sea posible, una persona que viva con un trastorno de salud mental: a) conserve el derecho de elección de la asistencia y de la atención que recibe y tenga control sobre ella, y b) reciba, si es necesario, un buen apoyo clínico y domiciliario para poder vivir en la comunidad sin trabas, «en su propio terreno y de acuerdo con sus condiciones».

Después de una larga historia de defensa de los derechos humanos en el campo de la psiquiatría, estos módulos demuestran que es posible satisfacer sin contradicciones el derecho a una adecuada atención, a todos los derechos humanos y a todas las libertades fundamentales. Es necesario reducir la coacción en la atención sanitaria, como la contención física, el aislamiento, la medicación forzosa, las unidades de hospitalización cerradas con llave, la reclusión en espacios confinados e instituciones. Para que en la atención sanitaria se alcance un grado de libertad óptimo, es necesario llevar a cabo un cambio radical, como puede ser una sistematización generalizada de alternativas prácticas basadas en la evidencia para impedir la coacción; es decir, puertas abiertas, centros de relevo abiertos, un acceso libre y abierto, comunidades abiertas, mentes abiertas, conversaciones abiertas entre iguales, apoyo a la vida comunitaria, una mejora de la comunicación individual y familiar, habilidades y apoyo para la resolución de problemas, documentos de voluntades anticipadas, formación en técnicas de alivio y desescalada, apoyo a la toma de decisiones, orientación a la recuperación por parte de todos los servicios y de todos los profesionales expertos, y elaboración conjunta de políticas con todas las partes interesadas.

El programa QualityRights de la OMS, basado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, consta de un conjunto de módulos muy prácticos. A nosotros, como profesionales, estos módulos nos ofrecen una trayectoria y un horizonte hacia el que trabajar, y no una respuesta final o un límite temporal. Además de optimizar los servicios clínicos y de apoyo, nuestras acciones políticas, jurídicas y sociales con las personas usuarias de los servicios y con sus familiares deben combinarse con nuestra propia emancipación como profesionales respecto del pensamiento institucional y de las restricciones que conllevan las prácticas habituales en la atención a la salud mental. Solo así, todos juntos, podremos mejorar significativamente las perspectivas de una

vida empoderada, con sentido y enriquecedora, con ciudadanía plena y con todos los derechos, para las personas con problemas de salud mental graves, persistentes o recurrentes.

Victor Limaza, activista y formador del Programa «Discapacidad y Justicia» de Documenta, A. C. (México)

La dignidad y el bienestar son conceptos estrechamente interrelacionados. Hoy en día se cuestionan los criterios mediante los que juzgamos el sufrimiento psicológico como si fuera solo una serie de desequilibrios neuroquímicos, así como la idea de que determinadas manifestaciones de la diversidad humana son patologías que hay que atacar para proteger a la persona y la sociedad de supuestos peligros, aunque las intervenciones utilizadas pueden vulnerar derechos y causar daños irreversibles. La perspectiva interdisciplinaria y holística, que permite abordar el malestar subjetivo sin pisotear la dignidad ni la capacidad de decidir, incluso en situaciones críticas, debería ser el fundamento sobre el que se elaboraran los nuevos modelos de atención en salud mental, respetando los principios de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). Es posible comprender la experiencia de una persona que se enfrenta a un estado crítico en su salud mental gracias al vínculo generado por la empatía, la escucha, el diálogo abierto, el acompañamiento (en especial, entre iguales), el apoyo a la toma de decisiones, la vida comunitaria y los documentos de voluntades anticipadas con salvaguardias muy estrictas. Las personas con discapacidades psicosociales son expertas en salud mental debido a su propia experiencia, y deben implicarse en el desarrollo de instrumentos que tengan la recuperación como finalidad. La iniciativa QualityRights de la OMS es un buen ejemplo de este cambio de paradigma, dado que proporciona herramientas y estrategias para la atención en salud mental con los más altos estándares en materia de respeto de los derechos humanos. No cabe duda de que el goce pleno y equitativo de todos los derechos humanos por parte de todas las personas promueve la salud mental.

Peter Yaro, director ejecutivo, Basic Needs Ghana

El conjunto de documentos de formación y orientación de la OMS es una extensa colección de materiales cuyo objetivo es mejorar el trabajo en salud mental y el desarrollo inclusivo basado en los derechos. Representan, por tanto, un paso significativo hacia una programación e inclusión eficaces de las discapacidades, en especial de las discapacidades psicosociales, intelectuales y del desarrollo, en las intervenciones orientadas a satisfacer las necesidades y los derechos de las personas, tal y como prevé la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD). La iniciativa QualityRights representa un salto enorme en la firme recomendación de que las personas con experiencia vivida formen parte de la conceptualización e implantación de las intervenciones, así como del seguimiento y la evaluación de los logros del proyecto. Esta orientación permite garantizar la sostenibilidad de las iniciativas, por lo que se recomienda que los profesionales, los usuarios de los servicios, los cuidadores y todas las partes interesadas hagan uso de estos documentos. En el abordaje que presentan, no existe lugar para ejercer violencia ni abuso sobre personas especialmente vulnerables.

Michael Njenga, presidente, Red Panafricana para Personas con Discapacidades Psicosociales, miembro del Consejo Ejecutivo, Africa Disability Forum y consejero delegado de Usuarios y Supervivientes de Psiquiatría, Kenia

Se está produciendo un cambio de paradigma en la forma en que debemos abordar la salud mental a escala mundial. El impulso de este cambio ha sido fruto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), de la adopción de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Las herramientas y materiales de la iniciativa QualityRights de la OMS para la formación y la orientación se basan en este derecho humano internacional clave y en los instrumentos internacionales de desarrollo. Esta iniciativa adopta un enfoque basado en los derechos humanos a efectos de garantizar que los servicios de salud mental se presten en un marco de derechos humanos y sean sensibles a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental. Estos materiales también subrayan la necesidad de prestar los servicios lo más cerca posible de donde vivan las personas.

El abordaje de QualityRights reconoce la importancia de respetar la dignidad inherente a cada individuo y de garantizar que todas las personas con discapacidad psicosocial y trastorno de salud mental tengan voz, poder y capacidad de elección al acceder a los servicios de salud mental. Este es un elemento esencial de la reforma de los sistemas y servicios de salud mental, tanto a escala mundial como local y nacional. Por consiguiente, es fundamental asegurarse de que estas herramientas de formación y materiales de orientación se utilizan ampliamente con la finalidad última de que se traduzcan en resultados tangibles en todos los ámbitos para las personas con experiencia vivida, sus familiares, las comunidades donde viven y las sociedades en general.

¿Qué es la iniciativa QualityRights de la OMS?



La iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y del apoyo que se prestan en los servicios sociales y de salud mental, y de promover los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas en todo el mundo. Adopta un enfoque participativo para conseguir los siguientes objetivos:

1

Crear capacidad para combatir la estigmatización y la discriminación y para promover los derechos humanos y la recuperación.

2

Mejorar la calidad de la atención y las condiciones de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.

3

Crear unos servicios basados en la comunidad y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos.

4

Dar apoyo al desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para promover e influir en la formulación de políticas.

5

Reformas políticas y leyes nacionales en consonancia con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros estándares internacionales en materia de derechos humanos.

Más información: <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas>

La iniciativa QualityRights de la OMS: herramientas de formación y orientación

Los siguientes módulos de formación y orientación, así como las presentaciones de diapositivas que los acompañan, son parte de la iniciativa QualityRights de la OMS y se pueden consultar en: <https://www.who.int/publicationsdetail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

Herramientas para la transformación de los servicios

- [Caja de herramientas de evaluación de la iniciativa QualityRights de la OMS](#)
- [La transformación de los servicios y la promoción de los derechos humanos](#)

Herramientas de formación

Módulos básicos

- [Los derechos humanos](#)
- [La salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#)
- [La recuperación y el derecho a la salud](#)
- [La capacidad jurídica y el derecho a decidir](#)
- [Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato](#)

Módulos especializados

- [El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas](#)
- [Estrategias para acabar con el aislamiento y la contención](#)
- [Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar](#)

Herramientas de evaluación

- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario previo a la formación](#)
- [Evaluación de la formación QualityRights de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y recuperación: cuestionario posterior a la formación](#)

Herramientas de orientación

- [Apoyo individualizado entre iguales para personas con experiencia vivida](#) ←
- [Grupos de apoyo entre iguales para personas con experiencia vivida](#)
- [Organizaciones de la sociedad civil para promover los derechos humanos en la salud mental y en otros ámbitos relacionados](#)
- [La defensa de la salud mental, de la discapacidad y de los derechos humanos](#)

Herramientas de autoayuda

- [Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud mental y el bienestar: herramienta de autoayuda](#)

Sobre esta formación y orientación

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights tienen como propósito aumentar los conocimientos, las habilidades y la comprensión entre las partes implicadas clave sobre cómo promover los derechos de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas, así como mejorar la calidad de los servicios y apoyos prestados en el ámbito de la salud mental y en otros ámbitos relacionados, en consonancia con los estándares internacionales en materia de derechos humanos y, en particular, con la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y con el abordaje de la recuperación.

¿A quién va dirigida esta formación y orientación?

- **A las personas con discapacidad psicosocial.**
- **A las personas con discapacidad intelectual.**
- **A las personas con discapacidad cognitiva, incluyendo demencia.**
- **A las personas que son o han sido usuarias de los servicios sociales y de salud mental.**
- **A los gestores sanitarios, de salud mental y de servicios sociales.**
- A los profesionales de la salud mental y de otras disciplinas (como medicina, enfermería, psiquiatría, enfermería psiquiátrica y geriátrica, neurología, geriatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, trabajo de apoyo comunitario, asistencia personal, apoyo entre iguales y voluntariado).
- **A otras personas que trabajen en el ámbito de los servicios sociales y de la salud mental o que presten servicios en este ámbito, incluyendo los servicios comunitarios y los servicios de atención domiciliaria** (como ayudantes, personal de limpieza, de cocina, de mantenimiento y administradores).
- **A las organizaciones no gubernamentales (ONG), a las asociaciones y organizaciones religiosas que trabajen en el ámbito de la salud mental, de los derechos humanos o en otros ámbitos pertinentes** (como organizaciones de personas con discapacidad; organizaciones de usuarios o supervivientes de psiquiatría, organizaciones de defensa de los derechos en salud mental).
- **A los familiares, a las personas de apoyo y a otros cuidadores.**
- **A los ministerios pertinentes (de sanidad, de derechos sociales, de educación, etc.) y a los responsables de políticas.**
- **A las instituciones y servicios gubernamentales pertinentes** (como la policía, el poder judicial, el personal penitenciario, los organismos que supervisan o inspeccionan centros de internamiento –incluidos los servicios sociales y de salud mental–, las comisiones de reforma legislativa, los consejos de personas con discapacidad y las instituciones nacionales de derechos humanos).
- **A otras organizaciones y partes implicadas pertinentes** (como defensores de los derechos en salud mental, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios, líderes comunitarios o espirituales y, en su caso, curanderos tradicionales).

¿Quién debe impartir la formación?

Es conveniente que esta formación la diseñe y la imparta un equipo multidisciplinario que incluya, entre otros, personas con experiencia vivida, miembros de organizaciones de personas con discapacidad y profesionales que trabajen en el ámbito de la salud mental, de la discapacidad y en otros ámbitos relacionados.

Si la formación pretende abordar específicamente los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, es importante contar con representantes de ese grupo como responsables de la formación. Del mismo modo, si el propósito es reforzar las capacidades en lo que respecta a los derechos de las

personas con discapacidad intelectual o cognitiva, los responsables de la formación también deberían pertenecer a estos grupos.

Para conseguir que los debates sean más ágiles y dinámicos, existen varias opciones, como solicitar la colaboración de formadores que tengan conocimientos específicos sobre un apartado determinado de la formación para algunos aspectos en concreto de los materiales que se quieran impartir. También puede resultar útil disponer de un equipo de formadores para apartados específicos de la formación.

Conviene que los formadores estén familiarizados con la cultura y el contexto del lugar en el que se imparta la formación. Puede que haya que llevar a cabo sesiones de formación de formadores para crear un equipo de personas que puedan impartir la formación en una cultura o un contexto determinados. Estas sesiones de formación para formadores deberían incluir personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, así como otras partes implicadas locales que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios sociales y de salud mental y los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

¿Cómo se debe impartir la formación?

Si es posible, es necesario impartir todos los módulos de formación QualityRights, empezando por los cinco módulos básicos. Después, se puede impartir una formación más exhaustiva con los módulos especializados (ver más arriba).

Toda la formación se puede completar realizando varios talleres a lo largo de varios meses. No es necesario acabar un módulo de formación independiente en un solo día, sino que se puede dividir en diferentes temas e impartirlo a lo largo de varios días.

Dado que los materiales de formación son bastante extensos, y que es posible que el tiempo y los recursos sean limitados, se puede adaptar la formación a los conocimientos y la experiencia del grupo, así como a los resultados que se quieran obtener.

Por tanto, la manera de utilizar y de impartir estos materiales de formación se puede adaptar a diferentes contextos y necesidades.

- Por ejemplo, si los participantes todavía no tienen experiencia en los ámbitos de salud mental, derechos humanos y recuperación, sería importante realizar un taller de entre cuatro y cinco días de duración utilizando los cinco módulos principales de la formación. En el siguiente enlace hay un programa de muestra de cinco días de duración: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf>
- Si los participantes ya tienen conocimientos básicos sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual y cognitiva, pero necesitan unos conocimientos más avanzados sobre cómo promover en la práctica y específicamente el derecho a la capacidad jurídica, se podría organizar un taller que el primer día se centrara en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir*, y después dedicar los días 2, 3 y 4 al módulo especializado *El apoyo a la toma de decisiones y la planificación de decisiones anticipadas* (o algunos apartados seleccionados de este módulo).

A la hora de adaptar los materiales educativos según las necesidades específicas de la formación, también es importante que previamente se revisen todos los módulos que se impartirán para eliminar las repeticiones innecesarias.

- Por ejemplo, si se tiene la intención de impartir una formación que abarque todos los módulos básicos, no es necesario tratar el tema 5 (que se centra en el artículo 12) ni el tema 6 (que se centra en el artículo 16), puesto que estas cuestiones se abordarán con detenimiento en los módulos posteriores (en el módulo *La capacidad jurídica y el derecho a decidir* y en el módulo *Protección contra la coacción, la violencia y el maltrato*, respectivamente).
- Ahora bien, si se prevé impartir una formación introductoria basada únicamente en el módulo 2, entonces es fundamental tratar los temas 5 y 6 de este módulo, ya que los participantes no volverán a estar en contacto con estos temas y artículos.

Estos ejemplos ilustran algunas de las diferentes formas en que se pueden utilizar los materiales de formación. También existen otras variaciones y cambios posibles según las necesidades y los requisitos de la formación en un contexto específico.

Nota preliminar sobre el lenguaje

Somos conscientes de que el lenguaje y la terminología reflejan la evolución de la conceptualización de la discapacidad y que, a lo largo del tiempo, cada persona puede utilizar términos diferentes en contextos distintos. Las personas deben poder decidir sobre el vocabulario, las expresiones y las descripciones que quieren utilizar para referirse a su experiencia, situación o malestar. Así, por ejemplo, en relación con el ámbito de la salud mental, algunas personas utilizan términos como *personas con diagnóstico psiquiátrico*, *personas con trastorno mental* o *con enfermedad mental*, *personas con trastorno de salud mental*, *personas consumidoras*, *personas usuarias de los servicios* o *personas supervivientes de psiquiatría*. Otros consideran que algunos o todos estos términos son estigmatizantes o utilizan otras expresiones para hacer referencia a sus emociones, experiencias o malestar. De la misma manera, para referirse a la discapacidad intelectual se emplean expresiones diferentes en contextos diferentes, como *discapacidad de aprendizaje*, *trastornos del desarrollo intelectual* o *dificultad de aprendizaje*.

El término *discapacidad psicosocial* se ha adoptado para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Los términos *discapacidad cognitiva* y *discapacidad intelectual* han sido concebidos para referirse a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado específicamente con su función cognitiva o intelectual, como, por ejemplo, la demencia y el autismo.

El uso del término *discapacidad* es importante en este contexto porque pone de manifiesto los significativos obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con discapacidad —real o percibida— y el hecho de que estas están amparadas por la CDPD. El uso del término *discapacidad* en este contexto no implica que las personas tengan ninguna deficiencia ni trastorno.

También utilizamos los términos *personas usuarias* o *personas que han sido usuarias* de los servicios sociales o de salud mental para referirnos a las personas que no consideran necesariamente que tengan una discapacidad, pero que tienen diversas experiencias aplicables a esta formación.

Además, el uso en estos módulos del término *servicios sociales y de salud mental* hace referencia a un amplio abanico de servicios que actualmente se ofrecen en diferentes países, como centros de salud mental comunitarios, centros de atención primaria, servicios de atención ambulatoria, hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría en hospitales generales, centros de rehabilitación, curanderos tradicionales, centros de día, centros residenciales para personas mayores y otros centros colectivos, así como servicios de atención domiciliaria y servicios y apoyos que representan alternativas a los servicios

sociales o de salud mental convencionales y que son prestados por una amplia gama de profesionales de la atención socio-sanitaria en los sectores público, privado y no gubernamental.

La terminología adoptada en este documento se ha seleccionado por motivos de inclusión. Es una opción individual identificarse con unas expresiones o conceptos determinados, pero los derechos humanos siguen siendo aplicables a todo el mundo, en todas partes. Por encima de todo, nunca debemos dejar que un diagnóstico o una discapacidad definan a una persona. Todos somos individuos, con un contexto social, personalidad, autonomía, sueños, objetivos, aspiraciones y relaciones con los otros que son únicos.

1. Introducción

El objetivo de este módulo es que sirva de orientación sobre cómo ofrecer y reforzar el apoyo entre iguales para las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva. Este módulo se centra en ofrecer apoyo individualizado «en persona» en lugar de otras formas de acompañamiento mediante, por ejemplo, redes sociales o el apoyo entre iguales en línea. El apoyo individualizado entre iguales está más establecido en el ámbito de la salud mental que entre personas con discapacidades intelectuales o cognitivas, tal y como ilustra la escasez de ejemplos reales relacionados con estas personas manifiesta en este módulo. Sin embargo, este tipo de apoyo también es válido para personas con discapacidades intelectuales o cognitivas.

Son varias las organizaciones que pueden proporcionar apoyo entre iguales. Cabe decir que recurrir a organizaciones independientes dirigidas por iguales para prestar estos servicios puede resultar de un enorme valor, ya que pueden ayudar a las personas a establecer conexiones más allá de las interacciones estructuradas individualizadas o en grupo. Las personas tienen la posibilidad de establecer relaciones naturales con aquellas personas que eligen de su propio entorno, al margen de cualquier estructura o contexto formal.

Este módulo está pensado para utilizarse en combinación con otras herramientas de formación y orientación de QualityRights.

2. ¿Qué es el apoyo individualizado entre iguales?

El apoyo individualizado entre iguales en el contexto de este módulo es un acompañamiento personalizado proporcionado por un igual que tiene experiencia personal con temas y problemas similares a los de otro igual que se podría beneficiar de tal experiencia y apoyo. El apoyo individualizado entre iguales lo pueden prestar personas contratadas por los servicios sociales y de salud mental, personas que trabajan con esta función en un servicio de apoyo entre iguales autónomo e independiente, o personas implicadas en prestar apoyo entre iguales de forma voluntaria y sin jerarquías. El objetivo es ayudar a las personas con temas que consideran importantes para su recuperación, sin juicios ni ideas preconcebidas. De este modo, el agente de apoyo entre iguales se convierte en una persona empática que escucha, aconseja, defiende y acompaña.

Gracias a sus vivencias, los agentes de apoyo entre iguales, expertos por experiencia propia, son capaces de entender, conectar y ayudar de una manera única a las personas cuando se enfrentan a sus problemas.

El apoyo entre iguales se puede dar en varios contextos, tales como: en casa de las personas, en las instalaciones de una organización dirigida por iguales y en todo el espectro de los servicios sociales y de salud mental. La situación ideal es que los servicios sociales o de salud mental contraten a organizaciones independientes para garantizar que los agentes de apoyo entre iguales trabajen en el servicio con la finalidad de preservar la autonomía y la independencia de las actividades de apoyo entre iguales. El servicio puede facilitar a sus usuarios el acceso al apoyo individualizado entre iguales.

El apoyo entre iguales lo pueden prestar agentes de apoyo entre iguales que realizan tareas voluntarias o asalariados. En función de cada organización o grupo, estos agentes pueden catalogarse como iguales especialistas, iguales líderes o asesores en recuperación.

«El término ‘igual’ no solo hace referencia a alguien que ha vivido una experiencia particular. El apoyo entre iguales se centra, principalmente, en las conexiones e interacciones de las personas en una relación mutua.» [...] «Basándose en la sabiduría adquirida con la experiencia personal, las personas que desarrollan estas funciones de apoyo entre iguales fomentan el crecimiento y facilitan el aprendizaje.» (1)

«El apoyo entre iguales puede ser social, emocional o práctico (o todo a la vez), pero un aspecto importante es que es un apoyo ofrecido mutua y recíprocamente que permite a las personas beneficiarse del acompañamiento que dan o reciben.» (2)

Algunos estudios de investigación recientes han examinado las reacciones de las personas a la pregunta «¿Qué es un igual?» Una mayoría significativa expresó la opinión de que un igual necesita tener en común algo más que una experiencia compartida de malestar mental. El igual también debe compartir la idea de qué significa la recuperación, una comprensión común de un diagnóstico o una experiencia y una visión compartida de tratamientos concretos. También se señaló la importancia de tener características compartidas no directamente relacionadas con la salud mental, como el género, la etnicidad, la fe y la edad (3).

El apoyo entre iguales es central para el abordaje basado en la recuperación. Mediante la explicación de las experiencias, la escucha empática y el aliento, los profesionales de apoyo entre iguales pueden ayudar a personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas a encontrar su propio significado de la recuperación para tener vidas plenas y satisfactorias (4), (5).

La recuperación puede significar algo distinto para cada persona. Para muchas, se trata de retomar el control de sus vidas e identidades, de tener esperanza en la vida y de vivir una vida con significado, ya sea a través del trabajo, de las relaciones, de la participación en la comunidad o de todos o algunos de estos aspectos. (Para más información sobre la recuperación, véanse los módulos de formación de QualityRights *La recuperación y el derecho a la salud* y *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar*).

Algunos ejemplos de acciones y prácticas de apoyo entre iguales son:

- Compartir experiencias, estrategias e historias de esperanza y recuperación.
- Alentar a las personas a asumir la responsabilidad de sus vidas y su propia recuperación.
- Alentar a las personas sin hacer las cosas por ellas.
- Proporcionar a las personas información relevante.
- Ayudar a las personas a tejer redes sociales en la comunidad.
- Acompañar a las personas para garantizar que se respeten sus derechos humanos.

3. Valores del apoyo individualizado entre iguales

A medida que el apoyo entre iguales se generaliza en países de todo el mundo, es importante que su desarrollo continúe arraigado en un conjunto intrínseco de valores, entre los que se incluyen (6), (7):

Reciprocidad e igualdad: El apoyo entre iguales reconoce que ambas partes pueden aprender de la otra en una relación igualitaria, de aceptación y de respeto. Con el apoyo mutuo entre iguales, las diferencias de poder se minimizan y el poder se comparte de la manera más igualitaria posible en el seno de la relación. Los profesionales de apoyo entre iguales no deben estar en una posición que los obligue a informar a los profesionales de los servicios sobre las personas a las que acompañan, ya que esta práctica es contraria a los valores de reciprocidad e igualdad.

Autodeterminación y empoderamiento: El apoyo entre iguales se basa en los principios de la elección y la autonomía personales, y los profesionales de apoyo entre iguales deben crear un entorno en que la persona pueda asumir un mejor control de su vida. La capacitación es un proceso que permite a las personas ganar seguridad en su propia capacidad de tomar decisiones y que puede derivar en una fortaleza y una eficiencia personales mayores. Dado que el foco se pone en capacitar a las personas para que tomen sus propias decisiones, deben hacerse esfuerzos para evitar que se cree una relación de dependencia entre el profesional de apoyo entre iguales y la persona que lo recibe.

Empatía: La capacidad de relacionarse con otra persona entendiendo su experiencia desde su perspectiva es fundamental para el apoyo individualizado entre iguales y conlleva una mejor empatía en las relaciones entre iguales.

Recuperación: La recuperación es una experiencia única e individual. Un valor clave del apoyo individualizado entre iguales es ayudar a la persona a determinar qué es lo mejor para su vida y para su bienestar. El apoyo entre iguales tiene la voluntad de ser holístico y ofrece a las personas la oportunidad de explorar múltiples vías de recuperación para poder seleccionar la o las que son adecuadas a su caso.

«Poco después de que me dieran el alta en el hospital, me presentaron a un... profesional de apoyo entre iguales. Probablemente, aquella persona fue el factor más importante para mi recuperación. El trabajo con él a lo largo de muchos meses me permitió poner poco a poco mi vida en perspectiva y diseñar el futuro que quería tener. Fue inspirador oír su historia. Tuve la sensación de que podía confiar más en él que en otros trabajadores de salud mental porque él también tenía una experiencia personal con la enfermedad mental.» (8)

«Al considerar la situación de M, siempre me puse en su piel, porque vivía (en su casa) sin luz, a oscuras, y tampoco había agua corriente. Yo también he vivido en una casa así. No teníamos ni luz ni agua corriente. Así que... un día, iba en tren y vi a un hombre que vendía linternas para ponerse en la cabeza, frontales, y le compré una... Le llevé el frontal a M para que se lo pusiera en la cabeza y, al menos, tuviera luz en casa, ¿me entiende?» (9)

Algunos modelos de apoyo entre iguales ponen un énfasis mayor en la reciprocidad, el acompañamiento y la cocreación de conocimiento, porque perciben la relación entre iguales como un proceso bidireccional (por ejemplo, apoyo entre iguales intencional), mientras que otros modelos tienden a funcionar más como una prestación de servicios de una persona a otra.

4. Beneficios del apoyo individualizado entre iguales

(10)

Las barreras estructurales y la discriminación en la sociedad y en los servicios puede conducir a las personas que buscan ayuda a sentirse marginadas, aisladas, desesperanzadas y frustradas. El apoyo individualizado entre iguales puede proporcionar un entorno social seguro e inclusivo prestado por personas con una profunda comprensión personal que fomenta la esperanza, la participación y el empoderamiento. (11)

El apoyo entre iguales beneficia tanto a las personas que experimentan malestar y se enfrentan a situaciones difíciles como a aquellas que proporcionan acompañamiento. Para las primeras, los

beneficios clave obtenidos a través del apoyo de un igual incluyen una mayor implicación con los servicios y las relaciones terapéuticas con los profesionales, mejor capacitación, crecimiento personal, esperanza de recuperación y una reducción de los ingresos en régimen de internamiento fuera de sus planes de decisiones anticipadas. (12), (13), (14) Transformando sus propias experiencias difíciles en una fuente de conocimiento, los profesionales de apoyo entre iguales también experimentan beneficios similares, tales como mejorar su autoestima, aumentar su bienestar psicológico y emocional y potenciar su inclusión, sus habilidades interpersonales y su capacidad de trabajo. (15), (16), (17)

Para los servicios, conseguir mejores resultados para los pacientes mediante el refuerzo de las relaciones terapéuticas y reducir el número de hospitalizaciones, así como la duración de los internamientos, tiene el beneficio adicional de reducir los costes en sanidad. (18), (19)

Si bien ha sido difícil evaluar con rigor la eficacia del apoyo entre iguales debido a la naturaleza y a las discrepancias en la evaluación de los resultados (20), se registra un reconocimiento generalizado de que la inclusión de las personas con experiencia vivida en la prestación de los servicios de salud mental es igual o más eficaz que la atención estandarizada (21). Se trata de un elemento crucial para los servicios orientados a la recuperación (21), y tanto las personas usuarias como los profesionales de apoyo entre iguales y los de los servicios consideran que es factible, aceptable y beneficioso para todas las partes implicadas. (22), (23)

El recuadro siguiente contiene algunos ejemplos que describen los beneficios del apoyo individualizado entre iguales.

Concienciar sobre la realidad de vivir con demencia en el Reino Unido

Tres trabajadoras de apoyo entre iguales con discapacidades cognitivas comparten su experiencia y señalan los beneficios del apoyo entre iguales. Para escuchar sus historias, acceded al siguiente vídeo: <https://youtu.be/yuZF1uiKTUA> (4:22) [consulta: 9 de abril de 2019].

Shery Mead - Apoyo entre iguales intencional: una retrospectiva personal (24)

«Cuando hacía prácticas para la escuela en un programa de violencia doméstica, una mujer vino a verme. Otros trabajadores le habían dicho que era una superviviente y una valiente, pero que probablemente le iría bien recibir terapia. La enviaron a un programa de salud mental de la comunidad. Al día siguiente vino a verme y me dijo que tenía una enfermedad mental grave. Había dejado de verse como una superviviente para pasar a verse como una persona enferma.

¿Qué había pasado? ¿Por qué este cambio repentino de explicación? Un día antes habíamos estado hablando sobre qué le había sucedido. Ambas sabíamos que el problema era el maltrato. Y ese día ya hablaba sobre qué hacía ella mal.

Y eso me preocupó. A lo largo de los meses siguientes, mientras hablábamos, terminé reuniendo el valor para sacar el tema. ¿Cómo pasó de hablar sobre qué le había pasado a hablar sobre qué había hecho mal?

Sopesamos juntas la pregunta. Nuestras historias compartidas suscitan una cierta autorreflexión. Hablamos sobre cómo han sido nuestras vidas desde que nos diagnosticaron y, poco a poco, empezamos a tomar decisiones sobre si queríamos continuar en el mismo lugar o no. Ambas reconocemos una cierta comodidad (sensación de seguridad, tal vez incluso alivio) a raíz de nuestro

diagnóstico. Sin embargo, nuestras experiencias comenzaron a significar cosas diferentes. Cada vez más empezamos a cuestionar la idea de que nos pasa algo "malo". En vez de eso, nos planteamos que quizás fueron los acontecimientos que sucedieron lo que fue malo.»

Apoyo individualizado entre iguales iniciado entre un antiguo usuario del servicio del Instituto Centta, una clínica especializada en Madrid, España (25)

Cuando Belén llegó a la clínica para recibir tratamiento era, en palabras de su marido, «la última oportunidad». Después de 25 años luchando contra trastornos alimentarios, su matrimonio estaba muy deteriorado y no sabían qué hacer. Ella aspiraba a tener una vida mejor, pero no creía que fuera posible. Después de aquel intento fructífero, Belén se recuperó y comenzó a transformar su vida a todos los niveles. Algo que ocurre cuando se tiene un trastorno alimentario es que quien lo sufre no ve realmente la posibilidad de recuperarse; no cree que sea posible que otra vida.

Belén era perfectamente consciente, tanto que sabía que si alguien que hubiera pasado por aquella experiencia tan terrible y se hubiera recuperado le dijera a otras personas «A mí me ha pasado; sé qué se siente», esas personas se mostrarían más abiertas a intentar un cambio. Belén habló con la clínica y aceptó el compromiso de crear una unidad de apoyo entre iguales. La unidad ha acompañado el proceso de tratamiento de muchas personas con trastornos alimentarios (algunas de las cuales se han unido para prestar apoyo una vez recuperadas). Muchas personas han encontrado en estas conversaciones individuales con los profesionales momentos de confianza y confort. Las familias también se pueden beneficiar, por ejemplo, explicando por qué algunas partes del tratamiento les resultan más difíciles y hablando sobre cómo pueden ofrecer mayor apoyo a su familiar.

La atención a la diversidad también puede ser beneficiosa para el apoyo individualizado entre iguales. Por ejemplo, los programas y grupos de apoyo entre iguales que reflejan las necesidades de poblaciones particulares, como la juventud, comunidades étnicas minoritarias o personas LGBTIQ, han demostrado un gran éxito fomentando la recuperación, abordando la estigmatización y la discriminación y mejorando el acceso a las ayudas a la salud mental para grupos que a menudo afrontan barreras de acceso, tanto para los profesionales de apoyo entre iguales como para las personas que mantienen relaciones de apoyo entre iguales. (26), (27), (28), (29)

Atención a la diversidad: comunidades negras y de minorías técnicas (BME) en el Reino Unido (28)

(puntos clave extraídos de una entrevista con Jayasree Kalathil, quién llevó una investigación en el Reino Unido en torno a la pregunta «¿Por qué es esencial pensar críticamente sobre la raza y la diversidad (y superar el intercambio y la retórica) en los esfuerzos que caracterizan el apoyo entre iguales?»).

Trasfondo:

- Los servicios de salud mental no satisfacen las necesidades de las personas de las comunidades BME.
- Muchas personas de estas comunidades tienen más probabilidades de que les «diagnostiquen esquizofrenia, las ingresen en contra de su voluntad, las sometan a la Ley de salud mental o a prácticas de aislamiento, las mediquen en exceso y les apliquen una 'orden de tratamiento en la comunidad' que las personas de las comunidades británicas».
- La discriminación, los altos porcentajes de coacción y los estereotipos sobre la gente negra (por ejemplo, que son «peligrosos») pueden socavar la respuesta de los servicios de salud

mental a sus necesidades y reducir las probabilidades de que las familias y las personas usuarias busquen ayuda en los servicios o de que permanezcan en ellos.

Obstáculos específicos para la participación de los profesionales de apoyo entre iguales:

- Los marcos para la implicación entre iguales pueden asumir que «las tareas colaborativas entre las personas con experiencias personales usuarias de los servicios y las personas que las prestan deben llevarse a cabo sin complicaciones».
- En cambio, los miembros del colectivo BME a menudo quedan marginados de o en el seno de los foros de participación entre iguales, lo que limita sus aportaciones en relación a los cambios en los servicios y a cómo los servicios pueden estar más orientados hacia la igualdad.
- Los estudios han demostrado que muchas personas con trasfondo BME sienten que las posiciones sociales compartidas (por ejemplo, la identidad étnica) y las experiencias (por ejemplo, la discriminación racial) con iguales fuera de la salud mental fue importante para ellas.

The T.D.M: Transitional Discharge Model (10:20) <https://youtu.be/OAwcyAZelfE> [consulta: 9 de abril de 2019].

Living it Forward (20:47) <https://youtu.be/Rg1PdLJzx5k> [consulta: 12 de abril de 2019].

5. Falsas ideas sobre el apoyo entre iguales

Cuando una persona piensa en la prestación de apoyo entre iguales por parte de y para personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas, puede incurrir en malentendidos sobre el rol de los profesionales de apoyo entre iguales. Algunas de las falsas ideas más habituales sobre el trabajo con iguales se resumen en el gráfico siguiente. (6)

Falsa idea	Por qué es una falsa idea
El apoyo entre iguales es una rehabilitación vocacional para personas que trabajan en su recuperación.	Elegir personas para realizar este tipo de apoyo porque esa función las ayudará en su propia recuperación es un error habitual. No sirve a quien recibe apoyo y no debería ser el objetivo principal para ofrecer apoyo a personas en situaciones similares.
Las personas que prestan apoyo entre iguales son frágiles y pueden recaer debido al estrés del trabajo y las responsabilidades (30).	Las personas que prestan apoyo entre iguales demuestran resiliencia, estabilidad y un fuerte compromiso con su propia recuperación. Las personas que prestan apoyo entre iguales deberían tener los mismos beneficios y la misma discreción que el resto de los trabajadores en cuanto a gestionar sus propios problemas de salud. No hay pruebas de que ese trabajo comporte recaídas.

<p>Cualquier persona que haya recibido asistencia de los servicios de salud mental y otros servicios relacionados puede ofrecer ayuda a otras personas en situaciones similares.</p>	<p>Las personas que pueden ofrecer ayuda efectiva a otras iguales tienen la capacidad de usar sus experiencias de manera intencionada para ayudar a los demás. La experiencia pasada de los servicios sociales o de salud mental puede ser beneficiosa, pero no es esencial; el interés en conectar con otras personas, la empatía, explicar la historia personal y alentar a los demás a asumir responsabilidad son elementos más importantes.</p>
<p>En los grupos de apoyo entre iguales no deberían tratar nunca temas como el suicidio o la medicación.</p>	<p>Las conversaciones entre iguales no deberían limitarse a temas triviales. Debido a sus propias experiencias, los profesionales de apoyo entre iguales se encuentran en una posición ideal para hablar de aspectos más complejos y estresantes de la vivencia del estrés, los beneficios o efectos negativos de la medicación y otros temas relacionados. Un profesional de apoyo entre iguales puede ser también la única persona con quien alguna otra persona quiera compartir este tipo de pensamientos.</p>
<p>Las personas que prestan apoyo entre iguales aconsejarán a las personas a quienes ayudan que dejen de tomarse la medicación o que no hagan caso de lo que les dicen los encargados de darles tratamiento porque a menudo tienen opiniones y creencias «contrarias a la psiquiatría».</p>	<p>En los grupos de apoyo entre iguales, las personas que ofrecen apoyo tienen trasfondo, opiniones, creencias y experiencias muy diversos sobre la salud mental o los servicios sociales, algunas positivas y otras negativas. Al margen de la experiencia personal, el apoyo entre iguales consiste en escuchar y ayudar a alguien en el proceso de autodeterminación y no en imponer los propios puntos de vista o creencias.</p>
<p>En el contexto de los servicios de salud mental, los profesionales de apoyo entre iguales desempeñan el mismo papel que el personal.</p>	<p>La función principal de los profesionales de apoyo entre iguales es fomentar la esperanza y la creencia en la posibilidad de recuperación, la capacitación, el aumento de la autoestima, la autoeficiencia, la autogestión de las dificultades, la inclusión social y la extensión de las redes sociales. Como tales, defienden a la persona y no deberían operar dentro de las fronteras de la práctica tradicional. Por ejemplo, no deberían diagnosticar a los usuarios de los servicios ni recetar / proporcionar medicación.</p>

Organización Nacional sobre Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría (NOUSPR), Ruanda – el valioso papel de los profesionales de apoyo entre iguales (31)

«No hay incentivo más grande para formar parte de nuestra organización que ayudar a personas en momentos de malestar y ofrecer acompañamiento a iguales a través del programa de pacientes expertos. Muchos integrantes del NOUSPR están contentos y orgullosos de formar parte de la organización que reúne a su "familia". El deber principal de los pacientes expertos es ser ellos mismos y ofrecer un ejemplo vivo de que existe un futuro esperanzador para sus iguales y sus familias. Ellos también han experimentado violencia, trauma y descuido, pero se han recuperado y vuelven a confiar en ellos mismos y ayudan a sus iguales a avanzar por el mismo camino. Una de las maneras de acercarse a los iguales es explicarles sus propias historias de recuperación: "Miradme. Yo, esa persona que veis, estuve encadenado, me golpearon y me electrocutaron. Pero ahora estoy aquí y he venido a ayudaros... "».

6. De la ética en la práctica

El apoyo entre iguales puede adoptar formas muy diversas en el día a día porque se basa en relaciones humanas únicas. En general, los profesionales de apoyo entre iguales prestan ayuda y soporte, fomentan la autoayuda y la capacitación y propician el cambio positivo mediante la determinación de objetivos, la adquisición de habilidades y la identificación de las fortalezas. (30) La responsabilidad principal de los profesionales de apoyo entre iguales es hacia la persona a quien ayudan, no hacia el servicio, la organización o la sociedad. Teniendo en cuenta la centralidad de esta relación, hay algunos objetivos clave que conviene que estas personas que prestan ayuda entre iguales fijen como prioritarios para llevar a cabo su tarea diaria, como (32):

- compartir experiencias y conocimientos sin dar consejos no solicitados;
- apoyar a las personas y ayudarlas a tomar sus propias decisiones en cuanto a su recuperación;
- tratar a las personas con empatía, pero no como personas frágiles;
- entender la función profesional de apoyo entre iguales en una posición no clínica y, en este sentido, evitar el lenguaje patologizante;
- apoyar y mantener el contacto con otras personas que desarrollen el mismo papel de profesionales;
- actuar como agentes del cambio compartiendo nuevas ideas y ayudando a otras personas a estar bien informadas;
- reconocer y ser transparente sobre el poder y el privilegio que conllevan los papeles de profesionales y examinarlos de manera continuada.

La tabla siguiente presenta algunos consejos prácticos y éticos para llevar a cabo el apoyo entre iguales fundamentados en una encuesta y un grupo de discusión de 1.000 personas que desarrollan tareas de profesionales de apoyo entre iguales. Esta guía establece estándares muy altos sobre cómo debe ser la práctica, y convendría que todos los países se esforzaran para alcanzarlos (33):

ORIENTACIÓN ÉTICA	ORIENTACIÓN PRÁCTICA
<p>El apoyo entre iguales es voluntario</p> <p>El valor más básico del apoyo entre iguales es que la gente puede elegir libremente dar o recibir apoyo. No se debe forzar a nadie a asumir un papel de profesional de apoyo entre iguales ni a recibir apoyo por su parte. La esencia voluntaria del apoyo entre iguales hace que sea más fácil establecer relaciones de confianza y conexiones con otras personas.</p>	<p>Práctica: elección del apoyo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales no fuerzan ni coaccionan a otros a participar en los servicios de apoyo entre iguales ni en ningún otro servicio. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales respetan los derechos de las personas a quienes ayudan a elegir o a dejar de utilizar los servicios de apoyo entre iguales o a cambiar de profesional para recibir apoyo. Por ejemplo, una mujer puede preferir conectar con una compañera, en vez de un compañero, por su experiencia personal. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales también tienen el derecho a decidir no trabajar con personas con un trasfondo concreto si consideran que su abordaje personal o su falta de experiencia podría interferir con la capacidad de proporcionar un apoyo efectivo a esas personas. En tales situaciones, el profesional de apoyo entre iguales ha de derivar a las personas a otros iguales u otros profesionales de los servicios. 4. Los profesionales de apoyo entre iguales defienden la capacidad de elección cuando observan prácticas de coacción en algún contexto de servicios sociales o de salud mental.
<p>El apoyo entre iguales es esperanzador</p> <p>La creencia de que la recuperación es posible da esperanza a las personas desesperanzadas. La esperanza es clave para la recuperación de muchas personas. Los profesionales de apoyo entre iguales demuestran que la recuperación es real, son la prueba viva de que las personas pueden superar los problemas internos y externos a los que se enfrentan.</p>	<p>Práctica: esperanza compartida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales cuentan sus historias de recuperación personal en relación con las luchas actuales a las que se enfrentan las personas a las que apoyan. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales actúan como embajadores de la recuperación en todos los aspectos de su tarea. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales ayudan a los demás a reencuadrar los desafíos de sus vidas

	como oportunidades para el crecimiento personal.
--	--

<p>Los profesionales de apoyo entre iguales tienen una mentalidad abierta y no juzgan. Sentirse juzgado puede ser emocionalmente estresante y dañino. Los profesionales de apoyo entre iguales «se encuentran a las personas en la fase que estén» de su recuperación, incluso si las creencias, las actitudes o el planteamiento de la recuperación de la otra persona son muy diferentes de los suyos. No juzgar implica mantener una visión positiva incondicional de los demás, una mentalidad abierta y un corazón compasivo y lleno de aceptación hacia la otra persona como individuo único. En relación con ello, los profesionales de apoyo entre iguales entienden la importancia de las creencias espirituales que las personas puedan tener como parte de su recuperación.</p>	<p>Práctica: abstenerse de juzgar a los demás</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales valoran la diversidad y las diferencias entre las personas a las que apoyan como posibles oportunidades de aprendizaje. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales respetan el derecho de la persona a elegir el recorrido hacia la recuperación que considere más adecuado. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales aceptan a los demás tal y como son. 4. Los profesionales de apoyo entre iguales no evalúan ni juzgan a los demás.
<p>Los profesionales de apoyo entre iguales son empáticos La empatía es una conexión emocional que se crea «metiéndose en la piel de la otra persona». Los profesionales de apoyo entre iguales no presuponen cómo se siente exactamente la otra persona, aunque hayan vivido problemas similares.</p>	<p>Práctica: Escuchar con sensibilidad emocional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales practican habilidades de escucha sin juicios. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales entienden que, a pesar de que otros puedan compartir experiencias vividas similares, la gama de reacciones puede variar de manera considerable. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales hacen preguntas que inducen a la reflexión y escuchan con sensibilidad para ser capaces de reaccionar emocionalmente o espiritualmente a los sentimientos de la otra persona.

Los profesionales de apoyo entre iguales son respetuosos

Se valora y se considera que toda persona tiene algo importante y único a aportar al mundo. Los profesionales de apoyo entre iguales tratan a las personas con amabilidad, calidez y dignidad. Los profesionales de apoyo entre iguales aceptan y están abiertos a diferencias y alientan a las personas a compartir sus dones, conocimientos y fortalezas propias de la diversidad humana. Los profesionales de apoyo entre iguales aprecian y dan cabida a las ideas y opiniones de todos y consideran que todas las personas son igual de capaces de hacer aportaciones al conjunto.

Práctica: curiosidad y aceptación de la diversidad

1. Los profesionales de apoyo entre iguales aceptan la diversidad (por ejemplo, ideas y posiciones sociales diversas) como medios de desarrollo personal tanto para las personas a quienes acompañan como para ellos mismos.
2. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a los demás a explorar cómo pueden contribuir las diferencias a sus vidas y las vidas de las personas que los rodean.
3. Los profesionales de apoyo entre iguales demuestran paciencia, amabilidad, calidez y dignidad hacia todas las personas con quienes interactúan como parte de su trabajo.
4. Los profesionales de apoyo entre iguales consideran que todas las personas son merecedoras de todos los derechos humanos básicos.
5. Los profesionales de apoyo entre iguales aceptan todo el espectro de experiencias, fortalezas y abordajes de la recuperación tanto para las personas a quienes acompañan como para ellos mismos.

Los profesionales de apoyo entre iguales propician el cambio

Algunas de las peores vulneraciones de los derechos humanos las experimentan las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas. Se las suele ver como «objetos en tratamiento», en vez de como seres humanos con los mismos derechos fundamentales a la vida, a la libertad y a la seguridad que cualquier otro. Algunas personas pueden ser supervivientes de violencia (física, sexual, emocional, espiritual, maltrato psicológico o negligencia). Las personas a quienes los demás perciben como diferentes pueden sentirse estereotipadas, estigmatizadas y excluidas de la sociedad. A menudo, las personas que han sido rechazadas por la sociedad interiorizan la opresión. Los profesionales de apoyo entre iguales tratan a las personas como seres humanos y permanecen alerta en cualquier práctica deshumanizadora, desmoralizadora o degradante, al tiempo que utilizan su historia y/o defensa personal como agente para el cambio positivo.

Práctica: educar y defender

1. Los profesionales de apoyo entre iguales reconocen y encuentran maneras adecuadas de luchar contra las injusticias.
2. Los profesionales de apoyo entre iguales se esfuerzan por entender cómo pueden afectar las injusticias a las personas.
3. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan, asesoran e inspiran a las personas a quienes acompañan a desafiar y superar las injusticias.
4. Los profesionales de apoyo entre iguales usan un lenguaje alentador, inspirador, motivador, respetuoso y que manifieste su apoyo.
5. Los profesionales de apoyo entre iguales ayudan a las personas a quienes acompañan a explorar áreas donde hay que introducir cambios tanto para ellas como para otras personas.
6. Los profesionales de apoyo entre iguales identifican las injusticias que afrontan otros compañeros en todos los contextos y actúan en su defensa y propician el cambio siempre que es necesario.
7. Los profesionales de apoyo entre iguales educan a otras personas sobre sus derechos y las herramientas de que disponen, tales como propuestas de directivas y planes de recuperación.

<p>Los profesionales de apoyo entre iguales son honestos y directos</p> <p>Una comunicación clara y reflexiva es fundamental para ofrecer un apoyo efectivo a los compañeros. Los temas difíciles se deben abordar con las personas directamente implicadas. La privacidad y la complicidad generan confianza. Una comunicación honesta permite a las personas a superar el miedo a generar situaciones conflictivas o a herir los sentimientos de alguien y a colaborar de manera respetuosa para resolver temas difíciles con cuidado y compasión, incluyendo temas relacionados con el estigma, el maltrato, la opresión, las crisis o la seguridad.</p>	<p>Práctica: abordaje de temas difíciles con cuidado y compasión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales respetan la privacidad y la confidencialidad. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales se implican, cuando así lo quieren las personas a las que acompañan, en debates abiertos sobre el estigma, el maltrato, la opresión, las crisis o la seguridad. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales establecen con las personas a quienes acompañan relaciones compasivas y cuidadosas. 4. Los profesionales de apoyo entre iguales no hacen falsas promesas y no se representan a ellos mismos, a otros o las circunstancias de manera incorrecta. 5. Los profesionales de apoyo entre iguales se esfuerzan por construir relaciones basadas en la integridad, la apertura, el respeto y la confianza.
<p>El apoyo entre iguales es mutuo y recíproco</p> <p>En una relación de apoyo entre iguales, todo el mundo da y recibe de una manera fluida y en cambio constante. Esto es muy diferente de lo que experimentan muchas personas en los programas de tratamiento, donde se las percibe como personas que necesitan ayuda, mientras que el personal solo se encarga de prestar esa ayuda. En las relaciones de apoyo entre iguales, todo el mundo enseña y todo el mundo aprende. Y esto es así tanto si se trabaja como profesional de apoyo entre iguales de forma voluntaria o asalariada.</p>	<p>Práctica: alentar a los compañeros a dar y recibir</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales aprenden de las personas a quienes acompañan, y viceversa. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a sus compañeros a satisfacer una necesidad humana fundamental: ser capaces de dar y recibir. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales facilitan el respeto; siempre que es posible, mantienen una relación con los compañeros caracterizada por el poder compartido y la reciprocidad.

<p>El apoyo entre iguales equivale a compartir el poder</p> <p>Por definición, los compañeros son iguales. Compartir el poder en una relación de apoyo entre iguales conlleva que todo el mundo tiene las mismas oportunidades de expresar sus ideas y opiniones, plantear opciones y hacer aportaciones. Todo el mundo habla y todo el mundo escucha lo que se dice. Cuando el apoyo entre iguales se basa en una verdadera colaboración se evita el abuso de poder.</p>	<p>Práctica: personalización de la igualdad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales usan un lenguaje que refleja una relación mutua con las personas a las que acompañan. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales se comportan con respeto y reciprocidad hacia las personas a las que acompañan. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales no expresan ni ejercen poder sobre las personas a las que acompañan (por ejemplo, no controlan lo que hacen, no toman decisiones por ellas, etc.). 4. Los profesionales de apoyo entre iguales no diagnostican ni ofrecen servicios médicos, sino que plantean un servicio complementario o alternativo.
<p>El apoyo entre iguales para la recuperación se centra en las fortalezas</p> <p>Todo el mundo tiene capacidades, dones y talentos que puede usar para mejorar su vida. El apoyo entre iguales se centra en las fortalezas. Los profesionales de apoyo entre iguales comparten sus propias experiencias para alentar a las personas a ver la cara positiva o las cosas positivas que han extraído de las adversidades. Mediante el apoyo entre iguales, las personas contactan con sus fortalezas.</p>	<p>Práctica: ver las fortalezas, no los puntos débiles</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a los demás a identificar sus fortalezas y a aprovecharlas para mejorar sus vidas. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales se centran en las fortalezas de las personas a las que ofrecen ayuda. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales utilizan sus propias experiencias para demostrar el uso de las fortalezas personales y alentar e inspirar a las personas a quienes acompañan. 4. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a las personas a quienes acompañan a perseguir sus sueños y objetivos importantes. 5. Los profesionales de apoyo entre iguales operan desde una perspectiva basada en las fortalezas y reconocen los puntos fuertes, las elecciones y las decisiones de los compañeros como pilares para su recuperación. 6. Los profesionales de apoyo entre iguales no arreglan nada ni hacen nada que las personas a quienes acompañan puedan hacer por sí mismas.

<p>El apoyo entre iguales es transparente</p> <p>El apoyo entre iguales es el proceso de dar y recibir asistencia no médica para alcanzar la recuperación del malestar mental a largo plazo. Los profesionales de apoyo entre iguales están calificados por sus propias experiencias para ayudar a otras personas en este proceso. La transparencia hace alusión a definir expectativas con cada persona acerca de qué se puede y no se puede ofrecer en una relación de apoyo entre iguales y a aclarar los aspectos relacionados con la privacidad y la confidencialidad. Los profesionales de apoyo entre iguales se comunican con las personas usando un lenguaje llano para hacerse entender; ponen «cara a la recuperación» explicando sus propias experiencias de recuperación para dar esperanzas y alentar la creencia de que la recuperación es posible.</p>	<p>Práctica: establecimiento de expectativas claras y uso de un lenguaje llano</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales explican claramente qué se puede y qué no se puede esperar de una relación de apoyo entre iguales. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales usan un lenguaje claro, inteligible y libre de valores y de prejuicios. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales usan un lenguaje respetuoso y que manifieste su apoyo. 4. Las funciones de los profesionales de apoyo entre iguales son diferentes de las de otros profesionales de la salud. 5. Los profesionales de apoyo entre iguales solo hacen promesas que creen que pueden cumplir y usan afirmaciones precisas.
<p>El apoyo entre iguales está orientado a las personas</p> <p>Todo el mundo tiene el derecho fundamental a tomar decisiones sobre todos los aspectos de su vida. Los profesionales de apoyo entre iguales informan a las personas de las opciones, les proporcionan información acerca de las alternativas y respetan sus decisiones. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a las personas a salir de sus zonas de confort, a aprender de sus errores y a avanzar hacia el nivel de libertad e inclusión en la comunidad que ellas elijan.</p>	<p>Práctica: el foco se pone en la persona, no en los problemas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a las personas a las que apoyan a tomar sus propias decisiones. 2. Los profesionales de apoyo entre iguales ayudan a las personas a quienes apoyan a reflexionar bien sobre las diferentes opciones. 3. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan a las personas a las que acompañan a probar cosas nuevas. 4. Los profesionales de apoyo entre iguales ayudan a los otros a aprender de los errores. 5. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan la resiliencias. 6. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan el crecimiento personal en otras personas. 7. Los profesionales de apoyo entre iguales alientan y asesoran a las personas a quienes ofrecen su apoyo a decidir qué quieren en la vida y cómo conseguirlo, sin juzgarlas.

Qué aprendió Shery Mead de su experiencia como profesional de apoyo entre iguales (24)

«Lo primero que uno nota es que se muere por "ayudar". Ayudar no es necesariamente algo malo, pero, si lo que buscas es tu propia satisfacción, la ayuda puede derivar en control ... La ayuda puede ser una espada de doble filo si se utiliza para coaccionar y controlar, si se basa en el miedo o solo se emplea para que la persona que ayuda se sienta mejor por el hecho de haber hecho algo.

Por ejemplo: una persona a la que conoces tiene conductas muy autodestructivas y siempre hace cosas que parecen alejarla de lo que parece querer. Esta amiga te dice que quiere "ponerse mejor", trabajar en su recuperación, etc., pero tú la ves haciendo cosas que lo impiden, como tomarse una segunda copa de vino, no hace ejercicio, se pasa el día sentada leyendo cuando podría salir a buscar trabajo... Pero podríamos invertir tiempo en saber algo más de nuestra amiga... ¿qué pasa si esta segunda copa de vino la relaja lo suficiente para ir a la entrevista que tanto la angustia? ¿Y qué pasa si no hacer ejercicio y sentarse todo el día a leer es justamente lo que necesita para levantarse al día siguiente e ir a la entrevista? Esta es la lección que debemos aprender. Nuestras asunciones sobre qué necesitan los demás no siempre son exactas (si es que lo son alguna vez). Nuestras ideas preconcebidas se basan en nuestra perspectiva, en nuestra "imagen del mundo". Existen porque nos pertenecen y forman parte de nuestra manera de entender, pero si tratas de imponerlas a otro quizás descubrirás que no solo no son de ayuda, sino que, además, pueden hacer que pierdas una amiga.

Por eso hablamos de aprender juntos en vez de ayudar... ¿Qué diferencia hay entre aprender y ayudar? Aprender implica una curiosidad, querer saber cosas sobre el otro, sobre su manera de aprender, de dar un sentido al mundo, mientras que ayudar a menudo conlleva que tú ya tienes las respuestas, que sabes qué hay que hacer y que puedes aparecer e indicarle a alguien qué hacer, y decirle que, si lo hace, todo irá bien, tal y como a ti te fue bien cuando estabas en la misma situación. Y puede que sí o puede que no, pero hay algo seguro: la ayuda basada en lo que te funcionó a ti puede ser horriblemente dañina.

El siguiente principio que hay que recordar es centrarse en la relación, más que en la persona. Cuando prestamos atención a la relación estamos prestando atención a lo que sucede entre nosotros. Dicho de otro modo, nos centramos en "el espacio" entre nosotros, en lo que ocurre aquí y ahora y que nos puede hacer avanzar o retroceder. Cuando yo presto atención a lo que ocurre entre nosotros, se abre una línea de comunicación que propicia la honestidad, la seguridad, la integridad y, en última instancia, cambia la dirección en que quería avanzar contigo. Es decir, cuando presto atención a tu persona y a tus cambios, nada de lo que hago influye, pero si yo intervengo, me doy cuenta de que nuestra interacción era solo eso, una interacción que nos podía llevar a cualquier lugar. No hay previsión, solo una aleatoriedad aparente. Esta aleatoriedad, esta imprevisibilidad es exactamente lo que buscamos en el apoyo entre iguales, en lugar de los resultados lineales que a menudo consideramos un éxito.

Por último, el tercer principio consiste en no reaccionar por miedo, sino en probar nuevas maneras de relacionarse basadas en la esperanza y en la posibilidad. Cuando tenemos miedo, a menudo lo único que queremos es que las cosas vuelvan a ser como antes, poner cordura y encontrarnos más "estables". Ahora bien, la "estabilidad" puede no ser el objetivo. Piensa en un momento en que te parecía que todo estaba fuera de control y, aun así, sabías qué necesitabas y qué querías, por mucho que quienes te rodeaban estuvieran convencidos de que ellos sabían mejor lo que te convenía. Lo más probable es que pasaran cosas que quedaban fuera de tu control, y que esto te llevara a establecer una relación de dependencia con la experiencia del "problema" de otra

persona. Dicho de otra manera, puedes acabar dependiendo de la interpretación que otra persona haga de tu experiencia. Y eso sucede sencillamente cuando alguien te dice: «Pero ¿por qué lloras? Una vez hecho, ya está hecho, etc.» y entonces te preguntas por qué le das tanta importancia a algo que los demás consideran insignificante. O, al contrario, cuando lo que haces no afecta en absoluto, pero a otra persona le da miedo que te hagas daño. Y no dejan de decirte:

«Ve con cuidado». Y acabas aterrorizado de que pueda pasar algo malo y lo que haces es reaccionar a los miedos de los demás. Eso genera una dinámica complicada en la que las emociones de una persona impulsan la reacción de la otra. A menudo, eso es lo que ocurre en los servicios de salud mental, cuando nos dicen que estamos indefensos. Hemos aprendido a estar así basándonos en sus miedos.

Por eso, en el apoyo entre iguales el **foco se pone en aprender, más que en ayudar**, al poner la atención en la relación más que en la persona, y en crear oportunidades para la esperanza y la posibilidad, en lugar del miedo, el poder y el control. Es divertido, reconfortante. En realidad, se trata simplemente de generar dinámicas que fomenten la salud en todas nuestras relaciones.

7. Lenguaje

Es fundamental cómo los profesionales de apoyo entre iguales hablan a los demás y sobre los demás, porque puede marcar la diferencia en aquello que las personas que reciben ayuda piensan sobre sí mismas y sobre su recuperación. A menudo, el lenguaje que se utiliza en los servicios sociales y de salud mental refuerza las diferencias de poder, no es sensible a los traumas, hace que las personas tengan la sensación de que toda su identidad está vinculada al sistema de salud mental y puede patologizar respuestas normales a hechos traumáticos. Por ejemplo, términos como «usuario de servicios», «consumidor» y «cliente», así como otros términos para describir a la persona que recibe apoyo, pueden percibirse como deshumanizadores y hacer que la persona se sienta indefensa e incapaz de proyectar una vida fuera del sistema o del servicio. (1)

El vocabulario también puede implicar que una persona tiene una enfermedad o una discapacidad permanente, lo que puede discapacitarla y socavar su recuperación personal. Y si bien nos referimos al lenguaje verbal, el lenguaje escrito puede ser igual de dañino. Por ejemplo, los programas que solicitan a la persona que proporcione pruebas de una enfermedad o discapacidad permanente para recibir subsidios (que implica que la persona siempre tendrá una enfermedad/incapacidad en vez de promover la idea de que los subsidios sociales pueden ser necesarios para la mejora de la situación de la persona) no solo pueden ser estigmatizantes, sino que, además, pueden actuar como un importante obstáculo en el compromiso, porque la persona no se identifica con el lenguaje empleado en el programa. (34)

Seleccionar el lenguaje adecuado puede ser difícil y no existe ninguna lista acordada sobre términos «buenos» y «malos». Lo importante es entender los valores subyacentes sobre el hecho de que se elijan determinadas palabras y expresiones y se cuestione la aceptación de un determinado lenguaje desde una perspectiva crítica.

Lenguaje abierto y cerrado (35)

Otro aspecto importante del lenguaje sobre el que hay que reflexionar es si se usa un lenguaje abierto o cerrado. Un lenguaje cerrado puede forzar a una persona a adoptar un punto de vista con el que no esté de acuerdo, con el resultado de que sus experiencias se expliquen a través de la interpretación y el juicio de otra persona. Un lenguaje abierto deja espacio a la persona para atribuir su propio significado a sus experiencias y describe de manera más cuidada a la persona y su situación real.

Diferencias entre lenguaje abierto y cerrado - ejemplos:

Cerrado	Abierto
<i>Jeannie es esquizofrénica (o tiene esquizofrenia)</i>	<i>A Jeannie le han diagnosticado esquizofrenia</i>

Versus

El lenguaje cerrado es estigmatizante e incapacitante porque define a Jennie como su diagnóstico y no deja espacio para que sea ella quien atribuya su propio significado a sus experiencias. El lenguaje abierto afirma que a Jennie le han diagnosticado una enfermedad concreta, pero da lugar a diferentes interpretaciones de lo que esto puede significar para ella.

Cerrado		Abierto
<i>George desobedece y no se toma la medicación que le recetan</i>	Versus	<i>George no se quiere tomar la medicación que le han recetado.</i>

El uso del término «desobedece» implica que George debe tomarse la medicación y está actuando incorrectamente o se está revelando por el hecho de no tomarla. El lenguaje abierto afirma un hecho que no proyecta ningún juicio sobre George y además le deja espacio para explicar el porqué, si lo quiere hacer.

Cerrado		Abierto
<i>Luis tiene alucinaciones auditivas</i>	Versus	<i>Luis oye voces.</i>

El lenguaje cerrado indica que estas voces no son reales, a la vez que implica que son algo malo a lo que se debe poner fin. Es posible que a Luis no le molesten estas voces, pero el lenguaje las pinta como algo que debe temer. El lenguaje abierto no interpreta las voces como buenas ni malas, sino que se limita a decir que Luis las oye. Esto da espacio a Luis para interpretar sus propias reacciones a su experiencia.

8. Competencias de los profesionales de apoyo entre iguales

Las personas que hacen de profesionales de apoyo entre iguales tienen diferentes bagajes, niveles de formación y habilidades. Sin embargo, se han identificado varias competencias nucleares entre los profesionales de apoyo entre iguales. En la siguiente lista se resumen algunas de estas competencias en relación con sus diversas funciones (36):

Función 1: Los profesionales de apoyo entre iguales establecen relaciones de colaboración y estima

Las competencias requeridas para esta función subrayan la capacidad de los profesionales de apoyo entre iguales para establecer y desarrollar relaciones con las personas. Incluyen habilidades interpersonales, como extender la mano y ser capaz de implicar a los compañeros prestándoles atención, así como proporcionarles conocimientos sobre la recuperación y desplegar actitudes coherentes con un abordaje orientado a la recuperación.

Función 2: Los profesionales de apoyo entre iguales proporcionan ayuda

Las competencias relacionadas con este papel son esenciales para que el profesional de apoyo entre iguales pueda ofrecer el acompañamiento que pueden buscar otras personas. Algunas de estas competencias son: validar las experiencias y los sentimientos de los compañeros, transmitir esperanza a los compañeros sobre la recuperación, dar a conocer el amplio espectro de maneras de entender las dificultades y proveer asistencia para ayudar a otros compañeros a cumplir sus tareas y alcanzar sus objetivos.

Función 3: Los profesionales de apoyo entre iguales comparten sus vivencias de la recuperación

Las competencias requeridas para esta función son exclusivas del apoyo entre iguales, dado que la mayoría de las funciones en los servicios sociales y de salud mental no ponen énfasis en la explicación de las experiencias vividas. Los profesionales de apoyo entre iguales deben saber contar sus historias de recuperación y utilizar sus vivencias como inspiración y manera de apoyar a alguien que está en fase de recuperación.

Función 4: Los profesionales de apoyo personalizan el apoyo entre iguales

Las competencias requeridas para esta función ayudan a los profesionales de apoyo entre iguales a ofrecer servicios de apoyo hechos a medida de o individualizados para y con un compañero. Mediante la personalización del apoyo entre iguales, el profesional de apoyo entre iguales pone en práctica la idea de que hay muchos trayectos hacia la recuperación. Esto incluye reconocer la unicidad del proceso de recuperación de cada persona y respetar las posiciones sociales únicas, incluidas las creencias y prácticas culturales y espirituales de los compañeros.

Función 5: Los profesionales de apoyo entre iguales acompañan en la planificación de la recuperación

Las competencias requeridas para este papel permiten a los profesionales de apoyo entre iguales ayudar a otras personas a coger las riendas de sus vidas. A menudo, la recuperación lleva a las personas a querer introducir cambios en sus vidas. La planificación de la recuperación ayuda a las personas a establecer y lograr objetivos relacionados con su hogar, su trabajo, la comunidad y su salud.

Función 6: Los profesionales de apoyo entre iguales conectan con recursos, servicios y otros apoyos

Otra competencia requerida es que los profesionales de apoyo entre iguales sepan ayudar a las personas a dotarse de recursos, servicios y otros apoyos que necesiten para su recuperación. Los profesionales de apoyo entre iguales ponen en práctica estas competencias para ayudar a otras personas a acceder a recursos o servicios tanto dentro de los sectores de la salud mental y de los servicios sociales como de la comunidad. Es esencial que los profesionales de apoyo entre iguales tengan conocimiento de los recursos disponibles en su comunidad y de los recursos en línea.

Función 7: Los profesionales de apoyo entre iguales proporcionan información sobre habilidades relacionadas con la salud, el bienestar y la recuperación

Las competencias requeridas para este rol tienen que ver con cómo los profesionales de apoyo entre iguales asesoran a los demás y les proporcionan información sobre habilidades que pueden favorecer la recuperación. Reconocen que los profesionales de apoyo entre iguales tienen conocimientos, habilidades y experiencias para ofrecer a otros en su recuperación y que el proceso de recuperación a menudo implica aprendizaje y crecimiento. Ahora bien, es esencial que los abordajes encajen con las preferencias y las necesidades de las personas que reciben apoyo.

Función 8: Los profesionales de apoyo entre iguales ayudan a los compañeros que lo reciben a gestionar las crisis

Las competencias necesarias para este rol ayudan a los profesionales de apoyo entre iguales a identificar los riesgos potenciales y a emplear procedimientos que reducen los riesgos tanto para los compañeros que reciben apoyo como para otras personas. Los profesionales de apoyo entre iguales pueden tener que gestionar situaciones de malestar intenso y velar para garantizar la seguridad y el bienestar tanto propios como de los demás. A la hora de reunirse con otros compañeros, es importante crear un espacio seguro y tratar de tranquilizar a la persona alterada.

Función 9: Los profesionales de apoyo entre iguales valoran la comunicación

Las competencias requeridas para este rol proporcionan orientación sobre cómo interaccionan los profesionales de apoyo entre iguales verbalmente y por escrito con colegas y otras personas. Sugieren el lenguaje y los procesos para comunicarse y reflejan el valor del respeto. Esto incluye utilizar un lenguaje centrado en las personas y orientado en la recuperación y habilidades de escucha activa. Esto mejorará el entendimiento mutuo y creará un lenguaje compartido.

Función 10: Los profesionales de apoyo entre iguales valoran la colaboración y el trabajo en equipo

Las competencias requeridas para esta función orientan sobre cómo los profesionales de apoyo entre iguales pueden desarrollar y mantener relaciones efectivas con colegas y otras personas para poder mejorar el apoyo entre iguales que proporcionan. Las competencias no solo conllevan habilidades interpersonales, sino también organizativas en términos de implicar a los profesionales y de movilizar esfuerzos de los servicios sociales y de salud mental para satisfacer las necesidades de sus compañeros. En su caso, esto también incluye implicar a familiares de los compañeros y otros posibles profesionales de apoyo.

Función 11: Los profesionales de apoyo entre iguales fomentan el liderazgo y la defensa

Las competencias requeridas para esta función tienen relación con las acciones que los profesionales de apoyo entre iguales utilizan para adquirir liderazgo dentro de los servicios sociales y de salud mental con el fin de avanzar hacia un abordaje basado en la recuperación. También orientan a los profesionales de apoyo entre iguales sobre la defensa de los derechos humanos de otros compañeros.

Función 12: Los profesionales de apoyo entre iguales fomentan el crecimiento y el desarrollo

Las competencias necesarias para esta función demuestran cómo los profesionales de apoyo entre iguales se vuelven más reflexivos y competentes en su práctica. Recomiendan acciones específicas que pueden servir para aumentar el éxito y la satisfacción de los profesionales de apoyo entre iguales en su función actual y contribuir al desarrollo profesional. Crear una estructura de apoyo entre compañeros y prestar supervisión son pilares importantes para mantener el papel de profesional de apoyo entre iguales.

9. Descripciones del trabajo

Es necesaria una descripción clara del trabajo para atraer y contratar profesionales de apoyo entre iguales. La descripción del trabajo debería recoger de manera precisa las tareas y funciones previstas que deben llevar a cabo los profesionales de apoyo entre iguales. Además de para su propia información, de esta manera se comunica claramente cuáles son (y cuáles no son) las funciones de los profesionales de apoyo entre iguales, sobre todo si se está introduciendo una nueva función. Sin una descripción clara del trabajo, otros colegas pueden no tomarse en serio a los profesionales de apoyo entre iguales y les pueden asignar tareas incoherentes con sus funciones y desperdiciar sus habilidades. Ello puede conducir a una relación improductiva o adversa entre los profesionales de apoyo entre iguales y otras personas.

La descripción del trabajo de un profesional de apoyo entre iguales puede incluir las responsabilidades y las obligaciones nucleares del lugar de trabajo, así como las calificaciones y competencias preferidas en el candidato ideal. (37), (38)

Ejemplo de una descripción de trabajo como profesional de apoyo entre iguales (39)

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

Título del puesto de trabajo: Profesional de apoyo entre iguales

Departamento: Departamento de adultos – Programa de salud mental

Rinde cuentas a: Especialista en apoyo entre iguales

Responsable ante: Ayudante de dirección

Ubicación base inicial: Centro ambulatorio de salud mental

Tipo de contrato: Indefinido

Horas: 25 h semanales

Objetivos del trabajo

Dado que la persona ha sido usuaria de los servicios sociales y de salud mental, el trabajo a desarrollar como profesional de apoyo entre iguales es aprovechar esas experiencias y defender las necesidades y los derechos de otras personas usuarias de los servicios y ayudarlas proporcionándoles oportunidades para encaminar su propio proceso de recuperación. Entre los objetivos principales figuran:

- Ayudar a las personas de manera individualizada ofreciéndoles formación en recuperación y extender la mano a los usuarios del centro ambulatorio de salud mental.
- Compartir experiencias personales sobre recuperación y establecer relaciones mutuas entre compañeros.
- Ayudar a las personas a descubrir las opciones de servicios disponibles tanto dentro como fuera del servicio.

Responsabilidades principales

El profesional de apoyo entre iguales:

- debe ayudar en el proceso de orientación de las personas usuarias del servicio para inspirarles confianza y crear relaciones;
- debe apoyar a personas con malestar emocional escuchándolas y con su presencia, desplegando un abordaje sin juicios basado en la escucha activa y en interacciones positivas;
- debe ayudar en la formación sobre recuperación y la planificación del bienestar y debe conectar con estrategias de autoayuda a fin de alentar a las personas a adoptar un papel activo para autodirigir su propio proceso de recuperación;
- debe acompañar a las personas que lo soliciten para ayudarlas a acceder y a utilizar los recursos de la comunidad;
- debe mejorar la comprensión del equipo de las experiencias vividas y debe educar al personal sobre el proceso de recuperación y el papel nocivo que determinadas prácticas tradicionales pueden tener en este proceso;
- debe mejorar la comunicación entre las personas usuarias del servicio y los profesionales.

Calificaciones y competencias

El candidato elegido debe encontrarse en estado de recuperación y debe ser usuario actual o antiguo de los servicios sociales o de salud mental, capaz de entender a otras personas usuarias actualmente. Además, la persona:

- debe tener más de 18 años;
- debe tener experiencia vivida con los servicios de salud mental y/o malestar emocional;
- debe ser capaz de explicar su experiencia vivida de tal manera que ayude, capacite e infunda esperanzas;
- debe ser capaz de escuchar con empatía y ayudar a otras personas a descubrir sus propias soluciones;
- debe ser capaz de trabajar de manera independiente;
- debe ser capaz de ayudar al desarrollo de una cultura de la recuperación;
- debe tener conocimiento de los recursos comunitarios para sus compañeros y de los recursos alternativos para facilitar la integración en la comunidad.

10. Entrevista y contratación de profesionales de apoyo entre iguales

Un objetivo importante de la entrevista es determinar cuán bien el candidato a profesional de apoyo entre iguales es capaz de describir la relevancia de su experiencia vivida para ayudar a otras personas. No se trata de una entrevista sobre la naturaleza del diagnóstico personal que ha recibido, ni sobre su historial de tratamientos o el malestar experimentado. En algunos países, preguntar sobre discapacidades es ilegal; por ello, es necesario observar las leyes de cada país durante este proceso. El candidato puede querer compartir esta información, pero en ningún caso debe tener la sensación de que lo debe hacer para ser contratado. Ahora bien, es fundamental que los candidatos tengan experiencia en los servicios de salud mental y/o malestar emocional y mental y hayan hecho su propio recorrido hacia la recuperación. (40)

Dado que el trabajo de profesional de apoyo entre iguales puede ser nuevo en el seno de una comunidad o país, puede haber muy pocas personas con las calificaciones y la experiencia necesarias en la zona. En estas situaciones, el entrevistador necesitará identificar a las personas en función de su potencial y no de la experiencia demostrada.

También es fundamental incluir a una persona que busque ayuda de un compañero, o bien a una comisión de este tipo de personas, al proceso de entrevista. Las preguntas de la entrevista pueden invitar a los candidatos a profesionales de apoyo entre iguales a explicar cómo su experiencia, sus habilidades y/o sus conocimientos pueden ayudar a otras personas en su recuperación.

Algunas preguntas de ejemplo para la entrevista pueden ser:

- ¿Qué te inspiró a solicitar el trabajo de profesional de apoyo entre iguales?
- ¿Puedes darme algún ejemplo de cómo harías servir tus fortalezas/habilidades y tu vivencia personal para ayudar a las personas con las que trabajarías?

- ¿Qué has aprendido de tu propia experiencia del malestar mental y la recuperación que creas que podría ser útil para tu trabajo aquí?
- ¿Cómo podrían ayudar tu experiencia y tus habilidades a fomentar la no discriminación y la igualdad en tu trabajo?
- ¿Por qué crees que el apoyo entre iguales es beneficioso para las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas?
- Si uno de tus compañeros se siente resignado con su situación y desesperanzado, ¿cómo lo ayudarías? (41)
- ¿Tienes experiencia previa en algún ámbito similar al apoyo entre iguales?

La falta de candidatos para el puesto de trabajo puede hacer caer en la tentación de pasar algún miembro del personal al papel de profesional de apoyo entre iguales, de contratar a un candidato que no encaje con el trabajo ofrecido o de bajar los criterios de contratación. Sin embargo, los profesionales de apoyo entre iguales hacen una tarea muy importante ayudando a otras personas y es fundamental identificar a las personas idóneas para este trabajo, personas que se regirán por los valores del apoyo entre iguales como el respeto, la igualdad, la reciprocidad, la empatía y la recuperación. (41)

La formación y el apoyo continuado son sumamente útiles para todos los profesionales de apoyo entre iguales y deberían ser prerrequisitos para los nuevos profesionales contratados que nunca han desarrollado esta función. Esto no quiere decir que los profesionales de apoyo entre iguales recién incorporados a esta función sean de menos ayuda u obtengan menos resultados que las personas con experiencia previa. Sencillamente significa que se deberán tener en consideración otros aspectos para la entrevista, el proceso de selección y los requisitos de formación.

Cuando se incorporan profesionales de apoyo entre iguales por primera vez en un servicio, es preferible contratar a más de uno, si los recursos lo permiten. Esto ayudará a evitar el fenómeno de la deriva del profesional y el aislamiento de la persona que desarrolla esta tarea.

Inclusion Europe: Proyecto TOPSIDE oportunidades de formación para profesionales de apoyo entre iguales con discapacidad intelectual en Europa (42)

TOPSIDE es un proyecto de Inclusion Europe destinado a desarrollar el apoyo entre iguales y la formación de profesionales como nuevos componentes de la educación adulta informal para personas con discapacidades intelectuales. Dado que el acceso a la formación y la educación adulta formal o informal puede ser limitado para las personas con discapacidades intelectuales, la formación y el apoyo por parte de iguales pone el foco en ayudarlas a desarrollar capacidades importantes en las áreas de la toma de decisiones para que puedan tomar el control de sus vidas y desarrollar su papel como ciudadanos activos.

A través del programa de formación, los profesionales de apoyo entre iguales aprenden a mejorar su comunicación, a ayudar a otras personas del modo adecuado y a empatizar con los demás. Los profesionales de apoyo entre iguales aprenden también a relacionar sus experiencias vividas con el apoyo a iguales y a utilizar estos ejemplos y su propio aprendizaje para ayudar a otras personas. Además, la formación explora los distintos valores que puede adoptar el profesional de apoyo entre iguales: inclusión, pensamiento centrado en las personas, buena vida, funciones valoradas y ciudadanía en el seno de la comunidad.

Los profesionales pueden ayudar a otras personas que no ven esas oportunidades por sí mismas abriéndoles los ojos a toda la gama de posibilidades. La formación se ha diseñado de tal manera que todas las habilidades recogidas en el programa están arraigadas en la realidad y se basan en situaciones de la vida real. Las habilidades que se van adquiriendo y reforzando de manera progresiva se dividen en tres categorías:

- habilidades entre iguales, que incluyen la comunicación, la reacción y la empatía en un intercambio en grupo o individualizado;
- habilidades y valores inclusivos, como la inclusión, el pensamiento centrado en las personas, los roles sociales valorados y ser un ciudadano de una comunidad;
- habilidades pragmáticas que cubren experiencias de diversas esferas de la vida y de la calidad de vida en relación con la inclusión (por ejemplo, el propio hogar, derechos, trabajo y vida social).

11. Condiciones de trabajo

Baremos salariales

Los profesionales de apoyo entre iguales pueden desarrollar un trabajo asalariado o voluntario. Dependerá de la estructura y el presupuesto de la organización. Por ejemplo, una entidad sin ánimo de lucro que depende principalmente de voluntarios para funcionar puede tener profesionales de apoyo entre iguales no asalariados, mientras que un servicio social o de salud mental o una organización de apoyo entre iguales establecida en la comunidad sí los puede tener asalariados.

Una vez establecidas los baremos salariales, puede ser difícil modificarlos, por lo que es importante reflexionar bien sobre cuál se asignará a los profesionales de apoyo entre iguales. La cantidad de personas con experiencia vivida que se sientan cómodas y abiertas a hablar con otros y estén dispuestas a hacer trabajo de profesionales de apoyo entre iguales y lo hagan bien puede ser reducida. Por eso es importante establecer una remuneración que refleje que se trata de un trabajo especializado. Fijar una franja salarial baja, sobre todo en comparación con el resto del personal asalariado, puede transmitir el mensaje negativo de que la función del profesional es trivial y menos importante que el resto. (6)

También cabe destacar que, en algunos países, pagar a los profesionales de apoyo entre iguales puede poner en riesgo los posibles subsidios sociales que estén recibiendo, por lo que es importante asegurarse de que los salarios sean suficientes y no comporten una pérdida de ingresos para la persona contratada. Los legisladores del país también deberían tener en cuenta esta circunstancia.

Un tema que hay que tener presente es si el salario puede conllevar un desequilibrio de poder en una relación de iguales entre compañeros, ya que el que una persona reciba remuneración y la otra no puede dificultar percibir la relación como igualitaria.

Mentoría y supervisión (30), (6)

La prestación de mentoría y supervisión es uno de los elementos más importantes para apuntalar la función de apoyo entre iguales. En principio, las funciones de acompañamiento pueden encontrar

resistencia o generar confusión, por lo que es fundamental contar con el apoyo de un supervisor que crea en el apoyo entre iguales y los cuidados orientados a la recuperación. De manera ideal, el supervisor de un profesional de apoyo entre iguales debe ser alguien que haya desarrollado también tareas de profesional en el pasado. Ahora bien, esto no siempre es posible. Al menos, el supervisor debería estar formado o tener experiencia en prácticas orientadas a la recuperación (ver apartado correspondiente en *Apoyo entre iguales en los servicios sociales y de salud mental*), lo que les permitirá entender mejor el papel de un profesional de apoyo entre iguales y los problemas que pueden surgir al introducir estas funciones, sobre todo cuando se hace por primera vez.

En caso de que esto no sea posible, otra opción es ponerse en contacto con organizaciones locales de apoyo entre iguales, o bien regionales o nacionales para recibir formación o supervisión complementarias. De este modo, incluso si el supervisor directo del profesional de apoyo entre iguales no ha desarrollado trabajo de apoyo entre iguales en el pasado, el profesional podrá recibir igualmente apoyo de la comunidad de iguales. Se pueden utilizar tecnologías de comunicación sencillas, como llamadas telefónicas o videollamadas para proporcionar apoyo a los profesionales que vivan en zonas geográficamente aisladas.

Al margen de la experiencia previa en funciones como profesional de apoyo entre iguales, cualquier supervisor eficiente debería ser capaz de proporcionar una supervisión orientada a las tareas (como orientación sobre las tareas administrativas cotidianas del profesional de apoyo entre iguales) y supervisión orientada al proceso (como ayudar al profesional de apoyo entre iguales a desarrollar capacidades y conocimientos o hacerle sugerencias de mejora).

Chinmay Shah, profesional de apoyo entre iguales voluntario, sobre el hecho de recibir apoyo para continuar adelante (43)

Como parte del proyecto QualityRights en Gujarat, India, se han reclutado y formado profesionales de apoyo entre iguales de manera voluntaria en cada uno de los servicios. El papel de los profesionales voluntarios es proporcionar apoyo y consejos a otras personas usuarias de los servicios. Eso puede implicar, por ejemplo, ayudarlas a desarrollar y poner en práctica sus planes de recuperación, informarlas sobre sus derechos y asegurarse de que se respetan.

Chinmay Shah, que trabaja como profesional voluntario, ha recibido formación de Vinodh Macwana, asistente de personal en el hospital de salud mental de Ahmedabad. Esto le ha ayudado a crecer y desarrollar su papel como profesional de apoyo entre iguales de manera voluntaria. Explica:

«Tengo sensación de apoyo cuando me reúno con Vinodh Bhai. Nos da confianza para implicarnos con las personas usuarias del servicio y nos motiva a ser eficientes, pero sin transmitirnos presión. Quedamos con él cada mañana antes de empezar a trabajar y siempre tiene una sonrisa para nosotros. También nos invita a recurrir a él siempre que lo necesitemos. Este proceso de mentoría periódico nos ayuda a desarrollar nuestras capacidades como profesionales de apoyo entre iguales. Mejoramos nuestra manera de trabajar haciendo lluvias de ideas y hablando de los problemas con nuestro mentor, partiendo siempre de la base de que nuestras sugerencias no solo se escuchan, sino que se implementan.»

Evaluación de resultados (6)

Una vez contratados, se espera que los profesionales de apoyo entre iguales satisfagan los requisitos del trabajo. Ahora bien, se ha tener en cuenta que pueden necesitar flexibilidad y comprensión si han de coger una baja, ya que pueden experimentar situaciones complicadas con su propia salud mental y su bienestar y, por ejemplo, pueden necesitar hacer pausas breves (o largas) en el trabajo. Las evaluaciones regulares de resultados proporcionan una buena oportunidad tanto para los supervisores como para los profesionales para hablar sobre el trabajo, sobre cualquier aspecto que les preocupe o sobre qué va bien. Ahora bien, las evaluaciones de resultados no deben servir para introducir cambios contrarios a los valores nucleares del apoyo entre iguales.

12. Los profesionales de apoyo entre iguales en los servicios sociales y de salud mental

Puede costar convencer al personal de los servicios sociales y de salud mental que el apoyo entre iguales es una parte esencial del servicio. Con el fin de integrarlo correctamente en el servicio social o de salud mental, el apoyo entre iguales debe entenderse como la prestación de un servicio enriquecedor a través de la participación directa de personas con experiencia vivida. (44)

Los profesionales de apoyo entre iguales son útiles para ayudar a las personas usuarias del servicio cuando (y si) quieren recibir ayuda. Eso implica «hacer acto de presencia» y escuchar, ayudar a las personas a tomar sus propias decisiones sobre lo que conlleva la recuperación para ellas, o defenderlas. A veces puede haber discrepancias en el abordaje, cuando los deseos y las preferencias de las personas usuarias de los servicios difieren de los del servicio social o de salud mental. Sin embargo, eso no significa que los profesionales de apoyo entre iguales y los miembros del personal estén, por la misma esencia de sus funciones, enfrentados entre ellos.

Hay muchas maneras de contratar profesionales de apoyo entre iguales en el contexto de los servicios. La manera óptima de proporcionar apoyo entre iguales es contratar una organización independiente dirigida por iguales que sea externa al servicio pero que pueda establecer una colaboración estrecha. De este modo, la independencia del profesional de apoyo entre iguales del servicio se mantiene y se evitan conflictos de interés. (45), (46)

Cita: Kevin Huckshorn, director del Departamento de Sustancias y Salud Mental, Servicios Sanitarios y Sociales de Delaware (EE.UU.), sobre el poder del apoyo entre iguales (47)

«En mi humilde opinión, el poder del apoyo entre iguales, tanto en entornos hospitalarios como de salud mental, es más significativo y valioso que cualquier otra práctica basada en evidencias que yo haya visto. Yo, con la orientación de Gayle Bluebird, empecé a integrar a profesionales de apoyo entre iguales en entornos de trabajo de salud mental en 1991. Y, desde entonces, en todos los ámbitos de trabajo, el personal de los profesionales de apoyo entre iguales ha "hecho magia".

Las habilidades innatas de los profesionales de apoyo entre iguales son legendarias, en mi experiencia personal. Y en estos momentos creo firmemente que al menos el 50% del sistema de profesionales de salud mental debería estar integrado por profesionales de apoyo entre iguales si queremos llegar a un sistema de cuidados verdaderamente orientado a la recuperación, informado sobre los traumas, y que cumpla con la Ley de discapacidad de EE.UU., un sistema en el que las

personas con enfermedades mentales graves puedan encontrar la esperanza, el coraje y la energía necesarios para recuperar sus vidas de una manera significativa para ellas». Creación de una cultura de apoyo entre iguales

La introducción de los profesionales de apoyo entre iguales en los servicios sociales y de salud mental puede requerir tiempo para permitir la transición.

«El apoyo entre iguales funciona mejor cuando los profesionales de apoyo entre iguales operan en contextos ya con un compromiso con los valores y los principios de recuperación. Los profesionales mejoran enormemente este compromiso con la recuperación; sin embargo, esta función no debería utilizarse para introducir la recuperación en contextos donde no existe ya un compromiso con los valores de la recuperación». (48)

Invertir tiempo en introducir los cuidados orientados a la recuperación antes de integrar los papeles de apoyo entre iguales en los servicios sociales y de salud mental es fundamental. Sin un compromiso con los principios de la recuperación, los profesionales de apoyo entre iguales están destinados a fracasar. Un aspecto clave de su tarea es ayudar a otros iguales a entender qué significa la recuperación para ellos. Si un servicio social o de salud mental no se adhiere a los cuidados orientados a la recuperación, socavarán el trabajo de los profesionales desde el principio.

Crear una cultura de apoyo entre iguales no consiste en hacer una única sesión de formación, sino que se trata de un proceso en curso consistente en poner los principios de recuperación en práctica. La aceptación del liderazgo, el reconocimiento oficial (por ejemplo, la mención explícita del apoyo entre iguales en los valores de la organización/servicio), la formación de personal y la mentoría y la supervisión efectiva son todos factores importantes. (49) Los profesionales de apoyo entre iguales deben sentirse seguros y capacitados para poder ofrecer un acompañamiento eficaz a las demás personas.

De manera similar, los profesionales de los servicios sociales o de salud mental no deberían asumir que incorporar profesionales de apoyo entre iguales conllevará hacer cambios mágicos en el sistema. El cambio fundamental en la estructura del sistema se da al adoptar un abordaje verdaderamente orientado a la recuperación e introducir de manera eficaz el apoyo entre iguales.

Convencer al personal de administración y a otros departamentos del servicio para que defiendan el apoyo entre iguales y asuman un rol de liderazgo en la transición y la implementación de los profesionales de apoyo entre iguales resultará de especial ayuda. Estos miembros del personal pueden defender la inclusión de los profesionales y tratar las posibles inquietudes con otros miembros del personal antes, durante y después del proceso de implementación. (6) A medida que pase el tiempo, los defensores del apoyo entre iguales también pueden ayudar a garantizar que el apoyo entre iguales continúe siendo una prioridad en el servicio. (30)

En cuanto al resto del personal, ofrecer a los profesionales unas condiciones laborales buenas en general dentro del servicio puede reducir el riesgo de agotamiento y la erosión de la rotación.

Informar a todo el personal e incluirlo en las conversaciones

Todo el personal del servicio debe estar preparado de antemano para superar la resistencia dentro del servicio para contratar a profesionales de apoyo entre iguales. El personal puede tener dudas sobre el

riesgo potencial de recaída entre los profesionales y sobre si serán capaces de gestionar las exigencias de su trabajo. El personal también puede poner en duda las competencias de los profesionales, ya que algunos pueden no tener diplomas o grados. La incorporación de profesionales de apoyo entre iguales puede preocupar al personal si considera que pueden acabar reemplazando su trabajo total o parcialmente a un coste inferior, o que los profesionales de apoyo entre iguales son innecesarios en entornos con recursos limitados. (30)

Por este motivo, es sumamente importante crear un entorno en el que el personal ya contratado se sienta cómodo expresando su opinión. Tomarse tiempo para escuchar cualquier inquietud del personal y para tratarla y reaccionar de manera adecuada puede generar un entorno más acogedor para los profesionales de apoyo entre iguales. Explicar al personal los beneficios previstos de contar con profesionales de apoyo entre iguales, los aspectos de confidencialidad y ética y cómo se integrarán en el servicio puede ayudarlos a prepararse para el cambio.

Mantener las vías de comunicación abiertas durante las reuniones habituales, incluso después de contratar a los profesionales de apoyo entre iguales, puede ayudar a abordar las causas de conflicto o discrepancia. Las reuniones deberían incentivar la apertura y un planteamiento participativo en la resolución de problemas para aliviar cualquier preocupación o angustia que pueda surgir en relación con la contratación de profesionales de apoyo entre iguales y sus respectivas funciones o las del personal ya contratado. (6)

Formación y conciencia política

Un paso importante que debería darse para crear una cultura que favorezca el apoyo entre iguales es contar con políticas por escrito, declaraciones de intenciones y valores del servicio que se alineen con el abordaje basado en la recuperación. (6) Implicar al personal en el proceso de esbozar estas políticas y declaraciones también será muy útil para conseguir que todo el mundo entienda y valore el apoyo entre iguales. Eso permitirá a las personas comprometerse con las nuevas instrucciones introducidas e incluso hacérselas suyas. (Podéis ampliar la información sobre el proceso de implementación de un cambio en los servicios en el módulo de QualityRights *Transformación de los servicios y promoción de los derechos humanos*).

Complementar los cambios de políticas con formación sobre los derechos humanos y la recuperación creará un entorno positivo y facilitará la transición. Idealmente, se debería ofrecer a los miembros del personal la oportunidad de visitar servicios donde se practique el abordaje orientado a la recuperación para entender los valores nucleares de la recuperación y el apoyo entre iguales. Hacer charlas y eventos donde se hable y se enfatizen los cuidados orientados a la recuperación puede ser informativo para el personal y puede reforzar el compromiso del servicio con el abordaje basado en la recuperación y el apoyo entre iguales.

Apoyo de la función de los profesionales de apoyo entre iguales en los servicios sociales y de salud mental (6), (30)

Establecer la función de los profesionales de apoyo entre iguales en el servicio es un paso importante para garantizar que son capaces de hacer su trabajo de manera eficaz, a la vez que ayuda a otros miembros del personal a entender su papel. Si bien esto puede variar en función de los servicios, algunos puntos a tener en cuenta son:

- **Reuniones de equipo:** Los profesionales de apoyo entre iguales deberían participar en reuniones con otros miembros del personal. Del mismo modo que es importante la invitación a asistir a las reuniones de equipo, también lo es la necesidad de respetar los valores del apoyo entre iguales. Por ejemplo, no se debe presionar a los profesionales de apoyo entre iguales a que revelen detalles privados que un igual haya podido compartir con ellos o a que asistan a reuniones donde se habla de personas que no están presentes. Es importante proteger la función única del profesional de apoyo entre iguales.
- **Horario laboral:** Los profesionales de apoyo entre iguales pueden trabajar a jornada completa o media jornada, en función de su situación, tal y como ocurre con el resto del personal. Ayudar a personas que atraviesan experiencias difíciles, trabajar en un entorno en que el apoyo entre iguales es nuevo y tener que justificar continuamente las funciones de los profesionales de apoyo entre iguales o ser el único profesional que trabaja en el servicio puede ser emocionalmente y físicamente agotador. Contar con un equipo de profesionales de apoyo entre iguales puede ser de ayuda para compartir conocimientos e intercambiar experiencias.
- **Formación especializada:** Además de formación a nivel básico en apoyo entre iguales, los profesionales de apoyo entre iguales pueden beneficiarse de formación especializada en derechos humanos, política y legislación. Además, la formación sobre el contexto y las necesidades de poblaciones concretas (por ejemplo, los ancianos), temas avanzados (como dejar de fumar) o sugerencias de ejercicios de ayuda (por ejemplo, ejercicio físico y ejercicios de respiración) les ayudará a apoyar mejor a sus iguales y a profundizar en sus habilidades y conocimientos.
- **Educación continua:** Conviene poner al alcance de los profesionales de apoyo entre iguales oportunidades de formación continua. Estas oportunidades pueden adquirir la forma de reuniones o cursos especializados entre iguales en línea y/o cursos con otros profesionales de la zona. A medida que la función del profesional de apoyo entre iguales se desarrolla en los países, es útil pensar en ofrecerle oportunidades de desarrollo profesional para avanzar en su profesión, por ejemplo, como líder del apoyo entre iguales, gestor del apoyo entre iguales, profesional del apoyo entre iguales, etc.

Buen uso y uso erróneo de los profesionales de apoyo entre iguales (1)

El trabajo cotidiano de los profesionales de apoyo entre iguales puede variar y conviene que tengan flexibilidad para adaptarse a las diferentes situaciones que pueden presentarse. No obstante, hay trampas habituales que hay que evitar porque no son coherentes con los valores de las funciones de los profesionales de apoyo entre iguales. Por ejemplo:

1. **Carga de trabajo:** Un profesional de apoyo entre iguales tiene un conjunto único de habilidades y experiencias y no debería encargarse de llevar a cabo tareas rutinarias y sacar carga de trabajo que nadie más quiere hacer. Los profesionales de apoyo entre iguales no son ayuda adicional para los profesionales existentes.
2. **Lealtades mezcladas:** Un profesional de apoyo entre iguales está comprometido primero y principalmente con la persona a la que ayuda. Un profesional de apoyo entre iguales solo debería tener en la agenda prestar apoyo a iguales. Por ejemplo, su función *no* consiste en encontrar información para el resto del equipo, completar planes de tratamiento o supervisar que las personas se toman la medicación prescrita.
3. **Desequilibrio de poder:** Un profesional de apoyo entre iguales se esfuerza por minimizar el diferencial de poder para crear una relación igualitaria. No hay que pedir al profesional de

apoyo entre iguales que haga nada que aumente el desequilibrio de poder (como preparar el café para el resto del personal).

El personal puede no tener claro cuál es el papel de los profesionales de apoyo entre iguales en determinadas situaciones. A continuación, se incluye un gráfico sobre algunos temas comunes que pueden surgir a la hora de proporcionar apoyo entre iguales y la diferencia entre qué es y qué no es coherente con la función del profesional de apoyo entre iguales.

Tema 1	Coherente con la función de profesional de apoyo entre iguales	No coherente con la función de profesional de apoyo entre iguales
Medicación	Ayudar a un igual a comunicar inquietudes u opiniones sobre la medicación; ayudar a un igual a reunir información sobre la medicación.	Administrar medicación; informar a los miembros del personal de si los iguales se están tomando o no la medicación; fomentar la adhesión al tratamiento si la persona ha expresado reservas o preocupaciones.
Planes de tratamiento	Ayudar a una persona a hacer oír su voz durante el proceso de planificación de su tratamiento; facilitar la finalización de una directiva previa y defender objetivos coherentes con la promoción de la recuperación.	Redactar un plan de tratamiento; redactar informes de progresos sobre los objetivos del tratamiento para otros miembros del personal.
Búsqueda de vivienda	Ayudar a un igual a buscar vivienda si lo ha pedido; compartir la experiencia personal con la búsqueda de una vivienda.	Centrarse solo en la búsqueda de una vivienda porque figura en el plan de tratamiento o porque un miembro del personal ha indicado al profesional de apoyo entre iguales que se centre en la búsqueda de una vivienda para un igual concreto.
Contestar al teléfono	Ayudar esporádicamente en la oficina; responder a la línea telefónica de asistencia entre iguales.	Contestar de manera rutinaria al teléfono porque ningún otro miembro del personal lo quiere hacer; tener que evaluar el nivel de las crisis por teléfono y transferir las llamadas a otros miembros del personal.

Discrepancias

Pueden surgir discrepancias entre los profesionales de apoyo entre iguales y las prácticas del servicio cuando las funciones de los profesionales chocan con las reglas, normativas o prácticas del servicio

(por ejemplo, cuando se ha ingresado a alguien en el servicio de manera involuntaria). Sin embargo, incluso en esta situación, el profesional de apoyo entre iguales debería ser capaz de continuar defendiendo a la persona a la que ayuda sin miedo a repercusiones, aunque entre en conflicto con el abordaje adoptado por el servicio.

Deriva del igual (30)

El apoyo entre iguales tiene una función única en el servicio social o de salud mental porque arraiga en experiencias compartidas con otros iguales y los profesionales de apoyo entre iguales forman parte del equipo de salud mental. Con el tiempo, los profesionales de apoyo entre iguales pueden registrar un cambio de actitud y modo de actuar, más cercano a un abordaje más clínico, quizás motivado por presiones internas o externas que pueden ser conscientes o inconscientes. Esto es coherente con el papel del profesional de apoyo entre iguales.

Este fenómeno recibe el nombre de «deriva del igual» y se caracteriza por la «incomodidad o actitud defensiva al utilizar la historia de recuperación propia y deriva en un abordaje jerárquico más distante de la prestación de servicios». (50) Esta deriva puede ser gradual y difícil de reconocer personalmente, por lo que puede ayudar contar con un supervisor y un equipo comprometido con la recuperación y el apoyo entre iguales, así como con otros profesionales de apoyo entre iguales que puedan reorientar a la persona.

Como parte de esta deriva, el profesional de apoyo entre iguales puede decir a las personas a las que ayuda qué deben hacer, en vez de escucharlas; puede centrarse en los diagnósticos, en vez de en la recuperación, o bien puede sentirse incómodo o avergonzado de su propia experiencia vivida y de su historia de recuperación. Es importante conectar con otros profesionales de apoyo entre iguales y tener abogados de apoyo entre iguales con quien hablar si los profesionales se sienten de este modo o si otras personas detectan que esto puede estar sucediendo.

Estructuras de mentoría, supervisión y apoyo entre iguales

Cuando el apoyo entre iguales se proporciona en el contexto de estructuras de mentoría, supervisión y apoyo entre iguales, la tendencia hacia la deriva del igual se puede tratar y minimizar.

También puede ser útil crear una estructura de apoyo entre iguales en que se propicien las reuniones informales entre iguales. Eso ofrecerá a los profesionales de apoyo entre iguales de diferentes servicios de la comunidad una oportunidad para reunirse y dar parte de sus progresos, compartir conocimientos y experiencias, debatir mejoras y proporcionarse apoyo emocional mutuo.

En un espacio seguro y confidencial, los profesionales de apoyo entre iguales pueden tener la oportunidad de abordar y debatir cómo afrontar posibles problemas que surjan en su trabajo. Algunos de estos problemas serán diferentes de los que afrontan otros miembros del personal. En concreto, pueden darse problemas de límites, en el sentido de que los profesionales de apoyo entre iguales pueden percibirlos más como amigos que como personal de otro tipo, ya que desvelan información personal y comparten historias íntimas de sus vidas. (51) Otros desafíos que pueden aparecer en relación con el apoyo entre iguales incluyen desequilibrios de poder entre los profesionales de apoyo entre iguales y otro personal, el estrés al que están sometidos y tener que mantener la función de apoyar a iguales. (14)

Además, es importante promover un nivel de «**competencia estructural**» entre el personal. La competencia estructural se ve cada vez más necesaria para mejorar la salud mental y la igualdad en temas de salud. (52), (53), (28), (54) Implica tener en cuenta cómo se intersectan los factores estructurales e institucionales (por ejemplo, racismo, marginación socioeconómica, políticas del bienestar) y cómo agravan el riesgo de determinadas enfermedades (como la psicosis) y, en última instancia, cómo influyen el recorrido hacia los cuidados, las actitudes ante los tratamientos, la disponibilidad de apoyo social y los resultados. (28)

De acuerdo con los principios de la recuperación y el apoyo entre iguales, la competencia estructural ayuda a quitar énfasis a los supuestos problemas o carencias de la persona y pone el foco en los contextos únicos (por ejemplo, la discriminación, las barreras estructurales en el bienestar) que influyen sobre las personas y su recuperación.

Construir capacidades en este ámbito puede ayudar a centrar la atención sobre qué grupos no participan en el apoyo entre iguales, ya sea como profesionales o como receptores; a menudo, estos grupos pueden afrontar múltiples obstáculos a la participación o a la inclusión en la comunidad.

A continuación, se incluye una lista de verificación (55) sobre cómo garantizar una implicación significativa y equitativa de los profesionales de apoyo entre iguales.

Siete componentes de una implicación significativa de los profesionales de apoyo entre iguales.

Preguntas de autoevaluación

TIEMPO Y OPORTUNIDAD

¿Se han hecho intentos de incorporar profesionales de apoyo entre iguales *lo antes posible* a la planificación de una nueva iniciativa o de un nuevo programa?

- a. En caso contrario, ¿cómo tiene previsto el grupo abordar las posibles tensiones o dinámicas de poder derivadas de una participación irregular o desigual en la toma de decisiones iniciales que puede haber configurado en buena parte un programa o una iniciativa?

PODER

¿Los profesionales de apoyo entre iguales tienen el *poder de tomar decisiones y dar forma a programas*, o su función se limita al asesoramiento?

- a. ¿Si algunos miembros del personal tienen la capacidad de tomar decisiones concretas sobre políticas o programas y otros solo pueden hacer comentarios o sugerencias, cómo se afrontarán las dinámicas de poder resultantes? ¿Qué pasos pueden darse para garantizar que los iguales sientan que pueden hacer aportaciones que se tengan en cuenta?
- b. En los proyectos donde se forman comisiones o grupos de trabajo, ¿los profesionales de apoyo entre iguales ocupan una posición similar al resto del personal? Por ejemplo, ¿hay profesionales de apoyo entre iguales que hacen de directores o codirectores, o su papel se limita a tareas sin liderazgo?

RETRIBUCIÓN

¿Los profesionales de apoyo entre iguales reciben una retribución económica igual que el resto del personal?

- a. Si parte del resto del personal recibe una retribución económica y los profesionales de apoyo entre iguales no, ¿qué pasos pueden hacerse para corregir las jerarquías que pueden derivar de este hecho?
- b. ¿Han meditado bien los directores del programa las implicaciones de pagar al resto del personal pero no a los profesionales de apoyo entre iguales?

CIFRAS

¿Hay una *masa crítica* (o número suficiente) de iguales implicados que ‘marque la diferencia’?

- a. Si solo hay uno o muy pocos iguales dentro de un grupo integrado por otros profesionales, ¿se puede hacer algo para que estos iguales sientan que reciben apoyo?
- b. ¿Se han hecho todos los pasos posibles para garantizar que los iguales (a menudo, aunque no siempre, con menos antigüedad que el resto de miembros del proyecto o grupo) se sientan cómodos para expresar su opinión estando en minoría?

BIENESTAR

¿Se han dado pasos para asegurarse de que se prioriza el *bienestar de los iguales*?

- a. Además de recibir apoyo más formal, ¿se ha planteado el tema del bienestar de los iguales de manera informal (pero explícita) al inicio de un proyecto o a la hora de crear un nuevo puesto de trabajo? El personal y otros miembros del grupo, ¿reconocen los estresores potenciales (microagresiones o problemas con otros miembros del personal que pueden no estar de acuerdo con el apoyo entre iguales) y son conscientes de los efectos que pueden tener? ¿Hay algún plan para abordar el agotamiento o la frustración por parte de los iguales (en minoría)?

- b. Si se espera que los iguales «defiendan su posición» en el seno del grupo o proyecto (a menudo, aunque no siempre, desde una posición minoritaria o con menos antigüedad), ¿se reconocen los impactos potenciales de esta defensa? ¿Hay algún plan de apoyo concreto? Por ejemplo, ¿qué ocurre si un igual se encuentra una situación en la que se ve obligado a «cuestionar» a un líder o a un miembro del equipo con más antigüedad?

INVERSIÓN

¿Ha invertido el programa o la organización en la capacitación de los profesionales de apoyo entre iguales, por ejemplo, pagando su asistencia a conferencias y talleres y/o en el aprendizaje de nuevas habilidades?

- a. Si se involucra a los profesionales de apoyo entre iguales en un proyecto o en una comisión donde les falta una experiencia equivalente a la del resto de miembros (por ejemplo, un profesional de apoyo entre iguales sin experiencia en evaluación en una comisión de evaluación), ¿se hacen esfuerzos para proveerle de más contexto o de formación adicional?

CULTURA ORGANIZATIVA O POR PROYECTOS

Los líderes o administradores del programa, ¿han dado pasos explícitos para asegurarse de que las perspectivas de los iguales se tengan en cuenta y de que la resistencia a la implicación de los iguales se aborde de manera sistemática?

- a. Si un igual plantea problemas (sobre estigma, actitudes negativas o de desprecio o falta de inversión) a otro miembro o líder de un proyecto o programa, ¿están preparados estos últimos para adoptar acciones para ayudar al igual y/o abordar estas actitudes de desprecio?
- b. ¿Hay algún proceso o protocolo para expresar las inquietudes y los agravios? ¿Se les ha garantizado a los iguales de que no se tomarán represalias contra ellos ni se les «castigará» por plantear problemas relativos a otros miembros o al personal?
- c. Si es factible, ¿se ha planteado impartir formación presencial o global para todo el proyecto / programa sobre la diversidad o la participación de iguales?

Referencias

1. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles [publicación en línea]. Western Mass Peer Network; 2014. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf [consulta: 8 de febrero de 2017].
2. Peer support in mental health and Learning Disability, Need 2 Know [publicación en línea]. Londres: Mental Health Foundation; 2012. Disponible en: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/need_2_know_peer_support1.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
3. Faulkner A, Kalathil J. The freedom to be, the chance to dream: preserving user-led peer support in mental health [publicación en línea]. Londres: Together; 2012. Disponible en: <http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/2012/09/The-Freedom-to-be-TheChance-to-dream-Full-Report1.pdf> [consulta: 20 de noviembre de 2018].
4. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. 2014;13(1):12–20. Disponible en: doi: <http://www.dx.doi.org/10.1002/wps.20084>.
5. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychiatr Rehabil J. 1993;16(4):11–23. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
6. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles [publicación en línea]. Western Mass Peer Network. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
7. Christie L, Smith L, Bradstreet S, McCormack J, Orihuela T, Henar Conde et al. Peer2peer vocational training course [publicación en línea]. Lifelong Learning Programme; 2015. Disponible en: https://www.scottishrecovery.net/wpcontent/uploads/2016/01/P2P_vocational_Training_Course.pdf [consulta: 14 de febrero de 2017].
8. Mental health peer workforce study [publicación en línea]. Adelaide: Health Workforce Australia; 2014. Disponible en: <http://docplayer.net/12619198-Mental-health-peer-workforce-study.html> [consulta: 14 de febrero de 2017].
9. Vasconcelos E, Lotfi G, Braz R, Di Lorenzo R, Rangel Reis T. Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos. Río de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde; 2013. Disponible en: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201701/20170123-160926-001.pdf> [consulta: 19 de abril de 2018].
10. Intentional Peer Support - what is IPS? [website]. West Chesterfield (NH): Intentional Peer Support; 2018. Disponible en: <http://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/> [consulta: 20 de noviembre de 2018].
11. Ochocka J, Nelson G, Janzen R, Trainor J. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 - A qualitative study of impacts of participation on new members. J Community Psychol. 2006; 34:273-83.

12. Chinman M, George P, Dougherty RH et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014; 65:429-41.
13. Resnick SG, Rosenheck RA. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatr Serv.* 2008; 59:1307-14.
14. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health.* 2011; 20(4):392-411. Epub 19 July 2011. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>.
15. Moran GS, Russinova Z, Gidugu V, Yim JY, Sprague C. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res.* 2012; 22:304-19.
16. Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer delivered services. *Psychiatr Rehabil J.* 2002; 25(3):281-8.
17. Ratzlaff S, McDiarmid D, Marty D, Rapp C. The Kansas consumer as provider program: measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatr Rehabil J.* 2006; 29(3):174-82.
18. Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health.* 2008; 17(5):498-508.
19. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv.* 2011; 62(5):541-4.
20. Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; March 28(3):CD004807. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
21. Salzer MS. Consumer-delivered services as a best practice in mental health care delivery and the development of practice guidelines: Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team Philadelphia. *Psychiatric Rehabilitation Skills.* 2002; 6(3):355-82.
22. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J.* 2004; 27(4):392-401. Disponible en: doi: <http://www.dx.doi.org/10.2975/27.2004.392.401>.
23. Chinman M, Lucksted A, Gresen R, Davis M, Losonczy M, Sussner B et al. Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatr Serv.* 2008; 59(11):1315-21.
24. Mead S. Intentional peer support: a personal perspective [publicación en línea]. West Chesterfield (NH): Intentional Peer Support; 2010. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1cvaXwHk8yoi6HJyhrYqfjhPETWuqzgchkwGlttoetTbQ/edit> [consulta: 14 de febrero de 2017].
25. Former patient. Personal communication, Valle, Individualized peer support initiated by former patient in Madrid, Instituto Centta specialized clinic in Madrid, Spain. 2016.
26. Youth peer support in a mental health context. Evidence In-Sight [publicación en línea]. Ottawa: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2016. Disponible en: http://www.excellenceforchildand youth.ca/sites/default/files/resource/EIS_Youth_Peer_Support.pdf [consulta: 22 de noviembre de 2018].

27. Health Policy Project, Asia Pacific Transgender Network, United Nations Development Programme. Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2015.
28. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. Disponible en: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf [consulta: 18 de noviembre de 2018].
29. Willging CE, Israel T, Ley D, Trott EM, DeMaria C, Joplin A et al. Coaching mental health peer advocates for rural LGBTQ people. J Gay Lesbian Ment Health. 2016; 20(3): 214-36.
30. Morris CW, Banning LB, Mumby SJ, Morris CD. DIMENSIONES: Peer soporte program toolkit [publicación en línea]. Aurora (CO): University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2015. Disponible en: <https://www.bhwellness.org/toolkits/Peer-Support-Program-Toolkit.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].
31. Badege S. Personal communication; 2016.
32. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles, p. 9 [publicación en línea]. Western Mass Peer Network; 2014. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf [consulta: 8 de febrero de 2017].
33. National practice guideines for peer supporters [publicación en línea]. Sparta (MI): International Association of Peer Supporters (iNAPS); 2011. Disponible en: <https://na4ps.files.wordpress.com/2012/09/nationalguidelines1.pdf> [consulta: 14 de febrero de 2017].
34. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry. 2015; 15(285). Disponible en: doi: <http://www.dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>.
35. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles, p. 35-37 [publicación en línea]. Western Mass Peer Network; 2014. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
36. Core competencies for health workers in behavioral health services [publicación en línea]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2015. Disponible en: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/corecompetencies.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
37. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles, p. 44 [publicación en línea]. Western Mass Peer Network. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
38. Morris CW, Banning LB, Mumby SJ, Morris CD. DIMENSIONES: Peer support program toolkit, p.37 [publicación en línea]. Aurora (CO): University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2015. Disponible en: <https://www.bhwellness.org/toolkits/Peer-Support-Program-Toolkit.pdf> [consulta: 15 de febrero de 2017].
39. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles, p. 45-46 [publicación en línea]. Western Mass Peer Network. Disponible en:

- http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
40. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles, p. 55 [publicación en línea]. Western Mass Peer Network. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 41. Legere L. The provider's handbook on and implementing peer roles, p. 55-56 [publicación en línea]. Western Mass Peer Network. Disponible en: http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 42. TOPSIDE [sitio web]. Bruselas: Training Opportunities for Peer Supporters with Intellectual Disabilities in Europe. Disponible en: <http://www.peer-support.eu/about-the-project/> [consulta: 15 de febrero de 2017].
 43. Shah C. Personal communication, case study, QualityRights Gujarat project, India. 2016.
 44. Peer Support Resource Manual web. Victoria: British Columbia Ministry of Health; 2001. Disponible en: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/MHA_Peer_Support_Manual.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 45. Evidence for peer-run crisis alternatives [sitio web]. Lawrence (MA): National Empowerment Centre (NEC); 2013. Disponible en: <http://power2u.org/evidence-for-peer-run-crisis-alternatives/> [consulta: 15 de febrero de 2017].
 46. Ostrow L, Hayes SL. Leadership and characteristics of nonprofit mental health peer-run organizations nationwide. Psychiatr Serv. 2015; 66(4):421-5. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400080>.
 47. Enhancing the peer provider workforce: recruitment, supervision and retention, p. 1 [publicación en línea]. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD); 2014. Disponible en: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Assessment%20-%20Enhancing%20the%20Peer%20Provider%20Workforce_9-15-14.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 48. Experts by experience: guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector, p. 14 [publicación en línea]. Edinburgh: Scottish Recovery Network; 2011. Disponible en: https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2011/09/srn_exe_form.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 49. Hendry P, Hill T, Rosenthal H. Peer services toolkit: a guide to advancing and implementing peer-run behavioral health services [publicación en línea]. Albuquerque (NM): The College for Behavioral Health Leadership and Optum; 2015. Disponible en: http://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/Peer_Services_Toolkit%2042015.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 50. Ellison ML, Mueller L, Henze K, Corrigan P, Larson J, Nathaniel Ezra Kieval et al. The Veteran Supported Education Service Treatment Manual: VetSEd [publicación en línea]. Bedford (MA): ENRM Veterans Hospital, Center for Health Quality, Outcomes, and Economic Research; 2012. Disponible en: http://www.queri.research.va.gov/tools/vetsed/VetSEd_Manual.pdf [consulta: 15 de febrero de 2017].
 51. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. Psychiatr Rehabil J. 2001; 25(2):134-41. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095032>.

52. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014; 103:126-33. Disponible en: doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032.
53. Donald CA, DasGupta S, Metzl JM, Eckstrand KL. Queer frontiers in medicine: a structural competency approach. *Acad Med.* 2017; 92(3):345-50. Disponible en: doi: 10.1097/ACM.0000000000001533.
54. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry.* 2014; 51(6):759-76. Disponible en: doi: 10.1177/1363461514557202.
55. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (p. 94-95) (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. Disponible en: https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-InvolvementGuidance_Manual_Final.pdf [consulta: 18 de noviembre de 2018].

Los módulos de formación y orientación de la iniciativa QualityRights de la Organización Mundial de la Salud se centran en las aptitudes y los conocimientos necesarios para proporcionar servicios sociales y de salud mental, además de apoyos de calidad, así como para promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva.

Mediante ejercicios, presentaciones, estudios de casos y extensos debates y coloquios, **los módulos de formación QualityRights** ponen de manifiesto algunos de los retos críticos a los que tienen que hacer frente las partes implicadas de los diferentes países de todo el mundo. Por ejemplo:

- ¿Cómo respetamos la voluntad y las preferencias de las personas, incluso en situaciones difíciles?
- ¿Cómo garantizamos la seguridad de las personas y a la vez respetamos el derecho de cada persona a decidir sobre su tratamiento, su vida y su destino?
- ¿Cómo ponemos fin al aislamiento y a la contención?
- ¿Cómo funciona el abordaje basado en el apoyo a la toma de decisiones si alguien no puede comunicar su voluntad?

Los **módulos de orientación de la iniciativa QualityRights** complementan el material de formación. Los módulos de orientación *Organizaciones de la sociedad civil* y *La defensa de la salud mental* explican, paso a paso, qué pueden hacer los movimientos de la sociedad civil de diferentes países de todo el mundo para impulsar abordajes basados en los derechos humanos en el sector de los servicios sociales y de salud mental para conseguir un cambio que sea verdaderamente impactante y a la vez duradero. Los módulos de orientación *Apoyo individualizado entre iguales* y *Grupos de apoyo entre iguales* proporcionan una orientación concreta sobre cómo crear y dirigir eficazmente estos servicios tan cruciales que, lamentablemente, a menudo no son tenidos en cuenta.