

LA FIGURA DEL TÉCNICO DE APOYO ENTRE IGUALES EN CATALUÑA: DE LA EXPERIENCIA A LA ESPERANZA

Angels Bardají-Mauri^{*,**}, Santiago Casacuberta-Martí^{*,**} y Francisco José Eiroa-Orosa^{*,***}

Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona; **Asociación Emilia Barcelona; *Universidades de Barcelona y Yale*

Resumen

La influencia de los modelos basados en modelo de la recuperación en las políticas públicas de salud mental ha abierto las puertas a la participación de diferentes agentes sociales en los cuidados de las personas con trastorno mental y su entorno. En esta línea, se pretende crear una formación específica para impulsar la figura del / la Técnico / a de Apoyo entre iguales. Los y las Técnicos / as de Apoyo entre iguales, serán personas que han experimentado y superado problemas de salud mental y por lo tanto se encuentran en una situación privilegiada para trabajar la recuperación de otras personas que intentan superar los mismos problemas. Cada técnico se convertirá en un modelo de recuperación, ofreciendo un ejemplo vivo de la posibilidad de mejora. Así, el Apoyo entre iguales se basa en compartir de manera intencionada y apropiada la experiencia personal para transmitir esperanza, desarrollar relaciones de fortalecimiento y ofrecer ayuda y apoyo desde la perspectiva de una persona que ha pasado por lo mismo. Con el fin de profesionalizar esta figura y dotarla de habilidades, competencias y herramientas adecuadas, los y las técnicos deberán hacer un Curso de Formación específicamente diseñado para desarrollar estas funciones. Las experiencias que han llevado a la implementación de esta formación es el objetivo principal de este capítulo. Con la implementación de esta figura de apoyo entre iguales en salud mental se quiere conseguir un doble objetivo. Por un lado, ayudar a reducir el número de recaídas de las personas con problemas de salud mental, y por otra parte favorecer el empoderamiento a través de la integración sociolaboral proporcionando oportunidades de empleo para las personas de nuestro colectivo.

Palabras clave: Acompañamiento, apoyo entre iguales, apoyo entre iguales, recuperación, movimiento de usuarios.

THE PEER SUPPORT WORKER FIGURE IN CATALONIA: FROM EXPERIENCE TO HOPE

Abstract

The influence of models based on the recovery model in the mental health public policies has opened the doors to the participation of different social agents in the care of people with mental disorders and their relatives. In this line, we intended to create a specific training to promote the Peer Support Worker figure. The Peer Support Workers will be people who have experienced and overcome mental health problems and therefore find themselves in a privileged situation to work on the recovery of other people who try to overcome the same problems. Each worker will become a recovery model, offering a living example of the possibility of improvement. Thus, Peer Support is based on intentionally sharing personal experiences in order to convey hope, develop strengthening relationships and offer help and support from the perspective of a person that has gone through the same. In order to professionalize this figure and equip it with skills, competencies and adequate tools, they should do a Training Course specifically designed to develop these functions. The experiences that have led to the implementation of this training is the main objective of this chapter. With the implementation of this peer support figure in mental health we intend to achieve a double objective. On the one hand, help reducing the number of relapses of people with mental health problems, and on the other hand, foster empowerment through social and labor integration by providing employment opportunities for people in our social group.

Keywords: Accompaniment, peer support, mutual support, recovery, user movement.

Introducción

La transformación del sistema de salud mental a través del fortalecimiento de las redes de cuidados debe estar dotada de modelos que posibiliten la participación de todos los actores implicados. Por esta razón la inclusión de la participación de las personas

afectadas en forma de apoyo entre iguales es uno de los fenómenos que más potencial transformador ha demostrado. La participación de personas con experiencia propia hace posible que sean ellos y ellas mismas las que tomen decisiones sobre su proceso de recuperación y de esta manera tengan desde el principio un papel activo sobre su vida que en último término moldeará su capacidad de integración y normalización.

Desde mediados del siglo XX, diversos grupos de “supervivientes” y “consumidores” del sistema de salud mental, como los pioneros *We Are Not Alone* (Goertzel, Beard y Pilnick, 1960), se han organizado no solo para vehicular sus reivindicaciones de mejora, sino para darse apoyo entre iguales y acompañarse en los momentos de dificultad. De hecho, antes del inicio del proceso de implantación del modelo de recuperación (Anthony, 1993) en los países anglosajones, se produjo la introducción de personas con experiencia de trastorno mental como agentes dinamizadores del sistema (Anderson, Meisel y Houpt, 1975).

En todo el mundo anglosajón hay iniciativas que han desarrollado la figura de apoyo entre iguales dentro del sistema de atención en salud mental (Repper y Carter, 2011). El apoyo entre iguales desarrolla un papel importante en la recuperación, pero también ofrece oportunidades de empleo y promueve la independencia y la esperanza en las personas con problemas de salud mental. Por ejemplo, en Escocia, existe un título acreditado de Agente de Apoyo entre iguales desarrollado por la *Scottish Recovery Network* en colaboración con la *Scottish Qualifications Authority* para formar Agentes de Apoyo entre iguales, dando un reconocimiento a su papel en la recuperación. Esta institución ha sido una de las que ha liderado el reciente proyecto *peer2peer*, que ha supuesto la primera introducción de un modelo de formación profesional que integra una formación completa en apoyo entre iguales en el estado español (Christie et al., 2015). En este proyecto, además de España, participaron socios de Austria, Bulgaria, Italia, Rumania, España, Países Bajos y Reino Unido. Para poner a prueba su eficacia, cada uno de los socios organizó este curso a nivel local, y unos 125 estudiantes lo completaron en cuatro países diferentes de la UE mostrando excelentes resultados. A nivel catalán, el proyecto europeo EMILIA, supuso un primer paso en este sentido, potenciando la figura del paciente como experto en su condición y posible facilitador de procesos de acompañamiento. Actualmente la asociación EMILIA, así como la

Federación Veus donde se integra, promueven la introducción de la figura de Técnico de Apoyo entre iguales en Cataluña.

Para conseguir estos objetivos resulta imprescindible una vinculación con el Sistema Sanitario, así como el trabajo en red con otras entidades del ámbito de la salud mental. Por ello, aunque este proyecto ha dado comienzo en el ámbito asociativo, el fin último es la incorporación dentro del Sistema Sanitario de las figuras de Técnico de Apoyo entre iguales. Por este motivo, la Federación Veus ha participado en un grupo de trabajo sobre fomento del apoyo entre iguales dentro del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalidad de Cataluña.

El objetivo de este trabajo es recoger las experiencias de acompañamiento que han dotado a la Federación Veus de la experiencia en acompañamiento que nos permite plantear una figura dentro del Sistema de Atención en Salud Mental.

Formación y comunicación

A pesar de un gran desarrollo de la formación de moderadores de grupos de ayuda mutua en toda Cataluña, tanto de manera espontánea en diversas asociaciones como a través del proyecto “Activa’t” por la salud mental, hasta el momento la formación en acompañamiento ha sido muy básica, o prácticamente nula. Sin embargo, diversos grupos han estado en funcionamiento durante más de seis años.

En ocasiones el mero sentido común ha dictado el código de funcionamiento, normas y criterios éticos. En grupos informales, algunos integrantes tenían formación sanitaria y constituyeron una guía tácita para el trabajo con los demás. Algunos profesionales de la salud que habían recibido un diagnóstico de salud mental organizaron algunas formaciones aprovechando sus conocimientos. Por otro lado, los grupos de acompañamiento realizaban reuniones periódicas cada 15 días para poner en común experiencias.

Los canales de comunicación a través de los que se realizaban estas actividades eran el correo electrónico, el teléfono o la mensajería instantánea (p.ej. WhatsApp). De este modo, los canales de llegada de alertas han sido variados, desde llamadas personales del interesado o de terceros que detectan la necesidad en una persona.

Premisas

Nuestra experiencia es que, saber establecer límites es una de las claves de nuestra tarea. La base es no intervenir en procesos terapéuticos. No se trata de ser ni amigos ni terapeutas. Cuando sentimos que el conflicto “se va de las manos”, se deriva a la persona acompañada a un profesional. Se trata de ser acompañantes, iguales que pueden empatizar y comprenderse. A veces somos reflejos de recuperación y fuente de esperanza. Nuestra acción nace de la voluntad y la honestidad personal. Es de naturaleza genuina, no teórica. Esa es nuestra fortaleza y especificidad.

Creemos que los terapeutas no pueden desarrollar ese papel, ya que carecen de la experiencia propia del sufrimiento psíquico. En el caso de que la tuvieran, ejercerían otro rol cuando ejerce como acompañante. Somos muy conscientes a su vez, de que el acompañante no posee la preparación teórico-práctica del terapeuta, y por tanto no puede ejercer como tal. Intentarlo constituiría mala praxis por su parte. El acompañante debería ser alguien que mire a los ojos al compañero y le dice: “chico, te entiendo, estas mal ahora. Yo también lo estuve, y ahora ya me ves, estoy aquí”. Se trata por tanto de ser complementarios, no alternativos.

Sirva de ejemplo un caso de una compañera que sufría alcoholismo. Temíamos no entenderla ni poder ayudarle, al no haber pasado el acompañante por lo mismo. Pero la solución vino al relacionar su adicción con la propia compulsión con la comida que tenía el acompañante. Fue identificándose con el sufrimiento psicológico como percibió lo que sentía, y entonces pudo acompañarla.

También hemos observado que las ayudas prácticas se revelan como útiles y muy necesarias. Por ejemplo, acompañar a alguien a un ingreso o ir a buscarlo para salir cuando no tenga visitas, llevarle algo que le haga falta. Fuera del ámbito hospitalario acompañar a tomar café a personas solas, con agorafobia, deprimidas, que no se sienten con ánimo o acompañar al médico/psiquiatra a alguien que lo necesita. Algunos ejemplos peculiares de estas ayudas prácticas han sido:

- Un compañero con agorafobia grave consiguió superarlo gracias a que su terapeuta le había acompañado muchas veces a hacer exposiciones en la calle. Ahora nuestro compañero puede realizar este tipo de acompañamientos a otras personas que necesitan exponerse a poder salir a la calle.

- Algunos compañeros diagnosticados de problema de atención se han beneficiado de ayuda en organizarse la agenda para no faltar al médico o tomar ciertas decisiones, por ejemplo.
- Ir a dormir a la casa de alguien que lo necesita por diferentes motivos ya sea porque vive solo y/o porque tiene miedo.
- Acompañar a personas con ataques de pánico teniendo el teléfono abierto 24 horas para el que lo necesite. Hemos comprobado que, en ocasiones, el sencillo hecho de saber que puedes contar con alguien al otro lado del hilo alivia más que una intervención específica.

Muchas veces estas intervenciones han estado en el límite de lo que se podría considerar apoyo entre iguales. El establecimiento de estos límites es complejo, quizá debido a nuestra inexperiencia, o simplemente por la naturaleza de “nuestra tarea”, que no siempre tiene soluciones o límites éticos claros.

Duración

La duración de los acompañamientos ha sido de entre 7 y 15 días según el caso. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden llegar a ser procesos de varios meses o quedarse en un contacto telefónico puntual. La flexibilidad en la duración e intensidad del contacto es la clave.

Límites y conflictos

Pero también hemos encontrado escollos que hemos intentado superar con buena voluntad. Los elementos de género son uno de los principales límites que nos hemos encontrado en nuestra actividad. Uno de los ejemplos más típicos han sido el de mujeres que solo quieren ser acompañadas por otras mujeres. Ya sea por vergüenza, por miedo, por historia traumática previa, o facilidad de interacción, esta ha sido una realidad con la que hemos tenido que trabajar. Por supuesto la primera manera de afrontarlo es el respeto a las preferencias de las personas acompañadas. Hay que tener en cuenta que también se han dado casos en los que mujeres acompañadas se han quejado del acoso al que percibían verse sometida por acompañantes varones. Ante estas situaciones se decidió, después de dialogar con las dos partes y valorar el caso, simplemente sustituir al acompañante.

Por otro lado, un tema especialmente delicado son las manifestaciones de intención autolítica. En un caso en el que se tenía contacto con la familia, se decidió avisarla y abordar con la familia la crisis. Sin embargo, en un caso similar en el que desconocíamos el entorno de la persona, se le pidió encarecidamente que realizase una visita a urgencias tan pronto como fuese posible. Este tipo de situaciones causan malestar, culpa y conflictos éticos entre los acompañantes. También son situaciones que ponen en evidencia los límites del acompañamiento no profesional ya que incluso pudiendo recibir supervisión sobre ello, los acompañantes no están seguros de haber actuado adecuadamente. Muy probablemente, una formación adecuada daría claves para afrontar ciertos casos de manera acertada.

Los límites entre la amistad y el acompañamiento son otro origen de muchos conflictos. En los casos en los que no están claros estos límites, el acompañante corre el riesgo de “quemarse” y abandonar la tarea concreta o el grupo para siempre. Por ello, creemos que es crucial que el acompañante sepa establecer límites.

Por otro lado, como ocurre en tantos otros ámbitos, vemos que, cuando hay un grupo grande de acompañantes, en la práctica solo un pequeño grupo se mantiene activo, aunque estos individuos van cambiando en el tiempo. La duda es si merece la pena que los miembros que no están haciendo acompañamientos activamente sigan presentes en el canal de comunicación del grupo. De alguna manera la observación acaba motivando a algunas personas, que se activan en casos de urgencia. Aunque, por otro lado, la presencia de estos miembros no activos plantea problemas de confidencialidad. Esto es importante ya que en el grupo se va produciendo una intimidad que permite decir cosas que no se nombrarían en otro foro. Surge espontáneamente una atmosfera de cuidado. Por eso consideramos que es muy importante la manera en que se ejerce la moderación de estos grupos. No es buena idea forzar la participación con exigencias. De alguna manera, hay que respetar la voluntariedad y la voluntad del voluntario.

Aprendizajes desde el acompañamiento

La experiencia de la primera autora de este capítulo como moderadora en grupos de acompañamiento es que el acompañante aumenta su percepción de recuperación cuando se da cuenta que puede acompañar a otros. A su vez el acompañante es capaz de

relativizar, percibiendo que “uno mismo no esta tan mal”. De este modo, entrando en la otredad, olvidamos nuestros propios males y eso contribuye al proceso de recuperación entrando en una dimensión de autorrealización (Zemore, Kaskutas y Ammon, 2004). Ayudar a otro da significado a nuestro propio recorrido vital y da sentido al sufrimiento psíquico que se ha experimentado “en las propias carnes”, convirtiendo al sujeto en útil social e individualmente. Con frecuencia el acompañante, aunque no esté en el mejor de los momentos, al hacer el acompañamiento “activo”, deja de estar solo y busca de una manera activa su propio acompañamiento. A su vez el acompañado se siente agradecido y entra en la lógica de ponerse en la tesitura de acompañante cuando se siente recuperado. Esto repercute aumentando su participación en el activismo. De alguna manera entra en un grupo y se refuerza su sentido de pertenencia convirtiendo el proceso en una herramienta de recuperación.

Observamos también que se teje una complicidad entre los acompañantes que se organizan, que se “pasan el relevo y la información” de manera privada. No todos tienen por qué conocerse personalmente. Pero aun así sienten que comparten una tarea, voluntaria y de buena fe, con un mismo objetivo. Salen de su soledad, del aislamiento, adquiriendo el vínculo una naturaleza recuperadora.

El programa de formación

Como hemos expuesto en la introducción, existen programas estructurados de capacitación de figuras de Soporte Mutuo, con trayectorias contrastadas, sobre todo en países anglosajones además de Alemania u Holanda, entre otros.

En el ámbito de Cataluña, se ha comenzado por capacitar a facilitadores que sean capaces de implementar en el futuro formaciones a Técnicos de Apoyo entre iguales que permita profesionalizar la figura. En la tabla 1 se puede observar la estructura de este programa formativo. Como se puede ver, se han incluido 5 bloques entre los que destacan, aparte del introductorio y el de cierre, el pedagógico (necesario al ser una formación de formadores), el de conceptos y temas básicos del acompañamiento entre iguales, y sobre todo, las sesiones dedicadas a que los participantes del curso contribuyan a la selección y creación de contenidos que supondrán el modelo “Veus” de formación de técnicos de apoyo entre iguales.

Conclusiones

El apoyo mutuo tiene un papel importante en la recuperación, su implementación profesional ofrece, además, oportunidades de empleo promoviendo la independencia y la esperanza en personas con problemas de salud mental. Estos programas se basan en un modelo llamado «enfoque de recuperación» (Anthony, 1993; Davidson, 2016), que está suponiendo una reforma del modelo asistencial de salud mental en buena parte del mundo desarrollado. Para la puesta en práctica de este modelo de atención es necesario el reconocimiento de los derechos de los usuarios, de su autonomía y su necesaria participación en el proceso de recuperación dentro y fuera del circuito asistencial. Su contribución fomenta la implicación de los tratamientos en el proceso de planificación y programación. Este modelo, aparte de los evidentes beneficios en términos económicos de ahorro debido a la evidenciada disminución de recaídas, promueve valores que aseguran la sostenibilidad del sistema de salud mental, dotando de herramientas no sólo a las personas que se enfrentan a un diagnóstico, sino también a sus familias y los profesionales encargados de sus cuidados. Esto es así ya que, en lugar de fomentar las relaciones verticales, el modelo hace énfasis en la responsabilidad personal en el proceso de recuperación y orienta a usuarios y profesionales sobre cómo cooperar creando un ambiente empoderador.



Tabla 1

Estructura del curso de facilitadores de cursos de técnicos de apoyo entre iguales

Nº de bloque	Título de bloque	Nº de sesión	Título de la sesión
1	Presentación	1	Presentación
2	Pedagogía aplicada a la formación de agentes de acompañamiento y apoyo entre iguales	2	La pirámide del aprendizaje Ejemplo de una clase magistral
		3	Ejemplo de una clase participativa
		4	Dinámicas de grupo para la consecución de aprendizajes
		5	Role playing para la consecución de aprendizajes
3	Temas básicos del acompañamiento y el apoyo entre iguales	6	Apoyo entre iguales, Grupos de Acompañamiento y Grupos de Ayuda Mutua
		7	Derechos, planificación de decisiones compartidas, voluntades anticipadas.
		8	Lenguaje y comunicación
		9	Límites, riesgos, ética y autocuidado
4	Propuesta de temario del curso de acompañamiento y apoyo entre iguales	10	Temas básicos y complementarios de los cursos de apoyo entre iguales
		11	Comparativa de modelos de formación. Valores, metodología, particularidades



5	Reflexión y cierre
12	Discusión del Modelo Veus
13	Reflexión
14	Cierre

Referencias

- Anderson, C. M., Meisel, S. S. y Houpt, J. L. (1975). Training former patients as task-group leaders. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(1), 32–43. doi: 10.1080/00207284.1975.11491865
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. doi: 10.1037/h0095655
- Christie, L., Smith, L., Bradstreet, S., Orihuela, T., Conde, H., Marcos, S., ...Tascau, L. (2015). *Peer2peer. Curso de formación profesional*. Edimburgo, Escocia: SRN, Fundación INTRAS, EASP, En Primera Persona, Pro mente Oberösterreich, LRPSM.
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Goertzel, V., Beard, J. H. y Pilnick, S. (1960). Fountain House Foundation: Case study of an expatient's club. *Journal of Social Issues*, 16(2), 54–61. doi: 10.1111/j.1540-4560.1960.tb00949.x
- Repper, J. y Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392–411. doi: 10.3109/09638237.2011.583947
- Zemore, S. E., Kaskutas, L. A. y Ammon, L. N. (2004). In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction*, 99(8), 1015–1023. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00782.x