



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

“Programa de acogida a un Centro de Día, realizado por usuarios con Trastorno Mental Grave”

Autora:

Nuria Fernández Santamaría

Directora:

Claudia Garcia Martinez

Grado en Trabajo Social

2023-2024

## ÍNDICE:

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA</b>	6
2.1. ENFERMEDAD MENTAL Y TRASTORNO MENTAL GRAVE	6
2.2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y MODELO DE RECUPERACIÓN	8
2.2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA Y MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO	8
2.2.2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y MODELO DE RECUPERACIÓN	9
2.3. EL APOYO MUTUO	12
2.3.1. LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA	13
2.4. PACIENTE EXPERTO / COMPAÑEROS DE APOYO	14
2.5. OTRAS EXPERIENCIAS SIMILARES	15
<b>3. OBJETIVOS</b>	18
3.1.1. OBJETIVO GENERAL	18
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
<b>4. METODOLOGÍA</b>	18
4.1. JUSTIFICACIÓN	19
4.2. METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO	19
4.3. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN	20
4.4. POBLACIÓN DESTINATARIA	21
<b>5. PROGRAMA ACOGIDA PACIENTE EXPERTO</b>	22
5.1. FORMACIÓN PREVIA AL PACIENTE EXPERTO	23
5.2. ESTRUCTURA DE LA FORMACIÓN	24
SESIÓN 1: “Primer Encuentro Formativo: Conociendo Nuestro Propósito”	25
SESIÓN 2: “Conociendo en profundidad el recurso ”	27
SESIÓN 3: La recuperación, construyendo nuestra línea de vida	29
SESIÓN 4: Entrenamos nuestro rol en la acogida	31
SESIÓN 5: Fin de la formación, evaluación	33
5.3. EVALUACIÓN DEL APROVECHAMIENTO DE LA FORMACIÓN	34
5.4. PROTOCOLO DE INSERCIÓN DEL PROGRAMA DE ACOGIDA	35
<b>6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA</b>	36
<b>7. CONCLUSIONES</b>	37
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	38
<b>9. ANEXOS</b>	44
ANEXO I: Rúbrica para realizar la valoración de los indicadores (significado de la puntuación)	44
ANEXO II: “ Evaluación sesiones formación”	47
ANEXO III: “Evaluación visión global de todas las sesiones”	50
ANEXO IV: “Portada Memoria del Paciente Experto”	51
ANEXO V: “Hoja 1 Memoria del Paciente Experto”	52
ANEXO VI: “Hoja 2 Memoria del Paciente Experto”	53
ANEXO VII: “Hoja 3 Memoria del Paciente Experto”	54
ANEXO VIII: “Hoja 4 Memoria del Paciente Experto”	55
ANEXO IX: “Hoja 5 Memoria del Paciente Experto”	56

ANEXO X: "Hoja 6 Memoria del Paciente Experto"	57
ANEXO XI: "Hoja 7 Memoria del Paciente Experto"	58
ANEXO XII: "Cuestionario Grado de Satisfacción"	59
ANEXO XIII: "Consentimiento Informado"	60

**Resumen:**

El siguiente trabajo fin de grado se centra en las personas con Trastorno Mental Grave, haciendo hincapié en las ventajas que tiene la ayuda mutua dentro del camino hacia la recuperación.

Se propone un programa de paciente experto unido a un protocolo de acogida con una previa formación, para incluir la figura de un compañero de apoyo en el momento de ingresar en el Centro de Día de la Fundación Rey Ardid. El objetivo es facilitar la vinculación al recurso y empoderar a los usuarios dándoles un rol de pacientes expertos.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave, Ayuda Mutua, Recuperación y Paciente Experto.

**Abstract:**

The following final degree project focuses on individuals with Severe Mental Disorder, emphasizing the benefits of mutual aid in the path towards recovery.

A peer support program is proposed, combined with a welcome protocol and prior training, to include the figure of a peer supporter at the time of admission to the Rey Ardid Foundation Day Center. The objective is to facilitate linkage to the resource and empower users by giving them the role of expert patients.

Keywords: Severe Mental Disorder, Mutual Aid, Recovery and Expert Patient.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta la iniciativa de poner en marcha un programa de acogida con una previa formación, donde la acogida al recurso la realicen pacientes expertos, llevado a cabo dentro del área de Salud Mental. Se propone dicho programa basándose en la idea de que el apoyo entre iguales es una estrategia beneficiosa para la recuperación de las personas con Trastorno Mental Grave (en adelante TMG). Además el hecho de compartir experiencias, emociones y pensamientos puede ser beneficioso para afrontar el diagnóstico y muy especialmente será clave en el momento del ingreso en el centro. El usuario que ingresa se expone a conocer algo nuevo y que le puede generar: miedo, inseguridad e incertidumbre. Por tanto, la perspectiva de un paciente experto al compartir su propia experiencia de recuperación y su camino para alcanzar el bienestar mental ofrece inspiración, esperanza al nuevo paciente y reduce el miedo que pueda sentir el nuevo paciente facilitando así la acogida y la vinculación al recurso. Por último, involucrar a los pacientes en roles activos de apoyo y guía, proporciona mayor vínculo entre los usuarios, llegando a conseguir una mejora en su recuperación y en su calidad de vida.

Se consideró que el lugar más adecuado para implementar dicho programa es el Centro de Día del Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial ( a partir de ahora CRAP) de la Fundación Rey Ardid ya que en dicho centro se trabaja con personas con TMG que se encuentran en el presente pasando por un proceso terapéutico y que, por tanto, tienen el perfil que se necesita para desarrollar el programa.

El objetivo principal de este trabajo es incluir a un paciente experto o compañero de apoyo que brinde ayuda mutua en el momento de ingresar al recurso para que le facilite al nuevo usuario su vinculación al recurso y que además sirva para los usuarios que ya están ingresados como una forma para empoderarse dentro de su propio proceso hacia la recuperación. Para ello se ha diseñado una formación para preparar a los usuarios que ejercerán como compañeros de apoyo.

## 2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

### 2.1. ENFERMEDAD MENTAL Y TRASTORNO MENTAL GRAVE :

Como punto de partida es esencial definir qué es la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución en 1985 define la salud como un estado de máximo bienestar tanto a nivel físico como mental y social, sin referirse únicamente a la ausencia de enfermedad. Dentro del concepto de salud, una parte clave es la salud mental. La misma organización definió en el año 2001 el concepto de salud mental como el estado en el cual los individuos tienen conciencia sobre su capacidad para hacer frente a situaciones cotidianas del día a día, además es capaz de ejercer una profesión de forma productiva y por último está capacitado para contribuir en la comunidad. Por lo que se entiende que la salud mental no es únicamente la inexistencia de trastornos mentales, sino que va más allá.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) realizada por el Ministerio de Sanidad en el año 2017, reflejaron que más de una décima parte de las personas mayores de 15 años afirmaron haber recibido un diagnóstico de algún trastorno de salud mental, alcanzando el 10,8%. Siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. En concreto son las mujeres las que reportan mayor frecuencia la presencia de problemas de salud mental en comparación con los hombres, siendo un 14,1% frente al 7,2%. (ENSE, 2017)

Desde un punto de vista operativo las actuales clasificaciones diagnósticas utilizan el término "trastorno" para referirse a la enfermedad mental (Williams JB, citado en Gómez y Zapata 2000). Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento (o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica) que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfiere con la actividad del individuo. Por tanto el término "trastorno" se utiliza para describir la enfermedad mental pero es importante destacar que recibir un diagnóstico de algún trastorno de salud mental no es equiparable a ser diagnosticado con un TMG, que implica una condición más severa y con mayor impacto en el individuo.

Por lo que si hablamos de Trastorno Mental Grave debemos tener en cuenta cuales son los criterios que subrayan el diagnóstico. Nos referimos a enfermedades graves que se prolongan en un periodo de tiempo extenso. (Franco,2007). Para referirse a este grupo se han utilizado diversidad de términos, entre los que se destacan los siguientes: *Pacientes/Enfermos Mentales Crónicos, Enfermos Graves y Crónicos, Enfermedad Mental Grave, Enfermedad Mental Grave y Prolongada, Trastorno Mental Severo, etc* (Lezcano, 2006)

Por tanto si hablamos de Trastorno Mental Grave ( a partir de ahora, TMG) nos referimos a una serie de patologías que se clasifican según tres criterios: el diagnóstico, la temporalidad y la presencia de discapacidad. (Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., Taube, C. A. (1981). Esta misma distinción en tres dimensiones también la conceptualizó en el año 1987 el Instituto Nacional de Salud Mental (citado NIMH, 2012). Entendemos por tanto estos criterios (Chico, 2007; Rodríguez-González, 2007) como:

1. Diagnóstico: se incluyen los trastornos psicóticos y algunos trastornos de la personalidad. Hay dudas en relación a la inclusión de los trastornos de personalidad ya que existen dificultades a la hora de identificarlos. (Zimmerman, 1994).

2. Permanencia en el tiempo de la enfermedad unido a un tratamiento prolongado en un periodo mayor a dos años.
  
3. Discapacidad: en un principio se delimitó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el Instituto Nacional de la Salud Mental ( (National Institute of Mental Health, NIMH, 1987), pero que con el paso del tiempo estos criterios se reemplazaron por puntuaciones moderadas o graves en la escala del *Global Assessment of Functioning* de la *American Psychiatric Association*, que indicaba una afectación que pasó de moderada a severa en las áreas laborales, sociales y familiares.

El Servicio Aragonés de la Salud en el año 2003 en su Plan Estratégico de Salud Mental define el TMG siguiendo tres aspectos claves. Los cuales son los siguientes: clínicos, sociales y utilización de servicios.

- Clínicos: Presencia de gravedad clínica caracterizada por una significativa distorsión de la realidad o comportamiento abiertamente desadaptado atribuible al trastorno mental, junto con la temporalidad, refiriéndose a que los aspectos clínicos se presenten de forma continuada durante, al menos, dos años.
  
- Sociales: Presencia de discapacidades sociales evidentes, como por ejemplo necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio en concreto.
  
- Utilización de servicios: Para hacer referencia a una persona diagnosticada con Trastorno Mental Grave, debe haber hecho uso de más de un recurso de salud mental, durante un periodo mínimo de dos años.

El concepto de TMG engloba una serie de trastornos, el Servicio Aragonés de Salud (2003) señala que entre las entidades nosológicas que conforman el concepto de TMG incluiremos: Trastornos Esquizofrénicos, Trastornos Esquizoafectivos, Trastornos Bipolares, Estados Paranoides, Depresiones Mayores, Trastornos Obsesivos-Compulsivos, Trastornos de Personalidad Graves (Límite, Esquizotípica,), Trastornos Neuróticos Graves y otros (Trastornos duales, Daño cerebral adquirido...) Se excluirán las personas con diagnóstico primario de abuso/dependencia de sustancias, retraso mental, demencias y psicopatías.

Las personas que enfrentan un TMG se ven confrontadas con una serie de limitaciones significativas en su vida diaria, Estas restricciones abarcan diversos aspectos según lo señalado por el IMSERSO en 2007:

- Relaciones interpersonales: el usuario presenta una escasa red social, la cual se ve agravada en los momentos de síntomas activos exponiéndose al riesgo de contraer aislamiento social.
  
- Acceso a servicios sanitarios, sociales, de atención al cuidado: al carecer de conciencia de enfermedad, desconocimiento o falta de motivación las personas con un TMG no acceden a los recursos necesarios. Por otro lado, se encuentran usuarios que sí cuentan con conciencia de enfermedad que están desmotivados por el desinterés que perciben de los profesionales.
  
- Carencia de actividades de ocio y tiempo libre
  
- Acceso al mundo laboral: encuentran dificultad para encontrar un trabajo. En caso de tener un puesto de trabajo anterior al desencadenamiento de la enfermedad, tienen dificultad por mantener dicho puesto.
  
- Dificultad para la participación asociativa y política.

Como un ejemplo en concreto que demuestra la existencia de estas limitaciones en el mundo laboral son datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística. El desempleo en este colectivo alcanza cifras muy significativas, en torno al 87% de personas con este perfil se encuentra en situación de desempleo. (INE, 2019).

Sin embargo, es importante destacar que las manifestaciones de cada TMG varían de una persona a otra, lo que implica que cada individuo enfrenta desafíos y requerimientos particulares relacionados con problemas psiquiátricos y aspectos psicosociales. Algunas de las intervenciones que puede requerir esta población son (AEN, 2003; López y Laviana, 2017):

- Apoyo personal continuado, ofreciendo una asistencia personal constante que incluya intervención psicológica unidas a una rehabilitación psicosocial
- Apoyo y asistencia en posibles situaciones de crisis
- Entrenamiento de habilidades sociales dirigidas al desarrollo de capacidades
- Proporcionar herramientas necesarias para su rehabilitación e integración en el mundo laboral
- Proporcionar servicios residenciales
- Brindar ayuda económica en caso de que sea necesario debido a la situación particular en la que se encuentre el usuario
- Ofrecer asistencia en el entorno familiar
- Luchar por la protección de los derechos tanto a nivel jurídico como institucional Protección y defensa de sus derechos: defensa jurídica e institucional.
- Suministrar apoyo al entorno tanto familiar como social del usuario

## **2.2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y MODELO DE RECUPERACIÓN**

### **2.2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA Y MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO**

A lo largo de la historia, la atención a las personas con TMG ha experimentado una evolución notable, marcada por la reforma psiquiátrica y el desarrollo del modelo comunitario. Anteriormente a la reforma las personas con enfermedad mental estaban institucionalizadas, ingresadas en manicomios, surgidos para darles acogida y protección (Lezcano, 2006). Estas instituciones psiquiátricas estaban masificadas y la asistencia que ofrecían era escasa, por lo que las condiciones de los pacientes eran inadecuadas. El hecho de estar ingresado en un recurso de este estilo no hacía otra cosa que aumentar el deterioro, la cronicidad y el aislamiento.

Es por ello que a mediados del siglo XIX y principios del XX, los reproches y juicios negativos hacia los manicomios o sanatorios mentales se hicieron más notables al considerarse recursos de control social en lugar de ser espacios terapéuticos. (Granillas, 1998). Además existen numerosos estudios de autores como Leff, Liberman y Wing que concluyen que los pacientes con TMG evolucionan mejor en la comunidad que dentro de los hospitales psiquiátricos (Desviat y Moreno, 2012)

La reforma psiquiátrica es el principal elemento que afecta a la atención de la población con TMG. Se pasa de una visión de paciente mental como enfermo a contemplar otros aspectos de la persona

y del medio en que se desenvuelve, es decir, una concepción global de la persona que favorece la necesidad de establecer un plan de acción psico-socio-sanitario del paciente con TMG (Lieberman y Kopelowicz, 2005).

Las políticas de reforma psiquiátrica, puestas en marcha en la mayor parte de los países desarrollados (EEUU, Francia, Inglaterra, Italia) comenzaron en las décadas de los años 60 y 70. Respecto a España la reforma psiquiátrica comenzó a lo largo de los 80 y culminó con la aprobación de la Ley 14/ 1986 General de Sanidad promulgada el 25 de abril de 1986 (LGS). Se plantean la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad, buscando gracias al desarrollo de la psiquiatría comunitaria atender los problemas de salud mental dentro del entorno comunitario evitando su marginación e institucionalización (Desviat, 1995). La razones de estos cambios eran éticas y técnicas, se pretende devolver los derechos humanos y ciudadanos a los pacientes y hacer frente a la enfermedad mental con atención terapéutica y social. (Desviat y Moreno, 2012).

Nace el nuevo modelo de asistencia comunitaria en el cual se asegura solidez y facilidad de acceso, incorporando la salud mental en la atención primaria. Con este modelo se pone el énfasis en la defensa de los derechos a través de la implementación de medidas de prevención (Sepúlveda y Minoletti, 2012). Este modelo permitió abordar los desafíos de salud mental dentro del entorno social del individuo, ya que reconoce y considera los factores psicosociales y sociales que influyen en el desarrollo y evolución de los trastornos mentales. Es en este punto donde tiene lugar la rehabilitación psicosocial.

### **2.2.2. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y MODELO DE RECUPERACIÓN**

La Rehabilitación Psicosocial (a partir de ahora RPS) se trata de una intervención terapéutica del Trastorno Mental Grave (TMG). El Instituto Nacional de Salud de EEUU (*National Institute of Miners' Health, NIMH*) en 1987, articula la rehabilitación en un proceso continuado que se inicia con el diagnóstico y que tiene un desarrollo posterior, comprendiendo un periodo largo en la existencia de la persona. Sus inicios se pueden ubicar en la incorporación de la terapia moral en las unidades de salud mental al comienzo del siglo XIX (Shorter, 1997). Podemos definir la RPS como aquella que “tiene la finalidad de mejorar la autonomía personal y social en todos los aspectos relacionados con la mejora de las funciones corporales y superación de las discapacidad y restricciones en la actividad y en la participación y la eliminación de barreras y obstáculos contextuales (IMSERSO, 2007, p.87)”.

Es por ello que el objetivo de la RPS es mejorar la calidad de vida de los destinatarios, haciendo que se responsabilicen de sí mismos interviniendo activamente en la comunidad y con autonomía suficiente para obtener una disposición que les facilite la interacción interpersonal en un entorno social (Farkas, 2007). Para lograr su objetivo la intervención se articula a través de un proceso individualizado que combina actuaciones con el enfermo para el entrenamiento y desarrollo de competencias (entrenamiento en habilidades sociales, autocuidado, etc) y actuaciones sobre su entorno más próximo (psicoeducación y asesoramiento a las familias, soportes en las condiciones

más normalizadas e independientes que les sea posible) (Rodríguez González, 1997) La RPS se basa en cuatro principios (Rodríguez Gonzalez, 1997):

- Principio de integración
- Principio de autonomía e independencia
- Principio de normalización
- Principio de individualización

Existen técnicas específicas de rehabilitación psicosocial aplicadas en la intervención que forman parte del tratamiento. Según IMSERSO (2007) las más eficientes son las siguientes:

- **Entrenamiento de habilidades conductuales**, se ha demostrado que son efectivas para disminuir el impacto de la discapacidad aunque existen complicaciones en la generalización y mantenimiento de los resultados (Dilk, 1996).
- **Rehabilitación cognitiva**, para la mejora del funcionamiento ejecutivo (que incluye habilidades como la planificación, la organización y la resolución de problemas) , abstracción (comprender las situaciones más allá de las circunstancias concretas) , categorización, etc.
- **Psicoeducación**, es clave que el usuario tome conciencia de su enfermedad. Se ha demostrado útil el poner modelos próximos a los sujetos, es decir, que otras personas que padecen un TMG expongan su caso.
- **Intervención con familias**, la psicoeducación con las familias ha resultado efectiva para reducir las recaídas de los pacientes, sus síntomas psicóticos, o el aumento de la competencia de los familiares en el manejo de la enfermedad (Mayorales, 2000 y Vallina y Lemos, 2001).
- **Autocontrol**, incluye el entrenamiento en estrategias de relajación para hacer frente ante distintos estresores.
- **Rehabilitación en las actividades de la vida diaria e instrumentales**, con el objetivo de dotar al usuario de independencia y autonomía apoyando al mantenimiento o reincorporación de su entorno.
- **Psicomotricidad**, para mejorar sus hábitos de ejercicio físico e incorporar elementos de expresión corporal útiles en el entrenamiento de habilidades sociales.
- **Ocio e integración comunitaria**, a través de actividades desarrolladas en recursos normalizados que fomenten la participación social.
- **Actividades expresivas**, dirigidas para la mejora de sus habilidades comunicativas.

Hablamos de rehabilitación psicosocial y en otras ocasiones se utiliza el concepto de recuperación. Según Esquer, López y Fernández (2015), hablar de Rehabilitación Psicosocial resulta anticuado y rememora los orígenes procedentes de una visión más médica de dicho concepto. Es por tanto que en el presente se habla de Recuperación. Siguiendo a Esquer, López y Fernandez( 2015) la recuperación se conceptualiza como un lugar donde la persona usuaria crea su propio proyecto de

vida y lo hace a través de un crecimiento personal. Para llegar a este punto el usuario debe asumir un cambio de actitud, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de él mismo.

Se puede entender como uno de los objetivos que tiene la rehabilitación, es decir, el objetivo que tienen los programas y procedimientos de la rehabilitación es la recuperación de la persona afectada. Sin embargo no entendemos recuperación como sinónimo de “*curación*”. Otros autores que desarrollaron este concepto, Anthony y Farkas, (2005) definen la recuperación como un “*único y profundo proceso personal de crecimiento más allá de la catástrofe de una enfermedad mental severa*”. Dichos autores reafirman la idea de que recuperarse no significa que desaparezcan los síntomas, sino que se trata de un proceso continuo en el que la persona afectada descubrirá nuevas habilidades y además resalta la idea de que la recuperación no está limitada por la gravedad de la enfermedad mental o por las consecuencias que tenga. Existen otros autores como Liberman y Kopelik (2004) que aportan una definición en términos operativos, establecen criterios específicos y medibles para definir la recuperación en el contexto de la salud mental. Según esta definición, se considera que una persona ha alcanzado la recuperación cuando cumple con los siguientes criterios:

- a) Se espera una remisión sintomática, lo que implica una reducción significativa de los síntomas de la enfermedad mental.
- b) Se requiere que mantenga un funcionamiento ocupacional estable, ocupando al menos media jornada laboral en un entorno competitivo durante dos años.
- c) Se espera que la persona sea independiente en su día a día, sin necesitar supervisión diaria en sus actividades cotidianas. Esto significa que la persona sea capaz de cuidar de sí misma, realizar tareas domésticas sin ayuda, administrar su dinero...etc.
- d) Se considera importante que la persona en recuperación mantenga relaciones sociales de forma espontánea y natural.

Esta definición no resulta muy adecuada ya que se basa en términos cuantificables, dejando de lado la experiencia subjetiva y única de cada individuo en su proceso de recuperación. Este enfoque resulta insuficiente para hacer referencia a la complejidad de las enfermedades mentales, no todos los individuos afectados por TMG son capaces de alcanzar los mismos estándares de remisión sintomática, funcionamiento ocupacional, vida independiente y relaciones sociales.

Por tanto, en el presente estudio se utiliza esta perspectiva. Resulta más adecuado y beneficioso al intervenir con personas con TMG adoptar una perspectiva más amplia y centrada en el individuo, como la propuesta por Esquer, López y Fernandez (2015), en donde se enfatiza el crecimiento personal y en la construcción de un proyecto de vida.

### 2.3. EL APOYO MUTUO

El apoyo mutuo es la forma más básica de apoyo de iguales, existe un elevado interés por el apoyo mutuo ya que genera grandes beneficios para los usuarios que presentan alguna enfermedad mental ( Campos, Sousa, Rodrigues, Marques, Queirós y Dores, 2016) . El apoyo mutuo o entre iguales es una intervención llevada a cabo por personas con experiencia de sufrimiento psíquico junto con la ayuda mutua. La ayuda mutua se conoce como la creación y moderación de grupos autogestionados y el apoyo mutuo o entre iguales se define como la formación e incorporación al sistema sanitario de personas con experiencia de sufrimiento psíquico. ( Eiroa-Orosa y Sanchez- Moscona, 2023).

Es en la década de los 80 cuando aparece el término de apoyo mutuo ( Gonzalez, 2023). Mead en el año 2001 definió este concepto como un espacio tanto de proporcionar como de recibir ayuda, el cual se basa en el respeto, la responsabilidad conjunta y acuerdo mutuo de lo que es beneficioso para ambas partes. Para que la ayuda mutua sea efectiva es clave formar previamente a los usuarios que ejercerán como agentes de ayuda mutua. ( Gonzalez, 2023) .

En el presente trabajo la ayuda mutua significa hacer uso del conocimiento y la experiencia de aquellos que han convivido con un TMG para apoyar y ofrecer ayuda a otras personas que experimentan las mismas situaciones y que además están recién llegadas al recurso donde los otros llevan ingresados más tiempo.

La ayuda mutua supone varios beneficios tanto para la persona que la ejerce como para aquel que la recibe. Existen evidencias de que el apoyo mutuo favorece la recuperación, según un análisis del proyecto de ayuda mutua “En Primera Persona” ( Bono del Trigo et al., 2011).

Por un lado, para quienes participan como agente de ayuda mutua , conlleva un empoderamiento y una mejora en la percepción que tienen de sí mismos, sumando a esto las mejoras que se dan sus habilidades comunicacionales y gestión de las emociones. Por otro lado, para quienes reciben esta ayuda, representa una oportunidad valiosa para sentirse escuchados y comprendidos, lo que les permite expresarse con mayor libertad, conduciendo a una mejora en su funcionamiento social y autoestima. (Gonzalez, 2023). Los datos demuestran que los agentes de apoyo mutuo pueden mejorar la calidad de vida y ayudar a reducir el número de recaídas de otras personas con problemas de salud mental. Además, las personas que trabajan como agentes de apoyo mutuo, continúan avanzando en su recuperación (Davidson, L. et al, 2009)

Una de las funciones principales que tienen los compañeros de apoyo o agente de apoyo mutuo es ser referentes de recuperación y transmisores de esperanza. Servirán como «modelo a seguir» para sus compañeros/as (Stastny, 2012). El término “modelo a seguir” nace a través de las investigaciones del sociólogo Robert K. Merton. Posteriormente, esta idea se desarrolló por psicólogos, uno de los más destacados fue Albert Bandura, que desarrolló su “Teoría del Aprendizaje Social”. Según Bandura la gente aprende a través de la observación del comportamiento. (Bandura, 1977)

En este programa de acogida planteado con una previa formación se centra toda la importancia en crear vínculos entre los compañeros que desarrollen la ayuda mutua, ya que como se ha comentado anteriormente, aquellos que han pasado por situaciones similares son los más indicados para ofrecer respaldo y motivación en la recuperación (Harrington, 2013). En este sentido, la creación de una red de compañeros de apoyo que compartan experiencias similares se convierte en un pilar fundamental en la recuperación. En recuperación también se habla de la importancia de tener una persona como mentor o

modelo mientras se avanza en la recuperación. Los modelos ayudan a entender el proceso de recuperación y ofrecen esperanza. (Davidson, L. et al, 2009).

### **2.3.1. LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA**

Uno de los modelos más extendidos dentro de la ayuda mutua son los denominados “Grupos de Ayuda Mutua” (GAM). Son espacios en los cuales diversas personas comparten un mismo problema o dificultad y se reúnen para intentar superar o mejorar su situación. (Sampietro, H. et al, 2014). Los grupos están formados por un conjunto de iguales que realizan encuentros para apoyarse en una necesidad compartida e intentar hacer frente a un problema que afecta en su vida diaria. (Katz, 1981).

El tipo de GAM dependerá de las personas que integran el grupo y del objetivo que tienen. Existen diversos tipos de grupos, por ejemplo hay grupos dirigidos a superar un problema de adicción, otros están formados por miembros que padecen una enfermedad crónica, también los hay que tienen como objetivo ayudarse entre los participantes ha hacer frente la pérdida de un ser querido (Sampietro, H. et al, 2014). En nuestro caso se trata de un GAM formado por personas con la experiencia del trastorno mental grave. La Asociación Paso a Paso en la Comunidad Autónoma de Aragón, formada por familiares de personas con un problema de salud mental ofrece desde el año 2020 un “GAM DE SUPERVIVIENTES”.

La mención más antigua conocida sobre los grupos de ayuda mutua data de 1905, creados por el doctor J. H. Pratt en el Hospital General de Massachusetts, ubicado en Boston (USA). El principal propósito fue ayudar a pacientes con tuberculosis en la forma de enfrentar su enfermedad (Sanchez, 2023). Posteriormente en Estados Unidos en 1935, dos alcohólicos deciden juntarse para crear un recurso para personas con problemas de alcohol, conocido como “Alcohólicos Anónimos”. En Australia, pasados los años se fundó GROW, un grupo de ayuda mutua que adaptó su forma de intervenir de “Alcohólicos Anónimos” para la recuperación y prevención de las enfermedades mentales severas. (Agrest, 2011).

Se pueden resumir las características principales de los GAM en las siguientes Sampietro y Carbonell, 2014):

- Experiencia compartida: Es clave para que pueda surgir una verdadera ayuda mutua.
- Participación voluntaria: La voluntariedad es necesaria para que la persona se sienta involucrada en el grupo, acude a las sesiones por iniciativa propia.
- Encuentro periodico: Para que el grupo funcione y pueda lograr sus objetivos es necesario que se regule un día para hacer las sesiones a lo largo de un tiempo.
- Tamaño pequeño: Se recomienda que no haya menos de 5 personas ni más de 10, el hecho de no ser un grupo muy numeroso ayuda a que todos los miembros participen, que los temas que se hablen y los turnos de palabra sean dinámicos o que los participantes se conozcan antes , etc.
- Sin jerarquías: Se fundamentan en relaciones de igual a igual sin diferencias de rol o de estatus entre los componentes.

A continuación, nos centramos en el papel que pueden desarrollar los usuarios dentro de la ayuda mutua.

#### **2.4. PACIENTE EXPERTO / COMPAÑEROS DE APOYO**

En el desarrollo del presente programa, la figura del paciente experto tiene un papel esencial al ofrecer ayuda a otros que enfrentan circunstancias similares. Por tanto, el concepto de “apoyo entre iguales” es clave. Se trata de la relación entre personas que tienen o han vivido experiencias parecidas, basada en la capacidad de entender y compartir sentimientos, pensamientos y experiencias de otra persona, es decir, ser empático con el otro. (Campos et al., 2016). La utilización del apoyo entre pares se ha desarrollado para generar beneficios en la recuperación de personas con una enfermedad mental. Por ejemplo, al poner en común experiencias y pautas de afrontamiento se intenta fortalecer la autoconfianza y la esperanza. (Lloyd-Evans et al., 2014). Las características y los valores del apoyo entre iguales tiene semejanzas con los grupos de ayuda mutua, entre ellas destacan (Harrington y Restrepo-Toro, 2015):

- Voluntario
- Mutuo y Recíproco
- Honesto
- Facilitador de cambios
- Empático
- Sin juicios
- Esperanzador

Iniciamos hablando de un paciente experto como el promotor del apoyo entre iguales del presente programa. La realidad es que existen multitud de términos como “*peer supporters, compañeros de apoyo, agentes de apoyo mutuo*” para nombrar al paciente que ejerce este rol. En nuestro programa utilizaremos tanto el término de paciente experto como de compañero de apoyo.

Los pacientes expertos o compañeros de apoyo son personas que viven con una enfermedad crónica, en nuestro caso un trastorno mental grave, la cual genera en ellos y en su entorno una serie de necesidades como reconocer síntomas y actuar ante ellos, manejarse con los fármacos y los servicios, compaginar la vida cotidiana con los cuidados que la enfermedad requiere (Tattersall, 2001). Por tanto entendemos por paciente experto aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y de autocuidarse, sabiendo identificar los síntomas y responder apropiadamente a ellos, así como, de adquirir las habilidades que le ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de la patología que padece, mejorando con todo ello su calidad de vida. (SEMAP, 2015).

La Asociación Internacional de Compañeros de Apoyo añade que deben recibir una formación para ser capaces de respaldar a otros que están pasando en el presente por situaciones similares y además son personas que están comprometidas con su recuperación, ya que la han mantenido y están dispuestos a poner en común lo que han aprendido bajo su experiencia en el ámbito de una manera inspiradora ( INAPS, 2018).

Por ello cuando hablamos de paciente experto nos referimos a la convicción que los usuarios ( y sus personas más próximas) por el mero hecho de serlo disponen de un conocimiento útil y valioso al que no

podemos llegar por otras vías. Mientras los profesionales técnicos tienen habilidades para hacer buenos diagnósticos o para estudiar el origen del trastorno (Coulter, 2007).

Los individuos tienen un conocimiento muy enriquecido adquirido a través de sus experiencias, que engloban desde momentos complejos hasta situaciones traumáticas. Por lo que este pasado que han vivido les ha permitido desarrollar unas capacidades concretas en diferentes aspectos como (Palomer et al., 2010; Palomer et al., 2011):

- Gestión de su enfermedad y los posteriores efectos
- Experiencia subjetiva con la enfermedad.
- Identificación de síntomas y conocimiento de cómo actuar ante estos
- Actitudes de riesgo y valores y preferencias.

Nos interesa conocer ejemplos concretos de cómo la figura del paciente experto da un giro en la intervención con usuarios de TMG y aprovecha este rol para mejorar la vida de los usuarios y la asistencia que reciben en los servicios de salud mental. Durante los últimos 20 años, el rol del paciente experto se ha expandido globalmente, y como consecuencia un gran número de los usuarios recuperados se están incorporando en el mercado laboral para proporcionar apoyo a otros usuarios. (Davidson et al., 2009). En el caso de nuestro programa los pacientes expertos no van a tener un puesto de trabajo, sino que se trata de una figura voluntaria que no recibirá compensación económica y será la encargada de apoyar en el momento de acogida al nuevo usuario.

Antes de reconocer el término “paciente experto”, existen prácticas que se consideran primeras experiencias. Entre estas, destacamos en el año 1920 Harry Stack Sullivan en Estados Unidos, contrató a antiguos pacientes, pensaron que su ayuda sería más humanitaria y que tendrían mayor sensibilidad para comprender el sufrimiento. (Agrest y Stastny, 2013). Más adelante en Argentina en el año 1950 destaca la experiencia de Enrique Pichon Riviére, el cual decidió formar a pacientes que se encontraban ingresados en la unidad hospitalaria debido a que los estudiantes de enfermería no acudían a sus clases por razones de protesta y por tanto no había personal que ayudará a los internos. (Elvira, 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1990 implicó activamente a las personas usuarias en los servicios de salud mental. (Campos, 2016). La implicación de los usuarios expertos ha sido clave para mejorar la relación entre la comunidad y las personas usuarias, así como en la capacidad de uno mismo para convertirse en defensor de su propio proceso de recuperación. (Watson, 2016).

## **2.5. OTRAS EXPERIENCIAS SIMILARES**

Como venimos comentando el rol del paciente experto y el uso del apoyo entre iguales en salud mental produce efectos positivos tanto para el usuario que ofrece la ayuda como para el que la recibe.

En España se han implementado diversos programas dirigidos a formar usuarios para que ejerzan de compañeros de apoyo. Entre estos destacamos como pioneros el *Proyecto EMILIA* (2005) y el *Proyecto Peer2Peer* (2015). Rebeca Zabaleta y Fernando Lezcano en 2021 realizaron un análisis de las principales experiencias relacionadas con el apoyo entre iguales que se han llevado a cabo en España. Destacamos los siguientes, *Proyecto Ayuda Mutua* en los servicios de salud mental en Andalucía (2010), *In-formando en primera persona* (2015) desarrollado por la Confederación Salud Mental de España, *Curso de asistente*

*personal* en Castilla y León ( 2016), *Profesional experto/a por la experiencia* en Castilla La Mancha (2018) y *¡Acompáñame!* en Burgos, Madrid, y Navarra (2019).

Otros ejemplos de programas que incorporan la figura del paciente experto son el implementado en el Hospital del Sagrat Cor de Martorell y el Programa “ Paciente 360º” en Madrid. En concreto el programa de paciente experto desarrollado en el Hospital del Sagrat Cor de Martorell, reivindica la necesidad de una relación horizontal, de igual a igual, y cómo ésta beneficia la intervención. Se observó en el inicio de las primeras fases la importancia de la escucha por parte de los pacientes de otras personas que han pasado un proceso parecido en cuanto a la enfermedad y que se encuentran en un punto de normalización, al igual que el hecho de poder compartir con el grupo de pares. (Reig, 2016). Además posterior a la aplicación del programa, los usuarios de uno de los grupos han decidido construir la asociación USMA (Usuarios Salud Mental Asociados), con el objetivo de apoyar a las personas con un problema de salud mental en su recuperación. (Reig, 2016).

Estos proyectos han demostrado los beneficios que tienen el uso de compañeros de apoyo dentro de las intervenciones. Produce efectos positivos para ambas partes. Cuando el usuario asume el rol de paciente experto, experimenta una serie de beneficios significativos (Campos et al., 2016; Gillard y Holley, 2014; Repper et al., 2013; Socialstyrelsen, 2016; Watson et al., 2016):

- Crecimiento personal: sienten mayor seguridad y confianza en sí mismos
- Mejora en sus habilidades sociales, que engloban la comunicación, la forma de relacionarse y la resolución de problemas de habilidades
- Tienen un sentimiento inclusivo en el proceso de recuperación
- Su autoestima aumenta ya que sienten menos estigmas hacia ellos
- Las posibilidades de incorporarse en el mercado laboral aumenta y con ello también la capacidad de mantener su puesto de trabajo
- Su estabilidad económica puede mejorar en caso de que la puesta en práctica del rol conlleva retribución

Desde el otro eje, es decir, el usuario que recibe la ayuda también encontramos grandes ventajas, entre estas destacan (Campos et al., 2016; Gillard y Holley, 2014; Repper y Carter, 2011; Repper et al., 2013; Socialstyrelsen, 2016; Stastny, 2012; University of Nebraska, 2013; Watson et al., 2016):

- Aumenta la comprensión de su enfermedad y con ello la esperanza, convirtiéndose en un agente activo dentro de su recuperación.
- Ganan confianza en sí mismos ayudándoles a fortalecer su autoestima
- Disminuye su autodesprecio gracias a la reducción del estigma social

- Se fortalecen sus habilidades sociales en relación a la resolución de problemas, ayudando a disminuir los ingresos en el hospital y los comportamientos autodestructivos.
- Sus redes sociales crecen disminuyendo por tanto su aislamiento social
- Participan en la comunidad de forma más activa

Es por ello, que el rol de paciente experto es una herramienta útil en la recuperación ya que pueden aportar elementos significativos en los recursos que participan o participaron.(Repper et al., 2013). Estos individuos, al haber vivido experiencias similares son capaces de ofrecer un conocimiento valioso, apoyo emocional u orientación práctica a quienes están en un proceso de recuperación parecido al que ellos han vivido.

En definitiva, siguiendo las ideas del presidente del año 2022 de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), según sus palabras, la evidencia científica demuestra que los pacientes expertos son eficaces con las personas que sufren una enfermedad mental y también el hecho de actuar como compañeros de apoyo ayuda a desestigmatizar al colectivo. *"El enfermo mental es el que más raro se siente, por lo que tener información de primera mano de alguien que ha pasado por esa situación y que ha logrado superarlo, es una oportunidad que no se puede desdeñar"* (Perez, 2022) . Podemos afirmar que el apoyo entre iguales desarrollado por paciente experto es una herramienta útil en la recuperación en salud mental, destacando la importancia de reconocer y valorar la experiencia de quienes han vivido la enfermedad en primera persona. (citado por Martín, 2022)

### **3. OBJETIVOS:**

En este apartado del trabajo se detallan los objetivos que se pretenden lograr con la investigación, se busca proporcionar una comprensión clara de cómo se pretende incidir en la realidad que estamos estudiando.

#### **3.1.1. OBJETIVO GENERAL**

- Diseñar un programa de acogida en el Centro de Rehabilitación y Atención Psicosocial de la Fundación Rey Ardid implementado por paciente experto sometido a una previa formación.

#### **3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Diseñar una formación de apoyo entre iguales y ayuda mutua dirigida a usuarios con TMG destinada al acogimiento de usuarios de nuevo ingreso
- Diseñar un protocolo de acogida incluyendo la figura del paciente experto
- Mejorar las habilidades vinculadas a la ayuda mutua y el apoyo entre iguales del paciente experto.
- Apoyar en la gestión del estrés generado a raíz del ingreso
- Facilitar la vinculación al recurso
- Facilitar la creación de vínculo con los compañeros
- Dotar de un rol más activo y participativo a los usuarios

### **4. METODOLOGÍA:**

En este cuarto punto del trabajo, se detalla el método que se ha empleado para abordar los objetivos establecidos previamente. Para desarrollar dicho punto en primer lugar, se justifica la necesidad de este programa. Seguidamente, se plasma la metodología utilizada para el diseño del programa. En el siguiente subpunto se destaca el contexto donde se llevará a cabo la intervención. Posteriormente se delimita la población destinataria del programa, reflejando cuales son los criterios de selección de los participantes.

#### **4.1. JUSTIFICACIÓN:**

Este proyecto nace con la observación realizada en el transcurso de las prácticas curriculares del grado universitario. Las prácticas se llevaron a cabo en la Fundación Rey Ardid, más concretamente en el Centro de Día del Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de Zaragoza. Desde la Fundación, se realiza un Grupo de Ayuda Mutua semanalmente. Durante una de las sesiones, varios participantes expresaron sus ganas de ayudar a otros usuarios que están atravesando por situaciones similares a las que ellos mismos han vivido. Esta demanda expresada por los miembros del GAM proporciona una primera justificación para desarrollar un programa de este tipo. Por lo que se va a diseñar una previa formación para preparar a los usuarios para que ejerzan como compañeros de apoyo y se va a incluir la figura del paciente experto en el protocolo de ingreso al recurso, con el fin de mejorar la vinculación al recurso del nuevo usuario. Para continuar se observó que en el momento del ingreso muchos usuarios se sienten con miedo e incertidumbre por la llegada al centro por lo que la inclusión de un compañero podría ayudar a que los nuevos pacientes se sintieran más cómodos en sus primeros días en el recurso. Por último se justifica el desarrollo del programa ya que servirá como una forma de empoderamiento para los usuarios que ejercerán como compañeros de apoyo.

#### **4.2. METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO**

Para comenzar este subapartado cabe destacar que el programa tiene como objetivo diseñar un programa de acogida para usuarios recién ingresados con TMG, que incluye la figura de paciente experto, con el propósito de facilitar la vinculación al recurso fomentando así de un rol más activo a los usuarios.

En primer lugar se ha utilizado la técnica de la observación participante en el transcurso de las prácticas del grado y posterior periodo laboral en el CRAP de la Fundación Rey Ardid. A partir de esta primera fase se detectó la necesidad por parte de la población destinataria de participar en la acogida de nuevos usuarios. Esta experiencia, motivó a la elección del tema, ya que permitió comprender cómo funciona el recurso, conocer de forma directa al colectivo e identificar cuáles eran las necesidades existentes en este contexto. A través de entrevistas abiertas a agentes clave del centro, incluyendo tanto a profesionales (coordinador, terapeuta ocupacional, trabajador social, monitores) y usuarios del centro, se corroboró esta necesidad y la utilidad de desarrollar un posible programa. Ambas técnicas se han utilizado de forma previa al diseño del programa para justificar y afirmar la necesidad de incluir un compañero de apoyo en el momento del ingreso al recurso.

Para comenzar a diseñar el presente programa se realizó una revisión bibliográfica y documental sobre el tema, para definir los conceptos de: Trastorno Mental Grave, Recuperación, Ayuda Mutua, Paciente Experto y revisar la evidencia disponible sobre otros programas similares que hubieran tenido un buen resultado. Para llevar a cabo esta revisión se ha recurrido a diferentes fuentes documentales: Google, Google Académico, Dialnet, Researchgate y el Repositorio de la Universidad de Zaragoza.

Se ha diseñado un programa formativo junto con un protocolo de acogida. La formación se compone de cinco sesiones de una hora de duración, siendo la última la evaluación final. Se utiliza una metodología participativa caracterizada por la realización de debates, juegos de rol o role-playing y reflexiones conjuntas, apoyada por material teórico en algunas ocasiones. Se basa en contenidos teórico-prácticos que permiten desarrollar competencias clave en el acompañamiento de nuevos usuarios. Las sesiones se han planteado en primer lugar, para conocer el recurso donde están ingresados, sobre la ayuda mutua y la recuperación y

en segundo lugar, se han planteado realizar simulacros a través de juegos de rol para entrenar la acogida que realizarán. El contenido de la formación está basado en el formato que se ha utilizado en otros programas de paciente experto, concretamente en el Programa educativo ¡ACOMPÁÑAME! (Zabaleta, 2021).

Posteriormente los usuarios que han participado en la formación desempeñarán sus funciones como compañeros de apoyo en la unidad de rehabilitación de salud mental escogida.

#### **4.3. CONTEXTO DE INTERVENCIÓN:**

El programa está diseñado para implantarse en un recurso sanitario del ámbito de salud mental, concretamente en el Centro de Rehabilitación y Atención Psicosocial ( de ahora en adelante CRAP) de la Fundación Ramón Rey Ardid. Dicho recurso cuenta con unas 70 plazas aproximadamente y una cartera de servicios en la que se incluyen diversos programas dirigidos a la rehabilitación de las personas con enfermedad mental que ingresan o se encuentran ingresados en dicho recurso. Según los datos proporcionados en su página web desde el área de salud mental atienden a un total de 308 personas afectadas por un TMG.

Los Servicios que se prestan en el área de salud mental de la Fundación son los siguientes: (Grupo Rey Ardid, 2011)

- Clínicos:
  - Unidad de Media Estancia Residencia Profesor Rey Ardid en Juslibol
  - Centros de Rehabilitación y Atención Psicosocial en el Actur, Zaragoza, y en Calatayud .
  
- Socio-Sanitarios:
  - Alternativas Residenciales (pisos tutelados y Equipo de Apoyo Social Comunitario).
  - Inserción sociolaboral (rehabilitación sociolaboral, talleres ocupacionales en CRAP Actur, Alfranca, El Burgo; seguimiento y apoyo para la integración laboral en empresas protegidas y normalizadas en coordinación con el departamento de Integración).
  
- Sociales:
  - Club Social
  - Espacio Visiones
  - Formación

El presente programa se enmarca dentro de los servicios clínicos del CRAP del Actur, en Zaragoza, más concretamente en el Centro de Día.

El Centro de Día se trata de un recurso sanitario de naturaleza privada sin ánimo de lucro dirigido a la población con trastorno mental grave que tiene dificultad en su funcionamiento psicosocial y en su integración en la comunidad. Se trata de un recurso de salud mental que ofrece el Gobierno de Aragón gracias a un concierto que tiene con la Fundación Rey Ardid. Pertenece a la cartera de servicios de rehabilitación del Sector I de la ciudad de Zaragoza. Por tanto en cuanto al territorio atendido, son las personas con TMG del Sector I de Zaragoza, a través de la derivación del Centro de Salud Mental Actur Sur (Fundación Ramón Rey Ardid, 2023). Este sector comprende la zona nororiental de la provincia y margen izquierda de la ciudad e incluye las Zonas de Salud de Alfajarín, Bujaraloz, Luna, Villamayor, Zuera, y las de

Zaragoza de Actur Norte, Actur Oeste, Actur Sur, Arrabal, Barrio Jesús, La Jota, Parque Goya, Picarral y Santa Isabel. Cubriendo a un total de 129.628 habitantes. (Gobierno de Aragón, 2023)

Imagen 1: Mapa Sector I Sanitario Zaragoza:



Fuente: Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón (2023)

#### 4.4. POBLACIÓN DESTINATARIA:

En el presente programa se destacan tres grupos de agentes: en primer lugar usuarios que ejercerán como compañeros de apoyo, en segundo lugar nuevos usuarios que ingresan al recurso y por último, el profesional que dirige el programa.

En el proceso de selección del paciente experto para participar en el programa de acogida se consideran una serie de criterios específicos. Se busca que los pacientes seleccionados se encuentren ingresados en el centro donde se va a llevar a cabo el programa, con un diagnóstico confirmado de Trastorno Mental Grave. Además, deben demostrar voluntariedad para participar, interés por ayudar, motivación y habilidades comunicativas.

En el Centro de Rehabilitación y de Atención Psicosocial, se organiza semanalmente el Grupo de Ayuda Mutua todos los martes a las 12:00, en el cual participan un total de 10 usuarios. Estos usuarios cumplen con los criterios establecidos para la selección del paciente experto, ya que cuentan con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave, muestran voluntad de participar, son capaces de cuidar de sí mismos y poseen las habilidades necesarias para ofrecer apoyo a otros pacientes que estén pasando por una situación similar a la que les tocó vivir a ellos en el pasado. Por lo tanto, la selección de los participantes en el programa se dirige hacia los miembros que integran el Grupo de Ayuda Mutua del centro, dado que son los usuarios ingresados en el CRAP que cumplen con los criterios establecidos. Esta selección asegura que los pacientes expertos, sometidos a una previa formación estarán preparados para ofrecer un apoyo significativo en el momento de ingreso al Centro de Día.

Resumiendo, los criterios para la selección de los pacientes expertos o compañeros de apoyo son:

- Edad > 18 años
- Experiencia con Trastorno Mental Grave
- Ser usuario del Centro de Rehabilitación Psicosocial de la Fundación Rey Ardid
- Ser miembro del Grupo de Ayuda Mutua
- Participar como mínimo en el 80% de la formación de compañeros de apoyo

El programa va dirigido a los nuevos usuarios del centro, por lo que para poder participar en el programa deberán ser usuarios que recién acaban de ingresar al recurso y que padecen un TMG

A ambos participantes se les consultará previamente si quieren poner en marcha sus funciones de compañero de apoyo al usuario experto y también se le preguntará al nuevo usuario si quiere tener el apoyo de un compañero dejando en todo momento su libre decisión.

Otra figura que aparece en el programa es la de facilitador o dinamizador. Esta persona es la que se va a encargar de desarrollar las sesiones de formación previa. Será un profesional del centro donde se pretende implantar. Es necesario que su formación sea de terapeuta ocupacional o psicólogo o educador/a social o trabajador/a social. La decisión de quien asumirá este puesto será de la dirección del centro.

## **5. PROGRAMA ACOGIDA PACIENTE EXPERTO**

Desde el Programa de Acogida que se presenta a continuación, se pretende mejorar la vinculación al recurso de las personas que van a ingresar en el Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de la Fundación Rey Ardid en la ciudad de Zaragoza. Serán usuarios ingresados los que asumirán un rol de compañero de apoyo durante el ingreso al recurso. Se plantea que para ejercer dicho rol será necesario someter a estos usuarios a una previa formación para que adquieran las habilidades necesarias y actúen como compañeros de apoyo en el proceso de incorporación y adaptación de los nuevos usuarios.

El programa se ha planteado en las siguientes fases:

- Selección del paciente experto
- Diseño de una formación que engloba los puntos claves que debe conocer el paciente experto
- Preparación de la organización del horario en el que se impartirán las sesiones de formación
- Desarrollo de las sesiones formativas impartidas por un/a trabajador/a social
- Realización de “simulacros” para evaluar si el paciente experto está preparado para recibir a un nuevo usuario
- Protocolo de acogida

### 5.1. FORMACIÓN PREVIA AL PACIENTE EXPERTO

Para que el presente programa tenga unos resultados eficaces se deberá formar a los pacientes expertos seleccionados. Los criterios de selección están definidos en el cuarto apartado. La formación tiene un total de 5 sesiones de una hora de duración cada una, que se distribuirán a lo largo de 5 semanas, realizadas semanalmente. Se plantea que dichas sesiones tengan una hora de duración ya que se quiere adaptar a la duración que tienen el GAM en el centro.

Las sesiones incluirán una parte teórica y otra práctica, el número de pacientes se ha limitado a los participantes del Grupo de Ayuda Mutua, siendo 10 usuarios. Dicho paciente experto actuará como un referente para el nuevo usuario en el recurso. Su función más importante será participar en la acogida inicial del nuevo usuario. En la siguiente *Tabla 1* se plasman cuales son las funciones que deberá desempeñar el paciente experto del presente programa.

*Tabla 1: "Funciones del paciente experto dentro del programa":*

<b>Funciones del paciente experto dentro del programa</b>
Realizar la acogida inicial al nuevo usuario
Presentar a los trabajadores del recurso y al resto de compañeros ingresados en el recurso
Mostrar el centro y explicar los servicios ofrecidos por la Fundación
Explicar cada una de las actividades que se ofertan en el centro
Ayudar a elegir las actividades que realizará el nuevo usuario
Acompañar al nuevo usuario en sus primeros días a las actividades

## 5.2. ESTRUCTURA DE LA FORMACIÓN

La formación se divide en cinco sesiones que abordarán los siguientes contenidos: funcionamiento del Centro de Día , la ayuda mutua, la recuperación y claves para realizar una buena acogida.

Tabla 2 “Estructura de las Sesiones Formativas”:

SESIÓN	CONTENIDO
SESIÓN 1	Descripción de la formación y exponer el objetivo del programa.
SESIÓN 2	Funcionamiento de la Fundación Rey Ardid, más en profundidad el Centro de Día.
SESIÓN 3	Crear su línea de vida.
SESIÓN 4	Entrenamiento de cómo realizar la acogida
SESIÓN 5	Recapitulación y evaluación

La formación estará orientada por una metodología participativa, mediante la realización de debates, actividades grupales y juegos de rol apoyándose en algunos casos de contenidos teóricos. Es importante tener en cuenta que siempre se va a priorizar las preferencias y capacidades del grupo y del recurso en el que se va a implementar el programa. Esta formación tiene como idea principal que los usuarios del Grupo de Ayuda Mutua mejoren sus habilidades comunicativas para actuar como pacientes expertos, poniendo en valor su experiencia personal.

Las sesiones impartidas por tanto tratarán contenidos que faciliten la adquisición de competencias necesarias para que nuestro paciente experto esté cualificado para asumir el rol de receptor del recurso. Cada una de las sesiones tendrá una duración de una hora, ya que la duración se ha querido adaptar al horario del GAM del recurso. Se desarrollarán los martes a las 12: 00 durante cinco semanas, en una de las salas disponibles en dicho horario en el Centro de Día. Todas las sesiones tienen una estructura similar:

- Objetivos
- Descripción
- Actividades

Se comenzará siempre recapitulando sobre lo que se trabajó en la sesión anterior e indicando que es lo que se va a trabajar en la sesión nueva. Al finalizar también se realizará una síntesis sobre lo trabajado en esa sesión, ofreciendo de forma voluntaria que cada uno de los participantes expresen su opinión de como se ha sentido y lo que ha aprendido.

Para el desarrollo de la formación los recursos necesarios serán los siguientes, por un lado haciendo referencia a los recursos personales, se necesitará a un profesional con titulación universitaria (trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional o enfermero) y a un total de 10 usuarios ingresados en el recurso. En cuanto a los recursos materiales se necesita: una sala habilitada con mesas y sillas, pizarra, bolígrafos, carpetas, pegatinas y fotocopias del material que conforma el dossier del compañero de apoyo. (ANEXOS del IV al XIII).

### **SESIÓN 1: “Primer Encuentro Formativo: Conociendo Nuestro Propósito”**

Tabla 3 : “Descripción Sesión 1”

<b>Actividades</b>	<b>Duración Aproximada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
1.1. Introducción.	30 minutos	Explicar en qué consiste la formación	Hoja 1 y 2
1.2. ¿Por qué yo?	25 minutos	Comentar que espera cada uno de los participantes de la formación.	Hoja 1 y 2
Reflexión Sesión 1	5 minutos	Realizar un breve resumen de lo hablado en la primera sesión	

#### **Objetivos:**

El objetivo principal es comprender cuál es la finalidad de la formación y cuál es su papel una vez termine dicha formación.

#### **Descripción:**

Durante esta primera sesión, nos enfocaremos en fortalecer la conexión y el compromiso de los participantes.

Se dedicará a explicar la formación a los usuarios participantes. Son usuarios que ya se conocen entre sí ya que se juntan todos los martes en el Grupo de Ayuda Mutua por lo que no es necesaria una presentación, pero en caso de que se quisiera utilizar este programa con nuevos pacientes expertos sí que sería necesaria una presentación.

La profesional que va dirigir las sesiones se presenta dando su nombre y explicando cuál es su profesión y su función dentro del recurso.

*Ej. Buenos días, hoy vamos a comenzar con la formación para que os convirtáis en “usuarios receptores” y seré yo la que os de las claves para que luego seáis vosotros los que ayudáis a los nuevos usuarios que ingresen en el centro.*

Es primordial hacer hincapié de lo importante que es para su recuperación compartir información entre ellos. Se dirán cuales son las expectativas de la formación, priorizando la participación, la puntualidad, la confidencialidad, el trabajo personal de uno mismo y la evaluación.

## **Actividades:**

### **- Actividad 1.1. Introducción.**

Descripción de en qué consiste la formación. De forma oral el o la profesional explica en qué consiste la formación, para que los usuarios tengan un elemento de apoyo se les entrega las primeras hojas que formarán su memoria del programa. Una primera hoja (ANEXO V) donde se describe el programa y se les pregunta qué esperan de la formación y una segunda hoja (ANEXO VI) donde aparece la temporalización. En esta segunda hoja donde aparecerá la temporalización también se decidirán en consenso las normas básicas de la formación. Las normas no serán estrictas pero se deberá tener en cuenta factores como la puntualidad, la participación y la confidencialidad. Se pedirá también que completen el "Consentimiento Informado" (ANEXO XIII)

Ejemplo:

*El presente programa nace con la idea de que el apoyo entre iguales es clave para la recuperación de muchas personas. Esta formación va dirigida en concreto a vosotros al ser miembros del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Día y padecer una enfermedad mental.*

*El objetivo es que adquiramos las habilidades y conocimientos necesarios para actuar como receptores de nuevos pacientes en el Centro de Día. Vuestra función será proporcionar apoyo en el momento de la incorporación y adaptación al recurso del nuevo paciente.*

*El programa tiene un total de cinco sesiones que se van a realizar una vez por semana, los martes a las 12:00 en el horario en el que se viene realizando el Grupo de Ayuda Mutua.*

*Durante las sesiones os iré repartiendo diversas fotocopias que deberéis guardar para poder tener una memoria de la formación y recurrir a ella en caso de que os surjan dudas. La primera hoja que os doy será la portada de vuestra memoria. Se explica de forma breve en qué consiste el programa. Me gustaría que respondierais también a la pregunta que aparece de ¿Qué espero de la formación?.*

*Una vez cada uno haya escrito las expectativas que tienen de la formación, daremos lugar a comentar la temporalización. Entregaremos calendario marcando los martes a las 12:00 como el día de la semana en el que se impartan las sesiones. Me gustaría que juntos pudiéramos acordar una serie de pautas que vamos a seguir durante todas las sesiones.*

Una vez finalice la actividad 1.1. Introducción, las hojas entregadas se guardarán dentro de una carpeta que estará marcada con el nombre de cada uno de los participantes.

Tiempo estimado: 35 mins

### **- Actividad 1.2. ¿Por qué yo?**

En la primera hoja entregada (ANEXO V) ya han escrito que esperan cada uno de los participantes que esperan de la formación. Se les dirá si quieren compartir sus expectativas con el grupo. Se irán anotando en la pizarra nombre del usuario y las expectativas que tiene del curso. Una vez participen todos se les pedirá que expresen cómo se sienten al conocer las expectativas del resto.

Una vez finalice la formación se revisarán para comprobar si se han conseguido cumplir.

Tiempo estimado: 20 minutos

- **Reflexión Sesión 1:**

En los últimos 5 minutos se realizará un breve resumen de lo hablado en la primera sesión. Se les irá preguntando de uno en uno qué es lo que han aprendido en la sesión. De esta forma podremos conocer si han comprendido en qué consiste la formación.

**SESIÓN 2: “Conociendo en profundidad el recurso ”**

Tabla 4: “ Descripción Sesión 2”:

<b>Actividades</b>	<b>Duración Aproximada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
2.1. ¿Qué sabes de la Fundación Rey Ardid?	30 minutos	Explicar los recursos que dispone la Fundación.	Hoja 3
2.2. Ponemos en común nuestro conocimiento del recurso	25 minutos	Explicar el recurso en el que se encuentran ellos ingresados, que es el Centro de Día.	Hoja 4
Reflexión Sesión 2	5 minutos	Realizar un breve resumen de lo hablado en la sesión.	

**Objetivos:**

El objetivo principal es que sean conocedores de todos los servicios que dispone la Fundación Rey Ardid, además de conocer en profundidad el recurso en el que se encuentran ingresados.

**Descripción:**

En esta segunda sesión, se va a dar a conocer el recurso de la entidad. Es primordial que conozcan la Fundación en profundidad para desempeñar sus funciones como paciente experto.

**Actividades:**

- **Actividad 2.1. ¿Qué sabes de la Fundación Rey Ardid?**

Para comenzar entregamos la tercera hoja de la memoria ( ANEXO VII) y preguntamos qué conocen ellos de la Fundación Rey Ardid. Hacemos la pregunta en voz alta y damos turno de palabra a cada uno de los participantes para que expongan que conocen ellos de la Fundación Rey Ardid.

Una vez todos hayan participado, leemos todos juntos el contenido de la hoja ( ANEXO VII) . En esta hoja aparece el organigrama del Centro de Rehabilitación y Atención Psicosocial, a través de este comentaremos los recursos que dispone la Fundación. Se realizará una descripción breve de cada uno de los recursos que dispone la Fundación.

Tiempo estimado: 30 minutos

- **Actividad 2.2. Ponemos en común nuestro conocimiento del recurso**

Una vez se hayan comentado los recursos que dispone la Fundación, nos centraremos en hablar del recurso en el que se encuentran ellos ingresados, que es el Centro de Día.

Entregamos la cuarta hoja ( *ANEXO VIII*) con la explicación del recurso y con un espacio en blanco para en grupo formular el funcionamiento del recurso. Iremos en grupo anotando en la pizarra las actividades que se realizan en el centro y los profesionales que las dirigen. En caso de que no digan alguna la nombraremos para que todos lo anoten en la hoja ( *ANEXO VIII*).

Tiempo estimado: 25 minutos

Ejemplo:

*La Fundación Rey Ardid es un conjunto de organizaciones sin ánimo de lucro que desarrolla actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de personas vulnerables, generando servicios y entornos facilitadores de una mayor autonomía personal, mediante una gestión eficiente de los recursos disponibles y situando a la persona en el centro de todas sus actuaciones. Fue creada en 1991 por Ramon Rey Ardid. Todo comenzó con la creación de la Unidad de Media Estancia de Salud Mental.*

*Podéis observar en el organigrama que se muestra en la fotocopia que os he entregado los diferentes recursos que tiene la Fundación, no se si los conocáis todos....*

*Me gustaría centrarme ahora en hablar del recurso del Centro de Día en concreto, que hablaríamos de cómo funciona este recurso, de las actividades que se ofertan en el momento y de los profesionales que trabajan. En la HOJA 4 que os voy a entregar hay espacio para ir apuntando tanto las actividades que se llevan a cabo día a día como los profesionales que trabajan en el recurso.*

- **Reflexión Sesión 2:**

En los últimos 5 minutos se realizará un breve resumen de lo hablado en la sesión. Se hará la pregunta de si han conocido algo nuevo que desconocían del recurso y de la Fundación Rey Ardid. *¿Qué habéis aprendido sobre la Fundación Rey Ardid que hasta ahora no sabíais o conocíais?*

### **SESIÓN 3: La recuperación, construyendo nuestra línea de vida**

Tabla 5: "Descripción Sesión 3"

<b>Actividades</b>	<b>Duración Aproximada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
3.1. Mi línea de vida	30 minutos	Completar de forma individual una línea de vida.	Hoja 5
3.2. Reflexionando sobre la línea de vida	25 minutos	Comentar en grupo la línea de vida.	Hoja 5
Reflexión Sesión 3	5 minutos	Realizar una reflexión de cómo se han sentido en la sesión.	

#### **Objetivos:**

Los objetivos son que los usuarios reflexionen sobre su propio proceso hacia la recuperación a través de la creación de una línea de vida y promover el intercambio de experiencias entre los usuarios fomentando un ambiente de ayuda mutua.

#### **Descripción:**

En esta tercera sesión, se centra en la creación de una línea de vida, donde los usuarios identifican los momentos clave de su vida y su trayectoria con la enfermedad.

#### **Actividades:**

##### **- Actividad 3.1. Mi línea de vida**

Para comenzar entregamos la quinta hoja de la memoria (*ANEXO IX*) En esta hoja cada usuario tiene una línea recta de color azul. El comienzo de esta línea se contextualiza con su nacimiento y el final con el momento presente. En esta recta deben señalar los acontecimientos y las vivencias que ellos destacan como más importantes en su vida. Se espera que en todas las líneas quede reflejado el momento en el que cayeron enfermos o cuando comenzaron a tener contacto próximo con la salud mental, para que de esta forma se pueda reflexionar sobre cómo fue su forma de afrontarlo y poder trabajar con ellos temas como: los elementos que beneficiaron o perjudicaron su diagnóstico, cómo se sintieron, en quien se apoyaron o que consejos le darían a su yo del pasado.

Ejemplo:



Tiempo estimado: 30 minutos

- **Actividad 3.2. Reflexionando sobre la línea de vida**

Una vez que cada uno de los usuarios haya realizado su línea de vida, se dará lugar a la reflexión. Se irán formulando las siguientes preguntas:

- *¿Cuáles crees que han sido los momentos más significativos en tu vida hasta el día de hoy?*
- *¿Qué momentos o situaciones crees que marcaron un punto de inflexión en tu proceso hacia la recuperación?*
- *¿Cómo enfrentaste el momento en el ingresaste por primera vez en un recurso de salud mental? ¿En quién te apoyaste?*
- *¿Cómo os sentís al echar la vista atrás y ver todo lo que habéis vivido y lo que habéis conseguido?*
- *¿Cómo os está ayudando formar parte del Grupo de Ayuda Mutua durante el proceso?*
- *¿Qué consejos les darías a personas que están pasando por situaciones similares?*

Se pedirá que comiencen de forma voluntaria a exponer los momentos más significativos que han marcado dentro de la recta temporal. Se fomentará la participación de todos los usuarios para que, de forma voluntaria, compartan con el grupo su experiencia vital.

Una vez todos los usuarios hayan tenido la oportunidad de participar, se procederá a formular las preguntas planteadas anteriormente. El propósito de formular estas preguntas es que los usuarios sean capaces de identificar cuáles fueron los hitos que condujeron a su enfermedad, así como los momentos que les ayudaron a afrontarla. Además, al ir respondiendo a estas preguntas, podrán reflexionar sobre su progreso y los cambios positivos que han ido experimentando desde que ingresaron en el actual recurso. Con esta actividad de reflexión podrán tomar conciencia de su capacidad para superar momentos difíciles y observar cómo han mejorado desde que ingresaron. Podrán darse cuenta de que ellos mismos tienen la capacidad de ofrecer apoyo a otros que se encuentran en una situación similar a la de ellos, ya que ellos ya se han enfrentado a algo parecido. Por último, les ayudará a los participantes a mejorar sus habilidades de comunicación. Entrenarán su forma de hablar en público al exponer sus líneas vitales con el resto de compañeros, contribuyendo a desarrollar una mayor seguridad en situaciones futuras.

Tiempo estimado: 25 minutos

- **Reflexión 3:**

En los últimos 5 minutos de la sesión, se les pedirá que expresen cómo se han sentido al dibujar su línea de vida, comentarla con el resto y cómo se han sentido al conocer la historia de sus compañeros.

## **SESIÓN 4: Entrenamos nuestro rol en la acogida**

Tabla 6: "Descripción Sesión 4"

<b>Actividades</b>	<b>Duración Aproximada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
4.1. Pautas para realizar la acogida	20 minutos	Informar de las pautas para ejercer una nueva acogida.	Hoja 6
4.2. Role-playing acogida al recurso	20 minutos	Realizar role- playing simulando la acogida.	
4.3. Simulacro de acogida y reflexión	20 minutos	Una pareja realizará una demostración de la acogida al nuevo usuario mostrando el recurso. Se acabará con una reflexión.	

### **Objetivos:**

El objetivo es que los usuarios practiquen sus funciones como compañero de apoyo en el momento de realizar la acogida al nuevo usuario.

### **Descripción:**

En esta cuarta sesión, se centra en conocer cuales son las pautas para realizar la acogida y la realización de role-playing sobre el primer contacto con el nuevo usuario.

## Actividades:

### - Actividad 4.1. Pautas para realizar la acogida

Se va a dedicar la primera parte de la sesión a que de forma conjunta se expongan cuales son las pautas que deberán tener en cuenta al realizar la acogida del nuevo usuario. Se irán anotando en la pizarra todas las intervenciones que vayan realizando los usuarios. Deberán quedar reflejadas estas pautas en su memoria por lo que en la sexta hoja (ANEXO X) irán anotando ellos mismos las pautas. Una vez hayan participado se realizará una recapitulación. Se debe dejar claro que en el primer contacto con el usuario deberán presentarse, explicar cuál es su función y enseñar el centro. La profesional hará un ejemplo en forma de teatro de cómo se debe realizar la presentación y la primera toma de contacto. (ver Ejemplo)

Tiempo estimado: 20 minutos

#### *Ejemplo:*

*Hola, soy Paula y voy a ser tu compañera de apoyo en el Centro de Día. Llevo viniendo aquí desde hace 3 años y la verdad es que desde que vengo aquí estoy mucho mejor. Tengo una enfermedad mental hace años.... Ahora mismo me siento mejor que nunca, poder ayudar a otras personas que están pasando por lo mismo que yo me hace sentirme muy bien. Cuando entré aquí me daba mucho miedo ya que no sabía lo que me iba a encontrar así que entiendo un poco lo que estás pasando. ¿Cómo te llamas tú? .....*

*Si te parece te enseño el centro y te explico un poco las actividades que se hacen aquí a ver si te llama la atención alguna. A mi por ejemplo me encanta la actividad de dibujo, hay muy buen rollo con los compañeros y la monitora nos deja total libertad para aumentar nuestra creatividad... Mira aquí en el pasillo está el horario de las actividades que hay en el centro, luego si quieres nos sentamos y te voy explicando lo que se hace en cada una de ellas....*

*Esta es la sala del taller ocupacional, ahora están montando unas piezas que se utilizan en el montaje de coches....*

### - Actividad 4.2. Role-playing acogida al recurso

Se van a realizar teatros simulando el primer encuentro con el nuevo usuario. Se formarán parejas, uno de la pareja asumirá el rol de nuevo usuario y el otro tendrá que interpretar el papel del compañero de apoyo. Se dejarán 10 minutos para que cada uno de los miembros de la pareja practique cómo realizar la acogida.

Tiempo estimado: 20 minutos

### - Actividad 4.3. Simulacro de acogida y reflexión

Se pedirá que una de las parejas haga la demostración al resto de compañeros de cómo se realizará la acogida del nuevo usuario. Esta demostración la realizan dos usuarios y se hará fuera de la sala, implicando que se enseñe el recurso y se haga una demostración real. Una vez finalice esta demostración se hará en la sala una reflexión final.

Tiempo estimado: 20 minutos

## **SESIÓN 5: Fin de la formación, evaluación**

Tabla 7: “ Descripción Sesión 5”

<b>Actividades</b>	<b>Duración Aproximada</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>
5.1. Reflexionando sobre lo aprendido	30 minutos	Revisar sus expectativas iniciales y recapitulación, destacando sus funciones como paciente experto.	Hoja 1 y Hoja 7
5.2. Feedback de la formación: Pasamos “Cuestionario sobre el Grado de Satisfacción”	25 minutos	Completar “Cuestionario sobre el Grado de Satisfacción”.	“Cuestionario sobre el Grado de Satisfacción”(ANEXO XII)
Reflexión 5	5 minutos	Expresar cómo se han sentido y dar su opinión sobre la formación.	

### **Objetivos:**

El objetivo es que los usuarios reflexionen sobre la formación y evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios.

### **Descripción:**

En esta última sesión, nos centramos en reflexionar sobre lo aprendido y realizar una evaluación de toda la formación.

#### **- Actividad 5.1. Reflexionamos sobre lo aprendido**

Se pedirá que acudan a su primera hoja de la memoria (ANEXO V) para ver si se han cumplido con las expectativas que plantearon al inicio de la formación. Se aprovechará para hacer una recapitulación de las sesiones realizadas. Nos detendremos en recalcar cuales van a ser sus funciones como pacientes expertos, para ello entregaremos la séptima hoja (ANEXO XI) donde están plasmadas las funciones que deben asumir.

Tiempo estimado: 30 minutos

- **Actividad 5.2. Feedback de la formación: Pasamos “Cuestionario Grado de Satisfacción”**

Se entregará a los usuarios un cuestionario (*ANEXO XII*) para que lo completen y de esta forma valoren la formación.

Tiempo estimado: 25 minutos

- **Reflexión 5:**

En los últimos 5 minutos de la sesión, se les pedirá que expresen cómo se han sentido a lo largo de la formación y su opinión acerca de la formación dando lugar a que expresen todo aquello que piensan que pueda ser relevante para ejercer sus funciones futuras, de esta forma se da la oportunidad de que expresen sus pensamientos y sentimientos de manera abierta.

### **5.3. EVALUACIÓN DEL APROVECHAMIENTO DE LA FORMACIÓN**

Para realizar la evaluación de los participantes en las sesiones formativas se hará uso de una escala de tipo Likert. Teniendo en cuenta los siguientes indicadores: Participación, Comprensión de contenidos y Habilidades de Comunicación. Se deben puntuar dichos indicadores del 1 al 5 (siendo 1 muy baja y 5 muy alta). Se utilizará una *Tabla de evaluación sesiones formación (ANEXO II)*. Además, en esta misma tabla hay un espacio para redactar posibles observaciones. Para interpretar las puntuaciones se hará uso de *Rúbrica para realizar la valoración de los indicadores (significado de la puntuación) (ANEXO I)*.

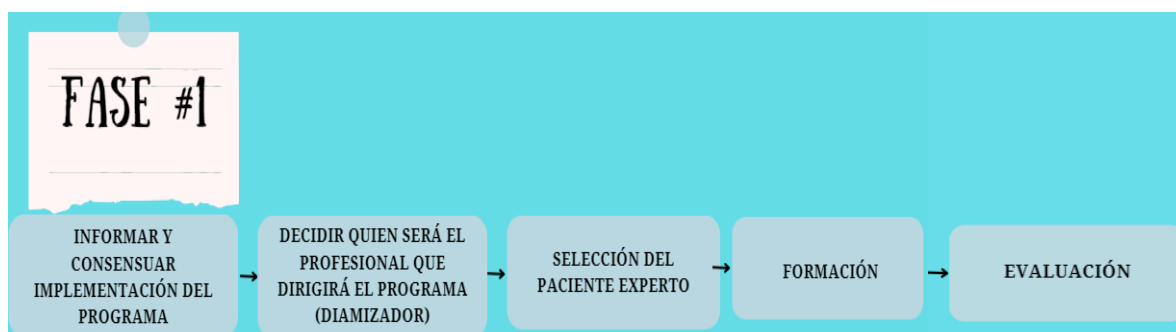
Dicha evaluación servirá para que una vez finalice la formación el profesional que imparte las sesiones valore si el paciente ha aprovechado la formación o por el contrario debe someterse nuevamente a la formación. Se considerará que no ha aprovechado la formación en caso de que los usuarios tengan uno de los indicadores (participación, comprensión de contenidos o habilidades de comunicación) con una puntuación de uno y que tenga dos de los indicadores con una puntuación menor a tres, en cualquier caso esta medida es orientativa ya que la decisión final será del equipo de profesionales en el momento que se reúnan para presentar el nuevo caso.

#### 5.4. PROTOCOLO DE INSERCIÓN DEL PROGRAMA DE ACOGIDA

Dicho programa se plantea en dos fases, una primera fase dedicada a la inserción del programa de acogida en el recurso y una posterior donde se deja reflejado como se incluye la figura del paciente experto en la acogida.

En primer lugar, se debe informar y consensuar la implementación del programa en la entidad elegida. De forma previa el equipo de profesionales del recurso deberá decidir quién será el profesional encargado de ejercer la función de dinamizador/ a del programa. Se deberá también informar y preguntar a los participantes del grupo de ayuda mutua para poder consensuar con ellos la participación en la previa formación y posteriores funciones como compañeros de apoyo. Una vez estén todos los usuarios informados se podrá dar comienzo a la formación. Tras las sesiones formativas, será el equipo de profesionales quien valorará siguiendo los criterios orientativos sobre la puntuación de los indicadores si los usuarios están preparados para ejercer las funciones de paciente experto. En la siguiente figura se muestra esta primera fase detallando cada uno de los pasos para incluir el programa en el centro.

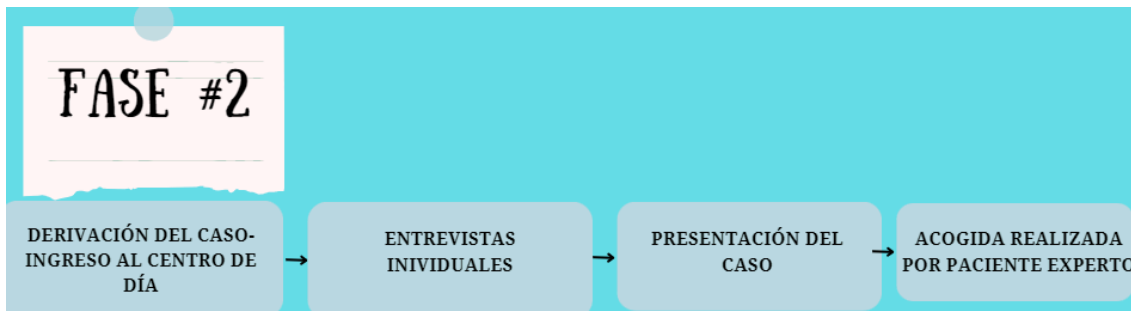
Imagen 2: Fase 1 “Inserción del programa en la entidad”



Fuente: Elaboración propia.

Con la puesta en marcha del programa, el recurso incluirá la figura del compañero de apoyo en el protocolo de ingreso al centro. Cuando llegue un/a nuevo/a usuario/a por derivación de una de las Unidades de Salud Mental existentes, se realizarán las entrevistas individualizadas con psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. En la entrevista con el o la trabajadora social se le comentará la existencia de este programa proponiendo la participación. Tras estas entrevistas iniciales el equipo profesional se reunirá para hacer la presentación del caso y decidirá, según los intereses y las características del nuevo paciente, quien será su compañero/a de apoyo. Posteriormente tras las primeras entrevistas con los distintos departamentos, en caso de que el nuevo paciente haya aceptado participar en el programa, se concretará el día que ingresará en el centro con el paciente experto. Así pues se ha elaborado al igual que para la primera fase una figura que muestra los pasos a seguir en la acogida realizada por el paciente experto con el nuevo ingreso.

Imagen 3: Fase 2 “Acogida realizada por el paciente experto en el nuevo ingreso”



Fuente: Elaboración propia

En este primer contacto de ambos, el compañero/a de apoyo iniciará una conversación para conocerse entre ellos y será el encargado de enseñarle las distintas salas del centro y las actividades que se desempeñan, es decir, pondrá en marcha sus funciones como compañero de apoyo plasmadas ya en puntos anteriores.

## 6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación final del programa formativo la realizarán los participantes a través de un cuestionario sobre el grado de satisfacción (*ANEXO XVII*). Este cuestionario se ha diseñado con el propósito de conocer la utilidad que ha tenido la formación, las posibles mejoras que creen que podrían ayudar a formaciones futuras y saber si los usuarios se sienten capacitados para desarrollar su rol como paciente experto. El cuestionario está formado por un total de cuatro preguntas abiertas, ya que se piensa que la mejor forma para conocer su opinión con respecto a la formación es a través de la formulación de preguntas cualitativas y de respuesta libre.

Para evaluar los resultados del programa se ha planteado que la mejor opción es realizar un cuestionario cualitativo, a través de “Formulario de Google” con preguntas abiertas. Estas preguntas estarán orientadas a conocer si el desarrollo del programa ha cumplido con los objetivos prefijados, es decir, si ha facilitado la vinculación del recurso para los nuevos usuarios y si ha tenido beneficios para los usuarios que han desarrollado sus funciones de paciente experto. Dicho cuestionario se pasará una vez hayan pasado al menos seis meses desde que se incluya el programa en el recurso, tanto a los nuevos usuarios como a aquellos que han ejercido como compañero de apoyo.

## 7. CONCLUSIONES:

Para comenzar, como se ha comentado con anterioridad el presente programa tiene como objetivo facilitar la vinculación al recurso del nuevo usuario y empoderar a los usuarios que ya están ingresados. Por lo que con la revisión bibliográfica realizada podemos afirmar que este programa igual que otros que incluyen a pacientes expertos en el área de la salud mental tendrá grandes beneficios en la intervención con TMG. Los usuarios con TMG indican altos niveles de aislamiento social y red social pobre, muchas veces únicamente su familia, lo que genera soledad y depresión (Carretero y Rullas, 2006). Por ello cuando ingresan a un recurso donde no conocen a nadie, el hecho de relacionarse con el resto de compañeros y adaptarse al nuevo recurso les puede resultar más costoso debido a su enfermedad.

Otro de los aspectos a destacar son las consecuencias positivas que tendrá la implementación del programa en el recurso. Se destaca la brevedad del programa llegando a ocupar únicamente cinco semanas y el bajo coste económico que tiene su implementación, por lo que se trata de un programa breve, sencillo y coste efectivo. Esta efectividad se ve reflejada en el uso de una metodología participativa donde los participantes podrán utilizar su experiencia personal dentro de la enfermedad mental como un recurso personal para dar apoyo a otros iguales que ellos.

Además se ha diseñado con la posibilidad de que se pueda adaptar a otro recurso que tenga unas características similares, permitiendo que otros centros se beneficien de las ventajas que tiene incluir la ayuda de un compañero de apoyo en el ingreso de un nuevo usuario.

En relación a las limitaciones que presenta el programa como punto de partida la que tiene mayor peso es la falta de tiempo para poner en práctica el programa y conocer si el programa funciona y cumple con los objetivos establecidos. Otra limitación a destacar es el contenido de la formación previa, se plantea que podría añadirse una formación complementaria que cubriera aspectos como la resolución de problemas en situaciones de crisis. Además debemos contemplar que puede llegar el momento que ingrese un nuevo usuario y que no tengamos a ningún paciente experto capacitado para realizar la acogida dando como consecuencia el no poder desarrollar la acogida. Ante esta situación el ingreso se realizaría siguiendo la forma tradicional de llegada al recurso. Para evitar esta situación se contempla ya en los criterios de selección de paciente experto escoger a diez usuarios que participan en el GAM del Centro de Día, ya que son los usuarios que tienen un mejor pronóstico y responsabilidad dentro del centro.

Para finalizar se considera que a pesar de las limitaciones que puede tener la puesta en marcha del presente programa de acogida implementado por paciente experto. Gracias a la figura de un paciente experto, que tiene experiencia tanto en salud mental, como en la ayuda mutua y que además ha vivido en el pasado situaciones similares a las del nuevo paciente, la vinculación al recurso del nuevo paciente será más ventajosa pudiendo ayudar a ambos usuarios en su recuperación.

## 8. BIBLIOGRAFÍA:

- Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat*, 22, 409-418.
- Agrest, M. y Stastny, P. (2013). Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat*, 24(112), 410-416.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 6ta*. Fidas G. Arias Odón.
- Asociación Española de Fundaciones (2013). *La Fundación: concepto, constitución y régimen sustantivo y tributario*. Asociación Española de Fundaciones
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. AEN.
- Asociacionpasoapasoaragon, V. T. L. E. (2021, 4 abril). *NUEVO GAM (GRUPO DE AYUDA MUTUA)*. Asociación Paso A Paso Aragón. <https://pasoapasoaragon.wordpress.com/2020/12/05/nuevo-gam/>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press.
- Bono del Trigo, A., Navarro, B. y Mena, A. (2011). Informe. Evaluación del proyecto ayuda mutua entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental ANDALUCÍA. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., & Dores, A. (2016). *Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 97-110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.06.002>
- Carretero, G. y Rullas, M. (2006). Gonzales, J. y Rodríguez, A. (Coords.). Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. Capítulo 11: Habilidades sociales. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de persona con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Madrid: B.O.C.M.
- Chico, M. (2007). Los trastornos mentales severos: concepto, características y clasificación. En F. Lezcano y M.A. Martínez (Coord.) *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 15-37). Caja de Burgos.
- Christie, L., Smith, L., Bradstreet, S., Orihuela, T., Conde, H., Marcos, S., & Tascau, L. (2015). Peer2peer. Curso de formación profesional. *Glasgow: Scottish Recovery Network*.

COULTER A. Engaging Patients In Their Health: How The Nhs Needs To Change. Oxford (UK): Picker Institute, 2007. Disponible en: <https://picker.org/wp-content/uploads/2022/01/Engaging-patients-in-their-healthcare-how-is-the-UK-doing-...pdf>

Davidson, L, Tondora, J, Staeheli Lawless, M, O'Connell, M J and Rowe, M (2009) Recovery Orientated Practice, Oxford University Press.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. y Miller, R. (2009). Apoyo de compañeros entre las personas con enfermedades mentales graves: un análisis de evidencia y experiencia. *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 10(2), 123-128.

Del Río, F. y Carmona, J. (2012). Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional. En En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 341-355). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Department of Health. The expert patient: A new approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. London (UK): 2001.

Desviat M. (1995) La Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ediciones Dor.

Dilk, M.N. y Bond, G.R. (1996). *Meta-analytic evaluation of skills training research for persons with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1346

Eiroa-Orosa, F. J., & Sánchez-Moscona, C. (2023). 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 colectiva*, 19, e4252.

Elvira, O.A. (2007). Una mirada resignificada, a la luz de los aportes de PichonRivière. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 29(3), 661- 678.

Espinosa-López R. ¿Qué Es El Trastorno Mental Grave Y Duradero? ¿What Is a Severe Mental Disorder? *Rev Psicol y educación*. [Internet] 2017;16(1):4-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7428605.pdf>

Esquer Terrazas, I., Fernández Martín, L. y López Gómez, D. (2015). *Nuevos abordajes en la Rehabilitación Psicosocial: la recuperación, a propósito de un caso*. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5071175>

Farkas, M, Gagne, C., Anthony, W.A., Chamberlin, J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, vol 41, no 2. April, pg 141-158, 2005

Farkas, M.G. (2007). *Social Software in Libraries: Building Collaboration, Communication, and Community Online*. Medford, NJ: Information Today.

Fernández, G. T. & López, P. A. (2006). Trabajo social con grupos. España, Editorial Alianza.

Franco, M. (2007). Evolución de la reforma psiquiátrica e inicio de la reforma psiquiátrica. En F. Lezcano y M.A. Martínez (Coord.), *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 55-80). Caja de Burgos.

Fundación Rey Ardid. (2023). Cuaderno Identidad <https://www.reyardid.org/wp-content/uploads/2021/01/Cuaderno Identidad-web.pdf>

Fundación Rey Ardid (2022) Memoria de Actividades [https://www.reyardid.org/wp-content/uploads/2023/09/FRRA-MEMORIA-2022v7\\_pdf\\_compressed2.pdf](https://www.reyardid.org/wp-content/uploads/2023/09/FRRA-MEMORIA-2022v7_pdf_compressed2.pdf)

Fundación INTRAS (Coord.) (2015). Peer2peer. Curso de formación profesional. Disponible en <https://cutt.ly/2hxyvIA>

Gillard, S. y Holley, J. (2014). *Peer workers in mental health services: literature overview. Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292. doi: 10.1192/apt.bp.113.011940

Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 21–27. <https://doi.org/10.1176/ps.32.1.2>

Gómez Lavin, Carmen y Zapata García, Ricardo (2010): *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Ediciones Eunate, S.A.

González, A. R. (2007). Rehabilitación psicosocial y atención social comunitaria a las personas con enfermedades mentales crónicas de la Comunidad de Madrid. In *Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave* (pp. 81-132). Fundación Caja de Burgos.

González, R. Z. (2017). Formación en ayuda mutua para usuarios/as con TMS de entidades sociales. In IV Jornadas de doctorandos de la Universidad de Burgos: Universidad de Burgos, 13 y 14 de diciembre de 2017 (pp. 317-327). Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional.

González Mestre, A. Programa Paciente Experto Catalunya®: una estrategia para potenciar la autorresponsabilidad del paciente y el fomento del autocuidado. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2012.

Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Díaz de Santos.

Harrington, S. y Restrepo-Toro, M.E. (2013). Pares como compañeros de trabajo: entendiendo y respetando sus funciones. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(112), 440-444.

Hernández, F., & Fernandez, C. (2003). Baptista (2014) Metodología de la investigación. *México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana Editores, SA*.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. *Colección Documentos Serie Documentos Técnicos*. N.º 21005. Madrid: ARTEGRAF, S.A

Instituto nacional de estadística (2019). En línea, recuperado el 15 de febrero de 2021 de: <https://www.ine.es/>

International Association of Peer Supporters (iNAPS) (2018). What is peer supporter? <https://cutt.ly/rhxe8rB>

Katz, A. (1981). Self-help and mutual aid: An emerging social movement?. *Annual review of sociology*, 7(1), 129-155.

*La figura del agente de apoyo mutuo en salud mental - Blog del Creap Valencia Instituto de Mayores y Servicios Sociales.* (González, Ayuso, 2023). Blog del Creap Valencia. <https://blogcreap.imserso.es/-/agente-apoyo-mutuo-salud-mental>

Lezcano, F. (2006). *Análisis de necesidades de las personas con enfermedad mental grave y prolongada en Castilla y León*. Universidad de Burgos.

Lezcano y M.A. Martínez. (Coord.). Conocer y aceptar: el reto de trabajar con personas con enfermedad mental grave (pp. 83- 131). Caja de Burgos

Lieberman, R.P., DeRisi, W.J. y Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for Psychiatric patients*. New York: Pergamon.

Lieberman, R.P., Kopelowicz, A. y Silverstein, S.M. (2005). Psychiatric rehabilitation. En B.J. Sadock V.A. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 3884-3930) Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S. & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(39). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>

López, M. y Laviana, M. (2017). Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 257-276.

María-Sampietro, H., y Carbonell-Ferrer, C. (2014). Documento guía para la constitución y gestión de los grupos de ayuda mutua en salud mental. *ActivaMent Catalunya Associació*, 3-15

Martín, I. (2022, 8 septiembre). *Acuerdo profesional para añadir una figura a la Estrategia de Salud Mental*. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/acuerdo-profesional-para-anadir-una-figura-a-la-estrategia-de-salud-mental-651>

Mayorales, F. (2000). Rehabilitación Psicosocial: hacia una práctica basada en la evidencia. En *Libro de Ponencias del XXI Congreso de la AEN*. Santiago de Compostela

Mead, S., Hilton, D. y Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134-141

Mendoza-Cárdenas, E., Yáñez-Soto, M., y Vitela-Hernández, P. (2021). Grupos de ayuda mutua, una estrategia de intervención social en entornos virtuales. *Revista realidades: Revista de la Facultad de Trabajo social y Desarrollo Humano*, 1, 81-101.

Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. 2017- 2018. 2017; 21-25.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2012). Research to Improve Health and Longevity of People with Severe Mental Illness.

Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Orihuela, T., Conde, H. y Marcos, S. (2015). Peer2peer, Curso de formación profesional. Scottish Recovery Network.

Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C. y Flores, P. (2010). *El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109-123.

Palomer, E., Izquierdo, R., Masferrer, C. y Flores, P. (2011). Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. *Átopos salud mental comunidad y cultura*, 11, 5-17.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social. «BOE» núm. 289, de 3 de diciembre de 2013.

Reig Monteagudo, X., & Larraz Romeo, J. A. (2016). El paciente experto en personas con trastorno mental grave. El grupo de iguales como factor de recuperación. *Inf. psiquiátr*, 39-46.

Repper, J. y Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>

Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R. y Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. Centre for Mental Health

Ródenas, P., S. (1996). Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. *Alternativas*. Cuadernos de Trabajo Social. 4. 195-205. doi: 10.14198/ ALTERN1996.4.14

Rodríguez González, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

Sánchez, E. (2023, 15 junio). Grupos de autoayuda: ¿cuál es su utilidad? *La Mente Es Maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/grupos-de-autoayuda-cual-es-su-utilidad/>

SEMAP. El autocuidado en las personas con enfermedades crónicas. Cuadernos de Enfermería Familiar y Comunitaria. Madrid: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria; 2015.

Sepúlveda, R. y Minoletti, A. (2012). Planificación y programación en salud mental En M. Desviat y A. Moreno (Edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 115-125). Asociación Española de Neuropsiquiatría

Servicio Aragonés de Salud. (2023). *El Sector Sanitario de Zaragoza I*. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. Recuperado 13 de mayo de 2024, de [http://www.zaragoza3.es/Gerencia/Recursos/mapa\\_zaragoza1.htm](http://www.zaragoza3.es/Gerencia/Recursos/mapa_zaragoza1.htm)

Servicio Aragonés de Salud (2003). Programa de Rehabilitación y reinserción psicosocial en Salud Mental. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Gráficas Lema, S.L

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York. John Wiley & Sons, Inc., 18-26

Socialstyrelsen (2016). *Peer-støtte på det psykosociale og psykiatriske område - En inspirationsguide til udvikling og implementering af peer-støtte*. Socialstyrelsen. Disponible en: <https://cutt.ly/mhzp5DR>

Stastny, P. (2012). *Introducing peer support work in Latin American mental health services*. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 473-481. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400011>

University of Nebraska (2013). Nebraska peer support certification study. January 2014. University of Nebraska.

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.

Watson, E., Lambert, M. y Machin, K. (2016). *Peer support training: values, achievements and reflections*. *Mental Health Practice*, 19(9), 22-27. DOI: 10.7748/mhp.19.9.22.s20

Zabaleta González, R. (2021). Desarrollo y evaluación del Programa de formación ACOMPÁÑAME! implementado con personas con trastorno mental severo que participan en entidades sociales.

Zabaleta González, R., Lezcano Barbero, F., & Perea Bartolomé, M. V. (2021). Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria*, 38(2), 183-198.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225–245. oi:10.1001/archpsyc.1994.03950030061006

**9. ANEXOS:**

ANEXO I: Rúbrica para realizar la valoración de los indicadores (significado de la puntuación)

INDICADOR	VALORACIÓN
PARTICIPACIÓN	<p>MUY BAJA/1 : Se considerará que la participación es muy baja cuando el usuario no muestre interés en la actividad, no participe en las discusiones y no exprese ideas u opinión personal.  <i>Ejemplo: Usuario que permanece en silencio durante toda la sesión, no levanta la mano para contribuir en las discusiones, ni muestra interés en las actividades realizadas.</i></p>
	<p>BAJA/ 2: Se considerará que la participación es baja cuando el usuario contribuye de manera mínima en las discusiones de la sesión. Puede que participe de forma esporádica, mostrando un interés limitado.  <i>Ejemplo: Usuario que hace contribuciones breves durante la sesión, sin mostrar interés evidente en las actividades.</i></p>
	<p>REGULAR/ 3: Se considerará que la participación es regular cuando el usuario participe de manera aceptable en la aportación de ideas, mostrando un interés moderado en la actividad. Aporta ideas relevantes de manera ocasional y muestra disposición por participar.  <i>Ejemplo: Un usuario participa activamente en algunas partes de la sesión y aporta ideas relevantes, pero esto no se refleja durante toda la sesión, ya que participa de forma intermitente.</i></p>
	<p>BUENA/ 4: Se considerará que la participación es buena, cuando el usuario participa de manera activa y consistente en la actividad, mostrando un nivel alto de interés. Contribuye en los debates con ideas relevantes y enriquecedoras que aportan beneficios al desarrollo de la actividad.  <i>Ejemplo: Un usuario que se involucra de manera constante en los debates, aportando ideas y muestra un claro interés en la formación.</i></p>

	<p>MUY BUENA/ 5: Se considerará que la participación es muy buena cuando el usuario muestra un nivel excepcionalmente alto de involucramiento en la sesión, Contribuye de manera activa y destacada en todos los debates y discusiones, aportando ideas valiosas.</p> <p><i>Ejemplo: Un usuario que lidera la discusión de la sesión, motiva a otros a participar, no hay que darle la palabra para dar su opinión, aportando ideas innovadoras.</i></p>
<p>COMPRENSIÓN DE CONTENIDOS</p>	<p>MUY BAJA /1: El usuario demuestra una comprensión mínima o nula de lo que se pretende formar.</p> <p><i>Ejemplo: Un usuario parece confundido durante toda la sesión y no es capaz de explicar lo aprendido en la sesión.</i></p>
	<p>BAJA/ 2: El usuario muestra una comprensión parcial de los contenidos de la sesión, pero hay algunos conceptos malentendidos evidentes.</p> <p><i>Ejemplo: Un usuario puede entender los conceptos de la sesión, pero tiene dificultades para explicar dichos conceptos ya que no los ha captado bien..</i></p>
	<p>REGULAR/ 3: EL usuario demuestra una comprensión suficiente de los contenidos de la sesión, aunque puede haber algún área donde la comprensión es menos sólida o completa.</p> <p><i>Ejemplo: Un usuario es capaz de explicar el contenido impartido en la sesión pero tiene dudas en algún término.</i></p>
	<p>BUENA/ 4: El usuario muestra una comprensión clara y detallada de los contenidos trabajados en la sesión. Es capaz de explicar con precisión los conceptos trabajados.</p> <p><i>Ejemplo: Un usuario puede articular claramente los conceptos trabajados y explicar cómo se relacionan entre sí.</i></p>
	<p>MUY BUENA/ 5: El usuario muestra un nivel excepcionalmente alto de comprensión de los contenidos discutidos en la sesión. Puede comprender profundamente los conceptos trabajados y hacer conexiones significativas basando su experiencia personal.</p> <p><i>Ejemplo: Un usuario muestra un dominio completo de los contenidos ya que es capaz de utilizar y relacionar su propia experiencia para hablar sobre el concepto que se está trabajando.</i></p>

## HABILIDADES COMUNICACIÓN

MUY BAJA/1: El usuario muestra una falta significativa en el desarrollo de las habilidades de comunicación. Presenta dificultad para expresar sus ideas de manera clara y precisa, su comunicación es confusa. Además presenta una escasa capacidad para escuchar activamente a los demás, mostrando poca empatía en su discurso.  
*Ejemplo: : El usuario durante la sesión no articula sus ideas de manera comprensible y sus respuestas carecen de coherencia. Al incorporarse en la conversación del grupo aporta temas que no guardan conexión con lo que se está debatiendo.*

BAJA/2: El usuario tiene algunas habilidades de comunicación, pero necesita mejorar en varios aspectos. Se expresa de manera clara en algunas ocasiones, pero tiene dificultad para mantener coherencia en la comunicación. La escucha activa se muestra en algunas ocasiones y tiene dificultad para adaptarse a diferentes situaciones de comunicación.  
*Ejemplo: En una actividad de role-playing, el usuario muestra cierta capacidad para expresar sus sentimientos, pero se queda atascado y pierde el hilo de la conversación.*

REGULAR/3: El usuario tiene habilidades de comunicación adecuadas en la mayoría de las situaciones. En algunas ocasiones muestra escucha activa y una capacidad de reconducir la conversación razonablemente.  
*Ejemplo: En una sesión donde deben hablar de su proceso dentro de la recuperación, es capaz de explicar los desafíos vivimos durante su proceso pero su discurso no es del todo claro ni ordenado, se desvía hacia otros temas.*

BUENA/4: El usuario tiene habilidades de comunicación sólidas y efectivas en la mayoría de sus intervenciones. Utiliza un lenguaje coherente y es capaz de transmitir sus ideas de manera clara. Demuestra que es capaz de escuchar al resto de sus compañeros.  
*Ejemplo: Durante las sesiones donde se pide participación actúa como facilitador, es capaz de fomentar la participación del resto de miembros y se preocupa por la participación de todos.*

MUY BUENA/5: El usuario destaca en todas las situaciones por tener unas habilidades de comunicación excelentes. Es capaz de expresar lo que piensa de forma clara y concisa, usando un lenguaje adecuado al momento. Muestra una escucha activa con todas las aportaciones de sus compañeros.

*Ejemplo: Cuando el profesional pide que den su opinión y compartan su experiencia propia, sin problema se ofrece como voluntario y es capaz de exponer sus pensamientos de forma ordenada y clara. Muestra entendimiento y comprensión por las aportaciones del resto y es capaz de relacionar sucesos sin restar importancia al comentario de otro compañero.*

ANEXO II: "Evaluación sesiones formación"

Participante	SESIÓN Nº : "Título"				
Paciente Experto nº1	INDICADOR	VALORACIÓN			
	Participación	1	2	3	4 5
	Comprensión de contenidos	1	2	3	4 5
	Habilidades Comunicacionales	1	2	3	4 5
	Observaciones:				
Paciente Experto nº2	INDICADOR	VALORACIÓN			
	Participación	1	2	3	4 5
	Comprensión de contenidos	1	2	3	4 5
	Habilidades Comunicacionales	1	2	3	4 5
	Observaciones:				
Paciente Experto nº3	INDICADOR	VALORACIÓN			
	Participación	1	2	3	4 5
	Comprensión de contenidos	1	2	3	4 5
	Habilidades Comunicacionales	1	2	3	4 5
	Observaciones:				
Paciente Experto nº4	INDICADOR	VALORACIÓN			
	Participación	1	2	3	4 5
	Comprensión de contenidos	1	2	3	4 5

	Habilidades Comunicacionales	1	2	3	4	5
	Observaciones:					

ANEXO III: "Evaluación visión global de todas las sesiones"

PACIENTE	SESIÓN 1			SESIÓN 2			SESIÓN 3			SESIÓN 4			SESIÓN 5		
	P	C	H	P	C	H	P	C	H	P	C	H	P	C	H
P1															
P2															
P3															
P4															
P5															
P6															
P7															
P8															
P9															
P10															

**P:** Participación      **C:** Comprensión de contenidos      **H:** Habilidades de Comunicación



**NOMBRE:**



**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**



**NOMBRE:**

**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

### **¿EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA?**

El presente programa nace con la idea de que el apoyo entre iguales es clave para la recuperación de muchas personas.

Se llama Programa de Acogida porque la función principal que tiene el paciente experto es realizar la acogida inicial al nuevo usuario. Para ser un paciente experto se debe realizar la siguiente formación con el objetivo de que adquirais las habilidades y conocimientos necesarios y poder así dar apoyo mutuo a los nuevos pacientes que lleguen al recurso.

### **¿QUÉ ESPERO DE LA FORMACIÓN?**

ANEXO VI: "Hoja 2 Memoria del Paciente Experto"



**NOMBRE:**

**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

**TEMPORALIZACIÓN**

- FEBRERO 2021 -		<u>Marzo</u>					- ABRIL 2021 -	
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO		
	<b>FORMACIÓN PROGRAMA ACOGIDA 12:00</b>							
27	28	1	2	3	4	5		
	<b>FORMACIÓN PROGRAMA ACOGIDA 12:00</b>							
6	7	8	9	10	11	12		
	<b>FORMACIÓN PROGRAMA ACOGIDA 12:00</b>							
13	14	15	16	17	18	19		
	<b>FORMACIÓN PROGRAMA ACOGIDA 12:00</b>							
20	21	22	23	24	25	26		
	<b>FORMACIÓN PROGRAMA ACOGIDA 12:00</b>							
27	28	29	30	31	1	2		
- NOTAS -								



**NOMBRE:**

**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

**CONOCIENDO LA FUNDACIÓN REY ARDID**

La Fundación Rey Ardid es un conjunto de organizaciones sin ánimo de lucro que desarrolla actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de personas vulnerables, generando servicios y entornos facilitadores de una mayor autonomía personal, mediante una gestión eficiente de los recursos disponibles y situando a la persona en el centro de todas sus actuaciones. Fue creada en 1991 por Ramon Rey Ardid. Todo comenzó con la creación de la Unidad de Media Estancia de Salud Mental.

**ORGANIGRAMA CENTRO DE REHABILITACIÓN Y  
ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CRAP)**





**NOMBRE:**

**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

**CONOCIENDO EL CENTRO DE DÍA**

El Centro de Día se trata de un recurso sanitario privado sin ánimo de lucro que atiende a personas que padecen una enfermedad mental. Pertenece a los recursos de procesos de rehabilitación del Sector I de la ciudad de Zaragoza junto con: Centro de inserción laboral, Equipo de apoyo social comunitario y Pisos supervisados.

ACTIVIDADES	PROFESIONALES

ANEXO IX: "Hoja 5 Memoria del Paciente Experto"



**NOMBRE:**

**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

**MI LÍNEA DE VIDA**





**NOMBRE:**

**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

**PAUTAS PARA REALIZAR LA ACOGIDA**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-



NOMBRE:



PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA

### MIS FUNCIONES COMO PACIENTE EXPERTO

- Realizar la acogida inicial al nuevo usuario
- Presentar a los trabajadores del recurso y al resto de compañeros ingresados en el recurso
- Mostrar el centro y explicar los servicios ofrecidos por la Fundación
- Explicar cada una de las actividades que se ofertan en el centro
- Ayudar a elegir las actividades que realizará el nuevo usuario
- Acompañar al nuevo usuario en sus primeros días a las actividades



## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

**NOMBRE:**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA

¿QUÉ ASPECTOS DE LA FORMACIÓN CREE QUE LE HAN SIDO MÁS ÚTILES ?

¿QUÉ MEJORARÍA O MODIFICARÍA DE LA FORMACIÓN?

¿SIENTE QUE ESTÁ CAPACITADO PARA DESARROLLAR EL ROL DE PACIENTE EXPERTO? EN CASO DE NO SENTIRSE PREPARADO EXPONGA LOS MOTIVOS Y DIGA QUE CREE QUE LE AYUDARÍA A SENTIRSE CAPACITADO.

SI TIENE ALGÚN COMENTARIO ADICIONAL O ALGUNA SUGERENCIA, ANOTE AQUÍ:



**PROGRAMA ACOGIDA  
CENTRO DE DÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS/AS USUARIOS**

El programa en el cual va a participar está compuesto por cinco sesiones previas de formación. Esta formación será impartida por la trabajadora social Nuria Fernández.

Su participación debe ser totalmente voluntaria. Tras la formación podrá decidir usted mismo si quiere ejercer las funciones de paciente experto o por el contrario si no se siente preparado no ejercerlas.

D/D<sup>a</sup> .....ha sido informado/a de la formación en la que va a participar previamente a realizar sus funciones en la acogida de nuevos usuarios, con un total de 5 sesiones repartidas a lo largo de 5 semanas. Esta de acuerdo con lo indicado y permite el uso de la información siempre que su uso mantenga el anonimato de la persona que firma.

Firma: ..... En.....a.....de.....de 20..