



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
ISSN: 0211-5735
ISSN: 2340-2733
redaccion@RevistaAEN.es
Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Ramos Bernal, Antonio Ramón
Retos en la integración laboral del profesional de apoyo entre iguales en salud mental
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 45, núm. 148, 2025, Julio-Diciembre, pp. 271-285
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352025000200015>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265083401023>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Retos en la integración laboral del profesional de apoyo entre iguales en salud mental

Challenges in the Inclusion of Peer Support Professionals in Mental Health

ANTONIO RAMÓN RAMOS BERNAL

Fundación Sanamente de la Comunidad Valenciana, Villena, Alicante.

Correspondencia: Antonio Ramos (aramos@redsanamente.org)

Recibido: 02/06/2025; aceptado con modificaciones: 21/08/2025

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: La figura del profesional de apoyo entre iguales en salud mental representa una innovación para el sistema sociosanitario español. Este modelo introduce la experiencia vivida como una herramienta de apoyo, mediante la incorporación de personas que han atravesado un problema de salud mental y que, tras una formación específica, ofrecen acompañamiento a quienes están en su propio proceso de recuperación. A pesar de sus beneficios potenciales, la implementación de esta figura encuentra resistencias frente al cambio dentro de los modelos actuales de atención. Este texto reflexiona sobre el valor añadido del conocimiento experiencial y la necesidad de integrar a los profesionales de apoyo entre iguales como parte complementaria del equipo interdisciplinar en salud mental.

Palabras clave: apoyo mutuo profesional, sistema nacional de salud, problemas de salud mental y trabajo, estigma laboral, inclusión laboral, derecho laboral y salud mental.

Abstract: The figure of the peer support professional in mental health represents an innovation for the Spanish healthcare system. This model introduces a lived experience as a support tool, through the incorporation of individuals who have experienced mental health problems and who, following specific training, offer accompaniment to those who are in their own recovery process. Despite its potential benefits, the implementation of this figure encounters resistance to change within current care models. This text reflects on the added value of experiential knowledge and the need to integrate peer support professionals as a complementary part of the interdisciplinary mental health team.

Key words: peer support professional, healthcare system, mental health problems, workplace stigma, workplace inclusion, employment law and mental health.

INTRODUCCIÓN

EN UN CONTEXTO BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS, el principio rector del artículo 9.2 de la Constitución Española nos dice que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social” (1).

Durante mucho tiempo, el abordaje de los problemas de salud mental ha estado marcado por prácticas restrictivas y poco participativas. Ingresos involuntarios, contenciones físicas, aislamiento o medicación forzosa han sido algunas de las formas en que se ha ejercido la coerción en este ámbito. A este respecto, la Asociación Española de Neuropsiquiatría indica que “la coacción sigue presente en la vida cotidiana de sus usuarios, pudiéndose ejercer niveles intensos de supervisión y restricción de las actividades a través de procedimientos coercitivos” (2).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, a través de su instrumento *Quality Rights* (3), propone a la persona como el centro de todo lo que conlleva su proceso de recuperación. En este nuevo enfoque basado en los derechos humanos, el bienestar personal, el respeto al derecho al trabajo, la calidad de vida y la búsqueda del proyecto de vida independiente resultan ser elementos clave.

En este contexto surge la figura del técnico de apoyo entre iguales: personas que han vivido en primera persona un problema de salud mental y que, tras una formación profesional, acompañan y actúan como ejemplo real de que hay caminos de recuperación. Este tipo de apoyo, basado en la experiencia compartida, no sustituye a los profesionales ni al modelo tradicional, sino que lo complementa (o, dicho de otra manera, lo completa) con una visión más humana y responsable.

En este proceso surgen resistencias o barreras frente al cambio de paradigma. No solo en los servicios sociosanitarios, sino también en el ámbito laboral, donde la profesionalización del apoyo entre iguales avanza con demasiada lentitud. Esta falta de reconocimiento limita el potencial transformador de un modelo que apuesta por ofrecer una participación y empoderamiento a quienes históricamente han sido excluidos de las decisiones sobre su propia salud.

Esto mismo se expresa en la Convención de los Derechos Humanos (4), donde también se resalta la importancia del lenguaje en el ámbito de la salud mental y propone el término “discapacidad psicosocial” para buscar un tratamiento no discriminatorio y más inclusivo. La misma terminología la podemos encontrar en el “Informe de derechos humanos y salud mental 2019” de la Confederación Salud Mental España (5).

Por otra parte, la incorporación de los profesionales del apoyo entre iguales implica un cambio de paradigma cultural donde las personas usuarias ya no son solo únicamente receptoras de cuidados, sino también agentes activos en la recuperación (propia y ajena). De igual modo, “dejan de ser consumidores de servicios de salud para convertirse en proveedores de los mismos” (6).

ORIGEN HISTÓRICO Y DIFICULTADES PARA EL DESEMPEÑO LABORAL DE LAS PERSONAS

Un breve análisis sobre el surgimiento del apoyo entre iguales lo podemos ver en Ozden y cols. (7), que indican que “el apoyo entre iguales en salud mental emergió en la década de 1970, aunque ya existían experiencias previas a finales del siglo XVIII en Francia y en el Lunatic Friends’ Society en Inglaterra durante el siglo XIX” (7).

En la misma línea argumental, Stratford y cols., exponen que “el apoyo entre pares en salud mental, en su forma contemporánea, se originó en países de habla inglesa y se está expandiendo globalmente, lo que plantea retos de integridad del rol y de adaptación cultural” (8).

En la actualidad, uno de los grandes retos para que el apoyo entre iguales se consolide como una profesión reconocida es, precisamente, la capacitación y formación profesional de quienes han vivido un problema de salud mental y pueden ejercer este trabajo. Curiosamente, existe una desconfianza o exigencia que no se aplica a otras profesiones, donde no se suele cuestionar si el trabajo por parte de los profesionales es eficaz o no.

En el caso del apoyo entre iguales, y específicamente a nivel personal, nos encontramos con varias barreras importantes que dificultan su implantación real:

- En España existen múltiples programas formativos para técnicos de apoyo entre iguales (9), pero no hay un estándar común que garantice su reconocimiento profesional en todo el país. A nivel internacional sí se han dado

pasos más sólidos en este sentido. En nuestro país, además, cada comunidad autónoma, provincia e incluso dentro del propio movimiento asociativo, se está desarrollando e implementando esta figura de forma distinta. Esto genera falta de coordinación y ententece el cambio estructural que se necesita (tal vez a consecuencia de que las competencias públicas necesarias están transferidas a las comunidades autónomas).

- Muchas personas que podrían ejercer como técnicos de apoyo entre iguales no pueden asumir el coste de estas formaciones. Esto limita su acceso y reduce las posibilidades de que el colectivo pueda profesionalizarse de forma equitativa.
- Quienes tienen una discapacidad reconocida a menudo prefieren mantener una pensión o ayuda económica estable antes que arriesgarse a perderla por un empleo precario o inestable como técnico de apoyo entre iguales.

SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

A pesar de que el rol del técnico de apoyo entre iguales está pensado para complementar el trabajo de los equipos profesionales, todavía existen muchas dificultades para integrarlo de manera efectiva. Es necesario un proceso de adaptación tanto del equipo como del entorno (centros, servicios y recursos) para que esta figura pueda aportar todo su potencial. De hecho, existen distintas formaciones para que los profesionales puedan trabajar de forma coordinada con los agentes de apoyo mutuo (10).

Surge la siguiente cuestión, ¿qué sucede en estos equipos a nivel internacional? Un estudio longitudinal en Inglaterra analizó cómo los agentes de apoyo entre iguales operaban como parte de equipos interdisciplinarios. Señalaba que, aunque inicialmente pueden enfrentar desafíos como disminución del bienestar o del ánimo, a largo plazo desarrollan una sensación de empoderamiento, conexión y se sienten valorados como miembros del equipo; eso siempre que se les brinde supervisión adecuada y espacios claramente definidos dentro de los equipos clínicos (11).

Mi experiencia profesional y los documentos que he consultado en relación a la valoración que hacen tanto los profesionales de los equipos como las personas receptoras del apoyo entre iguales es realmente positiva. No obstante, es claro que pueden existir problemas en muchos niveles porque los equipos ya están en funcionamiento, es decir, existe una inercia que implica que el agente debe incorporarse a una estructura que ya está en movimiento. Además, para las personas receptoras también puede ser algo novedoso.

Recientemente, tuve la oportunidad de revisar un instrumento que evalúa la integración de los agentes de apoyo entre iguales mediante una lista llamada Peer Worker Integration Checklist (PWIC). Se trata de una herramienta desarrollada en Canadá y Estados Unidos “para medir en qué grado los equipos multidisciplinares

integran de forma efectiva a los agentes de apoyo mutuo”. Básicamente, se limita a “evaluar aspectos como: la claridad del rol, el apoyo organizacional, las actitudes del equipo y la participación en la toma de decisiones”(12).

PROFUNDIZANDO EN LOS PROBLEMAS NACIONALES E INTERNACIONALES

Pero repasemos primeramente y a nivel internacional el proceso de incorporación de los agentes de apoyo entre iguales en salud mental en países que cuentan con una trayectoria de varias décadas (especialmente los anglosajones).

En Estados Unidos, el movimiento se consolidó a partir de los años setenta en paralelo al movimiento de derechos civiles y la lucha contra el estigma, lo que permitió que surgieran asociaciones de referencia como la National Association of Peer Supporters (NAPS), de la que hablaremos más adelante. Esta asociación destaca por “haber fijado estándares éticos y guías de práctica reconocidas a nivel mundial”.

En otros países como Canadá o Reino Unido, estos programas ya forman parte de las políticas públicas en salud mental (un avance muy sustancial con respecto a nuestro país). Además, se consideran una pieza que completa todos los servicios orientados a la recuperación (13). En otros países como Alemania, Países Bajos y los países nórdicos, la figura ya se ha integrado en equipos multidisciplinares.

A nivel nacional, el retraso en España es tan notable como bien conocido. En pocas palabras, la implementación de esta figura se encuentra todavía en una fase inicial y totalmente asimétrica entre comunidades autónomas.

Cataluña representa uno de los ejemplos pioneros, con proyectos que han sido documentados y analizados en profundidad por Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (9), quienes subrayan tanto las oportunidades como las tensiones que supone esta incorporación.

Otras regiones, como la Comunidad Valenciana, Andalucía, el País Vasco o Madrid, han iniciado experiencias piloto, aunque en general se observa que todavía falta una estrategia estatal clara que reconozca e impulse este rol dentro del Sistema Nacional de Salud.

En España existe, además, una falta notable de compromiso político con la transformación cultural y legislativa necesaria. Y no olvidemos que existe una falta de reconocimiento oficial y regulación estatal.

En relación a esto último y el sistema legal de asistencia personal, es destacable que “se ha legislado la asistencia personal porque está reconocida en tratados internacionales como derecho exigible y porque cuenta con un movimiento social fuerte detrás; en cambio, el apoyo mutuo en salud mental aún no tiene un marco legal específico porque se percibe más como una innovación en servicios sociosanitarios que como un derecho garantizado por el Estado” (14).

He descrito brevemente las barreras para la implementación del apoyo entre iguales. Sin embargo, puede resultar más enriquecedor utilizar una técnica llamada matriz DAFO¹. Este enfoque permite realizar un estudio comparativo para corregir las debilidades, protegernos de las amenazas, mejorar las fortalezas y aprovechar las oportunidades (algo complementario conocido como CAME²).

1. Fortalezas:
 - a. Se basa en la experiencia propia y aporta valor y empatía.
 - b. Contribuye a reducir el estigma.
 - c. Mejora el empoderamiento y la recuperación.
2. Debilidades
 - a. Falta de legislación, formación y reconocimiento oficial.
 - b. Riesgo de asimilarse al modelo clínico.
 - c. Condiciones laborales precarias.
 - d. Desconocimiento y resistencia por parte de muchos profesionales.
3. Oportunidades
 - a. Expansión a todo el territorio nacional.
 - b. Interés creciente en la investigación y la profesión.
 - c. Impulso del movimiento asociativo, especialmente en primera persona.
 - d. Posibilidad de imitar iniciativas internacionales.
4. Amenazas
 - a. No reconocimiento laboral real.
 - b. Desigualdades entre territorios.
 - c. Falta de financiación.
 - d. Riesgo de inexistencia de cambios estructurales y políticos.

EVIDENCIA EMPÍRICA DEL VALOR DE LA EXPERIENCIA Y EL TRABAJO DE LOS TÉCNICOS DE APOYO ENTRE IGUALES

Los beneficios que proporciona el apoyo entre iguales surgen del hecho de que “promueve la recuperación con independencia de diagnósticos o clasificaciones biomédicas y se basa en teorías que consideran que la proximidad social fomenta la motivación, proporciona un referente con quien compararse y aumenta la comprensión de la propia situación” (15).

¹ El análisis DAFO muestra las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

² El análisis CAME trata de Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar los puntos encontrados en el análisis DAFO.

Siguiendo con el enfoque de estos autores, Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (9) señalan que el apoyo entre iguales “proporciona apoyo emocional, conocimientos compartidos, aprendizaje de habilidades y consejos prácticos”, por lo que parece aportar un valor que todavía no está siendo utilizado de una forma generalizada en España.

Debo puntualizar que el concepto de “consejos prácticos” utilizado en la cita puede generar controversia porque en las formaciones que yo he realizado se incide mucho en la necesidad de ofrecer la experiencia vivida más que en decir a la otra persona lo que debe o no debe hacer. No obstante, en mi papel de formador, pero también de coordinador de grupos de ayuda mutua (GAM), siempre he tratado de fomentar la libertad en los diálogos y no restringir la necesidad que otra persona puede tener a la hora de escuchar consejos para valorarlos.

Otra definición complementaria podría ser la que ofrece la National Mental Health Association: “el apoyo entre pares promueve apoyo emocional, conocimientos compartidos y aprendizaje de habilidades, centrado en experiencias de vida comunes y mutuo entendimiento, excluyendo una orientación profesional o directiva” (15).

Por otra parte, esta figura profesional transforma el sufrimiento psíquico y el aprendizaje basado en la experiencia en una fuente de recuperación para otras personas. Este recurso completa las soluciones tradicionales, por lo que muchas de las barreras que existen deben observarse como oportunidades para el crecimiento y el cambio en el enfoque comunitario.

No obstante, en la actualidad todavía se cuestiona el valor de la experiencia y su influencia en la recuperación, cuando no solo existe evidencia científica (16,17), sino que, en el ámbito internacional, esta profesión ya existe desde hace décadas. No podemos soslayar que también existen datos empíricos y evidencia con unas conclusiones negativas (algo que también sucede con el resto de profesionales).

Además, como dije, este tipo de cuestionamientos sobre la eficacia, eficiencia y beneficios del apoyo entre iguales no se plantea de igual forma con otras profesiones. En general, no se suele poner en duda el valor del trabajo que realizan psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales. Tampoco se les exige demostrar constantemente la utilidad o eficacia de su profesión. Sin embargo, cuando se trata de apoyo entre iguales surge un exceso de supervisión, de paternalismo profesional, de control, de dudas, resistencias y, en general, de exigencias que se plantean desde un modelo de diferencias que genera cierta discriminación laboral.

DISCRIMINACIÓN LABORAL Y DESEMPLEO

Respecto al conocido problema laboral del colectivo de las personas con problemas de salud mental, podemos resumirlo en términos cuantitativos con una cifra significativa: la tasa de empleo de las personas con problemas de salud mental gira en

torno al 18,9% (18). Dada la importancia del trabajo para el bienestar integral de las personas que lo buscan, esta cifra nos muestra una situación realmente preocupante. Este tema, que es sobradamente conocido, parece tener difícil solución.

Cuando hablo de cierta discriminación laboral, hago referencia al conjunto de restricciones y obstáculos que impiden el desarrollo profesional de las personas con un problema de salud mental en relación a la profesión de técnico de apoyo entre iguales. Este puesto de trabajo pretende capitalizar la experiencia de las personas con problemas de salud mental y fomentar el continuamente nombrado “empoderamiento del colectivo” (19).

En lo relativo al empleo de nuestro colectivo, son sobradamente conocidos los motivos por los que existe esa tasa de desempleo tan exagerada. Los principales son: el estigma y los prejuicios, el miedo a las bajas laborales, a la menor productividad, a esa percepción de peligrosidad, a una falta de formación veraz en los empleadores y profesionales de los recursos humanos y, en general, el miedo a los conflictos. Esto genera esa preferencia a la hora de contratar a personas sin esos problemas de salud (20).

Cabe concluir en este breve análisis que la profesión de agente o técnico de apoyo entre iguales puede resultar un factor fundamental para confrontar todos esos estereotipos y prejuicios que tanto daño generan a las personas en situación de búsqueda activa de empleo.

LAS BARRERAS EN LA FORMACIÓN

Una característica que constituye un hándicap a la hora de desarrollar las iniciativas formativas necesarias para la profesión es el problema de la redefinición continua de una profesión ya inventada. Parece que todavía necesitamos concretar o especificar qué es un técnico de apoyo entre iguales cuando en el ámbito internacional esta profesión está determinada desde hace muchos años. En Reino Unido, por ejemplo, esto se hizo hace ya mucho tiempo (21).

En cuanto a la formación, a nivel internacional, Canadá y Estados Unidos destacan por certificaciones regladas en apoyo entre iguales, mientras que Reino Unido e Irlanda lo han integrado en sus sistemas públicos de salud. Nueva Zelanda, por otra parte, sobresale por el modelo teórico-práctico de Intentional Peer Support (IPS)³.

En la actualidad, en España existen varias alternativas a la hora de adquirir una formación que permita ejercer este puesto de trabajo. Por mencionar las más conocidas:

³ IPS es un enfoque estructurado de apoyo mutuo que convierte la experiencia vivida en un proceso de aprendizaje compartido, horizontal y transformador, y se ha extendido como modelo de formación en numerosos países.

1. “Acompáñame. Especialista para el apoyo entre iguales en salud mental: Agentes de apoyo mutuo”, curso de 150 horas impartido por la Universidad de Burgos (22).
2. El Servicio Público de Empleo Estatal ofrece la especialidad formativa⁴ (SEPE) “SSCG0041 de Apoyo entre Iguales”(23). De esta formación solo existen tres entidades acreditadas a nivel nacional. En la Fundación Sanamente⁵, donde trabajo, nos hemos encontrado con muchas barreras para ser un centro acreditado para impartir este curso.
3. “Peer2Peer Training Course” de la Fundación Intras, que trata de formar a personas con experiencia propia en salud mental para que la conviertan en una herramienta de apoyo mutuo. Su objetivo es dotarlos de habilidades prácticas y teóricas que les permitan acompañar a otros en su proceso de recuperación y empoderamiento (24).

En este caso, podemos hacer referencia a la coerción formativa como el conjunto de bloqueos y restricciones que surgen del entorno legal-administrativo y también en el ámbito de las organizaciones, que genera la incapacidad de las personas que quieren desempeñarse como técnicos de apoyo entre iguales para acceder a una formación de carácter profesional y con una certificación que acredite su validez.

Por último, en mi experiencia reivindicativa e investigadora, no puedo dejar de exponer lo que en ocasiones me han mencionado responsables políticos en relación a lo que se denomina “clientelismo”, es decir, cuando una institución organiza una formación de apoyo entre iguales financiada con fondos públicos pero la diseña desde un marco totalmente profesionalizado y sin participación real de personas con experiencia propia.

Lo anterior quiere decir que hay entidades y organizaciones más interesadas en sus estrategias que en el avance de todo lo que necesitamos para que la profesión se convierta en una parte más de los equipos de trabajo. Muchas personas del movimiento hacen referencia al problema de la “usurpación de voces”, es decir, la práctica por la cual instituciones, profesionales o entidades hablan en nombre de las personas con experiencia propia en salud mental, sin permitirles participar de forma plena, real y significativa en la toma de decisiones. Esto deja a las personas usuarias como algo secundario mientras avanzan pensando únicamente en su propio interés (sea este económico, laboral, científico, estratégico, social, etc.).

⁴ Hay que señalar que la especialidad formativa en apoyo entre iguales es una categoría inferior a los certificados profesionales que ofrece la entidad.

⁵ Fundación Sanamente de la Comunidad Valenciana.

DISPERSIÓN DE INICIATIVAS Y FALTA DE COORDINACIÓN

Uno de los principales obstáculos para que la figura del apoyo entre iguales avance en España es la falta de coordinación entre las distintas iniciativas y grupos de trabajo que buscan implementar esta iniciativa. Aunque hay muchas organizaciones y entidades público-privadas que apuestan por este modelo, cada una lo hace por su cuenta, siguiendo sus propios criterios y métodos. Esto provoca una gran dispersión de esfuerzos y una repetición innecesaria de errores ya cometidos en otros lugares.

Esta fragmentación se traduce en gestiones poco eficientes, falta de comunicación entre entidades, duplicidades y una pérdida general de energía y recursos. En lugar de avanzar de forma conjunta, se generan caminos paralelos que no siempre se conectan entre sí ni aprenden de la experiencia previa (no se aprovechan las sinergias).

El estudio de Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona (9) destaca precisamente esta realidad: iniciativas valiosas, pero desarrolladas de forma aislada y sin una estrategia común. Para que el apoyo entre iguales tenga un impacto real, es fundamental crear mecanismos de coordinación que unifiquen criterios, eliminen barreras y aprovechen los aprendizajes tanto a nivel nacional como internacional.

Siguiendo con el argumento, “muchas iniciativas de apoyo entre iguales en salud mental se han implementado de manera fragmentada, sin una estrategia común que garantice coherencia, sostenibilidad o transferencia de aprendizajes. Según una revisión sistemática, la heterogeneidad en el diseño, implementación y contextos locales ha limitado su impacto real, lo que subraya la necesidad de establecer mecanismos de coordinación que unifiquen criterios, supriman barreras y favorezcan el aprovechamiento de experiencias tanto nacionales como internacionales” (25).

Por último, debo incidir de nuevo en el problema de las transferencias de competencias en sanidad y servicios sociales a las Comunidades Autónomas que originaron un modelo de prestación descentralizada que ha generado importantes problemas de coordinación. Esto se hace notar en esta iniciativa que planteamos del apoyo entre iguales. Una medida necesaria para lograr los objetivos es establecer mecanismos efectivos de coordinación y comunicación eficaces.

COERCIÓN LEGISLATIVA Y BARRERAS ADMINISTRATIVAS

La incorporación real de la figura del apoyo entre iguales en el sistema socio-sanitario no puede lograrse sin el compromiso decidido de las Administraciones Públicas. Aunque hay profesionales dentro del ámbito de la salud mental que apoyan esta iniciativa, ese respaldo individual no es suficiente: se necesita un impulso institucional claro y sostenido.

En relación a esto, se requiere un cambio del paradigma cultural, especialmente en el ámbito sociosanitario, que permita ampliar el modelo actual. Esto implica una transformación compleja que adapte las creencias y los valores tanto de la sociedad como de los profesionales del ámbito de la salud mental.

Para que esta figura profesional avance, es imprescindible que las instituciones públicas asuman un papel activo, no solo legislando, sino también destinando recursos que permitan su desarrollo e integración en los equipos de salud mental.

En este sentido, tanto el Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (26) como, por ejemplo, el plan aprobado en la Comunidad Valenciana (27) establecen como ejes estratégicos la implantación progresiva de este puesto de trabajo (este último incluso de habla de ratios de trabajadores). Esta respuesta se debe a las exigencias que surgen desde una variedad amplia de agentes que reclaman esta ampliación del modelo actual.

Si realizamos un breve análisis sobre los planes de salud mental a nivel nacional y autonómico, podemos observar diferencias notables (de hecho, son prácticamente las mismas que ya vimos anteriormente). Sabemos que Cataluña constituye el caso pionero porque incluyen de manera explícita la incorporación de agentes de apoyo entre iguales.

El País Vasco, en su plan de salud mental, ha reconocido la importancia de la voz de las personas usuarias, si bien su implementación práctica ha sido desigual. Sin embargo, comunidades como Andalucía o Madrid han hecho menciones más generales a la participación de usuarios, sin concretar mecanismos de incorporación del apoyo mutuo.

La Comunidad Valenciana sí incluye referencias explícitas al papel del apoyo entre iguales, aunque todavía se encuentra en fase inicial y con escasa sistematización. Este panorama muestra que, a nivel estatal, la inclusión del rol en los planes de salud mental es heterogénea (y, como dije descoordinada), lo cual plantea el reto de avanzar hacia una estrategia común que reduzca desigualdades territoriales.

Me gustaría hacer un llamamiento a los responsables de la elaboración de estos planes, y especialmente al Comisionado de Salud Mental que, según el Ministerio de Sanidad, “es el órgano al que corresponde desarrollar las líneas estratégicas en salud mental del ministerio y las posibles interacciones con otros departamentos ministeriales, otras administraciones públicas, instituciones públicas y privadas y sociedad civil. Asimismo, le corresponde impulsar un Pacto de Estado de Salud Mental” (28).

Estas funciones de la Administración resaltan la evidencia y la importancia de conseguir un avance simultáneo entre toda esta variedad casi infinita de planes de salud mental.

Por último, no puedo dejar pasar la ocasión de defender los derechos como una de las funciones de esta profesión en relación al sistema legal. Se trata de la de-

nuncia de todas las barreras frente al cambio que hemos mencionado. A pesar de que en el movimiento asociativo existen canales para esas denuncias⁶, he conocido casos flagrantes de vulneración de derechos que pasan desapercibidos y que no tienen un tratamiento acorde a nuestro estado de derecho.

UN BREVE RESUMEN SOBRE REIVINDICACIONES

Este texto, a pesar de su carácter descriptivo, tiene una clara intención reivindicativa, pues reúne un conjunto de peticiones hacia todos los agentes relacionados con la salud mental para promover el cambio cultural y la transformación o enriquecimiento del modelo actual.

En este sentido, algunas necesidades y peticiones que existen dentro del movimiento en primera persona son:

1. Reconocimiento oficial de la profesión de técnico de apoyo entre iguales.
2. Aplicar cambios legislativos y modificar los convenios laborales de la profesión.
3. Desarrollar una oferta de formación reglada y acreditada a nivel nacional.
4. Establecer unas condiciones de trabajo que ofrezcan una remuneración justa y unas condiciones laborales dignas.
5. Añadir la participación activa de personas con experiencia propia en la planificación de servicios y políticas.
6. Aumentar la financiación específica para programas de apoyo entre iguales.
7. Crear campañas de sensibilización y lucha contra el estigma.
8. Investigar y evaluar la evidencia empírica del impacto del apoyo entre iguales.

Cabe destacar que diversos grupos de trabajo estamos impulsando una asociación en primera persona a nivel nacional. En este sentido, me gustaría solicitar la colaboración de todos los servicios tanto públicos como privados, dado que puede ser una organización fundamental para todas estas reivindicaciones que he mencionado.

Aunque no puedo hablar abiertamente de esta iniciativa en España por motivos de privacidad, sí me gustaría al menos resaltar que la National Association of Peer Supporters (NAPS), previamente mencionada, supone un modelo a seguir en nuestro país. Esta asociación nació en 2004 con la misión de promover, defender y profesionalizar el rol del *peer supporter* (apoyo entre iguales) en salud mental y adicciones.

NAPS es el referente mundial en la consolidación profesional del apoyo entre iguales en salud mental. Ha sido pionera en fijar estándares éticos y de práctica, en influir en políticas públicas y en defender que el rol no sea absorbido por modelos clínicos.

⁶ Federació Salut Mental Comunitat Valenciana. Oficina de Defensa de Derechos de Personas con Problemas de Salud Mental.

CONCLUSIONES

El apoyo entre iguales representa una necesidad y una oportunidad para transformar el modelo de atención en salud mental, incorporando una figura profesional que pone en valor la experiencia vivida como herramienta de recuperación. Esta propuesta no busca sustituir toda la infraestructura de recursos y servicios tradicional, sino completarla con el valor de una experiencia que actualmente está siendo infrautilizada.

Sin embargo, la implementación real y efectiva en el sistema sociosanitario español está llena de obstáculos. Hemos visto algunos, como la descoordinación entre iniciativas, la ausencia de una formación unificada, las barreras económicas y laborales, la falta de recursos directos e indirectos y una legislación y actuación de los poderes públicos que, en general, restan más de lo que suman.

También persisten resistencias culturales y profesionales que colocan a las personas con experiencia propia en una posición de constante justificación, cuestionando una capacidad de aportar valor que vimos está apoyada por la evidencia empírica.

Apostar por el apoyo entre iguales es hacerlo por un enriquecimiento y desarrollo de un modelo de atención sociosanitaria en salud mental en el que las vivencias y problemas superados por aquellos que han tenido experiencias de sufrimiento psíquico no solo sean escuchados, sino también reconocidos como un ejemplo de recuperación que sirve para acompañar a otros en la búsqueda de su proyecto de vida personal. La meta es la consecución de una vida independiente basada en el bienestar entendido este desde una perspectiva integral u holística.

En definitiva, la incorporación de agentes de apoyo entre iguales en los equipos de salud mental representa una oportunidad histórica para avanzar hacia un modelo más inclusivo y centrado en la experiencia vivida. Todo lo dicho, no tiene un valor eficaz real sin reconocer la importancia y el potencial político y transformador del apoyo entre iguales. Es imprescindible para superar visiones meramente técnicas y favorecer un cambio estructural en todos los niveles que sitúe la voz de las personas con experiencia propia en el centro de las decisiones y de las prácticas en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cortes Generales. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311 (1978).
- (2) Beviá Febrera B, Bono del Trigo Á. Coerción y salud mental: Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Entrenamiento virtual en el instrumento de calidad y derechos (QualityRights) de la OMS [Internet]. 2025 [Consultado 22

de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/entrenamiento-virtual-instrumento-calidad-derechos-qualityrights-oms>.

- (4) Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 2006 [Consultado 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
- (5) Confederación Salud Mental España. Informe de derechos humanos y salud mental, 2019.
- (6) Mowbray CT, Moxley DP, Collins ME. Consumers as mental health providers: first-person accounts of benefits and limitations. *J Behav Health Serv Res*. 1998; 25(4):397-411.
- (7) Ozden SA, Bekiroglu S, Soygur AH. Peer support in mental health services: Familiar and brand new. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry* 2024; 27(2): 169-176.
- (8) Stratford AC, Halpin M, Phillips K, Skerritt F, Beales A, Cheng V, et al. The growth of peer support: An international charter. International Initiative for Mental Health Leadership, 2019. Disponible en: <https://www.iimhl.com/files/docs/2019/Growth-of-Peer-Support-Charter.pdf>
- (9) Eiroa-Orosa FJ, Sánchez-Moscona C. Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental: una perspectiva internacional en el contexto de su implementación en Cataluña. *Salud Colect*. 2023;19:e4252.
- (10) Lee S, Kim B, Park CK. Experience of mental health professionals collaborating with peer supporters in a community mental health service team. *Int J Ment Health Promot*. 2024; 26(4):251-260.
- (11) Gillard S, Foster R, White S, Barlow S, Bhattacharya R, Binfield P, et al. The impact of working as a peer worker in mental health services: A longitudinal mixed methods study. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 373.
- (12) Gagne C, Finch W, Myrick K, Davis LM. Peer Worker Integration Checklist (PWIC). Center for Social Innovation, 2018.
- (13) Cooper RE, Saunders KRK, Greenburgh A, Shah P, Appelton R, Machin K, et al. The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Medicine* 2024; 22, 72.
- (14) Gobierno de España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299: 44142-44156.
- (15) Mental Health America. What is peer support? Recuperado el 19 de agosto de 2025. Disponible en: <https://mhanational.org/resources/whatpeersupport/>
- (16) Edwards JP, Solomon PL. Explaining job satisfaction among mental health peer support workers. *Psychiatr Rehabil J* 2023; 46(3): 223-231.
- (17) White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S, et al. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2020; 20:534.
- (18) Instituto Nacional de Estadística (INE). El Empleo de las Personas con Discapacidad (EPD). Año 2022 [Internet]. Madrid: INE, 2022.
- (19) Organización Mundial de la Salud (OMS). Empoderamiento del usuario de salud mental: declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

- (20) Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet* 2009; 373(9661): 408–415.
- (21) Gillard S, Edwards C, Gibson S, Owen K, Wright C. Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: A qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research* 2013; 13, 188.
- (22) Zabaleta González R. Desarrollo y evaluación del Programa de formación ¡ACOMPÁÑAME! implementado con personas con trastorno mental severo que participan en entidades sociales. Tesis doctoral. Burgos: Universidad de Burgos, 2021.
- (23) Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE). Especialidad formativa SSCG0041: Apoyo entre Iguales. Madrid: SEPE. Disponible en: <https://www.sepe.es/HomeSepe/formacion-trabajo/catalogo-especialidades-formativas.html>.
- (24) Fundación INTRAS. Curso en línea Peer2Peer: Formación para agentes de apoyo entre iguales en salud mental [Internet]. Valladolid: Fundación INTRAS. Disponible en: <https://onlinecourse.p2p.intras.es/>.
- (25) Lyons N, Cooper C, Lloyd-Evans B. A systematic review and meta-analysis of group peer support in mental health services. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1): 315.
- (26) Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2025.
- (27) Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027. Valencia: Generalitat Valenciana, 2024.
- (28) Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Funciones del Comisionado de Salud Mental. https://transparencia.gob.es/transparencia/transparencia_Home/index/PublicidadActiva/OrganizacionYEmpleo/Funciones/Funciones-MSND.html