

¿De qué se habla en las sesiones individuales de apoyo entre iguales?

Análisis cualitativo de los ejercicios de *role-play*

en la formación de trabajadores de apoyo entre iguales en salud mental.

Francesc Gómez Morales

Universitat Oberta de Catalunya

Nota del autor

Trabajo Final del Grado de Psicología

Dirigido por el Dr. Francisco José Eiroá Orosa

29 de junio de 2023

Abstract

Introducción: En la formación de Trabajadores de Apoyo entre Iguales en Catalunya tienen un peso muy significativo los ejercicios prácticos de *role-play*, en los que se simulan situaciones reales de acompañamiento. Objetivos: Determinar los contenidos y los estilos de comunicación de las sesiones individuales de apoyo entre iguales. Método: Aproximación cualitativa basada en el análisis temático y de contenidos sobre 11 ejercicios de *role-play*. Resultados: Las conversaciones están centradas en los problemas de las personas usuarias y en la propia relación de acompañamiento, así como en el modelo de la recuperación y en los recursos, el estilo de vida y los procesos para recuperarse. Predomina el uso de la primera persona y de las autorrevelaciones. Discusión: Los trabajadores de apoyo entre iguales tienen un estilo mutuo y los contenidos están centrados en el modelo de *recovering citizenship*. Conclusión: El trabajador de apoyo entre iguales complementa al resto de profesionales y al modelo biomédico imperante.

Palabras clave: apoyo entre iguales, recuperación, salud mental, formación, análisis cualitativo, análisis temático, psicología, Catalunya.

Introduction: Peer Support Workers' training in Catalonia heavily emphasizes practical role-play exercises, which simulate real-life accompaniment situations. Objectives: This study aims to explore the contents and communication styles employed during individual peer support sessions. Method: We adopted a qualitative approach, conducting thematic and content analysis of 11 role-play exercises. Results: Conversations primarily revolved around users' problems, the support relationship itself, the recovery model, as well as resources, lifestyle, and processes for recovery. The prevalent use of first-person language and self-disclosure was observed. Discussion: Peer support workers exhibit a more mutual style, focusing on the recovering citizenship model.

Conclusion: Peer support workers bring a distinctive style and content to their role, complementing the contributions of other mental health professionals and the current biomedical framework.

Keywords: peer support, recovery, mental health, training, qualitative analysis, thematic analysis, psychology, Catalonia.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Abstract | 2 |
| Tabla de contenido | 4 |
| 1. Introducción | 6 |
| 1.1. ¿Qué es el apoyo entre iguales? | 6 |
| 1.2. Valores y principios de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales..... | 8 |
| 1.3. La formación de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales | 10 |
| 1.4. El modelo de Recuperación Personal | 11 |
| 1.5. Ciudadanía y salud mental | 12 |
| 2. Objetivos | 14 |
| 3. Método | 14 |
| 3.1. Procedimiento | 14 |
| 3.2. Participantes | 15 |
| 3.3. Análisis | 15 |
| 3.3.1. Análisis de contenido..... | 16 |
| 3.3.2. Análisis temático..... | 16 |
| 3.3.3. Visualización de los resultados..... | 17 |
| 4. Resultados | 18 |
| 4.1. Resultados del análisis de contenido..... | 18 |

| | |
|--|----|
| 4.2. Incorporación del análisis temático al análisis de contenido | 25 |
| 4.2.1. Los problemas de las personas usuarias..... | 30 |
| 4.2.2. La negociación de la relación entre iguales. | 31 |
| 4.2.3. La conversación sobre los recursos para recuperarse. | 32 |
| 4.2.4. Análisis de las interacciones interrogativas. | 32 |
| 4.2.5. El estilo y el discurso del trabajador de apoyo entre iguales. | 34 |
| 5. Discusión..... | 36 |
| 6. Conclusión | 38 |
| Referencias..... | 40 |
| Anexo | 50 |

1. Introducción

1.1. ¿Qué es el apoyo entre iguales?

Harry Stack Sullivan y Pichon-Rivière fueron los primeros en explorar el rol del apoyo entre las propias personas afectadas por problemas de salud mental, ya entrado el siglo XX (Carpintero & Vainer, 2004; Davidson et al., 1999), aunque existen evidencias de que la contratación de “pacientes recuperados” era una práctica habitual dentro del “tratamiento moral” de finales del siglo XVIII (Davidson et al., 2018). Durante las últimas cuatro décadas se ha producido un incremento exponencial de este tipo de intervenciones (Gagne et al., 2018; Repper & Carter, 2011). Su surgimiento puede entenderse como un contrapeso a los modelos psiquiátricos de enfermedad mental, de fuerte perspectiva biomédica, ya que el apoyo entre iguales se fundamenta en teorías psicológicas del cambio (Lloyd-Evans et al., 2014). De esta manera, el énfasis psiquiátrico en la clasificación diagnóstica —nomotética, binaria e inmutable— se modula desde la perspectiva —idiográfica, continua y evolutiva— que ofrece el modelo de recuperación (Adame & Leitner, 2008; Leamy et al., 2011). Es decir, si desde la perspectiva biomédica se enfatiza la desviación respecto a la norma que marca la cultura dominante, en el apoyo entre iguales se estaría promoviendo el reconocimiento de los factores sociales y ambientales que hacen única cada historia de vida (Mead et al., 2001). Existe un amplio espectro de opiniones en cuanto a la integración de las propuestas de apoyo entre iguales en el sistema de salud mental: desde posiciones de cooperación con el modelo imperante —movimiento de usuarios— a otras de mayor contraposición (Adame & Leitner, 2008).

Las diversas definiciones del apoyo entre iguales hacen énfasis en conceptos como la experiencia personal de recuperación de una problemática de salud mental (Ahmed et al., 2012; Bradstreet & Pratt, 2010; Davidson et al., 2006; Gagne et al., 2018; Puschner et al., 2019; Solomon,

2004), la mutualidad y la horizontalidad de los roles acompañante-acompañado (Adame & Leitner, 2008; Ahmed et al., 2012; Fortuna et al., 2022; Mead et al., 2001), la empatía a través de la experiencia compartida (Adame & Leitner, 2008; Bradstreet & Pratt, 2010; Mead et al., 2001; Salzer & Shear, 2002; Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021), el empoderamiento mutuo (Ahmed et al., 2012; Mead et al., 2001; Puschner et al., 2019) y la independencia de la intervención respecto al diagnóstico y los modelos clínicos (Lloyd-Evans et al., 2014; Mead et al., 2001).

El apoyo entre iguales puede tomar tres tipos de formas: apoyo informal, apoyo en el contexto de participación en programas liderados por iguales y apoyo profesionalizado y ofrecido como servicio en el marco de los servicios tradicionales (Fortuna et al., 2022; Mahlke et al., 2014; Repper & Carter, 2011). Este último tipo es el que desempeñan, desde la década de los 90 (Davidson & González-Ibáñez, 2017), los conocidos como Trabajadores de Apoyo entre Iguales en Salud Mental (en adelante, TAISM). Esta práctica profesionalizada está extendida en países anglosajones y de habla germana (Mahlke et al., 2014; Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021) y se encuentra en fase de exploración e implantación en el ámbito español (Zabaleta González, 2021) así como en países no occidentales (Tse et al., 2014).

Diversos estudios y revisiones sistemáticas han abordado la cuestión de la efectividad de las intervenciones basadas en el apoyo entre iguales. Para Davidson y colaboradores (2018) una de las claves del éxito del apoyo entre iguales para cualquier tipo de problema de salud, no solo mental, está en el simple hecho de poder proporcionar más horas de asistencia y acompañamiento que las que pueden ofrecer los profesionales sanitarios. Estos autores recopilaron evidencia científica de que los TAISM son capaces de generar y sostener relaciones de cuidado y de mejorar las relaciones entre usuarios y proveedores de servicios. Eso se traduce en mayor uso de servicios no-agudos (Kelly et al., 2013), mayor probabilidad de estabilización (Landers & Zhou, 2009),

disminución de costes (Landers & Zhou, 2014) y de hospitalizaciones (Sledge et al., 2011), y en la reducción del abuso de sustancias (Bassuk et al., 2016). También se han constatado en las personas acompañadas aumentos de la implicación en el tratamiento (Chinman et al., 2013), así como de la esperanza, empoderamiento, autoeficacia, funcionalidad social, calidad de vida y autocuidado (Davidson et al., 2018). La postura más crítica respecto a la eficacia de los TAISM es la revisión sistemática de Pitt y colaboradores (2013). A partir de 11 ensayos controlados aleatorios señalaron los riesgos de sesgo de estos, así como las limitaciones de los resultados, concluyendo que la participación de los TAISM no mejora ni empeora los resultados que puedan obtener otros profesionales.

1.2. Valores y principios de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales

Al generalizarse la presencia de los TAISM en los proveedores de salud, se ha producido un notable interés en los retos y obstáculos que supone la implementación de esta figura (Ibrahim et al., 2020; Mahlke et al., 2014), a causa de los procesos de cambio institucional que exige el cambio de modelo (Shepherd et al., 2010). La discusión se ha centrado en el rol específico de los TAISM (Jacobson et al., 2012), las habilidades y competencias diferenciales de este tipo de profesionales (Fortuna et al., 2022; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2015) y su integración en los equipos de trabajo (Bradstreet & Pratt, 2010; Gagne et al., 2018; Gates & Akabas, 2007).

Recientemente el *National Health Service* [NHS] ha publicado un marco competencial para los TAISM, siguiendo la práctica habitual para otras profesiones del ámbito de la salud (2020). Esta iniciativa no busca la reglamentación, sino más bien ofrece una guía tanto para la supervisión como para el desarrollo personal de los TAISM. Se trata de un paso necesario para cumplir con los ambiciosos planes de expansión de esta figura en el sistema de salud inglés.

El marco competencial de la NHS es el resultado de años de trabajo coordinado de diferentes fuentes, tanto académicas como profesionales, de financiación pública y privada (Implementing Recovery through Organisational Change [ImROC], 2013; National Survivor User Network [NSUN], 2019; Scottish Recovery Network, 2012). El resultado son nueve competencias básicas de los TAISM, a las que se suman cuatro valores y cuatro principios del apoyo entre iguales (NHS, 2020).

Los valores son creencias básicas y fundamentales que deberían motivar las actitudes y acciones de los TAISM. Consisten en la inclusión —de todo tipo de personas y de estas personas con sus comunidades—, el respeto —de la idiosincrasia del otro y de la relación que se forma entre ambos—, la reciprocidad —todos los implicados aprenden y todas las contribuciones son válidas— y la mutualidad —entender la situación del otro desde la propia experiencia similar y forjar sentimientos de solidaridad— (NHS, 2020).

Los principios son la manera como debe entenderse la aplicación de los valores en el ámbito de trabajo de los TAISM. La acción de estos debería ser no-directiva —evitar la prescripción y reconocer la validez de la experiencia del otro—, progresiva y focalizada en las fortalezas de la persona acompañada, segura —libre de juicios y con reacciones apropiadas a la situación— y promoviendo una recuperación cuya definición parta de la propia persona afectada (NHS, 2020).

La primera de las nueve competencias que señala este marco competencial es precisamente la asimilación de los valores del acompañamiento entre iguales y de los principios que se derivan de ellos (1). Se propone que los TAISM no solo tengan competencias en cuanto a los conocimientos básicos de salud mental (2), sino también competencias relacionales básicas (3), capacidad de dar apoyo desde la mutualidad (4), de trabajar en equipo (5), de autocuidarse (6) y

de desarrollar las conocidas como meta-competencias (7). Las competencias asociadas al uso de técnicas psicológicas para el apoyo entre iguales (8) se consideran opcionales. Por último, una novena competencia atañe al equipo de acogida de los TAISM (9), que debe garantizar el reclutamiento y supervisión óptimos para estas figuras (NHS, 2020).

1.3. La formación de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales

A diferencia del resto de profesiones del ámbito de la salud, actualmente no existe una formación reglada para los TAISM. Sí que existen numerosas experiencias no regladas de capacitación y entrenamiento de estos profesionales. En el caso de Estados Unidos están recogidas en su mayoría en la *Peer Specialist Database* (Copeland Center for Wellness and Recovery Inc., s. f.). En España, recientemente se localizaron hasta cinco iniciativas explícitamente destinadas a la formación de los TAISM (Zabaleta González et al., 2021). Sin embargo, la literatura dedicada a la evaluación de la formación de los TAISM es hasta el momento escasa (Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021).

Estas iniciativas suelen estar basadas en principios de la teoría constructivista del aprendizaje (King, 1993) y se podrían catalogar dentro de lo que hoy se conoce como aprendizaje activo. Este consiste en la involucración activa y experiencial del alumnado en el proceso de aprendizaje, en contraposición al rol pasivo de la educación tradicional (Bonwell & Eison, 1991). Por este motivo los diferentes programas de formación de apoyo entre iguales, no solo en el ámbito estricto de la salud mental, incorporan elementos como la construcción conjunta de conocimientos desde la propia experiencia, la pedagogía inversa, el comentario de casos, el juego de roles, la autoevaluación, la evaluación entre pares y la retroalimentación continua (Associació Emilia, s. f.; Intentional Peer Support, s. f.; Peers For Progress, s. f.; US Department of Veteran Affairs, s. f.).

La técnica del juego de roles (*role-play*) es habitual en los diversos programas de formación de los TAISM para facilitar la asimilación de los contenidos teóricos y para evaluar las reacciones propias y ajenas que se producen en situaciones reales de acompañamiento (Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021). En los *role-play* los estudiantes representan papeles o roles dentro de un escenario o caso diseñado para tal efecto. Se pueden distinguir tres tipos de *role-play*: la inversión de roles (que ayuda a coger la perspectiva del otro), la actuación (que ayuda a desarrollar habilidades prácticas en un entorno controlado) y el *role-play* cuasi-real, en el que se busca la mayor similitud con la situación real (Rao & Stupans, 2012).

1.4. El modelo de Recuperación Personal

Tras la política de desinstitucionalización de la segunda mitad del siglo XX, emergió gradualmente la necesidad de ofrecer a las personas afectadas no solo un tratamiento, sino también la posibilidad de rehabilitarse socialmente (Bachrach, 1978). Esto condujo a la cristalización en los años 90 de un nuevo modelo de la salud mental en el que se entiende que la persona afectada requiere apoyo en diversas necesidades que van más allá de la estricta eliminación de la sintomatología, es decir, donde se atiende no solo a la afectación en sí misma, sino a las consecuencias psicosociales que se derivan de ella (Anthony, 1993). De esta manera se sentaron las bases de lo que se conoce como el Modelo de Recuperación Personal, en donde los objetivos no se limitan a la reducción de síntomas, sino a la restauración de una vida productiva y significativa (Satcher, 2000).

El propio Anthony (1993) describe la recuperación como un proceso personal, único y multidimensional y expande el concepto tanto a dimensiones internas (autoestima, autodeterminación, ajuste a las limitaciones...) como externas (servicios comunitarios, leyes, programas adaptados...). En esencia, el modelo de recuperación introduce la distinción entre “estar

curado” y “estar recuperado”: una persona puede recuperarse incluso si la enfermedad no está curada y persisten los síntomas.

El Modelo de Recuperación Personal supone un cambio de paradigma que ha ido permeando los diferentes sistemas de salud durante las últimas tres décadas. Es dentro de este modelo en el que han podido proliferar las diferentes intervenciones en las que participan personas con experiencia en problemas de salud mental (Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021). La labor de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales, por tanto, debe entenderse siempre dentro de este nuevo paradigma. Por tanto, los TAISM no ayudan a los profesionales clínicos a curar al paciente, sino que promueven de manera autónoma y colegiada procesos de recuperación personal de las personas con un diagnóstico psiquiátrico, con independencia de la eliminación de los síntomas (NHS, 2020).

1.5. Ciudadanía y salud mental

Michael Rowe (2015) y su equipo, a través del trabajo con los “sintecho”, llegaron paulatinamente a la conclusión que dotar a esta población de recursos materiales no solucionaba su problema, ya que, si bien podían darles una vivienda, no podían convertirlos automáticamente en “vecinos”, ni en “miembros de la comunidad”, ni en “ciudadanos”. A partir de ahí propusieron una teoría-acción basada en el concepto de “ciudadanía y salud mental” y establecieron la doble hipótesis de que “el tratamiento clínico efectivo dirigido a la contención de los síntomas puede tener un impacto positivo en la vida comunitaria de las personas y que, a la vez, la vida en comunidad puede tener un impacto positivo en los síntomas clínicos de la población” (Rowe, 2015).

El propio Rowe, tras más de dos décadas de experiencia, define la ciudadanía como “una medida de la fortaleza de la conexión de la persona con las ‘5R’ de derechos (*rights*), responsabilidades (*responsibilities*), roles (*roles*), recursos (*resources*) y relaciones (*relationships*),

que la sociedad pone a disposición de sus miembros a través de las instituciones públicas y sociales y de la vida asociativa de los vecindarios y las comunidades locales” (Rowe, 2015).

De esta manera, el Modelo de Ciudadanía se ha convertido en una de las principales propuestas a nivel mundial para poder transformar los entornos psiquiátricos en entornos comunitarios más naturales, mediante la incorporación de los derechos humanos (Reis et al., 2022) y de la experiencia vivida de las personas usuarias (MacIntyre et al., 2022). De entre todos los tipos de intervención, existe acuerdo entre los profesionales en que el apoyo entre iguales es el que muestra una capacidad más prometedora de incrementar el sentimiento de pertenencia a la comunidad de las personas usuarias (Reis et al., 2022) y generar nuevas formas de ciudadanía (Boschma & Devane, 2019). El modelo de ciudadanía con el apoyo entre iguales integrado se ha aplicado a personas con problemas de adicciones (Rowe et al., 2007), historial de criminalidad (Rowe et al., 2009), y en la mejora de la inclusión social de las personas usuarias en general (Hamer et al., 2019).

El modelo de ciudadanía puede entenderse también como un contrapeso al modelo de recuperación, ya que este último en ocasiones tiende a poner el énfasis en los aspectos individuales del “camino de recuperación” mientras que el primero resalta las dimensiones más sociales del mismo. Este es el motivo por el que Rowe y Davidson (2016) han propuesto recientemente el término “ciudadanía recuperadora” (*recovering citizenship*) como metáfora que capture la necesidad de que el proceso de recuperación individual —modelo de recuperación— se desarrolle en el contexto de la vida comunitaria —modelo de ciudadanía—. En Europa, Pettersen y Nesse (2019) han recogido el guante y han comenzado a explorar qué vínculos teóricos pueden existir entre estos dos modelos.

2. Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer cómo son las conversaciones en los acompañamientos individuales entre iguales en el ámbito de la salud mental. Concretamente, se analizan los *role-play* que se utilizan en la formación de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales en Salud Mental (TAISM) —que simulan situaciones de acompañamiento individual— para determinar tanto el estilo de la comunicación como los contenidos que suelen tratarse.

Con este estudio se pretende obtener una mejor comprensión del futuro perfil profesional de los TAISM y de su ámbito de actuación, así como constatar el grado de complementariedad de su rol respecto al de los demás profesionales de la salud mental.

Al determinar los aspectos únicos que estos perfiles profesionales pueden aportar a la atención sanitaria, pretendemos contribuir tanto a la optimización de los procesos de implantación de esta figura como a la mejora de los procesos formativos de los futuros TAISM.

3. Método

3.1. Procedimiento

Los *role-play* son una parte esencial la formación de “Técnico de Acompañamiento y Apoyo Mutuo” que ofrece la Asociación Emilia (s. f.). Se trata de simulaciones de situaciones de acompañamiento individual en las que un estudiante asume el rol de trabajador de apoyo y el otro el rol de persona usuaria. Dado que esta figura todavía no está implantada y que actualmente existen solo algunas pruebas piloto, estas simulaciones son lo más cercano que disponemos hoy en día para intentar esclarecer cuál sería el contenido y el estilo de comunicación en este tipo de intervenciones. Además, los trabajadores de apoyo que interpretan el rol de persona usuaria parten con la ventaja de que tienen la experiencia directa de haber tenido que asumir dicho rol en innumerables ocasiones a lo largo de su vida, lo cual incrementa la validez ecológica de este diseño.

Se solicitó a la Asociación Emilia el acceso a las grabaciones de los *role-play* pertenecientes al curso académico 2020-2021. Se seleccionaron aquellos ejercicios que simularan situaciones genéricas en diversos contextos —asociaciones, dispositivos de salud mental o centros comunitarios— y que tuvieran una duración suficiente como para permitir una introducción, diversas transiciones de tema, silencios y un cierre. Cumplieron estos requisitos un total de 11 *role-play* grabados en formato videoconferencia, entre abril y junio de 2020 (durante el confinamiento de la pandemia de Covid-19) de entre 9 y 28 minutos cada uno ($\bar{d} = 20:37$), que suponen un total de tres horas y cuarenta y seis minutos de grabación.

3.2. Participantes

En el momento del registro de las conversaciones, las personas participantes dieron el consentimiento para la grabación a la Asociación Emilia. Como en ese momento se desconocía que el material serviría para un estudio posterior, se recabaron los consentimientos de las personas participantes para la utilización en el presente estudio de las grabaciones realizadas con anterioridad.

Los participantes únicos fueron un total de 12, de edades comprendidas entre los 39 y los 65 años, todos con experiencia en salud mental en primera persona. La mitad se autopercebían en el momento del estudio como mujeres y la mitad como hombres. 3 de los participantes tenían el rol de facilitador del curso y los otros 9 tenían el rol de estudiante. Todos los participantes eran de origen nacional y de etnia caucásica. La situación laboral de 5 de ellos era activa y el resto pensionista.

3.3. Análisis

Se realizó una transcripción completa de cada *role-play* y luego se analizó cualitativamente utilizando ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2022). El texto

transcrito se codificó siguiendo dos estrategias diferentes: el análisis temático y el análisis de contenido.

3.3.1. Análisis de contenido.

El análisis de contenido consistió en otorgar a cada extracto una serie de atributos en función de unas dimensiones de análisis preestablecidas. Estas dimensiones son el género de la persona participante —masculino o femenino—, el rol en la conversación —acompañante o acompañado—, el punto de vista —primera, segunda o tercera persona—, la valencia —positiva, negativa o neutra—, el tipo de frase utilizada —condicional, indicativa, imperativa, interrogativa o exclamativa— y el tipo de interacción. Los atributos posibles, así como sus definiciones y ejemplos ilustrativos están recogidos en el Anexo 1.

3.3.2. Análisis temático.

En paralelo al proceso de codificación de contenido también se llevó a cabo un análisis temático siguiendo el método en seis etapas de Braun y Clarke (2006, 2019, 2013). La primera fase implicó una familiarización con los datos, que se consiguió mediante transcripción, lectura y relectura de las transcripciones. La segunda etapa consistió en generar códigos preliminares en todo el conjunto de datos y recopilar datos relevantes para cada código, incluso si no llegaron hasta el análisis final. Se puede consultar el histórico de cambios en los códigos en el Anexo 2. El tercer paso fue cotejar los códigos en temas potenciales y revisarlos. La cuarta etapa consistió en verificar si los temas potenciales eran coherentes tanto con los extractos codificados como con el conjunto de datos, creando así un “mapa” temático del análisis. La quinta fase abarcó la selección de nombres adecuados para cada tema y la elaboración de definiciones claras que se recogen en el Anexo 3. Por último, se seleccionaron extractos de ejemplo para cada tema que fueran vívidos y convincentes, que se encuentran también en el Anexo 3.

A diferencia del análisis de contenido, los atributos en el análisis temático tienen en cuenta principalmente cuestiones de fondo o significado en vez de los aspectos formales. En el análisis temático los códigos emergen de manera iterativa mientras que en el análisis de contenido las dimensiones de análisis y sus atributos posibles se definen *a priori* y, una vez aplicados, se mantienen estáticos (Neuendorf et al., 2017). Las diferencias entre estos dos tipos de codificación —análisis de contenido y análisis temático— se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1

Tipos de análisis durante el proceso de codificación

| | Análisis temático | Análisis de contenido |
|---------------------------------------|--|--|
| Objeto de análisis | Contenido semántico (fondo) | Aspectos sintácticos y/o contextuales (forma) |
| Número total de códigos | Cambiante | Fijo |
| Asignación del código a cada extracto | Provisional | Definitiva |
| Origen de los códigos | Emergencia iterativa (<i>a posteriori</i>) | Categorización predefinida (<i>a priori</i>) |
| Tipo de análisis | <i>Bottom-up</i> | <i>Top-down</i> |
| Nombre de los códigos | Códigos | Atributos |
| Nombre de las agrupaciones de códigos | Temas | Dimensiones |
| Número final de agrupaciones | 7 | 6 |
| Número final de códigos | 44 | 37 |
| En cada extracto de texto hay | Un único código | Tantos códigos como dimensiones |

Nota: Principales diferencias entre el análisis temático y el análisis de contenido llevado a cabo sobre las transcripciones de los *role-play*.

3.3.3. Visualización de los resultados.

Por último, se extrajeron los resultados de Atlas.ti para su posterior representación gráfica y discusión. Para el tratamiento de los datos se utilizó Google Sheets (Google Inc., 2023) y, para la representación gráfica, este mismo software, así como Flourish (Canva UK Operations Ltd, 2023). Para lograr representaciones de un tema en base a las frecuencias relativas de los códigos

que lo forman se han utilizado los gráficos de tipo *treemap*. En los casos en los que era necesario visualizar las distribuciones de frecuencias relativas para dos o más dimensiones simultáneamente se han utilizado los diagramas de *Sankey*. Los gráficos de pirámide se han utilizado para analizar los datos segmentados según dimensiones con solo dos atributos (género o rol). Por último, el gráfico de radar ha sido útil para visualizar los datos segmentados según dimensiones con más de dos atributos.

4. Resultados

4.1. Resultados del análisis de contenido

En la Tabla 2 se muestra el recuento de los extractos de texto para cada una de las seis dimensiones y sus atributos correspondientes. Dado que todos los extractos de texto son codificados según todas las dimensiones, se muestran las frecuencias porcentuales de cada atributo dentro de la dimensión correspondiente y no respecto al total de atributos.

Tabla 2

Atributos y Dimensiones para el análisis de contenido

| Dimensión | Atributos | Frecuencia absoluta | Frecuencia porcentual |
|---------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| Género | Masculino | 746 | 45% |
| | Femenino | 910 | 55% |
| Punto de vista | Primera persona | 834 | 56% |
| | Segunda persona | 505 | 34% |
| | Tercera persona | 156 | 10% |
| Rol | Acompañado | 739 | 45% |
| | Acompañante | 917 | 55% |
| Tipo de frase | Condicional | 24 | 2% |
| | Declarativa | 1042 | 69% |
| | Exclamativa | 66 | 4% |
| | Imperativa | 53 | 4% |
| | Interrogativa | 316 | 21% |
| Tipo de interacción | Autorrevelación | 349 | 21% |
| | Queja | 152 | 9% |
| | Negociación | 148 | 9% |
| | Pregunta Directa | 142 | 9% |

| Dimensión | Atributos | Frecuencia absoluta | Frecuencia porcentual |
|-----------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| | Acuerdo o asentimiento | 129 | 8% |
| | Confrontación | 121 | 7% |
| | Ánimo | 73 | 4% |
| | Propuesta | 64 | 4% |
| | Opinión | 62 | 4% |
| | Interpretación | 60 | 4% |
| | Silencio | 57 | 3% |
| | Refuerzo positivo o reafirmación | 55 | 3% |
| | Diatriba | 49 | 3% |
| | Clarificación | 38 | 2% |
| | Saludo | 34 | 2% |
| | Demanda | 32 | 2% |
| | Retraerse de la conversación | 24 | 1% |
| | Propósito | 21 | 1% |
| | Explicación | 19 | 1% |
| | Gratitud | 15 | 1% |
| | Risa o broma | 10 | 1% |
| | Llanto | 3 | <1% |
| Valencia | Positiva | 809 | 53% |
| | Neutra | 342 | 23% |
| | Negativa | 369 | 24% |

Nota: Listado completo de los 37 atributos utilizados para el análisis de contenido de los extractos de texto, según seis dimensiones de análisis, así como sus frecuencias absolutas y porcentuales respecto a cada dimensión. Los atributos y sus ejemplos están recogidos en el Anexo 1, en el que se pueden consultar ejemplos ilustrativos de los mismos. En este caso, se trata del número de veces que se aplica cada código, no del recuento de palabras. Para conocer el recuento de palabras consultar el Anexo 4.

El recuento de las palabras totales etiquetadas con cada atributo nos puede ofrecer una medida aproximada del peso en la conversación que tiene cada uno de estos atributos. De esta manera, si contamos las palabras pertenecientes a los extractos de texto codificados según las dimensiones género, rol y punto de vista obtenemos un diagrama de Sankey como el que se muestra en la *Ilustración 1*.

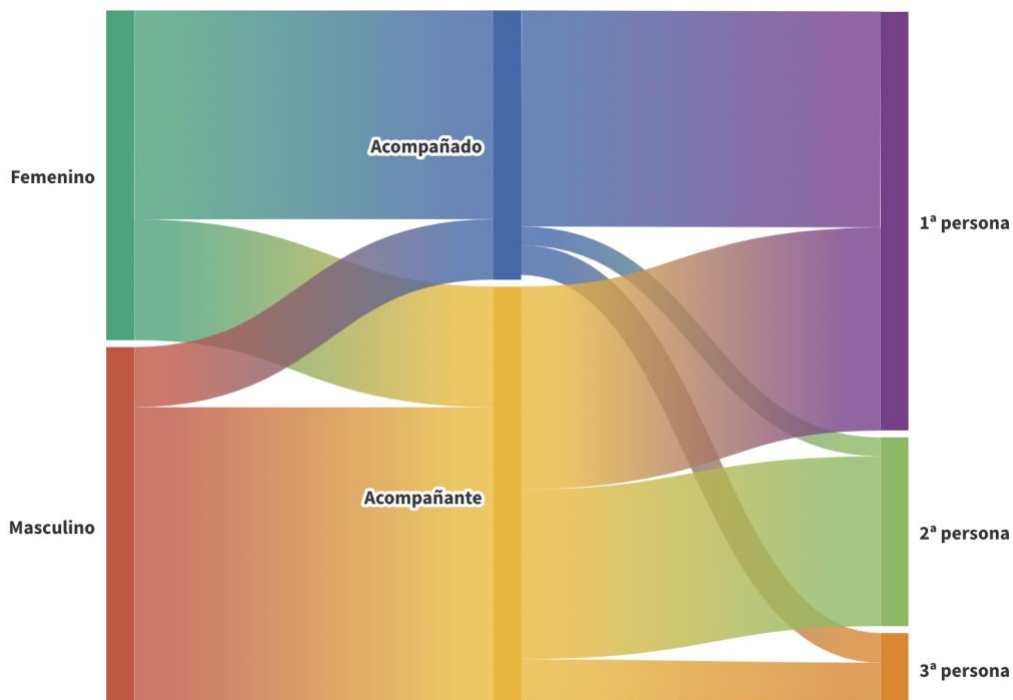


Ilustración 1. Representación gráfica de las frecuencias relativas de las palabras según las dimensiones género y punto de vista, segmentadas según el rol del interlocutor. Las frecuencias absolutas se pueden consultar en el Anexo 4.

Si contamos las palabras según el tipo de interacción a la que pertenecen y lo segmentamos según el rol de la persona participante, obtenemos un gráfico de pirámide como el de la *Ilustración 2*. Se observa el predominio de las autorrevelaciones en la conversación, tanto en el acompañante como en el acompañado, por lo que se puede presuponer que ambos crean un clima de confianza y confidencialidad para hacerlas posibles. La asimetría entre un rol y otro se percibe en que la persona acompañada recurre en mayor medida a la queja y la diatriba mientras que el rol de acompañante monopoliza todos los refuerzos positivos y palabras de ánimo que se producen en la interacción entre ambos.

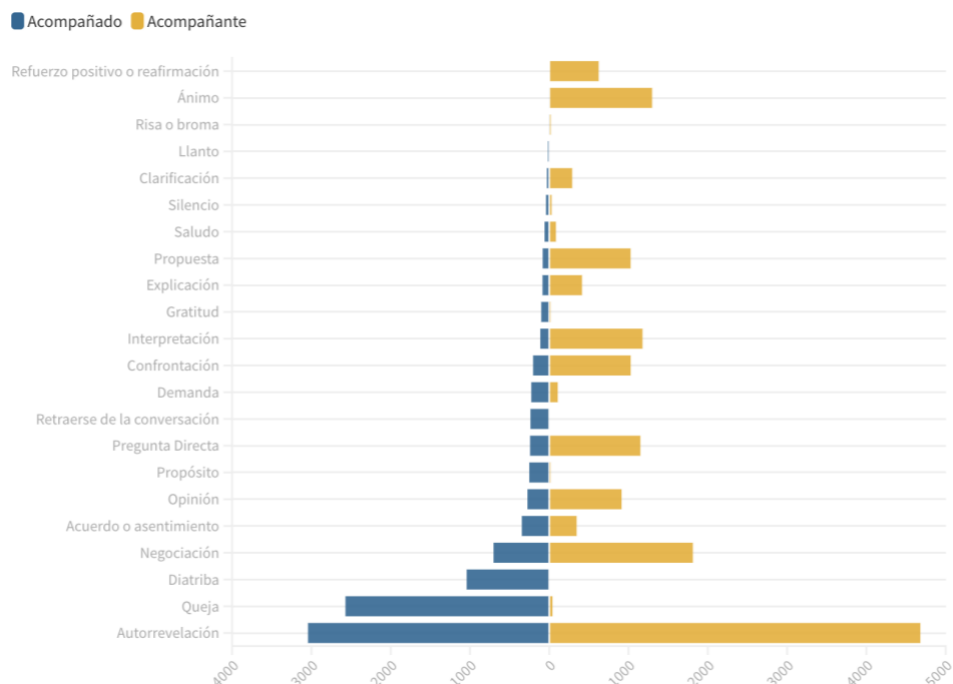


Ilustración 2. Frecuencias absolutas de las palabras según el tipo de interacción a la que pertenecen, segmentadas según el rol del interlocutor. Se puede consultar los valores numéricos en el Anexo 4.

En la *Ilustración 3* se muestra el recuento de palabras según las diferentes valencias y estilos segmentados por el rol de la persona. Se observa que las contribuciones con valencia negativa suelen proceder de la persona acompañada, ya que habitualmente este rol es el que muestra una actitud más fatalista o el que recurre más habitualmente a la queja o la resignación. La persona con rol de TAISM por lo general interviene de manera positiva ya que enfatiza las posibles oportunidades y colaboraciones para la recuperación. Un rol y otro hacen uso predominante del estilo declarativo, siendo el rol del acompañado el que hace un uso predominante de la exclamación y el rol de acompañante el que más fácilmente recurre a la interrogación. De todas maneras, el TAISM está lejos de ser una figura que se limite fundamentalmente a preguntar (estilo interrogativo) y prescribir (estilo imperativo).

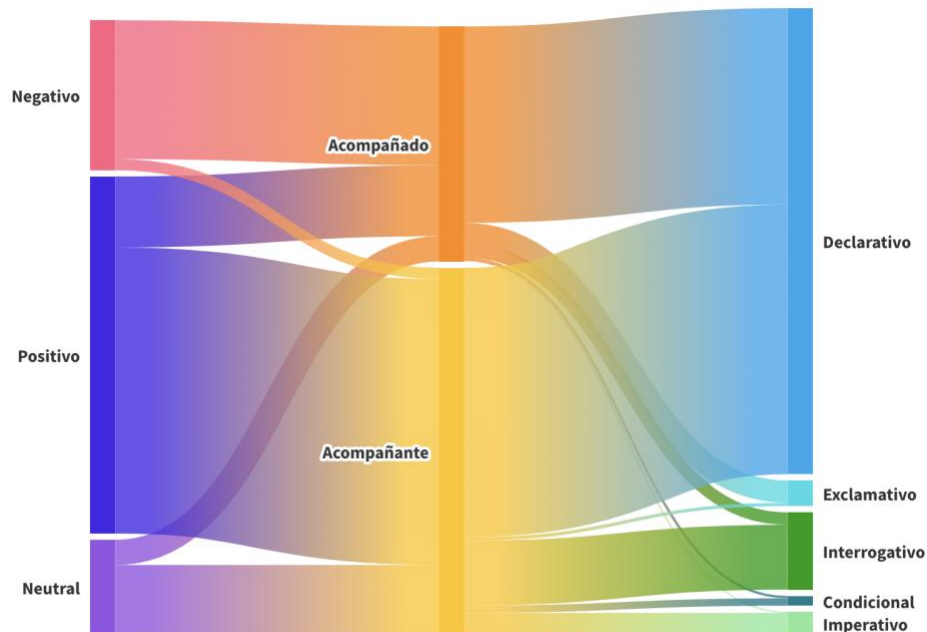


Ilustración 3. Representación gráfica de las frecuencias relativas de las palabras según el estilo de interacción y la valencia, segmentadas según el rol del interlocutor. Las frecuencias absolutas se pueden consultar en el Anexo 4.

La *Ilustración 4* muestra el detalle de los dos tipos de interacción que pueden tener una mayor carga emocional (la queja y la diatriba). Como cabía esperar es el rol de acompañado el que recurre con más frecuencia a este tipo de interacciones y destaca que de manera mayoritaria utiliza la perspectiva de la primera persona. Es decir, lo habitual de este tipo de comunicaciones no es atacar o quejarse de terceros, sino expresar la frustración desde la vivencia de la propia situación y circunstancias.

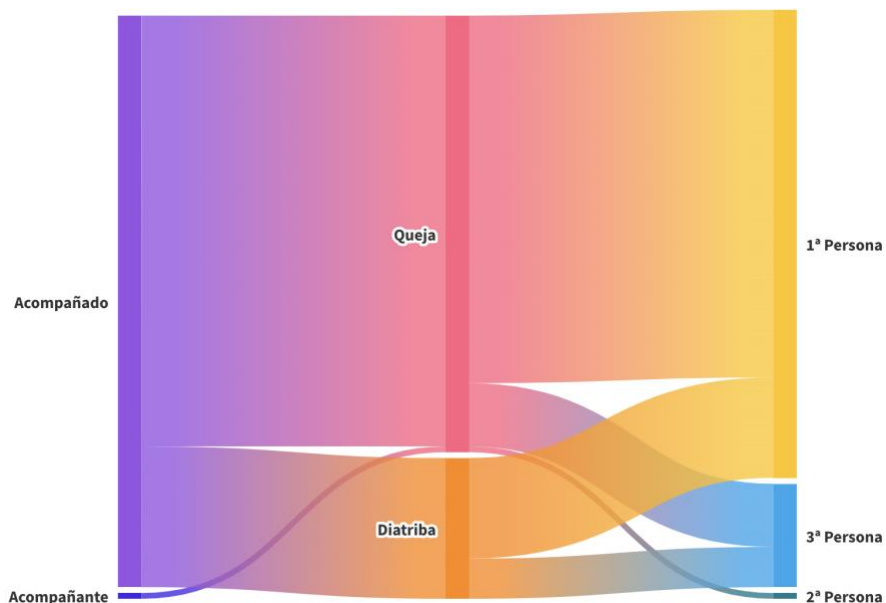
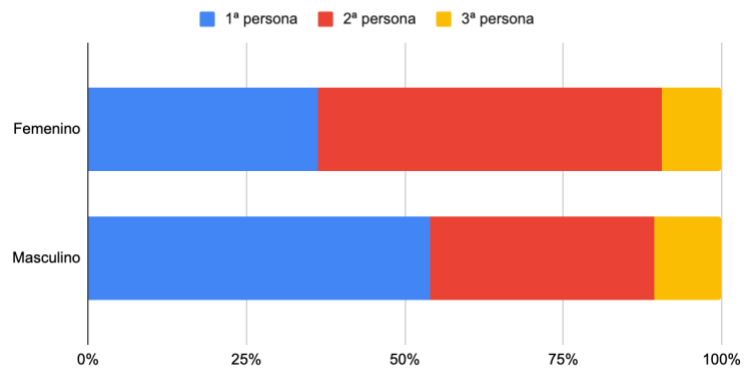


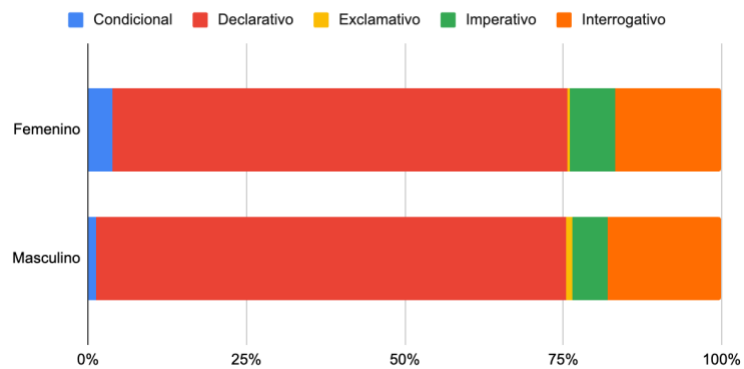
Ilustración 4. Para los fragmentos de tipo “queja” y “diatriba”, recuento de palabras según el rol del participante y el punto de vista utilizado en la conversación. Se pueden consultar las frecuencias absolutas en el Anexo 4.

Si nos centramos en las interacciones iniciadas por los participantes con el rol de acompañante, esto es, los que actúan como TAISM, y las segmentamos según el género, podemos obtener la *Ilustración 5* y la *Ilustración 6*, que nos permiten analizar si existen diferencias entre géneros cuando se ofrece acompañamiento a un igual. Se observa un incremento notable en el uso de la primera persona y de las autorrevelaciones para los TAISM de género masculino. Las diferencias en cuanto al tipo de frase utilizado y las valencias no son llamativas. Los TAISM de género femenino tienden a utilizar más expresiones de ánimo y a interpretar más lo que les cuenta el acompañado. Los resultados señalan que entre los trabajadores de género masculino podría existir una mayor tendencia a ceñirse al estilo mutual que se recomienda para el acompañamiento entre iguales mientras que las de género femenino serían más permeables a otros estilos más allá de las vivencias personales expresadas en primera persona.

Punto de vista utilizado por los Trabajadores de Apoyo entre Iguales (rol acompañante) según el género.



Tipo de frase utilizado por los Trabajadores de Apoyo entre Iguales (rol acompañante) según el género.



Valencia de las intervenciones de los Trabajadores de Apoyo entre Iguales (rol acompañante) según el género.

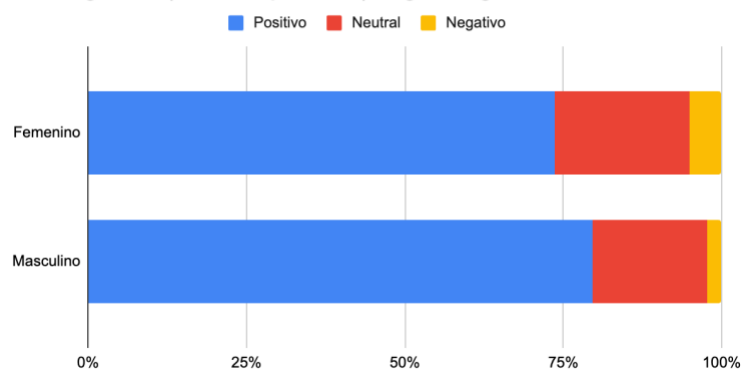


Ilustración 5. Para los trabajadores de apoyo entre iguales, representación de las frecuencias relativas de las palabras codificadas según el punto de vista, el tipo de frase y las valencias, segmentadas por el género del trabajador. Los valores de las frecuencias absolutas de las palabras pueden consultarse en el Anexo 5.

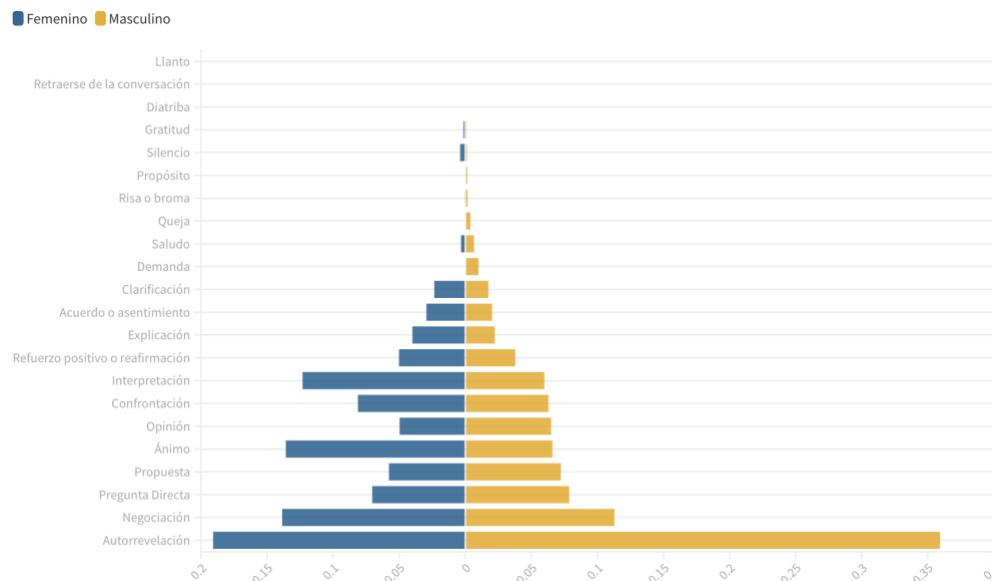


Ilustración 6. Para los trabajadores de apoyo entre iguales, representación de las frecuencias relativas de los tipos de interacción, según el género del trabajador. Los valores de las frecuencias absolutas pueden consultarse en el Anexo 5.

4.2. Incorporación del análisis temático al análisis de contenido

Tras diversas iteraciones se codificaron todas las intervenciones tanto del TAISM como de su par en un total de 44 códigos agrupados en 7 temas, tal como se puede consultar en la Tabla 3. Cada fragmento tiene un único código, aunque esto no es un requerimiento del análisis temático. Se ha priorizado aumentar la granularidad de los fragmentos hasta lograr un único código por fragmento, en vez de contemplar la posibilidad de asignar varios códigos a un mismo fragmento.

Tabla 3

Temas y códigos obtenidos mediante el análisis temático.

| Temas | Códigos | Frecuencia absoluta | Frecuencia porcentual |
|-------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Ciudadanía | Participación cívica y activismo | 25 | 1,6% |
| | Evaluación del sistema de salud | 18 | 1,2% |
| | Derechos de la persona usuaria | 15 | 1,0% |
| | Responsabilidades laborales | 10 | 0,7% |
| | | | 68 |

| Temas | Códigos | Frecuencia absoluta | Frecuencia porcentual |
|--|--|---------------------|-----------------------|
| Estilo de vida para la recuperación | | 69 | 4,6% |
| | Rutinas saludables | 25 | 1,6% |
| | Atención plena | 8 | 0,5% |
| | Ejercicio físico | 13 | 0,9% |
| | Expresión artística | 23 | 1,5% |
| Problemas | | 459 | 30,3% |
| | Conflicto con los seres queridos | 29 | 1,9% |
| | Conflicto con los profesionales de SM | 32 | 2,1% |
| | Emociones y circunstancias actuales | 76 | 5,0% |
| | Dificultades para ejercer la ciudadanía | 11 | 0,7% |
| | Tratamientos forzosos | 61 | 4,0% |
| | Desesperanza y desánimo | 33 | 2,2% |
| | Hospitalizaciones largas o repetidas | 15 | 1,0% |
| | Mentalidad de enfermedad mental y estigma | 18 | 1,2% |
| | Desconfianza y falta de entendimiento | 28 | 1,8% |
| | Problemas derivados de la medicación | 25 | 1,6% |
| | Restricciones, aburrimiento y soledad | 63 | 4,2% |
| | Síntomas, adicciones, compulsiones y comportamientos disruptivos | 68 | 4,5% |
| Relación de apoyo entre iguales | | 364 | 24,0% |
| | Disponibilidad y reuniones | 42 | 2,8% |
| | Oportunidad laboral | 13 | 0,9% |
| | Mediación | 35 | 2,3% |
| | Mutualidad | 24 | 1,6% |
| | Negociación de actividades | 44 | 2,9% |
| | Negociación de la conversación | 49 | 3,2% |
| | Conexión y empatía entre iguales | 58 | 3,8% |
| | Clarificación de los roles | 99 | 6,5% |
| Procesos de recuperación | | 273 | 18,0% |
| | Esperanza y significado basados en la experiencia de vida | 69 | 4,6% |
| | Identidad y autoaceptación | 33 | 2,2% |
| | Actividades significativas | 91 | 6,0% |
| | Creencias significativas | 14 | 0,9% |
| | Relaciones significativas | 66 | 4,4% |
| Recursos para recuperarse | | 145 | 9,6% |
| | Actitud colaborativa | 22 | 1,5% |
| | Grupos de apoyo entre iguales | 10 | 0,7% |
| | Hablar con profesionales de la SM | 53 | 3,5% |
| | Terapias y medicación | 50 | 3,3% |
| | Tratamiento: ajustes y alternativas | 10 | 0,7% |
| Entendiendo la recuperación | | 138 | 9,1% |
| | La recuperación es una oportunidad y un reto | 23 | 1,5% |

| Temas | Códigos | Frecuencia absoluta | Frecuencia porcentual |
|-------|--|---------------------|-----------------------|
| | La recuperación es un proceso gradual y a largo plazo | 22 | 1,5% |
| | La recuperación es idiográfica, multimodal y no predeterminada | 18 | 1,2% |
| | La recuperación es posible y requiere empoderamiento | 49 | 3,2% |
| | La recuperación requiere equilibrio personal y apoyo social | 15 | 1,0% |
| | La recuperación es posible con o sin síntomas | 11 | 0,7% |

Nota: Número de veces que se aplica cada código a un fragmento, con independencia de la longitud del mismo. Se incluyen únicamente los códigos finales resultantes de todo el proceso de análisis temático. Se omiten por tanto todos los códigos y temas intermedios que pueden consultarse en el Anexo 1

Descripciones y ejemplos para cada atributo utilizado en el análisis de contenido

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------------------|-----------------|---|--|
| Género | | | |
| | Masculino | La persona hablante se autopercebe con género masculino. | |
| | Femenino | La persona hablante se autopercebe con género femenino. | |
| Punto de vista | | | |
| | Primera persona | Los verbos principales se conjugan en la primera persona del singular o del plural. | “Pues no creo que en mucha cosa pero bueno estoy bastante cansada el tema” |
| | Segunda persona | Los verbos principales se conjugan en la segunda persona del singular o del plural. | “¿Y lo trabajas con un terapeuta? No solo con el psiquiatra” |
| | Tercera persona | Los verbos principales se conjugan en la tercera persona del singular o del plural. | “En los servicios de salud mental hay atención psicológica también ¿no?” |
| Rol | | | |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|----------------------------|------------------------|--|--|
| | Acompañado | La persona hablante tiene el rol de usuario de salud mental. | |
| | Acompañante | La persona hablante tiene el rol de trabajador de apoyo entre iguales. | |
| Tipo de frase | | | |
| | Condicional | Tiempo verbal que expresa la acción como hipotética. | “Sí porque dormiría más, haría un poquito más de bondad con el tema del café, y bueno, incluso intentaría regularme un poco más las circunstancias”. |
| | Declarativa | Se afirma algo de manera clara y directa y no pertenece a ninguno de los otros cuatro tipos. | “No me siento como me sentía hace unos cuatro años cuando me empezaron a dar el Zyprexa, que estaba en mi peso normal”. |
| | Exclamativa | Expresan una emoción de manera notoria o una opinión con una fuerte carga emocional. | “Ya, pero es que yo no entiendo por qué estoy aquí. ¡Es todo muy injusto!”. |
| | Imperativa | Expresan una orden o mandato directos o un imperativo moral grave aunque se formule de manera declarativa. | “Haz caso un poco a los médicos. Como dice el refrán nadar y guardar la ropa”. |
| | Interrogativa | Se formula una pregunta, de manera directa o indirecta. | “Lo importante es ¿tú crees que verdaderamente está injustificado el que sigas ingresada?”. |
| Tipo de Interacción | | | |
| | Acuerdo o asentimiento | Cualquier expresión que implique convergencia de intereses, acuerdo en la negociación de significados o simple asentimiento a lo que expresa la contraparte. | “Bé, guapa, doncs quedem així”. |
| | Ánimo | Expresiones encaminadas a movilizar al otro, empujándolo a realizar una | “Dile cómo te sientes. Que no te gusta tu imagen, que no estás a gusto contigo misma”. |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------|-----------------|---|--|
| | | acción, normalmente utilizando el imperativo. | |
| | Autorrevelación | Revelación de algún aspecto privado por propia iniciativa o respondiendo a una pregunta. | “Yo tenía complejo de pequeño, de delgado y se lleva muy mal tener complejos tanto de un extremo como del otro, se pasa mal”. |
| | Clarificación | Pregunta, paráfrasis o repetición encaminada a que el otro pueda clarificar, matizar o reafirmar el último punto de la conversación, sin intención de confrontarlo. Por lo general implica el uso de la 2ª persona. | “No lo ves útil para tu recuperación”. |
| | Confrontación | Interacción en la que se cuestiona o interpela al otro para que revise su última afirmación. Existe la intención de mostrar resistencia al significado de la realidad que el otro pretende establecer. | “¿No crees que se puede tener una vida plena y feliz sin tener hijos?”. |
| | Demanda | Petición expresa que se realiza ya sea al receptor o en general. A diferencia de la queja, es productiva ya que tiene un objetivo más o menos claro. | “Aunque no te conozco de nada sé que me vendría bien un abrazo tuyo”. |
| | Diatriba | Queja vehemente en la que existe un componente de violencia verbal y/o de expresión contundente de una frustración. | “Perquè mira, el gilipollas de l’infermer de turno, que és un subnormal i un borde, acaba de fotre un crít a una pobre noia que no estava fent res. I després...”. |
| | Explicación | Aportar detalles y descripciones de aspectos de la realidad externos a los sujetos de la conversación o con un fuerte componente objetivo. | “Claro, hay grupos de actividades, de... grupos de apoyo mutuo, grupos de actividades, sea de la que sea. Hay diferentes |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------|------------------|---|--|
| | | | historias. Hay GAMs. Hay... Hay...”. |
| | Gratitud | Manifestar agradecimiento por algo que el otro ha realizado. | “No... Me ayuda, sí, me ayuda. Gracias”. |
| | Interpretación | Se usa en el sentido terapéutico de la palabra. Proponer significados sobre las vivencias del otro, con el objetivo de influir en la autopercepción de la otra persona. | “El primer paso ya lo has dado, que es venir aquí. Y estás buscando ayuda y eso es bueno, para solucionar tus problemas”. |
| | Llanto | La persona llora, por lo general en silencio. | |
| | Negociación | Búsqueda de un marco común de interpretación de la realidad. Establecimiento de unos límites sobre el contenido de la conversación, sobre la relación entre iguales, etc. | “Lo que pasa es que la medicación... Yo ahí no puedo entrar porque eso es cuestión del médico”. |
| | Opinión | Se expresa una opinión particular sobre un tema específico, externo al interlocutor. Existe un componente subjetivo que no permite que sea una mera “explicación”. | “Es lógico que no te entiendan los médicos en estos temas. Hay pocos, yo no conozco muchos que entiendan de estados alterados de conciencia y todo eso”. |
| | Pregunta Directa | Una de las dos partes confronta de manera directa a la otra demandando una respuesta específica. | “¿Pero tú comes por ansiedad o porque te gusta?”. |
| | Propósito | Una de las dos partes expresa que está haciendo o hará en el futuro una acción que repercute de manera directa en su proceso de recuperación. | “Es como que he perdido esa luz, y quiero encontrar esa luz como sea”. |
| | Propuesta | Una de las dos partes propone a la otra una acción futura, normalmente tras unas interacciones de negociación. Suele aparecer como conclusión o fruto de la conversación. | “En la recepción te puedes apuntar a lo que te parezca más atractivo para ti y verás que todos estos recursos te van a ayudar”. |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------------|----------------------------------|--|--|
| | Queja | Juicio negativo sobre algún aspecto que incomoda de alguna manera al emisor, con intención más de desahogo o de expresión de rechazo que de buscar una solución. | “Hablar con un psiquiatra, luego hablar con otro, con un psicólogo diferente que tengo en el CSMA. Luego hablar con una enfermera. Luego, ahora hablar contigo”. |
| | Refuerzo positivo o reafirmación | Expresión de validación o de aprobación explícita sobre una conducta del otro, con la intención de reforzarla. | “Lo de la piscina es buena idea. Haces mucha gimnasia y cuando tienes lesiones va bien”. |
| | Retraerse de la conversación | Expresión de rechazo a la conversación o muestras de no querer seguir con la comunicación. | “Puede que tengas razón, pero es que ya... Todo el mundo así... puff”. |
| | Risa o broma | Risas, carcajadas. | |
| | Saludo | Saludos iniciales y finales, formalidades. | “¡Hola! ¿Cómo estás?”. |
| | Silencio | Momentos intencionales de silencio de más de dos segundos de duración. | |
| Valencia | | | |
| | Positiva | El discurso se centra en las posibilidades de mejora y/o de recuperación, en la búsqueda de oportunidades y en la colaboración | “Sí, esta es la vez que más tiempo he aguantado”. |
| | Negativa | Existe fatalismo, derrotismo, confrontación, queja improductiva o resignación | “Estar aquí, no. Esto no me sirve de nada”. |
| | Neutra | No se cumplen las condiciones para ser positiva o negativa | “Ahora contigo estoy bien pero yo normalmente no estoy bien con la gente”. |

Anexo 2. Las definiciones y ejemplos se encuentran en el Anexo 3.

Para poder tener una estimación del volumen de conversación dedicado a cada tema y cada uno de los códigos que lo conforman, se puede realizar un conteo de las palabras que conforman los fragmentos etiquetados con cada código. Esto permite obtener un diagrama como el de la *Ilustración 7*. Los dos temas principales son las situaciones problemáticas que se experimentan y las cuestiones relacionadas con la propia relación entre iguales, si bien existe un peso significativo de los otros cinco temas, que dan cuenta de aproximadamente la mitad del volumen de la conversación. Por tanto, una vez expuestos los problemas y aclaradas las cuestiones “logísticas” respecto a la figura del TAISM, es habitual que la conversación se centre en los procesos propios de la recuperación, cómo se ha de entender la recuperación y en los recursos disponibles para recuperarse. Tienen un peso menor las cuestiones referentes al ejercicio de la ciudadanía y las más específicas sobre el estilo de vida.



Ilustración 7. Diagrama tipo “treemap” en el que se muestran el número de palabras asociado a cada código. Los temas están agrupados por colores. Los valores absolutos del recuento de palabras pueden consultarse en el Anexo 6.

Si se segrega el conteo de palabras en función del rol del participante se obtiene la *Ilustración 8*, en la que se puede ver la contribución asimétrica a cada tema del acompañante y del acompañado. Dadas las circunstancias de la persona acompañada, que suele estar en un momento más vulnerable, es lógico que esta insista más en los problemas que percibe. El TAISM recalca más las cuestiones relativas a la propia relación de acompañamiento, lo cual es lógico dado que su perfil profesional es nuevo y poco conocido y deben explicarse y negociarse los roles y significados con frecuencia. También el trabajador contribuye en mayor medida a la discusión del concepto de recuperación, sus procesos y los recursos disponibles para garantizarlos. Es llamativo que las cuestiones relacionadas con la ciudadanía solo son mencionadas por la persona acompañada.

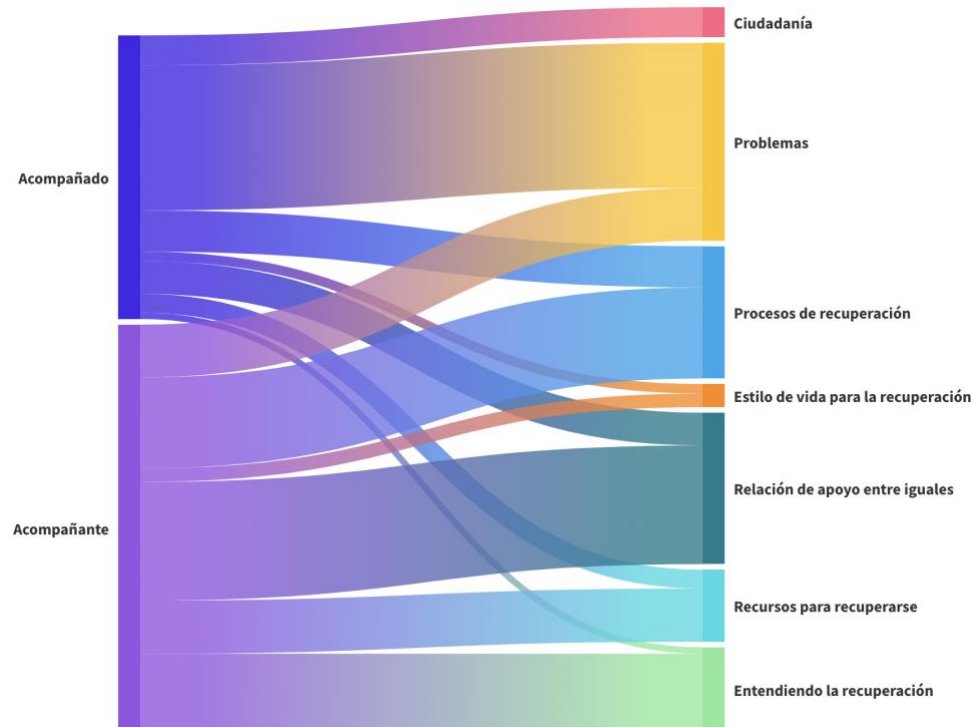


Ilustración 8. Diagrama tipo “Sankey” con el recuento de palabras para cada tema, segmentado por el rol de la persona participante. Los valores absolutos se pueden consultar en el Anexo 6.

4.2.1. Los problemas de las personas usuarias.

Los problemas relacionados con la salud mental son un tema predominante en las personas con rol de acompañado (ver *Ilustración 8*), siendo éstas las que habitualmente toman la iniciativa para dirigir la conversación hacia ese ámbito. En la *Ilustración 9* se puede visualizar el peso de cada código en el tema de los problemas. El tamaño de las áreas viene determinado por el conteo de palabras mientras que el código de colores se refiere a la proporción de palabras con valencia negativa respecto a las palabras con valencia positiva o neutra. Los problemas asociados a sintomatología son los que ocupan mayor volumen de la conversación. Los ámbitos habituales de la práctica clínica (síntomas, adicciones, compulsiones, comportamientos disruptivos, emotividad y efectos secundarios de la medicación) son los que tienen una negatividad más moderada.

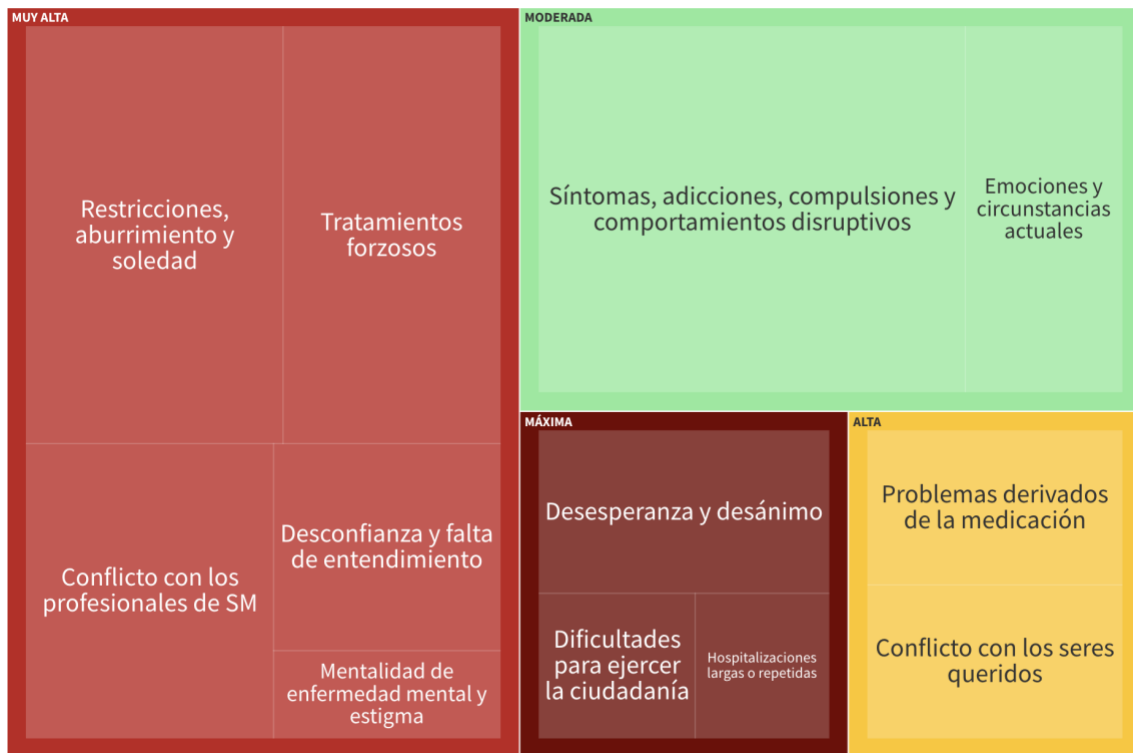


Ilustración 9. Recuento de palabras de los fragmentos en los que la persona acompañada refiere problemas. El código de colores corresponde a la negatividad con la que se expresan los

problemas, siendo máxima cuando todas las palabras tienen asociada una valencia negativa. Para consultar los valores absolutos y la categorización de la negatividad ver el Anexo 7.

4.2.2. La negociación de la relación entre iguales.

Un tema muy importante en la conversación, en especial para la persona con el rol de TAISM, es la negociación de la propia relación entre iguales. La novedad de la figura justifica que se invierta una gran cantidad de tiempo en clarificar los roles y negociar la conversación o las actividades. La segmentación en función del rol permite ver el peso de cada tipo de participante en los diferentes códigos del tema “Relación de apoyo entre iguales”, tal como puede visualizarse en la *Ilustración 10*.

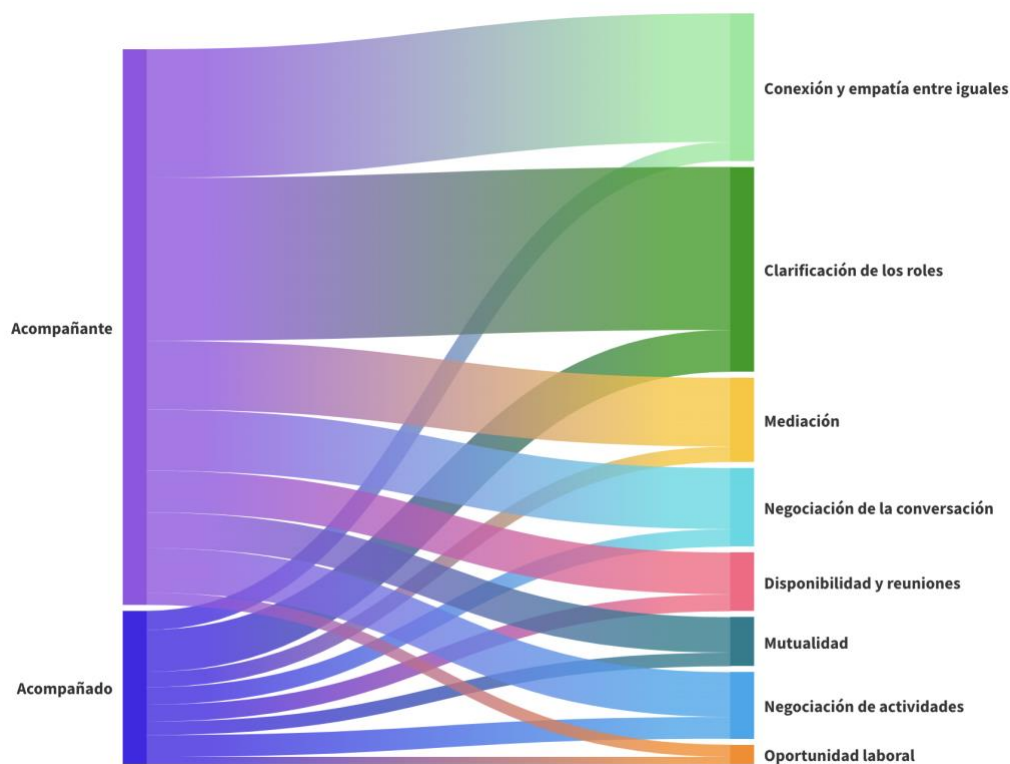


Ilustración 10. Visualización de las frecuencias relativas para los códigos del tema “Relación de apoyo entre iguales”, segmentados según el rol de la persona participante. Las frecuencias absolutas se muestran en el Anexo 8.

4.2.3. La conversación sobre los recursos para recuperarse.

El tema de los “Recursos para recuperarse” está formado por 5 códigos cuyos pesos en la conversación y valencias respectivas pueden visualizarse en la *Ilustración 11*. Los recursos más comentados son los más habituales del contexto clínico, como son la actitud colaborativa hacia los profesionales y la participación en las terapias y pautas de medicación. Otros tipos de recursos, como los grupos de apoyo mutuo, tienen una valencia muy positiva pero un peso menor en la conversación.



Ilustración 11. Recuento de palabras de los fragmentos en los que los participantes conversan sobre recursos para la recuperación. El código de colores corresponde a la valencia con la que se expresan los recursos. Para consultar los valores absolutos ver el Anexo 9.

4.2.4. Análisis de las interacciones interrogativas.

El análisis temático nos permite evaluar específicamente sobre qué versan las interacciones con estilo interrogativo. Este tipo de interacciones se caracterizan por demandar información específica y se utilizan para dirigir la conversación hacia un aspecto específico. Tal como se puede

visualizar en la *Ilustración 12*, el acompañante tiende a preguntar más que el acompañado. Ambos participantes utilizan de manera mayoritaria la perspectiva de la segunda persona, lo cual significa que están preguntando información relativa al otro participante en la conversación y no respecto a terceros no presentes (tercera persona) o respecto a uno mismo (primera persona). Es decir, el TAISM no pregunta por otras personas ajenas a la conversación y su acompañado no suele pedirle consejo sobre lo que debe de hacer o sobre cómo percibirse —para lo cual debería usar necesariamente la primera persona—.

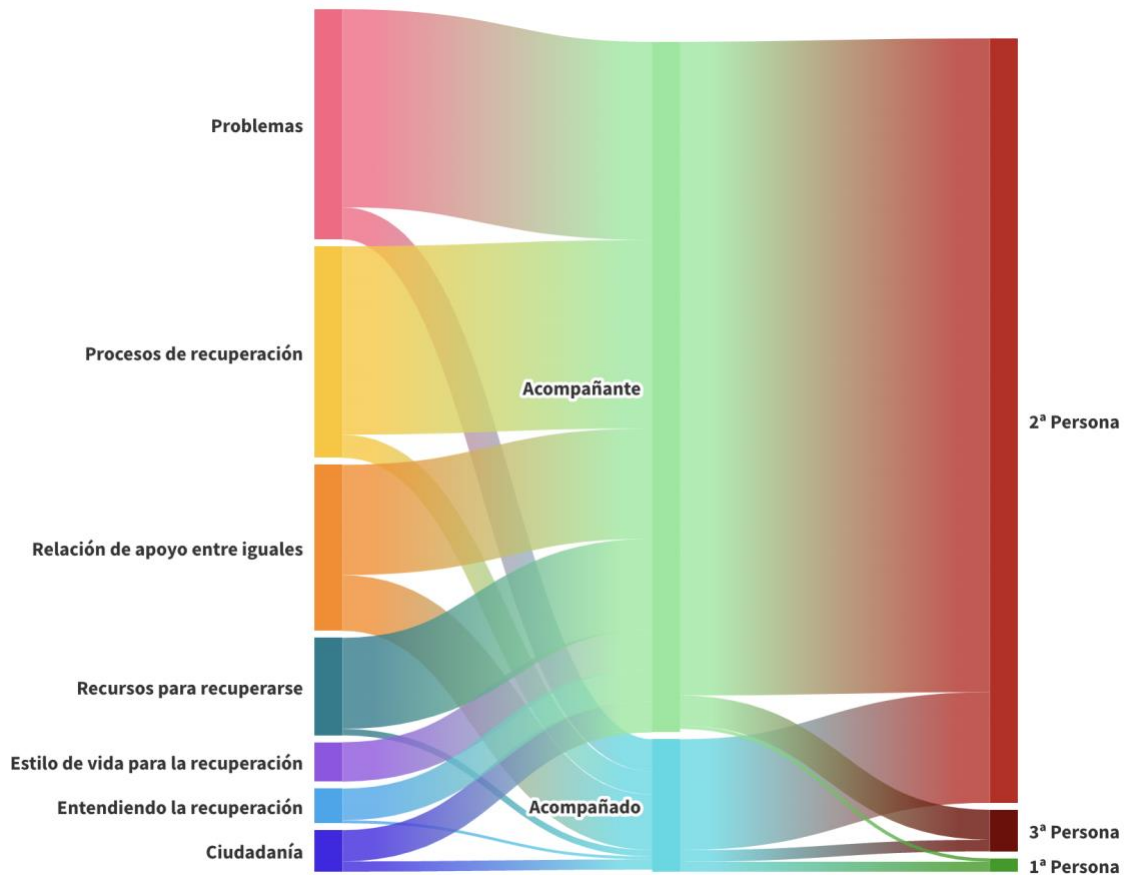


Ilustración 12. Visualización de las frecuencias relativas de cada tema y de cada punto de vista para los fragmentos codificados con estilo interrogativo, segmentadas según el rol de la persona participante. Las frecuencias absolutas se muestran en el Anexo 10.

4.2.5. El estilo y el discurso del trabajador de apoyo entre iguales.

El resultado del análisis temático muestra que, si descontamos la parte de la conversación destinada a atender los problemas de la persona usuaria y la parte que se invierte en la gestión y negociación de la relación de acompañamiento, el foco del TAISM está principalmente en la promoción del modelo de recuperación. Además de hablar de los recursos para recuperarse, en la conversación se invierte una notable cantidad de tiempo en entender la recuperación desde una nueva perspectiva y en señalar los procesos más importantes que intervienen en ella, tal como queda de manifiesto en la *Ilustración 7*.

El TAISM contribuye en gran medida (ver *Ilustración 8*) a generar un discurso en el que la recuperación sea percibida como algo posible, con síntomas o sin ellos, y que requiere empoderamiento, equilibrio personal y apoyo social. Se trata de una oportunidad que a la vez supone un gran reto, que se despliega como un proceso gradual y a largo plazo, con un carácter idiográfico, multimodal y no predeterminado (consultar el Anexo 3 para descripciones y ejemplos de estos conceptos). El TAISM, por tanto, aporta al acompañado una visión que contrapesa las ideas de enfermedad, sintomatología, diagnóstico, cronicidad y prevalencia que normalmente van asociadas al modelo biomédico de enfermedad mental, donde prima el conocimiento nomotético y experto por encima de la experiencia de vida, que por definición es idiográfica y vivencial.

Por otra parte, los procesos de recuperación que se enfatizan en este tipo de acompañamientos hacen referencia primordialmente a la promoción de la esperanza y el significado basados en la experiencia de vida, tanto propia como ajena, así como la necesidad de cultivar una identidad donde prime la aceptación de uno mismo y desde la que se promuevan actividades, creencias y relaciones significativas para la persona usuaria (consultar el Anexo 3 para descripciones y ejemplos de estos conceptos). De nuevo, la especial atención que el TAISM brinda

a este tipo de procesos es complementaria a la centralidad que en el modelo biomédico se otorga a conceptos como debut, recidiva, episodio, brote, respuesta al tratamiento, curso y pronóstico, los cuales se articulan en torno a la multiplicidad de los síntomas y no en torno a la unicidad de la vivencia de la persona usuaria.

Para caracterizar el estilo comunicativo del TAISM, es útil centrarse en los tipos de interacción que éste utiliza con mayor frecuencia. La *Ilustración 13* nos muestra que las veces que el trabajador confronta, clarifica o le hace preguntas directas a la persona los temas suelen ser los problemas de los usuarios y los procesos de recuperación. Es decir, cuando adopta una actitud más directiva e inquisitiva suele hacerlo en el marco de la delimitación y solución de problemas. Sin embargo, una gran parte de sus interacciones (ver *Ilustración 2*) son de tipo autorrevelación, negociación y ánimo, en cuyo caso están más distribuidas entre varios temas. En resumen, cuando la conversación se mueve en las coordenadas de problema-solución, los tipos de interacción tienden a ser más directivos e inquisitivos (preguntas directas, clarificaciones y confrontaciones), mientras que tipos de interacción más basados en la mutualidad (como la autorrevelación o el ánimo o apoyo) están asociados una mayor diversidad temática.

■ Estilo Mutua





Ilustración 13. Para el participante con rol de acompañante, distribución temática del recuento de palabras de los tres principales tipos de interacción de estilo mutuo (negociación, ánimo y autorrevelación) y los tres del estilo directivo (confrontación, pregunta directa y clarificación). Valores numéricos en el Anexo 11.

5. Discusión

En los acompañamientos individuales de los TAISM predomina el estilo de comunicación mutuo, el cual está basado en la experiencia personal y la no-direccionalidad. Se observan los valores, principios y competencias descritos para este rol en otros países (NHS, 2020). En la *Ilustración 1* se constata que tanto en el acompañante como en el acompañado predomina el uso de la primera y segunda persona. Los contenidos en tercera persona son marginales, lo que implica que la conversación gira en torno a las dos personas presentes y no tienen un peso importante la evaluación de terceros o de conocimientos objetivos externos, incluso en las partes más interrogativas del discurso (*Ilustración 12*). El tipo de interacción más habitual es la autorrevelación (ver *Ilustración 2* e *Ilustración 13*), por lo que los contenidos están basados en la propia experiencia y no en saberes adquiridos o generalizaciones. Por último, el uso moderado de los estilos interrogativos, imperativos, condicionales y exclamativos (ver *Ilustración 3*) permite afirmar que el TAISM se abstiene de imprimir una gran direccionalidad a la conversación.

En la *Ilustración 7* y la *Ilustración 8* se constata que los TAISM hablan principalmente de los problemas que plantean sus acompañados (ver detalle en la *Ilustración 9*) y de la negociación de la propia relación (ver detalle en la *Ilustración 10*), transicionando desde estos puntos de partida a una diversidad de aspectos que pueden ser enmarcados dentro del modelo de recuperación. Es llamativo que la valencia negativa de los problemas referidos por los acompañados (*Ilustración 9*) es máxima para aspectos como la desesperanza, las limitaciones al ejercicio de la ciudadanía y las hospitalizaciones, y sin embargo es moderada para los síntomas y emociones que experimentan. Esto podría significar que la atención prioritaria que el modelo biomédico otorga a los síntomas de la persona hace que estos problemas no se perciban tan negativamente como aquellos que no se abordan de manera directa desde los sistemas de salud, como pueden ser la pérdida de derechos, de esperanza y de significado. No obstante, estos resultados deben ser acogidos con prudencia, ya que los participantes en los *role-play* son personas que se encuentran en procesos de estabilidad en su recuperación y que están cívicamente comprometidas en la promoción de la salud mental, por lo que quizá no sean representativas de los problemas reales y de las valencias que manifestarían personas usuarias en situación de crisis y/o de marginalidad social. Este perfil de los participantes podría explicar también por qué los grupos de apoyo entre iguales se perciben con una valencia más positiva que la interacción con profesionales de la salud mental, las terapias o la medicación (*Ilustración 11*).

Tanto el estilo del TAISM como los temas que aborda parecen ser complementarios al de otros perfiles de la salud mental, en especial psicólogos clínicos y psiquiatras. Los estudios previos en el ámbito anglosajón muestran que estos trabajadores invierten la mayor parte de su tiempo haciendo acompañamientos individuales entre iguales (Cronise et al., 2016; Salzer et al., 2010) y no en otras tareas clínicas o administrativas. Además, también se ha descubierto que este tipo de

trabajadores aumenta en los participantes el sentido de esperanza, control y capacidad para efectuar cambios en sus vidas, su autocuidado, su sentido de pertenencia a la comunidad y su satisfacción con varios dominios de la vida. También se constata la disminución del nivel de depresión y psicosis de los participantes (Davidson et al., 2012). Por todo ello, la incorporación de estos perfiles parece tener un riesgo de solapamiento bajo con otros profesionales y ofrecer una oportunidad clara para la mejora de la oferta terapéutica y de su eficacia.

Actualmente no existen trabajadores de apoyo entre iguales contratados de manera estable por los proveedores de salud. Solo existen algunos casos de trabajadores inscritos en pruebas piloto o en programas experimentales. Por tanto, lo más cercano a las situaciones reales de que disponemos son las simulaciones de tipo *role-play* que se realizan en las formaciones de estos profesionales. Al tratarse de escenarios propuestos por los facilitadores del curso e interpretados por alumnos que saben que son evaluados —y que además no son representativos de toda la población usuaria— cabe esperar que existan sesgos tanto en las temáticas observadas como en el estilo de interacción. No obstante, los resultados obtenidos no parecen muy diferentes a los observados en otros análisis de contenidos de situaciones reales de apoyo entre iguales, ya sea mediante texto (Fukkink, 2011) o videoconferencia (Ahola Kohut et al., 2016).

6. Conclusión

En el trabajador de apoyo entre iguales abunda el estilo mutual, en contraposición al estilo más objetivo, directivo e impersonal al que recurren habitualmente el resto de los profesionales de la salud mental. De la misma manera, los temas a los que se refiere se alejan de aspectos científicos o clínicos y se centran en la propia experiencia de recuperación. Por todo ello, el rol de este tipo de nuevos profesionales parece complementario a los actuales perfiles que componen las plantillas

de los proveedores de salud. Por tanto, en base al estilo y a los contenidos de estos acompañamientos, no parecen justificados los temores al intrusismo profesional ni a la sustitución de los perfiles actuales por estos nuevos trabajadores.

Es más, los tipos de problemas y los recursos para superarlos que se mencionan en las conversaciones, así como la valencia con la que se discuten, indicarían que existen retos y oportunidades identificadas por las personas usuarias que el actual modelo biomédico imperante no puede cubrir y que podrían ser mejor atendidas con el concurso de los trabajadores de apoyo entre iguales, como podrían ser los derechos y deberes de las personas usuarias, la esperanza o el significado. Los resultados de este estudio constatan que el apoyo entre iguales individualizado podría ser una forma de *recovering citizenship* (Pettersen & Nesse, 2019; Rowe & Davidson, 2016) gracias a la cual las personas usuarias se acercan a las propuestas del modelo de recuperación desde un contexto de mayor integración ciudadana, mediante la interacción con sus iguales.

No obstante, sería necesario realizar un estudio similar en condiciones reales y no de *role-play*, contando con la participación de personas usuarias en diferentes estadios de su proceso de recuperación y de integración ciudadana. También sería necesario incorporar al análisis las conversaciones de las personas usuarias con otros profesionales de la salud mental, en especial psiquiatras y psicólogos clínicos. Esto nos permitiría cuantificar rigurosamente las diferencias de estilo y de temática que se apuntan en este estudio.

En resumen, el trabajador de apoyo entre iguales complementa tanto al resto de profesionales —gracias a su característico estilo mutal—, como al modelo biomédico —mediante la incorporación de los temas y las perspectivas propias del modelo *recovering citizenship*—.

Referencias

- Adame, A. L., & Leitner, L. M. (2008). Breaking out of the mainstream: The evolution of peer support alternatives to the mental health system. *Ethical Human Psychology and Psychiatry, 10*(3), 146-162. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.10.3.146>
- Ahmed, A. O., Doane, N. J., Mabe, P. A., Buckley, P. F., Birgenheir, D., & Goodrum, N. M. (2012). Peers and Peer-Led Interventions for People with Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 35*(3), 699-715. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.06.009>
- Ahola Kohut, S., Stinson, J., Forgeron, P., van Wyk, M., Harris, L., & Luca, S. (2016). A qualitative content analysis of peer mentoring video calls in adolescents with chronic illness. *Journal of Health Psychology, 23*(6), 788-799. <https://doi.org/10.1177/1359105316669877>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/H0095655>
- Associació Emilia. (s. f.). *Formació de Tècnics en Acompanyament i Suport Mutu en Salut Mental*. Recuperado 12 de septiembre de 2022, de <https://emiliaonline.org/2018/08/08/team/>
- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2022). *Atlas.ti* (N.º 22).
- Bachrach, L. L. (1978). A Conceptual Approach to Deinstitutionalization. *Psychiatric Services, 29*(9), 573-578. <https://doi.org/10.1176/ps.29.9.573>
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 63*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.003>

- Bonwell, C. C., & Eison, J. A. (1991). *Active Learning: Creating Excitement in the Classroom*. AEHE-ERIC Higher Education Report No. 1. The George Washington University, School of Education and Human Development.
- Boschma, G., & Devane, C. (2019). The Art of Peer Support: Work, Health, Consumer Participation, and New Forms of Citizenship in Late Twentieth-Century Mental Health Care in British Columbia. *BC Studies: The British Columbian Quarterly*, 202, 65-97.
<https://doi.org/10.14288/BCS.V0I202.190414>
- Bradstreet, S., & Pratt, R. (2010). Developing peer support worker roles: Reflecting on experiences in Scotland. *Mental Health and Social Inclusion*, 14(3), 36-41.
<https://doi.org/10.5042/MHSI.2010.0443>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706QP063OA>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, Virginia., & Clarke, Victoria. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. SAGE.
- Canva UK Operations Ltd. (2023). *Flourish*. <https://flourish.studio/>
- Carpintero, E., & Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria : psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70, 1957-1983*. Topía.
- Chinman, M., Oberman, R. S., Hanusa, B. H., Cohen, A. N., Salyers, M. P., Twamley, E. W., & Young, A. S. (2013). A Cluster Randomized Trial of Adding Peer Specialists to Intensive

- Case Management Teams in the Veterans Health Administration. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(1), 109-121. <https://doi.org/10.1007/S11414-013-9343-1>
- Copeland Center for Wellness and Recovery Inc. (s. f.). *Peer Specialists Database*. Recuperado 12 de septiembre de 2022, de <https://copelandcenter.com/peer-specialists>
- Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S., & Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 211-221. <https://doi.org/10.1037/PRJ0000222>
- Davidson, L., Bellamy, C., Chinman, M., Farkas, M., Ostrow, L., Cook, J. A., Jonikas, J. A., Rosenthal, H., Bergeson, S., Daniels, A. S., & Salzer, M. (2018). Revisiting the Rationale and Evidence for Peer Support. *Psychiatric Times*, 35(6). <https://www.psychiatrictimes.com/view/revisiting-rationale-and-evidence-peer-support>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/J.WPSYC.2012.05.009>
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187. <https://doi.org/10.1093/CLIPSY.6.2.165>
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (2006). Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.165>

- Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 189-205.
- Fortuna, K. L., Solomon, P., & Rivera, J. (2022). An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *The Psychiatric Quarterly*, 93(2), 571. <https://doi.org/10.1007/S11126-022-09971-W>
- Fukkink, R. (2011). Peer Counseling in an Online Chat Service: A Content Analysis of Social Support. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 247-251. <https://doi.org/10.1089/CYBER.2010.0163>
- Gagne, C. A., Finch, W. L., Myrick, K. J., & Davis, L. M. (2018). Peer Workers in the Behavioral and Integrated Health Workforce: Opportunities and Future Directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), S258-S266. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.010>
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(3), 293-306. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4>
- Google Inc. (2023). *Google Sheets: Online Spreadsheet Editor*. <https://www.google.com/sheets/about/>
- Hamer, H. P., Rowe, M., & Seymour, C. A. (2019). ‘The right thing to do’: Fostering social inclusion for mental health service users through acts of citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 297-305. <https://doi.org/10.1111/INM.12533>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). 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>

Implementing Recovery through Organisational Change [ImROC]. (2013, junio 5). *Peer Support Workers: Theory and Practice*. <https://imroc.org/resource/5-peer-support-workers-theory-and-practice/>

Intentional Peer Support. (s. f.). *Peer support is about Social Change*. Recuperado 13 de septiembre de 2022, de <https://www.intentionalpeersupport.org/?v=b8a74b2fbcbb>

Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>

Kelly, E., Fulginiti, A., Pahwa, R., Tallen, L., Duan, L., & Brekke, J. S. (2013). A Pilot Test of a Peer Navigator Intervention for Improving the Health of Individuals with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 435-446. <https://doi.org/10.1007/S10597-013-9616-4>

King, A. (1993). From Sage on the Stage to Guide on the Side. *College Teaching*, 41(1), 30-35. <http://www.jstor.org/stable/27558571>

Landers, G., & Zhou, M. (2009). An Analysis of Relationships Among Peer Support, Psychiatric Hospitalization, and Crisis Stabilization. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 106-112. <https://doi.org/10.1007/S10597-009-9218-3>

Landers, G., & Zhou, M. (2014). The impact of Medicaid peer support utilization on cost. *Medicare & Medicaid Research Review*, 4(1), E1-E14. <https://doi.org/10.5600/mmrr.004.01.a04>

- Leamy, M., Bird, V., le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445-452.
<https://doi.org/10.1192/BJP.BP.110.083733>
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(39).
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- MacIntyre, G., Cogan, N., Stewart, A., Quinn, N., O'Connell, M., & Rowe, M. (2022). Citizens defining citizenship: A model grounded in lived experience and its implications for research, policy and practice. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), e695-e705.
<https://doi.org/10.1111/HSC.13440>
- Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 276-281.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000074>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141. <https://doi.org/10.1037/H0095032>
- National Health Service [NHS]. (2020). *The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers*.
- National Survivor User Network [NSUN]. (2019, octubre 9). *Peer Support Charter*.
<https://www.nsun.org.uk/resource/peer-support-charter/>
- Neuendorf, K. A., Skalski, P. D., Cajigas, J. A., & Allen, J. C. (2017). *The content analysis guidebook*. SAGE.

- Peers For Progress. (s. f.). *Train Peer Supporters*. Recuperado 12 de septiembre de 2022, de <http://peersforprogress.org/take-action/train-peer-supporters/>
- Pettersen, H., & Nesse, L. (2019). Recovering Citizenship in a Norwegian Context: Conceptual Considerations and Implications. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 22(1-2), 13-25.
- Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pricor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. En D. Lowe (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Número 3). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>
- Puschner, B., Repper, J., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., Ryan, G., Baillie, D., Shamba, D., Ramesh, M., Moran, G., Lachmann, M., Kalha, J., Pathare, S., Müller-Stierlin, A., & Slade, M. (2019). Using Peer Support in Developing Empowering Mental Health Services (UPSIDES): Background, Rationale and Methodology. *Annals of Global Health*, 85(1), 53.1-53.10. <https://doi.org/10.5334/AOGH.2435>
- Rao, D., & Stupans, I. (2012). Exploring the potential of role play in higher education: Development of a typology and teacher guidelines. *Innovations in Education and Teaching International*, 49(4), 427-436. <https://doi.org/10.1080/14703297.2012.728879>
- Reis, G., Bromage, B., Rowe, M., Restrepo-Toro, M. E., Bellamy, C., Costa, M., & Davidson, L. (2022). Citizenship, Social Justice and Collective Empowerment: Living Outside Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 93(2), 537-546. <https://doi.org/10.1007/S11126-021-09968-X>
- X/METRICS

- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392-411.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rowe, M. (2015). *Citizenship and Mental Health*. Oxford University Press.
- Rowe, M., Bellamy, C., Baranoski, M., Wieland, M., O'Connell, M. J., Benedict, P., Davidson, L., Buchanan, J., & Sells, D. (2007). A peer-support, group intervention to reduce substance use and criminality among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 58*(7), 955-961.
<https://doi.org/10.1176/PS.2007.58.7.955/ASSET/IMAGES/LARGE/IX12T5.JPEG>
- Rowe, M., Benedict, P., Sells, D., Dinzeo, T., Garvin, C., Schwab, L., Baranoski, M., Girard, V., & Bellamy, C. (2009). Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 4*(4), 224-244.
<https://doi.org/10.1080/15560350903340874>
- Rowe, M., & Davidson, L. (2016). Recovering Citizenship. *Israel Journal of Psychiatry, 53*(1), 14-21.
- Salzer, M. S., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatric Services, 61*(5), 520-523.
<https://doi.org/10.1176/PS.2010.61.5.520>
- Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric rehabilitation journal, 25*(3), 281-288.
<https://doi.org/10.1037/H0095014>

Sanchez-Moscona, C., & Eiroa-Orosa, F. J. (2021). Training mental health peer support training facilitators: a qualitative, participatory evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 261-273. <https://doi.org/10.1111/inm.12781>

Satcher, D. (2000). Mental health: A report of the Surgeon General--Executive summary. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 5-13. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.5>

Scottish Recovery Network. (2012). *Experts by Experience. Values Framework for Peer Working*. https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2020/12/Values_Framework_Peer_Working.pdf

Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing Recovery. A Methodology for Organisation Change*.

Sledge, W. H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2011). Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services*, 62(5), 541-544. https://doi.org/10.1176/PS.62.5.PSS6205_0541

Solomon, P. (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>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2015). *Core Competencies for Peer Support Workers in Behavioral Health Systems*. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/core-competencies_508_12_13_18.pdf

Tse, S., Tsoi, E. W. S., Wong, S., Kan, A., & Kwok, C. F. Y. (2014). Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: preliminary evaluation and experience. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 211-218.

<https://doi.org/10.1177/0020764013481427>

US Department of Veteran Affairs. (s. f.). *VISN 1 MIRECC Education Products: Peer Support*.

Recuperado 12 de septiembre de 2022, de

<https://www.mirecc.va.gov/visn1/education/peer.asp>

Zabaleta González, R. (2021). «Peer support workers» o trabajadores de apoyo entre iguales, ¿un nuevo perfil en el ámbito social de la salud mental? En *Hacia un modelo de investigación sostenible en educación*. Dykinson.

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

<https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.12>

Anexo

Anexo 1

Descripciones y ejemplos para cada atributo utilizado en el análisis de contenido

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------------------|-----------------|--|--|
| Género | | | |
| | Masculino | La persona hablante se autopercibe con género masculino. | |
| | Femenino | La persona hablante se autopercibe con género femenino. | |
| Punto de vista | | | |
| | Primera persona | Los verbos principales se conjugan en la primera persona del singular o del plural. | “Pues no creo que en mucha cosa pero bueno estoy bastante cansada el tema” |
| | Segunda persona | Los verbos principales se conjugan en la segunda persona del singular o del plural. | “¿Y lo trabajas con un terapeuta? No solo con el psiquiatra” |
| | Tercera persona | Los verbos principales se conjugan en la tercera persona del singular o del plural. | “En los servicios de salud mental hay atención psicológica también ¿no?” |
| Rol | | | |
| | Acompañado | La persona hablante tiene el rol de usuario de salud mental. | |
| | Acompañante | La persona hablante tiene el rol de trabajador de apoyo entre iguales. | |
| Tipo de frase | | | |
| | Condicional | Tiempo verbal que expresa la acción como hipotética. | “Sí porque dormiría más, haría un poquito más de bondad con el tema del café, y bueno, incluso intentaría regularme un poco más las circunstancias”. |
| | Declarativa | Se afirma algo de manera clara y directa y no pertenece a ninguno de los otros cuatro tipos. | “No me siento como me sentía hace unos cuatro años cuando me empezaron a dar el |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|---------------------|------------------------|---|---|
| | | | Zyprexa, que estaba en mi peso normal”. |
| | Exclamativa | Expresan una emoción de manera notoria o una opinión con una fuerte carga emocional. | “Ya, pero es que yo no entiendo por qué estoy aquí. ¡Es todo muy injusto!”. |
| | Imperativa | Expresan una orden o mandato directos o un imperativo moral grave aunque se formule de manera declarativa. | “Haz caso un poco a los médicos. Como dice el refrán nadar y guardar la ropa”. |
| | Interrogativa | Se formula una pregunta, de manera directa o indirecta. | “Lo importante es ¿tú crees que verdaderamente está injustificado el que sigas ingresada?”. |
| Tipo de Interacción | | | |
| | Acuerdo o asentimiento | Cualquier expresión que implique convergencia de intereses, acuerdo en la negociación de significados o simple asentimiento a lo que expresa la contraparte. | “Bé, guapa, doncs quedem així”. |
| | Ánimo | Expresiones encaminadas a movilizar al otro, empujándolo a realizar una acción, normalmente utilizando el imperativo. | “Dile cómo te sientes. Que no te gusta tu imagen, que no estás a gusto contigo misma”. |
| | Autorrevelación | Revelación de algún aspecto privado por propia iniciativa o respondiendo a una pregunta. | “Yo tenía complejo de pequeño, de delgado y se lleva muy mal tener complejos tanto de un extremo como del otro, se pasa mal”. |
| | Clarificación | Pregunta, paráfrasis o repetición encaminada a que el otro pueda clarificar, matizar o reafirmar el último punto de la conversación, sin intención de confrontarlo. Por lo general implica el uso de la 2ª persona. | “No lo ves útil para tu recuperación”. |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------|----------------|--|--|
| | Confrontación | Interacción en la que se cuestiona o interpela al otro para que revise su última afirmación. Existe la intención de mostrar resistencia al significado de la realidad que el otro pretende establecer. | “¿No crees que se puede tener una vida plena y feliz sin tener hijos?”. |
| | Demanda | Petición expresa que se realiza ya sea al receptor o en general. A diferencia de la queja, es productiva ya que tiene un objetivo más o menos claro. | “Aunque no te conozco de nada sé que me vendría bien un abrazo tuyo”. |
| | Diatriba | Queja vehemente en la que existe un componente de violencia verbal y/o de expresión contundente de una frustración. | “Perquè mira, el gilipollas de l’infermer de turno, que és un subnormal i un borde, acaba de fotre un crit a una pobre noia que no estava fent res. I després...”. |
| | Explicación | Aportar detalles y descripciones de aspectos de la realidad externos a los sujetos de la conversación o con un fuerte componente objetivo. | “Claro, hay grupos de actividades, de... grupos de apoyo mutuo, grupos de actividades, sea de la que sea. Hay diferentes historias. Hay GAMs. Hay... Hay...”. |
| | Gratitud | Manifestar agradecimiento por algo que el otro ha realizado. | “No... Me ayuda, sí, me ayuda. Gracias”. |
| | Interpretación | Se usa en el sentido terapéutico de la palabra. Proponer significados sobre las vivencias del otro, con el objetivo de influir en la autopercepción de la otra persona. | “El primer paso ya lo has dado, que es venir aquí. Y estás buscando ayuda y eso es bueno, para solucionar tus problemas”. |
| | Llanto | La persona llora, por lo general en silencio. | |
| | Negociación | Búsqueda de un marco común de interpretación de la realidad. Establecimiento de unos límites sobre el | “Lo que pasa es que la medicación... Yo ahí no puedo entrar porque eso es cuestión del médico”. |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------|----------------------------------|---|--|
| | | contenido de la conversación, sobre la relación entre iguales, etc. | |
| | Opinión | Se expresa una opinión particular sobre un tema específico, externo al interlocutor. Existe un componente subjetivo que no permite que sea una mera “explicación”. | “Es lógico que no te entiendan los médicos en estos temas. Hay pocos, yo no conozco muchos que entiendan de estados alterados de conciencia y todo eso”. |
| | Pregunta Directa | Una de las dos partes confronta de manera directa a la otra demandando una respuesta específica. | “¿Pero tú comes por ansiedad o porque te gusta?”. |
| | Propósito | Una de las dos partes expresa que está haciendo o hará en el futuro una acción que repercute de manera directa en su proceso de recuperación. | “Es como que he perdido esa luz, y quiero encontrar esa luz como sea”. |
| | Propuesta | Una de las dos partes propone a la otra una acción futura, normalmente tras unas interacciones de negociación. Suele aparecer como conclusión o fruto de la conversación. | “En la recepción te puedes apuntar a lo que te parezca más atractivo para ti y verás que todos estos recursos te van a ayudar”. |
| | Queja | Juicio negativo sobre algún aspecto que incomoda de alguna manera al emisor, con intención más de desahogo o de expresión de rechazo que de buscar una solución. | “Hablar con un psiquiatra, luego hablar con otro, con un psicólogo diferente que tengo en el CSMA. Luego hablar con una enfermera. Luego, ahora hablar contigo”. |
| | Refuerzo positivo o reafirmación | Expresión de validación o de aprobación explícita sobre una conducta del otro, con la intención de reforzarla. | “Lo de la piscina es buena idea. Haces mucha gimnasia y cuando tienes lesiones va bien”. |
| | Retraerse de la conversación | Expresión de rechazo a la conversación o muestras de no querer seguir con la comunicación. | “Puede que tengas razón, pero es que ya... Todo el mundo así... puff”. |
| | Risa o broma | Risas, carcajadas. | |

| Dimensión | Atributo | Definición | Ejemplo |
|-----------------|----------|--|--|
| | Saludo | Saludos iniciales y finales, formalidades. | “¡Hola! ¿Cómo estás?”. |
| | Silencio | Momentos intencionales de silencio de más de dos segundos de duración. | |
| Valencia | | | |
| | Positiva | El discurso se centra en las posibilidades de mejora y/o de recuperación, en la búsqueda de oportunidades y en la colaboración | “Sí, esta es la vez que más tiempo he aguantado”. |
| | Negativa | Existe fatalismo, derrotismo, confrontación, queja improductiva o resignación | “Estar aquí, no. Esto no me sirve de nada”. |
| | Neutra | No se cumplen las condiciones para ser positiva o negativa | “Ahora contigo estoy bien pero yo normalmente no estoy bien con la gente”. |

Anexo 2

Histórico de agregaciones en los códigos. No se incluye el histórico de cambios de nombre.

| Código final | Códigos previos fusionados en el código final |
|--|--|
| Acompañamiento incondicional | “Incondicionalidad”. |
| Adicción a sustancias y compulsiones | “Abuso de sustancias”. |
| Autoexpresión | “Lectura y escritura” y “Canto y danza”. |
| Clarificación de los roles | “Acompañamiento incondicional” |
| Conexión y empatía entre iguales | “Autorrevelación” y “Ofrecimiento de experiencia personal”. |
| Desesperanza y desánimo | “Desánimo”. |
| Dificultades para ser un ciudadano | “Dificultad para trabajar” y “Dificultad para ser padre”. |
| Emociones y circunstancias actuales | “Problemas físicos”. |
| Esperanza y significado basados en la experiencia de vida | “Esperanza basada en la propia historia de vida”, “Esperanza basada en la historia de vida de otros” y “Significado a través de la propia historia de vida”. |
| Hablar con un profesional de SM | “Hablar con el psicólogo”, “Hablar con el trabajador social” y “Cambio de profesionales”. |
| Identidad y autoaceptación | “Problemas de autoimagen” y “Rasgos de identidad positivos”. |
| La recuperación es idiográfica, multimodal y no predeterminada | “La recuperación es multimodal” y “La recuperación no está predeterminada”. |
| La recuperación es un proceso gradual y a largo plazo | “La recuperación es un objetivo a largo plazo”, “La recuperación es un proceso a largo plazo” y “La recuperación es gradual”. |
| La recuperación es una oportunidad y un reto | “La recuperación es un reto”. |
| La recuperación es posible y requiere empoderamiento | “La recuperación es prioritaria”, y “La recuperación es posible”. |
| La recuperación requiere equilibrio personal y apoyo social | “La recuperación requiere apoyo social”. |
| La recuperación requiere apoyo social | “Autoestigma”. |
| Negociación de la conversación | “Confidencialidad”. |
| Participación cívica y activismo | “Participación en Asociaciones”. |
| Relaciones significativas | “Red de apoyo”. |
| Restricciones, aburrimiento y soledad | “Falta de actividades en la hospitalización” y “Aislamiento y soledad”. |
| Rutinas saludables | “Hábitos alimentarios”, “Descanso” y “Tiempo de silencio”. |
| Síntomas, adicciones, compulsiones y comportamientos disruptivos | “Otros síntomas”, “Psicosis”, “Suicidio” y “Comportamiento disruptivo”, “Adicción a |

| Código final | Códigos previos fusionados en el código final |
|-------------------------------------|---|
| Terapias y medicación | sustancias y compulsiones” y “Abuso de sustancias”. “Recursos Generales”, “Terapias clínicas y medicación” y “Terapias ocupacionales”. |
| Tratamiento: ajustes y alternativas | “Ajuste del Tratamiento” y “Explorar soluciones alternativas”. |
| Tratamientos forzosos | “Medicación forzosa”. |

Anexo 3

Descripciones y ejemplos para cada código utilizado en el análisis temático

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|--|----------------------------------|--|---|
| Ciudadanía | | | |
| | Participación cívica y activismo | Activismo en salud mental o participación en la vida cívica de cualquier tipo como manera de vivir una ciudadanía más plena. | “Pues sí, mirar centros cívicos donde a lo mejor ayudas y es más económico”. |
| | Evaluación del sistema de salud | Manifiestar opiniones sobre el sistema de salud, como instrumento para la promoción del derecho a la salud. | “También es cuestión de que se pueda pagar, no sé si puedes pagarlo o si no la Seguridad Social también tiene”. |
| | Derechos de la persona usuaria | Reflexión sobre la vulneración o promoción de los derechos de las personas usuarias. | “Bueno, yo pienso que el avance lo has hecho, porque ya te estás defendiendo”. |
| | Responsabilidades laborales | Evaluación del rol de las responsabilidades laborales en la salud mental | “A mí el trabajo me sana”. |
| Estilo de vida para la recuperación | | | |
| | Rutinas saludables | Señalar la importancia de las rutinas diarias para mantener un equilibrio y promover la recuperación. | “Pero antes de entrar ¿qué hacías? Pregunto. O sea, ¿tenías más movimiento? ¿O tampoco? Ahora es normal que estés todo el día en la cama, pero antes quizá hacías más cosas... Pregunto”. |
| | Atención plena | Mindfulness, atención plena, estar presente, mantener la concentración en una tarea concreta, etc... | “Intentaré hacer un poquito de respiración para no irme de la parra”. |
| | Ejercicio físico | Actividad física, deporte, movimiento, pasear, mantenerse activo, excursiones, exploración, etc... | “Yo necesito correr, correr y saltar”. |
| | Expresión artística | Escritura, lectura, danza, canto, pintura y en general cualquier expresión cultural o artística de la propia individualidad. | “T’agrada escriure?”. |
| Problemas | | | |

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|------|---|---|--|
| | Conflicto con los seres queridos | La conversación se centra en las dificultades y conflictos con los seres queridos. | “Y vienen y me agobian [Hablando de los padres, negando con la cabeza]”. |
| | Conflicto con los profesionales de Salud Mental | Dificultades y conflictos con los distintos profesionales que están implicados en la salud mental de las personas usuarias. | “Viene el psiquiatra y bueno ¿a ti qué te ha pasado? ¿Dónde has estado? ¿Qué has hecho? Y el otro psiquiatra, y luego la psicóloga y luego el enfermero”. |
| | Emociones y circunstancias actuales | Manifestación de dificultad en la vida cotidiana a causa de las emociones y/o circunstancias que se están experimentando en el momento actual. | “Te diría tranquilo, pero ya sé que no puedes estar tranquilo”. |
| | Dificultades para ejercer la ciudadanía | Cualquier dificultad que se experimente para ejercer los derechos y deberes básicos del ciudadano, cumplir con los roles habituales o acceder a los recursos. | “Yo tenía mi trabajo, tenía mis amigos y de repente se fue todo al garete y ya no veo nada claro. No sé si voy a tener trabajo cuando salga de aquí”. |
| | Tratamientos forzosos | Conflictos a causa de los ingresos forzosos, las contenciones o la medicación forzosa. | “Yo quiero salir de aquí”. |
| | Desesperanza y desánimo | Manifestaciones de falta de esperanza o de carencia de motivación para seguir adelante con la vida. | “Yo estoy muy cansada de estar hablando todo el rato y cambiando de persona y todo eso, a mí me aburre mucho, estoy escuchándome todo el rato a mí misma y mis problemas”. |
| | Hospitalizaciones largas o repetidas | Dificultades a causa de hospitalizaciones demasiado extensas o muy frecuentes. | “He estado ingresada en subagudos, demasiado tiempo”. |
| | Mentalidad de enfermedad mental y estigma | La causa del problema es el estigma o el autoestigma, frecuentemente asociado a una mentalidad en la que se ve el problema de salud mental más como una enfermedad que como una diversidad. | “Es algo que me ha costado mucho a lo largo de mi vida porque también me sentía muy avergonzado de ir al psicólogo”. |

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|--|--|---|--|
| | Desconfianza y falta de entendimiento | Problemas de comunicación y de confianza en general, que impiden relaciones significativas. | “Lo que me plantean para mí no es correcto y entonces no busco, como tú dirías, el término medio”. |
| | Problemas derivados de la medicación | Efectos secundarios y problemas directamente asociados a la medicación psiquiátrica. | “Es complicado porque el tema de la medicación pues retiene líquidos y engorda y bueno, la vida sedentaria, comer mucho, la ansiedad”. |
| | Restricciones, aburrimiento y soledad | Todo tipo de dificultades asociadas a la restricción de la libertad de movimientos, a la falta de actividades y relaciones significativas. | “pero aquí no se hace nada. Hay un pasillo para andar, una ventana para mirar y compañeros que no... que no... que no... que no”. |
| | Síntomas, adicciones, compulsiones y comportamientos disruptivos | Interferencia de los síntomas clínicos o de los comportamientos disruptivos habituales en las fases distímicas. Uso y abuso de psicotrópicos y otras conductas compulsivas, aunque no impliquen intoxicación química. | “Yo reconozco que alguna vez he tenido una psicosis”. “Fumo porros i bec alcohol. I m’ho passo molt bé quan estic així”. |
| Relación de apoyo entre iguales | | | |
| | Disponibilidad y reuniones | Fases de la conversación en la que se negocia la disponibilidad mutua para las posibles reuniones futuras entre el acompañante y el acompañado. | “Vale... Quedamos en que te llamo yo un día cuando me sienta más preparada para exteriorizarme porque ahora estoy un poco aplacada. Entonces te llamo y quedamos”. |
| | Oportunidad laboral | Reflexiones en torno a la oportunidad laboral que supone trabajar como apoyo a otras personas con problemas de salud mental. | “Hacer de tú me gustaría”. |
| | Mediación | Se apela al trabajador de apoyo entre iguales como mediador en un conflicto con un ser querido o los profesionales. | “Si me das permiso, yo luego lo puedo comentar con el equipo y entonces, igual lo ven de otra manera”. |
| | Mutualidad | Se refuerza la idea de que la relación de apoyo debe realizarse desde la máxima mutualidad e igualdad. | “Porque tú lo necesitas, pero es que yo también”. |

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|---------------------------------|---|--|---|
| | Negociación de actividades | Planificación de las actividades que se pueden llevar a cabo en los acompañamientos. | “Mira, ¡ya está! Ya vale. Vamos a hacer algo diferente. Ya te he escuchado mucho rato y vamos a hacer algo diferente. Porque ya sí, sí, sí, de acuerdo. No sé, si quieres nos ponemos a correr o algo así. O hacemos algo divertido”. |
| | Negociación de la conversación | Establecimiento de los límites en los que se debe enmarcar la conversación entre iguales. Explicación de la naturaleza de la misma. | “Y conmigo puedes explicarme esto que me acabas de decir con confianza y ya está”. |
| | Conexión y empatía entre iguales | Momentos en los que se produce una identificación explícita entre acompañante y acompañado basada en una historia vital común o en la empatía. | “Yo en mi caso con mi padre ha sido muy parecido a tú con los tuyos. Si te das cuenta te he nombrado a mi madre pero no te he nombrado a mi padre. Mi padre era mucho más... mucho más como tus padres son contigo ¿no?”. |
| | Clarificación de los roles | Negociación de los roles de acompañante y acompañado, más allá de los aspectos específicos de las actividades conjuntas y de la conversación. Explicación de qué es el apoyo entre iguales y de su naturaleza incondicional. | “Pero yo no puedo hacer un alta. Yo no soy médico. No tengo autoridad ni formación necesaria, ni carrera como para poder hacer eso”. |
| Procesos de recuperación | | | |
| | Esperanza y significado basados en la experiencia de vida | Procesos de recuperación que se ven reforzados gracias a la esperanza y el significado adquiridos de manera directa o vicaria, a través de las historias de vida propias o ajenas. | “¿Tú cómo lo has hecho?”. “A mí me ha ayudado mucho pensar que voy a volver a estar bien”. |
| | Identidad y autoaceptación | Importancia de desarrollar una identidad positiva y una buena autoaceptación para potenciar el proceso de recuperación. | “¿Y cómo te sientes sobre ello? ¿Estás contenta? ¿Te lo crees, no te lo crees?”. |

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|------------------------------------|---|---|---|
| | Actividades significativas | Se enfatizan las actividades que dan sentido a la vida, más allá de que puedan ser saludables o no por sí mismas. | “¿Y con niños has trabajado alguna vez? ¿O es algo que te gustaría pero que nunca lo has hecho?”. |
| | Creencias significativas | Acogida de aquellas creencias que son significativas y pueden reforzar el sentido de la existencia. | “Porque ahora he visto que tienes la Biblia aquí en el fondo, ¿crees en todo esto? Tienes la Virgen”. |
| | Relaciones significativas | Promoción de las relaciones que son significativas para la persona usuaria y que pueden tener un impacto positivo en su recuperación. | “Igual que si necesitas cariño tienes que permitir dejarte querer y permitir que se te de ese cariño”. |
| Recursos para recuperarse | | | |
| | Actitud colaborativa | Necesidad de una actitud abierta y colaborativa para poder acceder a los recursos necesarios para la recuperación. | “Vale. Yo me voy a portar bien y me van a dar ese permiso”. |
| | Grupos de apoyo entre iguales | Señalar los grupos de apoyo entre iguales como un recurso más para el proceso de recuperación. | “Pues sabes que fuera siguen existiendo muchos grupos de apoyo mutuo y de... de actividades que te hacen sentir mejor”. |
| | Hablar con profesionales de la Salud Mental | Menciones a la necesidad de apoyarse en el psicólogo, el psiquiatra, el trabajador social o cualquier otro rol vinculado a la salud mental. | “En los servicios de salud mental hay atención psicológica también ¿no?”. |
| | Terapias y medicación | Menciones a las terapias clínicas, terapias ocupacionales y a la medicación como herramientas útiles en el proceso de recuperación. | “¿Crees que con un poco más de medicación te iría bien?”. “I l’hort? No n’hi ha hort?”. |
| | Tratamiento: ajustes y alternativas | Explorar la posibilidad de ajustar la medicación y de buscar alternativas para respetar la idiosincrasia de la persona usuaria y maximizar las posibilidades de recuperación. | “Tienes que decírselo y convencerle de que para ti es muy importante este tema. No sirve de nada que te den fármacos si tú no estás a gusto contigo misma. Te hace sufrir”. |
| Entendiendo la recuperación | | | |

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|------|--|---|--|
| | La recuperación es una oportunidad y un reto | La recuperación es una oportunidad para volver a tener una vida plena, pero es un camino exigente. | “Pero bueno, tocaste fondo y eso te ha servido para crecer y ahora estás bien, ¿no? Estás mejor”. |
| | La recuperación es un proceso gradual y a largo plazo | La recuperación no suele darse de manera súbita, con singularidades temporales, sino que se desarrolla con cambios paulatinos y observables solo a largo plazo. | “Un proceso que estoy intentando cambiar poquito a poquito cosas, pero me está costando”. |
| | La recuperación es idiográfica, multimodal y no predeterminada | Hay tantos procesos de recuperación como personas, existen muchas maneras de recuperarse, sin que haya unos modos lineales, predeterminados y generalizables a todas las personas usuarias. Incluso para una misma persona los procesos de recuperación pasados no predeterminan los futuros. | “cada persona tiene unas necesidades y... tiene un tiempo de recuperación. Ojalá el tuyo sea más breve que largo y que yo pueda verlo”. “Tienes muchas opciones”. |
| | La recuperación es posible y requiere empoderamiento | Énfasis en que siempre es posible iniciar un proceso de recuperación, para el cual el empoderamiento de la persona usuaria es un factor determinante. | “¿Y tú qué crees que se puede hacer?”. “Escuchando y pensando en cuáles son las herramientas que más me convienen o más me pueden ayudar”. |
| | La recuperación requiere equilibrio personal y apoyo social | Es necesario conjugar el equilibrio personal con el apoyo de los demás para que la recuperación sea posible. | “El primer paso ya lo has dado, que es venir aquí. Y estás buscando ayuda y eso es bueno, para solucionar tus problemas”. |
| | La recuperación es posible con o sin síntomas | Remarcar que la idea no es una vida perfecta, libre de cualquier malestar o síntoma, sino la integración de estos de manera que generen la menor disrupción posible. Se remarca que es se puede alcanzar una estabilidad y una plenitud de vida, aunque existan fases sintomáticas. | “Hay veces que el camino que se hace duro y hay veces que hace falta compartir simplemente el peso. (duda) A mí personalmente es lo que me llama también, sobre todo cuando estoy en alguna problemática o lo que sea aparecen ahí los patrones antiguos que quieren volver. |

| Tema | Código | Definición | Ejemplo |
|------|--------|------------|---|
| | | | Pero bueno, al final ya llevo un tiempo que estoy bastante estable y lejos de todo eso y claro que tengo malos días, pero en general mi vida es más sostenible que antes. No sé”. |

Anexo 4

Recuento de las palabras según los diferentes atributos segmentados por el rol

| Dimensión | Atributos | Acompañado | Acompañante |
|----------------------------------|------------------------------|------------|-------------|
| Género | Femenino | 7507 | 4342 |
| | Masculino | 2166 | 10711 |
| Punto de Vista | 1ª persona | 7766 | 7295 |
| | 2ª persona | 676 | 6103 |
| | 3ª persona | 1066 | 1531 |
| Tipo de interacción | Autorrevelación | 3043 | 4680 |
| | Queja | 2571 | 41 |
| | Diatriba | 1042 | 0 |
| | Negociación | 703 | 1811 |
| | Acuerdo o asentimiento | 346 | 345 |
| | Opinión | 275 | 912 |
| | Propósito | 252 | 15 |
| | Pregunta Directa | 242 | 1149 |
| | Retraerse de la conversación | 237 | 0 |
| | Demanda | 227 | 107 |
| | Confrontación | 204 | 1027 |
| | Interpretación | 113 | 1176 |
| | Gratitud | 101 | 15 |
| | Explicación | 85 | 413 |
| | Propuesta | 83 | 1026 |
| | Saludo | 59 | 84 |
| | Silencio | 41 | 30 |
| | Clarificación | 30 | 289 |
| | Llanto | 17 | 0 |
| | Risa o broma | 2 | 19 |
| Ánimo | 1 | 1297 | |
| Refuerzo positivo o reafirmación | 0 | 623 | |
| Tipo de frase | Condicional | 99 | 298 |
| | Declarativo | 7963 | 10932 |
| | Exclamativo | 905 | 133 |
| | Imperativo | 40 | 894 |
| | Interrogativo | 504 | 2628 |
| Valencia | Positivo | 2878 | 11599 |
| | Neutral | 1024 | 2834 |
| | Negativo | 5628 | 454 |

Anexo 5

Recuento de las palabras según los diferentes atributos para los trabajadores de apoyo entre iguales (rol de acompañante), segmentados por el género

| Dimensión | Atributos | Femenino | Masculino |
|----------------------------------|------------------------------|----------|-----------|
| Punto de Vista | 1ª persona | 1560 | 5735 |
| | 2ª persona | 2329 | 3774 |
| | 3ª persona | 401 | 1130 |
| Tipo de interacción | Autorrevelación | 829 | 3851 |
| | Queja | 0 | 41 |
| | Diatriba | 0 | 0 |
| | Negociación | 602 | 1209 |
| | Acuerdo o asentimiento | 128 | 217 |
| | Opinión | 216 | 696 |
| | Propósito | 0 | 15 |
| | Pregunta Directa | 306 | 843 |
| | Retraerse de la conversación | 0 | 0 |
| | Demanda | 0 | 107 |
| | Confrontación | 353 | 674 |
| | Interpretación | 535 | 641 |
| | Gratitud | 6 | 9 |
| | Explicación | 174 | 239 |
| | Propuesta | 251 | 775 |
| | Saludo | 14 | 70 |
| | Silencio | 17 | 13 |
| | Clarificación | 102 | 187 |
| | Llanto | 0 | 0 |
| | Risa o broma | 1 | 18 |
| Ánimo | 590 | 707 | |
| Refuerzo positivo o reafirmación | 218 | 405 | |
| Tipo de frase | Condicional | 167 | 131 |
| | Declarativo | 3041 | 7891 |
| | Exclamativo | 21 | 112 |
| | Imperativo | 306 | 588 |
| | Interrogativo | 710 | 1918 |
| Valencia | Positivo | 3133 | 8466 |
| | Neutral | 902 | 1932 |
| | Negativo | 213 | 241 |

Anexo 6

Recuento de las palabras según los diferentes temas y códigos, segmentados por el rol

| Tema | Código | Acompañado | Acompañante |
|--|--|-------------|-------------|
| Ciudadanía | | 532 | 530 |
| | Participación cívica y activismo | 315 | 104 |
| | Evaluación del sistema de salud | 71 | 141 |
| | Derechos de la persona usuaria | 103 | 213 |
| | Responsabilidades laborales | 43 | 72 |
| Estilo de vida para la recuperación | | 480 | 336 |
| | Rutinas saludables | 173 | 111 |
| | Atención plena | 91 | 53 |
| | Ejercicio físico | 91 | 84 |
| | Expresión artística | 125 | 88 |
| Problemas | | 1869 | 5133 |
| | Conflicto con los seres queridos | 49 | 305 |
| | Conflicto con los profesionales de SM | 39 | 501 |
| | Emociones y circunstancias actuales | 363 | 407 |
| | Dificultades para ejercer la ciudadanía | 24 | 174 |
| | Tratamientos forzosos | 320 | 623 |
| | Desesperanza y desánimo | 8 | 363 |
| | Hospitalizaciones largas o repetidas | 14 | 149 |
| | Mentalidad de enfermedad mental y estigma | 199 | 136 |
| | Desconfianza y falta de entendimiento | 76 | 323 |
| | Problemas derivados de la medicación | 206 | 307 |
| | Restricciones, aburrimiento y soledad | 224 | 737 |
| | Síntomas, adicciones, compulsiones y comportamientos disruptivos | 347 | 1108 |
| Relación de apoyo entre iguales | | 4201 | 1158 |
| | Disponibilidad y reuniones | 316 | 127 |
| | Oportunidad laboral | 92 | 54 |
| | Mediación | 520 | 117 |
| | Mutualidad | 269 | 102 |
| | Negociación de actividades | 338 | 165 |
| | Negociación de la conversación | 462 | 132 |
| | Conexión y empatía entre iguales | 972 | 144 |
| | Clarificación de los roles | 1232 | 317 |
| Procesos de recuperación | | 3221 | 1459 |
| | Esperanza y significado basados en la experiencia de vida | 1003 | 436 |
| | Identidad y autoaceptación | 549 | 258 |
| | Actividades significativas | 776 | 361 |
| | Creencias significativas | 163 | 129 |
| | Relaciones significativas | 730 | 275 |

| Tema | Código | Acompañado | Acompañante |
|------------------------------------|--|-------------|-------------|
| Recursos para recuperarse | | 1880 | 666 |
| | Actitud colaborativa | 456 | 74 |
| | Grupos de apoyo entre iguales | 237 | 6 |
| | Hablar con profesionales de la SM | 727 | 250 |
| | Terapias y medicación | 365 | 300 |
| | Tratamiento: ajustes y alternativas | 95 | 36 |
| Entendiendo la recuperación | | 2751 | 227 |
| | La recuperación es una oportunidad y un reto | 441 | 24 |
| | La recuperación es un proceso gradual y a largo plazo | 523 | 52 |
| | La recuperación es idiográfica, multimodal y no predeterminada | 541 | 0 |
| | La recuperación es posible y requiere empoderamiento | 500 | 144 |
| | La recuperación requiere equilibrio personal y apoyo social | 466 | 0 |
| | La recuperación es posible con o sin síntomas | 280 | 7 |

Anexo 7

Recuento de las palabras y cálculo de la negatividad para los problemas señalados por el acompañado.

| Problemas | Total Palabras | | | Negat ividad | Tipo |
|--|----------------|---------|-----------|-----------------|----------|
| | Positivas | Neutras | Negativas | | |
| Conflicto con los seres queridos | 22 | 24 | 259 | 78% | Alta |
| Conflicto con los profesionales de SM | 23 | 2 | 476 | 90% | Muy alta |
| Emociones y circunstancias actuales | 35 | 83 | 289 | 62% | Moderada |
| Dificultades para ejercer la ciudadanía | 0 | 0 | 174 | 100% | Máxima |
| Tratamientos forzosos | 20 | 19 | 584 | 91% | Muy alta |
| Desesperanza y desánimo | 0 | 0 | 363 | 100% | Máxima |
| Hospitalizaciones largas o repetidas | 0 | 4 | 145 | 97% | Máxima |
| Mentalidad de enfermedad mental y estigma | 8 | 4 | 124 | 85% | Muy alta |
| Desconfianza y falta de entendimiento | 12 | 0 | 311 | 93% | Muy alta |
| Problemas derivados de la medicación | 18 | 19 | 270 | 82% | Alta |
| Restricciones, aburrimiento y soledad | 37 | 21 | 679 | 87% | Muy alta |
| Síntomas, adicciones, compulsiones y comportamientos disruptivos | 160 | 117 | 831 | 61% | Moderada |

Anexo 8

Recuento de las palabras para los códigos del tema “Relación de apoyo entre iguales”, segmentado por rol de la persona participante.

| Código | Acompañante | Acompañado |
|----------------------------------|-------------|------------|
| Disponibilidad y reuniones | 316 | 127 |
| Oportunidad laboral | 92 | 54 |
| Mediación | 520 | 117 |
| Mutualidad | 269 | 102 |
| Negociación de actividades | 338 | 165 |
| Negociación de la conversación | 462 | 132 |
| Conexión y empatía entre iguales | 972 | 144 |
| Clarificación de los roles | 1232 | 317 |

Anexo 9

Recuento de las palabras y cálculo de la valencia para los códigos pertenecientes al tema

“Recursos para recuperarse”.

| Problemas | Total Palabras | | | Valencia | Tipo |
|-------------------------------------|----------------|---------|-----------|----------|--------------|
| | Positivas | Neutras | Negativas | | |
| Actitud colaborativa | 436 | 45 | 49 | 73% | Positiva |
| Grupos de apoyo entre iguales | 243 | 0 | 0 | 100% | Muy Positiva |
| Hablar con profesionales de la SM | 710 | 203 | 64 | 66% | Positiva |
| Terapias y medicación | 506 | 88 | 70 | 66% | Positiva |
| Tratamiento: ajustes y alternativas | 57 | 65 | 9 | 37% | Neutral |

Anexo 10

Recuento de las palabras para cada tema y cada punto de vista de los fragmentos codificados con estilo interrogativo, segmentadas por rol de la persona participante.

| Dimensión | Valor | Acompañante | Acompañado |
|----------------|-------------------------------------|-------------|------------|
| Tema | Ciudadanía | 39 | 119 |
| | Estilo de vida para la recuperación | 0 | 150 |
| | Problemas | 122 | 754 |
| | Relación de apoyo entre iguales | 212 | 420 |
| | Procesos de recuperación | 88 | 717 |
| | Recursos para recuperarse | 24 | 347 |
| | Entendiendo la recuperación | 11 | 121 |
| Punto de vista | 1ª Persona | 13 | 38 |
| | 2ª Persona | 2488 | 422 |
| | 3ª Persona | 114 | 44 |

Anexo 11

Para los participantes con rol de acompañante, recuento de palabras de los principales tipos de interacción segmentados según los temas.

| Tema | Confrontación | Pregunta Directa | Clarificación | Ánimo | Autorrevelación | Negociación |
|---------------------------------|---------------|------------------|---------------|-------|-----------------|-------------|
| Problemas | 382 | 334 | 130 | 46 | 509 | 104 |
| Relación de apoyo entre iguales | 52 | 77 | 26 | 87 | 1036 | 1268 |
| Procesos de recuperación | 338 | 387 | 85 | 259 | 1340 | 84 |
| Recursos para recuperarse | 119 | 150 | 13 | 330 | 490 | 164 |
| Entendiendo la recuperación | 29 | 73 | 13 | 472 | 1159 | 145 |
| Otros | 107 | 128 | 22 | 103 | 146 | 46 |