REIPE Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación

eISSN: 2386-7418

UDC / UMinho

2026, Vol. 13, No. 2.

DOI: https://doi.org/10.17979/reipe.2026.13.2.13358

Consenso de personas expertas sobre formación en apoyo entre iguales en salud mental en España

Expert consensus on peer support training in mental health in Spain

Francisco José Eiroa-Orosa [1, 2] https://orcid.org/0000-0002-4163-6545

Júlia Fernandez-Vives [1] https://orcid.org/0009-0002-4038-9826

Ramona Hiltensperger [3] https://orcid.org/0000-0003-2544-4188

Diana González-Mañas [1] https://orcid.org/0009-0001-7435-1722

[1] Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología; Facultad de Psicología; Instituto de Neurociencias; Universitat de Barcelona: https://web.ub.edu/es/web/departament-psicologia-clinica-psicobiologia
Barcelona, Cataluña – España

[2] Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona, Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona (VEUS): https://www.ub.edu/gr1p
Barcelona, Cataluña – España

[3] Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universitäd Ulm: https://www.uni-ulm.de/med/epidemiologie-biometrie
Ulm, Baden-Wurtemberg – Deutschland

Correspondencia relativa a este artículo: Francisco José Eiroa-Orosa – feiroa@ub.edu

Resumen

El apoyo entre iguales ocupa un papel cada vez más relevante en salud mental, pero persiste una gran diversidad en los programas de formación de quienes desempeñan este rol. El objetivo de este estudio fue identificar elementos formativos y competencias considerados relevantes para contribuir a la definición de un perfil formativo común para agentes de apoyo entre iguales en España. Se realizó una consulta a personas expertas en dos rondas. En la primera ronda se valoró la importancia de 15 elementos formativos y la capacidad de aprendizaje de 12 competencias básicas. En la segunda se clasificaron elementos como formación básica o avanzada y se reevaluaron las competencias que habían generado más dudas. Participaron 24 personas expertas en la primera ronda y 18 en la segunda, de las cuales 12 completaron ambas. La variación en la composición del panel impidió considerar el estudio como un Delphi. Se identificaron cuatro elementos con consenso fuerte como contenidos esenciales de la formación: recuperación, apoyo entre iguales y uso de la experiencia, comunicación y estigma. Además, cuatro nuevos elementos obtuvieron consenso moderado, próximo al umbral, como formación básica: determinantes sociales de la salud, expresión oral, autorreflexión y autoconciencia y herramientas para establecer límites profesionales. Las competencias se consideraron susceptibles de aprendizaje mediante formación en la primera ronda. Los resultados aportan una base preliminar para el diseño de perfiles formativos más homogéneos y señalan la necesidad de estudios de validación y evaluación en contextos reales.

Palabras clave: salud mental; apoyo entre iguales; capacitación profesional; educación basada en competencias; opinión de expertos/as

Abstract

Peer support is increasingly recognised within mental health services, yet substantial variation remains in the training provided to peer support workers. This study aimed to identify training elements and competencies considered important for informing the development of a common training profile for peer support workers in Spain. A two-round expert consultation was conducted. In the first round, participants rated the importance of 15 training elements and the learnability of 12 core competencies. In the second round, participants classified training elements as basic or advanced and reassessed the competencies that had generated the greatest uncertainty. Twenty-four experts participated in the first round and 18 in the second, with 12 completing both rounds. Because panel membership changed across rounds, the study did not meet the requirements of a Delphi process. Four elements achieved strong consensus as essential training content: recovery, peer support and lived experience, communication, and stigma. In addition, four new elements achieved moderate consensus, close to the threshold, as basic training components: social determinants of health, oral communication, self-reflection and self-awareness, and boundary-setting skills. Competencies were considered learnable through training in the first round. These findings provide a preliminary basis for the development of more consistent training profiles and highlight the need for further validation and evaluation in real-world settings.

Keywords: mental health; peer support; professional training; competency based education; expert opinion

Introducción

El apoyo entre iguales en salud mental se define como un sistema de ayuda basado en la experiencia compartida, en el que personas con trayectorias similares brindan acompañamiento a otras actuando como modelos a seguir para empoderarlas (Jacobson et al., 2012; Mead et al., 2001). Estos servicios se consideran complementarios a los existentes (Fortuna et al., 2022) y los metaanálisis más recientes sustentan su eficacia, tanto en sintomatología como en recuperación personal (Smit et al., 2023). Al disminuir hospitalizaciones y readmisiones, su implementación se considera coste-efectiva (Cooper et al., 2024) y ha sido reconocida como servicio esencial a nivel global (Organización Mundial de la Salud, 2017). Además, contribuye a impulsar la transformación del sistema de salud mental hacia un modelo orientado a la recuperación (Davidson et al., 2012).

La expansión del apoyo entre iguales ha dado lugar a su incorporación en los sistemas de atención en salud mental a nivel internacional. Si bien el nivel de implementación varía mucho, en general los programas formativos dependen principalmente de organizaciones sin ánimo de lucro que también se hacen cargo de la contratación junto con entidades proveedoras de servicios sanitarios (Eiroa-Orosa y Sánchez-Moscona, 2023). En España, su implementación varía entre comunidades autónomas y es todavía incipiente. La formación presenta una notable variabilidad, condicionada por los contextos locales y los recursos, lo que dificulta identificar sus componentes comunes y evaluar sus resultados (Zabaleta González et al., 2021). Aunque existen marcos generales de competencias, sobre todo en países anglófonos, falta consenso sobre los componentes básicos del apoyo entre iguales y sobre cómo formar a quienes lo prestan, una cuestión especialmente relevante en Europa (Hiltensperger et al., 2026).

Más allá de estas dificultades formativas, la integración de las y los agentes de apoyo entre iguales en los sistemas sanitarios plantea retos organizativos y profesionales. La falta de claridad sobre su rol y reconocimiento profesional puede generar tensiones en el entorno laboral y dificultar su integración (Ibrahim et al., 2019). Asimismo, el tokenismo y las limitaciones sistémicas pueden comprometer la sostenibilidad de esta figura (Solomon, 2004; Stratford et al., 2019) y equilibrar la propia recuperación con las exigencias del trabajo puede afectar al bienestar emocional (Moran et al., 2013). Abordar estos desafíos requiere un compromiso de los sistemas de salud mental, formación continua y supervisión adaptadas a estas personas (Ibrahim et al., 2019). La institucionalización, aunque favorece el reconocimiento, también corre el riesgo de alejarlas de la esencia del apoyo entre iguales, basada en la experiencia vivida y en la relación horizontal (Adams, 2020), por lo que es necesario encontrar un equilibrio entre las exigencias institucionales y la flexibilidad de este apoyo.

El reto consiste, por tanto, en traducir la evidencia disponible y la diversidad de experiencias formativas en una base común que oriente la formación sin perder de vista las necesidades de las personas usuarias. Por ello, el objetivo principal de este estudio fue obtener el consenso de personas expertas como base preliminar para un perfil común de formación. De forma específica, se buscó (1) determinar el grado de consenso sobre la importancia de los elementos formativos; (2) identificar las competencias que convendría incluir en la formación y (3) establecer una base consensuada para el desarrollo de un perfil común.

Se tomó como referencia el método Delphi, un procedimiento sistemático que explora el grado de acuerdo entre personas expertas ante cuestiones complejas (Donohoe et al., 2012) mediante cuestionarios iterativos con retroalimentación entre rondas para favorecer la convergencia de opiniones (Keeney et al., 2011), y que se ha descrito como participativo (Kezar y Maxey, 2016). Este método resulta especialmente adecuado en contextos de conocimiento incompleto y consenso limitado, como es el caso en las intervenciones de salud mental (Jorm, 2015).

Método

Diseño

Se llevó a cabo una consulta a personas expertas de dos rondas. En la primera se evaluó la importancia de los elementos centrales de formación y la capacidad de aprendizaje de competencias básicas. En la segunda se evaluaron nuevos elementos según su inclusión en formación básica o avanzada y las competencias peor valoradas en la primera según la capacidad de aprendizaje percibida. El estudio se planteó inicialmente como una consulta Delphi, pero no fue posible cumplir los requisitos de este método, que exige mantener un panel estable de personas expertas a lo largo de las rondas, ya que, debido a la limitada disponibilidad de personas expertas en este ámbito, en la segunda ronda se incorporaron personas que no habían participado en la primera. Por ello se describe como una consulta a personas expertas inspirada en el método Delphi.

Participantes

Se realizó un muestreo intencional de personas expertas en formación en apoyo entre iguales en España. Se consideró experta a toda persona con conocimiento directo y aplicado sobre esta formación, por haberla impartido, coordinado, gestionado o investigado, o por haberla recibido y ejercer como agente de apoyo entre iguales, es decir, como persona con experiencia de sufrimiento psíquico que desempeña este rol de forma profesionalizada. La disponibilidad limitada de personas expertas no permitió establecer un número mínimo de años de experiencia ni fijar cuotas por perfil,

género o territorio, por lo que el muestreo se orientó a reunir perspectivas complementarias, más que a lograr representatividad.

Las personas candidatas se identificaron a partir de una lista de personas que participan en la implementación de proyectos de apoyo entre iguales profesionalizado en España. Se difundió un enlace a un formulario en línea en las redes sociales de entidades colaboradoras con estos proyectos, por lo que no es posible indicar la tasa de respuesta. En la primera ronda, 20 de las 24 personas participantes (83,3%) fueron invitadas por el Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona y, en la segunda, 13 de las 18 (72,2%); el resto llegó a través de asociaciones como ASIEM de Valencia (n = 4 en la segunda ronda). Todas las personas participantes otorgaron su consentimiento informado.

El panel de la primera ronda (n = 24) estuvo formado por 16 mujeres y 8 hombres, con edades entre 29 y 65 años (mediana = 47,5), ubicadas en 10 provincias de 8 comunidades autónomas (Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana y País Vasco). Doce personas se identificaron principalmente como agentes de apoyo entre iguales y once declararon funciones de formación, solas o combinadas con otras. La experiencia en apoyo entre iguales tuvo una mediana de 5,5 años (rango: seis meses–20 años) y 19 personas acumulaban dos o más años de trayectoria.

El panel de la segunda ronda (n = 18 de las cuales 12 habían participado también en la primera ronda) estuvo compuesto por 9 mujeres y 9 hombres, con predominio del grupo de 41 a 50 años (n = 12; 66,7%). Nueve personas (50%) se identificaron como agentes de apoyo entre iguales, tres (16,7%) como profesionales de la salud mental, una (5,6%) como investigador/a y cinco (27,8%) con otra categoría profesional. Catorce (77,8%) llevaban dos o más años implicadas en el apoyo entre iguales. El detalle de ambas rondas se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Características de las personas participantes en las dos rondas de consulta, Indicadas en frecuencias

Característica	Ronda 1 (*n* = 24)	Ronda 2 (*n* = 18)
Género		
Mujer	16	9
Hombre	8	9
No binario	0	0
Edad		
< 30 años	2	1
31 – 40 años	4	2
41 – 50 años	12	12
51 – 60 años	5	3
> 61 años	1	0

Característica	Ronda 1 (*n* = 24)	Ronda 2 (*n* = 18)
Categoría profesional actual		
Profesional de la salud mental	8	3
Investigador/a	2	1
Agente de apoyo entre iguales	12	9
Otra	2	5
Función en el apoyo entre iguales (respuesta múltiple en la ronda 1)		
Agente de apoyo entre iguales	9	9
Coordinador/a de apoyo entre iguales	5	1
Académico/a o Investigador/a	2	2
Formador/a o Educador/a	11	2
Gerente o Administrador/a	2	2
Responsable de formulación de políticas	0	1
Clínico/a	1	1
Otra	1	0
Años involucrados en el apoyo entre iguales		
< 2 años	5	4
2 – 5 años	7	8
6 – 10 años	10	5
11 – 20 años	2	0
> 20 años	0	1

Nota: En la primera ronda se podía indicar más de una función (31 respuestas de 24 personas), por lo que los recuentos de la variable Función son superiores al *n* de la ronda.

Se aceptó la incorporación de personas nuevas en la segunda ronda por la inestabilidad de los proyectos formativos y de implementación de apoyo entre iguales profesionalizado, que limita la disponibilidad de personas expertas. En algunos casos se recurrió a personas del entorno profesional de quienes habían participado en la primera ronda y no pudieron continuar por falta de disponibilidad, que facilitaron el contacto con posibles sustitutos. Estas personas recibieron información suficiente sobre el estudio antes de participar.

Instrumentos

La consulta se realizó mediante dos cuestionarios en línea (Microsoft Forms), uno por ronda, desarrollados en el marco del proyecto TuTo3-PAT, del que este estudio constituye la contribución española (Hiltensperger et al., 2026). Sus contenidos fueron comunes a los del resto de países del consorcio y se tradujeron al castellano por el equipo investigador. Ambos pueden consultarse en el sitio web del Grupo de Investigación en Salud Mental en Primera Persona, responsable del estudio.

Los 15 elementos de formación sometidos a valoración se derivaron de una revisión pragmática de manuales y materiales de formación de 64 programas: 49 de la base de datos del proyecto UPSIDES (Puschner et al., 2019), actualizada con 15 programas aportados por los socios del proyecto TuTo3-PAT (2025). Se excluyeron los programas sin manual, los que no se centraban en el apoyo entre iguales en salud mental y los de formación avanzada o de formadores. La información extraída se sintetizó

temáticamente para definir los elementos y sus descripciones, que figuran en el APÉNDICE. Las 12 competencias básicas proceden del marco de competencias del proyecto TuTo3-PAT, basado en marcos previos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015).

Los cuestionarios abordaron elementos básicos y avanzados de formación, competencias básicas y consideraciones adicionales sobre los programas. El de la primera ronda incluyó: (1) consentimiento informado, código de identificación anónimo y datos sociodemográficos; (2) la importancia de los 15 elementos, cada uno con su definición, en una escala de cuatro categorías (1 = «No debe incluirse» a 4 = «Es muy importante») más «No lo sé» (0), con un campo abierto de comentarios, y una pregunta sobre elementos ausentes; (3) la capacidad de aprendizaje de las 12 competencias básicas (dicotómica), por ejemplo, «Personalizar el apoyo entre iguales», y su cobertura por la lista de elementos; (4) nueve ítems sobre características de los programas; y (5) el cierre.

El de la segunda ronda incluyó la retroalimentación de la primera (gráfico con las valoraciones de los 15 elementos), la clasificación de 14 elementos (los tres peor valorados y 11 nuevos) como formación básica, formación avanzada o «No debería incluirse», la reevaluación de las cuatro competencias con mayor proporción de respuestas «No se puede aprender» y de características de los programas, y el cierre.

Aunque los cuestionarios se elaboraron específicamente para esta consulta, su administración en línea se enmarca en una tendencia creciente de evaluación de formas de apoyo entre iguales (Suárez et al., 2016). Su validez de contenido se apoya en que los elementos y las competencias proceden de una revisión de programas existentes y de un marco de competencias previo, y en su elaboración conjunta por un consorcio que incluía asociaciones de agentes de apoyo entre iguales. El pilotaje lo realizaron los propios autores, sin validación psicométrica formal.

Procedimiento

La primera ronda se realizó entre el 7 y el 15 de febrero de 2024 y la segunda entre el 3 de julio y el 6 de agosto de 2024. En ambas rondas, las personas participantes accedieron a un cuestionario en línea elaborado mediante la aplicación de formularios de Microsoft 365, cuyo enlace se distribuyó por invitación directa del equipo investigador o a través de las redes de las entidades colaboradoras. Al inicio de cada cuestionario se informó del objetivo del estudio y se solicitó el consentimiento informado, sin el cual no era posible continuar. La participación fue voluntaria y anónima. Cada persona generó un código de identificación y no se recogieron datos identificativos directos. Los datos se almacenaron en un servidor seguro de la Universidad de Barcelona, al que solo tuvieron acceso las personas autoras de este manuscrito, durante el tiempo estrictamente necesario para cumplir la

finalidad para la que fueron recabados. El estudio obtuvo la aprobación de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (CBUB; IRB: 00003099).

Entre las dos rondas se analizaron las respuestas de la primera ronda del conjunto del estudio europeo (*n* = 73; Hiltensperger et al., 2026) y se prepararon los materiales de la segunda. A partir de esos resultados se reevaluaron los tres elementos con valoraciones más bajas (psicoeducación y conocimiento, evaluación y formación en el lugar de trabajo), se elaboraron 11 elementos nuevos a partir de las respuestas abiertas, tras su categorización, y se reevaluaron las cuatro competencias con mayor proporción de respuestas «No se puede aprender».

Análisis de datos

Los datos se exportaron de la plataforma en línea y se analizaron con el programa Jamovi. Dado que los grupos no coinciden por completo y el reducido tamaño de las muestras (n = 24 y *n* = 18), no se realizaron contrastes de hipótesis. Se calcularon frecuencias absolutas (n) por categoría para las variables ordinales (importancia de los elementos), dicotómicas (capacidad de aprendizaje y cobertura de las competencias) y categóricas (clasificación de los elementos como formación básica, avanzada o no incluible). Los porcentajes citados en el texto se calcularon sobre el total de personas participantes de cada ronda, incluyendo las respuestas «No lo sé» y los ítems sin respuesta. Las variables sociodemográficas se utilizaron solo para describir el panel. Los ítems sobre sesiones, acreditación, evidencia científica y criterios de admisión no se analizan en este artículo; sus resultados agregados figuran en el estudio europeo (Hiltensperger et al., 2026).

Siguiendo a Charles et al. (2021) y Hiltensperger et al. (2026), se definió consenso fuerte cuando al menos el 80% de las personas participantes coincidieron en la misma categoría de respuesta y consenso moderado cuando coincidió al menos el 50%, pero menos del 80%; por debajo del 50% se consideró que no había consenso. En las escalas ordinales se consideró una única categoría, sin agregar categorías adyacentes (por ejemplo, «Es importante» y «Es muy importante»), de modo que el consenso mide la concentración de las respuestas y no el acuerdo general sobre la importancia.

Las respuestas de texto libre de la primera ronda (comentarios opcionales a cada uno de los 15 elementos, cumplimentados por entre 9 y 14 personas según el elemento, y la pregunta «¿Falta algún elemento importante en nuestra lista actual?», cumplimentada por 12) se analizaron mediante análisis de contenido inductivo para matizar las valoraciones y las definiciones. Las dos primeras personas autoras elaboraron las categorías en reuniones a partir de las respuestas de las primeras personas participantes y la segunda autora codificó el resto, con supervisión y validación del primer autor; los desacuerdos se resolvieron por consenso. Los elementos nuevos de la segunda ronda se derivaron de

las respuestas abiertas de la primera ronda del conjunto del estudio europeo (n = 73), a las que contribuyeron las de esta muestra.

En la segunda ronda se calculó, para cada uno de los 14 elementos reevaluados o nuevos, el número de personas que lo clasificaron como formación básica, formación avanzada o no incluible, con los mismos umbrales de consenso y la capacidad de aprendizaje de las cuatro competencias reevaluadas se analizó con las mismas reglas. Los resultados de ambas rondas se compararon de forma descriptiva.

Resultados

Primera ronda

La Tabla 2 muestra los resultados del grado de importancia de los elementos básicos de formación evaluados.

Tabla 2

Calificación de la importancia de los elementos de la primera ronda de consulta (n = 24)

Elementos	No debe incluirse *n*	No es importante *n*	Es importante *n*	Es muy importante *n*	No lo sé *n*
Recuperación	0	0	1	23	0
Inclusión y apoyo de la familia y la comunidad	0	2	8	14	0
Habilidades	0	1	9	14	0
Apoyo entre iguales y uso de la experiencia	0	0	0	24	0
Comunicación	0	0	3	21	0
Psicoeducación y conocimiento	1	4	11	5	3
Salud y bienestar	0	0	9	15	0
Planificación	0	2	13	9	0
Principios y valores	0	0	7	17	0
Defensa de derechos	0	2	6	16	0
Evaluación	0	2	9	9	4
Relación y roles	0	0	5	19	0
Entorno / configuración de grupo	0	0	12	10	2
Estigma	0	1	3	20	0
Formación en el lugar de trabajo	0	2	11	7	4

Los comentarios abiertos de la primera ronda presentaron la experiencia vivida, la recuperación, los principios y valores y el estigma como la base que define el rol. Las reservas se concentraron en la familia como fuente de apoyo (no siempre positiva, por lo que se prefería hablar de redes y comunidad), en la psicoeducación (percibida como jerárquica u orientada al diagnóstico), en la

evaluación (aceptable si es participativa) y en la facilitación de grupos (desde una posición no jerárquica). Entre los elementos ausentes se propusieron las prácticas reflexivas y de supervisión, los límites y riesgos del acompañamiento, la creatividad y la expresión corporal y vocal, los determinantes sociales y el género, y la relación entre autoestigma y autoestima.

El análisis de las respuestas de texto libre y las calificaciones permitió matizar las opiniones de los participantes y contribuyó al desarrollo de nuevos elementos para la segunda ronda de consulta. Los resultados de la calificación de la lista de competencias básicas y de la evaluación de la relación entre los elementos y las competencias se muestran en la Tabla 3. Seis de las 12 competencias alcanzaron consenso fuerte en cuanto a su cobertura por la lista de elementos (al menos 20 de 24 personas) y las otras seis, consenso moderado (entre 15 y 19 de 24).

Tabla 3

Calificación de la capacidad de aprendizaje de las competencias y evaluación de su relación con los elementos de la primera ronda de consulta (n = 24)

Competencias	Capacidad de aprendizaje		Inclusión en los elementos	
	Sí se puede aprender *n*	No se puede aprender *n*	Incluido en los contenidos *n*	No incluido en los contenidos *n*
Animar a los compañeros a participar activamente en las relaciones, la colaboración y el empoderamiento	23	1	15	9
Brindar apoyo	22	2	23	1
Compartir experiencias vividas de recuperación	22	2	24	0
Personalizar el apoyo entre iguales	22	2	19	5
Apoyar la planificación de la recuperación y de una manera no directiva	22	2	19	5
Crear conexión con recursos, servicios y soportes	24	0	19	5
Proporcionar información sobre habilidades relacionadas con la salud, el bienestar y la recuperación	24	0	23	1
Ayudar a los compañeros a gestionar las crisis	21	3	17	7
Comunicación basada en valores	22	2	23	1
Apoyar la colaboración y el trabajo en equipo	23	1	20	4
Promover el liderazgo y la defensa	24	0	21	3
Promover el desarrollo profesional propio	23	1	16	8

Segunda ronda

La Tabla 4 muestra la clasificación de los tres elementos peor valorados de la primera ronda y de 11 elementos nuevos. El elemento "Psicoeducación y conocimiento" obtuvo una peor valoración debido a que se consideró un elemento patologizante y orientado al diagnóstico. El elemento "Evaluación" también obtuvo una valoración baja debido a su potencial para comprometer la relación de paridad del apoyo entre iguales y por introducir una formalización y sistematización excesiva en la figura de apoyo. Finalmente, el elemento "Formación en el lugar de trabajo" obtuvo una peor valoración debido a la falta de comprensión respecto al concepto y al ítem en cuestión. De las respuestas a la pregunta de texto libre "¿Falta algún elemento importante en nuestra lista actual?" en la primera ronda del conjunto del estudio europeo se identificaron 11 nuevos elementos.

Tabla 4

Calificación de la inclusión en la formación de los elementos de la segunda ronda de consulta (n = 18)

Elementos	No debería incluirse *n*	Formación básica *n*	Formación avanzada *n*
Elementos anteriores			
Psicoeducación y conocimiento	3	11	4
Evaluación	1	11	6
Formación en el lugar de trabajo	2	5	11
Elementos nuevos			
Conocimiento sobre política	11	2	5
Conocimiento sobre cuestiones de género	2	11	5
Conocimiento sobre determinantes sociales de la salud	1	14	3
Conocimiento sobre desarrollo profesional	4	6	8
Conocimiento sobre la futura participación en la investigación	5	5	8
Habilidades de exposición ante un público	0	12	6
Habilidades de expresión corporal	1	13	4
Habilidades de expresión oral	0	14	4
Autorreflexión y autoconciencia	1	14	3
Consejos sobre la auto exposición de la experiencia propia	1	13	4
Herramientas para marcar límites con personas usuarias y separar el trabajo de la vida personal	0	14	4

Los resultados de la reevaluación de las competencias con una proporción relativamente alta de respuestas «No se puede aprender» en la primera ronda se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Comparación de las calificaciones según la capacidad de aprendizaje de las competencias de la primera ronda (n = 24) y la segunda ronda de consulta (n = 18)

Competencias	Valores, n			
	Ronda 1 (*n* =24)		Ronda 2 (*n* = 18)	
	Sí se puede aprender	No se puede aprender	Sí se puede aprender	No se puede aprender
Personalizar el apoyo entre iguales	22	2	13	5
Ayudar a los compañeros a gestionar crisis	21	3	16 †	1 †
Comunicación basada en valores	22	2	16	2
Apoyar la colaboración y el trabajo en quipo	23	1	16 †	1 †

Nota: Los grupos de ambas rondas no coinciden por completo, por lo que las diferencias entre rondas no pueden atribuirse a un cambio de opinión de las mismas personas.
† Una persona no respondió a este ítem (*n* = 17 respuestas válidas).

Discusión

Esta consulta ofrece una primera aproximación a los contenidos formativos para el ejercicio del apoyo entre iguales en España y a su priorización según la etapa de la formación. El panel alcanzó consenso fuerte en cuatro elementos (recuperación, apoyo entre iguales y uso de la experiencia, comunicación y estigma) y un consenso moderado, próximo al umbral, en «Relación y roles» (19 de 24 personas). Estos elementos encajan con los temas centrales de Charles et al. (2021) y con los componentes de mutualidad, experiencia compartida y rol centrado en la recuperación descritos por Burke et al. (2018). Que paneles y contextos distintos converjan sugiere un núcleo formativo reconocible, aunque el acuerdo se refiere a grandes áreas temáticas y no a sus contenidos concretos, su profundidad ni su forma de impartirlos. Cabe destacar la incorporación explícita del estigma, y en particular del autoestigma, como elemento esencial. Conviene leer el consenso con cautela. Doce de los quince elementos fueron valorados como importantes o muy importantes por al menos el 90% del panel, de modo que la escala discriminó poco. Además, el criterio de consenso, que exige concentrar al menos el 80% de las respuestas en una única categoría, clasificó como moderado algún elemento con amplio acuerdo sobre su importancia: «Principios y valores» fue considerado importante o muy importante por las 24 personas, pero solo 17 lo situaron en «Es muy importante». La lista procede de programas ya existentes y no se pidió priorizar, por lo que el estudio no indica qué contenidos deberían ceder si el tiempo de formación es limitado.

La distinción entre formación básica y avanzada es la aportación más novedosa, pero también la menos asentada. Solo se pidió para 14 elementos (los tres peor valorados y los 11 nuevos); para el

resto, su carácter básico se infiere de las valoraciones de importancia. Ningún elemento alcanzó consenso fuerte en esta clasificación y ninguno de los nuevos se situó mayoritariamente en formación avanzada. Esto admite dos posibles lecturas. El panel puede considerar básico lo que echaba en falta o, en un contexto con programas escasos y heterogéneos (Zabaleta González et al., 2021), la formación inicial puede ser prácticamente la única existente, de modo que relegar contenidos a una etapa posterior carezca de referente. La clasificación de «Formación en el lugar de trabajo» como avanzada (11 de 18) debe tomarse con prudencia, porque su baja valoración inicial se atribuyó a falta de comprensión del elemento. En conjunto nuestros resultados parecen indicar que la lista de elementos básicos y avanzados es un punto de partida razonable para un perfil común, pero no puede ser considerada una jerarquía contrastada.

Los resultados sobre «Psicoeducación y conocimiento» y «Evaluación» permiten examinar la tensión entre institucionalización e integridad del rol. La literatura advierte de que la incorporación formal de estas figuras puede diluir la mutualidad y la relación horizontal que las definen (Adams, 2020; Stratford et al., 2019). Los comentarios abiertos de la primera ronda, que describían ambos elementos como patologizantes, orientados al diagnóstico o formalizadores en exceso, son coherentes con esa preocupación, pero los datos no justifican hablar de rechazo ya que 16 y 18 de las 24 personas los valoraron como importantes o muy importantes y, en la segunda ronda, 11 de 18 situaron cada uno en formación básica. Otra lectura podría ser que el panel acepte estos contenidos si se imparten de un modo compatible con el rol. Varias explicaciones alternativas podrían dar cuenta de estos resultados. La definición de «Psicoeducación» incluía contenidos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, la proporción de profesionales de la salud mental disminuyó en la segunda ronda de 8 de 24 a 3 de 18 y la mitad del panel de la primera ronda estaba formada por agentes de apoyo entre iguales, posiblemente más críticos con el conocimiento clínico. No obstante, no se analizaron las diferencias según el perfil profesional. Estos resultados sirven, por tanto, para formular una hipótesis de diseño y no para concluir que una formación común diluya o preserve el rol.

El mismo equilibrio se aplica a la identificación de componentes comunes de la formación. Zabaleta González et al. (2021) muestran que los siete programas españoles descritos varían ampliamente, lo que dificulta evaluarlos, replicarlos e identificar los elementos compartidos que podrían sustentar un perfil formativo común. Sin embargo, los elementos más valorados por el panel (la experiencia vivida, la recuperación, la relación y los roles) son precisamente los que protegen la identidad del rol, y la competencia que más depende del contexto, la personalización, es la que el panel confía menos en poder entrenar. El perfil debería concebirse, por tanto, como un núcleo común con margen de adaptación local, cuya fidelidad al rol dependerá de cómo se enseñe tanto como de qué se

enseñe. Nada en nuestros datos muestra que un perfil común mejore la calidad de la formación ni que proteja el rol, y es posible que, mal diseñado, produzca el efecto que se pretende evitar.

Prácticamente todas las competencias se consideraron susceptibles de aprendizaje mediante formación en la primera ronda (entre 21 y 24 de 24 personas), algo coherente con que la comunicación, el trabajo en equipo o la gestión de crisis puedan desarrollarse a través de formación estructurada (Chinman et al., 2014; Hiltensperger et al., 2026) y con la importancia de que esta sea suficiente y de calidad (Cronise et al., 2016). La excepción fue «Personalizar el apoyo entre iguales»: 2 de 24 personas la consideraron no aprendible en la primera ronda y 5 de 18 en la segunda; con 13 de 18 (72,2%) a favor de que podía aprenderse, se clasificó como consenso moderado, por debajo del umbral del 80%. La diferencia equivale a tres respuestas negativas más en un grupo más pequeño y parcialmente distinto, por lo que no puede atribuirse a un cambio de opinión. Con esas reservas, caben cuatro posibles lecturas. La primera es que la personalización sea una cualidad interpersonal previa, más que una habilidad adquirida, en línea con la literatura que destaca la empatía, la disposición a aprender y la fiabilidad como rasgos deseables en la selección (Kirk et al., 2023; Norton et al., 2026). En ese caso, la principal palanca serían los criterios de admisión. La segunda es que el panel desconfíe de la capacidad de los programas actuales para enseñarla, lo que remite a la necesidad de integrar el saber experiencial con una formación estructurada (Hegedüs et al., 2021). La tercera es que el enunciado admita significados distintos. La cuarta es que la variación se deba al azar o a la composición del panel.

Desde el punto de vista del diseño de programas, los resultados respaldan una formación inicial común articulada en torno a los cuatro elementos con consenso fuerte y a los cuatro elementos nuevos que obtuvieron 14 de 18 valoraciones como formación básica. Estos fueron los determinantes sociales de la salud, la expresión oral, la autorreflexión y autoconciencia y las herramientas para marcar límites y separar el trabajo de la vida personal. Ello no resta relevancia a contenidos ampliamente respaldados, como «Principios y valores» o «Salud y bienestar», que las 24 personas de la primera ronda consideraron importantes o muy importantes. Los elementos nuevos apuntan a que el panel entiende la formación también como protección de quien ayuda, en línea con el carácter dual del rol (Shalaby y Agyapong, 2020), con las dificultades de conciliar la propia recuperación con las exigencias del trabajo (Moran et al., 2013) y con la relevancia de la autorrevelación (Ben-Dor et al., 2024) y de los determinantes sociales (Haun et al., 2024). Sin embargo, estos elementos procedían de las respuestas abiertas del conjunto europeo. El panel español los valoró, pero apenas contribuyó a generarlos, por lo que los resultados no permiten establecer su prioridad en el contexto español. La convergencia con Hiltensperger et al. (2026) apoya la viabilidad de un núcleo compartido con adaptación local (Nixdorf et al., 2024), pero esta muestra forma parte de ese estudio y ambos resultados no son independientes.

La aportación específica del análisis español es describir el consenso de personas expertas que ejercen o forman en España y contrastarlo con el conjunto europeo. El estudio no permite establecer la duración, el formato, la secuencia, la evaluación ni la acreditación de la formación, ni sus efectos.

Estos hallazgos deben leerse a la luz de varias limitaciones. Con 24 y 18 participantes, cada respuesta supone 4,2 y 5,6 puntos porcentuales, de modo que el paso de consenso fuerte a moderado depende en varios elementos de una o dos personas. El panel no se mantuvo estable entre rondas. Solo 12 de las 24 personas de la primera ronda continuaron y se incorporaron seis nuevas, lo que impide determinar si las diferencias observadas reflejan cambios de opinión o cambios en la composición del grupo. En consecuencia, los niveles de acuerdo describen cada ronda por separado y no pueden interpretarse como evidencia de convergencia iterativa. Por el mismo motivo, comparaciones como la presentada en la Tabla 5 tienen un carácter exclusivamente descriptivo.

El muestreo fue intencional y se apoyó en redes existentes. De las 24 personas que participaron en la primera ronda, 20 fueron invitadas por el grupo de investigación al que pertenece el primer autor, lo que comporta un posible sesgo de selección y limita la diversidad de enfoques representados. Como no se registró el número total de personas invitadas, no pudo calcularse la tasa de respuesta. Asimismo, la falta de un requisito mínimo de experiencia dio lugar a un panel heterogéneo, en el que 5 de las 24 personas participantes llevaban menos de dos años ejerciendo. Las personas con funciones de gestión o formulación de políticas y las receptoras del apoyo estuvieron poco representadas. Además, las variables sociodemográficas solo se utilizaron para describir el panel, por lo que no se analizaron posibles diferencias entre perfiles. El efecto techo, el posible anclaje a la retroalimentación europea y la deseabilidad social en un sector pequeño y muy interconectado pudieron sesgar las valoraciones. Los cuestionarios fueron instrumentos ad hoc, traducidos y pilotados por los propios autores, sin validación psicométrica, y las respuestas abiertas fueron codificadas por una sola persona, con supervisión y validación, pero sin doble codificación independiente. Todo ello apoya interpretar los resultados como un consenso de personas expertas, útil para orientar el diseño y no como evidencia sobre qué formación funciona.

Frente a estas limitaciones, el estudio tiene fortalezas que delimitan su uso adecuado. Es, hasta donde sabemos, la primera consulta a personas expertas sobre la formación en apoyo entre iguales en España. Reunió a representantes de la mayoría de los principales proyectos activos en ocho comunidades autónomas, la mitad del panel de la primera ronda eran agentes de apoyo entre iguales y doce personas participaron en ambas rondas. Al usar los mismos instrumentos que el estudio europeo, sus resultados son comparables y la publicación íntegra de los cuestionarios y de las frecuencias completas permite replicarlos o reanalizarlos con otros criterios. Su valor principal es

ofrecer una lista de elementos básicos y avanzados como base de un perfil común, a validar y no a adoptar sin más.

Futuras investigaciones podrían realizar una nueva consulta con un panel más amplio y estable, aplicando criterios previos de experiencia, representación territorial y participación de los distintos grupos de interés, incluidas las personas que gestionan, contratan y reciben el apoyo. También podrían pilotar el perfil formativo en programas reales, comparar distintas formas de abordar contenidos como la psicoeducación y la evaluación, y analizar su impacto sobre las competencias, la claridad del rol, el bienestar de las y los agentes y la experiencia de las personas atendidas. Estudios comparativos internacionales con los mismos instrumentos permitirían identificar los aspectos específicos del contexto español, como la valoración de la personalización. Por último, convendría profundizar en los enfoques pedagógicos y los criterios de admisión relacionados con las competencias que generan más dudas para determinar en qué medida deben desarrollarse mediante la formación, la selección o ambas.

Conclusiones

Este estudio aporta una primera base empírica para un perfil formativo común para agentes de apoyo entre iguales en España. Identificó un conjunto de elementos formativos considerados esenciales por las personas expertas, una clasificación preliminar de contenidos como formación básica o avanzada y evidencia sobre la capacidad de aprendizaje percibida de diversas competencias. Aunque deben interpretarse a la luz de sus limitaciones, los hallazgos ofrecen orientaciones para el diseño de programas formativos con una base común y para futuras investigaciones que validen y perfeccionen un perfil común de formación en apoyo entre iguales.

Financiación

Este estudio ha recibido financiación del programa Erasmus+ de la Comisión Europea en el marco del proyecto TuTo3-PAT - Peer and Team Support (BE01-KA220-VET-000034852).

Referencias

ADAMS, Wallis E. (2020). Unintended consequences of institutionalizing peer support work in mental healthcare. *Social Science & Medicine, 262*, Artículo 113249. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113249

BEN-DOR, Inbar Adler; KRAUS, Eran; GOLDFARB, Yael; GRAYZMAN, Alina; PUSCHNER, Bernd; & MORAN, Galia S. (2024). Perspectives and experiences of stakeholders on self-disclosure of

peers in mental health services. *Community Mental Health Journal, 60*(7), 1308–1321. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01287-2

BURKE, Eilish M.; PYLE, Melissa; MACHIN, Karen; & MORRISON, Anthony P. (2018). Providing mental health peer support 1: A Delphi study to develop consensus on the essential components, costs, benefits, barriers and facilitators. *International Journal of Social Psychiatry, 64*(8), 799–812. https://doi.org/10.1177/0020764018810299

CHARLES, Ashleigh; NIXDORF, Rebecca; IBRAHIM, Nashwa; MEIR, Lion Gai; MPANGO, Richard S.; NGAKONGWA, Fileuka; NUDDS, Hannah; PATHARE, Soumitra; RYAN, Grace; REPPER, Julie; WHARRAD, Heather; WOLF, Philip; SLADE, Mike; & MAHLKE, Candelaria (2021). Initial training for mental health peer support workers: Systematized review and international Delphi consultation. *JMIR Mental Health, 8*(5), Artículo e25528. https://doi.org/10.2196/25528

CHINMAN, Matthew; GEORGE, Preethy; DOUGHERTY, Richard H.; DANIELS, Allen S.; GHOSE, Sushmita Shoma; SWIFT, Anita; & DELPHIN-RITTMON, Miriam E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65*(4), 429–441. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244

COOPER, Ruth E.; SAUNDERS, Katherine R. K.; GREENBURGH, Anna; SHAH, Prisha; APPLETON, Rebecca; MACHIN, Karen; JEYNES, Tamar; BARNETT, Phoebe; ALLAN, Sophie M.; GRIFFITHS, Jessica; STUART, Ruth; MITCHELL, Lizzie; CHIPP, Beverley; JEFFREYS, Stephen; LLOYD-EVANS, Brynmor; SIMPSON, Alan; & JOHNSON, Sonia (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: A systematic umbrella review. *BMC Medicine, 22*(1), Artículo 72. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y

CRONISE, Rita; TEIXEIRA, Carina; ROGERS, E. Sally; & HARRINGTON, Steve (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 39*(3), 211–221. https://doi.org/10.1037/prj0000222

DAVIDSON, Larry; BELLAMY, Chyrell; GUY, Kimberly; & MILLER, Rebecca (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry, 11*(2), 123–128. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

DONOHOE, Holly; STELLEFSON, Michael; & TENNANT, Bethany (2012). Advantages and limitations of the e-Delphi technique. *American Journal of Health Education, 43*(1), 38–46. https://doi.org/10.1080/19325037.2012.10599216

EIROA-OROSA, Francisco José; & SÁNCHEZ-MOSCONA, Cecilia (2023). Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental: una perspectiva internacional en el contexto de

su implementación en Cataluña. *Salud Colectiva, 19*, Artículo e4252. https://doi.org/10.18294/sc.2023.4252

FORTUNA, Karen L.; SOLOMON, Phyllis; & RIVERA, Jennifer (2022). An update of peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Quarterly, 93*(2), 571–586. https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w

GRUPO DE TRABAJO TuTo3 – PAT (2025). *Tuto3-PAT. Peer and team support in mental health*. https://mentalnet.eu/european-projects/26/en/true/TuTo3---PAT.html

HAUN, Maria; ADLER BEN-DOR, Inbar; HALL, Cerdic; KALHA, Jasmine; KORDE, Palak; MORAN, Galia; MÜLLER-STIERLIN, Annabel S.; NIWEMUHWEZI, Jackline; NIXDORF, Rebecca; PUSCHNER, Bernd; RAMESH, Mary; CHARLES, Ashleigh; & KRUMM, Silvia (2024). Perspectives of key informants before and after implementing UPSIDES peer support in mental health services: Qualitative findings from an international multi-site study. *BMC Health Services Research, 24*(1), Artículo 159. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10543-w

HEGEDÜS, Anna; BURR, Christian; PFLUGER, Viviane; SIEG, Daniel; NIENABER, André; & SCHULZ, Michael (2021). Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(2), 451–460. https://doi.org/10.1111/inm.12805

HILTENSPERGER, Ramona; BRODAHL, Morten; EIROA-OROSA, Francisco José; EPPLE, Ellen; GAVRILA-ARDELEAN, Mihaela; GONZÁLEZ MAÑAS, Diana; GIRIT, Selina; HÉNAULT, Isabelle; MATHY, Marie; NIXDORF, Rebecca; PETTERSEN, Henning; PELLETIER, Jean-François; WAHA, Stéphane; & PUSCHNER, Bernd (2026). Toward consensus in mental health peer support training: A co-created Delphi study. *International Journal of Mental Health, 55*(3), 364–381. https://doi.org/10.1080/00207411.2025.2604341

IBRAHIM, Nashwa; THOMPSON, Dean; NIXDORF, Rebecca; KALHA, Jasmine; MPANGO, Richard; MORAN, Galia; MUELLER-STIERLIN, Annabel; RYAN, Grace; MAHLKE, Candelaria; SHAMBA, Donat; PUSCHNER, Bernd; REPPER, Julie; & SLADE, Mike (2019). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55*(3), 285–293. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1

JACOBSON, Nora; TROJANOWSKI, Lucy; & DEWA, Carolyn S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research, 12*(1), Artículo 205. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205

JORM, Anthony F. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(10), 887–897. https://doi.org/10.1177/0004867415600891

KEENEY, Sinead; HASSON, Felicity; & MCKENNA, Hugh (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Wiley. https://doi.org/10.1002/9781444392029

KEZAR, Adrianna; & MAXEY, Daniel. (2016). The Delphi technique: An untapped approach of participatory research. *International Journal of Social Research Methodology, 19*(2), 143–160. https://doi.org/10.1080/13645579.2014.936737

KIRK, Mia R.; DAWKINS, Ashley D.; WEI, Xing; AJUMOBI, Olufemi; LEE, Lisa C.; OMAN, Roy; WOODARD, Stephanie; & WAGNER, Karla D. (2023). What makes a peer? Characteristics of certified peer recovery support specialists in an emergency department-based intervention. *PLOS ONE, 18*(12), Artículo e0289920. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289920

MEAD, Shery; HILTON, David; & CURTIS, Laurie (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(2), 134–141. https://doi.org/10.1037/h0095032

MORAN, Galia S.; RUSSINOVA, Zlatka; GIDUGU, Vasudha; & GAGNE, Cheryl (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: A qualitative study. *Community Mental Health Journal, 49*(3), 281–291. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y

NIXDORF, Rebecca; KOTERA, Yasuhiro; BAILLIE, Dave; GARBER EPSTEIN, Paula; HALL, Cerdic; HILTENSPERGER, Ramona; KORDE, Palak; MORAN, Galia; MPANGO, Richard; NAKKU, Juliet; PUSCHNER, Bernd; RAMESH, Mary; REPPER, Julie; SHAMBA, Donat; SLADE, Mike; KALHA, Jasmine; & MAHLKE, Candelaria (2024). Development of the UPSIDES global mental health training programme for peer support workers: Perspectives from stakeholders in low, middle and high-income countries. *PLOS ONE, 19*(2), Artículo e0298315. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298315

NORTON, Michael John; CLABBY, Paul; COYLE, Belinda; CRUICKSHANK, Julie; DAVIDSON, Gavin; GREER, Katherine; KILCOMMINS, Martina; MCCARTAN, Claire; MCGUIRE, Emma; MCGILLOWAY, Sinéad; MULHOLLAND, Ciaran; O'CONNELL-GANNON, Mary; PEPPER, Derek; SHANNON, Ciaran; SWORDS, Calvin; WALSH, Jim; & WEBB, Paul (2026). The role of peer support work in recovery-oriented services: A rapid scoping review. *Irish Journal of Psychological Medicine, 43*(1), 147–153. https://doi.org/10.1017/ipm.2025.21

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2017). *Brindar apoyo entre pares de manera individualizada en el ámbito de la salud mental y áreas afines*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

PUSCHNER, Bernd; REPPER, Julie; MAHLKE, Candelaria; NIXDORF, Rebecca; BASANGWA, David; NAKKU, Juliet; RYAN, Grace; BAILLIE, Dave; SHAMBA, Donat; RAMESH, Mary; MORAN, Galia; LACHMANN, Max; KALHA, Jasmine; PATHARE, Soumitra; MÜLLER-STIERLIN, Annabel; & SLADE, Mike (2019). Using peer support in developing empowering mental health services (UPSIDES): Background, rationale and methodology. *Annals of Global Health, 85*(1), Artículo 53. https://doi.org/10.5334/aogh.2435

SHALABY, Reham A. Hameed; & AGYAPONG, Vincent I. O. (2020). Peer support in mental health: Literature review. *JMIR Mental Health, 7*(6), Artículo e15572. https://doi.org/10.2196/15572

SMIT, Dorien; MIGUEL, Clara; VRIJSEN, Janna N.; GROENEWEG, Bart; SPIJKER, Jan; & CUIJPERS, Pim (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 53*(11), 5332–5341. https://doi.org/10.1017/S0033291722002422

SOLOMON, Phyllis (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 392–401. https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401

STRATFORD, Anthony C.; HALPIN, Matt; PHILLIPS, Keely; SKERRITT, Frances; BEALES, Anne; CHENG, Vincent; HAMMOND, Magdel; O'HAGAN, Mary; LORETO, Catherine; TIENGTOM, Kim; KOBE, Benon; HARRINGTON, Steve; FISHER, Dan; & DAVIDSON, Larry (2019). The growth of peer support: An international charter. *Journal of Mental Health, 28*(6), 627–632. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340593

SUÁREZ, Arminda; BYRNE, Sonia; & RODRIGO, María José (2016). Validación de la Escala de Apoyo Parental Online (EAPO). *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 3*(1), 36–43. https://doi.org/10.17979/reipe.2016.3.1.1527

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2015). *Core competencies for peer support workers in behavioral health systems*.

ZABALETA GONZÁLEZ, Rebeca; LEZCANO BARBERO, Fernando; & PEREA BARTOLOMÉ, María Victoria (2021). Programas de formación para el apoyo entre iguales en salud mental en España. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines, 38*(2), 183–198. https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2026
Fecha de revisión: 11 de noviembre de 2026

Fecha de aceptación: 13 de noviembre de 2026
Fecha de publicación: 17 de noviembre de 2026

SIGUE UN AÉNDICE

APÉNDICE

Elementos básicos de los programas de formación en apoyo entre iguales

Elemento	Definición
Recuperación	A las y los alumnos se les presenta el concepto de recuperación (personal), experiencias de recuperación y apoyo centrado en la recuperación.
Inclusión y apoyo de la familia y la comunidad	La formación se centra en recursos. Hace hincapié en la importancia de crear sistemas de apoyo dentro de la familia y la comunidad para promover la inclusión a través, por ejemplo, de la conexión, la creación de redes y el diálogo a tres bandas
Habilidades	Las y los estudiantes aprenden una variedad de habilidades, por ejemplo, resolución de problemas y afrontamiento, habilidades en relación con la tecnología (teléfono, ordenador), habilidades para escribir y presentar informes, habilidades organizativas y de liderazgo, intervención en crisis y prestación de servicios culturalmente competentes.
Apoyo entre iguales y uso de la experiencia	La formación se centra en la introducción a teorías y conceptos de apoyo entre iguales, la relación entre iguales y cómo utilizar las propias experiencias a la hora de apoyar a otra persona.
Comunicación	La comunicación como elemento de la formación de apoyo entre iguales abarca principios como la comunicación activa y reflexiva, la comprensión, la resolución de conflictos, la retroalimentación, el sondeo y la entrevista motivacional.
Psicoeducación y conocimiento	A través de la formación, las y las y los agentes de apoyo entre iguales adquieren conocimientos sobre salud mental y conocimientos básicos sobre trastornos mentales su diagnóstico y tratamiento. También incluye conocimientos específicos de las poblaciones objetivo, por ejemplo, demencia, entornos forenses, poblaciones LGBTQ, etc. Además, las y las y los agentes de apoyo entre iguales aprenden sobre ética, la red de atención y sobre la historia de los trastornos mentales y los movimientos sociales. Además, reciben conocimientos básicos sobre temas de finanzas, vivienda y sobre diferentes entornos culturales.
Salud y bienestar	La salud y el bienestar como elemento de la formación de apoyo entre iguales incluye la gestión del estrés, el autocuidado, la prevención de recaídas y llevar un estilo de vida saludable con prácticas saludables, por ejemplo, comer, hacer actividad física, dormir, relajarse.

Elemento	Definición
Planificación	La planificación como elemento de la formación de apoyo entre iguales tematiza la planificación avanzada, la planificación con personas en crisis, la planificación de actividades, las visitas de atención médica y la planificación de actividades significativas en la vida cotidiana.
Principios y valores	Los principios y valores que sustentan el apoyo entre iguales que se discuten en la formación incluyen temas como mutualidad, reciprocidad, no-unidireccionalidad, trabajo basado en fortalezas, aproximación progresiva, inclusividad, diversidad, valores, validación, aceptación, esperanza, visión del mundo, confidencialidad, empatía, empoderamiento y seguridad.
Defensa de derechos	La defensa de derechos como elemento de la formación de apoyo entre iguales se centra en la comprensión y promoción de los derechos humanos, civiles y de las personas usuarias, los principios legales y éticos, las leyes de Salud Mental y los tribunales de Revisión de Salud Mental.
Evaluación	La evaluación como elemento de la formación en apoyo entre iguales tematiza la evaluación basada en la recuperación, la evaluación de las necesidades, la evaluación de la salud personal, la realización de entrevistas, las revisiones y las entrevistas de evaluación.
Relación y roles	Las relaciones y los roles como elementos de la formación en apoyo entre iguales incluyen una descripción del rol de las y los trabajadores de apoyo entre iguales (por ejemplo, lo que se debe y no se debe hacer), una especificación de la relación interpersonal y terapéutica y el tema del modelo de roles.
Entorno / configuración de grupo	El entorno de grupo como elemento de la formación de apoyo entre iguales se centra en el diseño y la implementación de grupos, la dinámica de grupo y la dirección de discusiones de grupo.
Estigma	El estigma como elemento de la formación en apoyo entre iguales tematiza el afrontamiento del auto-estigma o estigma internalizado y el impacto socioemocional del estigma hacia la salud mental.
Formación en el lugar de trabajo	El lugar de trabajo como elemento de la formación de apoyo entre iguales incluye la formación y la preparación en el lugar de trabajo para ayudar a trabajar con las personas usuarias, por ejemplo, a nivel de salas de ingreso y oportunidades de empleo.