



Evaluación del proyecto ayuda mutua entrenamiento y prácticas en los servicios de salud mental **ANDALUCÍA**

Área de Ciudadanía, Ética y Participación
Granada, Diciembre de 2011



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Informe elaborado por

Escuela Andaluza de Salud Pública
Diciembre 2012

Águila Bono del Trigo
Profesora

Bibiana Navarro Martillas
(Profesora colaboradora)

Ángel Mena Jiménez
Técnico



Índice

Resumen	4
Principales resultados	7
1. Introducción.....	15
2. El proyecto Ayuda Mutua en los Servicios de Salud Mental. Entrenamiento y prácticas'	19
2.1. Entrenamiento	20
2.2 Desarrollo de las sesiones	22
3. Evaluación del Proyecto	26
3.1. Evaluación de Entrenamiento	26
3.2. Evaluación del desarrollo de las sesiones de ayuda mutua en los servicios de salud mental	36
3.2.1. Recogida de información para la evaluación	36
3.2.2. Resultados.....	37
4. Propuestas de mejora.....	100
5. Conclusiones	115
6. Anexos.....	118
Anexo 1. Programa del curso de entrenamiento Recuperación e inclusión social. Programa de entrenamiento en ayuda mutua, impartido en Almería.....	119
Anexo 2. Cuestionario de evaluación del curso de entrenamiento.....	131
Anexo 3. Fichas de registro de actividad.....	134
Anexo 4. Guión para el desarrollo de las sesiones de evaluación.	138



Resumen

- ❑ El **Proyecto Ayuda mutua en los servicios de salud mental, entrenamiento y experiencia piloto**, realizado en 2010 y 2011, se llevó a cabo en el marco del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Fue coordinado conjuntamente por la Escuela Andaluza de Salud Pública y *En Primera Persona* (Federación Andaluza de Asociaciones de Personas con Enfermedad Mental).
- ❑ El proyecto contempló el entrenamiento de personas con enfermedad mental para actuar como agentes de ayuda mutua y la **realización de sesiones de ayuda mutua** (sesiones entre dos personas: agente y paciente receptor/a) en los servicios de salud mental pertenecientes a 6 Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía.
- ❑ En esta experiencia ayuda mutua significa **utilizar el conocimiento y la experiencia de quien ha convivido con la enfermedad mental para ayudar y apoyar a otras personas que experimentan las mismas situaciones**. Realizarla en el ámbito de los servicios de salud mental debe contemplarse como un complemento del papel de los/as profesionales que estimula un cambio de perspectiva y de valores en la asistencia.
- ❑ Se realizaron inicialmente seis **cursos de entrenamiento en ayuda mutua**, de 40 horas de duración cada uno ellos (32 horas lectivas y 8 no presenciales) en los que la simulación de casos o role-playing fue esencial. Participaron **80 personas usuarias**¹ de los servicios de salud mental de seis provincias andaluzas.
- ❑ Los participantes fueron **personas mayores de 18 años con enfermedad mental grave con experiencia como usuarios con los servicios de salud mental**, que se hallaban en una

¹ Durante el año 2011 se ha ampliado la formación a 44 personas más.

fase de estabilidad y con ciertas aptitudes para adaptarse al grupo, establecer relaciones de ayuda y motivados con el proyecto. La mayor parte de estas personas pertenecen a asociaciones de usuarios de *En Primera Persona*.

- ❑ Del alumnado participante en toda Andalucía se seleccionaron a 19 personas (3 de Granada, 4 de Motril, 4 de Almería, 4 de Sevilla, 2 de Cádiz y 2 de Málaga) para un **curso de profundización** de 12 horas enfocado al **desarrollo de sesiones de ayuda mutua (entre un/a agente y un/a paciente receptor/a) en servicios de salud mental**.
- ❑ Del alumnado participante en el curso de profundización, 14 personas fueron finalmente quienes **actuaron como agentes durante el pilotaje de sesiones de ayuda mutua**: 10 hombres y 4 mujeres, con una media de 38 años, 15 años con diagnóstico, 5 años desde la última hospitalización, y mayoritariamente diagnosticadas de trastornos psicóticos.
- ❑ **Las prácticas se llevaron a cabo en las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de las provincias participantes**. Estas Unidades se seleccionaron siguiendo el criterio de la Dirección de cada UGC, atendiendo a su accesibilidad geográfica para los/as agentes de ayuda mutua que participarían en el pilotaje y porque los/as profesionales que las componen muestran una predisposición favorable a llevar a cabo experiencias innovadoras.
- ❑ En cada uno de los servicios la Escuela Andaluza de Salud Pública realizó una presentación del proyecto al equipo, y a continuación, se mantuvo una reunión con profesionales de los servicios seleccionados que iban a coordinar la actividad y los/as agentes de ayuda mutua seleccionados/as.
- ❑ El equipo coordinador de la EASP recomendaba como único criterio de selección de pacientes, que fueran personas aisladas socialmente. En la mayor parte de los casos la **asignación de agentes a pacientes receptores y las características de las**

sesiones (horario, frecuencia, ubicación, etc.), se decidieron de forma conjunta entre los servicios participantes y los/as agentes de Ayuda Mutua.

- ❑ Para la selección de pacientes, el/la profesional del servicio se encargaba de que su equipo seleccionara pacientes receptores de la ayuda, o los seleccionaba individualmente.
- ❑ Una vez que el equipo de profesionales identificaba a un/a paciente receptor/a, en coordinación con los/as agentes, se asignaba cuál de ellos y qué día se concertaría la cita para el desarrollo de la sesión. Una vez realizada **el profesional de referencia del/la paciente receptor/a recogía la opinión sobre la sesión** mantenida, mediante la cumplimentación de una ficha de feedback. Si la sesión era positiva, se realizaban segundas sesiones, terceras o posteriores, con un mismo paciente.
- ❑ **El lugar de celebración** de las sesiones era asignado por cada servicio en función de la disponibilidad.
- ❑ Para el **análisis y evaluación de la experiencia**, se utilizó la información registrada mediante fichas tanto por los/as agentes, tras las sesiones realizadas, como por los/las profesionales cuando volvían a encontrarse con los/as pacientes receptores/as una vez finalizada la experiencia. Además se mantuvieron sesiones de evaluación con los implicados en cada una de experiencias: una conjunta con los/as agentes y otra conjunta con los/as profesionales de referencia.

Principales resultados

- ❑ **La evaluación del entrenamiento básico fue excelente.** El interés general suscitado por el curso fue de 6,67 (sobre una **escala de 1 a 7**). **La utilidad percibida fue de 6,55** mientras que la facilidad para seguir las clases se puntuó con 5,95. El interés de los temas para la ayuda mutua fue de 6,5, para el proceso de recuperación de 6,35 y para el desarrollo de habilidades de comunicación de 6,59. El aprendizaje percibido fue del 5,75 (siempre sobre una **escala de 1 a 7**). Lo más valorado de la profesora que impartió los cursos fueron los conocimientos con 6,82 y el trato dispensado con 6,82.

- ❑ De las valoraciones realizadas por el alumnado mediante preguntas abiertas se extrae que el **entrenamiento para el ejercicio de la ayuda mutua es un valor en sí mismo para las personas con enfermedad mental**, independiente de su actuación formal como agentes de ayuda mutua en cualquier ámbito.

- ❑ **En todos los servicios seleccionados la experiencia se llevó a término, excepto en uno.** Los motivos comunicados por los/as profesionales de referencia se relacionaban, fundamentalmente, con la falta de disponibilidad de tiempo para su adecuado desarrollo. Los/as agentes seleccionados para dicha experiencia interpretaron, en cambio, que no se llevó a cabo puesto que los/as profesionales tenían ciertas reservas sobre sí las sesiones de ayuda mutua podían afectar a sus pacientes.

- ❑ En el conjunto de los servicios que participaron en la experiencia **se concertaron 124 sesiones de ayuda mutua**, de las que **se realizaron finalmente 112** (79 en las USMC, 22 en Hospital de Día y 11 en las URSM).

- ❑ **59 personas fueron pacientes receptores de la ayuda mutua, de las que 34 fueron hombres y 25, mujeres.** Respecto a los diagnósticos de los pacientes receptores, la gran mayoría son

personas con trastornos psicóticos, en total 47 casos tuvieron este diagnóstico. En 7 casos fue trastorno de la personalidad, en 4 de depresión y en uno, trastorno obsesivo.

- ❑ Los principales **criterios de selección de pacientes receptores** fueron: situación personal de aislamiento social, poca conexión con los/as profesionales y/o el servicio, estabilidad del/la paciente receptor, personalidad y que no se conocieran previamente agente y paciente receptor, etc. En algunos casos se tuvo en cuenta la edad, y en general, no se tuvo en cuenta el diagnóstico.
- ❑ La rutina de **organización y asignación de pacientes a los/as Agentes dependía en su gran mayoría de los/as profesionales participantes**. El principal criterio de asignación de pacientes receptores a agentes de ayuda mutua era el de que compartieran una problemática o que "*fuera acordes*" a los/as agentes.
- ❑ A juicio de los/as profesionales, **los/as agentes de ayuda mutua que más sesiones realizaron fueron tomando confianza a medida que el proyecto avanzaba**, mientras que en los que lo dejaron no se pudo comprobar debido al estancamiento. Se sugiere que la confianza y el buen desarrollo de las sesiones no se producen desde el inicio y es la práctica (unida a afrontar el riesgo inicial de que las sesiones puedan ser poco satisfactorias y/o ser contraproducentes) lo que va encaminando los pasos bien dados del proyecto.
- ❑ La **duración de las sesiones era variable**, aunque en general estaba en torno a una hora.
- ❑ Respecto a la coordinación, en los servicios donde se realizaba una reunión semanal entre profesionales y agentes, ésta fue valorada muy positivamente. En general, los/as agentes **dispusieron de un lugar con suficiente privacidad para desarrollar las sesiones**: un despacho o la sala de reuniones, donde no tuvieron interrupciones. En algunos casos algunos pacientes receptores preferían no tener la reunión en las instalaciones de los servicios,

sino fuera. En algún caso aislado, se valoró negativamente por parte de los/as agentes el tiempo de espera prolongado, la falta de espacio y de privacidad. En general, se valora muy positivamente que las sesiones se desarrollaran en las horas previstas, sin demoras, y que los espacios estuvieran preparados para las sesiones a su hora.

- ❑ En general, **los/as profesionales apenas daban datos a los/as agentes sobre el/la paciente receptor/a** con el que iban a tener la sesión. El diagnóstico no se solía comentar, sólo datos de filiación socio-laboral, el perfil del/la paciente y datos generales como: género, capacidad relacional, y “hospitalización, porque para ellos es una experiencia crítica”. Los/as agentes afrontaban las sesiones con poca información, que ellos mismos extraían durante el desarrollo de las sesiones.

- ❑ **En los casos donde a los/as agentes se les daba alguna otra información de los pacientes receptores** (características del/la paciente, momento de la enfermedad, conflicto principal -familia, relaciones, trabajo, etc.-) y si era oportuno tratar esa problemática o no, los/as agentes la valoraron muy positivamente. Esta información previa, sin embargo, no entraba en detalles sobre aspectos personales de los pacientes, y el/la paciente también estaba informado de que el/la agente iba a contar con información suya previamente a la sesión.

- ❑ **La relación entre los/as profesionales y los/as agentes de ayuda mutua fue muy satisfactoria** según expresan ambas partes en las distintas experiencias desarrolladas.

- ❑ Los/as profesionales en general señalan **la disponibilidad, la gran implicación y compromiso por parte de los/as agentes**, que facilitaba la relación y también el mantenimiento del proyecto. Valoran la relación con los/as agentes como enriquecedora y “muy grata”, y a los/as agentes con cualidades muy adecuadas y que la experiencia ha sido positiva para ellos.

- ❑ Los/as agentes por su parte, también valoraron **la sintonía y cordialidad con los/as profesionales**, en una relación que los/as agentes califican de "*genial*". Los/as agentes señalan que el trato dispensado por parte de los coordinadores ha sido muy bueno, les han apoyado en su desempeño y han sido una referencia para compartir sus inquietudes sobre las sesiones y recibir información sobre cómo iban evolucionando. Sólo en una de las experiencias que se llevaron a término, los/as agentes percibían cierta "falta de interés".

- ❑ **La variabilidad respecto a la implicación del equipo** de profesionales en las distintas experiencias, **influyó de manera determinante en los resultados** de las mismas, en cuanto a la organización de las sesiones, número de segundas y posteriores sesiones, la selección de pacientes y sus características, el apoyo emocional prestado, la seguridad del/la agente para el afrontamiento de la entrevista, etc. El hecho de conocer, comprender y compartir el proyecto y todas sus repercusiones en los pacientes receptores, en el servicio y en los propios agentes, es clave para el buen desarrollo de esta experiencia.

- ❑ **Los contenidos sobre ayuda mutua adquiridos en el curso** se valoraron de forma positiva y **aportaron a los/as agentes mayor seguridad y confianza a la hora de afrontar las sesiones de ayuda mutua**, con contenidos prácticos que podían aplicar. En alguna situación desearían haber tenido más formación, para saber cómo afrontar segundas y posteriores sesiones.

- ❑ Los/as profesionales de las distintas experiencias, en general, afirman que **no se percibió ninguna confusión respecto al papel de los/as agentes** durante las sesiones de ayuda mutua y los/as agentes por su parte tenían claro su papel y se lo explicaban al paciente.

- ❑ **Los temas más frecuentemente tratados en las sesiones fueron temas relacionados con los factores clave para la recuperación**, la enfermedad, las relaciones familiares y sociales, la situación laboral y la formación, las aficiones y la economía. En

algún caso, se trataron las adicciones y el suicidio. Es destacable el esfuerzo de los/as agentes de alejar a los pacientes receptores del tema de la enfermedad y posicionarse en otros muchos relacionados con el afrontamiento de la vida.

- ❑ **Los temas que se percibían como más complejos de tratar eran los que recordaban al agente una experiencia crítica vivida.** Además a los/as agentes les resultó difícil tratar con pacientes con poca conciencia de enfermedad, que *ponían a prueba* los conocimientos y las aptitudes del/la agente para desarrollar la ayuda mutua.

- ❑ Se realizó un gran número de segundas o posteriores sesiones con un mismo paciente. Cuando esto ocurría era porque el/la paciente receptor/a deseaba mantener nuevas sesiones con el/la agente, y la experiencia aún podía continuar un tiempo antes de llevar a cabo la evaluación. **El número de primeras sesiones fue de 60 en total, hubo 26 segundas sesiones y 27 terceras sesiones o más.** Estos datos son indicativos de la utilidad percibida por los/as pacientes receptores/as.

- ❑ La valoración de los/as agentes de las **segundas sesiones** y posteriores es muy positiva: **son necesarias, más útiles que las primeras sesiones, se puede profundizar más con el/la paciente,** etc. Tener nuevos encuentros fue prioritario para algunos agentes de ayuda mutua. No obstante, señalan que el hecho de que los/as pacientes no desearan mantener segundas sesiones, les generaba cierta sensación de fracaso, ya que vinculaban directamente la efectividad de la sesión anterior o la continuidad de las sesiones, con su papel como agentes.

- ❑ En general, **los/as agentes no perciben que las sesiones supongan desgaste emocional.** Al contrario, refieren que les suponen un refuerzo y que las sesiones *"aumentan la autoestima"*. En algún caso, determinados contenidos tratados en las sesiones sí generaron ansiedad en los/as agentes: situaciones en las que había una mayor implicación por su parte, tanto por la cercanía de la

experiencia relatada, vivida en primera persona, como por un alto grado de empatía con el/la paciente receptor/a.

- ❑ Un elemento a destacar y a potenciar en futuras experiencias, es la importancia del **apoyo emocional entre los propios agentes**.

- ❑ **En algunos casos se hace referencia al cansancio, cuando tenían que realizar más de dos sesiones al día.** En otras experiencias, sin embargo, no relacionan el cansancio con haber realizado un mayor número de sesiones en el mismo día. En la mayoría de jornadas realizaban dos sesiones, e incluso en una ocasión, tres en un mismo día, sin que se percibieran efectos negativos.

- ❑ Las valoraciones globales de los/as agentes de ayuda mutua son muy positivas. El ejercicio de un **rol socialmente valioso** aporta sentido y **mejora la propia consideración**, invirtiendo los procesos de auto-estigmatización que son claves en la recuperación. Además, influye en la **perspectiva de los/as pacientes receptores, que además de considerar útil y satisfactorio el contacto con iguales de manera formalizada**, reciben un mensaje experiencial por parte de un igual muy positivo.

- ❑ Del análisis de la información proporcionada por los/as profesionales de los servicios, sobre la **opinión de los/as pacientes receptores**, mediante las fichas de registro, así como en las consideraciones realizadas en las sesiones de evaluación, se desprende que la opinión general sobre utilidad y satisfacción de las sesiones realizadas **es muy positiva**.

- ❑ Los **pacientes receptores valoran** mucho la confianza, el alto grado de conexión, la sinceridad que ven en los/as agentes, se sienten ayudados y consideran útiles las sesiones mantenidas. Perciben **empatía y facilidad de conexión por haber vivido experiencias similares**, consideran que es un **valor añadido el que no sean profesionales** y admiten que explican al agente aspectos o hablan de temas que no suelen tratar con otras

personas cercanas o con los/as profesionales. Los/as agentes transmiten ideas y sentimientos positivos, **son vistos como modelos** para muchos de los pacientes receptores y también esta actividad es valorada como una forma de relacionarse socialmente y entablar amistad.

- ❑ Los/as profesionales señalaron algunos aspectos a mejorar en futuras ediciones del proyecto. Por ejemplo, poder recibir más **información sobre cómo cuidar de los/as agentes** y cómo darles atención sobre los problemas que pudieran encontrar en el desarrollo de las sesiones.

- ❑ Es importante **contar con la disponibilidad de varios agentes**, para no detener el desarrollo de sesiones concertadas, en caso de presentarse algún imprevisto. Además, es conveniente tener presente, que entre los/as agentes se puede interpretar de forma errónea que unos agentes realicen más o menos sesiones que otros, y las consecuencias que ello puede tener en sus auto-percepciones sobre cómo ejercen el rol de agentes.

- ❑ Es importante **trabajar durante la formación de los/as agentes de ayuda mutua** la implicación con el/la paciente receptor/a durante las sesiones y **cómo desvincularse emocionalmente**. Los/as profesionales también solicitan que las personas que son formadoras en los cursos de ayuda mutua estén disponibles para resolver dudas y orientar durante el tiempo de las prácticas, en especial al inicio del programa.

- ❑ Los/as profesionales sugieren que debería seguir ampliándose y formalizándose la experiencia en los servicios. Sugieren crear programas de voluntariado para ofertar desde los servicios y que el **próximo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía** contemple la continuidad y formalidad a la ayuda mutua en los servicios de salud mental. Se propone la redacción y difusión de una **Guía para poner en marcha servicios de ayuda mutua en los servicios de salud mental**.

- ❑ Los/as profesionales solicitan un mayor **reconocimiento al tiempo dedicado**, y que éste **se refleje en los objetivos** y/o en la cartera de servicios, de manera que les permita poder organizarse y desarrollar el programa de forma adecuada; también dejar abierta la organización del proyecto a cada dispositivo, que haya **autonomía** para organizarlo según las propias características de cada servicio y que haya un **responsable dentro de la Unidad de Gestión Clínica, que sea un referente permanente y controle el programa**.

- ❑ Otra sugerencia de los/as profesionales es incorporar la ayuda mutua en los **programas de intervención temprana** en psicosis.

- ❑ Los/as agentes, por su parte consideran que podría existir un **protocolo dentro de los servicios de salud mental, que oferte la ayuda mutua de forma permanente**, que puedan tener alguien de referencia permanente y que el/la agente de Ayuda Mutua se convirtiera en algo estable en el servicio. Los/as agentes manifiestan su intención de continuar realizando ayuda mutua y solicitan nuevos proyectos.

Introducción

La ayuda mutua es ayuda emocional y social, que es ofrecida por personas con enfermedad mental a otras que comparten problemas similares, con la finalidad de lograr un deseado cambio social o personal.

Gartner & Riessman (1982)

El apoyo entre iguales es central para la recuperación de muchas personas, ya que ayuda a compartir experiencias, emociones y pensamientos. Un igual, partiendo de su condición de experto en la enfermedad, puede ayudar a otro a situarse en contextos de desorientación, facilitando el afrontamiento de fases de la enfermedad en las que la experiencia previa es relevante. Entre las personas con enfermedad mental, la ayuda mutua puede ser útil para afrontar el debut en la enfermedad, afrontamiento de diagnóstico, convivencia social con la enfermedad, hospitalización y, muy especialmente, en el proceso de recuperación social. La información que se comparte a menudo resulta más creíble y significativa para la persona, y puede llegar a ser muy útil, resultando próxima, relevante y comprensible.

Existen formas diferentes de ejercer la ayuda mutua. Puede tener carácter formal e informal. La ayuda mutua, cuando tiene carácter formal, supone que quienes la ejercen reciben un entrenamiento previo, y que su desempeño puede ser voluntario o remunerado. En este caso se habla de especialistas (*peer support specialists*) o agentes en ayuda mutua, que la ejercen de forma coordinada con servicios destinados a las personas con problemas de salud mental. En el ejercicio de la ayuda mutua, la experiencia es la única cualificación inicial exigida. Formalizar la ayuda mutua no significa restarle valor a la ayuda mutua informal, que es la que acontece en contextos cotidianos de la vida de las personas, en el marco de las

actividades propias de las asociaciones, en las relaciones que se establecen con las redes sociales informales, etc.

La ayuda mutua es una forma de dar y recibir ayuda basada en principios básicos de respeto, responsabilidad compartida y acuerdo mutuo sobre lo que es útil.

Mead, Hilton, and Curtis (2001)

Diversas experiencias internacionales muestran que la ayuda mutua, cuando tiene un carácter formal, otorga un valor añadido tanto para el provisor (agente de ayuda mutua) como para el receptor (su igual), así como para las organizaciones que estén implicadas. En las experiencias que se conocen, estas organizaciones son los servicios de salud mental, con la colaboración de asociaciones de personas usuarias y familiares.

Usar el conocimiento y la experiencia personal en un determinado tema para ayudar y apoyar a otros que están experimentando esos mismos temas.

Scottish Recovery Network (2008)

Para el provisor de la ayuda mutua, supone un empoderamiento y una mejora de la autoestima a la vez que se invierten los procesos de autoestigma propios de la enfermedad mental. El desempeño de una ocupación (remunerada o no) fomenta las relaciones sociales con sus iguales y, muy especialmente, contribuye al desarrollo de habilidades de comunicación, emocionales y sociales.

Para el receptor, es una oportunidad de sentirse escuchado y comprendido y recibir consejos sobre situaciones de su vida cotidiana que se ven dificultadas por la existencia de la enfermedad. Puede, además, expresarse con libertad y ganar confianza en la relación con un igual, por lo que incrementa el funcionamiento social y la autoestima. Esto ayuda a una mejora en la calidad de vida y el bienestar y a una ampliación de las redes de apoyo social.

Mediante el proceso de ofrecer apoyo, compañía, empatía, generosidad y asistencia, las personas con enfermedad mental grave pueden afrontar los sentimientos de soledad, rechazo, discriminación y frustración a los que a menudo se enfrentan.

Stroul (1993)

Desde el punto de vista de los servicios de atención a la salud mental, la ayuda mutua debería contemplarse como un complemento al papel de los/as profesionales que puede llegar a reforzar o incluso ampliar la cartera de servicios. Aporta un nuevo aprendizaje y estimula un cambio de perspectiva y de valores en la asistencia. También supone un vínculo entre los servicios y las asociaciones, que se ven así legitimadas y por tanto favorece el fortalecimiento del movimiento asociativo.

Las experiencias internacionales estudiadas también citan algunas posibles implicaciones a tener en cuenta al desarrollar experiencias de ayuda mutua con carácter formal:

- Falta de clarificación de roles
- Riesgo de pérdida de confidencialidad de la información manejada
- Ocupación que puede llegar a ser estresante para el/la agente de ayuda mutua
- Debate sobre la oportunidad de la incorporación del/la agente a los equipos de salud mental

ALGUNAS EXPERIENCIAS DE AYUDA MUTUA EN OTROS PAÍSES

EE UU: Georgia Certified Peer Specialist.

Desde el año 1999 forma a usuarios/as de salud mental para implementar servicios de ayuda mutua en asociaciones y centros de salud. Recibe financiación pública y privada. El programa se inicia a partir de un informe nacional que señalaba el valor que la ayuda mutua tiene para el proceso de recuperación.

Australia: PEER Support for Mental Health Project.

Combinación de prevención y promoción de salud mental. Forma a consultores jóvenes que tienen enfermedad mental y visitan hospitales o participan en programas comunitarios para ofrecer ayuda mutua a personas de su edad.

Reino Unido: Peer Support Workers for Jasper Ward (South West London and St. George's).

Programa piloto de 6 meses en una unidad de hospitalización. Pacientes en proceso de recuperación que, coordinados con profesionales de enfermería, ofrecen su experiencia, consejo y conversación a otros pacientes ingresados.

Este informe presenta los resultados de la evaluación del proyecto *Ayuda Mutua en los Servicios de Salud Mental*, en las prácticas realizada en Andalucía.

1. El proyecto Ayuda Mutua en los Servicios de Salud Mental. Entrenamiento y prácticas^{2,3}

El proyecto se diseñó partiendo de la concepción de ayuda mutua en la que el *conocimiento y la experiencia personal en un determinado tema sirve para ayudar y apoyar a otros que están experimentando esos mismos temas*, según la definición de la Red Escocesa de Recuperación, vinculada de forma específica a afrontar los problemas de salud mental de nuestra sociedad.

En este sentido, el proyecto ha contado con la colaboración de personas expertas en la convivencia con problemas de salud mental, que son miembros de una asociación de personas usuarias y/o usuarios/as de los servicios de salud mental.

El proyecto ha consistido, como se detalla a continuación, en el entrenamiento como agentes de ayuda mutua de personas usuarias de los servicios de salud mental y en el pilotaje del ejercicio formal de sesiones de ayuda mutua en servicios de salud mental.

Para el desarrollo del proyecto ha sido fundamental la colaboración de 6 Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental de Andalucía, con la participación de algunos de sus dispositivos. Concretamente las siguientes Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), Hospitales de Día (HD) y Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM):

² El proyecto se coordina entre En Primera Persona, Federación de Asociaciones de Usuarios de los Servicios de Salud Mental y la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), en el marco del II Plan Integral de Salud Mental, 2008-2012 (Línea de Participación ciudadana y Ayuda mutua). Está financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía mediante Fondos de Cohesión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Política Social).

³ El equipo del proyecto lo forman: Jose Manuel Arévalo (En Primera Persona), Águila Bono del Trigo (Profesora Área Ciudadanía, Ética y Participación, Escuela Andaluza de Salud Pública), Gonzalo Fernández Regidor (Programa Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud), Pablo García Cubillana (Programa Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud), Angel Mena Jiménez (Técnico Área Salud Pública, Escuela Andaluza de Salud Pública) y Bibiana Navarro Matillas (Profesora colaboradora de la Escuela Andaluza de Salud Pública).

- USMC Santa Fe (UGC de Salud Mental Hospital Virgen de las Nieves, Granada)
- USMC Almería y Hospital de Día Salud Mental Torrecárdenas (UGC de Salud Mental Hospital de Torrecárdenas, Almería)
- USMC de Motril y Hospital de Día Santa Ana (UGC de Salud Mental Hospital de Santa Ana, Granada)
- USMC Bahía y URSM Puerto Real (UGC de Salud Mental Hospital de Puerto Real, Cádiz)
- URSM Hospital Regional de Málaga (UGC de Salud Mental Hospital Regional de Málaga)
- USMC Guadalquivir (UGC de Salud Mental Hospital Virgen del Rocío, Sevilla).

Gracias a la colaboración desinteresada de profesionales⁴ de estas Unidades se pudo llevar a cabo la experiencia piloto.

Por parte del movimiento asociativo, ha sido fundamental la colaboración de **En Primera Persona**, la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de los Servicios de Salud Mental (www.enprimerapersona.org), cuyas asociaciones participan activamente en el proyecto. Miembros de varias asociaciones de la Federación: SAPAME de Granada, BAO-Índalo Almería, Asociación de Bipolares de Andalucía (ABBA) de Sevilla, Al Farala de Málaga y AMENSA de Motril, participaron tanto en la fase de entrenamiento como en la de prácticas.

2.1. Entrenamiento

Mediante el curso *Recuperación e inclusión social. Programa de entrenamiento en ayuda mutua*, celebrado en diferentes provincias de Andalucía (Almería, Cádiz, Granada, Málaga y Sevilla) entre 2009 y 2011 se formaron personas pertenecientes al movimiento asociativo y personas usuarias de los servicios de Salud Mental de Andalucía. En total completaron la formación 80 personas.

⁴ De forma especial la de Carmen Rodríguez-Barbero Velázquez, USMC Santa Fe y profesional de referencia del proyecto en el dispositivo; Francisco Becerra de la URSM del H. Regional de Málaga; Mercedes Fernández López, de la USMC de Motril y de Juan Carlos Maestro Barón, profesional de referencia del Hospital de Día Santa Ana, Motril; de Teresa Jiménez Bolívar de la USMC de Almería y de Vicente Ibáñez Rojo, profesional de referencia del Hospital de Día del H. Torrecárdenas; Cristina Rosales Fontcuberta de la USMC Bahía y de Asunción Coronilla Fopiani, de la URSM de Puerto Real, Cádiz; y Casilda Gallego Bernardo y Aurora Esther Alés Portillo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria Guadalquivir, de Sevilla.

Los participantes cumplimentaron un formulario de solicitud en el que además de datos básicos para conocer su perfil de edad y convivencia con la enfermedad, anotaban por qué deseaban realizar el curso, de cara a valorar las motivaciones. Además, se les preguntaba por su disponibilidad para participar en todas las clases. Concretamente, los criterios para la selección de participantes fueron:

- Edad > 18 años (criterio de exclusión)
- Experiencia con enfermedad mental (criterio de exclusión)
- Ser o haber sido usuario/a de los servicios de salud mental
- Preferentemente, haber pasado por unidad de hospitalización
- Percepción de hallarse en fase de estabilidad
- Disponibilidad
- Motivación y compromiso
- Capacidad potencial para establecer relaciones de ayuda
- Diagnósticos representativos
- Perspectiva de género
- Facilidad de adaptación al grupo

El curso básico de entrenamiento *Recuperación e inclusión social. Programa de entrenamiento en ayuda mutua*⁵ (ver Anexo 1) consta de 40 horas (32 horas lectivas y 8 no presenciales, dedicadas a realizar un trabajo individual). Las 32 horas lectivas se distribuyen en 8 sesiones de 4 horas cada una, concentradas en dos semanas de clase. La metodología es muy participativa, con actividades de debate, trabajo en grupos o juegos de roles, apoyados con breves introducciones teóricas con soporte audiovisual y puesta en común de síntesis integradoras de los contenidos.

⁵ El entrenamiento fue impartido por Bibiana Navarro Matillas, Doctora en Psicología y profesora colaboradora de la EASP y miembro del equipo de trabajo.

2.2 Desarrollo de las sesiones

Entrenamiento previo

En septiembre de 2010 se llevó a cabo un segundo curso de Entrenamiento de Agentes de Ayuda Mutua, con una selección de 19 alumnos del entrenamiento básico realizado en diferentes provincias andaluzas (Almería, Cádiz, Granada, Málaga y Sevilla). El objetivo era ofrecer un **curso de profundización orientado a su participación en el pilotaje de la experiencia de ayuda mutua en los servicios de salud mental.**

Los criterios de selección de los participantes fueron la participación en el curso básico, el trabajo presentado por los participantes, además de las cualidades personales, la representación de edades y perfiles diferentes y la situación socio-laboral, además de haber manifestado interés por participar en esta experiencia.

Para este curso se seleccionó a 19 personas que habían realizado el curso básico (3 de Granada, 4 de Motril, 4 en Almería, 4 de Sevilla, 2 de Cádiz y 2 de Málaga). Recibieron una formación de 12 horas (3 sesiones) en el CEULAJ de Mollina (Málaga). El curso incluía alojamiento durante 3 noches. De entre estas personas se escogería después a los/as agentes de ayuda mutua que llevarían a cabo el pilotaje en los servicios. El perfil de todos los seleccionados para el curso de profundización fue el siguiente:

Nº personas: 19 (14 hombres, 5 mujeres)

Promedio de edad: 38,2 años

Promedio años con diagnóstico: 15

Promedio años última hospitalización: 5,1

Diagnósticos:

- 8 Trastorno bipolar
- 6 Trastorno esquizoafectivo
- 4 Esquizofrenia paranoide
- 1 Neurosis

Selección de Unidades de Salud Mental Comunitaria

El pilotaje del proyecto se llevó a cabo en las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de las provincias participantes. Estas Unidades se seleccionaron siguiendo el criterio de la Dirección de cada UGC, atendiendo a su accesibilidad geográfica para los/as agentes de ayuda mutua que participarían en el pilotaje y porque los/as profesionales que las componen muestran una predisposición favorable a llevar a cabo experiencias innovadoras. Las profesionales responsables de coordinar el proyecto fueron:

EXP_1

- USMC: Trabajadora social
- HDSM: Psiquiatra

EXP_2

- USMC: Trabajadora social
- HDSM: Psicólogo Clínico

EXP_3

- USMC: Enfermera

EXP_4

- USMC: Trabajadora social
- URSM: Enfermera

EXP_5

- URSM: Psicólogo

EXP_6

- USMC: Trabajadora social y enfermera

Selección de agentes de ayuda mutua

Del alumnado participante en el curso de profundización se seleccionaron a los voluntarios/as que lo habían cursado para llevar a cabo el pilotaje. Para ello fue relevante el perfil (sexo, edad, patología) de forma que pudiera existir variedad de perfiles entre los/as agentes que visitaran los servicios de salud mental. Participaron en la experiencia como agentes 17 personas. Estos fueron los perfiles:

- Agente 1 EXP_1: Hombre, 33 años, trastorno bipolar
- Agente 2 EXP_1: Hombre, 34 años, trastorno de personalidad
- Agente 3 EXP_1: Mujer, 33 años, trastorno bipolar
- Agente 4 EXP_1: Mujer, 26 años, trastorno esquizoafectivo
- Agente 1 EXP_2: Hombre, 31 años, esquizofrenia
- Agente 2 EXP_2: Mujer, 49 años, neurosis
- Agente 3 EXP_2: Hombre, 36 años, esquizofrenia
- Agente 1 EXP_3: Hombre, 34 años, trastorno bipolar
- Agente 2 EXP_3: Mujer, 49 años, trastorno de la personalidad afectiva, bulimia nerviosa
- Agente 3 EXP_3: Hombre, 40 años, trastorno bipolar
- Agente 1 EXP_4: Hombre, 37 años, psicosis esquizoafectiva
- Agente 2 EXP_4: Hombre, 50 años, trastorno de la personalidad
- Agente 1 EXP_5: Hombre, 44 años, esquizofrenia paranoide.
- Agente 2 EXP_5: Hombre, 38 años, trastorno esquizoafectivo
- Agente 1 EXP_6: Hombre, 39 años, trastorno bipolar
- Agente 2 EXP_6: Mujer, 51 años, trastorno bipolar
- Agente 3 EXP_6: Hombre, 48 años, trastorno bipolar

Planificación del proyecto con los servicios de salud mental

El equipo profesional de referencia de la EASP realizaba una primera presentación del proyecto a los/as profesionales de los servicios seleccionados que iban a coordinar la actividad, celebrada en los propios servicios. A continuación, se tenía una nueva reunión conjunta con los/as agentes de ayuda mutua que iban a participar en la experiencia.

Las partes implicadas acordaron los siguientes aspectos para llevar a cabo la experiencia:

- Existencia o no de una reunión de profesional de referencia para comentar la marcha del proyecto y para programar las sesiones y número de reuniones semanales.
- Criterios para la asignación de pacientes a las sesiones de ayuda mutua. No se establecieron criterios explícitos por diagnóstico, edad o sexo en la asignación de pacientes a unos u otros agentes.

- Asignación de pacientes a Agentes de Ayuda Mutua: de forma conjunta entre los/as agentes y profesionales de referencia, dependiendo de los perfiles estableciendo posibles preferencias según las características de los/as pacientes.
- Lugar, día y horarios.
- Registro de actividad: cada agente de ayuda mutua cumplimentaría una ficha de registro de cada sesión. Por su parte, las personas de referencia recibirían feedback de cada sesión por parte de pacientes, que se registraba, tanto individualmente en una ficha y también en un registro general. Los registros se realizaron manteniendo la confidencialidad de las partes.



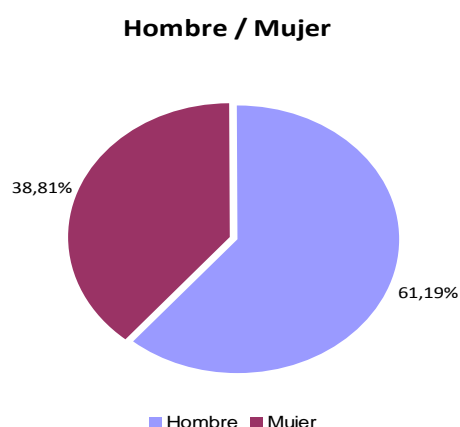
3. Evaluación del Proyecto

A continuación se muestran los resultados de la evaluación de las dos fases del proyecto. En primer lugar, se detallan los resultados de la fase de entrenamiento y en el siguiente apartado, la evaluación del desarrollo de las sesiones de ayuda mutua.

3.1. Evaluación de Entrenamiento

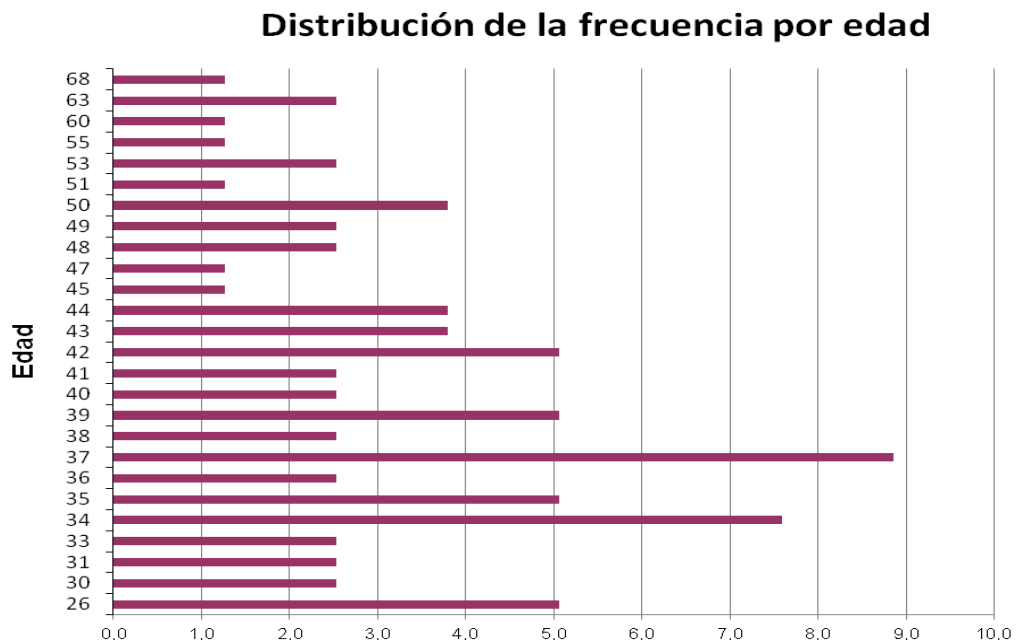
En este apartado se muestran los resultados de la evaluación del Curso *Recuperación e inclusión social. Programa de entrenamiento en ayuda mutua*. Para la recogida de información se utilizó un cuestionario auto-cumplimentado al finalizar la actividad formativa (ver Anexo 2). El cuestionario recoge información sobre los siguientes aspectos del curso: el interés, la utilidad, facilidad y aprendizaje percibido. Además, recoge la valoración de los participantes sobre la profesora (conocimientos, exposiciones, trato,...).

Del total de participantes, el 61,2% fueron hombres y el 38,8% fueron mujeres.

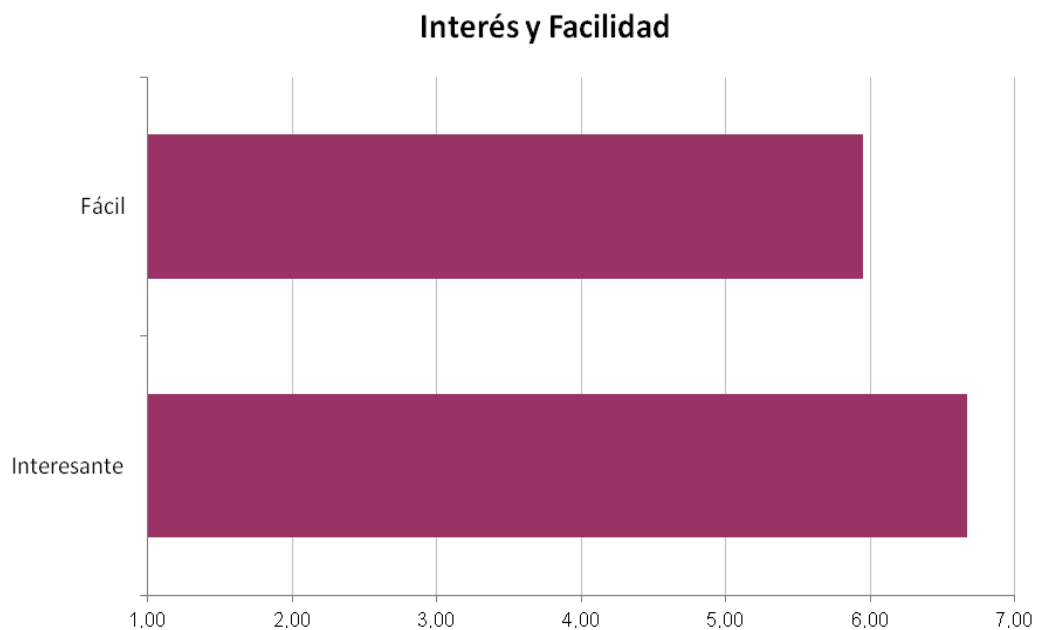


Participaron personas adultas de todas las edades, desde los 26 años hasta los 68. La mayor parte de los participantes presentaron una edad entre 34 y 44 años. La

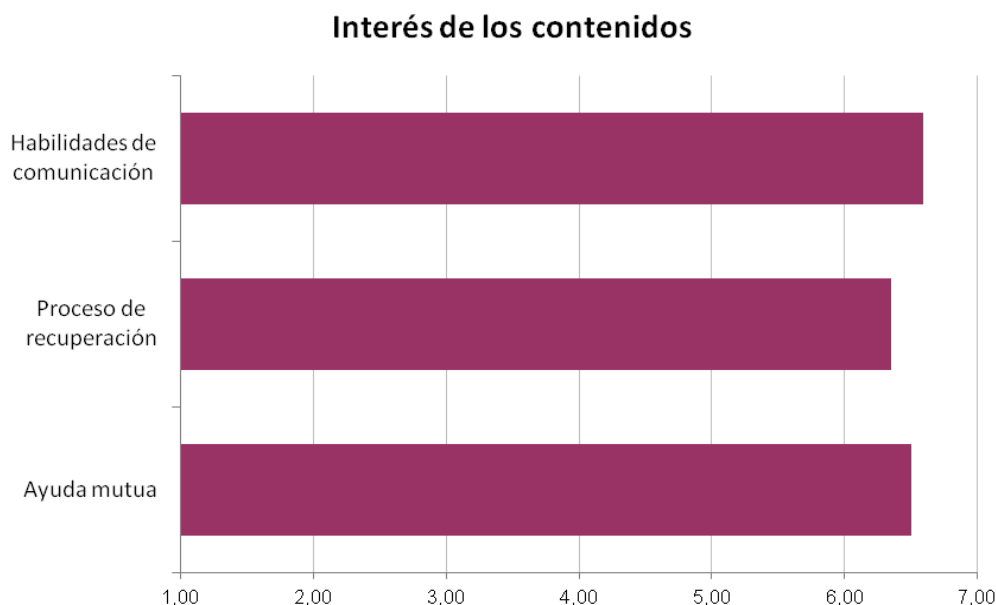
tabla siguiente muestra la distribución de la frecuencia por edad absoluta (número de personas por edad).



La satisfacción con el curso es muy alta. Todos los aspectos han sido valorados en una escala de 1 a 7. El interés general suscitado por el curso fue de 6,67. Respecto a la facilidad que encontró el alumnado para seguir las clases, la media fue de 5,95 puntos.

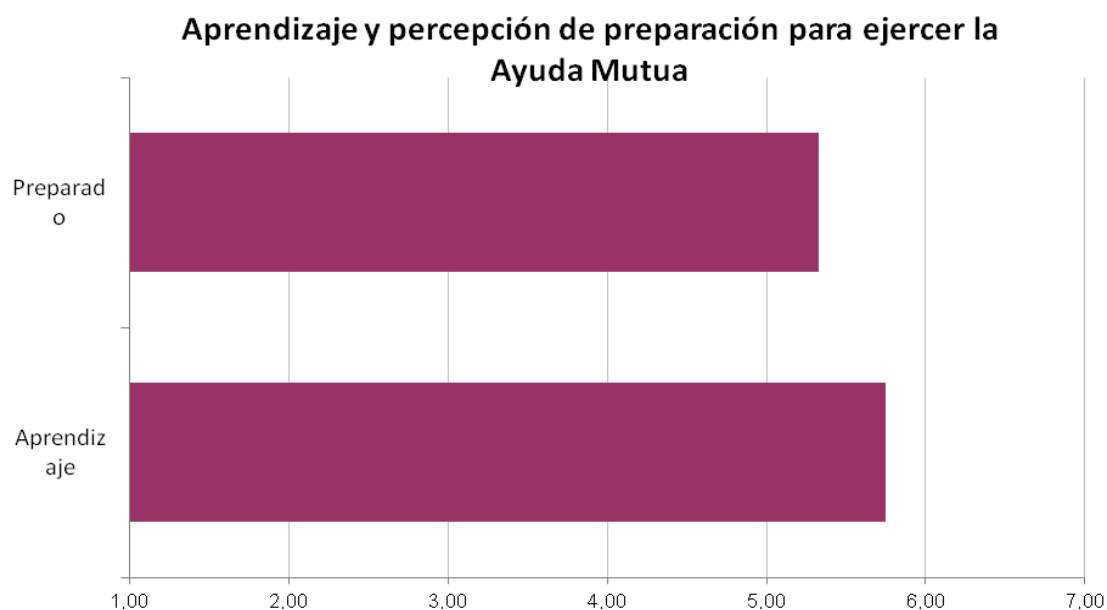


Todas las temáticas valoradas recibieron una puntuación muy alta, con muy ligeras diferencias entre ellas (Herramientas de Comunicación, Recuperación y Ayuda Mutua). La que recibió una puntuación más alta fue la de Herramientas de Comunicación, con un 6,59. Las otras dos temáticas recibieron asimismo buenas puntuaciones: 6,5 para Ayuda Mutua y 6,35 para recuperación.

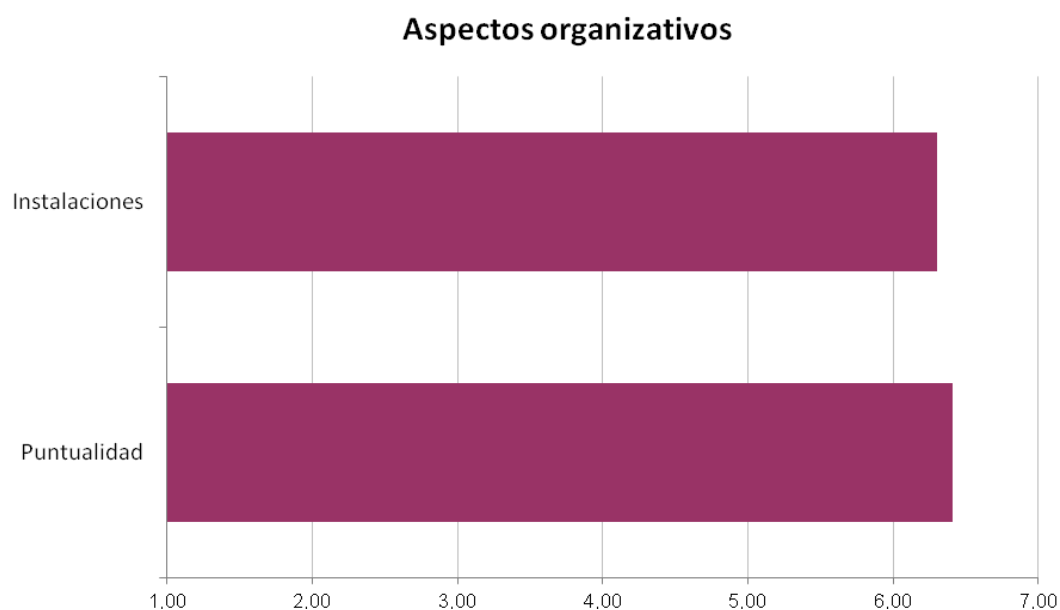


También las personas del movimiento asociativo valoraron que esta actividad era útil para el progreso de su asociación.

De todos los aspectos valorados, el aprendizaje percibido fue el que obtuvo una menor valoración, de 5,75 (sobre una escala de 1 a 7), pero también satisfactorio. Esta valoración puede indicar una alta autoexigencia de estas personas con su propio desempeño.

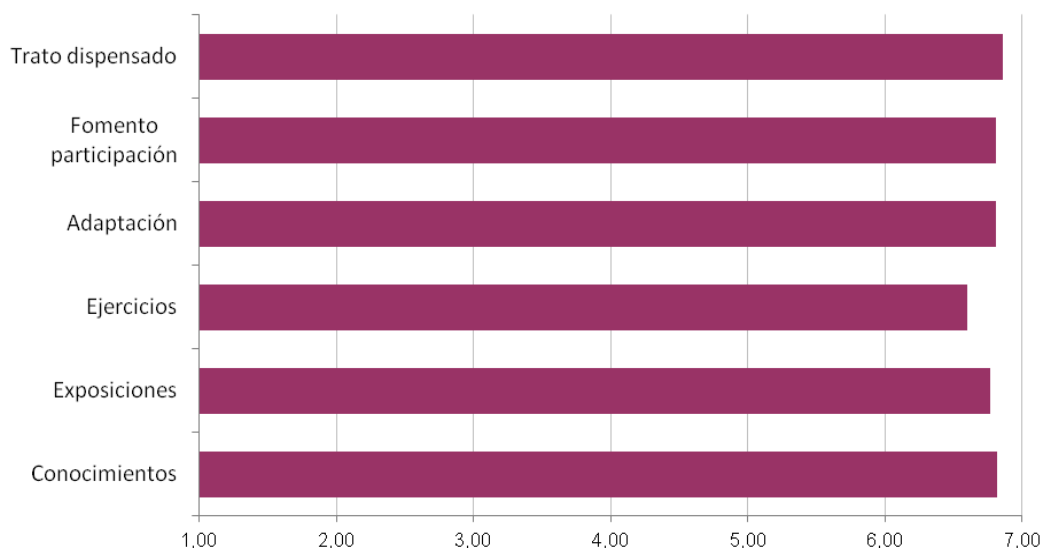


Todos los aspectos relacionados con la organización de la formación también estuvieron bien valorados, la valoración de la Puntualidad fue de 6,51 y las Instalaciones de 6,30.



La valoración de la profesora del entrenamiento es muy alta en todos los temas sobre los que se preguntaba, lo más valorado fue el trato dispensado a los participantes, con una puntuación de 6,86, el nivel de conocimientos de 6,82, la adaptación al grupo y el fomento de la participación recibieron una puntuación idéntica de 6,81, siempre sobre una escala de 1 a 7.

Valoración de la profesora



La satisfacción expresada por los participantes en la evaluación fue muy alta, como también lo muestran los comentarios realizados por las personas usuarias asistentes al curso al evaluar el entrenamiento en ayuda mutua, mediante una pregunta abierta del cuestionario de evaluación en la que se pedía que se anotara cualquier aspecto positivo o negativo del curso.

De estas valoraciones se extrae que el entrenamiento para el ejercicio de la ayuda mutua es un valor en sí mismo para las personas con enfermedad mental, independiente de su actuación formal como agentes de ayuda mutua en cualquier ámbito.

"Ha sido muy gratificante y autodidáctico para conocer aspectos de nuestra enfermedad y cómo afrontar aspectos de nuestra vida cotidiana" (EXP_1)

"He aprendido muchas palabras técnicas para términos que ya conocía (cosas cotidianas en casa), y otras técnicas que me han servido para aplicarlas en casa a mis padres o en mi vida, muy importantes" (EXP_1)

"Un curso muy interesante que no solo ayuda para ayudar a los demás, sino que nos ayuda a nosotros mismos" (EXP_1)

"He aprendido mucho y me ha gustado el curso" (EXP_2)

"He aprendido mucho compartiendo entre todos y escuchando sus experiencias"
(EXP_2)

"Ha sido muy positivo, he aprendido muchos conceptos que me ayudarán en mi vida" (EXP_6)

Es recurrente en las opiniones de los participantes lo positivo de poder ayudar a otras personas que estén pasando por lo mismo que el/la agente de ayuda mutua ya ha vivido. La función de ayuda mutua y compartirlo con otras personas se destacaba en gran parte de los comentarios de los participantes. Los participantes muestran altas expectativas de poder dedicarse a ejercer formalmente la ayuda mutua.

"Me parece muy interesante aprender técnicas para ayudar a personas que están pasando por experiencias que yo ya he superado. Creo que esas técnicas podemos ayudarnos a nosotros mismos y a los demás" (EXP_2)

"Es sorprendente y un buen proyecto que por favor siga adelante que ayudará a muchas gentes" (EXP_6)

"Lo puedo aplicar en mi enfermedad y ayudar a otros" (EXP_6)

"Me gustaría dedicarme, ocuparme, trabajar con personas que tengan trastornos mentales" (EXP_6)

"Este curso me ha ayudado a crecer como persona y a darme cuenta que realmente puedo ayudar a otras personas en el proceso de recuperación"
(EXP_6)

Y junto al sentimiento altruista y de ayudar a los demás, generado en el aula, también se destaca con asiduidad que, antes de buscar un beneficio hacia los demás o hacia su asociación, se han visto recompensados con un beneficio hacia ellos y ellas mismas, una gran ayuda personal, en palabras de un participante. En general se manifiesta una alta satisfacción y un beneficio personal percibido:

"Aumento de mi autoestima; conocimiento personal; resolución personal de problemas" (EXP_5)

"La verdad que ha sido una experiencia positiva" (EXP_4)

"Todo el curso ha sido interesante y positivo. He aprendido mucho sobre mí y mis semejantes siempre en positivo" (EXP_4)

"En el grupo todos nos hemos sentido integrados y hemos tenido plena libertad para compartir nuestras circunstancias personales" (EXP_4)

Una petición que se repite en las evaluaciones realizadas es el deseo de que se prolongue o se amplíe la formación en ayuda mutua y que encuentren facilidades para poder llevarla a la práctica.

"Un curso de gran ayuda personal, y espero que su utilidad no quede en el vacío y pueda ser el comienzo de una nueva vida tanto para mí como para los demás" (EXP_3)

"Debería ser sólo el inicio de un proyecto de formación a enfermos mentales" (EXP_3)

"Por favor repetirlo más por nosotros, nuestros familiares y para ampliar los conocimientos de la enfermedad" (EXP_2)

"Creo que ha sido corto, pero bastante interesante. Me gustaría formarme más en agente de ayuda mutua" (EXP_5)

"El curso me ha parecido corto, necesitaría realizar otro para sentirme más preparada para ejercer de ayudante de ayuda mutua." (EXP_5)

"Sorprendente, ya que me ha enseñado mucho más de lo esperado. Cortísimo" (EXP_6)

Algunas personas destacan la sencillez y la buena estructura de los contenidos, así como el tipo de actividades realizadas, basadas en su mayoría en trabajo de grupo o rol-play. Sumado a las magníficas evaluaciones que se otorgan a la profesora, se

puede entender que una de las razones del interés suscitado y el aprendizaje alcanzado es el programa del curso y la forma de llevarlo al aula.

“Me ha resultado muy ameno e interesante. Muy bien esquematizado y muy fácil de entender. Necesario hacer más prácticas” (EXP_3)

Los principales puntos fuertes que destacan del curso son la alta asistencia y participación en el mismo de las personas usuarias, hecho que de alguna manera sorprendió a los propios asistentes, quizá por ser un colectivo que cuesta fidelizar:

“La asistencia al curso, permanencia hasta el final de todos los matriculados” (EXP_5)

“Me ha encantado la muy alta participación de los usuarios/as. Trabajar en grupo me ha ayudado a desarrollarme como persona.” (EXP_5)

“Interés de la monitora de por mi asistencia al mismo; ayuda, orientación personal de la profesora” (EXP_5)

También se destaca el aspecto innovador para las personas usuarias de los contenidos:

“Muy interesante y algo innovador en la Psiquiatría y Psicología” (EXP_5)

En general, el único aspecto negativo destacado por los participantes de las seis ediciones del entrenamiento en ayuda mutua es que el curso resulta corto. Algo que refuerza el hecho de que han respondido muy bien a un nivel de asistencia bastante exigente (32 horas durante dos semanas, repartidas en ocho sesiones de cuatro horas cada una). Su excelente respuesta disipó algunos temores iniciales de baja asistencia o abandono del entrenamiento. Varios asistentes lo manifestaban así:

"El curso lo he visto corto; todo era interesante y he aprendido mucho" (EXP_2)

"Ha sido interesante, corto y he conocido gente nueva muy agradable" (EXP_2)

"Me ha parecido corto, me hubiera gustado aprender más" (EXP_1)

"El curso me ha resultado bastante corto, ya que creo que se podría haber profundizado algo más en ciertos temas, los cuales son muy interesantes" (EXP_4)

A pesar de esto, una minoría de personas, opinaron que las sesiones les parecieron largas:

"Los compañeros se quejaban de las largas sesiones (algunos). Ambiente adecuado, sin bullas. Me ha parecido muy completo" (EXP_5)

"Podría haberse organizado en más días con horarios más cortos" (EXP_5)

La valoración de la profesora que ha participado en todos los cursos ha sido excelente, el resumen de todos los calificativos utilizados para su valoración más destacados son:

Calidad en la enseñanza, respeto, puntualidad, interés, profesionalidad, afabilidad, cultura, humanidad, inteligencia, experta y cercana, dedicación, conocimientos de la materia, comunicativa, inteligente, respetuosa, entrañable, fácil de comunicar con ella, explicación, paciencia, agradable, sencilla, buena, excelente profesional y buena gente, muy simpática, adaptable, detallista, paciente, transmite seguridad y tranquilidad, es comprensiva, comprometida, sociable, amable, interesada, educada, le gusta su trabajo, experiencia, formación, acercamiento personal, comprensiva con todos/as, buen trato, don de gentes, la claridad de comunicación, temple, su capacidad para llevar adelante el curso, correcta en el trato, su voz dulce y amable, preparada, si fuera empresario "la haría fija", su facilidad para hacer comprensible el contenido del curso y su flexibilidad a la hora de adaptarse a las necesidades del grupo, sentido del humor, saber estar...etc.

Los aspectos más destacados para los participantes de los cursos sobre la profesora han sido la paciencia, la ayuda dispensada, la preparación y facilidad de las explicaciones, la actitud de respeto y empatía, el manejo de situaciones complicadas, la adaptación al grupo, dar su sitio a todos los participantes y valorar positivamente los conocimientos y capacidades de los alumnos, y el equilibrio entre teoría y práctica:

"Santísima paciencia" muy amable y dice las cosas claras y sin que molesten"

"Valoro su trabajo porque es genial explicando; valoro como persona; sabe cuándo debe ayudar y es muy paciente para volver a comenzar lo no entendido"

"Hace comprensible las explicaciones, muestra interés en ello, la dinámica de las explicaciones y los trabajos hacen que sea interesante. Tiene muy buena preparación"

"Me parece muy positivo su actitud de respeto y sobre todo empatía para transmitir y percibir nuestras necesidades; todo el tiempo con una actitud muy positiva y buen talante; Una chica excelente!!!"

"Sabe manejar situaciones que pueden llegar a ser tensas; reconduce la clase cuando los alumnos se salen del tema de forma amable y enérgica a la vez; explica con sencillez y claridad"

"Adaptación al grupo, siempre nos explicó los ejercicios cuantas veces fuese necesario antes de empezarlos"

"La profesora se ha adaptado muy bien a todo el grupo sin destacarse por nadie y dándonos el sitio a cada uno, el que corresponde. De todas las actividades realizadas, siempre ha sacado una buena positividad, nunca ha negado ningún comentario realizado por los grupos. Muy profesional y observadora"

"Capacidad de comunicación, escucha, valoración positiva de los conocimientos y capacidades de los alumnos, aunque sean mínimos"

"Realiza un gran equilibrio entre teoría y elementos prácticos o dinámicas"

3.2. Evaluación del desarrollo de las sesiones de ayuda mutua en los servicios de salud mental

3.2.1. Recogida de información para la evaluación

Para llevar a cabo la evaluación de las sesiones se utilizó, por una parte, la información recogida para el propio desarrollo de la experiencia, consistente en el registro de la actividad desarrollada (ver Anexo 3: Fichas de registro de actividad):

- Registro de las sesiones desarrolladas, en la que aparecía el nombre del/la paciente, el número que se le asignaba para preservar su intimidad, el profesional de referencia en la USMC, HDSM o URSM, además de los detalles sobre la citas (hora de la cita e incidencias).
- Registro del/la agente de Ayuda Mutua, en la que se anotaba la percepción del/la agente sobre el desarrollo de la sesión: cómo se había sentido el/la paciente receptor, cómo se había sentido el/la agente desempeñando su papel, temas tratados, momentos difíciles, interés por nuevas sesiones o motivos por los que consideraba que no le había interesado la sesión al paciente receptor, así como cualquier otro aspecto de la sesión que fuera considerado de relevancia.
- Registro del/la profesional, sobre el feedback ofrecido por el/la paciente tras el desarrollo de la sesión, en la que este anotaba la opinión del/la paciente sobre la utilidad de la sesión mantenida.

Por otra parte, tras finalizar el periodo de desarrollo de las sesiones, se llevaron a cabo sesiones (ver Anexo 4. Guión para el desarrollo de las sesiones de evaluación) destinadas a obtener información sobre las partes implicadas:

- Sesión de evaluación con los/as profesionales referentes del pilotaje en los servicios.
- Sesión de evaluación con los/as agentes de Ayuda Mutua. Los/as agentes de ayuda mutua que habían participado más activamente en el proyecto se reunieron a continuación con el/la profesional de referencia del proyecto en la EASP, y expresaron sus opiniones sobre la experiencia. Se trataron,

además de los temas incluidos en el guión realizado a iniciativa de el/la profesional de referencia del proyecto, otros temas emergentes fruto del debate entre los/as agentes.

Los datos globales de las sesiones se tomaron mediante una ficha (Ver Anexo 5. Información sobre sesiones de ayuda mutua) que cumplimentaron los/as profesionales de referencia de los servicios de salud mental.

No se pudo efectuar la evaluación de una de las experiencias por no haberse producido actividad significativa, y por lo tanto, no haber llevado a término la experiencia. Los motivos ofrecidos por la coordinación del dispositivo fueron, fundamentalmente, la falta de tiempo para el correcto desarrollo de la misma. Según comunicaron tenían previsto realizarla más adelante. Los/as agentes seleccionados para dicha experiencia interpretaron, en cambio, que no se llevó a cabo puesto que los/as profesionales tenían ciertas reservas sobre sí las sesiones de ayuda mutua podían afectar a sus pacientes. Además, según los/as agentes, este dispositivo se planteó si era adecuado que los/as agentes de ayuda mutua asignados no fueran pacientes de dicho dispositivo, lo que les generaba cierta inseguridad, ya que les conocían sólo por una reunión al inicio del proyecto. En cierto modo esta opinión también fue transmitida por parte del dispositivo. Por tanto la información que aparece a continuación está referida a 5 de las experiencias que han participado.

3.2.2. Resultados

Una vez realizado el análisis de la información obtenida del registro de actividad así como de las sesiones y entrevistas mantenidas con los implicados, hemos identificado una serie aspectos, que son útiles para evaluar, en conjunto, el desarrollo de la experiencia.

- **Número de Agentes participantes: cobertura de las sesiones**

De los catorce agentes de ayuda mutua que participaron en el proyecto, el/la agente 1_EXP_1 realizó 20 sesiones, el/la agente 2_EXP_1, 17, y los/as agentes 1_EXP_2 y 1_EXP_4, ambos realizaron 12 sesiones. Mientras que los dos agentes con menor volumen, los/as agentes 4_EXP_1 y 3_EXP_3, realizaron 1 y ninguna sesión, respectivamente.

Agentes de ayuda mutua				
Centro	USMC	HD	URSM	Total
Sesiones Agente 1 EXP_1	13	7	0	20
Sesiones Agente 2 EXP_1	12	5	0	17
Sesiones Agente 3 EXP_1	1	2	0	3
Sesiones Agente 4 EXP_1	1	0	0	1
Sesiones Agente 1 EXP_2	12	0	0	12
Sesiones Agente 2 EXP_2	6	5	0	11
Sesiones Agente 3 EXP_2	0	3	0	3
Sesiones Agente 1 EXP_3	9	0	0	9
Sesiones Agente 2 EXP_3	10	0	0	10
Sesiones Agente 3 EXP_3	0	0	0	0
Sesiones Agente 1 EXP_4	12	0	0	12
Sesiones Agente 2 EXP_4	4	0	0	4
Sesiones Agente 1 EXP_5	0	0	7	7
Sesiones Agente 2 EXP_5	0	0	4	4

En la EXP_1 la diferencia en la escasa participación de algunos agentes comparado con otros, obedece a diferentes situaciones personales: cierta inestabilidad en la enfermedad, oportunidades laborales o de formación. Cuando algunas de estas situaciones se originaron al inicio del programa, unido a la lógica falta de experiencia, pudo revertir en una falta de confianza que fue reduciendo la implicación en el proyecto.

La implicación en el proyecto en algún caso puede quedar también mediatizada por una mala experiencia en la primera o segunda sesión, que puede reforzar las dudas sobre la consideración del/la agente de ayuda mutua de su propia utilidad en el proyecto.

En la EXP_2 el/la agente 3 no se encontraba bien a causa de su enfermedad y no pudo afianzar su actividad en el proyecto. Realizó tres sesiones, y pese a concertar alguna cita más ya no pudo seguir. Según un profesional de referencia, "por un

lado se sentía obligado y quería, pero por otro no podía", por lo que en un momento dado ya no se le asignaron pacientes.

En la EXP_3 la realización de sesiones por parte de los/as agentes 1 y 2 fue similar, mientras que el/la agente 3 no llegó a completar ninguna debido a que se encontraba en un momento delicado de su enfermedad.

En la EXP_4, el/la agente 2 realizó un menor número de sesiones debido a que tuvo una fase de inestabilidad durante el transcurso del proyecto. Se le dejaron de asignar pacientes y sesiones cuando se valoró conjuntamente que no era conveniente continuar con el proyecto.

Los tres agentes de la EXP_6 están pendientes de realizar las sesiones.

- **Número de sesiones llevadas a cabo**

Se concertaron 124 sesiones de ayuda mutua, de las que se realizaron finalmente 112 (79 en las USMC, 22 en Hospital de Día y 11 en las URSM). El número de primeras sesiones fue de 60 en total, hubo 26 segundas sesiones y 27 terceras sesiones o más.

Sesiones					
Centro		USMC	HD	URSM	Total
Concertadas	EXP_1	27	14	0	41
	EXP_2	19	12	0	31
	EXP_3	20	0	0	20
	EXP_4	19	0	0	19
	EXP_5	0	0	13	13
	Total		85	26	13
Realizadas	EXP_1	26	14	0	40
	EXP_2	18	8	0	26
	EXP_3	19	0	0	19
	EXP_4	16	0	0	16
	EXP_5	0	0	11	11
	Total		79	22	11
Primeras sesiones	EXP_1	10	3	0	13
	EXP_2	11	6	0	17
	EXP_3	17	0	0	17
	EXP_4	4	0	0	4
	EXP_5	0	0	9	9
	Total		42	9	9
Segundas sesiones	EXP_1	7	3	0	10
	EXP_2	6	2	0	8
	EXP_3	2	0	0	2
	EXP_4	4	0	0	4
	EXP_5	0	0	2	2
	Total		19	5	2
Terceras o más sesiones	EXP_1	10	8	0	18
	EXP_2	1	0	0	1
	EXP_3	0	0	0	0
	EXP_4	8	0	0	8
	EXP_5	0	0	0	0
	Total		19	8	0

En la EXP_1 sólo en un caso una sesión concertada no se realizó, por ausencia del/la paciente receptor/a. Era su primera sesión y ya no siguió con el programa. Hubo dos casos en los que no hubo una segunda sesión: en uno, el/la paciente expresó que no deseaba tener una segunda sesión, y en otra situación, no se repitió la sesión por deseo de la familia del/la paciente, quien sí quería continuar con el programa. Los otros 10 pacientes receptores tuvieron 3 o más sesiones.

Respecto a la EXP_2 los/as agentes realizaron en total 26 sesiones, entre el 29 de diciembre de 2010 y el 27 de enero de 2011. Cinco sesiones que fueron concertadas no llegaron a llevarse a cabo, por lo que el total de sesiones concertadas fue de 31.

Los/as agentes de ayuda mutua de la EXP_3 realizaron entre el 26 de noviembre y el 2 de febrero de 2011 un total de 19 sesiones, una menos de las concertadas.

En la EXP_4 se concertaron 19 sesiones, de las que 3 finalmente no pudieron realizarse, por no acudir el/la paciente receptor/a.

Los dos agentes de ayuda mutua de la EXP_5 realizaron un total de once sesiones, de las 13 concertadas. En el caso del/la agente 2, realizó un menor número de sesiones debido a que tuvo una fase de inestabilidad durante el transcurso del proyecto. Se le dejaron de asignar pacientes y sesiones cuando se valoró conjuntamente que no era conveniente continuar con el proyecto.

- **Captación y comunicación con pacientes receptores**

En general, el/la profesional de referencia solía ser quien comentaba a los pacientes que si querían tener una charla con una persona *"con un trastorno mental o habían padecido una enfermedad mental pero que habían normalizado muchísimo su vida y que la experiencia de estas personas les podía ayudar a ellos"* (Profesional de referencia_EXP_3).

En algunos casos, el hecho de comunicar al paciente si quería participar en una sesión de ayuda mutua, lo hacía uno/a de los/as profesionales del dispositivo, y le explicaba que era *"una pequeña experiencia para ver si se les podía echar un cable, a ver cómo funcionaba y si era de utilidad"* (Profesional de referencia_EXP_2). A esta propuesta se le ponían ejemplos de cómo también se practicaba la ayuda

mutua en el dispositivo de manera informal, como con asambleas o contactos en grupos.

En una de las experiencias, la persona de referencia echaba en falta la derivación del resto de profesionales de su equipo. Manifiesta que insistía reiteradamente pero no lograba colaboración.

“Sí les ha interesado pero no han querido involucrar a sus pacientes, por prudencia, por no saber, por este ritmo de un poco de ‘ya veremos’ y cuando ya hemos empezado a involucrar ya hemos terminado” (Profesional de referencia_EXP_1)

En otro caso, el proyecto se presentó al equipo y, desde un buen interés inicial, este fue decayendo y encontrar pacientes con un perfil adecuado para el proyecto quedaba a discreción de la persona profesional de referencia:

“Al principio sí tenía derivaciones de compañeros, pero luego se olvida, parte del trabajo “me lo he guisado yo”: yo se lo proponía al psiquiatra. Todos los pacientes, excepto uno, que se ha propuesto, se han presentado luego a la sesión. Les explicaba la historia del proyecto, desde junio con el curso, “esto es nuevo”, sentían curiosidad... “¿pacientes que ayudan?”, preguntaban” (Profesional de referencia_ EXP_1)

Una vez preseleccionada la persona, se comentaba al paciente que existía una experiencia que se había llevado con éxito en otras provincias andaluzas, donde personas con su misma enfermedad se habían formado. Esos conocimientos y habilidades que adquirirían les iban a permitir transmitir a otras personas lo que su experiencia vital había conseguido, de forma altruista. Y que estaban abiertos a que les comentaran y preguntaran cosas sobre la enfermedad (Profesional de referencia_EXP_5).

Respecto a las expectativas que los pacientes manifestaban, en un caso, una persona manifestó que participaría en la iniciativa si podía *“hablar con alguien que se hubiera curado”*, a lo que el/la profesional de referencia respondió dando

información acerca del carácter recurrente de la enfermedad y del valor de la experiencia en el manejo de ésta, lo que permitió al paciente a acceder a participar (Profesional de referencia_EXP_5).

En general, de los pacientes a quienes se propuso participar en el programa de ayuda mutua, hubo pocas negativas.

En algunos casos, los problemas de captación y las negativas a participar registradas tuvieron que ver con la distancia geográfica de la residencia de los pacientes con el recurso; en algunos casos, las citas para las sesiones se realizaban por teléfono; otro de los motivos era el temor de los pacientes a que no se respetara la confidencialidad; también la falta de confianza en sí mismos: *"Me cuesta explicarle cosas hasta a mi familia"*; alguna vez también se solicitó consultarlo con el facultativo antes de aceptar participar; y finalmente, en otro caso, el profesional cree que a consecuencia de la propia patología del/la paciente, con mucha desconfianza hacia todo lo que le rodeaba, el/la paciente mostraba muchas dudas y finalmente desistió de participar.

Por su parte, los/as agentes señalan que los pacientes "vienen muy predispuestos pero con muy poca información previa" (Agente_EXP_4), solicitando que les explicara en qué consistía la ayuda mutua y el propósito del encuentro. Por ello se defiende que la captación funcionaba mejor con las personas que habían tenido una cita previa y se les había explicado el proyecto, o al menos con quién se iban a encontrar (Profesional de referencia_EXP_2).

Asimismo, se señala que para el buen desarrollo del proyecto y una óptima captación de pacientes se requiere bastante tiempo y esfuerzo por parte del/la profesional de referencia (Profesional de referencia_EXP_1).

- **Pacientes receptores participantes y criterios para su selección**

En total participaron en el proyecto 59 pacientes receptores, 34 hombres y 25 mujeres.

Pacientes Receptores					
Centro		USMC	HD	URSM	Total
Nº pacientes	EXP_1	10	3	0	13
	EXP_2	10	6	0	16
	EXP_3	17	0	0	17
	EXP_4	4	0	0	4
	EXP_5	0	0	9	9
	Total	41	9	9	59
Nº Hombres	EXP_1	6	2	0	8
	EXP_2	7	3	0	10
	EXP_3	10	0	0	10
	EXP_4	2	0	0	2
	EXP_5	0	0	4	4
	Total	25	5	4	34
Nº Mujeres	EXP_1	4	1	0	5
	EXP_2	3	3	0	6
	EXP_3	7	0	0	7
	EXP_4	2	0	0	2
	EXP_5	0	0	5	5
	Total	16	4	5	25

Los/as profesionales generalmente conocieron el proyecto en reuniones de equipo. El/la profesional de referencia les explicó en qué consistía y les pidió que si conocían pacientes que pudieran beneficiarse de las sesiones de ayuda mutua, se lo propusieran.

Las decisiones se tomaban en el seno del equipo, aunque sobre la plena aceptación del proyecto había opiniones dispares. Algunos profesionales veían cierto peligro hacia sus pacientes (EXP_2).

“Desde bien hasta “complicado”, decían que “son pacientes que no tienen formación, y los receptores se pueden sentir mal”. Veían cierto peligro hacia sus pacientes” (Profesional de referencia EXP_2)

En otra experiencia, la primera criba de pacientes que se estimaba que podían entrar en las sesiones, la realizaba el profesional de referencia (EXP_3).

En otras, eran los/as profesionales los que realizaban la selección definitiva de pacientes receptores para asignar a los/as agentes siguiendo un criterio de "seguridad", según su propia expresión: personas que estuvieran estables y que creían que la experiencia podía venirles bien por encontrarse en una situación de aislamiento, soledad o por haber tenido una mala experiencia previa en sus relaciones sociales (EXP_1).

En algún caso, inicialmente hubo una buena predisposición, pero *"después empieza a pasar el tiempo, las cosas se van olvidando, y al final lo que he hecho es que todos los pacientes son pacientes con los que yo he mantenido relación"*. La selección de pacientes la realizaba directamente el/la profesional de referencia del proyecto (EXP_5).

Un criterio casi excluyente en la mayor parte de las experiencias para seleccionar pacientes era que contaran con conciencia de enfermedad. En los pocos casos en los que no era así, de acuerdo con los/as agentes de ayuda mutua, la sesión se realizó fuera de los recursos sanitarios, en lugares que no estuvieran conectados con la salud mental.

La edad ha sido otro criterio utilizado para asignar pacientes a agentes, intentando que la edad de ambos fuese similar, sin embargo, la mayoría de los/as profesionales no valoraban tanto este aspecto, asignando a los/as agentes pacientes de todas las edades.

Desde algunos servicios tampoco se tuvo en cuenta el diagnóstico como un factor determinante para la asignación. Lo que contaba para los/as profesionales de referencia era la personalidad (EXP_1).

En la mayor parte de los casos, otros criterios importantes que se seguían para la asignación de pacientes eran que estuvieran compensados, con una situación personal de aislamiento social, que no se relacionaran con los demás y que una experiencia como la ayuda mutua pudiera hacerlos cambiar la trayectoria. Asociado a este criterio, se eligieron personas que viven solas y tienen poco apoyo y se suelen sentir solas o que tuvieran momentos de aislamiento y dificultades

personales, pero que no les afectaran a nivel psicopatológico. Otro criterio de selección fue el de pacientes que no conectaran con los/as profesionales y tuvieran poca adherencia a los servicios.

“Evitamos los retos, al ser la primera experiencia... Gente difícil para nosotros, tampoco la asignábamos. Sí a gente abierta, capaz de responder... A todo el equipo le pareció muy interesante, aunque al principio no sabes a qué tipo de paciente le podía venir bien” (Profesional de referencia EXP_2)

“Hemos cuidado mucho a los/as agentes, buscando pacientes estables” (Profesional de referencia_EXP_1)

Un criterio compartido para la selección de pacientes fue que los/as agentes de ayuda mutua y los pacientes receptores no se conocieran previamente (EXP_2).

Otros criterios utilizados eran *“la estabilidad, empatía, que pudieran charlar tranquilamente, que en su psicopatología no hubiera riesgo de momentos tensos”* (EXP_3).

El criterio habitual de selección solía ser pacientes que fueran conocidos, con una *“perspectiva más lineal”*, que estimara que el programa pudiera ser *“beneficioso”* para la persona y que *“a largo plazo pueda ejercer de agente de ayuda mutua”* (EXP_4).

El perfil de pacientes eran personas que el/la profesional de referencia pensaba que *“podía venirles bien charlar con alguien”* y que les sería útil por tener actitudes de miedo y recelo a relacionarse con otras personas, debido a la enfermedad. También para que los pacientes receptores pudieran ver cómo viven la enfermedad otras personas, cómo se pueden ir adaptando (EXP_5).

En una de las experiencias la selección de pacientes no fue muy amplia, y en general, se estima que el desarrollo del proyecto se encontró con dificultades. Por un lado por traslado de un servicio a otra instalación. Por otro, por la poca implicación de los/as profesionales, motivada por el retraso de la puesta en marcha del pilotaje. Otro motivo para explicar la poca asignación de pacientes eran las divergencias entre miembros del equipo en cuanto a los criterios de selección, ya

que algunos profesionales solían proponer “pacientes que funcionaran a largo plazo”, mientras que otros proponían “personas descompensadas”.

Finalmente, en uno de los servicios no se seleccionó a ningún paciente, según el/la profesional de referencia de la actividad, los pacientes no querían participar. Esto podría estar influido por la información que los facultativos daban a los pacientes y la falta de apoyo para decidirse, o bien, porque en el propio equipo surgieron algunas dudas sobre el proyecto, “no se acababa de ver lo que es”, por lo que la derivación no terminó de ser “adecuada”.

Respecto al número de hombres y mujeres participantes como pacientes receptores, los datos son similares.

Respecto a los diagnósticos de los pacientes receptores, la gran mayoría son personas con trastornos psicóticos, en total 47 casos tuvieron este diagnóstico. En 7 casos fue trastorno de la personalidad, en 4 de depresión y en otro, trastorno obsesivo.

En la clasificación por diagnósticos, los/as profesionales de referencia en los servicios señalan que “varios usuarios tenían más de un diagnóstico. Se ha utilizado el primer diagnóstico”.

Diagnósticos Pacientes Receptores					
Centro		USMC	HD	URSM	Total
Trastornos psicóticos	EXP_1	8	3	0	11
	EXP_2	10	4	0	14
	EXP_3	11	0	0	11
	EXP_4	3	0	0	3
	EXP_5	0	0	8	8
	Total	32	7	8	47
Trastorno de la personalidad	EXP_1	1	0	0	1
	EXP_2	0	2	0	2
	EXP_3	2	0	0	2
	EXP_4	1	0	0	1
	EXP_5	0	0	1	1
	Total	4	2	1	7
Trastorno obsesivo	EXP_1	1	0	0	1
	EXP_2	0	0	0	0
	EXP_3	0	0	0	0
	EXP_4	0	0	0	0
	EXP_5	0	0	0	0
	Total	1	0	0	1
Depresión	EXP_1	0	0	0	0
	EXP_2	0	0	0	0
	EXP_3	4	0	0	4
	EXP_4	0	0	0	0
	EXP_5	0	0	0	0
	Total	4	0	0	4

- **Asignación de pacientes a Agentes, comunicación y profesional de referencia previa**

La rutina de organización dependía en su gran mayoría de los/las profesionales de referencia, que citaban a los/as agentes cuando tenían citas preparadas con pacientes.

Una de las profesionales manifiesta que organizar las sesiones era “muy complicado” porque necesitaban contar con muchos factores:

- Agenda del/la profesional de referencia
- Agenda del/la paciente
- Disponibilidad de espacio para la sesión (despacho, etc.)
- Disponibilidad de autobuses para que el/la paciente receptor/a se desplazara
- Disponibilidad del/la agente

Para muchos pacientes, las sesiones se programaban a la vez que otras citas en el servicio de salud mental, debido a las dificultades del desplazamiento (distancia geográfica, coste del transporte, del desayuno, etc.).

Para la asignación de pacientes, se buscaron pacientes que “*fuera* acordes” a los/as agentes. El conocimiento de los casos le permitía orientar de alguna forma las sesiones, comentando a los/as agentes temas que se veían importantes.

“Por ejemplo el tema de salir de casa, de relacionarse con los demás, por ejemplo si un agente tenía experiencia en adicciones, se lo recordaba que sería importante tocar el tema” (EXP_5)

Si existía un problema común, se tomaba este criterio para la asignación de pacientes receptores. Por ejemplo, cuando un usuario tenía problemas de consumo de tóxicos, se asignaba a Un/a agente que tenía una historia similar detrás (EXP_2).

El criterio para asignar pacientes receptores a los/as agentes no tenía que ver tanto con el diagnóstico, sino con el perfil humano, y dentro de los límites de estabilidad en la psicopatología. En alguna experiencia sí había un criterio constante: las pacientes mujeres eran asignadas a la agente mujer (EXP_3).

Un criterio de asignación ante el que los/as profesionales de referencia de los dispositivos encontraron dificultades era el de asignar en las sesiones a personas de

diferente sexo. Entre otros motivos, por temas que consideraban que eran difíciles de gestionar por el/la agente.

*“Si les decían si tienen la regla o la dejan de tener porque tomo medicación”
(Profesional de referencia EXP_4)*

Por parte de los/as agentes de ayuda mutua, en un caso, había una alta expectativa sobre los pacientes receptores a los que se tenía que ayudar, y se quería más participación de estos.

“Un agente quería pacientes con más nivel, para poder ayudar más, que no estuvieran callados y no se abrieran” (Profesional de referencia EXP_2)

En general, se considera importante hablar previamente con los/as agentes y dar información si es preciso, *“no tanto para decirles cómo hacerlo sino por aspectos que creo que se han de tratar”*. Esto ha puesto en evidencia la necesidad de abordar los posibles conflictos relacionados con la confidencialidad de los pacientes.

*“Pensar que iba a tener la posibilidad de hablar con alguien que ha vivido eso directamente, que no es que yo te cuento porque sé que no es bueno porque tal, sino de alguien que verdaderamente lo vive... y dejar que a lo mejor se pudiera perder esa oportunidad, porque estoy casi seguro de que no iba a ser el primer tema y en una hora eso no surge, quizá con más tiempo puede que salga”
(EXP_5)*

Como proceso general no se daban datos a los/as agentes sobre el/la paciente receptor/a con el que iban a tener la sesión. El diagnóstico no se comentaba, sólo datos de filiación socio-laboral. Los/as agentes afrontaban las sesiones con poca información, que ellos mismos extraían durante el desarrollo de las sesiones. Por ejemplo, si el/la paciente no les decía su diagnóstico, ellos no lo conocían (EXP_1).

En otra de las experiencias, los datos que los/as profesionales de referencia daban al Agente eran datos generales como: género, capacidad relacional, y en algún caso, la hospitalización, *“porque para ellos es una experiencia crítica”*. El diagnóstico no se les comunicaba (EXP_2).

En otra de las experiencias, sí se aportaron un mayor número de datos sobre algunas características del/la paciente : diagnóstico, momento de la enfermedad, conflicto principal (familia, padre, trabajo, etc.), si se podía tocar esa problemática o no... El objetivo del trabajo de los/as agentes podía ser consensuado con ellos, de forma que no fuese sólo una intervención espontánea. En este caso se parecía entender la función de los/as agentes de ayuda mutua como un trabajo terapéutico que se podía incluir en el marco del equipo, no sólo un programa aislado.

“A lo mejor le decía cómo se relacionaba, es muy abierta, tiene un poco de ambigüedad, por ejemplo, si es una persona muy aislada socialmente o dedicada exclusivamente al cuidado de los padres, tipo, con una vida pobre, pues les decía ‘metedle mano en ese tema’ en el aislamiento, oriéntalo, explícale la asociación”. (Profesional de referencia_EXP_3)

Existen diferencias entre los/as agentes de las distintas experiencias a la hora de solicitar información sobre los pacientes receptores. Este es un punto complejo que necesita ser analizado en profundidad, ya que no se sabe si es preferible disponer de cierta información previa o eso puede predisponer a los/as agentes. Aunque, en general, los/as agentes ven importante recibir esta información.

En algún caso, que los/as agentes no tuvieron dicha información previa, encontraron algunas dificultades durante la sesión.

“Me permite conocer de antemano su situación y dirigirme al centro del problema de una manera más efectiva, de tal forma que éste no se muestre esquivo” (Agente 1_EXP_3)

“En un caso que no me dieron información previa, yo tocaba puntos sensibles y provocaba dolor en el paciente” (Agente 1_EXP_3)

En el caso de una agente, prefería no conocer previamente al paciente receptor porque *“puede ser distorsionante (...) si tuviera que atender a gente que ya conozco mucho puede ser más difícil”*. Sin embargo, otro agente no creía que fuera

importante, *"lo importante es conectar, y si lo conoces puede ser mejor porque sabes cómo llegar a él"* (EXP_5).

Una situación que se dio en la asignación, es que en algún caso, los pacientes elegían a los/as agentes. Los pacientes citados para la sesión de ayuda mutua coincidían con los dos agentes y preferían a uno de ellos (EXP_4).

- **Relaciones entre Agentes de Ayuda Mutua y profesionales**

La relación entre los/as profesionales de referencia y los/as agentes de ayuda mutua fue muy satisfactoria según expresan ambas partes en las distintas experiencias desarrolladas, con alguna excepción.

En la EXP_1 señalan la gran implicación y compromiso por parte de los/as agentes, que facilitaba la relación y también el mantenimiento del proyecto. Ven la relación con los/as agentes como enriquecedora, y además les mostraban una faceta más allá de que también fueran pacientes.

En la EXP_3 se expresa que los/as agentes tienen cualidades muy buenas y que la experiencia ha sido positiva para ellos. También se destaca el tener una muy buena consideración de los/as agentes, *"por la actitud posterior de los pacientes, por la confianza que les tenían..."*. Se señala algún ejemplo de esa habilidad de los/as agentes, como en el caso de una paciente con un trastorno depresivo que le explicaba al agente más cosas que al profesional.

"Es difícil ganarse la confianza de una persona con enfermedad mental en una hora y ellos lo conseguían" (Profesional de referencia_EXP_3)

En la EXP_4 señalan que tenían una relación "muy grata" con los/as agentes. Por su parte, los/as agentes manifiestan que también tenían una buena relación personal.

En la EXP_5 expresa que no tuvo ninguna dificultad de relación con los/as agentes. No había problema para contactar con ellos y estaban disponibles a cualquier hora, ni ponían dificultad alguna.

Por su parte, los/as agentes también muestran su sintonía y cordialidad con los/as profesionales, en una relación que en algún caso se califica de “*genial*”, pese a que las expectativas que tenían al inicio eran cautelosas, con la precaución de que los/as profesionales iban a restarles autonomía.

“Pensaba que los/as profesionales nos iban a quitar autonomía, a “tutelar”, y luego no ha pasado, nos han dado libertad” (Agente 1_EXP_1)

Los/as agentes de ayuda mutua de la EXP_2 señalan que el trato dispensado por parte de los/as profesionales de referencia ha sido muy bueno y les han apoyado en su desempeño.

“Los/as profesionales me han dado libertad, sin presionarme, me han mostrado confianza” (Agente 2_EXP_2)

Los/as agentes de ayuda mutua (EXP_2) encontraron un apoyo y una referencia para compartir sus inquietudes sobre las sesiones y recibir información sobre cómo iban evolucionando. Los/as agentes tenían interés en compartir lo que sucedía en las sesiones, pero en algún caso los/as profesionales indicaban que no querían tener esa información.

“Después de la sesión, siempre he hablado con la trabajadora social, y ella me ha aclarado la utilidad que tiene, sobre todo al principio. He notado que he necesitado la valoración externa de un profesional para estar seguro de lo que estaba haciendo. A nivel personal, yo necesito el apoyo y empuje externo” (Agente 1_EXP_2)

Los/as agentes de la EXP_3 han sentido un apoyo continuado por parte de todo el equipo. Los/as agentes muestran una buena impresión del trato tanto con el/la profesional de referencia como con el equipo. Incluso afirman que el/la profesional de referencia del equipo quiso asignarles pacientes directamente, sin pasar por el/la profesional de referencia del proyecto, lo que puede verse como una muestra de

confianza y de legitimación del proyecto. Con todo el equipo señalan una "relación cordial".

"Sensación de sentirse respetados (...) cada uno en su trabajo, donde tiene que estar (...) En el equipo desde el primer momento han sabido quiénes éramos"
(Agente 1_EXP_3)

Respecto al desarrollo del programa en la EXP_4, los/as agentes lamentan la confusión que en ocasiones generaban los protocolos a seguir y las dificultades en el proyecto. Manifiestan cierta sensación de que para algunos profesionales podía percibirse como una imposición y que no se acaba de entender bien el programa, lo que les generaba desorganización y desorientación. A su vez, también percibían cierta "falta de interés" con el paso del tiempo y a veces sintieron presión para que no participaran porque podía afectarles en su enfermedad, según profesionales de ese servicio.

"El director estaba muy escéptico, no sé si fallo yo o es el sistema (...) Me han presionado, me han dicho: "a ti te está afectando mucho lo de la ayuda mutua". Yo no creo que me afecte. Tengo unos problemas de nervios y a veces estoy bien. (...) "Déjalo ya, hombre, déjalo ya", me veían con la mochila y venía de estudiar y me ponían caras (...) Yo decía que esto se hace en (...) y me contestaban "pero aquí trabajamos de otra manera", yo decía: "a quién le estorbo yo aquí", yo tengo mucho que agradecer y me cuesta decirlo, pero en ocasiones he sentido que como si pensarán: "A ver qué se cree este" (Agente 2_EXP_4)

"No han mandado pacientes, no sé por qué, en la unidad conocían el programa, no exactamente, pero sí facilitaban" (Agente 1_EXP_4)

Finalmente, los/as agentes de la EXP_5 expresan una total satisfacción con las labores de profesional de referencia, con las que no tuvieron ningún problema. Aunque Un/a agente expresa que tuvo algunas dificultades durante las sesiones en la USMC ya que la persona en recepción no había sido informada del proyecto.

“Sería beneficioso que los/as profesionales estuvieran más informados, por ejemplo, la recepcionista, los psiquiatras, todos, que supieran, que estoy allí como persona que va a ejercer la ayuda mutua, porque no saben por dónde ponerte, te sientes un poco intruso” (Agente 2_EXP_5)

Podemos concluir que la implicación del resto del equipo es fundamental y necesaria para el buen desarrollo del programa. Además, en los dispositivos donde la experiencia se realizó por segunda vez todo fue mucho más fácil y fluido, con una mayor confianza mutua entre el equipo de profesionales y los/as agentes.

- **Aspectos organizativos**

Reunión semanal

En algunas experiencias, hubo una reunión semanal entre profesionales y agentes, y ésta se valoró de forma muy positiva, ya que les permitía hacer un balance de la semana previa y planificar el trabajo de la siguiente. Se valoraban los pacientes candidatos y se asignaban según el perfil y la disponibilidad de los/as agentes, en un diálogo abierto entre todos los participantes de la reunión. Servía para aclarar dudas y estructurar el proyecto de forma continuada.

“Sin ese control, es muy anárquico, no se siguen las pautas igual” (Agente 1_EXP_1)

“Si a nosotros nos ponen en contacto y ya está, hubiéramos ido por libre” (Agente 2_EXP_1)

“Era muy enriquecedor” (Profesional de referencia_EXP_1)

Los/as agentes también valoran de forma muy positiva tener a profesionales detrás que les respalden y ven las reuniones de profesional de referencia como “un punto de anclaje” que da seguridad en el transcurso de la práctica. La reunión semanal facilitó una cohesión entre los/as agentes que luego ellos afianzaron (EXP_1).

En otros servicios, los/as agentes señalan que en principio habían pensado crear un espacio compartido y reunirse cada dos semanas y hablar de la experiencia, con

un/a tutor/a, que les guiara en situaciones que no supieran cómo solventar. Sin embargo, las reuniones no llegaron a tener lugar (EXP_3).

En otros servicios, pese a que sí se reunían los jueves, en que se asignaban pacientes y se comentaba el proyecto, los/as agentes manifiestan que esas reuniones no se centraban tanto en los pacientes receptores que se asignaban, sino en el procedimiento que se tenía que seguir en el proyecto. En este caso, el protocolo general a seguir no estaba claro, y entre las profesionales generaba debate, desde la asignación de pacientes, hasta la forma de realización de sesiones.

“Nos hablaban de los pacientes propuestos, los que habían dicho que no, y no sabían si tenían que elegir ellos o los psiquiatras (...) El paciente era quien elegía” (Agente 1_EXP_4)

Espacio

El lugar asignado para las sesiones fue variable, dependiendo de la experiencia.

En la EXP_1 casi siempre se utilizaba la sala de reuniones. Al principio, se utilizaba el despacho del director, y en diversas ocasiones los/as profesionales del proyecto cedían su despacho para las sesiones.

En otras, las sesiones tuvieron lugar habitualmente en la sala de reuniones, donde no tuvieron interrupciones. En alguna sesión sí fueron interrumpidos o se les cambió de espacio a mitad de sesión, circunstancias que los/as agentes asumen como normales (EXP_5).

En una de las experiencias, no existió problema de espacio, ya que siempre había dos despachos libres que podían usarse. Eso permitió que en diversas ocasiones los dos agentes pudieran realizar sesiones paralelas. En las sesiones siempre contaron con “intimidad absoluta”.

En otros casos, se admite que era difícil controlar el espacio, “la agenda está llena y es difícil acomodar las sesiones”.

En otra experiencia se señala que debido a traslados, no había espacios disponibles en los servicios. En el momento de la cita, paciente y agente se encontraban y

daban un paseo o paraban en algún lugar, en exterior, donde se efectuaba la sesión.

En este caso, los/as agentes muestran una opinión ambivalente sobre la asignación de espacios a las sesiones de ayuda mutua. Por un lado, nunca han tenido interrupciones en los espacios asignados y en la medida de lo posible se ha atendido las necesidades del proyecto. Por otro lado, a veces no contaban con espacio y “tenías que irte a tomar un café” o bien, tenían que esperar en recepción junto al paciente receptor a que les asignaran el espacio, pese a que en recepción habían sido informados con anterioridad de que la sesión de ayuda mutua iba a realizarse.

En otra de las experiencias, los/as agentes expresan también que la falta de espacio fue un problema y que así lo plantearon.

“Yo preguntaba al llegar si había algo libre... a veces sólo hasta las 12, pero eso fue sólo un par de veces” (Agente 1_EXP_4)

Desde el punto de vista de los/as agentes, no sólo era un inconveniente para desarrollar las sesiones, era un problema originado en la propia concepción del programa de ayuda mutua desde los servicios, quizá debido a la falta de comprensión de lo que significa el proyecto, de comunicación de lo que implica el programa o de no compartirlo.

“Ellas lo veían como un acompañamiento: iros al sol, a dar una vuelta...” (Agente 1_EXP_4)

La falta de espacio interfería en el desarrollo de las sesiones, un aspecto que los/as agentes subrayan, sobre todo por la falta de privacidad que condicionaba las sesiones.

“Hablar de relaciones personales ahí en el Bocatín, luego mira alrededor, la gente pendiente de nosotros, y le daba vergüenza. Nos faltaba un poco de intimidad” (Agente 2_EXP_4)

“Ha habido un momento en el que le pregunté cómo había remontado de su primera crisis en el que se emocionó, esta vez además de respetar su silencio sí que usé el lenguaje no verbal y le di un apretón en el brazo. Aparte estábamos en un sitio público y lo dejamos ahí” (Agente 1_EXP_4)

“Ella quería algo de privacidad, no quiso hablar de su vida, con lo que se mostró huidiza y desconfiada” (Agente 2_EXP_4)

En algún caso, los/as agentes se encontraron con algunos pacientes receptores que no querían tener las sesiones dentro de los servicios, querían algo más informal. Alguno, con el argumento de que necesitaba fumar, pedía salir fuera del recinto sanitario. En algunos casos, las sesiones o el final de las sesiones se realizaban en una cafetería cercana donde los/as agentes complementaban la formalidad de la sesión con cierto acercamiento. Sin embargo, los/as agentes señalan que preferían realizar las sesiones dentro de los servicios, ya que “daba más intimidad” y otros lugares públicos “conlleva la distracción, mientras pides un café, hay mesas al lado, gente”, etc.

Uno de los/as agentes solicitaba que el lugar del encuentro tuviera una mesa, para situar una separación física entre el/la agente y el/la paciente.

Duración de las sesiones

La duración de las sesiones era variable dependiendo de la experiencia y oscila entre los 30-45 minutos y 1 hora y 15 minutos, como máximo.

“Siempre he intentado que durara sobre una hora, no más, tenía que cortar en algún caso” (Agente 1_EXP_5)

Tiempos de espera

En algunos casos, las sesiones se desarrollaban en las horas previstas, sin demoras. Los espacios estaban preparados para las sesiones a su hora (EXP_5).

En otros, como se señala respecto al espacio, había ocasiones en que no se tenía asignado un lugar para mantener la sesión y agente y paciente receptor tenían que esperar en recepción, pero no se ha considerado un gran inconveniente (EXP_1).

Los/as agentes señalan que hubo ocasiones en que tenían que esperar mucho tiempo para poder realizar la sesión, por falta de espacio, llegando las esperas a ser superiores a una hora (EXP_2).

En algún caso, los/as agentes consideraron que no se tenía demasiado tiempo por parte de los/as profesionales y que les costaba encontrar tiempo para el proyecto.

“Tenía que liberar la agenda. Esperábamos hasta 1h 45min. en la sala de espera a que nos diera instrucciones” (Agente 1_EXP_2)

Sobre la gestión de aspectos organizativos de las sesiones, en algunas ocasiones, los/as agentes tenían una gran autoexigencia de que las sesiones salieran a la perfección, y cuidaban todos los detalles, que no siempre podían ser atendidos por el trabajo diario, de la misma forma que en alguna ocasión se preparaba toda la logística por parte del/la profesional de referencia y surgía algún retraso por parte de los/as agentes (EXP_2).

En general, la logística fue, en algunas de las experiencias, uno de los principales escollos en el proyecto, que generaba descontento en los/as agentes.

- **Aplicación de conocimientos adquiridos en el curso**

Los contenidos sobre ayuda mutua adquiridos en el curso se valoran de forma positiva como algo que da más seguridad y confianza. Los/as agentes señalan que luego, en las sesiones, todo fluye de forma que en la práctica, es diferente de la teoría, y no se piensa en el curso.

Los/as agentes ven la formación como imprescindible y de gran utilidad para poder afrontar las sesiones de ayuda mutua, con contenidos prácticos que podían aplicar.

"Sin los cursos no creo que hubiera podido hacerlo" (Agente 2_EXP_3)

"La falta de experiencia se mitigaba con la formación" (Agente 1_EXP_3)

Los/as agentes, a veces, recurrían a los conocimientos adquiridos en el curso antes o durante las sesiones, para refrescar contenidos.

"Como aún no domino las técnicas, decidí llevarme los apuntes para que me sirvieran como guía, y ha funcionado" (Agente 1_EXP_4)

"Superútil, a veces había que echar mano de los temas dados, por ejemplo, sobre pensamientos erróneos, distorsiones" (Agente 2_EXP_5)

En alguna situación, desearían haber tenido más formación, para saber cómo afrontar segundas y posteriores sesiones. También mencionan que en los cursos podrían incluirse contenidos para aprender a "protegerse" de situaciones difíciles durante las sesiones.

"Mi papel sigue siendo la escucha activa, aunque me gustaría tener más recursos para enfocar la entrevista" (Agente 1_EXP_4)

"Nos falta más formación para siguientes sesiones... Te acuerdas del hilo de la sesión, pero hay momentos que no sabes cómo seguir" (Agente 1_EXP_2)

"Puedes estar preparado para situaciones difíciles, pero en ocasiones que te hacen reaccionar, podía prepararse ante situaciones para que no te lleven al sufrimiento. Pensaba que estaba bien y de repente te das cuenta de que no. Un aprendizaje para saber "protegerse". (Agente 2_EXP_3)

En algún caso, por la autoexigencia de ir bien preparado a las sesiones, algún agente se sintió inseguro y se generaba dependencia respecto a los contenidos teóricos recibidos, repasando lecciones aprendidas en la formación.

- **Clarificación de roles en las sesiones**

Los/as profesionales de referencia de las distintas experiencias, en general, afirman que no se percibió ninguna confusión respecto al papel de los/as agentes durante las sesiones de ayuda mutua.

“Los/as agentes han sabido estar, sin salirse de “los límites de su encuadre”, de su papel en el proyecto” (Profesional de referenciaa_EXP_3).

Los pacientes receptores contaban con una buena información sobre el proyecto, ya que no se destacan situaciones en los que pudiera haber confusión con el papel de los/as agentes. Los propios agentes manifiestan que dejaban muy clara cuál era su función, sobre la que ellos han reflexionado:

“No juego a hacer maravillas. Si hasta a un profesional le cuesta trabajo, yo voy a ayudar dentro de mi alcance, de mis posibilidades.” (Agente 2_EXP_1)

Desde el inicio de las sesiones, los/as agentes informaban a los pacientes receptores de la naturaleza del proyecto y cuál era su función, señalando que no eran personal sanitario.

“Antes, una introducción a la ayuda mutua y al proyecto. Para crear una confianza, tienes que hablar de ti, de tus ingresos... por las cosas que teníamos en común, no por las cosas que no conocía yo” (Agente 1_EXP_2)

“Lo primero, que no soy personal sanitario, sólo una enferma como tú, y esto es un proyecto a ver si sirve” (Agente 2_EXP_2)

“Decirles que no les vas a curar, sólo dar consejos y que luego dependía de él...” (Agente 3_EXP_2)

Algunos agentes refieren una entrada habitual que hacía en sus sesiones para ser cercano y dejar claro el motivo de la sesión:

*"Hola, me llamo [nombre], soy Agente de Ayuda Mutua, tengo enfermedad mental como tú, pero he hecho cursos y te voy a ayudar en lo que pueda".
(Agente 1_EXP_5)*

Los/as agentes no han tenido problemas para delimitar su rol no sanitario durante las sesiones. En casos de algún tema que consideraban más apropiado para el facultativo que para el tipo de charla que mantenían, aconsejaban hablarlo con el psiquiatra.

Los/as agentes no han tenido dificultades para transmitir cuál era su función y la naturaleza del proyecto. Veían como algo positivo y un valor añadido que no se les identificara con profesionales.

"La persona se ha identificado conmigo, que no soy profesional, que soy igual que soy, y ser asertivo..." (Agente 1_EXP_5)

"Un poco sorprendidos en algún caso de estar hablando con otro compañero, de esta forma, en un despacho, y después, comunicativos, colaboradores, se han soltado a lo mejor al ver que, de que tú dabas ciertas señas de que tampoco eras un psiquiatra, que era algo entre compañeros... cierta relajación" (Agente 2_EXP_5)

Los/as agentes creen que hay cosas que los pacientes receptores les explican a ellos y no a los/as profesionales, por el vínculo de confianza que se establece.

"Sí creo que hay cosas que el paciente nos cuenta a nosotros que no les dicen al psiquiatra o al psicólogo" (Agente 2_EXP_5)

"Hay que ser sensible, sincero y ayudar en lo que yo sé que se puede ayudar. No tengo formación. Yo en lo que sé como usuario, que sí sé, ahí sí ayudo. Pero temas profesionales, les decía que hablaran con los facultativos, yo no era la persona idónea" (Agente 1_EXP_5)

- **Temas tratados en las sesiones**

Las temáticas coinciden en la mayoría de sesiones. Temas generales que, o bien sacaba a colación el/la agente, o surgían de forma espontánea.

“Los temas, aunque suelen ser los mismos, nunca son repetitivos, el usuario cada día profundiza más en lo que le preocupa o sobre lo que le apetece hablar, aporta más detalles y al no sentirse presionado y es todavía más abierto”.
(Agente 2_EXP_1)

Los más recurrentes son:

La enfermedad: En todas las primeras sesiones se empieza hablando de la enfermedad y los diversos aspectos que tanto agente como paciente conocen: medicación, síntomas (por ejemplo, alucinaciones), aceptación de la enfermedad, crisis, ingresos hospitalarios, fase de estabilización y recuperación, permanencia en el hospital de día. Otros efectos secundarios de la enfermedad tratados eran cómo orientarse en la ciudad o cómo resolver problemas legales sobre incapacitación judicial. Un aspecto que intentaban introducir los/as agentes es la conciencia de enfermedad.

“Preguntaba cómo se encontraba, desde cuándo estaba con la enfermedad, qué diagnóstico tenía...” (Agente 1_EXP_4)

“Hemos abordado el historial clínico del paciente, para poder conocer su problemática. Refiere cuándo y cómo se producen sus crisis” (Agente 1_EXP_4)

Algunos pacientes receptores se mostraban evasivos respecto a manifestar su diagnóstico. En muchas ocasiones los/as agentes se refieren a las temáticas relacionadas con la patología como a un “monotema” de los pacientes, de los que les intentaban sacar, alejarles de la enfermedad y acercarles a otros aspectos relacionados con la normalización de la vida y la recuperación social.

Finalmente, mencionar que puede ser un tema sensible para los/as agentes, ya que lo relacionado con la enfermedad y con episodios dolorosos pasados son los que

más dificultad pueden representar para los/as agentes, por el desgaste emocional que pueden suponer.

Familia. Junto a la enfermedad, el ámbito familiar y las relaciones dentro del mismo es el tema más recurrente en las sesiones. Los más habituales son los problemas con la pareja, la ex pareja, con la convivencia, con los hijos o con la custodia de los hijos quien se hubiera separado. Temas que además generan gran ansiedad y angustia en los pacientes, según refieren. En un caso, también se mencionan cargas familiares para mujeres cuidadoras de otras familiares y que tienen enfermedad mental. En otro caso, las relaciones de pareja y sus dificultades a causa de la enfermedad era un tema recurrente. La familia también es un tema para recordar aspectos del pasado, por ejemplo una infancia feliz, situaciones previas a la enfermedad. Los/as agentes intentan reorientar el tema hacia una reflexión constructiva sobre la familia.

Relaciones sociales: La amistad es un tema sobre el que giran muchas de las sesiones, en especial de pacientes que apenas tienen relaciones sociales y quieren tener más amigos o pareja. Los/as agentes orientaban y ayudaban a cómo resolver las dificultades de comunicación.

Las dificultades para tener una vida social salen a colación, así como el papel de la amistad y los roles de los amigos. En general, se habla de las pocas relaciones con otras personas que no formen el núcleo familiar. Por ejemplo, aparece varias veces el vecindario, que suele ser citado por la falta de relación o bien por problemas de convivencia. Algún paciente, lamenta las amistades perdidas por causa de la enfermedad.

La participación en una asociación de personas con enfermedad mental, es un tema que los/as agentes de ayuda mutua proponían de forma sistemática, cuando existía alguna asociación local, especialmente en casos de personas aisladas socialmente. Algunas sesiones sirven para dar claves de conducta en relaciones sociales, por ejemplo sobre asertividad. Los/as agentes también intentaban tratar este tema, dando consejos para salir más de casa y relacionarse con otras personas.

El estigma social y las difíciles relaciones con las personas es un tema recurrente, *"Que la gente la mira mal o se ríe. Le he dicho que es algo común entre*

nosotros/as". Un/a agente incidía especialmente en que los pacientes mejoraran su asertividad para relacionarse socialmente.

Ocupación. El trabajo era objeto habitual de conversación, tanto para los que lo tenían como quienes lo hubieran abandonado o desempeñado antes de dejarlo por la enfermedad. Pacientes más jóvenes que han dejado los estudios también hablan sobre su formación, especialmente la problemática de haber dejado los estudios y querer retomarlos.

También se profundizaba en las estrategias para buscar trabajo, las posibilidades laborales y/o en las opciones para continuar la formación académica. En diversas ocasiones los/as agentes informan y orientan sobre posibilidades de empleo o de formación, animando a realizar cursillos o a retomar estudios quien los hubiera abandonado. *"En un caso, orienté sobre empleo y se sintió muy aliviado y contento"*. Otras veces los pacientes explican sus planes de futuro para formarse y trabajar, las posibilidades para mantener una ocupación, como algún tipo de formación, mediante cursos de Internet u otros, y de la necesidad de mantener una ocupación y no aislarse. Les animaban a realizar actividades de formación.

Aficiones: Hablar de los hobbies y las aficiones era un tema habitual, especialmente en el inicio de las sesiones. En algunos casos, las conversaciones versaron básicamente sobre las aficiones y las actividades lúdicas que realizaban, siendo una forma de desviar las conversaciones hacia temas que no estuvieran relacionados exclusivamente con la enfermedad. En otros momentos en que la conversación se estanca, o que se tocan temas difíciles para el/la paciente receptor/a, se suelen comentar temas de ocio y entretenimiento.

Economía. La mayoría de pacientes expresaban interés en hablar de su situación económica, los ingresos, las dificultades para disponer de dinero o de contar con una pensión, siendo un tema que aparece de forma continua en muchas sesiones.

Adicciones: Las personas con algún tipo de dependencia o adicciones encontraban un tema de conversación en estas, en concreto al consumo de tóxicos y al tabaquismo. Uno de los/as agentes (EXP_5) tenía experiencia previa en el tema y una recuperación exitosa. Es un tema habitual de conversación con pacientes que tuvieron o tienen ese problema, que el/la agente saca a colación, a veces motivado

por el propio profesional de referencia del proyecto, que conoce al paciente y la experiencia del/la agente.

Suicidio. Uno de los temas más complicados de manejar por los/as agentes en las sesiones son los referentes a la muerte y a experiencias de suicidio de pacientes receptores.

“Salió el tema del suicidio. Me explicó todos sus intentos y yo hice como si no la escuchara... Y la siguiente vez que nos vimos, hacía 3 días que había intentado suicidarse” (Agente 2_EXP_2)

La recuperación. Los/as agentes intentaban siempre dar claves para avanzar en la recuperación social con conceptos básicos de cómo llevar una vida ordenada, cómo afianzar rutinas diarias y animaba a fijar metas al paciente, con objetivos a medio y corto plazo, cómo intentar cambiar pensamientos negativos, cambios en las rutinas cotidianas, etc.

Ayuda mutua: El proyecto de ayuda mutua en sí, con el que se empezaba a hablar en la primera sesión, era un tema de conversación. Algunos pacientes receptores solicitaban más información y mostraban deseos de realizarlo.

- **Temas difíciles tratados en las sesiones**

En general, los temas más complicados a tratar eran los que recordaban al agente una experiencia vivida.

“Con una persona que empatizaba mucho, tocaba temas que a mí me ponen sensible. Yo no estaba dispuesto y cambié de tema y por ahí no pasaba. Iba “protegido”, asesorado por mi psiquiatra... Hay temas que me afectan, y ella dio en el clavo” (Agente 1_EXP_2)

También se mencionan algunas enfermedades concretas, con las que los/as agentes no se encuentran cómodos, por ejemplo, la bulimia.

El conflicto principal del/la paciente receptor/a a veces "invade" la sesión, y aunque el/la agente intente esquivarlo, acaba apareciendo e impide que agente encamine el contenido hacia temas relacionados con su recuperación social y no con los síntomas de su enfermedad.

"Todo el tiempo fue forzado a evitar lo inevitable, la depresión que arrastra por su situación familiar, todo aquello que no sea "su tema" no le interesa" (Agente 2_EXP_3)

Los/as agentes manifiestan que intentaban no entrar en temas que supusieran un conflicto para el/la paciente receptor/a.

"Si algo incomodaba al usuario, yo no seguía por ese camino, el usuario hablaba de lo que quería" (Agente 1_EXP_1)

Un/a agente, relata un caso difícil en el que la paciente receptora hablaba de una teoría de la relación entre la enfermedad mental con un virus. el/la agente desconoce si era un delirio, si tenía que ver con algún ingreso, pero le afectó por el hecho de identificar experiencias propias anteriores.

"Me sobrepasó el hecho de que muchas cosas que me decía se parecía a experiencias que yo había tenido, había coincidencias" (Agente 2_EXP_5)

Un/a agente también encuentra cierta dificultad de relación con personas que tienen estudios superiores a los suyos, "yo no he tenido esa educación" (Agente_EXP_5), y lo ve como una forma de distanciamiento.

Una sesión complicada de llevar por otro agente, fue la de una persona diagnosticada hacía poco, sin conciencia de enfermedad, que quería que le manifestasen que había curación.

*“Pero no lo comprendió, él no se acepta como persona con enfermedad mental y ahí no podía ayudar mucho. Es como una persona alcohólica que no lo reconoce”
(Agente 1_EXP_5)*

En un caso, el/la agente percibió que el/la paciente receptor/a ponía a prueba sus conocimientos y sus aptitudes para desarrollar la ayuda mutua. El/la paciente tenía una idea preconcebida de la sesión, con unas expectativas muy altas y el/la agente percibe que quería examinarlo para corroborar esa idea.

“Me he notado analizado pero no incómodo” (Agente 2_EXP_1).

Otros casos en los que se hallaron situaciones difíciles fueron:

* Un/a paciente receptor/a quería darle mucha formalidad al asunto y tenía unas expectativas sobre las sesiones mucho más ambiciosas que las que le habían propuesto los/as profesionales. Se tomaba la sesión como una consulta profesional y no aceptaba, por ejemplo, ir a tomar un café con el/la agente, como este solía hacer con la mayoría de pacientes. En este caso, la relación entre agente y paciente no fue fructífera por el desequilibrio entre las expectativas generadas y la naturaleza de la sesión de ayuda mutua.

* Un/a paciente había vivido recientemente el fallecimiento de un familiar, e iba sacando el tema durante la sesión, lo que generó momentos de inseguridad sobre cómo tratar el tema.

* Un/a paciente receptor se sintió muy incómodo por un tema que propuso el/la agente. Éste se disculpó, le comentó que no debería haber sacado el tema y que no volvería a hacerlo y resolvió la situación.

En una de las experiencias, los/as profesionales de referencia intervinieron, para apoyar a los/as agentes cuando estos refirieron que no sabían cómo apoyar al paciente.

“Les decía que orientar también es una ocupación, no se puede dar respuesta a todo, hay que canalizar la información” (Profesional de referenciaa_EXP_4).

“Lo que más despista son las intimidades, cualquier cosa íntima o corporal, ante lo que los/as agentes encuentran dificultades para reaccionar. Estiman que “como no son terapeutas están perdidos” (Profesional de referencia_EXP_4).

- **Número de segundas sesiones desarrolladas**

Ha habido diferencias en cuanto al número de segundas sesiones realizadas en cada servicio, ya que desde la organización del proyecto se apostó por ser lo menos intervencionista posible, y cada uno lo organizó de una manera.

Según manifiestan los/as agentes, en general los pacientes receptores les proponían mantener nuevas sesiones.

Los/as profesionales de referencia, de forma mayoritaria, señalan que la repetición de sesiones con una misma persona es percibida por parte de los/as agentes como algo positivo y casi necesario: no repetir una sesión lo percibían como un fallo, un fracaso. Aunque el/la profesional de referencia de una de las experiencias, no lo expresara así en ningún momento, realizar una segunda sesión se planteaba casi como una obligación para los/as agentes.

En una de las experiencias, el número de segundas o más sesiones ha sido con diferencia mucho más alto que en el resto. Las sesiones posteriores superan en número a las primeras sesiones (22 frente a 18), una circunstancia excepcional en el global del proyecto.

En otra experiencia, todos los pacientes receptores que han participado en el programa de ayuda mutua han tenido segundas sesiones o posteriores. Los/as agentes siempre les sugerían volver a verse, y todos aceptaban, “en ningún caso no han dicho que no hayan querido seguir”.

En el resto de las experiencias se han desarrollado bastantes segundas sesiones, aproximadamente un 50% de las primeras sesiones.

Sin embargo, encontramos experiencias donde apenas se dieron segundas sesiones. Según el/la profesional de referencia, había personas que no querían repetir, aunque bajo su punto de vista sí les hubiera ayudado. Los motivos a esas negativas, siempre según el/la profesional de referencia, serían varios:

- Se ve como "otra cita más" del equipo, y ya tienen suficientes citas
- La falta de continuidad del proyecto influye: si se ofertara de forma permanente, acabaría por aumentar
- El hecho de que sepan que el/la agente ha pasado por lo mismo que ellos les retrae y en algunos casos no consideran que les aporte valor, ya que preferirían un "padre protector", en la figura sanitaria "clásica": *"Yo no he percibido mucha ayuda... como si se lo cuento a una persona de la calle"*.

Los/as agentes afirman también que, en muchos casos, no se proponía tener una segunda sesión, según estimaran cómo había resultado la primera. O bien, se proponía indirectamente, pero se quedaba en el aire: *"Voy a estar por aquí estas semanas, si te quieres pasar..."*, *"Estoy por aquí para lo que me necesites"*, pero no se concretaba una cita.

Otro motivo de la falta de segundas sesiones, según refieren los/as agentes, es que se relacionaban las sesiones con la enfermedad.

"A veces las personas no quieren tener contacto con todo lo que huele a enfermedad, sólo con los/as profesionales (...) era difícil cerrar una nueva cita porque se relacionaba con la enfermedad" (Agente 2_EXP_3)

- **Valoración de las segundas sesiones un mismo paciente**

La valoración de los/as agentes de las segundas sesiones y posteriores es muy positiva y lo ven necesario, ya que consideran que la primera sesión es más una presentación, y a continuación en la segunda sesión ya se empieza a tomar confianza.

Además, excepto en casos en los que ven al paciente muy reacio a participar en la sesión, suelen enfocar las primeras sesiones hacia una continuidad.

Se considera que son más útiles que las primeras sesiones, permiten profundizar y generan más confianza, *"se establece un vínculo, una relación"*.

En algún caso, se señala que la mejoría o no del/la paciente receptor/a, puede generar una angustia, ya que se podría vincular directamente con la efectividad de la sesión anterior, o de su papel como agentes.

"Eran mejores. Al principio era el primer contacto, sin saber qué había, y en la segunda ya venían más relajados y sabiendo de qué querían hablar. Se abrían más" (Agente 1_EXP_2)

"Se me cayó el alma a los pies cuando vi que una persona estaba peor en la segunda que en la primera sesión que tuvimos. Me afectaba... Me puse contenta cuando vi que otra persona estaba mejor en la segunda" (Agente 1_EXP_2).

En otros casos, los/as agentes esperaban resultados concretos y perceptibles durante las sesiones con un mismo paciente, y en algún caso expresan su frustración si no notan una mejoría, que asocian al efecto de la ayuda mutua que están ofreciendo. Incluso si las sesiones no son satisfactorias, manifiestan no importarles tanto si ven mejoría.

"Para mí ha sido frustrante, pero creo podría superarla si viese resultados" (Agente 1_EXP_2)

"Me he alegrado al ver que está mejor, con menos ansiedad, más positiva" (Agente 2_EXP_2)

En una de las experiencias, los/as agentes señalan que mucha gente ha repetido sesiones porque no había candidatos para más sesiones nuevas y los/as agentes tenían una amplia disponibilidad para realizar sesiones. Esto parece cierto al inicio del programa, en la parte final, el/la profesional de referencia, afirma que solicitaban a los/as agentes que cerraran las sesiones con los pacientes más habituales para dar paso a nuevos pacientes.

- **Desgaste emocional**

En general, los/as agentes no sienten que las sesiones supongan desgaste emocional. Al contrario, refieren que les suponen un refuerzo y que las sesiones "aumentan el autoestima".

"Me afecta positivamente ver que se sienten mejor, me siento útil, que sirve para algo" (Agente 1_EXP_4)

"De nuevo y como en todas las sesiones mis endorfinas y serotoninas fluyen de forma genial. Contento." (Agente 1_EXP_5)

En la mayoría de casos, realizaban dos sesiones, con un descanso de una hora entre ellas, y no destacan que hubieran notado cansancio.

Sin embargo, en otras experiencias, los/as profesionales de referencia estiman que las sesiones han significado un importante desgaste emocional para los/as agentes. En el caso de Un/a agente, el/la profesional de referencia cree que debido a su experiencia personal, los contenidos de las sesiones le generaron ansiedad (EXP_3).

Algunos agentes también expresan que las sesiones de ayuda mutua pueden tener efectos negativos de desgaste emocional en ellos, y así lo manifestaban en algunas ocasiones.

"Sentía tristeza, rabia, indefensión, cuando la sesión va mal. En alguna sesión salía trastornado, aunque sabía que le había ayudado, aguantar todo eso repercute, y tenía que apoyarme en mi psiquiatra" (Agente 1_EXP_2)

"Me ha chupado la sangre, se ha sentado y me ha explicado toda su enfermedad" (Agente 2_EXP_2)

"Si estás todo el día sin hacer nada, le das vueltas a la cabeza, y te afecta mucho más. Si tienes cosas que hacer, puedes asimilarlo mejor. Yo he de tener mucho cuidado con ciertas cosas. La primera persona a la que tengo que cuidar es a mí" (Agente 2_EXP_2)

Los/as agentes admiten que hay situaciones en las que había una implicación por su parte, tanto por la cercanía de la experiencia relatada, vivida en primera persona, como por un alto grado de empatización con el/la paciente receptor/a.

“Creo que me he visto reflejada en ella, cuando yo estaba enferma. He recordado lo difícil que es salir” (Agente 2, primera sesión con Paciente 6_EXP_2)

“Me encontraba algo incómodo debido a que notaba su dolor pasado” (Agente 1_EXP_3)

“Si algo es muy cercano, es más complicado” (Agente 2_EXP_3)

“Influye el grado de empatización, no sólo por la trayectoria en la enfermedad, solventé casos difíciles, que no tenían nada que ver conmigo, pero con el grado de empatización había una confianza mayor y comunicación” (Agente 1_EXP_3)

“El estado del paciente influye mucho, en un caso, el paciente iba a peor y eso me afectaba muchísimo” (Agente 1)

“Estuve triste todo el día, no quiero hacer esto mucho tiempo, no quiero sufrir” (Agente 2, segunda sesión con Paciente 6_EXP_2)

De manera que, pese a que la experiencia en general puede haber resultado satisfactoria, en algunas ocasiones puede suponer un desgaste personal:

“Es enriquecedora y he aprendido. Por circunstancias, no podía transmitirles tristeza y no podía seguir” (Agente 3_EXP_2)

“Positiva, aunque algunos puntos positivos. Enriquecedora a nivel personal pero en ocasiones he estado regular” (Agente 1_EXP_2)

En el caso de uno de los/as agentes, no quería realizar más sesiones por el desgaste emocional, “no quería más porque tenía un coste personal”. El mismo agente lo corrobora, hasta el punto que agradeció el final del programa de ayuda mutua para descansar.

“Tiene un coste emocional importante, no se puede hacer mucho tiempo seguido. Al terminar me he sentido vacía, sin fuerzas para nada. No soy un profesional. Hay cosas que te enriquecen pero que no son positivas... Me ha impresionado y a veces tratar la enfermedad con personas que han pasado como yo, y recordaba... me sentía actuando, haciendo un papel, muy atenta, pero me afectaba” (Agente 2_EXP_2)

Los/as profesionales de referencia de una de las experiencias, destacan un caso en que el/la agente tuvo malas experiencias en sus dos primeras sesiones y no se lo comunicó. el/la agente no hizo ningún comentario sobre cómo habían ido las sesiones, cómo lo había vivido y cierta situación de angustia que le generó; si lo hubiera manifestado, quizá el papel de este agente en el programa, podría no haberse acabado de forma prematura.

En algún caso, el vínculo creado durante la sesión entre agente y paciente lleva a ampliar la relación fuera de las sesiones y el/la agente debería valorar si entregar su teléfono y seguir manteniendo contacto y ejercer la ayuda mutua fuera de las sesiones concertadas puede suponer un elevado desgaste emocional y que el vínculo puede traspasar el papel del/la agente de ayuda mutua (EXP_5).

Al desgaste se le une el cansancio, según uno de los/as agentes, cuando tenían que realizar más de dos sesiones. “A veces, tres sesiones en un día, estaba muy cansada” (Agente_EXP_2).

En otras experiencias, sin embargo, el desgaste emocional no lo relacionan con haber realizado un mayor número de sesiones en el mismo día. En la mayoría de jornadas realizaban dos sesiones, e incluso en una ocasión, tres, sin efectos negativos.

“El último día hice tres sesiones, un poco de casualidad, y me dejó muy buena impresión” (Agente 2_EXP_3)

“Me afectan los silencios que hay en la conversación y las malinterpretaciones de lo que se diga (...) y el cansancio después de las sesiones, que son largas” (Agente 2)

Por último destacar que en algún caso se hace referencia a sentirse sobrepasado por la situación en la sesión, cuando el/la paciente receptor/a se encontraba en mejor estado que él (EXP_5).

- **Valoraciones generales sobre las sesiones realizadas por los/as pacientes receptores**

De las entrevistas con los/as profesionales de referencia y las fichas de feedback sobre las sesiones que cumplimentaban, tras valorarlas con los pacientes receptores, se pueden extraer algunas valoraciones generales:

Coinciden en que había unas ideas permanentes en el feedback recibido de los pacientes receptores:

- Destacan el gran interés del/la agente por escuchar, entender, y por echar una mano.
- Les parecía positivo que conocieran la enfermedad mental, ya que tienen experiencia y pudieran darles claves.

Los pacientes receptores valoran mucho la confianza, el alto grado de conexión y la sinceridad que ven en los/as agentes. En las sesiones, suele establecerse un rápido vínculo de confianza y los pacientes receptores no tienen problema en "abrirse" a los/as agentes de ayuda mutua y hablar de temas personales.

"Refiere haberse sentido cómoda con su agente y tener la sensación de conocerlo desde hace tiempo" (Paciente 6E_EXP_1)

"Buena conexión interpersonal que ha derivado en un alto grado de confianza del paciente en poder expresar sus problemas y dificultades" (Paciente 9E_EXP_1)

"El paciente se ha confiado con él y le ha contado partes importantes de su vida" (Profesional de referencia, sobre Paciente 6_EXP_3)

"Es curioso, porque yo he hablado otras veces con personas que conozco, pero poder hablar así con alguien que no conozco..." (Paciente 12_EXP_3)

“A pesar de que soy desconfiada, me generó mucha confianza... Sentí que me quería ayudar” (Paciente 12_EXP_2)

“Se sintió a gusto y comprendido por su agente, percibiendo sinceridad. Comentó que parecía que estaba hablando con un psicólogo” (Paciente 1E_EXP_1)

“Pudo hablar de temas muy íntimos, sentía que el/la agente le hablaba con el corazón en la mano” (Profesional de referencia sobre Paciente 11_EXP_2)

“La comunicación le resultó grata y fluida, con un buen nivel de conexión con su agente al que fue capaz de contarle vivencias y experiencias personales y familiares” (Paciente 9E_EXP_1)

“Me infundió confianza, respeto” (Paciente 11_EXP_3)

“Se ha sentido como si estuviese hablando con un amigo” (Paciente 1E_EXP_1)

“Creo que es un tipo al que le preocupa la gente, es un rollo bonito” (Paciente 9_EXP_5)

Al terminar las sesiones, los pacientes refieren que se han sentido ayudados por los/as agentes y con percepción de que ha sido útil.

“La idea me ha parecido bien... Siempre sacas algo positivo” (Paciente 5_EXP_3)

“Ha percibido ayuda, sobre todo en el asesoramiento. Le parece bien la idea de recibir ayuda de una persona que ha pasado por problemas similares a él” (Profesional de referencia, sobre Paciente 1_EXP_3)

Los pacientes receptores valoran positivamente tener encuentros con otras personas con enfermedad mental y manifiestan notar empatía y facilidad de conexión por haber vivido experiencias similares. Valoran que, en la labor que hacen los/as agentes de ayuda mutua, es un valor añadido que no sean profesionales.

"Percibí ayuda... Ellos pueden ayudar, al tener las mismas experiencias que nosotros" (Paciente 3_EXP_3)

"Me he sentido mejor porque ya sabía que el/la agente había pasado por lo mismo que yo" (Profesional de referencia sobre Paciente 8_EXP_2)

"Me siento muy bien, siento un apoyo, un desahogo en el cuerpo, saber que hay personas como yo en el mundo, que no soy un bicho raro... es una enfermedad que existe, coincidimos en muchas cosas" (Paciente 12_EXP_3)

"Me parece muy bien porque así nos entendemos los dos mejor" (Paciente_EXP_3)

"Hemos conectado bien... porque él también ha pasado experiencias parecidas" (Paciente 8_EXP_3)

"Me ha aportado fuerza... que hay otras personas que salen de estas situaciones" (Paciente 10_EXP_3)

"Se ha sentido acogido. Piensa que al tratarse de una colaboración desinteresada por parte del agente cree que quiere ayudarle verdaderamente. Según él no es lo mismo que con un profesional de Salud Mental porque éste recibe remuneración económica" (Profesional de referencia sobre Paciente 1_EXP_2)

"Me quedé más tranquilo, me desahogué... Es interesante la conversación entre dos enfermos... Aprendes a ver las cosas de otra manera, es diferente a hablar con un profesional... Las dos cosas son necesarias" (Paciente 14_EXP_2)

Muchos pacientes admiten que explican al agente cosas y hablan de temas que no suelen tratar con otras personas cercanas.

"Está agradecida por la confidencialidad del contenido de la entrevista ya que según ella algunas "cosas no se las cuenta ni a los/as profesionales ni a su familia" (Profesional de referencia sobre Paciente 4_EXP_2)

"Me he desahogado mucho... me ha escuchado y he podido contarle cosas que no le digo a mis hermanas" (Paciente 13_EXP_3)

“Con su agente AM ha existido un mayor entendimiento, otros matices que los demás no pueden entender” (Paciente 11E_EXP_1)

A menudo los/as agentes eran vistos como pacientes modelo por los pacientes receptores de las sesiones.

“Un modelo a conseguir para algún paciente, que decía: “¿Ha llegado a estar tan mal como yo? Pues yo también podré estar así” (Profesional de referencia_EXP_2)

“Se ha sentido identificada con el/la agente, “me gustaría tener siempre a alguien en quien poder depositar mis dudas y mis satisfacciones”. (Profesional de referencia sobre Paciente 2_EXP_2)

“El agente es un modelo muy importante por su experiencia, por su capacidad de lucha... Ojalá todo el mundo pudiéramos ser así” (Profesional de referencia sobre Paciente 11_EXP_2)

Los/as agentes transmiten ideas y sentimientos positivos a los pacientes receptores, como esperanza o amistad, y en algunos casos recibieron mensajes muy positivos por parte de los/as agentes.

“Habla de la relación como una ayuda, comparte preocupaciones y le da ideas para seguir” (Paciente 3_EXP_1)

“Me parece interesante el encuentro porque se sacan conclusiones de otra persona que tiene mis mismos problemas” (Paciente 4_EXP_5)

“Le transmitió energía” (Paciente 7_EXP_5)

“Le ha transmitido esperanza” (Paciente 1E_EXP_1)

“Define los encuentros como sesiones saludables” (Paciente 9E_EXP_1)

“Sorprendida, en positivo, su agente de AM le ha transmitido tranquilidad y confianza” (Paciente 7E_EXP_1)

Para muchos de los pacientes receptores, esta actividad era una forma de relacionarse socialmente. En los casos en que el perfil de paciente seleccionado respondía a la necesidad de romper cierto aislamiento social y de relación con otras personas, la función de la sesión de ayuda mutua parece cumplir su cometido. Tanto por la naturaleza de la ayuda mutua como por las aptitudes y actitudes de los/as agentes para ejercerla.

“Esta actividad le motiva para salir de casa por las tardes y relacionarse”.
(Paciente 2E_EXP_1)

“Me pareció bastante transparente y sincero y recomendaría la experiencia a las personas que están vacías y no tienen interés” (paciente 4_EXP_5)

“La paciente es poco comunicativa, su agente lo ha percibido y la ha respetado no intentando forzarla a que le contara más de lo que ella quería. No se ha sentido “invadida” y lo agradece, cree que ha sido escuchada y que su agente ha empatizado con ella” (Profesional de referencia sobre Paciente 6_EXP_2)

“Por su situación personal, vive sola y tiene pocos amigos, para ella es importante poder contar con una persona que le permita contactar con ella cuando necesite apoyo emocional... Insiste en que el/la agente continúe indefinidamente” (Profesional de referencia sobre Paciente 2_EXP_2)

“El paciente anteriormente no ha mostrado nunca interés por buscar el contacto con iguales. Parece que tras la experiencia se muestra más partidario de hablar e intentar establecer contacto por lo menos con iguales” (Profesional de referencia sobre Paciente 8_EXP_2)

“Dice haber hablado con tranquilidad y confianza: “Me ha servido para no encontrarme ni tan solo ni tan especial” (Profesional de referencia sobre Paciente 9_EXP_2)

También se produce que los pacientes receptores vean al agente como una posibilidad de entablar una relación social, no tanto una ayuda dentro de los servicios de salud mental.

“Refiere que la cercanía entre ambos propicia que “se convierta en un confidente”. Parece que el paciente confunde el sentido del programa de ayuda mutua, busca en el/la agente a un amigo con el que compartir muchos aspectos de su vida” (Profesional de referencia sobre Paciente 1_EXP_2)

En muchos de los casos, los pacientes receptores consideran al agente de ayuda mutua una persona cercana con quien establecer vínculos de amistad. Además de las sesiones formalizadas durante el proyecto, en muchas ocasiones pacientes y agentes se veían fuera del ámbito sanitario, por voluntad de ambas partes (Profesional de referencia_EXP_1).

Siguiendo esa línea de ver un referente en el/la agente de ayuda mutua, algunos pacientes afirmaban que en el futuro les gustaría desempeñar también la ayuda mutua, como se la daban a ellos.

Los pacientes receptores también muestran su apoyo al programa de ayuda mutua. Incluso algunos pacientes receptores, solicitan que el programa se mantenga y poder asistir a sesiones de ayuda mutua de forma continuada.

“Quiere que se mantengan indefinidamente las sesiones e incluso hace sugerencias sobre horarios y días para celebrar la sesiones (...) quiere simultanearlo con las citas con su equipo de referencia” (Profesional de referencia sobre Paciente 4_EXP_2)

“Se muestra muy satisfecho con la experiencia y le hubiese gustado continuar con más sesiones” (Paciente 9E_EXP_1)

Le gustaría que existiese la figura del agente de forma permanente, pero que arbitrara alguien que los contactos solo se realizaran cuando los pacientes se encuentren “bien” (Profesional de referencia sobre Paciente 9_EXP_2)

“Expresa su agradecimiento por ofrecerle desde la USMC esta ayuda” (Paciente 1E_EXP_1)

“Me agradece haberlo tenido en cuenta para participar en este proyecto” (Paciente 2E_EXP_1)

“Le hubiera gustado continuar con esta ayuda más tiempo” (Paciente 10E_EXP_1)

En algunos casos, en el inicio de la primera sesión, los pacientes percibieron incertidumbre y nerviosismo ante la incógnita del encuentro, pero se solía resolver rápidamente.

“Los primeros 10 minutos se encontraba nervioso y con cierta incertidumbre” (Paciente 2E_EXP_1)

“Ante la propuesta de la ayuda, el paciente mostró incertidumbre e inseguridad. Durante la sesión, al principio mantenía inseguridad, pero posteriormente se tranquilizó” (Paciente 8E_EXP_1)

La valoración general de los pacientes es que los/as agentes les transmitían tranquilidad, aunque en algún caso, agente y paciente receptor se conocían previamente, por haber coincidido en dispositivos de salud mental. En esos casos, los pacientes se encontraban tranquilos y confiados desde el inicio (Profesional de referencia_EXP_5).

Algún paciente que era poco comunicativo en general, tampoco logra superar esa barrera de relación con el/la agente de ayuda mutua.

“El paciente expresa poco, y establece una cierta distancia tanto con el/la agente AM como conmigo” (Paciente 5E_EXP_1)

En el transcurso de las sesiones, un/a paciente manifiesta que le resultó triste hablar de vivencias dolorosas. Sin embargo, en la valoración de esa sesión del/la agente de ayuda mutua no percibió ese malestar.

“Refiere haberse entristecido al relatar vivencias dolorosas de su vida y se reprocha que a veces habla demasiado, no obstante valora positivamente la sesión” (Paciente 6E_EXP_1).

Sin embargo, como aspecto negativo se expresa que, en algún caso, el/la paciente receptor/a tiene un exceso de dependencia de los encuentros con el/la agente de ayuda mutua, por lo que el fin del programa se afronta con dificultad.

*“Percibo un cierto enganche en la actividad (...) le hubiese gustado mantener más sesiones dado que estas le han ayudado a salir un poco de su soledad”
(Paciente 2E_EXP_1)*

A menudo ocurre que después de la sesión, los pacientes sienten que tal vez han explicado cosas demasiado íntimas a los/as agentes.

*“Está preocupado porque cree que le ha hablado al agente sobre temas que él cree que son demasiado personales y tal vez han estado fuera de lugar”
(Profesional de referencia sobre Paciente 1_EXP_2)*

A veces los/as agentes mostraron reserva a la hora de dar datos personales a los pacientes receptores, y esto no fue percibido de forma positiva por el/la paciente.

“Le preguntó su diagnóstico y le contestó que era algo privado, “él me hacía muchas preguntas pero no me comentaba muchas cosas suyas” (Paciente 2_EXP_5)

En una ocasión que se seleccionó a una persona que se encontraba muy estabilizada y con una vida social bastante normalizada, las sesiones no se percibieron como una ayuda significativa.

*“Es un paciente que trabaja y, efectivamente, se mantiene estable desde hace años... como profesional, creo que no percibe la sesión como una ayuda para él. No desea repetir sesión. No obstante, le parece buena idea el proyecto”
(Profesional de referencia, sobre Paciente 4_EXP_3)*

También hubo algún caso en el que los/as agentes detectaron que los pacientes asistían a las sesiones porque se lo han pedido los/as profesionales, no por esperar un beneficio de la experiencia.

“Como profesional, creo que percibe las sesiones como obligación, impuesta por el equipo sanitario” (Profesional de referencia, sobre Paciente 2_EXP_3)

“No repetiría, ¿para qué? Ya lo he visto una vez...” (Paciente 11_EXP_3)

En otros casos, los pacientes valoran bien la sesión, pero no muestran excesivo entusiasmo y prefieren no repetir, alegando que ya tienen bastantes citas con los/as profesionales.

“Tengo muchas citas con vosotros [profesionales], y yo las prefiero...” (Paciente 9_EXP_3)

Hubo un/a paciente que manifestó que la sesión de ayuda mutua podía haber sido mejor en un momento anterior de la enfermedad.

“Pienso que un encuentro así me podía haber venido mejor antes” (paciente 6_EXP_5)

Por último, señalar el caso de un/a paciente que quería hablar con una persona que hubiera superado la enfermedad, como se señalaba antes sobre la información previa dada. Después de la sesión, seguía esperando encontrar ese perfil de agente.

“Él esperaba hablar con alguien que definitivamente hubiera superado la enfermedad y cuando le informaron de que había que mantener los cuidados le supuso cierto grado de decepción. No creyó necesario una segunda sesión” (Paciente 8_EXP_5)

- **Valoraciones generales sobre las sesiones realizadas por los/as agentes**

En general todas las sesiones realizadas por los/as agentes de ayuda mutua tienen una valoración positiva, y en diversas fases de la evaluación surgen expresiones de entusiasmo: "genial", "positivo" o "gratificante" son algunas de sus calificaciones.

"Positivo y necesaria la figura de ayuda mutua" (Agente 2_EXP_5)

"En vez de 'el enfermito' me ven como que puedo formar parte de algo. Es una experiencia útil para relacionarme con familia, amigos, laboral, para estabilizar mi enfermedad..." (Agente 1_EXP_5)

"A nivel personal, muy positivo, me subía el ánimo cuando veía la cara del usuario, me subía la moral, bastante gratificante" (Agente 1_EXP_3)

"Un aspecto relevante es lo bien y guapa que encontré a la paciente. A mí también me sirvió para subirme un poco mi autoestima. En fin, ¡el ego siempre es el ego!" (Agente 2_EXP_3)

"Me alegro de haber participado y que los compañeros me hayan aceptado. Valoro muy positivamente las terapias de ayuda mutua (...) Me ha servido para estudiar más, para llevar un taller de (...), fue una motivación..." (Agente 1_EXP_5)

En las primeras sesiones, los/as agentes sí tenían cierto nerviosismo, pero con el devenir de los encuentros tomaron confianza y no encontraron problemas.

"En la primera sesión estaba nervioso, pero después de la primera, la cosa fluyó sola, y digo, si ha funcionado bien por qué modificarlo. Creo que te lo juegas mucho al principio" (Agente 2_EXP_1)

"La primera estaba nervioso pero a la vez motivado. Me extendí en el diálogo, lo escuchaba pero no le daba oportunidad de buscar sus propias soluciones" (Agente 3_EXP_2)

“Sólo los primeros minutos el usuario parecía un poco ausente, en el resto de la sesión se mostró comunicativo y colaborador” (Agente 1_EXP_1)

“Al principio me falta experiencia, casos en los que no sabía cómo salir, también me callaba, esperaba a ver qué me decían. Al final me he sentido más a gusto (...) me faltaba rodaje y no sabía cómo abordarlo” (Agente 1_EXP_3)

“Al principio veía que me faltaban recursos, por ejemplo para dirigir la conversación” (Agente 1_EXP_4)

“Considerando necesario apuntar algunos posibles “bloqueos” o “dificultades” por mi parte, básicamente, bien” (Agente 2_EXP_3)

El inicio de las sesiones, solía estar prefijado por los/as agentes, que utilizaban una fórmula concreta de autopresentación y siempre con naturalidad.

“Dar la mano, presentarme como Agente de Ayuda Mutua, explicaba un poco el proyecto, pregunta “qué haces en tu vida diaria”, y salía todo de forma natural” (Agente 1_EXP_3)

En general, los/as agentes refieren haberse sentido muy cómodos tanto en las sesiones como durante el proyecto. Su esquema habitual de trabajo en la primera sesión era presentarse, con datos personales, y explicar el proyecto. Y a partir de ahí manifiestan que las conversaciones fluían de forma natural.

“Me he sentido muy bien, cómodo, ilusionado, preocupado y ocupado en el tema, satisfecho en determinados momentos” (Agente 2_EXP_5)

“Das datos tuyos, se relajan, y empieza a fluir” (Agente 2_EXP_1)

“Al final, se tratan los mismos temas, cada uno con lo suyo, pero según fluía se iba encauzando” (Agente 1_EXP_1)

“Exponía una conversación un poco inconexa, no sé si por los nervios o por qué, pero he intentado encauzar la conversación para que tuviera sentido” (Agente 1_EXP_1)

Algún agente manifiesta dudas sobre cómo resulta su presentación como Agente de Ayuda Mutua, pero cree que es positiva que lo aceptan como tal.

Otro agente afirma que intentaba no tomar un rol predefinido: percibía los papeles de agente y paciente receptor de forma flexible, de forma que él podía sentirse paciente receptor en algún momento y quien le ayudase como agente fuera la otra persona.

“Intentaba no asumir un rol definido yo, o sea, que el usuario podía ser yo dada la circunstancia y el/la agente el usuario” (Agente 1_EXP_1)

Algunos pacientes receptores no tenían dificultad para entablar rápidamente una conversación con el/la agente.

“Desde un principio el usuario empezó a hablar y exponer lo que quería decir, fue muy comunicativo y aportó todo sin necesidad de tener que preguntarle” (Agente 2_EXP_1)

“Contrariamente a lo que pudiera parecer en un principio, el usuario se muestra muy abierto y con una actitud colaboradora y parece sentirse a gusto y cómodo en las entrevistas” (Agente 1_EXP_4)

“Ha sido muy comunicativo y cordial y se ha abierto mucho más de lo que yo esperaba en un primer momento” (Agente 2_EXP_1)

“Me ha sorprendido su sinceridad, sus confesiones hacia mí y la empatía alcanzada. Todo ha sido natural y fluido, como si un conocido se hubiese sincerado conmigo” (Agente 2_EXP_1)

“Fue una cosa bastante fluida, bastante comunicativa, no hablaba de su vida privada. Hemos quedado cuatro veces, hoy otra vez para tomar un café, porque ya somos amigos” (Agente 2_EXP_4)

Los/as agentes creen que la sinceridad es un valor que les ayuda al éxito en las sesiones.

“Que vea que le estoy diciendo la verdad, cuando me mira a los ojos. No bloquearse es importante, tener seguridad” (Agente 1_EXP_5)

Una sensación que subyace en las impresiones de los/as agentes es que la mayoría de pacientes agradecen el tener la oportunidad de ser escuchados.

“Descargamos los problemas y parece que se hacen más livianos y a la vez se refuerzan las relaciones sociales” (Agente 1_EXP_1)

“Percibo que hay mucha gente con falta de cariño que con cualquier muestra de humanidad se abre y lo siente y lo agradece enormemente. La verdad es que es muy gratificante, tanto para los usuarios como para los/as agentes” (Agente 1_EXP_1)

“Creo que a los pacientes les sorprendía sentirse escuchados. Escuchar bien es complejo y difícil. Psicólogos y psiquiatras no tienen tiempo, mucho trabajo para eso” (Agente 2_EXP_3)

“Me confiesa que las sesiones al menos le sirven de desahogo y que eso le hace sentir bien” (Agente 1_EXP_4)

“El paciente habló y habló, quería desahogarse, era difícil establecer un dialogo, era sólo un monólogo” (Agente 2_EXP_3)

La percepción de los/as agentes, del valor de la ayuda mutua durante las sesiones, es que aportan cosas diferentes respecto a los/as profesionales. Por ejemplo, servirles de ejemplo como recuperación de la enfermedad, que dejaran de pensar exclusivamente en su enfermedad o lograr que personas encerradas en sí mismas se expresaran.

“No es lo mismo que con un profesional, hay más complicidad (...) “Yo alucino contigo” me decían, por cómo hablaba, por mi situación” (Agente 1_EXP_2)

“Se ha mostrado colaborador en todo momento y el hecho de hablar con una persona que no fuera un especialista ha facilitado la comunicación. Al principio estaba un poco receloso y expectante, pero después de las explicaciones y la presentación se mostró confiado y conversador” (Agente 2_EXP_1)

“Lo ha visto como ayuda ya que en su único entorno, el familiar, es difícil expresarse tanto de sus ideas como de sus emociones y sentimientos” (Agente 1_EXP_3)

“Interesa a los pacientes que ya hayan pasado por el proceso de enfermedad, tienen más confianza, más desahogados, te dicen que es diferente que con el médico” (Agente 1_EXP_4)

“Pasan por especialistas, pero no se han podido desahogar” (Agente 2_EXP_4)

“En algún caso, gente que no hablaba nunca, lo hacían conmigo” (Agente 2)

“Para él es útil porque ve cómo otros enfermos mejoran y le dan claves” (Agente 1_EXP_2)

“Que la gente se relaje, que deje de pensar que es un enfermo” (Agente 2_EXP_2)

Las sesiones no siempre son tan fluidas y nítidas, cuando en algún caso aislado se han encontrado con pacientes con poca conciencia de enfermedad. Los/as agentes coinciden en que esos pacientes están muy a la defensiva y no lo toman como una sesión sino como algo muy informal, que los/as agentes han de “encubrir” como una conversación diferente del propósito inicial.

“A la hora de la sesión tienes que entrever cosas que él no te dice... de verdad no te dice los temas de una forma frontal, natural y ya vas derivando la conversación hacia promoción de hábitos, como pasear” (Agente 1_EXP_1)

Otro agente se encontró con un escenario que no esperaba, que el/la paciente receptor/a no hablase.

“En la primera sesión no hablaba nada el paciente, y pensaba que eso no lo había dicho la profesora... Después todo fue mejor. Lo peor que te puede pasar es que no hablen, ni se expresen” (Agente 2_EXP_2)

En alguna ocasión, los pacientes hablaban de temas personales que podían suponer recuerdos dolorosos, y el/la agente intentaba minimizar el impacto emocional en el paciente.

“Me ha contado lo más relevante de su vida. Y cuando he visto que le era dolorosa, intentaba de encauzar en positivo la conversación y creo que lo he conseguido (...) Hemos hablado de situaciones que ha tenido esta usuario, difíciles pero no he encontrado ningún momento difícil porque hablamos de una forma natural, sin forzar nada” (Agente 1_EXP_1)

También hubo ocasiones en las que el/la agente de ayuda mutua recibió el apoyo del/la paciente , en una devolución de la ayuda que él procuraba en las sesiones.

“Un día yo le dije que tenía un mal día, y ella me aconsejó y me reconfortó” (Agente 2_EXP_4)

Los/as agentes intentaban que los pacientes receptores superen sus limitaciones y miedos a relacionarse socialmente, así como infundirles motivación y esperanza en el futuro.

“La invito a que desahogue conmigo sus miedos y tenga confianza” (Agente 1_EXP_5)

“Intento motivarlo, reforzando su abstinencia y potenciando la relación con su familia y su autonomía personal y planes de futuro” (Agente 1_EXP_5)

“Fomento en él empoderamiento, la autoestima, la seguridad en sí mismo y la confianza en sus familiares” (Agente 1_EXP_5)

Como se comentaba anteriormente, con muchos de los pacientes receptores con que los/as agentes han tenido sesiones se han visto obligados a cortar los encuentros para, a petición de los/as profesionales, poder atender a otros pacientes y no ocupar siempre su tiempo en el proyecto con las mismas personas. Esto se describe en las fichas de las sesiones y los/as agentes lo manifiestan, en algunos casos, con cierta tristeza.

Un/a agente manifestó que el principal escollo era redactar las fichas de feedback del registro de cómo había ido la sesión.

“Lo que más me ha costado ha sido hacer los informes, no sabía realmente cómo expresarme, como cada persona es un mundo distinto, a veces con palabras no sabía cómo expresarme” (Agente 2_EXP_1)

En algún caso, los/as agentes expresan desconfianza hacia lo que explica el/la paciente por falta de sintonía u otras situaciones, aunque el/la paciente receptor/a no lo transmita luego a el/la profesional de referencia y sea sólo una percepción subjetiva del/la agente.

“Para mí ha sido negativa la valoración, para el paciente no sé en qué puede ver su utilidad. Dado lo comentado por él, yo le he dicho que lo consulte con su profesional, puede deberse a la medicación, por lo que en futuras sesiones sabré más sobre él, aunque lo dudo” (Agente 1_EXP_2)

En alguna ocasión, el/la paciente receptor/a pertenece al mismo núcleo poblacional, y el/la agente ve amenazada su privacidad.

“Un usuario que es de mi pueblo y la verdad siempre he sido muy celoso de mi intimidad, y el/la agente debe abrirse emocionalmente y contar cosas de su vida, por lo que me ha resultado difícil” (Agente 1_EXP_2)

También se encontró algún caso en que los/as agentes eran conscientes de que la sesión podía no haber tenido efecto en los pacientes receptores.

“Creo que llegó igual que se fue, o que se fue igual que llegó” (Agente 2_EXP_3)

O casos difíciles de inicio de sesión, cuando se apoyó a mujeres con depresión.

“Si eran mujeres, venían llorando la mayoría, y ahí, le digas lo que le digas, has de esperar a que se calme” (Agente 2_EXP_3)

En ocasiones, las sesiones generaban situaciones “forzadas”, según los/as agentes, en las que los pacientes receptores parecían estar ahí porque se lo habían dicho, no por un interés personal.

“Gente muy rodada de los hospitales: “bueno, qué te cuento...” (Agente 2_EXP_3)

“No quería otra sesión, está cansada de tanto ambulatorio y hospitales, no lo expresa pero lo denota” (Agente _EXP_3)

Un/a agente tiene una consideración escéptica sobre la utilidad de las sesiones, ya que no conseguía que hablaran de temas de recuperación, sólo de las preocupaciones por la enfermedad.

“Pienso, “¿de qué sirve hablar con alguien?”, cuando yo estaba deprimida me daba igual que alguien me hablara, es cuando tiene que estar saliendo que hay que intervenir. En un caso, nunca conseguí hablar del futuro. Sólo de lo que él quería, de su enfermedad. Siempre me llevaba a su terreno” (Agente 2_EXP_2)

“Sistemáticamente ha descartado todos los caminos que le he propuesto. ¿Contarme su historia la ha ayudado? ¿Si piensa que nada va a mejorar para qué pide ayuda?” (Agente 2_EXP_2)

Hay sesiones en las que los pacientes receptores se encuentran en un momento estable y los/as agentes no consiguen que sus mensajes calen en los pacientes, ya que consideran que no son necesarios.

“No tiene interés en hacer cosas nuevas, a todo le pone pegos, pienso que se ha acomodado, que ha conseguido un equilibrio y no quiere alterarlo” (Agente 2_EXP_2)

También hay situaciones difíciles en las sesiones cuando, en algún caso aislado, el/la paciente dio muestras de hallarse descompensado y el/la agente no sabe cómo reorientar la sesión.

“Estaba muy nerviosa, me montaba una película sin orden, pensamientos muy desordenados, pero no daba opción a hablar, tenía ansiedad... al final de la sesión no me había enterado” (Agente 2_EXP_4)

En un caso, el/la paciente receptor/a por un lado, tenía muchas expectativas sobre las sesiones, y por el otro, durante la misma se dedicaba a poner a prueba los conocimientos del/la agente.

“Durante la sesión sentía que me estaban evaluando, con lo cual estaba incómodo por las preguntas que el usuario me hacía” (Agente 1_EXP_3)

Hubo otras situaciones negativas en el transcurso de las sesiones que las alteraron, por ejemplo, la presencia de otras personas acompañando al paciente receptor. En un caso, el padre del/la paciente . el/la agente le dijo “por respeto” que si quería pasar al lugar donde se realizaba la sesión, pero luego afirma que había que explicarle todo al padre, porque no entendía de lo que estaban hablando, y además hablaba más que el/la paciente.

“No comprende la situación a la que su hijo se enfrenta dado que quiere dejar el trabajo y su relación con su pareja se está rompiendo (...) en las intervenciones del padre notaba el no comprender las dificultades a las que se enfrentaba su hijo” (Agente 1_EXP_3)

En el otro caso, una monitora de FAISEM se quedó en la sesión por voluntad propia, y afirmó que se quedaba como “observadora”.

“Por estar el monitor presente me ha resultado más difícil afrontar la cita” (Agente 1_EXP_3)

En las últimas citas, los/as agentes expresan que han percibido ayudar más a los pacientes que en el inicio del programa.

“Esta última sesión con un usuario ha sido emotiva para mí, ya que sentía cómo mis experiencias sirven de ayuda (...) personalmente he sentido desarrollar más mis habilidades de agente” (Agente 1_EXP_3)

Hacia el final del encuentro, los/as agentes planteaban la realización de una segunda sesión y casi todos los pacientes mostraban predisposición positiva. Los/as agentes solían dirigirles al profesional de referencia como “legitimador” de un nuevo encuentro (EXP_5).

Los/as agentes también descubren que a través de las sesiones exploran y fomentan relaciones personales que no preveían antes de empezar el programa.

“He aprendido que el afecto lo puedo ganar con facilidad a personas que ni me lo imaginaría” (Agente 1_EXP_2)

Como conclusión, los/as agentes apuestan por la continuidad del proyecto y consideran que las sesiones de ayuda mutua deberían diferenciarse mucho de un acto médico, ya que *"no formamos parte del engranaje sanitario"* (Agente_EXP_2).

- **Valoraciones generales de los/as profesionales**

En general, las valoraciones por parte de los/as profesionales implicados en el programa han sido muy positivas.

Los/as profesionales consideran el proyecto como una experiencia de utilidad para los pacientes receptores, interesante y con grandes posibilidades de continuidad para el futuro. Los/as profesionales creen que la mayoría de los/as profesionales apoyarían una experiencia de este tipo en el futuro, pese a que algunos pudieran ser más reticentes.

Para los/as profesionales, el principal objetivo ha sido asegurar el éxito de la experiencia, por encima de realizar un gran número de sesiones o alcanzar otros objetivos más secundarios, y en general, se encuentran muy satisfechos con el resultado.

El feedback recibido por los/as profesionales desde los pacientes receptores ha sido muy positivo, especialmente por el hecho de sentirse escuchados.

También destacan que, los pacientes receptores se han sentido muy bien en la experiencia al poder hablar de la enfermedad con una persona que les entendía por haber vivido una experiencia similar, lo cual facilita la comunicación y constituye la esencia de la ayuda mutua, por la necesidad de los pacientes de compartir una experiencia que otras personas de su entorno no ha vivido.

"Muchos decían que explicaban cosas que no explicaban al profesional o a la familia" (Profesional de referencia_EXP_2)

Para aquellos pacientes que tenían dificultades para relacionarse con profesionales, los/as profesionales de referencia, destacan que durante las sesiones de ayuda

mutua, los pacientes no tuvieron dificultad para “abrirse” con el/la agente y desarrollar una relación de complicidad.

La variedad de perfiles (de género, de diagnóstico, etc.) facilita la asignación de pacientes y el desarrollo del proyecto. Los/as profesionales de referencia estiman que los mecanismos de selección en los equipos y el resultado final fue muy satisfactorio, aunque en algún caso, también señalan que puede ser algo “artificial” el tipo de paciente que llega al agente, ya que está muy escogido (Profesional de referencia_EXP_2).

La elección de agentes es la parte crucial de los programas de ayuda mutua, aunque sólo se puede conocer con la práctica. En general, se considera que las características que debe tener Un/a agente son:

- Empatía con el/la paciente.
- Empatía con lo que le rodea, que le importen las relaciones humanas.
- Responsabilidad: conocer cuál es su tarea, “*en qué se puede meter y en qué no*”.
- Fortaleza interior para poder trabajar.

En general, los/as profesionales de referencia manifiestan que los/as agentes han tenido una “conexión humana” muy buena con los pacientes receptores, lo que supone un aspecto positivo para el buen desarrollo del proyecto (Profesional de referencia_EXP_3).

En alguna de las experiencias, los/as profesionales de referencia notaban una gran diferencia de preparación de aptitudes y de estabilidad de la enfermedad de los/as agentes participantes. Esto influía en los/as profesionales a la hora de asignar pacientes. Sin embargo, la no asignación de pacientes receptores puede afectar a la autoestima de los/as agentes, que pueden achacarlo a diferentes causas que no tiene por qué ser correctas.

“Sensación de que el equipo no confía en él, si hubiera tenido dos o tres pacientes, hubiera respondido de otra manera. Porque ha ayudado a pacientes fuera del programa de ayuda mutua” (Profesional de referencia_EXP_4)

En algún caso, los/as agentes necesitaron apoyo de los/as profesionales, recibir reaseguramiento sobre su papel y sentirse acompañados. Los/as profesionales de referencia ven que ha supuesto un aprendizaje difícil para los/as agentes en algunos momentos, por lo que solicitan que se amplíe la formación sobre cómo cambiar las inquietudes iniciales.

“El ser novato en algo conlleva siempre dudas, angustias, inseguridades... Es como el “furor terapéutico” del principio. Esto son como “miniprácticas” dentro de un “minicurso”. Al cabo de mucho tiempo, su bagaje y su experiencia le cambiarían su práctica” (Profesional de referencia HD_EXP_2)

En una de las experiencias, los/as profesionales plantearon que había situaciones en las que los/as agentes se encontraban “confusos”, que no tenían claro su papel. Una confusión que podría transmitirse también a los pacientes receptores.

“Estaban confusos, qué papel era el suyo, qué papel era el suyo (...) qué pasa, que si yo empiezo a recibir ayuda de un señor, y yo estoy sola, y el otro está solo, qué pasa aquí” (Profesional de referencia_EXP_4)

Señalar que es importante trabajar durante la formación de los/as agentes de ayuda mutua la implicación con el/la paciente durante las sesiones y cómo desvincularse de la emoción. Que cada agente de ayuda mutua ponga sus propios límites al respecto.

Sobre los pacientes que han funcionado bien, algunos profesionales de referencia creen que es porque “se cubre el aspecto de soledad”, y los que no funcionan, “porque están en su mundo ese momento” o porque “no lo necesitan, y en muchos casos, por patología” (Profesional de referencia_EXP_4).

En muchos casos, los/as profesionales de referencia destacan que los/as agentes y los pacientes mantenían nuevos contactos fuera del marco del programa de ayuda mutua. O bien que utilizaban el momento de la sesión para ayudarse en trámites burocráticos o de actividades cotidianas para las que el/la paciente receptor/a pudiera tener alguna dificultad (Profesional de referencia_EXP_1).

Un aspecto que los/as profesionales destacan sobre el éxito de las sesiones, es que en algún caso, se creaba una gran dependencia del/la paciente receptor/a con el programa. Personas que se encuentran muy solas quedan “enganchadas” a las sesiones, e incluso incorporan al agente de ayuda mutua como una persona de referencia.

“Está muy solo y se sentía muy cuidado. Le costó desengancharse” (Profesional de referencia_EXP_1)

Los pacientes que se seleccionaron para el proyecto respondieron de muy diversa forma. Los/as profesionales valoran que unos/as pacientes pueden salir más beneficiados/as que otros/as.

“Hubo de todo, ha habido una persona que le ha venido muy bien y ya ha sido dado de alta. Otros han durado sólo diez minutos, y otro se ha ido directamente. Sobre las personas a las que el programa les han beneficiado, sí han resultado con mejor aspecto” (Profesional de referencia_EXP_4).

En una de las experiencias, los/as profesionales de referencia comentaron el caso de un/a paciente seleccionado/a que, después de realizar la primera sesión, su familia les comunicó que tenían que detener su participación en el proyecto, ya que el usuario estaba incapacitado. Este problema generó en este último una sensación de malestar que se subsanó con el desarrollo de las sesiones de otros pacientes (Profesional de referencia_EXP_1).

En otra ocasión, el/la paciente asignado a un/a agente, ya empezada la sesión, conoció al otro/a agente y prefirió cambiar y marcharse con él/ella porque “con el otro se sentía mejor, más afín (...) luego el/la paciente se disculpó” (Profesional de referencia_EXP_4).

Respecto al tiempo dedicado, los/as profesionales de referencia también comentan que las tareas de gestionar el programa de ayuda mutua supone “más tiempo de lo previsto”, y en alguna ocasión, les faltaba tiempo para organizarse y hablar de cómo se desarrollaba el programa. Tanto la gestión de las sesiones como el apoyo a

los/as agentes de ayuda mutua sobre el desarrollo de las sesiones, especialmente al principio (Profesional de referencia_EXP_2).

Durante la entrevista de evaluación se extrae que las coordinaciones del proyecto tuvieron algunas dificultades al no haber tenido excesivo conocimiento del mismo, incluso una vez que ya estaba en marcha.

“Pensábamos que era un programa grupal, y no, vimos que era individual y entonces empezamos a ver otro tipo de dificultades, como por ejemplo relación chica y chico, y las fantasías...” (Profesional de referencia_EXP_4)

En una de las experiencias, el/la profesional de referencia detectó una falta de implicación del resto de su equipo con el proyecto, y cree que influyó en esa predisposición que para el curso de formación celebrado en septiembre de 2010, se seleccionaron pacientes para asistir y finalmente no se eligió a ninguno para realizar la formación (Profesional de referencia_EXP_4).

“Si hubiera sido de manera más organizada... (...) los míos no fueron seleccionados” (Profesional de referencia_EXP_4).

Respecto a el/la profesional de referencia del proyecto por parte de la EASP, la ven bien y afirman que tenían “tranquilidad” al saber que se podía llamar por teléfono en caso de necesitarlo (Profesional de referencia_EXP_2).

Finalmente, destacar que una de las experiencias, donde se había realizado un primer pilotaje anterior, se afirma que el documento sobre el pilotaje proyecto del año anterior, había sido una buena referencia y de consulta (Profesional de referencia_EXP_2).

2. Propuestas de mejora

Finalmente, tanto los/as profesionales implicados en el proyecto, como los propios agentes, plantearon una serie de propuestas de mejora de cara a la continuidad y realización de futuras experiencias.

Estas propuestas fueron debatidas y consensuadas en la Jornada de Ayuda Mutua que tuvo lugar el día 2 de Noviembre de 2011, en la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada. Uno de los objetivos de la jornada era presentar los resultados globales de la evaluación de la experiencia de Ayuda Mutua realizada en Andalucía (2010-2011), a todas las personas implicadas: profesionales, agentes de ayuda mutua, coordinadores/as de los dispositivos y directores de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental participantes.

En esta Jornada también se presentó el vídeo *Ayuda Mutua entre Personas con Enfermedad Mental. Opiniones sobre una experiencia en los Servicios de Salud Mental de Andalucía*⁶, que relata experiencias de los implicados y sirve para conocer el proyecto y difundirlo.

Pero el objetivo fundamental de la Jornada fue establecer un espacio de debate sobre el futuro del proyecto, e identificar propuestas de mejora. Para lograrlo se realizaron dos sesiones paralelas (una con agentes y otra con profesionales) en la que se concretaron propuestas y se formularon reflexiones concretas sobre la continuidad del proyecto de ayuda mutua en los servicios de salud mental. Las propuestas, finalmente fueron expuestas y debatidas en plenario, donde pudo observarse la gran coincidencia entre las reflexiones aportadas por ambos grupos (profesionales y agentes).

Las propuestas aportadas se han clasificado en distintos temas y se exponen a continuación las más destacadas:

⁶ El vídeo está disponible en <http://www.1decada4.es/profsalud/recuperacion/ayudamutua/>

Contexto actual y continuidad de las sesiones de ayuda mutua en el marco de los servicios.

- El contexto actual de finalización del PISMA II debe ser considerado una oportunidad de cara potenciar la ayuda mutua entre personas con enfermedad mental en colaboración con los servicios asistenciales. Para incentivarlos, se solicita que en el próximo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía se incluya entre los objetivos de participación de las Unidades de Gestión Clínica.

“Todos querían que se genere un sistema de participación de ayuda mutua en la UGC, que se lanzara el proyecto” (Profesional)

- Fomentar la continuidad de la experiencia y que no se quede sólo en experiencia piloto que se ha desarrollado. Dar continuidad al proyecto porque es útil para cambiar mentalidades y cultura de práctica asistencial orientada al modelo médico tradicional. Estudiar la fórmula del voluntariado que permita establecer acuerdos de colaboración entre agentes y servicios de salud mental.
- Favorecer la incorporación de los/as profesionales al enfoque de la recuperación en salud mental mediante el ejercicio de la ayuda mutua. Se ha trabajado mucho desde el nivel teórico, con cursos, jornadas, literatura. Son proyectos como este los que pueden hacer que las prácticas se orienten efectivamente a la recuperación. Además la colaboración directa con usuarios/as para plantear la mejora de otros usuarios, es una forma concreta de participación.

Esto va a hacer más por meternos en el modelo de recuperación que no cursos o formación. Un proyecto así te cambia, cuando te metes en esto y hablas con los pacientes desde otro lugar, de igualdad, de colaboración. (...), muchas veces se queda el modelo de recuperación a nivel teórico, pero no real, de actitudes, comportamental... (Profesional)

Implementación según la cultura asistencial del servicio

- Tratar de incluir el proyecto en servicios cuyos profesionales tengan un enfoque centrado en la recuperación, no sólo en el diagnóstico y el tratamiento clínico.

- La figura del coordinador de la unidad de salud mental comunitaria es clave; debe compartir el modelo en el que se enmarca el proyecto. También es necesario que el equipo sea favorable a experiencias innovadoras. Es un proyecto que hay que "mimar", con el que hay que comprometerse, dedicarle tiempo y atención. No es oportuno implantarlo allá dónde no se den estas circunstancias, porque lo deslegitimarían.

Que tenga una visión más relacional de la enfermedad, no sólo psiquiátrico, también psicoterapéutico. Si el servicio está centrado en diagnóstico y tratamiento clínico, no. Y hay que ser cuidadoso. Si se pone en servicios que no tienen esa filosofía incorporada, se pueden convertir en "saboteadores" del proyecto (Profesional).

Si los/as profesionales lo ven complicado, malo. El equipo tiene que ser participe y ser una piña. Y que el profesional de referencia y el coordinador sean los adecuados (Profesional).

- Implementar el proyecto de forma progresiva. El proyecto debe continuar poco a poco, con servicios, profesionales y agentes "fantásticos". Es importante dar pasos seguros, que el proyecto vaya saliendo bien, y poco a poco que se vaya extendiendo a otros servicios.

Cuidar mucho y saber que hay cosas que pueden salir mal. Y entonces, saber cómo retirar a la persona sin mucho daño para ellas. El inicio tiene que ser discreto (Profesional).

Mi experiencia es que al final se puede abrir camino con que sean "dos colgados", dos cabezones que empezaban. La mayor parte de los cambios han sido aquí. Muchas historias se han montado "a pesar de" (Profesional).

Igual habría que seguir con selección intencionada un tiempo, con personas concretas (Profesional).

Estas experiencias no pueden ser universales. Igual dentro de 10 años, pero ahora mismo no. Es mejor que quien se encuentre con los obstáculos sea gente muy motivada, porque si no lo están, al primer obstáculo se retirarán (Profesional).

Reconocimiento a la dedicación profesional

- Favorecer que exista un reconocimiento institucional del proyecto, en los servicios y profesionales que lo lleven a cabo. La vía más explícita sería su incorporación, con suficiente entidad, en el próximo Plan Integral de Salud Mental
- Materializar este reconocimiento institucional en la disponibilidad de tiempo del/la profesional de referencia, y del resto del equipo, para las actividades que supone el proyecto (selección de pacientes, coordinación con agentes de ayuda mutua, programación, valoración, seguimiento, etc.).
- Incluir el programa en los objetivos de los acuerdos de gestión de las UGC, debería ser opcional. No parece recomendable incorporarlo como objetivo común a todas las UGC. Muy al contrario debería pactarse sólo en los casos en los que haya una motivación expresa de la UGC por implantarlo en alguno/s de sus dispositivos. De este modo el reconocimiento vendría dado, por el hecho de figurar entre los objetivos, y facilitaría la dedicación de los/as profesionales al proyecto.

Reconocimiento y compromiso de dedicación de los/as agentes

- Potenciar la formación continua de los/as agentes como una forma de aumentar el reconocimiento. Se destaca que la formación debe de ser liderada por las asociaciones, ya que en ellas se van formar a los nuevos agentes. El movimiento asociativo debería tener la responsabilidad de la continuidad del programa, en cuanto a la formación y selección de agentes.
- Dar a conocer el programa en los servicios, mediante la formación y sensibilización de los/as profesionales.
- Desarrollar programas de voluntariado, y disponer de un protocolo de actuación propio, que permitiera establecer vínculos formales de colaboración.

Se podría llevar el estilo de Cruz Roja u otras ONGs (Agente).

- Reconocer la figura del/la agente de ayuda mutua, en las Unidades de Gestión Clínica; Desarrollar un “Programa ó Convenio” con documentación oficial en la que aparezca la figura del/la agente de ayuda mutua. Tender a disponer de una estructura más organizada a la hora de plantear las sesiones. Valorar cierta compensación económica, quizás de forma simbólica, que al menos cubra los gastos de los/as agentes de Ayuda Mutua.
- Valorar la posibilidad de crear un Título oficial de agente de ayuda mutua, que permita un mayor reconocimiento y legitimación de labor del/la agente.

Información previa a los servicios para llevar a cabo el programa

- Disponer de una información más extensa sobre cómo implementar el proyecto en los servicios: marco conceptual, proceso de implantación, etc.
- Protocolizar el proyecto de cara a futuras experiencias. Disponer de un documento-guía con margen suficiente de flexibilidad para que cada servicio lo adapte conforme a sus posibilidades y circunstancias y la de los/as agentes de ayuda mutua que vayan a colaborar.
- Facilitar más información sobre algunos temas: selección de pacientes, información compartida con los/as agentes, indicadores de seguimiento, etc.

Información ofrecida al Agente de ayuda mutua sobre el/la paciente que va a acompañar

- Ofrecer información al agente sobre el/la paciente que va a acompañar, la mínima y estrictamente necesaria para establecer el primer encuentro: edad, sexo, situación socio-laboral. En este sentido, la ayuda debe surgir desde la espontaneidad entre los iguales, y es un espacio soberano en el que no debe existir intromisión alguna de los/as profesionales.

- No estar muy pendiente de qué se transmite en estos encuentros o si puede ser o no contradictorio con los planteamientos del equipo. Si la filosofía común del enfoque de estos encuentros entre agentes y pacientes está compartida, no tienen por qué existir dificultades o contradicciones, de que el/la agente vaya por un lado y nosotros por otro (Profesional).
- Considerar los pros y contras de ofrecer más o menos información del/la paciente al agente, y las repercusiones que ello pueda tener. Algunos/as profesionales no contemplan ningún riesgo en dejar que el encuentro sea lo más espontáneo posible, mientras que otros consideran que el/la agente debe mantener coherencia con los planteamientos del equipo.

Partimos de que la Ayuda Mutua es soberana. "Cuanto menos, mejor", la Ayuda Mutua tiene una frescura, una espontaneidad en la que no deberíamos intervenir (Profesional).

Al dar información se pierde espontaneidad. Y si hay algún problema, estamos nosotros también. Y si hay dificultades, forma parte del proyecto afrontar esas dificultades (Profesional).

- Valorar si es necesario ofrecer al agente alguna otra información más sensible sobre el/la paciente. Hay que determinar si existe alguna circunstancia que fuera necesario que el/la agente conociera de forma previa, de cara a afrontar su primera sesión con el/la paciente. Ofrecer información al agente sobre el/la paciente puede condicionar la espontaneidad de la relación que se establezca, pero también puede ayudar a favorecer que el planteamiento del equipo respecto a un determinado paciente se logre, siempre en el ámbito del proceso de recuperación del/la paciente, y no de los aspectos clínicos de su enfermedad.

Hay un cierto riesgo de que el/la agente se meta en cosillas delicadas: entra en esto, en esto no... (Profesional).

Un mínimo de información para decirle por qué nos parece que le puede ir bien trabajar ese Agente con un paciente. Y después de la primera entrevista, sentarse a ver cómo le ha ido y compartir algo de información, sin ser muy completa pero sí añadiendo (Profesional).

Confidencialidad de la información manejada

- Ofrecer garantías de confidencialidad de lo que el/la paciente trate con el/la agente. Quizás si la información que comparte con el/la agente luego es transmitida al equipo, el/la paciente dejaría de estar interesado en continuar con el/la agente.
- Orientar el seguimiento conjunto de las sesiones entre agentes y profesionales a valorar el beneficio que pueda tener para el/la paciente, o afrontar alguna dificultad que pueda surgir. En ningún caso se trata de que los/as agentes transmitan qué se trató en la sesión, y qué información maneja sobre el/la paciente.
- Concretar la concepción de la Ayuda mutua en el marco de los servicios de salud mental y del programa en Andalucía. No existe una única visión entre los/as agentes respecto al trabajo que pudiera realizarse con los/as profesionales:
 - Una primera postura defendería un trabajo estrecho y conjunto con los/as profesionales y los objetivos de las sesiones identificados.

El profesional es el que da el objetivo, te abre una puerta por donde actuar.

Todos a una con el paciente, el profesional te puede indicar (Agente).

- Habría una postura intermedia que defendería la colaboración entre agentes y profesionales, de forma flexible.

Debe haber una conexión entre el/la agente y el profesional (Agente).

La transferencia de información debe ser flexible, no encasillar tampoco con ella (Agente).

El agente puede también plantear al psicólogo temas a trabajar con el paciente, que haya una comunicación ascendente (Agente).

- Otra alternativa, mayoritariamente defendida por los/as agentes, es la de mantener una total independencia entre agentes y profesionales. La ayuda mutua no debería estar guiada, pues todo cambiaría en la relación entre agentes y pacientes receptores.

La Ayuda mutua no puede ser una extensión de la psicología o psiquiatra (Agente).

Los/as agentes no podemos ser "títeres" de los/as profesionales (Agente).

El agente tiene su propio aporte y son complementarios (Agente).

Hay que sondear a la persona cuando la tienes delante y centrarla en la vida cotidiana (Agente).

No podemos confundir la ayuda mutua con el sistema (Agente).

Formación de los/as agentes de Ayuda Mutua

- Ofrecer herramientas en la formación de los/as agentes, para que el/la agente se "contenga" para no decir lo que tiene que hacer al paciente. Hay que insistir en la formación sobre la importancia de transmitir al paciente que todo en la vida no es la enfermedad, por muy grave que esté.

No hay que decirle a la gente lo que tiene que hacer con su vida, tampoco desde el equipo deberíamos hacerlo, aunque alguno lo haga (Profesional).

- Hacer énfasis durante el período de formación en cómo mantener la distancia, saber desconectar, no dejarse llevar. Cómo proceder para que no se “vaya de las manos” el tema de la sesión, potenciando las habilidades de comunicación básicas que se han adquirido, como la empatía y la escucha activa.
- En la formación poner mucho más énfasis y contenidos sobre la Recuperación social, poner en valor la propia experiencia y fomentar el desarrollo de capacidades y empoderamiento en uno mismo y en los pacientes receptores.
- Tratar la relación entre los/as agentes y los/as profesionales de los servicios y la importancia de defender el rol del/la agente de una forma clara. Enfatizar a todos los niveles de que no se trata de un “acto médico”.

Es necesario trabajar las expectativas que tienen los/as profesionales, que sepan en qué consiste, cuál es el rol del agente. Definición clara de nuestro perfil (Agente).

Técnicas para que el/la agente pueda vencer el miedo de los/as profesionales respecto al papel del agente (Agente).

- Facilitar que los propios profesionales pudieran aportar a la formación contenidos sobre patologías, síntomas, origen de la enfermedad, para comprenderlos, no para tratarlos (eso lo haría el profesional).
- Fomentar una formación continuada, cursos de actualización y eventos nacionales e internacionales entre figuras similares a los/as agentes en otros países.
- En la formación trabajar con los/as agentes el inicio, la primera sesión, que es un momento clave y, en el caso de que la primera sesión no vaya bien o al paciente no le interese continuar, que no venza el desánimo. Los inicios, como en cualquier otra actividad, generan inseguridad y es el entrenamiento en el acompañamiento el que permite tener soltura y seguridad.

El momento clave es el inicio: cuando un Agente de Ayuda Mutua se sienta con un compañero, y el momento inicial hasta que coja soltura, y que cuando haya compañeros expertos que asuman el protagonismo, se apoyen entre ellos. Antes, los/as profesionales tienen que hacerlo (Profesional).

Llegaron con mucho miedo, hasta que ven que los pacientes no son tan "potentes" como pensaban (Profesional).

- Durante la formación hacer especial énfasis en todos los temas relacionados con la confidencialidad de la información manejada. Debatir casos concretos que permitan adquirir seguridad de cara a la información que se puede compartir con los y las profesionales (por ejemplo la percepción de utilidad o no de las sesiones) y la que no.

Papel del movimiento asociativo

- Potenciar que el proyecto se vaya fortaleciendo con la colaboración del movimiento asociativo de usuarios/as. La presencia de asociaciones locales, permite que los/as agentes participantes provengan de ellas, lo que revierte positivamente en el desarrollo del proyecto y permite una mayor flexibilidad organizativa. A su vez favorece que pacientes receptores se beneficien de las actividades de las asociaciones, fortaleciendo a éstas.
- Facilitar un acuerdo entre el movimiento asociativo y el programa de salud mental, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, para garantizar la existencia de un grupo estable, tanto en la coordinación y formación previa de agentes como en la sensibilización y orientación de los servicios que vayan a participar.

Papel del/la agente y desarrollo de las sesiones

- Contemplar el papel del/la agente de ayuda mutua como un complemento a lo que se puede ofrecer en un servicio por los/as profesionales que lo componen.

Posee una experiencia que no la tienen los/as profesionales y esa experiencia puede ser útil a otras personas.

Es la parte más útil que podemos sacar los/as profesionales y el propio servicio. Porque no somos personas que hayamos tenido un TMG y no podemos hablar de eso, que sólo puede contar alguien que ha pasado por eso. Para eso nos sirve. Contamos con una cosa que nadie de nosotros puede ofrecer (Profesional).

- Facilitar el papel del/la agente cómo un modelo para otros pacientes. Es una persona que tiene un recorrido que ha superado varias fases de su enfermedad, que está en un buen momento, y que puede ofrecer un mensaje de esperanza a los que no están en ese momento.

La esencia es que el/la agente es un espejo, está en un buen momento y es la guía: he pasado por aquí, estoy recuperando mi vida y tú también puedes, ¿por qué no? (Profesional).

- Valorar el papel del/la agente con un determinado paciente, si se está estableciendo una relación positiva o no. Si al paciente receptor/a no le está beneficiando la relación, todas las partes (agente, paciente receptor/a y profesional) deben tener claro que es el/la paciente receptor/a quién decidirá si desea o no continuar esa relación.

Si la relación es positiva, aunque el/la agente meta la pata, como la mete el profesional, no va a tener un efecto malo aunque meta la pata. Y si la relación que se consigue no es positiva, da igual que meta la pata o no, entonces la relación no le estará beneficiando (Profesional).

Aspectos Organizativos

- Facilitar un espacio o despacho en el servicio para el desarrollo de las sesiones, con intimidad, con reserva horaria fijada, y si es posible con una mesa circular más apropiada para las sesiones.

No me parece justo hacer esperar al paciente una hora y media (Agente).

Es necesario tener un espacio formal para que sea fructífero y para mí no lo era cuando la sesión se hacía fuera de las instalaciones (Agente).

- Acordar una reunión periódica cada semana o dos semanas como máximo entre agentes y profesionales de cara a planificar las sesiones y poder comentar situaciones difíciles para ellos que les permita desahogarse emocionalmente.

También por apoyo mutuo, para no estar perdido, la reunión de coordinación es necesaria para que el/la agente también pueda desconectar y recibir apoyo (Agente).

- Dejar abierta la organización del proyecto a cada dispositivo, que haya autonomía para organizarlo según las propias características.
- Facilitar que haya un responsable dentro de la Unidad de Gestión Clínica, que sea un referente permanente para todas las partes.
- Proporcionar mayor información a los/as profesionales de referencia sobre cómo “cuidar” de los/as agentes durante el programa de ayuda mutua.
- Crear algún tipo de “apoyo técnico” para los/as agentes de ayuda mutua, y que no tenga que recaer sobre la persona responsable en los servicios. Por ejemplo, que las personas que son formadoras en los cursos de ayuda mutua también estén disponibles para resolver dudas y orientar durante el tiempo de las prácticas, en especial al inicio del programa.
- Contar con la disponibilidad de varios agentes en los servicios en las que se preste ayuda mutua, al objeto de que si falla alguno no se detiene el desarrollo de sesiones.

- Fomentar el conocimiento previo de los/as agentes para realizar una asignación lo más acorde posible entre pacientes y agentes.
- Cuidar que entre los/as agentes pueda surgir algún tipo de competitividad por el número de sesiones que realiza cada uno, o el número de veces que los pacientes repiten con el mismo agente.

La ayuda mutua es válida en todo tipo de dispositivos

- Extender la oferta de la ayuda mutua a todo tipo de dispositivos, de cualquier nivel, incluidos comunidades terapéuticas y unidades de hospitalización.

Sería válido para todo tipo, por ejemplo, en Comunidad Terapéutica o Agudos iría bien. En CT empezamos a hacerlo con voluntarios no pacientes. Creo que aliviaría poder contar con una herramienta, con pacientes muy aislados, con mucha soledad (Profesional).

- En las unidades de hospitalización, habría que valorar la viabilidad o no según la situación de crisis de la enfermedad de la persona receptora. Sería necesario contar con agentes muy seguros y bien entrenados. Además sería oportuno dar continuidad a la relación de ayuda (por ejemplo en las USMC) puesto que los/as pacientes permanecen muy poco tiempo en las unidades de hospitalización.

Se podrían hacer visitas, acompañamiento, lo veo difícil, pero súper positivo, ya que hay mucha necesidad, sobre todo de trato humano (Agente).

Podrían recibir la ayuda mutua, con el matiz de que es necesario haber pasado por la experiencia y haberlo elaborado, para que el paciente esté en condiciones de recibir la ayuda (Agente).

- La menor presencia de pacientes en las USMC puede dificultar el desarrollo de servicios de ayuda mutua, respecto a otros dispositivos. No obstante, considerando que es el primer contacto con los servicios de salud mental, es el

dispositivo en el que, probablemente, sea más necesaria, adaptándola a las características del mismo. Las USMC son el primer contacto con los servicios de salud mental, al que llegan personas con poca información y bastante incertidumbre sobre el futuro, y en este sentido la ayuda mutua puede desempeñar un papel muy positivo.

Habría que darle el enfoque de cada dispositivo, según las características. En la CT es plausible. Pienso que habría más problemas en las USMC que en otras partes (Profesional).

En el Hospital de Día yo lo veo más fácil, por la accesibilidad.

En Agudos y CT lo veo más difícil (Profesional)

- Valorar la incorporación de la ayuda mutua en los Programas de Detección Precoz. Puede ser muy útil en el primer episodio.

Agentes de Ayuda Mutua pertenecientes o no al dispositivo

- Valorar en determinados dispositivos que el/la agente y el/la paciente no se conozcan entre sí, como es el caso de los Hospitales de Día, Unidades de Rehabilitación de Salud mental o Comunidades Terapéuticas, en las que los pacientes tienen bastante contacto entre sí, y puede desvirtuar un poco el sentido del proyecto.
- Favorecer que los/as profesionales referentes conozcan a los/as agentes, ya que en cierto modo, les da seguridad respecto al papel que van a desempeñar.

Sí tiene importancia. Intentábamos que paciente y agente no tuvieran relación (Profesional).

Si son pacientes que conocen, da alguna tranquilidad a los/as profesionales. Da tranquilidad conocer a los/as agentes, pero no creo que me pusiera de uñas si no los conociera (Profesional).

Al principio se hacen cosas desde el miedo, y puedo aceptar que me dé miedo a priori. También habría que pensar en los/as agentes, como en mi equipo no había ningún agente "mío" no lo teníamos en cuenta (Profesional).

- Valorar las ventajas e inconvenientes de que el/la agente sea conocido en el servicio o por el profesional de referencia, ya que puede condicionar la derivación de paciente.

El psiquiatra mío no derivó mu un solo paciente", si el profesional sí tiene un buen concepto de ti, si te va a facilitar, pero si no condiciona (Agente).

3. Conclusiones

El ejercicio de la ayuda mutua entre personas con problemas de salud mental, desarrollado en el marco de los servicios de salud mental, supone para las personas que han actuado como Agentes de Ayuda Mutua la **puesta en práctica de habilidades que pueden ser consideradas como terapéuticas**, puesto que mejoran la autoestima, el sentimiento de autoeficacia y de pertenencia a un grupo. El ejercicio de un **rol socialmente valioso** aporta sentido a la vida de la persona que actúa como Agente, y **mejora la propia consideración de las personas**, invirtiendo los procesos de auto-estigmatización que son claves en la recuperación.

Además, el que se desarrolle en los propios servicios de Salud Mental, influye en la **perspectiva de los/as pacientes receptores, que además de considerar útil y satisfactorio el contacto con iguales de manera formalizada**, reciben el mensaje experiencial de pacientes que están actuando como referentes y llevan a cabo actividades de utilidad y significación social, fomentando **la importancia de la red de apoyo social entre iguales**.

El **entrenamiento para el ejercicio de la ayuda mutua es un valor en sí mismo para las personas con enfermedad mental**, independiente de su actuación formal como agentes de ayuda mutua en cualquier ámbito. Los contenidos están orientados a fomentar el proceso de recuperación social de las personas con enfermedad mental y a potenciar las habilidades de comunicación y de superación de barreras a nivel personal y comunitario. Con el aprendizaje de técnicas de manejo del estrés, solución de problemas y toma de decisiones, con el fomento de las relaciones personales o la puesta en marcha de un plan de recuperación personal, **antes de ayudar a otras personas, uno/a aprende a ayudarse a sí mismo/a**.

A modo de conclusión se apuntan los siguientes aspectos:

- El **entrenamiento previo** en habilidades de comunicación y superación de barreras es fundamental para llevar a cabo sesiones formales de ayuda

mutua. La **simulación de casos o role-playing** debe ser una parte esencial del periodo formativo para el ejercicio de la ayuda mutua.

- **La asignación de pacientes receptores** en las dos o tres primeras sesiones de las prácticas es clave para reforzar la confianza de los/as agentes, tanto de sus aptitudes como agentes de ayuda mutua como de la utilidad del proyecto.
- **La mayor o menor implicación del equipo** de profesionales de las distintas experiencias **influye de manera determinante en los resultados** de las mismas.
- **El diálogo entre los/as profesionales de referencia del proyecto y los/as profesionales** del equipo que asignan pacientes receptores para las sesiones es importante para conocer las características de cada paciente y evitar que se den situaciones que puedan perjudicarlo.
- **Los/as profesionales de referencia del proyecto** han de estar en **permanente contacto con los/as agentes** y recibir información y/o formación sobre cómo cuidar y detectar problemas en los/as agentes de ayuda mutua.
- El desarrollo de un proyecto de ayuda mutua que ponga en contacto a personas con enfermedad mental de una misma comunidad, bien con el rol de agente como con el de paciente receptor, puede favorecer **nexos de unión y espacios de encuentro entre personas usuarias que fructifiquen en la creación de una asociación**. Es un aspecto que los/as profesionales de referencia pueden tener en cuenta y potenciar en la medida de sus posibilidades.
- Los/as profesionales han de tomar en consideración no sólo las **cualidades y aptitudes de los/as agentes**. También son relevantes a la hora de gestionar el programa las **circunstancias personales** de cada agente, que pueden impedir una implicación en el proyecto o su abandono. Hay que tener presente que eso puede ocurrir, y no es un hecho dramático sino habitual en las experiencias realizadas hasta la fecha. Incluso es un aspecto a trabajar en el entrenamiento con agentes, cómo afrontar esas situaciones.

- Es importante **cuidar el posible desgaste emocional de los/as agentes**, en primer lugar, potenciando el aprendizaje de estrategias emocionales durante la formación, y en segundo lugar, mediante la implicación activa de los/as profesionales de referencia durante el desarrollo de las sesiones de ayuda mutua.
- Entre las propuestas de futuro más interesantes aportadas, tanto por profesionales como por agentes, destacan la **creación de programas de voluntariado, para ofertar desde los servicios, que cuente con un protocolo específico de desarrollo**, con apoyo del próximo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, que contemple la continuidad y formalidad de la ayuda mutua en los servicios de salud mental.
- El aumento del **reconocimiento al tiempo dedicado por los/as profesionales al programa, reflejado en los objetivos y/o en la cartera de servicios**, podría permitir una mayor implicación y organización del programa, contando a su vez con un referente permanente, como responsable dentro de la Unidad de Gestión Clínica, que controle el programa.

4. Anexos

Anexo 1. Programa del curso de entrenamiento Recuperación e inclusión social.
Programa de entrenamiento en ayuda mutua.

Anexo 2. Cuestionario de evaluación del curso de entrenamiento

Anexo 3. Fichas de registro de actividad.

Anexo 4. Guión para el desarrollo de las sesiones de evaluación.

Anexo 5. Información sobre sesiones de ayuda mutua.

Anexo 1. Programa del curso de entrenamiento Recuperación e inclusión social. Programa de entrenamiento en ayuda mutua, impartido en Almería

**CURSO
RECUPERACIÓN E INCLUSIÓN
SOCIAL. PROGRAMA DE
ENTRENAMIENTO EN AYUDA
MUTUA**

**ALMERÍA,
14, 15, 16, 17, 21, 22, 28 Y 29
DE JUNIO DE 2010**

El curso “Recuperación e inclusión social. Programa de entrenamiento en Ayuda Mutua”, celebrado en Almería del 14 al 29 de junio de 2010, ha sido financiado mediante Fondos para la Cohesión Interterritorial de Ministerio de Sanidad y Política Social como apoyo a la implementación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Objetivos

1. Identificar en qué consiste el proceso de recuperación y cuáles son los factores que intervienen en él.
2. Potenciar las habilidades de comunicación con los usuarios.
3. Desarrollar habilidades de comunicación asertiva.
4. Aprender a manejar habilidades para facilitar la comunicación.
5. Diferenciar un lenguaje de recuperación vs de no recuperación.
6. Aprender a utilizar técnicas y habilidades de control del estrés, solución de problemas y toma de decisiones.
7. Favorecer las relaciones con otras personas y establecer técnicas de comunicación y de ayuda mutua en el proceso terapéutico de un usuario.
8. Aprender a desarrollar un plan de recuperación personal.
9. Potenciar las habilidades para la modificación de pensamientos distorsionados en amigos y familiares.
10. Ayudar a amigos y familiares a revisar su propio lenguaje.
11. Aprender a desarrollar un plan de actuación antes, durante y después de una crisis.
12. Desarrollar habilidades para superar barreras a nivel comunitario.

Metodología

- Breves introducciones teóricas con soporte audiovisual.
- Debates en gran grupo.
- Trabajo en pequeños grupos.
- Talleres en entrenamiento mediante juego de roles.
- Síntesis integrativas.

Dirigido a

Personal del movimiento asociativo en Problemas de Salud Mental.

Horas Lectivas

40 Horas (32 presenciales y 8 no presenciales (Trabajo a realizar)

Lugar de Celebración

Centro Periférico de Especialidades Bola Azul
Ctra. Ronda, 226
04009 Almería

Docentes Participantes

Bibiana Navarro Matillas

Doctora en Psicología.
Profesora asociada
Escuela Andaluza de Salud Pública

Profesional de referencia Docente

Águila Bono del Trigo

Profesora.
Escuela Andaluza de salud Pública

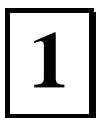
Pablo García Cubillana

Técnico
Programa de Salud Mental
Servicio Andaluz de Salud

Secretaría

Juan Antonio Castillo Guijarro

Escuela Andaluza de salud Pública



Lunes, 14 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16'30	Presentación del curso y de los participantes. Expectativas de los asistentes.
16'45	Contextualización del proyecto.
17'00	Conceptos Clave: -Rol de ayuda mutua. -El valor de la propia experiencia. -Recuperación.
17'30	Ejercicio: Mi propia experiencia de recuperación.
18'00	Descanso
18'30	Concepto de Pérdida asociado a los Problemas de Salud Mental. Afrontamiento del Diagnóstico.
19'00	Ejercicio: Reconstruyendo mi vida
20'30	Fin de la jornada

2

Martes, 15 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16'30	Habilidades de comunicación. Nivel verbal (la "letra") y nivel no verbal ("la música").
17'00	Conceptos Clave: preguntar, escuchar activamente, empatizar, resumir, reforzar y retroalimentar. Comunicación honesta frente a comunicación teatral.
17'30	Elementos facilitadores y dificultadores de la comunicación
18'00	Descanso
18'30	Ejercicio: Facilitando la comunicación
19'00	Importancia del lenguaje: lenguaje de recuperación vs de no recuperación
19'30	Ejercicio: Cambio de "mensajes TÚ" por "mensajes YO"
20'30	Fin de la jornada

3

Miércoles, 16 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16´30	Afrontamiento de situaciones difíciles. Habilidades emocionales: - Identificación de las escenas “temidas”. -Identificación de las alteraciones emocionales asociadas a dichas escenas “temidas”. -Cómo funcionan las emociones.
17´30	Estrategias de intervención en el ámbito de las emociones.
18´00	Descanso
18´30	Ejercicios: Trabajo en grupo: a) Estrategias cognitivas: “Volver a pensar” b) Estrategias corporales: Relajación c) Toma de decisiones: Técnicas de solución de problemas
20´30	Fin de la jornada



Jueves, 17 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16'30	Ingreso en un servicio de salud mental
17'00	Ejercicio: Cómo fue mi ingreso en un servicio de salud mental. Entrevista en parejas. Revisión del lenguaje.
18'00	Descanso
18'30	Ejercicio: Vías de comunicación con los/as profesionales de un servicio de salud mental. Posición del rol de ayuda mutua en el servicio.
20'30	Fin de la jornada

5

Lunes, 21 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16´30	Factores que inciden en la recuperación y promueven la inclusión: Esperanza, Control y Oportunidad.
17´00	Ejercicio: Creación de un entorno de recuperación en el ingreso y la hospitalización
18´00	Descanso
18´30	Plan de recuperación personal
19´30	Ejercicio: Desarrollo de un plan para estar bien. Exploración de actividades con valor para la propia persona.
20´30	Fin de la jornada



Martes, 22 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16'30	La importancia de los amigos y la familia
17'00	Ejercicio: Vías de apoyo para la familia y los amigos
17'30	Ejercicio: Modificación de pensamientos distorsionados en amigos y familiares: Trabajando desde su "estoy fatal"
18'00	Descanso
18'30	Continuación del ejercicio
19'30	Ejercicio: Revisión del lenguaje de recuperación vs. de no recuperación en amigos y familiares.
20'30	Fin de la jornada



Lunes, 28 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16´30	Afrontamiento de una crisis.
17´00	Ejercicio: Plan de actuación antes, durante y después de una crisis (Detección de síntomas, personas de referencia, delegación temporal en la toma de decisiones, etc.).
18´00	Descanso
18´30	Ejercicio: Vías de ayuda para un igual.
20´30	Fin de la jornada



Martes, 29 de junio de 2010

Docentes

Bibiana Navarro Matillas

Distribución Horaria y Contenidos

16'30	Aumento de la capacidad de la Comunidad para incluir a personas con Problemas de Salud Mental
17'00	Ejercicio: Evaluación de los pros y los contras de revelar la enfermedad
18'00	Descanso
18'30	Ejercicio: Vías de ayuda para superar barreras a nivel comunitario.
20'00	Conclusiones finales. Evaluación del curso.
20'30	Fin del curso

Anexo 2. Cuestionario de evaluación del curso de entrenamiento.

1. ¿Te ha parecido **INTERESANTE** el CURSO?

Nada interesante				Muy interesante		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

2. ¿Te ha parecido **FÁCIL** seguir las explicaciones?

Muy difícil				Muy fácil		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

Valora el **INTERÉS DE LOS TEMAS** básicos del curso:

	Mínimo interés				Máximo interés		
	1	2	3	4	5	6	7
3. Ayuda mutua	0	0	0	0	0	0	0
4. Proceso de recuperación	0	0	0	0	0	0	0
5. Habilidades de comunicación para ejercer la ayuda mutua	0	0	0	0	0	0	0

6. Valora la **UTILIDAD** de los ejercicios:

Poco útil				Muy útil		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

7. Valora el nivel de **APRENDIZAJE** que consideras que has conseguido:

Muy bajo				Muy alto		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

8. ¿Crees que el curso es **ÚTIL PARA LA ACTIVIDAD DE TU ASOCIACIÓN?**

Poco útil				Muy útil		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

9. ¿Crees que puede resultar **ÚTIL PARA OTRAS ASOCIACIONES?**

Poco útil				Muy útil		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

10. ¿Crees que estás ahora más **PREPARADO/A** para desarrollar actividades de ayuda mutua?

Poco preparado				Muy preparado		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

11. ¿Estarías **INTERESADO/A EN PARTICIPAR EN LA EXPERIENCIA DE PILOTAJE DE AYUDA MUTUA** en una Unidad de Salud Mental Comunitaria?

Poco interesado				Muy interesado		
1	2	3	4	5	6	7
0	0	0	0	0	0	0

Valora la **ORGANIZACIÓN DEL CURSO**:

	Deficiente				Excelente		
	1	2	3	4	5	6	7
12. Puntualidad de las actividades	0	0	0	0	0	0	0
13. Instalaciones donde se ha desarrollado el curso	0	0	0	0	0	0	0
14. Otras, indique cuáles: _____ _____	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

Valora a la **PROFESORA**:

	Deficiente				Excelente		
	1	2	3	4	5	6	7
15. Nivel de conocimientos de la profesora sobre la materia	0	0	0	0	0	0	0
16. Valoración de las exposiciones teóricas	0	0	0	0	0	0	0
17. Valoración de los ejercicios prácticos individuales y de	0	0	0	0	0	0	0
18. Adaptación de la profesora a las necesidades del grupo	0	0	0	0	0	0	0
19. Fomento de la participación del alumnado por parte de la	0	0	0	0	0	0	0
20. Calidad del trato dispensado al alumnado por parte de la	0	0	0	0	0	0	0

21. Señala **ASPECTOS DE LA PROFESORA QUE TE PAREZCAN DESTACABLES** (pueden ser **positivos** o **negativos**)

22. Señala **cualquier otro aspecto** que quieras destacar sobre el curso, **en sentido positivo o negativo** (por ejemplo algo que te ha parecido especialmente interesante, o aburrido, o sorprendente, si el curso te ha resultado corto o largo, etc.)

Por último, indica, por favor:

Hombre/Mujer:

Edad:

.

MUCHAS GRACIAS

FICHA DE FEEDBACK DE LA SESIÓN DE AYUDA MUTUA AL PROFESIONAL

A rellenar por el Profesional de Referencia del/la paciente

Profesional	
Centro	
Fecha	

Nº Paciente	
Diagnóstico	
Agente AM	
Fecha Sesión AM	

Valoración del/la profesional según el Feedback transmitido por el/la paciente sobre la Sesión de Ayuda Mutua

--

FICHA DE REGISTRO SESIONES DE AYUDA MUTUA

A rellenar por el responsable de la Experiencia en la USMC o HD

Responsable					USMC	
Nº Paciente	Profesional Referencia	Agente Ayuda Mutua	Fecha Sesión	Hora Sesión	Observaciones	

Anexo 4. Guión para el desarrollo de las sesiones de evaluación.

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES CON Los/as profesionales

1. Asignación de pacientes receptores

- Implicación del resto del equipo
- Criterios para la selección de pacientes (diagnósticos, estabilidad, aislamiento, etc.)
- ¿Mujeres?
- Comunicación al paciente receptor: ¿cómo?
- Rechazo a participar

2. Relación con los/as agentes de Ayuda Mutua y opinión general

- Profesional de referencia para las sesiones
- Ofrecer información previa sobre pacientes receptores
- Impresión general. Percepciones sobre capacidades diferenciada
- Desgaste emocional de Agentes

3. Clarificación de roles de Agentes y Profesionales

4. Temas tratados en las sesiones y temas y situaciones difíciles

- ¿Temas que desconocían cómo abordar? ¿paciente quería hablar sobre aspectos muy clínicos de la enfermedad?
- ¿Inseguridad que habían sentido al no saber cómo tratar el tema?

6. Percepciones sobre los pacientes receptores

- ¿Cómo se han sentido los pacientes?
- ¿Qué aspectos consideras que influyen en que se sintieran mejor o peor (diagnóstico, carácter, fase de la enfermedad, etc.)?

7. Aspectos prácticos

- Coincidencias de citas AM con otras citas del/la paciente

- Disponibilidad de espacio para el desarrollo de las sesiones

8. Valoraciones generales

- Profesional de referencia del proyecto: Información previa recibida, seguimiento, resolución de problemas, etc.

9. Aspectos de Mejora concretos para próximas experiencias

10. Continuidad

EVALUACIÓN DE LAS SESIONES CON LOS/AS AGENTES DE AYUDA MUTUA GUIÓN DE TEMAS

Valoración sesiones

1. Percepciones generales: papel de agente

- En general ¿Cómo habéis sentido? ¿Os habéis sentido cómodos desempeñando el papel como AAM?
- ¿Cómo fueron las primeras sesiones que tuvisteis?
- ¿Aplicación de conocimientos adquiridos en el curso?

2. Percepciones sobre los pacientes receptores

- ¿Cómo se han sentido los pacientes?
- ¿Qué aspectos consideras que influyen en que se sintieran mejor o peor (diagnóstico, carácter, fase de la enfermedad, etc.)?

3. Desarrollo de las sesiones

- ¿Qué temas se han abordado? ¿Proponías vosotros los temas o los sacaban ellos?
- ¿Habéis notado que habéis ido cambiando la forma de llevarlas a medida que habéis ido desarrollando más sesiones?
- ¿Habéis encontrado algún tema o momento difícil durante alguna sesión?

4. Segundas sesiones

- Valoración global de las segundas visitas
- Nuevas citas ¿Cuándo os decidíais a ofrecer una nueva sesión?
- Si no les interesaba, ¿por qué crees que no le interesaba?

5. Desgaste, apoyo de los/as profesionales

- ¿Desgaste emocional debido a la implicación, y responsabilidad en nuevo contacto?
- ¿Habéis necesitado apoyo de los/as profesionales en algún momento?

6. Relación con los/as profesionales que han participado en el proyecto

- Profesional de referencia, Asignación de Pacientes a Agentes
- Disponibilidad de espacio, intimidad, respeto...
- ¿Problemas?
- Feedback de las sesiones

7. Aspectos de mejora

- ¿Qué creéis que puede mejorar para futuras experiencias?

Anexo 5. Información sobre sesiones de ayuda mutua.

Proyecto *Recuperación e Inclusión Social de las Personas con Enfermedad Mental*. 2010-2011

INFORMACIÓN SOBRE SESIONES DE AYUDA MUTUA

IDENTIFICACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS PARTICIPANTES

Provincia			
Profesional de referencia			
Inicio		Fin	

Número de Sesiones de Ayuda Mutua

Procedencia Pacientes receptores	Hospital de Día	USMC	Total
Concertadas			
Realizadas			
No realizadas			
Primeras sesiones			
Segundas sesiones			
Sesiones posteriores			

Sesiones según Agentes de ayuda mutua

Procedencia Pacientes receptores	Hospital de Día	USMC	Total
Nº Sesiones Agente 1 Nombre:			
Nº Sesiones Agente 2 Nombre:			
Nº Sesiones Agente 3 Nombre:			
Nº Sesiones Agente 4 Nombre:			

Nº de Pacientes Receptores

Procedencia Pacientes receptores	Hospital de Día	USMC	Total
Nº pacientes total			
Nº Hombres			
Nº Mujeres			

Diagnósticos Pacientes Receptores

Procedencia Pacientes receptores	Hospital de Día	USMC	Total
Trastornos Psicóticos			
Depresión			
Trastorno de la personalidad			
Otros:			

Informe elaborado por

Escuela Andaluza de Salud Pública
Diciembre 2012

Águila Bono del Trigo
Profesora

Bibiana Navarro Martillas
(Profesora colaboradora)

Ángel Mena Jiménez
Técnico



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD