



ORIGINAL

Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental



Filipa Campos^{a,b,c,*}, Ana Sousa^{b,c}, Vânia Rodrigues^a,
António Marques^{a,b,c}, Cristina Queirós^{b,c} y Artemisa Dores^a

^a *Escola de Ciências Associadas de la Salud, Instituto Politécnico de Porto, Porto, Portugal*

^b *Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Porto, Porto, Portugal*

^c *Laboratorio de Rehabilitación Psicosocial, ESTPIPP-FPCEUP, Porto, Portugal*

Recibido el 4 de diciembre de 2013; aceptado el 16 de junio de 2014

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Apoyo social;
Autoayuda;
Trastornos mentales;
Empoderamiento;
Directrices prácticas

Resumen

Introducción: Este estudio tiene como objetivo determinar los principios orientadores para la implementación de programas de apoyo entre personas con problemas de salud mental en Portugal.

Material y métodos: Este estudio ha sido dividido en 2 fases. En la primera se realizó una revisión sistemática de 112 artículos indexados en las bases de datos de ISI y EBSCO (2001-2012). En la segunda fase se llevó a cabo un panel con metodología Delphi y 2 rondas formado por profesionales, investigadores y personas con problemas de salud mental. El objetivo era analizar los enunciados generados a partir de la revisión sistemática previa. Los datos fueron analizados con NVivo 9 y SPSS 19.

Resultados: Durante la ronda Delphi participaron inicialmente 72 expertos, de los cuales 44 participaron en la segunda ronda. Se alcanzó un consenso del 84% sobre las principales afirmaciones. A partir de estos resultados, se destacan 8 ámbitos principales que cubren las siguientes áreas: objetivos de apoyo de los iguales, selección de los proveedores de apoyo, capacitación y acreditación, papel de los profesionales de salud mental, papel de los proveedores de apoyo, acceso a los proveedores de apoyo, cuidado de los proveedores de apoyo, y programa de evaluación.

Conclusiones: El apoyo de iguales aplicado a la enfermedad mental está todavía poco explorado y rodeado de cierta controversia y ambigüedad. Sin embargo, si cuenta con una buena organización y supervisión parece mejorar la calidad de vida y la inclusión social de las personas con enfermedad mental. Este hecho demuestra la importancia de realizar estudios que incrementen nuestro conocimiento acerca de dichos programas y se elaboren directrices para su aplicación. Este consenso nacional se puede utilizar como punto de partida para el diseño e implementación de programas de apoyo de iguales en las organizaciones de salud mental.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: flc@estsp.ipp.pt (F. Campos).

KEYWORDS

Social support;
Self-help;
Mental disorders;
Empowerment;
Practice guidelines

Practical guidelines for peer support programmes for mental health problems**Abstract**

Introduction: This study aims to determine the guiding principles for the implementation of peer support programmes in Portugal.

Material and methods: The study was divided in 2 phases. In the first phase a systematic review of 112 papers indexed in ISI and EBSCO databases (2001 to 2012) was conducted. In the second phase clinicians, researchers, and people with psychiatric disabilities were invited to take part in a two-round online survey based on the Delphi process to rate the importance of statements generated from the systematic review. Data were analysed with NVivo 9 and SPSS 19.

Results: During the Delphi round 72 experts were contacted, 44 participated in the second round. A consensus was achieved on major statements, with 84% of the sentences obtaining a consensus and 8 key recommendations covering goals of peer support, selection of peer supporters, training and accreditation, role of mental health professionals, role of peer supporters, access to peer supporters, looking after peer supporters, and programme evaluation were based on these statements.

Conclusions: Use of peer support for mental health problems is still underexplored and surrounded by some controversy and ambiguity. However, its organization and proper monitoring appears to enhance the quality of life and social inclusion of people with mental illness. This highlights the importance of conducting studies that increase our knowledge of these programmes and determining guidelines for their implementation. This national consensus may be used as a starting point for the design and implementation of peer support programmes in mental health organizations.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A mediados de los años setenta, personas con problemas de salud mental iniciaron un movimiento para cambiar el modelo del sistema sanitario de salud mental, conocido con el nombre de desinstitucionalización^{1,2}. Dicho movimiento dio lugar a la aparición de un nuevo paradigma de intervención que se centró principalmente en lograr el funcionamiento y la integración social de las personas que sufren trastornos mentales. Otro de sus objetivos fue desmitificar este tipo de trastornos, los mitos generalizados sobre este tipo de enfermos y mejorar la comprensión acerca de la naturaleza de los problemas crónicos en salud mental^{1,2}.

Países como EE.UU., Australia, Canadá y algunos países europeos han desarrollado nuevos enfoques de intervención y emplean a personas que también sufren trastornos mentales como soporte en los procesos de apoyo a iguales en diferentes contextos de la salud mental³⁻⁵. Portugal y España van a la zaga en términos de dicha práctica, pero el tema empieza a debatirse. En Portugal, un documento elaborado por la Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores (CCPUC; Comisión asesora para la participación de usuarios y cuidadores) destacó el valor de los grupos de apoyo de iguales en función de los beneficios que estos tienen para las personas en fase de recuperación de un problema mental, y ello incluye a los proveedores de apoyo, así como para los profesionales sanitarios y el propio sistema asistencial⁶. En España ya está reconocida la necesidad de integrar a las personas con problemas de salud mental en la sociedad y responder de manera adecuada y eficaz a sus necesidades. Una de las medidas propuestas

para apoyar la integración es el desarrollo de programas de ayuda mutua y los grupos de autoayuda⁷. Los Planes Nacionales de Salud Mental de Portugal y España también destacaron la necesidad de integrar a las personas que sufren problemas mentales mediante programas de apoyo para la provisión de empleo, educación, vivienda, participación social, etc. Los Planes Nacionales recomiendan que dichos programas se centren en los usuarios, y en reducir el estigma social asociado con los trastornos mentales. También se ha puesto de relieve la importancia de desarrollar e implementar prácticas basadas en la evidencia que contribuyan a fomentar la salud mental y prevenir los trastornos. Dichos planes concluyen que este tipo de medidas podrían reducir el estigma asociado a los problemas mentales y la discriminación que sufren los usuarios de los servicios de salud mental. Una de las medidas recomendadas más importantes es el fomento de grupos de autoayuda, apoyo social y las redes comunitarias^{8,9}. Creamer et al. (2012)¹⁰ investigaron las directrices desarrolladas para el apoyo de iguales en organizaciones de alto riesgo en Australia. Repper⁵ revisó las publicaciones relacionadas con el apoyo de iguales y analizó los conceptos básicos que subyacen en esta práctica. La International Association of Peer Supporters (iNAPS, Asociación Internacional de proveedores de apoyo de iguales) elaboró guías nacionales para la implementación de apoyo de iguales en los EE. UU.¹¹. Campos et al.¹² realizaron el primer estudio sobre directrices en esta práctica en el contexto portugués. Hasta la fecha, no existe investigación alguna publicada sobre las directrices para el apoyo entre y a iguales en los problemas de salud mental en una población española.

El aumento de los estudios sobre el apoyo de iguales condujo a la opinión de que las personas con problemas de salud mental pueden desempeñar un papel importante en la sociedad. Se considera que, debido a sus experiencias personales, los usuarios de los servicios de salud mental podrán empatizar mejor con las personas que sufren problemas similares y serán capaz de ayudarles a entender estos trastornos y desarrollar nuevas formas de gestionarlos^{2,13}. Los proveedores de apoyo a iguales o «compañeros especializados» (peer supporters) poseen un entendimiento empático de la situación y pueden utilizar esa experiencia compartida a la hora de trabajar con sus iguales¹⁴. En 1990, la Organización Mundial de la Salud hizo hincapié en la importancia de involucrar activamente a los usuarios de los servicios de salud mental en su propia atención¹⁵.

Con los años, el apoyo de iguales se ha convertido en un componente importante de los servicios de salud mental¹⁶. Gartner y Riessman¹⁷ definen el apoyo de/a iguales como el apoyo social y emocional que se ofrecen entre sí las propias personas con problemas mentales o aquel organizado por personas con problemas de salud mental que lo ofrecen a otras personas con problemas similares a fin de lograr el cambio personal y social deseado. Mead et al.¹⁸ consideran que el apoyo de iguales es «un sistema de dar y recibir ayuda basado en los principios fundamentales del respeto, la responsabilidad compartida, y el acuerdo mutuo de lo que es útil» (p. 135). El apoyo de iguales refuerza la cultura de la salud, la capacidad, la funcionalidad y los aspectos positivos de la persona, en lugar de la enfermedad, los síntomas y los problemas^{18,19}. El apoyo de iguales puede ser parte de un modelo terapéutico de la salud mental que fomente el bienestar y la recuperación¹⁹⁻²¹ y puede desempeñar un papel decisivo en la recuperación de los individuos, ya que el apoyo prestado se basa en la experiencia personal, en lugar de en el conocimiento profesional¹⁹. El concepto de recuperación se ha definido de varias maneras en los últimos 15 años, y los elementos básicos son: recuperar la esperanza y el sentido; superar el estigma asociado con los problemas mentales; y recuperar el control sobre la propia vida²². En la última década, varios estudios epidemiológicos mostraron que la mejoría de los síntomas y del comportamiento social es posible en una proporción importante de personas con problemas mentales²³.

Los datos disponibles sugieren que los servicios asistenciales deben organizarse en torno al concepto de la recuperación; los servicios, incluidos los de apoyo de iguales, deben reflejar los 4 valores fundamentales de la recuperación. Estos valores fundamentales incluyen la orientación hacia la persona, la participación de la persona, la autodeterminación y el potencial para crecer²².

Una revisión de la literatura sugiere que existen 3 grandes categorías de intervención dentro del contexto del apoyo de iguales: el apoyo mutuo que surge de forma natural, la participación en programas gestionados por iguales y el uso de usuarios de los servicios de salud mental como proveedores del servicio y de apoyo^{1,16,19,24}.

El apoyo mutuo que surge de forma natural es la forma más básica de apoyo de iguales. Se trata de un proceso de apoyo voluntario que tiene como objetivo resolver problemas comunes o inquietudes compartidas. En los programas organizados por iguales, los usuarios del servicio gestionan la organización y deciden la forma de brindar apoyo. Los

programas de apoyo organizados por iguales se crearon con el objetivo de convertirse en una alternativa al sistema de salud mental oficial y ofrecer actividades complementarias a las obtenidas en el apoyo de iguales^{1,2,19}.

En aquellos programas en los que los usuarios son también los proveedores de apoyo, los centros de servicios asistenciales tradicionales forman y contratan a los proveedores de apoyo. En esta tercera modalidad, la relación es más asimétrica, e implica al menos a un proveedor de apoyo y a un usuario que recibe el apoyo. El hecho de que los «compañeros» proveedores sean contratados por los servicios de salud mental y se encuentren en una etapa más avanzada de recuperación puede afectar la reciprocidad de las interacciones, lo que realiza el carácter asimétrico y desigual de este tipo de apoyo de iguales^{1,2,19}.

Generalmente, las intervenciones en personas que sufren problemas de salud mental se centran en mejorar la calidad de vida y el bienestar, fomentar la participación social y ayudar al individuo a recuperar la autonomía²⁵. Estudios recientes realizados en varios países observaron que el apoyo de iguales constituye una intervención eficaz²⁶ que promueve el empoderamiento y mejora la calidad de vida y la participación social de los usuarios y proveedores¹⁶. Varios estudios en Canadá, Escocia y Australia han publicado resultados positivos, entre los que cabe destacar la disminución de ingresos y reingresos hospitalarios, un menor uso de los servicios de urgencia, reducción de costes y niveles más elevados de satisfacción⁴. En un sentido más amplio, los datos publicados muestran que el apoyo de iguales tiene grandes beneficios para los proveedores de apoyo a iguales, para los usuarios del mismo y para las organizaciones en las que trabajan dichos proveedores de apoyo (compañeros especializados)^{5,21,27,28}.

En los últimos años se ha producido una evolución y propagación de los servicios de apoyo a iguales que se centran en la recuperación de las personas con problemas de salud mental^{29,30}. Esto refleja el reconocimiento de que la experiencia de recuperación de personas en condiciones similares puede constituir una importante fuente de apoyo y de información para otras que se enfrenten a problemas de índole similar²³.

A pesar de estos prometedores resultados, la práctica del apoyo a iguales es poco común en la salud mental, y existe cierta ambigüedad y heterogeneidad en los modelos de organización e implementación. Los datos disponibles sugieren que estos programas de apoyo deben tener: un papel definido para los proveedores de apoyo a iguales; acceso a formación, apoyo y supervisión adecuados para dichos proveedores; y capacitación y apoyo del personal para asegurar que los proveedores de apoyo se integran plenamente en el equipo sanitario y pueden funcionar de forma eficaz²¹. En Portugal y en algunos otros países de Europa del sur, el apoyo de iguales es un enfoque prácticamente inexistente, pero se está empezando a implementar. En los diferentes ámbitos de la salud³¹ se hace hincapié en la necesidad de elaborar directrices de buenas prácticas, y esto debe aplicarse también a los programas de apoyo de iguales. El objetivo de este estudio fue elaborar un conjunto de directrices que se puedan aplicar a los programas de apoyo de iguales en el sistema de salud mental y de psiquiatría en Portugal.

Material y métodos

Revisión de literatura

Se realizaron búsquedas en las bases de datos ISI (Web of Science) y EBSCO (Psychology and Behavioural Sciences Collection; Medline) con las siguientes frases exactas en inglés: «mental illness» (enfermedad mental) o «mental health» (salud mental) o «psychiatric disability» (incapacidad psiquiátrica) y «peer support» (apoyo de/a iguales) o «mutual support» (apoyo mutuo) o «self-help groups» (grupos de autoayuda) o «consumer as providers» (consumidor como proveedor) o «peer-run services» (servicios gestionados por iguales) o «peer-run programmes» (programas gestionados por iguales). En Medline se utilizaron los siguientes títulos dentro de los temas médicos (MeSH, Medical Subject Headings): «mental disorders» (trastornos mentales) o «mental health» (salud mental) o «mental health services» (servicios de salud mental) y «self-help groups» (grupos de autoayuda) o «social support» (apoyo social) o «peer support» (apoyo de iguales). Los términos se buscaron como «topics» (temas) en la ISI, y en «all the fields» (todos los campos) en la EBSCO. Las búsquedas se iniciaron en mayo de 2012 y se actualizaron regularmente hasta enero de 2014.

La búsqueda en las bases de datos arrojó 1.189 artículos. Los criterios de inclusión de los estudios fueron: artículos de investigación en inglés publicados entre 2001 y diciembre de 2013; artículos con texto completo; estudios en poblaciones de adultos con trastornos psiquiátricos. Se excluyeron los estudios de apoyo de iguales relacionados con abuso de drogas, apoyo en enfermedad física o para la familia o los cuidadores, y los artículos repetidos.

Dos de los autores se encargaron de revisar todos los títulos y resúmenes para excluir aquellos documentos que no fuesen relevantes o elegibles. Con la muestra final, cada revisor analizó el texto completo de los artículos restantes para decidir su elegibilidad. Un tercer revisor resolvió las discrepancias durante el debate de consenso. Se obtuvo un conjunto final de 112 documentos que se analizaron mediante la aplicación de software NVivo 9.

Proceso de consenso de expertos mediante metodología Delphi

Además de la revisión sistemática, se realizó una encuesta en línea de 2 rondas utilizando la metodología Delphi y el cuestionario de un estudio realizado por el Centro australiano de salud mental tras trauma (ACPMH)³². Las preguntas se clasificaron en 4 categorías principales: a) los objetivos, la definición y los principios del apoyo de iguales; b) la formación y la supervisión de los proveedores del servicio; c) los modelos y servicios suministrados, y d) la evaluación y eficacia del apoyo de iguales. El panel fue reclutado por la CCPUC del Programa nacional de salud mental portugués.

Se envió un correo electrónico a 20 organizaciones portuguesas de rehabilitación psicosocial que constituirían una muestra representativa de las organizaciones que trabajan en este país. Se solicitó a cada organización que invitase a un mínimo de 2 empleados (profesionales de la salud mental, investigadores y otros) y a 2 personas con problemas de salud mental a responder al cuestionario. Se estableció

contacto por correo electrónico con 96 personas y se les invitó a mediante la cumplimentación de un cuestionario en línea. Dicho cuestionario solicitaba a los participantes valorar su grado de acuerdo con diversos enunciados mediante una escala de Likert de 9 puntos (1=Completamente en desacuerdo; 5=Neutral; 9=Completamente de acuerdo). Los participantes también tenían la oportunidad de formular observaciones acerca de cada enunciado. Una puntuación inferior a 3 se consideró un desacuerdo con el enunciado pertinente; entre 4 y 6 puntos, inclusive, se consideró una postura neutral y una puntuación superior a los 6 puntos un acuerdo. Se estableció que existía consenso entre los expertos respecto a un enunciado concreto cuando la frecuencia de acuerdos o desacuerdos superaba el 70%^{32,33}.

En la primera ronda participaron 72 personas y en la segunda 44 (profesionales sanitarios, investigadores y personas con enfermedades psiquiátricas). Los detalles de la muestra se presentan en la [tabla 1](#).

Resultados

Revisión sistemática

Las categorías básicas de primer y segundo orden relativas al apoyo de iguales fueron: Caracterización (definición, tipos, objetivos y población objetivo); Proveedor de apoyo (características, proceso de selección, capacitación y supervisión); Práctica (modelos, local, fases de contacto y programas); y Eficacia (estudios empíricos y teóricos). Estas dimensiones surgieron de la literatura analizada. Las categorías que figuran en la [tabla 2](#) se desarrollaron a partir de los principales temas destacados en el cuestionario. Observamos que el número de publicaciones sobre este tema ha aumentado en los últimos 10 años ([fig. 1](#)). Los principales resultados de la revisión de la literatura con referencia a estas categorías se destacan en la [tabla 2](#).

Delphi

La encuesta incluyó 77 enunciados basados en una revisión sistemática^{10,32} y en una encuesta procedente de un estudio australiano^{10,32}. En 52 de ellos (67,5%) se obtuvo consenso en la ronda 1. En la ronda 2, se solicitó a los participantes que evaluaran los 25 enunciados remanentes y de estos, se alcanzó el consenso en 13 (52%). En total, se alcanzó consenso en 65 de los 77 enunciados (84,4%). En el [anexo 1](#) se resumen y enumeran las áreas en las que se obtuvo consenso.

Con base en estos resultados, se elaboraron recomendaciones clave en las siguientes 8 áreas: a) Objetivos y principios del apoyo de iguales; b) Selección de los proveedores de apoyo de apoyo; c) Formación y acreditación de los proveedores de apoyo de iguales; d) Papel de los profesionales de la salud mental; e) papel de los proveedores de apoyo de iguales; f) Accesibilidad a los proveedores de apoyo de apoyo; g) Cuidado de los proveedores de apoyo de apoyo; h) Evaluación del programa. Estas recomendaciones deben aplicarse de acuerdo con el contexto específico del programa.

Sobre la base de los resultados, se proponen 8 principios rectores en la creación de los servicios en el apoyo de iguales en salud mental. Según el grupo de expertos, los objetivos

Tabla 1 Características de la muestra

Características	Ronda 1		Ronda 2	
	n	%	n	%
<i>Tipo de participante</i>				
Profesionales clínicos o de salud mental	34	47,2	26	59,1
Personas con enfermedad mental	25	34,7	10	22,7
Académicos e investigadores	6	8,3	4	9,1
Administradores y directores de los servicios de salud mental	7	9,7	4	9,1
<i>Género</i>				
Varón	24	33,3	13	29,5
Mujer	48	66,7	31	70,5
<i>Región de trabajo (Portugal)</i>				
Norte	32	44,4	22	50
Centro	34	47,3	18	40,9
Sur	6	8,3	4	9,1
<i>Estudios</i>				
Preescolar	5	7	1	2,3
Estudios primarios	7	9,7	2	4,5
Estudios secundarios	10	13,9	4	9,1
Diplomatura	30	41,7	21	47,8
Grado de máster	13	18,1	11	25
Doctorado	7	9,7	5	1,4
<i>Años involucrados en el tema de la enfermedad mental</i>				
< 5 años	18	25	12	27,3
6-10 años	10	13,9	9	20,5
11-15 años	20	27,8	14	31,8
16-25 años	16	22,2	5	11,4
> 26 años	8	11,1	4	9,1
<i>Edad en años</i>				
Media (desviación estándar)	40 (10,002)		36 (7,441)	

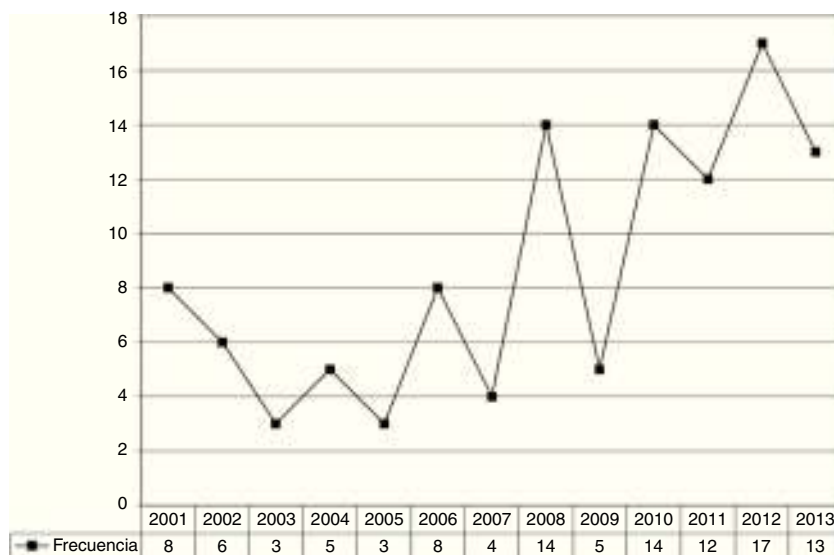
**Figura 1** Número de publicaciones sobre apoyo de iguales en los 12 años previos.

Tabla 2 Resultados de la revisión de la literatura

Categorías	Resultados	Autores
Definiciones, objetivos y principios de apoyo de iguales	<p>El marco teórico en el que se basa el apoyo de iguales es el tema explorado con mayor frecuencia en la literatura. Existe un consenso sobre la definición y los tipos, pero no las metas. Llegamos a la conclusión de que el apoyo de iguales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora el funcionamiento social, la autoestima, la autoeficacia y el funcionamiento en las actividades de la vida diaria; - Lo utilizan personas con enfermedad mental grave, un primer episodio de psicosis, crisis agudas y psicosis crónica y persistente 	1,2,16,19,34-42,61-85
Formación, personal y supervisión en apoyo de iguales	<p>A pesar de la falta de información y la ambigüedad de rol del proveedor de apoyo y de los procedimientos que subyacen a su integración dentro de las organizaciones (selección, formación y supervisión) existe consenso en la literatura sobre sus características. Un proveedor de apoyo a iguales debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar la misma patología que la población objetivo, pero estar más avanzado en la recuperación; - Pasar por un proceso de selección; - Recibir formación eficaz; - Recibir supervisión de forma regular; - Someterse a la selección, capacitación y supervisión de compañeros o profesionales de la salud mental 	1,2,13,15,18,26,36,43-52,61-64,71-73,75,76,86,87
Modelos de apoyo de iguales y prestación de apoyo de iguales	<p>Solo se mencionan el modelo de proveedor de apoyo a iguales en unos pocos estudios. En la mayoría de los programas su función no está bien definida y varía según la institución. Hemos llegado a la conclusión de que los programas de apoyo basados en un proveedor de apoyo pueden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementarse en diversos ámbitos; - Ser de duración variable <p>La mayoría de los estudios sugieren que la provisión de apoyo a iguales debería adoptar una forma laboral a tiempo parcial y por turnos</p>	15,37,39,41-44,47-49,51,53-59,61,62,64-68,75,76,78,83,86,88
Evaluación y eficacia del apoyo de iguales	<p>Los procedimientos de evaluación de los programas con proveedores de apoyo a iguales presentan una falta de información. Podemos concluir solamente que deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métodos específicos; - Feedback de evaluadores internos y externos <p>Varios autores sugieren que, a pesar de la falta de pruebas sobre la eficacia, el apoyo de iguales tiene beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduce los costes de los servicios de salud mental - Mejora la eficacia de los servicios de salud mental - Aumenta la satisfacción del usuario con los servicios de salud mental 	1,2,15,16,19,37,43,44,49,53,58,59-63,65,69,70,76,80-84,86,87,89

del apoyo a iguales (a) son: escuchar de forma empática; proporcionar intervención psicológica de bajo nivel; abogar por sus compañeros en las disputas con la administración y con otros usuarios; identificar a los usuarios que puedan suponer un riesgo para sí mismos o para los demás; facilitar el acceso a la ayuda profesional; fomentar el cumplimiento terapéutico; mejorar el funcionamiento de los individuos en los contextos en los que viven, aprenden, trabajan y socializan; reducir las posibilidades de recaída y hospitalización, promover la salud física, mental y el bienestar en su sentido más amplio. El apoyo de iguales no pretende ser un tratamiento para los trastornos psiquiátricos. Además de estos objetivos, se admite la importancia del apoyo de iguales de forma espontánea o informal, durante la jornada laboral y la disponibilidad de programas de apoyo de iguales para personas con un largo historial de problemas de salud mental.

Con respecto a la selección de los proveedores de apoyo a iguales (b), se recomendó por unanimidad que los proveedores de apoyo presenten una solicitud al puesto y sean sometidos a un proceso de selección. Los expertos recomendaron que el proceso de selección debe incluir la aceptación del posible proveedor por parte de los usuarios y de un panel de expertos, que debería estar formado por profesionales y usuarios de los servicios de salud mental. Hubo consenso en que el proveedor fuese miembro de la población diana, alguien con considerable experiencia en problemas de salud mental pero respetado por sus iguales.

El panel coincidió en la necesidad de proporcionar al proveedor del servicios de apoyo a iguales (c) formación en sencillas técnicas psicológicas e información sobre otros servicios de apoyo y tratamiento psicológico. Esto es coherente con el consenso alcanzado respecto al desacuerdo referente al enunciado de que los proveedores de apoyo de iguales no requieran capacitación para cumplir su cometido. También hubo acuerdo en que los proveedores de apoyo de iguales deban cumplir unos requisitos específicos antes de desempeñar el papel y que se valore su actuación mediante juegos de rol, entrevistas o pruebas escritas. Se recomendó la participación de los proveedores en supervisiones regulares, la actualización de su formación y el mantenimiento de la acreditación. En concreto, se recomendó que los proveedores de apoyo a iguales fuesen sometidos a una evaluación periódica, ya sea con un proveedor más veterano o con un profesional de la salud mental.

En cuanto al papel de los profesionales de salud mental (d), el panel era de la opinión de que deben participar en la formación y supervisión de los proveedores de apoyo de iguales y que un profesional de la salud mental debidamente cualificado debe ser responsable de todos los programas de apoyo con proveedores de apoyo entre iguales.

Hubo acuerdo en que el papel de los proveedores de apoyo de iguales (e) es proporcionar apoyo continuo a los usuarios durante el tiempo que sea beneficioso. Cada caso debe ser examinado con un profesional de la salud mental y se debe mantener la confidencialidad durante todo el proceso de apoyo, salvo durante la supervisión clínica dentro del programa o si el usuario representa un riesgo para sí mismo o para los demás.

En términos del acceso a los proveedores de apoyo de iguales (f), el consenso fue que los proveedores de apoyo a iguales deben actuar como el primer punto de contacto con

el usuario del servicio de salud mental. También se obtuvo consenso sobre la conveniencia de que los usuarios puedan seleccionar al proveedor de entre una lista. Asimismo, se consideró que la disponibilidad de los proveedores de apoyo debe establecerse dentro de un horario definido, es decir que exista un sistema de rotación para que los proveedores no estén de guardia todo el tiempo y exista cierta flexibilidad a la hora de hacer frente a situaciones y urgencias específicas.

En vista de los requisitos y las responsabilidades asociadas con el papel de proveedor de apoyo a iguales, los participantes en este estudio sugirieron que dichos proveedores deben tener fácil acceso a la orientación y al asesoramiento por parte de un profesional de la salud mental entrenado adecuadamente siempre que sea necesario (g); esto podría implementarse mediante supervisiones regulares entre los proveedores y de estos con compañeros que tengan más experiencia o con un profesional de la salud mental. También se recomendó que los proveedores de apoyo a iguales tuviesen ellos mismos acceso a apoyo.

El panel estuvo de acuerdo en que los programas de apoyo de iguales deben integrarse con otros programas de rehabilitación y han de: permitir la posibilidad de una derivación directa a un profesional de la salud mental; adaptarse a las necesidades del grupo objetivo; contar con el apoyo total y la aceptación de la organización; establecer la duración y la frecuencia del programa antes de su implementación; establecer metas claras vinculadas con resultados específicos antes de su implementación; (h) ser evaluado por un evaluador externo independiente que consulte al equipo de proveedores de apoyo. Los participantes también estuvieron de acuerdo en que la evaluación debe incluir información cualitativa y cuantitativa sobre los usuarios y determinados indicadores objetivos (absentismo, baja por enfermedad, rotación de personal, etc.). Se recomendó la supervisión del progreso mediante la cumplimentación regular de sencillas listas de verificación. Algunos indicadores que midan el éxito del programa de apoyo de iguales pueden ser: aumento en el número de derivaciones a la asistencia profesional apropiadas; aumento del rendimiento laboral; una mejora general en la satisfacción del personal del centro; una reducción del estigma asociado con los problemas de salud mental; menos bajas por enfermedad y rotación de personal (véase el [anexo 1](#)).

Discusión

A pesar del creciente número de publicaciones sobre el tema ([fig. 1](#)), la información sobre el uso del apoyo de iguales en los problemas de salud mental es bastante escasa, en particular en términos de evaluación y eficacia de los programas de apoyo, y el papel de los proveedores de apoyo a iguales en los servicios de salud mental. Dicha falta de información y de pruebas conduce a un grado de controversia y ambigüedad a la hora de elaborar directrices para su práctica e implantación, lo que repercute de forma negativa en la implementación de servicios de apoyo de iguales dentro de los servicios de salud mental.

Este es el primer estudio realizado en Portugal que intenta generar un consenso entre los usuarios de los servicios de salud mental y los profesionales, con el fin de

elaborar directrices que ayuden a los proveedores de los servicios de salud mental a implementar el apoyo de iguales. Puesto que hasta la fecha no ha existido consenso sobre las mejores prácticas, este tipo de modelos de apoyo varía ampliamente entre las distintas organizaciones¹⁰.

El método Delphi es un enfoque valioso para obtener consenso¹⁰ si aún no existe un órgano de investigación riguroso sobre el que fundamentar las directrices. Para mejorar la aceptación del consenso por parte de una comunidad más amplia, se utilizó un grupo heterogéneo de individuos en términos de género, edad, conexión con los servicios de salud mental (profesionales sanitarios clínicos y de salud mental, personas con problemas de salud mental, académicos e investigadores así como gestores y directores de los servicios sanitarios) y el tiempo que llevaban involucrados en este tipo de servicios. El hecho de que no se obtuviese consenso en 12 enunciados indica que el panel no se limitó a manifestar su acuerdo con las ideas expuestas. La elevada permanencia de los participantes a lo largo de las 2 rondas fue una característica positiva e importante de este estudio.

Este estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, la información acerca de programas de apoyo de iguales dirigidos a la rehabilitación en problemas de salud mental es muy limitada en Portugal. Además, aunque en muchos enunciados se logró un consenso superior al 90%, en otros el porcentaje fue solo ligeramente superior al 70% necesario, lo que sugiere discrepancias importantes de opinión. El análisis más detallado de los enunciados con y sin consenso refleja que las diferencias se refieren a temas relacionados con los servicios de salud mental: diferencias de opinión entre los usuarios y los profesionales. Por tanto, es importante considerar estas recomendaciones como directrices en lugar de normas rígidas; los programas deben estar abiertos a excepciones, siempre que exista un enfoque alternativo capaz de satisfacer mejor las necesidades de la población diana¹⁵. A pesar de estas limitaciones, este estudio tiene la ventaja de utilizar un método fácilmente reproducible, y contribuye al creciente número de estudios sobre apoyo de iguales en Portugal y otros países.

Las directrices que se presentan en este estudio son el resultado de una revisión de la literatura y de una encuesta realizada entre profesionales de salud mental y usuarios del servicio. Es preciso continuar investigando la función del apoyo de iguales en el tratamiento de los problemas de salud mental a fin de demostrar su eficacia y ofrecer datos adicionales sobre los que basar la elaboración de directrices. Este consenso nacional se puede utilizar como punto de partida para el diseño e implementación de programas de apoyo de iguales en los centros de salud mental, así como en investigaciones futuras. Sin embargo, es importante que la investigación en este campo se centre en el establecimiento de pruebas sólidas en cuanto a la eficacia del apoyo en los servicios de salud mental, mediante la creación de estudios controlados y con distribución aleatoria. El apoyo de iguales está ganando fuerza en el campo de la rehabilitación psicosocial de personas con problemas de salud mental, y este estudio proporciona datos valiosos sobre los que fundamentar la difusión de esta intervención en las instituciones de salud mental portuguesas. Este estudio también refleja el limitado desarrollo del apoyo de iguales en Portugal; según las bases de datos científicas, la investigación en apoyo de iguales en Portugal es casi inexistente, lo que indica que se necesitan más estudios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

El Panel Delphi que consta de diferentes entidades de rehabilitación psicosocial fue contactado por una entidad externa al estudio, CCPUC del Programa nacional de salud mental; Ninguno de los autores de este estudio es parte de la CCPUC.

Ninguno de los autores ha sido parte del panel de expertos.

El cuestionario no identificó a los participantes. Durante todo el proceso fue mantenida la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Anexo.

Enunciado	Ronda	%	%	%
		Acuerdo	Neutral	Desacuerdo
1. Un objetivo principal en el apoyo de iguales es escuchar al otro con empatía	1	80,6	15,2	4,2
2. Un objetivo principal en el apoyo de iguales es proporcionar una intervención psicológica de bajo nivel (p. ej., consejos sobre autocuidado, dónde conseguir ayuda, etc.).	1	72,2	11,1	16,7
3. La provisión de apoyo de iguales no pretende ofrecer intervenciones continuas ni formales (p.ej., terapia cognitivo conductual, farmacoterapia, etc.)	-	No se obtuvo consenso		
4. Uno de los objetivos del apoyo de iguales es abogar por los compañeros en las disputas con la administración/colegas	2	86,4	9,1	4,5
5. Uno de los objetivos del apoyo de iguales es la identificación de compañeros que representen un riesgo para sí mismos o para otros	2	72,7	11,4	15,9
6. Un objetivo principal del apoyo de iguales es facilitar el acceso a la ayuda profesional	1	77,8	5,6	16,6
7. Un objetivo secundario del apoyo de iguales es fomentar el cumplimiento del tratamiento (es decir, continuar con el tratamiento de salud mental y tomar los medicamentos recetados)	1	84,7	2,8	12,5

Anexo (continued)

Enunciado	Ronda	% Acuerdo	% Neutral	% Desacuerdo
8. El apoyo de iguales tiene como objetivo mejorar el funcionamiento de las personas en los contextos en los que deciden vivir, aprender, trabajar o socializar	1	95,8	2,8	1,4
9. Un objetivo principal del apoyo de iguales es reducir la posibilidad de recaída y hospitalización	1	87,5	6,9	5,6
10. Todas las personas con un trastorno mental pueden beneficiarse de los servicios de apoyo de iguales, independientemente de la gravedad de su condición	-	No se obtuvo consenso		
11. Las personas con un largo historial de enfermedad mental no se benefician de los programas de apoyo de iguales	1	15,3	6,9	77,8
12. El apoyo de iguales no solo busca la recuperación de una enfermedad mental, sino también la promoción de la salud física y mental y el bienestar, en su sentido más amplio	1	94,4	4,2	1,4
13. El apoyo de iguales se caracteriza, a diferencia de los grupos de ayuda mutua y autoayuda, por una relación asimétrica entre el prestador y el usuario del servicio	-	No se obtuvo consenso		
14. El proveedor de apoyo debe ser un miembro de la población objetivo (p. ej., un paramédico en los programas de apoyo de iguales de paramédicos, un veterano en los programas de apoyo a veteranos)	1	72,2	15,3	12,5
15. El proveedor de apoyo debe ser alguien con una experiencia considerable en el campo de trabajo de la población objetivo	1	91,7	2,7	5,6
16. El proveedor de apoyo debe ser respetado por sus iguales	1	100	-	-
17. El proveedor de apoyo debe someterse a un proceso de solicitud y selección antes de emprender el papel	1	86,2	6,9	6,9
18. Cualquier persona en el grupo objetivo puede solicitar ser un prestador de apoyo de iguales, sin importar su etapa de recuperación, siempre y cuando esté clínicamente estable	-	No se obtuvo consenso		
19. Siempre que sea posible, el proveedor de apoyo debe ser aprobado por los miembros del grupo objetivo, como parte del proceso de selección	1	73,6	15,3	11,1
20. Un panel de expertos que incluya a profesionales de salud mental y a personas con enfermedad mental debe ser responsable del proceso de selección	2	95,5	4,5	-
21. Debe existir un proceso de selección del proveedor de apoyo	2	95,5	2,2	2,3
22. El proveedor de apoyo no requiere ningún tipo de formación específica para cumplir su papel	1	9,7	4,2	86,1
23. El proveedor de apoyo debe estar formado en técnicas simples de psicología, tales como la capacidad de escuchar	1	88,9	6,9	4,2
24. El proveedor de apoyo debe estar formado en habilidades más avanzadas, tales como primeros auxilios psicológicos, primeros auxilios de salud mental, intervención en crisis y asesoramiento general	-	No se obtuvo consenso		
25. El proveedor de apoyo no debe ser formado en intervenciones de salud mental de alto nivel, tales como terapia cognitiva	-	No se obtuvo consenso		
26. La formación del proveedor de apoyo debería incluir información sobre otros servicios de apoyo y tratamiento psicológico para que los proveedores puedan actuar como puente entre el «cliente» y el apoyo profesional	1	83,4	6,9	9,7
27. El proveedor de apoyo debe cumplir unos requisitos específicos antes de asumir su función (se puede evaluar a través de juegos de roles, entrevistas, pruebas escritas)	1	81,9	11,2	6,9
28. Es de esperar que los proveedores de apoyo acudan a supervisiones regulares y a cursos de actualización	1	91,6	4,2	4,2
29. Se recomienda una acreditación renovable o una certificación para los proveedores de apoyo	1	75	15,3	9,7
30. Para mantener la acreditación, los proveedores de apoyo de iguales deben ser sometidos a valoración periódica, ya sea con un proveedor de apoyo más veterano o con un profesional de salud mental	1	75	12,5	12,5
31. Para mantener la acreditación, los proveedores de apoyo deben demostrar su competencia mediante evaluaciones regulares con juegos de rol, entrevistas o pruebas escritas	1	70	10,9	19,1

Anexo (continued)

Enunciado	Ronda	% Acuerdo	% Neutral	% Desacuerdo
32. Los proveedores de apoyo deben compartir todos los casos con un profesional de salud mental	2	72,7	11,4	15,9
33. Un profesional de la salud mental debidamente cualificado debe ser responsable de todos los programas de apoyo	2	81,8	11,4	6,8
34. La formación en habilidades de apoyo debe implicar a profesionales de la salud mental debidamente cualificados	1	88,9	6,9	4,2
35. La supervisión para los proveedores de apoyo debe incluir acceso a profesionales de la salud mental debidamente cualificados	1	86,2	6,9	6,9
36. Los proveedores de apoyo deberían proporcionar apoyo continuo a los usuarios del servicio durante todo el tiempo que sea beneficioso	2	90,9	9,1	-
37. Los proveedores de apoyo deben consultar a un profesional de salud mental cualificado para recibir apoyo clínico y asesoramiento, cuando sea necesario	2	88,6	9,1	2,3
38. Debe existir una vía de derivación en todos los programas de apoyo de iguales para la remisión directa a un profesional de salud mental	1	86,1	5,6	8,3
39. Los servicios que ofrecen los programas de salud mental y de rehabilitación deben proporcionar apoyo de iguales continuado a personas que hayan completado el programa y hayan sido dados de alta	-	No se obtuvo consenso		
40. Los programas de apoyo de iguales deben integrarse cuidadosamente con otros servicios de apoyo y programas de rehabilitación	1	93,1	4,2	2,7
41. Los programas de apoyo de iguales deben adaptarse a las necesidades del grupo objetivo	1	98,6	1,4	-
42. La duración y la frecuencia de los programas de apoyo deben definirse desde el principio	1	72,2	5,6	22,2
43. El uso de apoyo de iguales de forma espontánea e informal en el curso de un día de trabajo es un aspecto importante de los programas de apoyo de iguales	1	80,6	11,1	8,3
44. Debe mantenerse la confidencialidad durante todo el proceso de apoyo, salvo durante la supervisión clínica del programa o cuando un usuario represente una amenaza para él o para los demás	1	94,4	2,8	2,8
45. Debería considerarse la posibilidad de cómo puede encajar un sistema de apoyo de iguales con los procesos formales de investigación y revisiones posteriores realizadas por el patrocinador	1	90,3	6,9	2,8
46. Los propios proveedores de apoyo de iguales deben contar con apoyo	1	97,2	1,4	1,4
47. Los proveedores de apoyo deben tener acceso al asesoramiento de un profesional de salud mental adecuadamente formado de forma rápida siempre que sea necesario	1	95,8	4,2	-
48. Los proveedores de apoyo deben participar en la supervisión de iguales de forma regular con sus colegas	1	94,4	4,2	1,4
49. Los proveedores de apoyo deben contar con una supervisión regular, ya sea con un proveedor de apoyo más experimentado ya con un profesional de la salud mental	1	88,9	11,1	-
50. Los proveedores de apoyo de iguales deben ser remunerados para ser proveedor de apoyo de iguales	-	No se obtuvo consenso		
51. Los proveedores de apoyo deben tener acceso a actividades de desarrollo profesional adecuadas y financiadas por el programa	1	81,9	11,1	6,9
52. Cada proveedor de apoyo debe tener un horario definido de guardias	2	86,4	2,3	11,4
53. Los proveedores de apoyo deben disponer de un sistema de turnos para no estar de servicio en todo momento	1	81,9	11,2	6,9
54. Debe existir flexibilidad en el programa de apoyo para responder a las necesidades de los usuarios, en particular, en situaciones de urgencia	2	79,5	15,9	4,6
55. Los posibles usuarios interesados en los servicios de apoyo de iguales deben contar con la posibilidad de elegir el proveedor de apoyo de entre varias personas	1	79,2	16,6	4,2
56. Los proveedores de apoyo deben recibir remuneración no económica por sus servicios como proveedores de apoyo	-	No se obtuvo consenso		

Anexo (continued)

Enunciado	Ronda	% Acuerdo	% Neutral	% Desacuerdo
57. Los usuarios del servicio deben tener el número de teléfono móvil personal del proveedor de apoyo para comunicarse con él siempre que lo deseen	-	No se obtuvo consenso		
58. La recepción y admisión de un nuevo usuario del servicio deben realizarlas un profesional de la salud mental junto con un proveedor de apoyo	2	70,5	11,3	18,2
59. No se requiere evaluación formal para los programas de apoyo de iguales	1	8,4%	6,9	84,7
60. Todos los programas de apoyo de iguales deben establecer metas claras y vinculadas a resultados específicos desde el principio, lo que servirá de base de evaluación	1	90,3	8,3	1,4
61. Los programas de apoyo de iguales deben ser evaluados por un evaluador externo e independiente, y en consulta con el equipo de apoyo	2	84,1	9,1	6,8
62. La evaluación de los programas de apoyo de iguales debe incluir información cualitativa y cuantitativa de los usuarios	1	95,8	2,8	1,4
63. La evaluación de los programas de apoyo de iguales debe incluir indicadores objetivos tales como el absentismo, la baja por enfermedad o rotación de personal	1	84,7	8,4	6,9
64. La evaluación de los programas de apoyo de iguales debe incluir la opinión de los que utilizan el servicio	1	95,8	4,2	-
65. Siempre que sea posible es recomendable utilizar sencillas listas de verificación simples de forma regular para monitorizar el progreso	1	87,5	12,5	-
66. Un indicador del éxito de un programa de apoyo podría ser un aumento de las derivaciones adecuadas hacia los servicios de asistencia profesional	1	84,7	8,4	6,9
67. Un indicador del éxito de un programa de apoyo podría ser un aumento en el rendimiento laboral	1	83,3	11,1	5,6
68. Un indicador del éxito de un programa de apoyo podría ser la mejora en la satisfacción general del personal dentro de la organización	1	91,7	6,9	1,4
69. Se puede considerar que un programa de apoyo de iguales funciona si se reduce el estigma asociado a los problemas de salud mental	1	94,4	2,8	2,8
70. Existen datos sólidos en investigación de que los programas de apoyo son eficaces	-	No se obtuvo consenso		
71. Si tuvieran la oportunidad, la mayoría de las personas con problemas de salud mental podrían usar un programa de apoyo de iguales	2	75	13,6	11,4
72. El estigma asociado con las enfermedades mentales puede ser una barrera para la difusión de esta práctica entre las personas con problemas de salud mental	-	No se obtuvo consenso		
73. Después de una crisis o de un periodo inestable, un proveedor de apoyo debería contactar con todos los implicados para comprobar que están bien y ofrecerles apoyo	1	73,6	20,8	5,6
74. Incluso si solo una minoría de las personas con problemas de salud mental eligen utilizar el programa de apoyo, se trata de una intervención de rehabilitación de utilidad que las instituciones pueden ofrecer	1	84,7	11,1	4,2
75. Los programas de apoyo de iguales deben establecer protocolos claros y explícitos respecto a la confidencialidad que se comunicarán al grupo diana	1	91,7	5,6	2,7
76. Los programas de apoyo de iguales deben contar con el apoyo y la aceptación institucional absolutos	1	95,8	2,8	1,4
77. Uno de los indicadores del éxito de un programa de apoyo de iguales podían ser la reducción de las bajas por enfermedad y del cambio de personal	1	79,2	15,2	5,6

Bibliografía

- Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schiz Bull.* 2006;32:443-50.
- Franke CC, Paton BC, Gassner L-AJ. Implementing mental health peer support: A South Australian experience. *Aus J Prim Health.* 2010;16:179-86.
- O'Hagan M, Cyr C, McKee H, Priest R. Making the case for peer support. En: *Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada.* 2010. p. 1-92.
- Simpson A, Quigley J, Henry SJ, Hall C. Evaluating the selection, training, and support of peer support workers in United Kingdom. *J Psychosoc Nurs.* 2014;52:31-40.
- Repper J. Peer supporter workers: Theory and practice. UK: NHS Confederation [Internet] 2013 Jun [citado 15 Nov

- 2013]. Disponible en: <http://www.nhsconfed.org/Documents/ImROC%20Peer%20Support%20Workers%20Theory%20and%20Practice.pdf>
6. Slade M. 100 Modos de apoiar a recuperação pessoal: Um guia para profissionais da saúde mental. Lisbon, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2011.
 7. González Cases JC, Rodríguez González A, Abad Fernández A, Arroyo Cifuentes JL, Blanco Hernández M, Cabanillas Cabanillas M, et al. Rehabiliación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Madrid, Spain: Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales; 2002.
 8. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. 2013; 1-30.
 9. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 Resumo Executivo. Lisboa: CNSM; 2010; 1-56.
 10. Creamer MC, Varker T, Bisson J, Darte K, Greenberg N, Lau W, et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: An international consensus study using the Delphi method. *J Traum Stress*. 2012;25:134-41.
 11. International Association of Peer Supporters [Internet]. National practice guidelines for peer supporters. 2011 [citado el 21 Oct 2013]. Disponible en: <http://na4ps.files.wordpress.com/2012/09/nationalguidelines1.pdf>
 12. Campos F, Marques A, Queirós C. Suporte inter-iguales na doença mental: linhas orientadoras. Porto, Portugal: LivPsic; 2013. Português.
 13. Doughty C, Tse S. Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH Services in high-income countries. *Community Ment Hlt J*. 2011;47: 252-66.
 14. Cabral L, Strother H, Muhr K, Sefton L, Savageau J. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialists, supervisors and clients. *Hlt Soc Care Community*. 2014;2:104-12.
 15. Nestor P, Galletly C. The employment of consumers in mental health services: Politically correct tokenism or genuinely useful? *Australas Psychiatry*. 2008;16:344-7.
 16. Moll S, Holmes J, Geronimo J, Sherman D. Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities. *Work*. 2009;33: 449-58.
 17. Gartner A, Riessman F. Self-help and mental health. *Hosp Community Psych*. 1982;33:631-5.
 18. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;25:134-41.
 19. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011;20: 392-411.
 20. Farkas M, Jansen MA, Penk WE. Psychosocial rehabilitation: Approach of choice for those with serious mental illnesses. *J Rehab Res Dev*. 2007;44:7-21.
 21. Lawton-Smith S. Peer support in mental health: Where are we today? *J Ment Health Training Educ Pract*. 2013;8:152-8.
 22. Farkas M. The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*. 2007;6:68-74.
 23. Cuidad A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D, Gilaberte I. Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2011;4:53-65.
 24. Forchuk C, Martin ML, Chan YL, Jensen E. Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:556-64.
 25. Ruiz MA, Montes JM, Correas Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, de Dios Perrino C. Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5: 98-106.
 26. Bouchard L, Montreuil M, Gros C. Peer support among inpatients in an adult mental health setting. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31:589-98.
 27. Chinman MJ, Hamilton A, Butler B, Knight E, Murray S, Young AS. Mental health consumer providers: A guide for clinical staff. Arglington: Rand Corporation; 2008.
 28. Woodhouse A, Vincent A. Mental health delivery plan: Development of peer specialist roles - a literature scoping exercise. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.
 29. Daniels A, Grant E, Filson B, Powell I, Fricks L, Goodale L, editores. Pillars of peer support: Transforming mental health systems of care through peer support services. Atlanta: The Carter Center; 2010.
 30. Newton A, Beales A, Collins DA, Basset T. Service user leadership: training and development for service users to take the lead. *J Ment Health Training, Educ Pract*. 2013;8: 134-40.
 31. Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC, Gutiérrez-Colosía MR, Artigas-Pallarès J, Ibáñez JG, González Pérez J, et al. Funcionamiento intelectual límite: guía de consenso y buenas prácticas. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2013;6:109-20.
 32. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Development of guidelines on peer support using the Delphi methodology [informe sin publicar]. Melbourne: ACPMH; 2011. p. 1-54.
 33. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Adjukovic D, Jehel L, Johansen VJ, et al. TENTS guidelines: Development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatr*. 2010;196:69-74, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066266>.
 34. Brown LD, Shepherd MD, Wituk SA, Meissen G. Introduction to the special issue on mental health self-help. *Am J Commun Psychol*. 2008;42:105-9.
 35. Burns-Lynch B, Salzer MS. Adopting innovations - Lessons learned from a peer-based hospital diversion program. *Community Ment Health J*. 2001;37:511-21.
 36. Chinman M, Kloss B, O'Connell M, Davidson L. Service providers' views of psychiatric mutual support groups. *J Commun Psychol*. 2008;30:349-66.
 37. Chinman MJ, Weingarten R, Stayner D, Davidson L. Chronicity reconsidered: Improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Ment Health J*. 2001;37:215-29.
 38. Chinman M, Young AS, Hassell J, Davidson L. Toward the implementation of mental health consumer provider services. *J Behav Health Serv Res*. 2006;33:176-95.
 39. Fukui S, Davidson L, Holter M, Rapp CA. Pathways to Recovery (PTR): Impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatr Rehabil J*. 2010;34: 42-8.
 40. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *Am J Commun Psychol*. 2008;42:110-21.
 41. Shahar G, Kidd S, StyronTH, Davidson L. Consumer support and satisfaction with mental health services in severe mental illness: The moderating role of morale. *J Soc Clin Psychol*. 2006;25:945-62.
 42. Solomon P. Peer support: Peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27:394-401.
 43. Barber JA, Rosenheck RA, Armstrong M, Resnick SG. Monitoring the dissemination of peer support in the VA healthcare system. *Comm Ment Health J*. 2008;44:433-41.
 44. Cook JA, Copeland ME, Corey L, Buffington E, Jonikas JA, Curtis LC, et al. Developing the evidence base for peer-led services: Changes among participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) education in two statewide initiatives. *Psychiatr Rehabil J*. 2010;34:113-20.

45. Chinman M, Lucksted A, Gresen R, Davis M, Losonczy M, Sussner B, et al. Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1315–21.
46. Chinman M, Shoai R, Cohen A. Using organizational change strategies to guide peer support technician implementation in the veterans administration. *Psychiatr Rehabil J.* 2010;33: 269–77.
47. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2006;40:321–32.
48. Delaney K. The peer specialist movement: An interview with Gayle Bluebird. *RN Issues Ment Health Nurs.* 2010;31: 232–4.
49. Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health Aus.* 2008;17:498–508.
50. Pickett SA, Dieh LS, Steigman PJ, Prater JD, Fox A, Cook JA. Early outcomes and lessons learned from a study of the Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES) Program in Tennessee. *Psychiatr Rehabil J.* 2010;34:96–103.
51. Simoni J, Franks J, Lehavot K, Yard SS. Peer interventions to promote health: Conceptual considerations. *Am J Orthopsychiatr.* 2011;81:351–9.
52. Swarbrick M, Schimdt LT, Pratt CW. Consumer-operated self-help centers- environment, empowerment and satisfaction. *J Psychosoc Nurs.* 2009;47:697–710.
53. Corrigan PW, Calabrese JD, Diwan SE, Keogh CB, Keck L, Mussey C. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; I: Qualitative analysis of program materials and testimonies. *Community Ment Health J.* 2002;38: 287–301.
54. Finn L, Bishop B, Sparrow N. Capturing dynamic processes of change in GROW mutual help groups for mental health. *Am J Commun Psychol.* 2009;44:302–15.
55. Janzen R, Nelson G, Hausfather N, Ochocka J. Capturing system level activities and impacts of mental health. *Am J Commun Psychol.* 2007;39:287–99.
56. Landers G, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crises stabilization. *Community Ment Health J.* 2011;47:106–12.
57. Lucock M, Barber R, Jones A, Lovell J. Service users' views of self-help strategies and research in the UK. *J Ment Health.* 2007;16:795–805.
58. Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J.* 2002;25:281–8.
59. Robinson J, Bruxner A, Harrigan S, Bendall S, Killackey E, Tonin V, et al. Study protocol: The development of a pilot study employing a randomised controlled design to investigate the feasibility and effects of a peer support program following discharge from a specialist first-episode psychosis treatment centre. *BMC Psychiatry.* 2010;10: 1–7.
60. Jonikas JA, Kiosk S, Grey DD, Hamilton MM, McNulty J, Cook JA. Cultural competency in peer-run programs: Results of a web survey and implications for future practice. *Psychiatr Rehabil J.* 2010;34:121–9.
61. Repper J, Watson E. A year of peer support in Nottingham: Lessons learned. *J Ment Health Training Educ Prac.* 2012;7: 70–8.
62. Moran G, Russinova Z, Gidugu V, Yim J, Sprague C. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illness. *Qual Health Res.* 2012;22:304–19.
63. Rabenschlag F, Schusterschitz C, Conca A, Knuf A, Needham I, Hoffmann H. Influence of single peer interventions on the recovery attitude of persons with a psychiatric disability. *Scand J Caring Sci.* 2012;26:755–60.
64. Grant E, Reinhart C, Wituk S, Meissen G. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J.* 2012;48: 447–81.
65. Moran G, Russinova Z, Stepas K. Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and process of peer providers. *Psychiatr Rehabil J.* 2012;35: 376–80.
66. Scoot A, Dought C. Care, empowerment and self-determination in practice of peer support. *Disabil Soc.* 2012;27: 1011–24.
67. Kemp V, Henderson A. Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the peer's supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J.* 2012;35:337–40.
68. Stastney P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. *Cad Saúde Colet.* 2012;20: 473–81.
69. Coniglio F, Hancock N, Ellis L. Peer support within clubhouse: A grounded theory study. 2012;48:153–60.
70. McKay C, Dickerson F. Peer supports for tobacco cessation for adults with serious mental illness: A Review of the Literature. *J Dual Diagn.* 2012;8:104–12.
71. Loumpa V. Promoting recovery through peer support: Possibilities for social work practice. *Soc Work Health Care.* 2012;51:53–65.
72. Ostrow L, Adams N. Recovery in the USA: From politics to peer support. *Int RevPsychiatr.* 2012;24:70–8.
73. Weingarten R. The development of peer support in Netherlands, Brazil, and Israel. *Psychiatr Rehabil J.* 2012;35: 476–7.
74. Scott A, Doughty C. «Confronted with paperwork»: Information and documentation in peer support. *J Ment Health.* 2012;21:154–64.
75. Kern SR, Glynn MS, Becker RD, Drake ER, Tovey W, Zarate R, et al. A demonstration project involving peers as providers of evidence-based, supported employment services. *Psychiatr Rehabil J.* 2013;36:99–107.
76. Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J.* 2013;36:28–34.
77. DeAndrea D, Anthony J. Online peer support for mental health problems in United States: 2004-2010. *Psychol Med.* 2013;43:2277–88.
78. Cabral L, Muhr K, Savageau J. Perspectives of people who are deaf or hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Ment Health J.* 2013;49: 649–57.
79. Swarbrick M. Wellness-oriented peer approaches: A key ingredient for integrated care. *Psychiatr Serv.* 2013;64: 723–6.
80. Biegel ED, Pernice-Duca F, Chang C, D'Angelo L. Correlates of peer support in a clubhouse setting. *Community Ment Hlt J.* 2013;49:249–59.
81. Henderson RA, Kemp V. Australian consumer perceptions of peer support. *Asia Pac Psychiatr.* 2013;5:152–6.
82. Ahmed OA, Birgenheir D, Buckley FP, Mabe AP. A psychometric study of recovery among certified peer specialists. *Psychiatr Res.* 2013;209:721–31.
83. Moran SG, Russinova Z, Gidugu V, Gagne C. Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Ment Health J.* 2013;49: 281–91.
84. Corrigan WP, Sockol AK, Rusch N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J.* 2013;49:1–6.
85. Mancini AM, Linhorst MD, Menditto AA, Colemand J. Statewide implementation of recovery support groups for people with

- serious mental illness: A multidimensional evaluation. *J Behav Health Serv Res.* 2013;40:391–403.
86. Rabenschlag F, Hoffman H, Conca A, Schusterscitz. Who benefits from peer support in psychiatric institutions? *Psychiat Quart.* 2012;83:209–20.
 87. Gillard GS, Edwards C, Gibson LS, Owen K, Wright C. Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organizational benefits and challenges. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:188.
 88. MacDonald-Wilson LK, Hutchison LS, Parrotta N, Deegan EP, Schuster MJ. Integrating personal medicine into service delivery: Empowering people in recovery. *Psychiatr Rehabil J.* 2013;36:258–63.
 89. Gestel-Timmermans H, Brouwers E, van Hassen M, Nieuwenhuizen C. Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.* 2012;63:54–60.