

Transformando la salud mental a través de la experiencia del paciente

Hoja de ruta para la integración de pacientes experts en los servicios y la comunidad



Para promover la difusión de este modelo de trabajo, que considera la contribución de los pacientes expertos por experiencia, en las políticas y el desarrollo de los servicios de salud mental, el **Centro de Investigación en Humanidades Médicas "Cuidado y Comunidad"**, dirigido por la Dra. **Mariateresa Dacquino del DAIRI (Departamento de Actividades Integradas de Investigación e Innovación)**, ha traducido este documento al italiano y al español. Este documento reafirma la importancia de la contribución de la subjetividad de los pacientes (y de los pacientes expertos) al proceso de tratamiento.

Las autoras de la traducción son la **Dra. Eugenia Salvatierra**, psicóloga de la Universidad Nacional de Tucumán en formación en Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy . La **Dra. Patrizia Santinon**, psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Directora Médica de Psiquiatría de la Empresa Hospitalaria - Universitaria de Alessandria y Directora Científica del Centro de Estudios (Italia).

La OMS no se responsabiliza del contenido de esta traducción.

Introducción a la versión en español

Sanar con la verdad: una reflexión psicoanalítica sobre la hoja de ruta de la OMS

En 2025, la Organización Mundial de la Salud propone un cambio radical en el enfoque de la salud mental: valorizar la experiencia vivida como recurso clínico, ético y político. Dejando de ser simples testigos de su propio dolor, pasamos a ser cuidadores activos: mujeres y hombres que, experimentando la angustia mental en primera persona, se convierten en agentes terapéuticos y portadores de conocimiento encarnado.

Se trata de un cambio de paradigma que rompe con la tradición vertical de la psiquiatría clásica y abre un nuevo espacio, más humano, más auténtico y más justo. Es una invitación a transformar los servicios de salud mental reconociendo la dignidad de la experiencia, el valor de la fragilidad y el potencial de quienes han aprendido a sobrevivir.

Desafíos concretos en el contexto italiano

Italia no es ajena a esta innovación. Varios proyectos piloto han anticipado su propósito, pero no sin obstáculos. Las dificultades organizativas, la escasez de recursos y la falta de programas de formación estructurados aún fragilizan el papel de los profesionales con experiencia. A menudo son presencias simbólicas, confinadas al margen de los equipos, sin un poder real de decisión.

A esto se suman las resistencias culturales: por un lado, el miedo a que estos profesionales cuestionen la autoridad clínica; por otro, el riesgo de idealizar excesivamente su experiencia, privándola de contenido terapéutico.

Para que la innovación sea real, se necesitan inversiones políticas, organizativas y culturales. Se necesitan formación, supervisión y espacios de debate. Se necesitan equipos capaces de acoger, sin miedo, la voz de quienes hablan desde sus propias heridas.

Una reflexión personal

Estas son las reflexiones de Eugenia Salvatierra, psicóloga que eligió realizar su pasantía en la AOU, con amplia experiencia en entornos institucionales en Argentina e invitada en Italia para aprender sobre la era post-Basaglia en servicios que, a pesar de verse impactados por las demandas reformistas de la Ley 180 y su aparato reformista, ahora experimentan la derrota de la psiquiatría comunitaria: «Soy psicóloga con orientación psicoanalítica. El psicoanálisis que practico no es un diálogo entre iguales, ni una narrativa empática: es un espacio ético donde se acoge la verdad del sujeto donde se manifiesta —en el síntoma, en el acto, en el desliz— y no en protocolos ni manuales. El analista no es el que sabe, sino el que sabe escuchar donde nadie escucha.

Escuchar donde nadie escucha. Es una función, no una identidad. Una función que permite al individuo decir algo verdadero sobre sí mismo, sin tener que ajustarse a una norma. Cuando leí la hoja de ruta de la OMS, sentí un profundo eco. Reconocer a quienes han sufrido como participantes activos en el proceso de sanación no es una simple decisión técnica, sino un gesto simbólico disruptivo. Significa afirmar que el conocimiento también puede surgir de la supervivencia, no solo de los libros. Es conocimiento real, no teórico. Es el conocimiento de quienes han experimentado el dolor y han sido capaces de plasmarlo en palabras.

El ejemplo de Marsha Linehan es emblemático: su sufrimiento fue descartado como esquizofrenia en su adolescencia y fue sometida a terapia electroconvulsiva. Solo más tarde desarrolló una comprensión de la calidad de su funcionamiento psicótico límite. Fue la creadora de la DBT (Dialectical Behaviour Therapy), una psicoterapia basada en la evidencia para pacientes con TLP (trastorno límite de la personalidad). En 1989, se convirtió en profesora de Psicología y Psiquiatría en la Universidad de Washington.

La fragilidad como recurso clínico

Quienes han tocado fondo, si han podido expresarlo con palabras, pueden convertirse en testigos para quienes aún carecen de palabras. No es debilidad: es un recurso. Es la posibilidad de sanar. Porque la humanidad sana a la humanidad, y solo quienes han experimentado una fractura pueden realmente apoyar a quienes se encuentran en esa situación. Basaglia nos enseñó que no existe una distancia natural entre quienes cuidan y quienes son cuidados. Es la institución, es la cultura, la que crea jerarquías entre sanos y enfermos. Incluso el psicoanálisis, en su forma más radical, rechaza esta distancia: cada individuo tiene su propio síntoma, y cualquier tratamiento que lo olvide se convierte en control.

Para una cura más verdadera

El documento de la OMS nos recuerda que la verdadera humanización de la salud mental no proviene de la tecnología, sino de la subjetividad. De la escucha. De la verdad. Si se acompaña de responsabilidad, este cambio puede devolverle el sentido a la atención como encuentro y a los síntomas como lenguaje.

Como psicóloga, siento el deber ético de apoyar esta transformación. No idealizando la fragilidad, sino reconociendo su valor. Porque quienes han sufrido, si han sabido identificar ese dolor, pueden convertirse en agentes de cambio. No porque sean más fuertes, sino porque saben lo que significa caer. Y, sobre todo, saben estar cerca de quienes caen, sin querer levantarlos a la fuerza. En definitiva, como nos recordó Basaglia, «la libertad es terapéutica». Y también lo es la libertad de ser sujetos —no pacientes, no etiquetas— dentro de una atención que no juzga, sino que acoge.

Maria Eugenia Salvatierra

Psicóloga, Universidad Nacional De Tucumán, en formación en Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

Nuestra contribución como Centro de Estudios Comunitarios y de Atención para las Humanidades Médicas DAIRI

Nuestra contribución, como profesionales de la salud mental, como personas que trabajamos en entornos hospitalarios y comunitarios, así como quienes sentimos la necesidad de crear un Centro de Atención y Comunidad para las Humanidades Médicas, es salvar el legado de Basaglia: un enfoque del dolor mental basado en el diálogo entre disciplinas que promuevan un intercambio equitativo:

- 1) el de quienes cuidan y quienes son cuidados, con la participación activa y organizada de los usuarios con problemas de salud mental, quienes aportan su subjetividad al proceso de atención;
- 2) la terapia farmacológica dirigida y crítica, sustentada en el apoyo relacional del paciente y la aceptación humana del dolor;
- 3) la terapia psicodinámica en sus diversas modalidades (individual, grupal, de pareja, familiar), con conocimientos de las tradiciones fenomenológica, sistémico-familiar y cognitivo-dialógica;
- 4) la que surge de la integración sociocultural en la comunidad en la que se vive, lo que requiere un conocimiento específico de las dinámicas psicológicas y sociales de la comunidad, una gran sensibilidad humana y la colaboración continua con instituciones y círculos de la cultura humanística, la literatura, el teatro, el cine y el arte. Estos entornos desempeñan un papel valioso en la construcción de comunidad, en la configuración de redes compartidas de experiencias que generan un sentido de identidad abierto a la diferencia y la alteridad, en contraposición a la lógica excluyente de los neomanicomios. Creemos que esto es posible, como ya se ha hecho en otras sedes del DSM, en cuya creación participamos como AOU AL.

Me refiero al proyecto "Más allá de los pacientes", iniciado por Caterina Corbascio, quien, siendo una joven estudiante de doctorado en neurología, participó en la superación de los hospitales psiquiátricos de Collegno y Grugliasco y posteriormente dirigió el entonces Departamento de Salud Mental (DSM) interempresarial de la ASL AL, la ASL AT y la AOU AL. En 2016, comenzó a capacitar a 12 pacientes en el Centro de Salud Mental Valle Belbo para que adquirieran habilidades técnicas aplicables a futuras oportunidades laborales. Esto dio como resultado un esfuerzo para combatir el estigma y los prejuicios psiquiátricos, utilizando un modelo ya probado en Gran Bretaña (Times to Change: <http://www.time-to-change.org.uk/>).

El objetivo era crear un equipo editorial permanente compuesto por personas con experiencia en angustia mental, capaces de trabajar de forma independiente para crear y mantener una nueva plataforma multimedios (radio, televisión e internet) para la difusión de contenidos y acciones de concienciación contra el estigma psiquiátrico en canales de televisión y radio locales y nacionales.

El DSM ya contaba con un grupo de pacientes capacitados en trabajo en equipo y técnicas de oratoria, gracias a nuestra participación previa en el proyecto del Ministerio de Salud "Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud Mental: Un Proceso de E Análisis Compartido con Pacientes como Evaluadores", que lideramos en 2011 en

colaboración con Shulamit Ramon, Profesora de Inclusión Social y Bienestar en la Universidad Anglia Ruskin de Cambridge.

Ejercitar el recuerdo de lo que también fue una experiencia algo decepcionante abre la posibilidad de nuevas aventuras que solo pueden emprenderse juntos, a partir de una esperanza radical.

Maria Eugenia Salvatierra

Psicóloga, Universidad Nacional De Tucumán,

Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

Patrizia Santinon

Psiquiatra, Psicoanalista International Psychoanalytical Association (IPA), Director

Médico de Psiquiatría Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italy

Director Científico del Centro de Estudios de la Medical Humanities DAIRI.

Abstract

La integración de pacientes experts (basada en su propia experiencia de enfermedad) en los sistemas de atención sanitaria y social es crucial para lograr una atención psiquiátrica orientada a la recuperación. Estos profesionales, pacientes que, además de su experiencia específica con la enfermedad, poseen conocimientos técnicos en investigación y procesos regulatorios, adquiridos mediante formación y experiencia específicas, están presenciando un nuevo modelo orientado a la recuperación y acortando las distancias entre las estructuras sanitarias tradicionales y los usuarios de los servicios, humanizando y promoviendo la inclusión en los servicios.

Esta hoja de ruta, co-creada como parte de la colaboración entre la Oficina Regional de la OMS para Europa y la Comisión Europea en el marco del proyecto "Abordar los Desafíos de la Salud Mental en la Unión Europea, Islandia y Noruega", proporciona un marco estructurado para integrar la experiencia práctica en los sistemas de salud mental y el personal sanitario mediante seis acciones esenciales. Se presentan estudios de caso de varios países europeos para ilustrar estas acciones en la práctica clínica. La hoja de ruta está dirigida a gobiernos, responsables de políticas de salud mental, proveedores de servicios, usuarios de servicios, profesionales con experiencia práctica y defensores.

Palabras clave

Salud mental, servicios de salud mental, recuperación, trabajadores de la salud, derechos humanos, esperanza, políticas

Número de documento: WHO/EURO:2025-12307-52079-79927 (PDF)

Organización Mundial de la Salud 2025

Algunos derechos reservados.

Esta obra está disponible bajo la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

La OMS no se responsabiliza del contenido ni de la exactitud de esta traducción. La edición original en inglés es la edición encuadernada y auténtica. Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025 <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Datos de Catalogación en Publicación (CIP). Los datos CIP están disponibles en: <http://apps.who.int/iris>. 35

Ventas, derechos y licencias.

Para adquirir publicaciones de la OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>.

Para enviar solicitudes de uso comercial y preguntas sobre derechos y licencias, consulte: <https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>

Descargo de responsabilidad general.

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de opinión alguna por parte de la OMS sobre la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan límites aproximados sobre los cuales aún no se ha alcanzado un acuerdo total. La mención de empresas o productos de fabricantes específicos no implica que la OMS los avale o recomiende con preferencia a productos similares no mencionados. Salvo errores u omisiones, los nombres comerciales de productos se distinguen por su inicial en mayúscula. La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantías de ningún tipo, ni expresas ni implícitas. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS será responsable de los daños derivados de su uso.

Transformando la salud mental a través de la experiencia del paciente

Hoja de ruta para la integración de pacientes experts en los servicios y la comunidad

Índice

Agradecimientos especiales	iii
Glosario	v
Resumen ejecutivo	vii
Guía rápida	viii
Contexto	1
Definición de pacientes expertos (profesionales con experiencia vivida)	4
Cómo se co-creó esta hoja de ruta	7
Acciones de la hoja de ruta	9
Acción 1. Fortalecer la política	9
Acción 2. Apoyar la construcción de servicios inclusivos con pacientes expertos	11
Acción 3. Promover la cocreación, la colaboración y la integración	14
Acción 4. Estandarizar la formación y la certificación	16
Acción 5. Mejorar la supervisión y el apoyo	19
Acción 6: Ampliar el acceso mediante herramientas accesibles y digitales	21
Conclusión	22
Referencias	26
Anexo: Herramientas y directrices de salud mental de la OMS	33
Herramientas de capacitación y orientación sobre derechos de calidad de la OMS	33
Directrices y paquetes técnicos de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental	34
Herramientas de calidad de la OMS para la evaluación y transformación de servicios y la promoción de derechos	34
Directrices de la OMS para la reforma de políticas, planificación y legislación	34
Kit de herramientas Mosaico de la OMS para acabar con el estigma y la discriminación en la salud mental	35
La Declaración de Heiloo: Liderazgo entre pares y vivido	35

Agradecimientos especiales

Esta hoja de ruta es producto de la cocreación, teniendo presentes los principios de equidad, respeto, inclusión y reparto de poder. Todas las decisiones sobre el contenido y la estructura de la hoja de ruta fueron tomadas colectivamente por los miembros del grupo de trabajo de implementación, que incluyó tanto a profesionales como a expertos con experiencia. Los miembros del grupo de trabajo también ayudaron a organizar y facilitar consultas presenciales y en línea sobre la hoja de ruta y proporcionaron retroalimentación sobre cada borrador. El grupo de trabajo de implementación estuvo compuesto por: Flóris Roland Balta (experto con experiencia continua, Hungría); Ronda Barron (investigadora sénior, Irlanda); Elona Bokshi y Claudia Marinetti (Mental Health Europe, Bruselas); Catherine Brogan (Catherine Brogan Consultancy, Irlanda); Inge Esselen (Peer Support Flanders, Bélgica); Siobhán Hargis y Michael Ryan (Departamento de Salud, Irlanda); Greta Klidziūtė y Karile Levickaitė (Mental Health Perspectives, Lituania); Caroline Lyle (Irrsinnig Menschlich e. V., Alemania); Jason Maurer y Melita Murko (Oficina Regional de la OMS para Europa); Ferran Blanco Ros (Fundació Support-Girona, España); Sean Russell (Global Leadership Exchange); Juliana Vinograschi (experta actual/en activo, Rumania); Andrej Vršanský (Liga para la Salud Mental, Eslovaquia). La Oficina Regional de la OMS para Europa agradece a Mental Health Europe por la coordinación y selección de los miembros del grupo de trabajo, y al Departamento de Salud y al Ejecutivo de Servicios de Salud de Irlanda por su generoso apoyo. Se agradece a la organización filantrópica Genio (Irlanda) por su apoyo contractual al investigador principal. Catherine Brogan (gerente operativa y de proyecto) y Michael Ryan (presidente del grupo de trabajo) lideraron el proyecto. Ronda Barron fue la investigadora principal, quien desarrolló la metodología de investigación y mapeo, redactó el primer borrador de la hoja de ruta e incorporó las sugerencias de los miembros del grupo de trabajo y los participantes de la consulta en los borradores posteriores. Sarah McEntire fue asistente de investigación, redactó las secciones y recopiló los estudios de caso.

Elona Bokshi y Claudia Marinetti organizaron conjuntamente consultas presenciales y en línea con los países participantes para refinar el contenido de la hoja de ruta. Jason Maurer y Melita Murko escribieron secciones del documento y aseguraron su alineación con los hallazgos del proyecto, bajo la guía técnica de Natasha Azzopardi-Muscat y Ledia Lazëri, Oficina Regional de la OMS para Europa.

Durante las consultas presenciales y en línea sobre esta hoja de ruta, los siguientes participantes revisaron críticamente el texto: Grímur Altasson (Geðhjálp/Icelandic Mental Health Alliance, Islandia); Phillipe Alameda (Esper Pro, Francia); Lisa Androulidakis (Habitat Collective, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Awakenings Foundation, Hungría); Nawira Baif (Instituto de Salud Mental, Singapur); Cassandra Barkman (Altrecht, Países Bajos (Reino de)); Marijana Bavčević (Clínica Psiquiátrica Vrapče, Croacia); Jessica Curtis (Genio, Irlanda); Dominique de Marné (Mental Health Crowd, Alemania); Barbara D'Avanzo (Instituto Mario Negri de Investigación Farmacológica IRCCS, Italia); Julia Doubravszky (Ébredések Alapítvány Budapest, Hungría; Fundación Despertares, Hungría); Freya Duriez-McIntosh (Duriez-McIntosh, Francia); Angeliki Giantselidou (Sociedad de Psiquiatría Social P. Sakellaropoulos, Grecia); Raluca Hagianu (Asociación de Apoyo y Derechos en Salud Mental, Rumanía); Ana Luiza Hannotte (Mental Health Europe Bélgica); Monica Maretti,

(Recovery College Bologna, Italia); Núria Martínez Barderi y Oriol Ruiz Serrano (Fundació Drissa, España); Dagmar Narusson (Universidad de Tartu, Estonia); Riika Nieminen (KoKoA - Koulutetut Kokemusasiantuntijat ry, Finlandia); José Alberto Orsi (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Pessoas com Esquizofrenia, Brasil); Arnaud Poitevin (Esper Pro, Francia); Dion Ras (Red de Acción Mundial en Salud Mental); Julie Repper (Imroc, Reino Unido); Vlatka Rocic Petak (Asociación Ludruga, Croacia); Haris Shekeris (experiencia vivida/continua, Chipre); Beverley Rose (Centro de Investigación de Usuarios, Países Bajos (Reino de)); Andreja Stepec (Asociación Eslovena de Salud Mental - ŠENT); Marie Strifeldt (Erfaringssentrum, Asociación Nacional de Apoyo entre Pares, Noruega); Roger Tan Boon Meng (Instituto de Salud Mental, Singapur); Jochen Van den Steen (Centro Psiquiátrico Gante - Sleidinge, Bélgica); Dieuwke van Diepen (GGZ Noord-Holland Noord, Países Bajos (Reino de)); Marina Vidović (Asociación Phoenix Split, Croacia); Petr Winkler (Instituto Nacional de Salud Mental, Chequia); y Viola Zboray-Szabó (Fundación Despertares, Hungría). Esta publicación contó con el apoyo de la Unión Europea. El contenido es responsabilidad exclusiva de la Oficina Regional de la OMS para Europa y no refleja necesariamente las opiniones de la Unión Europea.

Financiado por la Unión Europea.

Glosario

Este glosario integra definiciones clave alineadas con el Glosario de Salud Mental de Europa (1) y los principios de la hoja de ruta. Su objetivo es aportar claridad y promover un entendimiento común entre las diferentes partes interesadas.

Autenticidad	La autenticidad es la calidad de ser genuinos, transparentes y fieles a uno mismo, reflejada en la capacidad de los pacientes expertos de compartir sus historias, experiencias e intuiciones sin comprometer su individualidad. La autenticidad es fundamental para construir confianza, favorecer conexiones y moldear la recuperación en los sistemas de salud mental.
Gestión de fronteras	Esta es la práctica de establecer y mantener límites claros en las relaciones profesionales, especialmente en los roles de apoyo entre pares.
Prevención del agotamiento	La prevención del burnout se refiere a estrategias y prácticas destinadas a reducir el agotamiento emocional, físico y mental causado por el estrés prolongado o ambientes de trabajo exigentes.
Co-creación	La co-creación es un enfoque colaborativo en el que las partes interesadas –incluidos individuos con experiencia vivida, tomadores de decisiones, proveedores de servicios y comunidades– trabajan juntos en un plano de igualdad para diseñar, implementar y evaluar las políticas y los servicios de salud mental. Está arraigada en la inclusividad, el respeto y el reparto del poder para garantizar que los resultados reflejen las diversas necesidades.
Atención comunitaria	La asistencia basada en la comunidad incluye una gama de servicios que permiten a las personas vivir y prosperar en sus comunidades en lugar de en instituciones. Este modelo promueve la inclusión social, la autonomía y el acceso a servicios tradicionales como alojamiento, atención médica y educación.
Doble identidad	El concepto de doble identidad se refiere a la combinación de la experiencia personal y las responsabilidades profesionales de los pacientes con experiencia vivida.
Expertos por experiencia	Los expertos por experiencia son individuos con experiencia vivida en problemas de salud mental que han adquirido conocimientos a través de la defensa, roles de apoyo entre pares o contribuciones a políticas. Su aporte asegura que los sistemas y servicios estén informados por conocimientos de primera mano.
Barreras jerárquicas	Las barreras jerárquicas son estructuras o normas en las organizaciones que mantienen un desequilibrio de poder entre diferentes roles, a menudo limitando la comunicación abierta y la colaboración.

Experiencia vivida/actual	En los sistemas de salud mental, la experiencia vivida/continua se refiere a la experiencia personal de desafíos emocionales y cognitivos que pueden o no haber conducido a encuentros con servicios de salud mental. Es el aprendizaje que surge de estas experiencias: cómo se siente; qué ayuda y qué dificulta; qué se podría haber hecho mejor; y qué faltó. Estas experiencias constituyen la sabiduría de la adversidad que puede aportar conocimientos distintos y complementarios al diseño, la prestación, las políticas, la práctica y el personal de los servicios de salud mental. Resalta la experiencia derivada de estas experiencias, enfatizando su valor para definir sistemas y políticas orientados a la recuperación.
Mutualidad	En un contexto de apoyo entre pares, la mutualidad se refiere a la relación recíproca y no jerárquica entre los trabajadores de apoyo entre pares y aquellos a quienes apoyan, donde ambos individuos son vistos como igualmente valiosos y contribuyentes al proceso.
Desarrollo de habilidades organizativas	El desarrollo de la capacidad organizacional se refiere al proceso de mejorar la capacidad de una organización para alcanzar sus objetivos mejorando las habilidades, los recursos y el apoyo de infraestructura.
Apoyo entre pares	El apoyo entre pares se refiere al apoyo mutuo que ofrecen personas que han experimentado dificultades y desafíos similares. Juntos, pueden generar un sentido de posibilidad y esperanza; desarrollar soluciones compartidas; y brindar apoyo práctico, social y emocional. El apoyo entre pares fomenta la confianza y la comprensión mutua, y puede darse de manera informal o a través de roles estructurados, como los de profesionales con experiencia práctica.
Recuperación	La recuperación es un proceso personal y autodefinido para construir una vida plena, incluso con problemas de salud mental persistentes. Se centra en la esperanza, la autonomía y la búsqueda de objetivos individuales, a diferencia de la recuperación clínica, que se centra únicamente en la reducción de los síntomas.
Ambigüedad de roles	La ambigüedad de roles se refiere a la incertidumbre acerca de las responsabilidades y expectativas laborales, lo que puede generar confusión en el lugar de trabajo.
Usuario de los servicios	Un usuario de servicios es una persona que actualmente accede a servicios de salud mental. El término cambia el enfoque de las identidades clínicas o pasivas a la participación activa en el diseño de servicios y la toma de decisiones.
Atención consciente del trauma	La atención informada sobre el trauma (incluida la atención coercitiva) es un enfoque de prestación de servicios que reconoce la existencia de contextos situacionales y relacionales con características traumáticas, pasadas o actuales, que pueden conducir a respuestas retraumatizantes. Este enfoque reconoce el impacto del trauma; enfatiza la seguridad física,

psicológica y emocional; y fomenta un entorno que promueve la recuperación y el empoderamiento. Incorpora la comprensión de la prevalencia del trauma y sus efectos en las personas, lo cual puede aplicarse en todos los aspectos de la vida, así como en los sistemas de salud mental.

Referencia

Mental health: the power of language. Brussels: Mental Health Europe; 2024 (<https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2025/02/Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf>, accessed on 12 May 2025).

Resumen ejecutivo

La experiencia vivida de la enfermedad puede aportar conocimientos específicos y complementarios al diseño, la prestación, las políticas y la práctica de los servicios de salud mental, así como a los grupos de trabajo de los Departamentos de Salud Mental. La integración de pacientes con experiencia en los sistemas de salud y asistencia social es crucial para lograr una atención psiquiátrica orientada a la recuperación. Los pacientes con experiencia acortan la distancia entre las estructuras sanitarias tradicionales y los usuarios de los servicios, humanizando y promoviendo servicios inclusivos. Esta hoja de ruta, cocreada como parte de la colaboración entre la Oficina Regional de la OMS para Europa y la Comisión Europea en el marco del proyecto "Abordar los retos de la salud mental en la Unión Europea, Islandia y Noruega", proporciona un marco estructurado para integrar la experiencia vivida en los sistemas de salud mental. Su objetivo es permitir que los países avancen más allá de la inclusión simbólica y avancen hacia la cocreación de servicios de salud mental, reconociendo al mismo tiempo los desafíos sistémicos que supone la integración de estas funciones, como la resistencia del personal tradicional, las limitaciones políticas y las inconsistencias en la financiación. La estrategia de la hoja de ruta se estructura en seis acciones:

1. fortalecer la política nacional promoviendo la inclusión de pacientes experimentados en las políticas y estrategias nacionales de salud mental, asegurando la alineación con los principios orientados a la recuperación.

2. Aumentar la capacidad de preparación organizacional fortaleciendo los sistemas y la cultura organizacional para apoyar la integración efectiva de pacientes experimentados en equipos multidisciplinarios y sistemas de salud mental más amplios, asegurando

Alineación con los principios orientados a la recuperación.

3. Promover la cocreación, la colaboración y la integración incorporando principios de cocreación en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios de salud mental para garantizar que la experiencia vivida y otras formas de experiencia contribuyan a mejorar los sistemas de atención.

4. Estandarizar la capacitación y la certificación mediante la creación conjunta e implementación de programas de capacitación y certificación estandarizados para pacientes experimentados que garanticen la coherencia, el profesionalismo y la fidelidad a los principios de la experiencia vivida y la práctica orientada a la recuperación.

5. Mejorar la supervisión y el apoyo estableciendo modelos de supervisión clínica/práctica reflexivos y basados en las fortalezas para brindar a los pacientes experimentados el apoyo que necesitan para manejar los desafíos emocionales y navegar las expectativas profesionales, al tiempo que se mantienen las mejores prácticas y la fidelidad a la ética del experto experimentado.

6. Ampliar el acceso, incluso mediante herramientas digitales, para involucrar a pacientes con experiencia que viven en zonas remotas y desatendidas. Comprender el potencial transformador de las contribuciones de los pacientes con experiencia en la creación de servicios orientados a la recuperación es esencial para imaginar un futuro donde los sistemas de salud mental sean accesibles para todos.

Guía rápida

El propósito de esta hoja de ruta

Esta hoja de ruta proporciona un marco estructurado para integrar la experiencia de expertos en los sistemas de salud mental y los equipos multidisciplinares de los servicios de salud mental. Enfatiza el valor de la experiencia personal para crear sistemas de salud mental más inclusivos, participativos y eficaces. La hoja de ruta ofrece pasos prácticos para reconocer e incorporar las experiencias de los pacientes como un componente central de las políticas sanitarias, la práctica y la cultura de los departamentos de salud mental.

¿Por qué es necesaria esta hoja de ruta?

La OMS ha promovido durante décadas el valor de la experiencia vivida de los pacientes en los sistemas de salud mental. Sin embargo, su inclusión suele ser superficial y carecer de sostenibilidad. Esta hoja de ruta pretende abordar la contribución fragmentada y, a menudo, superficial en la Región Europea de la OMS, ofreciendo un conjunto de acciones esenciales que apoyan un enfoque estandarizado para la integración de las personas con experiencia vivida de enfermedad en los sistemas de salud mental. La Comisión Europea ha apoyado este enfoque desde hace tiempo, y este trabajo fue posible gracias a la colaboración de la Comisión con la Oficina Regional de la OMS para Europa en el proyecto «Abordar los retos de la salud mental en la Unión Europea, Islandia y Noruega».

El propósito de esta hoja de ruta

La hoja de ruta está destinada a ser utilizada por gobiernos, encargados de formular políticas de salud mental, proveedores de servicios, pacientes y familiares que utilizan servicios,

y pacientes expertos y activistas. Es especialmente relevante para organizaciones en transición a modelos de atención orientados a la recuperación y para quienes buscan integrar a pacientes con experiencia en sus servicios. También proporciona directrices para instituciones educativas, asociaciones y organizaciones involucradas en la reorganización de la salud mental.

Como utilizar esta hoja de ruta

Esta hoja de ruta describe acciones esenciales para incorporar la experiencia vivida en una amplia variedad de roles profesionales dentro de los sistemas de salud mental. Ofrece un enfoque flexible y basado en las mejores prácticas, donde las acciones deben implementarse según el punto de partida y las necesidades del paciente. También puede utilizarse para promover la transformación de las políticas, prácticas y cultura sanitarias en contextos locales y nacionales. Hace hincapié en un enfoque colaborativo, fomentando la cocreación y la coproducción entre las partes interesadas, incluyendo pacientes, profesionales clínicos y organizaciones comunitarias. La hoja de ruta está destinada a ser utilizada por gobiernos, encargados de formular políticas de salud mental, proveedores de servicios, pacientes, familiares de usuarios, pacientes expertos y activistas.

Contexto

La evolución de la experiencia de la enfermedad en la prevención y la atención de la salud mental está profundamente arraigada en los movimientos de derechos humanos y equidad que enfatizan la dignidad, la autodeterminación y el acceso a una atención de alta calidad. La recuperación se ha descrito como el nuevo paradigma global del siglo XXI en los sistemas de salud mental, y existe un creciente reconocimiento de que la transformación de los sistemas de salud mental hacia una perspectiva de recuperación requiere la colaboración de todos los actores involucrados (1). La recuperación puede definirse de diferentes maneras. Mental Health Europe la define como un proceso personal dirigido a llevar una vida plena, independientemente de los síntomas (2). Descripción de la recuperación por Anthony (3) *Se utiliza con frecuencia en la literatura como un proceso profundamente personal y único de cambio de actitudes, valores y sentimientos. Es una forma de vivir una vida plena y llena de esperanza, incluso con las limitaciones que causa la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo significado y propósito en la vida, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental.* Según los módulos de capacitación QualityRights de la OMS, el significado de la recuperación puede variar según la persona. Para muchos, implica recuperar el control de la propia identidad y vida, tener esperanza en la propia vida y vivir una vida con sentido personal a través del trabajo, las relaciones, la participación comunitaria, la espiritualidad o todos estos aspectos (4). Este concepto de recuperación en salud mental difiere del de recuperación clínica, que se centra en aliviar los síntomas y restablecer el funcionamiento

previo. La recuperación personal implica gestionar los problemas de salud. El bienestar mental y el logro de una vida plena, tal como la define cada individuo. Sin embargo, no deben pasarse por alto las interconexiones entre la salud, la estabilidad económica, la interacción social, los problemas de vivienda, las relaciones personales y los sistemas de apoyo que determinan los resultados de salud mental. (5) Por lo tanto, la recuperación puede considerarse un término general que abarca la gama de elementos que contribuyen al bienestar de una persona. Las asociaciones de pacientes y familiares han desempeñado un papel fundamental en la promoción de la inclusión de la experiencia vivida en los sistemas de atención de salud mental, donde la equidad es un principio rector clave. Basadas en la experiencia compartida y la reciprocidad, las intervenciones basadas en la experiencia vivida, como el trabajo de apoyo entre pares, han demostrado ser eficaces para crear vías de atención culturalmente relevantes y accesibles para quienes a menudo son excluidos de los sistemas tradicionales (6,7). La evidencia también destaca que el propio rol del paciente experto contribuye significativamente a la recuperación personal y al desarrollo de la identidad (8). La integración de pacientes con experiencia ha promovido cambios culturales dentro de las organizaciones, haciendo que los sistemas de salud mental sean más inclusivos y equitativos (9,10). El papel de la experiencia vivida es crucial para promover una atención de salud mental equitativa y debe ser destacado ante los responsables políticos y las partes interesadas (11).

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (12) enfatiza el derecho de las personas con discapacidad, incluidas las relacionadas con problemas de salud mental, a participar en las decisiones que afectan sus vidas y a acceder al apoyo que promueve la independencia y la inclusión social. Los expertos en pacientes contribuyen a respaldar estos derechos mediante:

- promover la autonomía: empoderar a las personas para que definan sus propios caminos de recuperación;
- reducir el estigma y la discriminación: desafiar la discriminación social y sistémica a través de la experiencia vivida compartida;
- mejorar la accesibilidad: abordar las barreras que afectan específicamente a los grupos marginados, como el idioma, la cultura y el nivel socioeconómico (11); e inspirar esperanza: informar la recuperación, lo que transmite perspectivas de cambio e inspira a todos aquellos que enfrentan desafíos de salud mental, actuando así como un catalizador para la recuperación (13).

Desde la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la OMS ha trabajado continuamente para apoyar a los países en su implementación. La iniciativa Quality Rights de la OMS ha sido la columna vertebral de estos esfuerzos, con el objetivo de desarrollar estrategias de afrontamiento para combatir el estigma y la discriminación, y promover servicios centrados en la persona y con capacidad de respuesta comunitaria que respeten y apoyen los derechos humanos, promoviendo las mejores prácticas y políticas de salud. Para que estos servicios sean eficaces, útiles y aceptables para las personas, es fundamental crear una cultura de servicio que considere la experiencia vivida como esencial para una atención de salud mental centrada en la persona, basada en los derechos y orientada a la recuperación. Hasta la fecha, la iniciativa Quality Rights de la OMS ha producido amplios materiales de capacitación y orientación para facilitar estos esfuerzos (4) (Recuadro 1).

Box 1. La Iniciativa QualityRights de la OMS

La iniciativa QualityRights de la OMS busca abordar las violaciones y la discriminación generalizadas que sufren las personas con problemas de salud mental en todo el mundo. Como parte de esta iniciativa, la OMS ha desarrollado un paquete integral de materiales de capacitación y orientación (4) para desarrollar estrategias de afrontamiento y conocimientos sobre cómo implementar un enfoque basado en los derechos humanos y la recuperación en salud mental, con base en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otras normas internacionales de derechos humanos. El público objetivo de estos materiales son los trabajadores de salud mental; las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas; las personas que utilizan servicios de salud mental, sus familias, cuidadores y otros apoyos; y las organizaciones no gubernamentales; y asociaciones de personas con discapacidad. La iniciativa QualityRights de la OMS busca cambiar las mentalidades y las prácticas de manera sostenible y empoderar a todas las partes interesadas para promover los derechos y la recuperación con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas.

La atención orientada a la recuperación es un principio clave de la práctica basada en la experiencia vivida, que enfatiza la autodeterminación, la esperanza y el empoderamiento personal en el manejo de los síntomas clínicos. Reconoce la recuperación como un proceso único, moldeado por los valores individuales (11). El empoderamiento y el apoyo mutuo son fundamentales para los pacientes con experiencia, ya que fomentan relaciones en las que todos los involucrados obtienen perspectivas, sugerencias y conexiones (14,15). La experiencia vivida como experiencia también desafía las jerarquías tradicionales de conocimiento, destacando la importancia de las perspectivas de quienes han experimentado desafíos de salud mental (6). Los pacientes con experiencia utilizan esta experiencia para comprender mejor las experiencias de quienes utilizan servicios, prácticas, relaciones y culturas que sustentan desequilibrios de poder al perpetuar la desconfianza y la impotencia; imponer limitaciones y falta de oportunidades; y mantener un enfoque en la discapacidad y la disfunción en lugar de las fortalezas y los recursos. Al aprovechar sus propias experiencias de recuperación, los pacientes, actuando como expertos experienciales, pueden normalizar las experiencias individuales, romper barreras jerárquicas y fomentar conversaciones abiertas que promuevan la recuperación y, lo más importante, introducir la esperanza de que alguna forma de recuperación "a la vida" es posible. El rol de los pacientes con experiencia requiere un contexto donde se protejan y se ejerzan la equidad y los derechos humanos para su fortalecimiento. Sin embargo, esto varía considerablemente entre países y regiones. También existe variabilidad dentro de los países y entre grupos demográficos (16).

Los grupos marginados, como migrantes y refugiados, personas de comunidades LGBTQI+, personas con discapacidad, personas de minorías raciales y étnicas, y personas con vivienda precaria o sin hogar, enfrentan barreras adicionales que requieren intervenciones específicas. Los pacientes con experiencia pueden transformar los sistemas de salud mental, pero se requieren esfuerzos continuos para garantizar que todos se beneficien.

Definición de pacientes expertos:

La definición puede variar según el contexto, las expectativas del rol del paciente experto/investigador y el nivel de participación. La Tabla 1 ofrece un resumen de la terminología encontrada en la literatura para ilustrar estas variables en diferentes sistemas de salud mental. Reconocer la diversidad de roles permite a las organizaciones y a los tomadores de decisiones

Los políticos deben crear marcos que fomenten la colaboración, manteniendo la claridad de roles (17). Sin embargo, para facilitar la comprensión del lenguaje, esta hoja de ruta utiliza el término "profesional con experiencia vivida" para abarcar la amplitud y diversidad de roles.

Tabla 1. Diferentes roles de la experiencia vivida y sus aplicaciones en los sistemas de salud mental

Rol	Solicitud	Fuente
Operador de compromiso experimentado	Profesional con formación formal y experiencia vivida/continua	Hegedüs et al. (18)
Consejero de pares	Consultor de Diseño de Servicios	Balková (14)
Especialista en recuperación	Profesional que ofrece asistencia orientada a la recuperación.	Tate et al. (19)
Proveedor-consumidor	Profesional con experiencia vivida/actual	Hamilton et al. (20)
Apoyo entre pares	Profesional con experiencia vivida/actual	Kane et al. (21)
Mentor de pares	Profesional con experiencia vivida/continua; a menudo utilizado en la recuperación de adicciones.	Kowalski (22)
Profesional con experiencia vivida/actual	Profesional con experiencia en recuperación	Owen et al. (23)
Especialista en recuperación de salud mental o de pares	Profesional con experiencia vivida con problemas de salud mental y/o abuso de sustancias.	Tate et al. (19)
Trabajador de apoyo entre pares	Profesional con experiencia vivida/actual	Erasmus+ project to create Europe-wide working standards for peer support workers (24)
Coordinador de recuperación	Profesional experimentado con responsabilidades organizativas	Ireland's Mental Health Engagement Framework 2024–2028 (25)
Experto por experiencia	Profesional de la educación o prestación de servicios de salud mental	Happell et al. (26)

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida

Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad

En los sistemas de salud mental, "apoyador entre pares" "apoyo entre pares", "trabajador de apoyo entre pares" y "educador entre pares" a veces se usan indistintamente. Sin embargo, estos términos representan diferentes aplicaciones y aspectos de estos roles, que es importante comprender. Destacan diferentes aplicaciones a través de sus responsabilidades, habilidades y contribuciones; sin embargo, todos se basan en los mismos principios y valores. En algunos casos, estos roles no son mutuamente excluyentes (10,23).

"Peer supporter" ofrecen conexión emocional, esperanza, apoyo y experiencias compartidas a personas con problemas de salud mental. Este rol puede ser informal o formal, y se centra en generar confianza mediante la empatía y la comprensión mutua, en lugar de intervenciones estructuradas. Los pares de apoyo brindan apoyo emocional y personal basado en experiencias compartidas y relaciones de apoyo mutuo, donde se puede mejorar la comprensión y el aprendizaje; se pueden desarrollar soluciones conjuntamente; y se puede aumentar la autoeficacia, la confianza y la esperanza (7,16). El apoyo entre pares es aplicable, y debe fomentarse, también en contextos no relacionados con la salud mental.

Los **"trabajadores de apoyo entre pares"** aplican su Experiencia de vida dentro de los sistemas formales de atención médica, a menudo como parte de equipos multidisciplinarios. A través de su presencia, actúan como modelos a seguir para la recuperación y ofrecen una mayor sensación de esperanza y comprensión del potencial de recuperación de la persona. También realizan tareas estructuradas como facilitar talleres centrados en la recuperación, ayudar con la planificación de la atención y promover la ncluye navegar por las políticas organizacionales, i adherirse a los

marcos éticos y participar en programas de supervisión y capacitación (14,15). Si bien recurren a su experiencia vivida, los trabajadores de apoyo entre pares también tienen responsabilidades profesionales, que incluyen mantener los límites y cumplir con los estándares de desempeño (27). En muchos casos, los trabajadores de apoyo entre pares también aportan una perspectiva de experiencia vivida a la planificación, prestación y evaluación del servicio, trabajando en asociaciones igualmente valoradas con otros miembros del equipo para co-crear decisiones que reflejen conversaciones generativas e inclusivas entre profesionales y personas con experiencia vivida.

Los **"educadores de pares"** sirven de puente entre las personas que utilizan los servicios y las iniciativas de intercambio de conocimientos. Facilitan el aprendizaje compartido, cocrean y cofacilitan programas de educación para la recuperación y promueven la concienciación sobre la salud mental en diversos contextos. Utilizan su experiencia para hacer más relevantes los conceptos teóricos, trabajando en escuelas, lugares de trabajo u organizaciones de salud para promover la salud mental, reducir el estigma y desarrollar estrategias de afrontamiento (11). La educación para la recuperación se basa en los principios de la educación para adultos. Estos educadores pares facilitan el aprendizaje y el crecimiento relacionados con la recuperación al proporcionar espacios seguros para reflexionar y explorar lo que la recuperación podría significar a nivel individual y el papel de cada persona en ella. El intercambio de conocimientos y los programas psicoeducativos pueden formar parte de la educación para la recuperación (7).

Los profesionales con experiencia vivida en su conjunto hacen contribuciones específicas a los sistemas de atención de salud mental, incluidas las siguientes:

Al compartir sus historias de rehabilitación y su experiencia vivida, los profesionales reducen el estigma, desmantelando los estereotipos sobre las enfermedades mentales y promoviendo la aceptación y la inclusión en comunidades y organizaciones (1,28,29). Los profesionales con experiencia vivida mejoran la participación, fomentando la confianza y animando a las personas a buscar y mantener la participación en los servicios de salud mental (11,30). La evidencia respalda la eficacia de los profesionales con experiencia vivida para mejorar los resultados de recuperación, como la autoeficacia y la calidad de vida en general (7,31). Infundir esperanza en el propio potencial de rehabilitación se considera un resultado particularmente importante de la práctica basada en la experiencia vivida. Balková (15) ha demostrado cómo los profesionales con experiencia vivida en la República Checa contribuyen a los enfoques holísticos de la recuperación.

A pesar del creciente reconocimiento de la experiencia vivida en los sistemas de salud mental, definir dicho trabajo sigue siendo un desafío en muchos países debido a su diversidad inherente y a la influencia de factores culturales y sistémicos (14,21,32,33).

Diversos marcos de práctica basada en la experiencia vivida priorizan aspectos distintivos como la defensa, el activismo o la prestación estructurada de servicios (17). La identidad dual de los profesionales de la experiencia vivida, como profesionales y como individuos,

crea tensiones entre la autenticidad y las expectativas organizacionales (27,34). Estas complejidades dificultan el establecimiento de descripciones estandarizadas de roles, necesarias para en equipos multidisciplinarios y para el desarrollo eficaz de políticas. Estas complejidades dificultan el establecimiento de descripciones estandarizadas de roles, necesarias para la integración en equipos multidisciplinarios y el desarrollo eficaz de políticas. Por lo tanto, el diálogo inclusivo entre las partes interesadas es esencial para conciliar las diferentes interpretaciones y definir colaborativamente roles que respeten sistemáticamente los valores fundamentales de los profesionales con experiencia y en ejercicio (35). Un ejemplo exitoso se encuentra en Irlanda, donde los roles basados en la experiencia han recibido reconocimiento dentro del Health Service Executive, que ha establecido un código de categoría formalmente reconocido para los trabajadores de apoyo entre pares. Esto incluye un rol claramente definido, garantizar la preparación organizacional, abordar las consideraciones de empleo, implementar procesos sólidos de reclutamiento y capacitación, y desarrollar planes estratégicos para su integración en los servicios de salud mental. 36 El marco establece descripciones claras de roles, gestión jerárquica, supervisión y remuneración (36,37).

Cómo se co-creó esta hoja de ruta

En consonancia con las mejores prácticas contemporáneas en salud mental, la OMS se compromete a apoyar la creación conjunta de políticas y la organización de servicios de salud con las personas que utilizan los servicios de salud mental, sus familias y las partes interesadas (4). En 2023, la Oficina Regional de la OMS para Europa firmó un acuerdo de contribución con la Comisión Europea, financiado por la Unión Europea en el marco del programa EU4Health. Este acuerdo, incluido en el proyecto «Abordar los retos de la salud mental en la Unión Europea, Islandia y Noruega», forma parte de la Iniciativa de la Comisión para el desarrollo de capacidades en salud mental europea, tal como se establece en la Comunicación de 2023 sobre un enfoque integral de la salud mental (38). El objetivo del trabajo de la Oficina Regional en virtud de este acuerdo es proporcionar un desarrollo de capacidades personalizado en la formulación de políticas y la prestación de servicios para los 29 países participantes, incluida la integración de la experiencia vivida/viva en las políticas y los servicios. Para lograrlo, la Oficina Regional firmó un contrato con Mental Health Europe y recibió apoyo del Departamento de Salud de Irlanda, instituciones con una experiencia significativa en la asociación con personas que han vivido o han vivido problemas de salud mental, sus familias y sus seguidores.

Se creó un grupo de trabajo para cocrear la hoja de ruta, con representantes de países de toda Europa, como Bélgica, Alemania, Hungría, Irlanda, Lituania, Rumanía, Eslovaquia, España y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

El grupo de trabajo adoptó la definición de cocreación de Mental Health Europe para guiar su trabajo (2):

Un enfoque colaborativo que involucra a todos los actores involucrados en la salud mental trabajando juntos en igualdad de condiciones para desarrollar e implementar políticas, servicios, programas y comunicaciones que promuevan la salud mental de acuerdo con un modelo psicosocial y un enfoque basado en los derechos humanos.

La hoja de ruta se coelaboró siguiendo una metodología de gestión de proyectos y mediante una amplia consulta con un grupo diverso de partes interesadas, incluyendo personas con experiencia propia o actual, profesionales de la salud mental, organizaciones no gubernamentales, responsables políticos, familiares y otros defensores. El principio de equidad fue fundamental en este proceso, garantizando que todas las voces fueran escuchadas y valoradas. La hoja de ruta refleja las perspectivas, prioridades y experiencia compartidas de todos los involucrados. El proceso de coelaboración de la hoja de ruta comenzó en agosto de 2024 y concluyó en abril de 2025. Durante este período, se celebraron siete reuniones del grupo de trabajo. Para apoyar la planificación del proyecto del grupo de trabajo, se establecieron dos subgrupos: uno para apoyar al investigador principal en la definición de la estrategia de investigación y otro para apoyar la planificación de las consultas.

El primer grupo estuvo compuesto por seis miembros del grupo de trabajo, incluido el investigador principal, con el apoyo de un asistente de investigación. Se celebraron doce reuniones bimensuales. Se realizaron búsquedas bibliográficas en una amplia gama de publicaciones, tanto revisadas por pares como no revisadas. La estrategia de búsqueda se coelaboró para incluir una amplia gama de terminología (incluidos términos relacionados con población, salud mental, formación y educación, políticas, modelos de participación, prestación de servicios y geografía), así como criterios de inclusión y exclusión. Las búsquedas se realizaron en bases de datos como PubMed, ERIC, Wiley, PsycINFO (EBSCO Host) y Web of Science Core Collection, así como en diversas fuentes de literatura gris (como las de Mental Health Europe y la OMS). También se desarrollaron términos de búsqueda abiertos en Google. Se identificó material adicional en consulta con los puntos focales nacionales de los países participantes. A partir del análisis de toda la investigación relevante identificada, este subgrupo categorizó los hallazgos por tema e identificó una serie de acciones esenciales para apoyar la integración de los roles de la experiencia vivida en los sistemas de salud mental. Estas acciones sirvieron de base para la hoja de ruta. El primer borrador se preparó en diciembre de 2024 y se distribuyó a los miembros del grupo de trabajo para recibir comentarios. Posteriormente, la hoja de ruta fue perfeccionada y actualizada por el investigador principal. Paralelamente, el segundo subgrupo planeó dos eventos de consulta (presencial y en línea) que se celebrarían en febrero de 2025. Este subgrupo se reunió tres veces y estuvo compuesto por 10 miembros del grupo de trabajo. La hoja de ruta revisada se distribuyó a quienes se habían inscrito

para el proceso de consulta en enero de 2025. En total, 65 personas participaron en los dos eventos de consulta, incluyendo personas con experiencia vivida/actual, familiares, responsables de políticas y proveedores de servicios de los 29 países europeos participantes, Brasil, la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China y Nueva Zelanda. La consulta presencial se llevó a cabo en Bruselas, Bélgica, durante dos días, con 25 personas presentes. Posteriormente se realizó una consulta en línea posterior de cuatro horas, con la participación de 40 personas. Toda la retroalimentación se recopiló y refinó a través de un análisis temático realizado por el investigador principal, el gerente de proyecto y el gerente de operaciones, quienes la incorporaron a la hoja de ruta. A lo largo de este proceso, el grupo de trabajo proporcionó retroalimentación y aportes continuos para el desarrollo y la redacción de la hoja de ruta a medida que evolucionaba. Esta hoja de ruta se concibe como la primera fase de un proceso de tres fases. Las fases 2 y 3 se centrarán en la creación conjunta y el desarrollo piloto de un programa de formación certificado y acreditado a nivel europeo para integrar la experiencia vivida y continua en los sistemas de salud mental.

Acciones de la hoja de ruta

La integración de profesionales con experiencia práctica en los sistemas de salud mental de todos los países participantes en el proyecto "Abordando los retos de la salud mental en la Unión Europea, Islandia y Noruega" requiere un enfoque específico y pragmático. Esta sección describe las acciones clave en áreas críticas de desarrollo para garantizar su incorporación,

uso eficaz y sostenible de la experiencia vivida/continua en la atención sanitaria. Aunque se desarrolló en colaboración entre la Oficina Regional de la OMS para Europa y la Comisión Europea, la hoja de ruta está diseñada para su uso en todos los países, tanto dentro como fuera de la Región Europea de la OMS.

Acción 1. Fortalecimiento de la política sanitaria



Objetivo

Las políticas y estrategias nacionales de salud mental deben contener disposiciones para la inclusión de la experiencia vivida/continua en los entornos de atención de salud y deben estar alineadas con los principios de la atención orientada a la recuperación.



Pasos de acción

Las partes interesadas deben:

1. involucrar a los formuladores de políticas para integrar a profesionales con experiencia vivida y práctica en los marcos legislativos y estratégicos, incluidos la planificación y presupuestación de la fuerza laboral.
2. definir los roles, responsabilidades y límites de los profesionales experimentados/en funciones dentro de las directrices políticas para reducir la ambigüedad de los roles.
3. promover la cocreación en el desarrollo de políticas, garantizando que la experiencia guíe las decisiones del sistema de atención de salud mental.
4. repensar la política desde una comprensión contemporánea del papel de la experiencia basada en la experiencia y la práctica de atención orientada a la recuperación.

Como se destaca en las Directrices de la OMS 2025 sobre Políticas de Salud Mental y Planes de Acción Estratégicos (39), históricamente, las personas con trastornos de salud mental y discapacidades psicosociales han sido excluidas tanto de la toma de decisiones sobre su propia salud y sus vidas como de los procesos más amplios de toma de decisiones dentro de la sociedad. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que las personas con trastornos de salud mental y discapacidades psicosociales poseen conocimientos, perspectivas y contribuciones invaluables. Por lo tanto, su participación significativa es fundamental en todos los aspectos de la reforma de la salud mental, incluyendo la gobernanza y el desarrollo, la implementación y la evaluación de políticas. El establecimiento de roles profesionales con experiencia práctica refleja esta participación y garantiza que todas las acciones dirigidas a transformar los servicios de salud mental estén alineadas con las perspectivas y necesidades de quienes las han experimentado. Integrar a profesionales con experiencia práctica en las estrategias nacionales de salud mental es un paso fundamental

para integrar los roles entre pares y garantizar una financiación sostenible. Las políticas que definen estos roles, establecen flujos de financiamiento y priorizan la co-creación son esenciales para integrarlos como un componente central de los sistemas de salud mental (11,40,41). En esta etapa crítica, los profesionales con experiencia vivida tendrán roles ambiguos dentro de los sistemas de salud, pocos apoyos formalizados y pocas oportunidades para participar en el desarrollo del sistema de salud. Para información más detallada sobre cómo asegurar que la experiencia vivida se integre en todas las acciones políticas, véanse las Directrices de la OMS sobre Políticas de Salud Mental y Planes de Acción Estratégicos (39). Según una encuesta realizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa y la Comisión Europea en 2023, muchos países europeos apenas están comenzando a integrar la experiencia vivida en las políticas. Si bien 25 de 29 países (86%) informaron involucrar a personas con experiencia vivida en el desarrollo de políticas, su participación puede ser superficial. De hecho, 11 países (38%) informaron una aceptación limitada entre las personas con experiencia vivida y sus cuidadores. Además, más de la mitad de los países encuestados (16 países; 67%) indicaron la necesidad de apoyo para fortalecer la capacidad dentro del personal de salud mental. Si bien la mayoría de los países han implementado parcialmente intervenciones de salud mental en la atención primaria, los esfuerzos para mejorar la capacidad del personal sanitario general están retrasados. En concreto, 12 de 29 países aún no han comenzado esta implementación. Entre los obstáculos para la implementación de políticas se incluyen la accesibilidad y la cobertura inadecuadas del personal sanitario y asistencial (15 países; 52%) y la infraestructura insuficiente para satisfacer

las necesidades del sistema (13 países; 45%). La infraestructura inadecuada y la falta de cobertura pueden afectar la continuidad de la atención y limitando la participación de los usuarios de los servicios. Los hallazgos señalan áreas clave para apoyo adicional, como la ampliación del personal de salud mental y la mejora de las habilidades del personal sanitario general (42). Otro motivo de preocupación es que los planes y políticas de salud mental en Europa a menudo carecen de objetivos específicos y mensurables, así como de detalles sobre los pasos de implementación, las responsabilidades y las fuentes de financiación (43). Muchos también proporcionan información limitada sobre los sistemas de datos y los procesos de evaluación. Si bien se ha avanzado en el desarrollo de estas políticas y planes, la puesta en práctica y la recopilación de datos para la evaluación suelen ser insuficientes. Para mejorar la generación de conocimiento y demostrar su impacto, las políticas y planes de salud mental deben incluir objetivos específicos y mensurables, así como responsabilidades asignadas, planes de financiación y evaluación.

Caso práctico 1 – Irlanda

El Marco Nacional para la Recuperación en Salud Mental de Irlanda (2024-2028) (44) se centra en la creación de servicios orientados a la recuperación mediante la integración de valores como la esperanza, la autodeterminación y el empoderamiento en todos los aspectos de la atención, desde la selección hasta la planificación del servicio. Los planes de comunicación garantizan que los usuarios del servicio, las familias, los cuidadores y el personal colaboren con una comprensión compartida de estos principios. La educación para la recuperación, como la planificación de acciones para la recuperación del bienestar, apoya a las personas en la gestión de su salud mental y el logro de sus objetivos. Los profesionales con experiencia en la enfermedad desempeñan un papel fundamental en este proceso, trabajando individualmente con los usuarios del servicio para generar confianza, gestionar las transiciones y conectarlos con los recursos comunitarios. La coproducción es un paso fundamental en el plan de Irlanda para promover la recuperación de la salud mental centrada en el usuario del servicio, y los profesionales con experiencia en la vida desempeñan un papel crucial para cerrar la brecha entre el usuario del servicio o la persona que lo utiliza y los profesionales. La Universidad de la Ciudad de Dublín y la Universidad Tecnológica del Atlántico ofrecen cursos de formación que otorgan cualificaciones formales a estos profesionales, con becas disponibles para la matrícula (45,46).

Estudio de caso 2 – Noruega

Noruega ha adoptado un enfoque estructurado para integrar el apoyo entre pares en su sistema de salud mental, creando una hoja de ruta clara para su desarrollo. Los centros comunitarios de salud mental constituyen la columna vertebral de la atención, incorporando equipos móviles y servicios de crisis para garantizar la accesibilidad (47). Los servicios de recuperación entre pares han surgido en los municipios para mejorar el tratamiento de la salud mental y el abuso de sustancias, reconociendo el valor único de la experiencia vivida en la prestación de servicios (48). Reducir el estigma en los servicios de salud mental ha sido un objetivo central de la política nacional y la integración de los trabajadores con experiencia vivida. Estos trabajadores, conocidos como *erfaringskonsulenter* (consultores de experiencia vivida), se integran en equipos multidisciplinarios para promover la inclusión y combatir los estereotipos de salud mental. Este compromiso ha cambiado la percepción pública y reducido las prácticas discriminatorias en los entornos sanitarios, lo que demuestra la contribución de la competencia en experiencia vivida a la sociedad. *Erfaringssentrum*, la asociación nacional noruega de trabajadores con experiencia vivida, ha desempeñado un papel clave en la profesionalización del campo al promover la colaboración, apoyar la inclusión laboral y organizar conferencias nacionales (49). El Centro de Competencia KBT para la Experiencia Vivida y el Desarrollo de Servicios ofrece formación acreditada por la Agencia Noruega para el Aseguramiento de la Calidad en la Educación, garantizando que los trabajadores entre pares obtengan cualificaciones formales y tengan trayectorias profesionales estructuradas (50). Este enfoque multinivel, desde la política y la educación hasta la implementación de servicios, demuestra el compromiso de Noruega con la integración del apoyo entre pares en la atención de salud mental general.

Acción 2. Apoyar la construcción de servicios inclusivos con pacientes expertos



Objetivo

Las organizaciones de salud mental deben estar preparadas para incluir profesionales experimentados/actuales promoviendo prácticas inclusivas, superando las barreras culturales y garantizando que los profesionales experimentados/actuales reciban apoyo mediante capacitación, supervisión y trayectorias profesionales equitativas.



Pasos de acción

Las partes interesadas deben:

1. implementar actividades antiestigma en las organizaciones de atención médica para fomentar el respeto y la colaboración entre los profesionales experimentados/actuales y el personal tradicional.
2. estandarizar los roles y la formación de los profesionales experimentados/actuales para garantizar la consistencia y el profesionalismo en la práctica.
3. fortalecer las estructuras de supervisión y apoyo para promover la práctica ética.
4. promover culturas de trabajo inclusivas a través de la formación y el apoyo a la práctica para lograr la plena integración de profesionales experimentados en equipos multidisciplinarios.
5. construir trayectorias de desarrollo profesional para atraer y sostener una fuerza laboral motivada y calificada.

Las estructuras y la cultura organizacionales influyen significativamente en las experiencias y el bienestar de los profesionales que trabajan con la experiencia vivida (29, 51–53).

Para retener a estos profesionales de forma eficaz y motivada, las organizaciones deben fomentar culturas corporativas inclusivas que sean equitativas, valoren la experiencia vivida a través de la remuneración, establezcan trayectorias profesionales claras para el progreso (54-56), ofrezcan formación integral y proporcionen supervisión de apoyo. Una de las contribuciones más significativas de los profesionales con experiencia vivida es su potencial para reducir el estigma en los sistemas de salud mental y en la sociedad en general. El estigma y la discriminación relacionados con las afecciones de salud mental están generalizados y son perjudiciales. Reducir el estigma y la discriminación beneficia a las familias, las comunidades y las economías, y tiene el potencial de salvar vidas. Reducir el estigma entre el personal sanitario requiere iniciativas organizativas continuas y la participación comunitaria (véase el Recuadro 2 para el enfoque de la OMS) (57). El personal clínico a menudo expresa escepticismo, motivado por la falta de comprensión, hacia los profesionales con experiencia vivida; esto ha impulsado iniciativas en países como Irlanda y España para educar a los equipos sanitarios sobre el valor de su función (32). Además, apoyar a los usuarios de los servicios para que se comprometan y comprendan su propio historial de salud mental reduce el autoestigma y aumenta su autonomía y resiliencia (58). Memria en Noruega ha lanzado un proyecto piloto con el Fondo Noruego de Derechos Humanos, donde recopila y publica historias de defensores de los derechos humanos.

Experiencias humanas contadas por personas, en sus propias voces, sobre el trabajo que realizan, los riesgos que enfrentan y por qué se ven obligadas a luchar por los derechos de los demás. Este enfoque narrativo ha mejorado la actitud pública y reducido la discriminación en la atención médica (59). La estandarización de la capacitación es esencial para la coherencia y la profesionalidad. Puede ayudar a evitar la ambigüedad de roles y mejorar la claridad organizacional (32,61). Los programas de capacitación que abordan la identidad dual de los profesionales con experiencia y experiencia, fusionando la experiencia vivida con las responsabilidades profesionales, son fundamentales (16). La capacitación que promueve el desarrollo profesional, manteniendo la autenticidad de los roles entre pares, puede lograrse mediante módulos de cocreación y gestión de límites (62,63). El programa de certificación de Participación Experimentada ejemplifica la estandarización efectiva de la capacitación centrada en la atención orientada a la recuperación,

los marcos éticos y las habilidades prácticas para entornos multidisciplinarios (15,18). Cooperación Nórdica y Báltica para TrabajadoresPeer Support es una asociación financiada para desarrollar y compartir nuevos materiales de capacitación para el apoyo entre pares en Dinamarca, Estonia, Islandia, Lituania, Noruega y Suecia (64). Las organizaciones pueden garantizar que los profesionales con experiencia práctica estén adecuadamente preparados para sus funciones mediante la adopción de procesos estandarizados de capacitación y certificación que se ajusten a los principios de recuperación y los estándares éticos (27). Consulte el Área de Acción 4 para obtener más información sobre la capacitación. La práctica ética basada en la experiencia práctica de los profesionales es multifacética y abarca dinámicas relacionales, marcos formalizados y esfuerzos para reducir el estigma (27,65).

Recuadro 2. Kit de herramientas Mosaic para acabar con el estigma y la discriminación en la salud mental

La Oficina Regional de la OMS para Europa ha publicado el conjunto de herramientas Mosaic para acabar con el estigma y la discriminación en salud mental, con el fin de ayudar a los responsables políticos, las personas con experiencia vivida de enfermedades mentales, los profesionales de la salud, la sociedad civil y otros actores a desarrollar e iniciar actividades antiestigma basadas en la evidencia en sus contextos locales. El conjunto de herramientas ofrece orientación práctica basada en tres principios clave: liderazgo o coliderazgo por parte de pacientes expertos, contacto social y alianzas inclusivas. Para implementar estos principios, el conjunto de herramientas ofrece un modelo de proceso de cuatro pasos: identificación de objetivos, planificación y preparación de actividades mediante la evaluación de necesidades y el mapeo de las partes interesadas, inicio y aprendizaje de las actividades, y reflexión sobre los hallazgos para fundamentar futuras actividades. Para ilustrar el proceso y los principios, el conjunto de herramientas Mosaic incluye 11 estudios de caso globales e información sobre políticas y acciones en toda la Unión Europea (60).

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida

Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad

Estas dimensiones pueden abordarse mediante capacitación estandarizada, una sólida supervisión y la participación comunitaria, lo que permite a estos profesionales prosperar como una fuerza transformadora en los sistemas de salud mental. Una supervisión eficaz requiere marcos éticos específicos para profesionales con experiencia práctica que puedan guiar la práctica y abordar desafíos únicos. La Asociación Nacional de Apoyo entre Pares de Estados Unidos ha desarrollado estándares que incluyen 12 valores fundamentales y describen directrices para supervisores, junto con una distinción entre la supervisión entre pares y la supervisión no entre pares (66). Consulte el Área de Acción 5 para obtener más detalles sobre la supervisión. Crear servicios inclusivos y centrados en la recuperación requiere cambios tanto culturales como prácticos dentro de las organizaciones. La resistencia del personal sanitario general a menudo se debe a la falta de comprensión de los roles de los pares (27,67). Para combatir esto, se necesitan campañas de formación y concienciación específicas. En Irlanda y España, los profesionales con experiencia práctica han enfrentado dificultades para ganar aceptación dentro de los equipos clínicos, lo que indica la necesidad de formación organizacional (32). La colaboración con el personal general puede mejorarse mediante el trabajo en equipo y la cocreación (68). La integración de profesionales con experiencia en equipos multidisciplinarios promueve la mutualidad (69). Los equipos multidisciplinarios son esenciales, tanto en hospitales como en comunidades, ya que apoyar la recuperación implica trabajo en equipo y un cambio de actitud en primera línea. Todas estas estrategias contribuyen a reducir el estigma y a mejorar la dinámica laboral, lo que genera una cultura más

inclusiva. Las prácticas cotidianas también deben cambiar, incorporando principios de recuperación. Este cambio requiere dos enfoques clave: capacitar a los equipos para aplicar los conceptos de recuperación en situaciones reales y aprovechar la experiencia de todos los que están en primera línea para promover soluciones de recuperación. Los planes de integración de recuperación de equipos se pueden utilizar para este propósito: están diseñados para ayudar a los equipos a centrarse en la recuperación, lo que les permite implementar conceptos de recuperación aprovechando la experiencia tanto de los proveedores de servicios como de los usuarios, y promoviendo métodos innovadores para promover la recuperación y entornos de apoyo (70). Las trayectorias profesionales estructuradas son esenciales para mantener una fuerza laboral motivada y calificada. Estas trayectorias deben ofrecer oportunidades de especialización y desarrollo de liderazgo, facilitando el avance profesional (56,71,72). El desarrollo profesional continuo es fundamental para retener a los profesionales con experiencia vivida/vivida y mejorar sus contribuciones (73). Estas medidas también mejoran la retención y fortalecen su valor dentro de los sistemas de salud. La remuneración equitativa es un problema persistente (54), al igual que la sostenibilidad financiera de estos puestos dentro de las organizaciones de salud. Una financiación adecuada y estable es esencial para apoyar la integración de los profesionales con experiencia vivida/vivida (74) y para garantizar la escalabilidad de sus contribuciones (7).

Estudio de caso 3 – Finlandia

En Finlandia, la participación de profesionales con experiencia en los servicios de salud mental ha aumentado en los últimos años. Además de los expertos con experiencia a través de actividades del sector no gubernamental, se ha hecho un esfuerzo para expandir dicha actividad al sector público, con el objetivo de proporcionar servicios orientados al cliente e implementar una política de salud mental que enfatice la participación del usuario del servicio. Existen muchos grupos de profesionales con experiencia, y la información está fácilmente disponible en línea (75). El modelo finlandés de apoyo entre pares y grupos de expertos con experiencia combina enfoques comunitarios, profesionalizados e integrados (76). Hay muchos cursos de capacitación disponibles para profesionales con experiencia y expertos con experiencia, algunos facilitados por la Alianza Global de Redes de Defensa de las Enfermedades Mentales-Europa, Vertaistoiimijat y Kokemustiedon Keskus. No está claro si es un requisito que estos profesionales estén capacitados formalmente para brindar apoyo, pero es probable (77,78).

Caso práctico 4 – Suecia

En Suecia, los modelos profesionales y los programas de formación continua enfatizan la recuperación, el empoderamiento y la colaboración en los servicios de salud mental. Las iniciativas y campañas de investigación en escuelas de recuperación y escuelas para pacientes se han centrado en la educación con apoyo entre pares, donde personas con experiencias vividas en salud mental comparten sus experiencias, enseñan habilidades de afrontamiento y fomentan la confianza para reducir el estigma y promover la autogestión (79). El modelo es flexible y colaborativo, con características clave como el desarrollo de roles, la construcción de relaciones y la separación de las tareas clínicas. Los programas de formación preparan a los profesionales con experiencia continua mediante un curso de cinco semanas, complementado con sesiones para organizaciones y personal, lo que garantiza una integración fluida en los servicios de salud mental. Los coordinadores supervisan la contratación y el apoyo, mientras que mentores experimentados brindan coaching para fortalecer el crecimiento profesional y el bienestar (80). Personligt Ombud, una iniciativa sueca de gestión de casos, ejemplifica este enfoque al ayudar a los usuarios del servicio a establecer metas, acceder a recursos y realizar cambios en su vida (81). Los trabajadores de apoyo entre pares, introducidos a través de la Cooperación Nacional para la Salud Mental, han mejorado la comunicación con los usuarios del servicio y han transformado los servicios de salud mental de manera positiva (82).

Acción 3. Promover la cocreación, la colaboración y la integración



Objetivo

Mediante la aplicación de principios de cocreación, la experiencia vivida y otras formas de conocimiento deberían integrarse en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios de salud mental.



Pasos de acción

Las partes interesadas deben:

1. establecer plataformas para la colaboración entre profesionales experimentados/actuales, médicos y usuarios de servicios en el diseño y la prestación de servicios;
2. desarrollar capacidades y brindar capacitación a personas con experiencia vivida/continua para que puedan participar en la creación conjunta significativa de servicios;
3. utilizar modelos exitosos de cocreación para guiar la implementación y escalar las mejores prácticas;
4. capacitar a los trabajadores de la salud para que reconozcan y valoren el papel de la cocreación en la creación de servicios de salud mental inclusivos y centrados en la persona;
5. implementar marcos de evaluación para evaluar los resultados de las iniciativas co-creadas y refinar las prácticas basadas en la retroalimentación de las partes interesadas.

La cocreación enfatiza la responsabilidad compartida y la participación activa de todos los actores en el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios de salud mental. Este enfoque se basa en los principios de inclusión, mutualidad y empoderamiento, y está estrechamente alineado con la filosofía de los profesionales con experiencia práctica (53,83).

A diferencia de los enfoques jerárquicos tradicionales, la cocreación enfatiza la igualdad, el aprendizaje mutuo y la integración de diversas perspectivas. Una cocreación eficaz implica crear espacios donde los usuarios de servicios, los trabajadores con experiencia vivida, los familiares, otros profesionales de apoyo y los profesionales clínicos puedan innovar y contribuir equitativamente a los procesos de toma de decisiones. Esto requiere abordar los desequilibrios de poder y garantizar que se reconozca el valioso aporte de la experiencia de todas las partes (32,83). Sin embargo, existe el peligro de optar por una inclusión simbólica en lugar de practicar una inclusión efectiva. La inclusión simbólica implica utilizar la experiencia vivida como un gesto simbólico, en lugar de emplearlo como la base para un cambio estructural. La verdadera integración de la experiencia vivida requiere un cambio de poder, una escucha atenta y la voluntad de cambiar el propio sistema, no solo de embellecerlo con un nuevo lenguaje. La cooptación (o cooptación) se refiere al proceso mediante el cual un grupo dominante busca absorber, neutralizar o apaciguar a una oposición más débil que percibe como una amenaza a su autoridad. Este proceso puede adoptar muchas formas, como por ejemplo, cuando el grupo dominante adopta las ideas o el lenguaje de las comunidades marginadas y modifica gradualmente el significado de ideas o términos clave, hasta que palabras como "empoderamiento" o "par" pierden su significado original o pasan a significar lo opuesto (84).

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida

Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad

Cuando los sistemas se apropian del lenguaje o las historias de la experiencia vivida sin respetar su profundidad ni contexto, dichas perspectivas corren el riesgo de diluirse en narrativas edulcoradas que favorecen el statu quo. Por ejemplo, ideas como el apoyo entre pares, que buscan desafiar las estructuras de poder existentes, pueden profesionalizarse hasta el punto de perder sus raíces radicales y comunitarias. La experiencia vivida a menudo conlleva críticas y desafíos, especialmente sobre cómo los sistemas tradicionales de salud mental han causado daños. Cuando estas voces se apropian, se ignora ese lado crítico y la reforma se centra más en la imagen que en la sustancia. Las personas con experiencia vivida a menudo asumen estos roles con la esperanza de un cambio significativo. Cuando se dan cuenta de que sus voces se utilizan, pero no se escuchan realmente, esto genera desilusión y desconfianza, no solo en las personas, sino en comunidades enteras (84). Los modelos de cocreación y colaboración representan un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, al enfatizar la igualdad, la inclusión y la responsabilidad compartida. Diferentes aplicaciones resaltan la adaptabilidad y el impacto de estos enfoques en el fomento de sistemas orientados a la recuperación. Al abordar desafíos como la dinámica de poder y la sostenibilidad, y al mismo tiempo aprovechar las oportunidades de innovación, la cocreación puede seguir transformando los sistemas de salud mental y garantizar que la experiencia vivida siga siendo el centro de la atención. Un estudio de cuatro años examinó tres innovaciones de servicios públicos cocreadas en Canadá, Escocia (Reino Unido) y Suecia.

Se observó que, en todos los casos de

estudio, una filosofía que valoraba la experiencia vivida de los profesionales en igualdad de condiciones con el conocimiento profesional presentaba mayor flexibilidad y adaptabilidad.

Contextos locales y ha propiciado el desarrollo de nuevas mentalidades y procesos de cocreación (53). Los principios clave de la cocreación son:

- garantizar que todas las voces, en particular las de las personas con experiencia vivida, estén representadas en los procesos de toma de decisiones;
- reciprocidad y colaboración: crear alianzas que aprovechen las contribuciones únicas de la experiencia vivida de los profesionales y los usuarios del servicio;
- enfoque orientado a la recuperación: reconocer la naturaleza holística de la recuperación y alinear los servicios con los principios de recuperación, como la autonomía, el empoderamiento y el crecimiento personal.

Se han desarrollado diversos recursos para apoyar la formación y la implementación de la cocreación (2,85,86). Según un estudio (53), diversas acciones estratégicas pueden apoyar la cocreación, entre ellas las siguientes.

La dinámica de poder entre las partes interesadas debe estar equilibrada. Las jerarquías tradicionales dentro de los sistemas de salud suelen limitar la influencia de la experiencia vivida de profesionales y usuarios de los servicios.

En Irlanda, los profesionales que se basan en la experiencia vivida han reportado dificultades para afirmar sus perspectivas dentro de equipos multidisciplinarios, lo que requiere capacitación organizacional para promover la reciprocidad y la colaboración. Los procesos de cocreación requieren generar confianza. La confianza es un factor crucial para el éxito de la cocreación.

La resistencia del personal tradicional, sumada al estigma sistémico, puede socavar los esfuerzos de colaboración. Es necesario garantizar la sostenibilidad. La cocreación requiere una inversión sostenida en capacitación, supervisión e infraestructura.

La cocreación se ha aplicado con éxito en diversos contextos. En Nueva Zelanda, la iniciativa Whānau Ora integra a profesionales con experiencia en servicios de salud centrados en la familia, priorizando el bienestar holístico y la sensibilidad cultural. Este modelo demuestra el potencial de la cocreación para abordar las necesidades específicas de poblaciones diversas (87).

De manera similar, los programas de salud mental para refugiados en Grecia emplean a profesionales experimentados de las comunidades de refugiados para cocrear servicios de apoyo (88). Este enfoque mejora la relevancia cultural y la confianza, lo que se traduce en una mejor participación y mejores resultados (7). La cocreación tiene un gran potencial, pero puede verse obstaculizada por las dinámicas de poder de las partes interesadas y la falta de confianza. Desarrollar modelos de cocreación eficaces requiere una inversión continua en el fortalecimiento de las relaciones, la facilitación del diálogo y el desarrollo de capacidades para todos los participantes.

Las oportunidades residen en aprovechar estos procesos para fomentar la innovación y garantizar que los servicios de salud mental respondan a las necesidades de las poblaciones diversas.

Acción 4. Normalización de la formación y certificación



Objetivo

Se deben desarrollar conjuntamente programas de capacitación y certificación coherentes y de alta calidad que brinden a los profesionales con experiencia vivida las habilidades, el conocimiento y la base ética necesarios para una práctica eficaz, profesional y orientada a la recuperación.



Pasos de acción

Las partes interesadas deben:

1. co-crear un plan de estudios de capacitación básica certificado
2. desarrollar módulos sobre los principios de atención orientada a la recuperación, práctica de experiencias vividas, marcos éticos, uso de la propia narrativa como herramienta de recuperación, gestión de límites, autocuidado, supervisión y cocreación, entre otros, para preparar profesionales con experiencia vivida/actuando para entornos multidisciplinarios;
3. colaborar con instituciones académicas, organizaciones de salud mental y partes interesadas para garantizar que los programas de capacitación se creen en conjunto, reflejen las mejores prácticas y sean accesibles para todas las poblaciones con experiencia vivida;
4. se ofrecen oportunidades de desarrollo para abordar los desafíos emergentes y apoyar la progresión profesional.

Basándose en la Acción 2 (Desarrollo de la capacidad de preparación organizacional), los modelos de capacitación estandarizados garantizan la coherencia y el profesionalismo entre los profesionales.

de la experiencia vivida, dotándolos de habilidades esenciales para promover la recuperación (27, 52, 89). Los enfoques de capacitación varían ampliamente, según los contextos culturales y sistémicos locales, pero siempre deben apuntar a promover la práctica ética. La práctica ética es crucial para los trabajadores con experiencia vivida, quienes a menudo enfrentan desafíos como la gestión de límites, las dinámicas de poder y el estigma. La definición de marcos éticos personalizados puede garantizar la integridad y la sostenibilidad de sus contribuciones y debe abordar particularmente la ética relacional: la importancia de la confianza, el respeto y la reciprocidad para fomentar las conexiones entre estos trabajadores y los usuarios del servicio (66). Sin embargo, la naturaleza profundamente personal de estas interacciones requiere una cuidadosa atención a los límites y las prácticas de divulgación (89). Si bien es una herramienta valiosa, la autorrevelación puede conducir a confusión de roles o daño emocional si se usa de manera inapropiada. La capacitación en narrativas personales es un enfoque que puede reducir la posibilidad de un uso indebido de la autorrevelación. Las narrativas de recuperación de la salud mental son relatos personales de primera mano de la experiencia vivida de recuperación de problemas de salud mental.

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida

Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad

Se refieren a acciones o eventos específicos y a menudo incluyen relatos personales de luchas, adversidades, éxitos, supervivencia y fortalezas personales identificadas (90). Los profesionales que abordan experiencias vividas deben equilibrar el compartir experiencias para relacionarse con el mantenimiento de los límites profesionales (91). Las relaciones duales, en las que se comparten vínculos personales con las personas a las que se apoya, plantean importantes desafíos éticos. Los marcos de supervisión son esenciales para abordar posibles conflictos de intereses (92).

En los roles profesionales, compartir narrativas personales solo debe utilizarse cuando beneficie a la otra persona involucrada. Compartir narrativas personales para el beneficio terapéutico o el crecimiento personal debe realizarse en un contexto de autocuidado (89,91). Es importante separar los programas de capacitación y certificación en áreas de habilidades teóricas y prácticas.

Un estudio (92) examinó los tipos de componentes del trabajo de apoyo entre pares en entornos de salud mental e identificó varios temas relacionados con el reclutamiento, la preparación, la capacitación del personal y el mantenimiento de registros.

Una revisión adicional identificó 20 temas de capacitación que podrían incluirse en el currículo de los programas de capacitación inicial.

Los temas clave incluyen una introducción a las perspectivas históricas, locales e internacionales del apoyo entre pares y los trabajadores de apoyo entre pares; el papel del trabajo de apoyo entre pares en la recuperación; y los enfoques y modelos utilizados en el trabajo de apoyo entre pares. Los temas electivos o específicos del contexto pueden incluir:

- desarrollar habilidades y capacidades específicas del rol, como la entrevista motivacional.
- comprender los entornos de servicio y las necesidades de salud mental a lo largo de la vida.
- comprender los entornos de servicio y las necesidades de salud mental a lo largo de la vida, así como otras habilidades laborales como la gestión del tiempo (93).

Algunos países ya han establecido marcos de competencias para los profesionales de la salud mental. El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (Reino Unido) ha publicado un marco de competencias (94), mientras que el proyecto Erasmus+ ha publicado una guía para la implementación de conceptos de formación continua para profesionales de apoyo entre iguales, basada en el Marco Europeo de Cualificaciones para los niveles 4 y 5 (24). El manual de intervención y formación UPSIDES se ha desarrollado siguiendo un marco de cuatro pasos para adaptar la intervención a diferentes contextos socioeconómicos. Esta formación se centra en habilidades prácticas mediante ejercicios de rol; trabajo en grupo, incluyendo la reflexión sobre los roles con colegas (InterVision) o con un coach con amplia experiencia (supervisión); recursos y herramientas necesarios para la creación de redes; y la sensibilización continua sobre las habilidades relacionadas con la experiencia vivida (61).

La accesibilidad y la equidad en la certificación siguen siendo desafíos cruciales para la profesionalización de la experiencia vivida. Por ejemplo, aunque popular, el Programa de Formación en Participación de Expertos es administrado por varias organizaciones, y la capacitación y la certificación pueden no estar igualmente disponibles para quienes deseen trasladarse a otro país. Un enfoque escalonado o estructurado, como el observado en Irlanda, sería beneficioso, mediante el cual se priorice la experiencia vivida. El empleo y las categorías de los profesionales están vinculados a un conjunto definido de cualificaciones y experiencia (95). El desarrollo profesional continuo también es esencial. Dado el panorama cambiante de la atención de la salud mental, los profesionales con experiencia práctica deben mejorar continuamente sus habilidades. Las áreas de enfoque emergentes incluyen la salud digital, la atención interseccional y la defensa de intereses. Además, los programas de liderazgo son fundamentales para preparar a profesionales con experiencia para asumir roles en la gestión, la capacitación y la defensa de políticas (39, 96).

Caso práctico 5 – Austria

En Austria, se utiliza un modelo de diálogo tripartito para los grupos de apoyo entre pares. Los usuarios, cuidadores y trabajadores de la salud mental se reúnen periódicamente para tener un debate abierto con el objetivo de comunicar y debatir las experiencias y consecuencias de los problemas de salud mental y las formas de resolverlos (97). Entre 2013 y 2015, se llevó a cabo un curso piloto de formación para trabajadores de salud mental con experiencia vivida en países europeos, incluida Austria. Además, los trabajadores de apoyo entre pares son considerados expertos en función de su experiencia. Austria también participó en el proyecto europeo PEER2PEER, que compartió el enfoque escocés (Reino Unido) para los trabajadores de salud mental con experiencia vivida entre las organizaciones asociadas (98). El proyecto ayudó a los socios a comprender su papel, utilizando la experiencia de la Scottish Recovery Network. Las herramientas de formación se adaptaron a los contextos específicos de Austria, España y Rumanía, donde se llevaron a cabo dos cursos piloto de formación. De los 135 estudiantes, 18 trabajan como trabajadores con experiencia vivida, ya sea como voluntarios o empleados remunerados.

Caso práctico 6 – Islandia

Islandia ofrece varios modelos de apoyo entre pares y programas de capacitación centrados en el empoderamiento, la recuperación y la participación comunitaria. Klúbburinn Geysir (99) ayuda a las personas a reconstruir sus vidas trabajando junto con el personal, priorizando las fortalezas por encima de la enfermedad. El Centro de Participación Virknihús ofrece programas de rehabilitación, que incluyen apoyo laboral y asesoramiento (100). La Escuela de Recuperación Bataskóli ofrece cursos sobre salud mental y recuperación para personas y sus familias (101). Hugarafll, una organización dirigida por pares, promueve la recuperación personal, los derechos humanos y la educación en salud mental (102).

Caso práctico 7 – Francia

El papel de los trabajadores con experiencia vivida se ha desarrollado lentamente en Francia, pero ahora está ganando más atención, principalmente debido a las agendas políticas y las nuevas políticas gubernamentales (103,104). Las políticas y los programas que dependen de estos trabajadores incluyen grupos de autoayuda, el programa Acompañamiento para Todos, el programa Vivienda Primero y convocatorias nacionales de proyectos piloto para mejorar la salud y la autonomía. GHU París comparte información sobre las diferencias entre pares profesionales y voluntarios; nuevamente, existen cursos de capacitación general en salud mental, y los trabajadores con experiencia vivida son considerados expertos a través de la experiencia (105,106). El Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Formación en Salud Mental en Lille ha creado un plan de estudios de capacitación para trabajadores pares, que ha estado en funcionamiento desde 2012. Se ofrece en la Universidad Bobigny París 13 y la Universidad de Burdeos como un programa de un año, parte de un título de posgrado. Los trabajadores pares también realizan capacitación profesional en centros psiquiátricos y de rehabilitación que han reclutado trabajadores pares (107).

Acción 5. Mejorar la supervisión y el apoyo



Objetivo

Transformando la salud mental a través de la experiencia vivida Una hoja de ruta para integrar a los profesionales de la experiencia vivida en las políticas, los servicios y la comunidad.



Pasos de acción

Las partes interesadas deben:

1. Establecer directrices que enfatizen prácticas reflexivas y basadas en fortalezas;
2. los supervisores deben comprender el doble papel de los profesionales con experiencia vivida y apoyarlos en el uso eficaz de su experiencia vivida, así como en la gestión de desafíos tales como la autorrevelación y los límites relacionales;
3. considerar la supervisión un requisito esencial para puestos con experiencia vivida, garantizando que todos tengan igual acceso a ella;
4. promover redes para crear espacios de apoyo mutuo y aprendizaje compartido entre profesionales con experiencia vivida

Nuevamente, comenzando con la Acción 2 (Desarrollo de la Capacidad para la Preparación Organizacional), es esencial comprender que los profesionales con experiencia vivida ocupan una posición única. Son el puente entre los usuarios del servicio y los profesionales de la salud mental tradicionales. Esta doble función suele generar tensiones. Por un lado, se espera que los profesionales con experiencia vivencial mantengan su autenticidad recurriendo a su experiencia directa; por otro, se ven limitados por las expectativas y el profesionalismo de la organización. La necesidad de gestionar esta doble

identidad puede generar conflictos internos, como la necesidad de equilibrar las necesidades personales con las demandas profesionales autorrevelación, manteniendo límites apropiados. Estos profesionales suelen enfatizar el reto de mantener la autenticidad a la vez que se adhieren a los estándares profesionales de límites (27,40,74,108). Se enfatiza la supervisión reflexiva para ayudar a los profesionales con experiencia vivida a navegar las complejidades de su doble identidad (15). La naturaleza no jerárquica de los roles con experiencia vivida a veces puede enmascarar desequilibrios de poder subyacentes. Estos profesionales deben tener un rol claramente definido, especialmente en entornos de atención médica formal: todos deben tener claro cómo su rol contribuye al desarrollo general de los servicios orientados a la recuperación. Todos los profesionales son facilitadores del proceso de recuperación de una persona, pero al guiar a los usuarios del servicio a través de ese proceso, pueden crear inadvertidamente una dinámica en la que el usuario se sienta dependiente o impotente. La supervisión reflexiva aborda eficazmente estas dinámicas, asegurando que los profesionales con experiencia vivida se mantengan arraigados en la mutualidad y el respeto. El Centro de Asistencia Técnica de Servicios de Apoyo entre Pares (PeerTAC) de Nueva York ha desarrollado un manual completo y autodirigido. Esta capacitación incluye una comprensión de qué es el apoyo entre pares y cómo se traduce en servicios de apoyo entre pares. Incluye qué es la supervisión entre pares, el contexto en el que prospera y cómo se puede implementar.

El manual también explora los mitos y las realidades de la supervisión entre pares, los conocimientos y recursos necesarios para ejercer como supervisor entre pares y, finalmente, los desafíos específicos de la supervisión entre pares en entornos multiprofesionales para supervisores (109). Si bien la supervisión por parte de personas sin experiencia vivida puede ser muy eficaz, es fundamental desarrollar la capacidad de los profesionales con experiencia vivida para ejercer la supervisión. Normalmente, las personas con experiencia vivida deberían ser supervisadas por personas con experiencia vivida (66). Los profesionales con experiencia vivida son particularmente susceptibles al agotamiento y al trauma secundario debido a la intensidad emocional de sus funciones. Estos riesgos pueden provocar altas tasas de deserción y una menor eficacia sin un adecuado autocuidado, apoyo entre pares y apoyo organizacional (56,74,110). La supervisión reflexiva, adaptada a las necesidades específicas de los profesionales con experiencia vivida, es esencial para apoyar su eficacia y bienestar, ayudándoles a abordar desafíos como la superación de límites y el trauma secundario. Además, existe un creciente reconocimiento de la utilidad de capacitar a los supervisores en la práctica informada sobre el trauma (108,111). Las redes de apoyo estructuradas, como las sesiones de supervisión grupal, pueden mejorar la resiliencia y mitigar los sentimientos de aislamiento (56,74). Brindar acceso a recursos de salud mental y programas de bienestar también garantiza que estos profesionales puedan gestionar eficazmente las exigencias emocionales de su función (112,113).

Caso práctico 8 – Países Bajos

Numerosos profesionales y facilitadores de recuperación con experiencia están presentes en los Países Bajos (Reino de los Países Bajos). El Enik Recovery College cuenta con varias sedes y destaca por su enfoque único en la recuperación, centrado en el desarrollo personal y la autoexploración, en lugar de los métodos de tratamiento tradicionales. Su principal característica es la flexibilidad del programa: ofrece una variedad de talleres, capacitaciones semanales y retiros a tiempo completo que permiten a las personas elegir el enfoque que mejor se adapte a sus necesidades. El College fomenta un entorno de aprendizaje donde los participantes adquieren nuevos conocimientos y se involucran en una autoevaluación continua para comprender mejor sus propias experiencias y vulnerabilidades. El rol de pares de los facilitadores (pares con experiencia) crea un ambiente colaborativo, lo que resulta en una experiencia más abierta y cercana. Existen cursos y oportunidades de formación para facilitar la capacitación de trabajadores de pares a través de centros de recuperación como el Enik Recovery College (114). Además, el enfoque integral de la rehabilitación psicosocial está bien establecido en los Países Bajos (Reino Unido) y otros países europeos, y los programas de formación también ofrecen módulos de coaching grupal (115). También se ha desarrollado un programa de mentoría entre pares para jóvenes adultos en zonas rurales (116). En 2013, el Instituto Nacional Trimbos y GGZ Nederland desarrollaron un perfil de competencias para especialistas entre pares, seguido de un programa de formación en 2015. Las autoridades sanitarias neerlandesas aspiran a establecer una profesión y una función oficialmente reconocidas para los especialistas entre pares en la atención sanitaria (117).

Caso práctico 9 – Polonia

La Red Polaca de Compañeros de Salud Mental ofrece apoyo emocional y orientación práctica entre pares. Voluntarios universitarios cualificados actúan como acompañantes/mentores, ayudando a sus compañeros a afrontar los retos cotidianos, animándolos a buscar apoyo psicológico profesional y ofreciéndoles compañía sin prejuicios. También se centran en la educación sobre salud mental, organizando campañas de concienciación y eventos para combatir el estigma y enseñar a comunicarse eficazmente. El programa de la Red de Compañeros de Salud Mental también ofrece formación a voluntarios que viven experiencias vividas (118).

Estudio de caso 10 – Estonia

El modelo de profesionales con experiencia vivida en Estonia es un enfoque colaborativo, orientado a la recuperación y basado en la educación, dirigido por organizaciones no gubernamentales como Heaolu Ja Taastumise Kool (119,120). Los profesionales con experiencia vivida, conocidos en Estonia como consejeros, son personas que han experimentado un problema de salud mental y se han recuperado satisfactoriamente. Los profesionales deben completar siete módulos con un total de 182 horas, incluyendo 30 horas de supervisión por parte de un profesional clínico y 20 horas supervisadas por la institución de formación (121).

Acción 6. Ampliar el acceso mediante herramientas accesibles y digitales



Objetivo

Se deben utilizar plataformas digitales para aumentar la accesibilidad y el alcance de los proveedores de experiencias vividas, particularmente en áreas remotas y para poblaciones desfavorecidas.



Pasos de acción

Las partes interesadas deben:

1. desarrollar que permiten a profesionales experimentados brindar apoyo virtual;
2. capacitar en técnicas de engagement digital para mejorar su efectividad en entornos online;
3. ampliar el acceso a la experiencia vivida y a la formación de profesionales, en particular para las personas que viven en regiones geográficamente aisladas;
4. fomentar la colaboración internacional, permitiendo a los profesionales y a los responsables de las políticas compartir las mejores prácticas e innovaciones.

La tecnología digital ofrece grandes oportunidades para ampliar el alcance y la accesibilidad de los profesionales con experiencia vivida.

La pandemia del coronavirus (COVID-19) ha acelerado la adopción de la telesalud, creando nuevas oportunidades para estos profesionales (122). Los especialistas en apoyo entre pares pueden brindar servicios mediante llamadas telefónicas, servicios de videoconferencia, mensajes de texto SMS, aplicaciones para teléfonos inteligentes y redes sociales, así como a través de tecnologías emergentes como la realidad virtual y los videojuegos (123).

Las plataformas digitales permiten a los profesionales con experiencia en la vida brindar apoyo a distancia, llegando a personas en zonas marginadas o aisladas geográficamente (41). Pueden ofrecer una comunidad en línea diversa y segura para complementar las intervenciones de salud, especialmente si estas tecnologías y comunidades se crean conjuntamente. Por ejemplo, Finlandia ha implementado grupos virtuales de apoyo entre pares que permiten a las personas en regiones rurales acceder a servicios sin desplazarse (124). El servicio Togetherall del Reino Unido ofrece una combinación de enfoques psicosociales, educativos, orientados a la recuperación y al autocuidado a través de una plataforma en línea anónima (125). Integrar a los profesionales con experiencia vivida en las iniciativas de salud digital también es una vía prometedora para aumentar la escalabilidad y la accesibilidad. Esto permitiría a las personas acceder a apoyo de salud mental a distancia, al tiempo que garantiza que sus voces se tengan en cuenta en el diseño tecnológico y en la evidencia empírica sobre recuperación y salud mental (126,127).

Conclusión

En un enfoque contemporáneo de la prestación de servicios de salud mental centrado en la recuperación, la autonomía y los derechos individuales, la integración de profesionales con experiencia vivida en los sistemas de salud y asistencia social es crucial para lograr una atención de salud mental orientada a la recuperación. La experiencia vivida se ha descrito como la sabiduría que nace de la experiencia y, a menudo, de la recuperación de un problema de salud mental, definiendo la recuperación como un proceso personal que conduce a una vida plena. Los profesionales con experiencia vivida ofrecen perspectivas y conocimientos únicos, mejoran la inclusión de los servicios y acortan las distancias entre los profesionales de la salud tradicionales y los usuarios. A pesar del creciente reconocimiento de su importancia, la integración de los roles con experiencia vivida se enfrenta a desafíos sistémicos, como la resistencia del personal tradicional, las restricciones políticas y la falta de financiación. Al mismo tiempo, también ofrece oportunidades para la innovación en salud digital y enfoques comunitarios. Comprender el potencial transformador de los profesionales con experiencia vivida es crucial para imaginar un futuro donde los sistemas de salud mental sean accesibles para todos. En este contexto, el propósito de esta hoja de ruta co-creada es definir una ruta con acciones recomendadas desde una perspectiva basada en la evidencia que apoyará a los sistemas y organizaciones de salud en la integración de profesionales con experiencia vivida como competencias esenciales

e iguales en el desarrollo de servicios orientados a la recuperación y en la oferta de oportunidades para un mayor bienestar para quienes los utilizan. La implementación de esta hoja de ruta contribuirá a la creación de servicios verdaderamente centrados en la persona, de los que todos puedan enorgullecerse y que sean dignos de quienes los prestan y utilizan.

Referencias 1

1. PiatM, Sabetti J, BloomD. The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(2):168–77 (<https://doi.org/10.1177/0020764008100801>).1
2. Toolkit: co-creating in mental health. Brussels: Mental Health Europe; 2022 (<https://www.mentalhealtheurope.org/library/co-creation-toolkit/>).
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11–23 (<https://doi.org/10.1037/h0095655>).
4. QualityRights materials for training, guidance and transformation. In: World Health Organization [website]. World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-quality-rights-guidance-and-training-tools>).
5. Norton MJ, Swords C. Social recovery: a new interpretation to recovery-orientated services – a critical literature review. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2021;16(1):7–20 (<https://doi.org/10.1108/JMH-TEP-06-2020-0035>).
6. Borg M, Davidson L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *J Ment Health*. 2008;17(2):129–40 (<https://doi.org/10.1080/09638230701498382>).
7. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011;20(4):392–411 (<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>).
8. Myrick K, Del Vecchio P. Peer support services in the behavioral healthcare workforce: state of the field. *Psychiatr Rehabil J*. 2016;39(3):197–203 (<https://doi.org/10.1037/prj0000188>).
9. Crowther A, Taylor A, Toney R, Meddings S, Whale T, Jennings H et al. The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(5):481–8 (<https://doi.org/10.1017/S204579601800063X>).
10. Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J*. 2013;36(1):28–34 (<https://doi.org/10.1037/h0094744>).
11. Addo R, Ginder V, Nedegaard R. The role of peer support in recovery from psychiatric symptoms: a moderation analysis. *Community Ment Health J*. 2022;58(6):1141–5 (<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00923-5>).
12. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York: United Nations; 2008 (<https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>).

¹ Todas las referencias fueron consultadas del 12 al 14 de mayo de 2025.

13. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–52 (<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>).
14. Balková M. Engaging peer consultants in mental health services: narrative research. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(2):411–9 (<https://doi.org/10.1177/00207640211000371>).
15. Balková M. A qualitative study of the experience of peer workers in the Czech Republic. *Community Ment Health J*. 2022;58(3):429–36 (<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00832-7>).
16. Abraham S, Perez P. Bridging the gap with peer support: Patricia's recovery story. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2018;56(3):7–11 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20171027-01>).
17. Krumm S, Haun M, Hiller S, Charles A, Kalha J, Niwemuhwezi J et al. Mental health workers' perspectives on peer support in high-, middle- and low income settings: a focus group study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):604 (<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04206-5>).
18. Hegedüs A, Burr C, Pfluger V, Sieg D, Nienaber A, Schulz M. Peer support worker training: results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *Int J Mental Health Nurs*. 2021;30(2):451–60 (<https://doi.org/10.1111/inm.12805>).
19. Tate MC, Roy A, Pinchinat M, Lund E, Fox JB, Cottrill S et al. Impact of being a peer recovery specialist on work and personal life: implications for training and supervision. *Community Ment Health J*. 2022;58(1):193–204 (<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00811-y>).
20. Hamilton AB, Chinman M, Cohen AN, Oberman RS, Young AS. Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *J Behav Health Serv Res*. 2015;42(1):100–8 (<https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8>).
21. Kane L, Portman RM, Eberhardt J, Walker L, Proctor E, Poulter H et al. Peer supporters' mental health and emotional wellbeing needs: key factors and opportunities for co-produced training. *Health Expect*. 2023;26(6):2387–95 (<https://doi.org/10.1111/hex.13836>).
22. Kowalski MA. Mental health recovery: the effectiveness of peer services in the community. *Community Ment Health J*. 2020;56(3):568–80 (<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00514-5>).
23. Owen D, Watson E, Repper J. The role of lived experience within health and social care systems. Nottingham: Imroc; 2024 (Imroc Briefing Paper No. 26; <https://www.imroc.org/publications/26-the-role-of-lived-experience-within-health-and-social-care-systems>).
24. Erasmus+ "European profile for Peer Support Workers" [website]. Grone-Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe GmbH; 2022 (<https://www.grone.de/erasmus-european-profile-for-peer-support-workers/>).
25. Mental Health Engagement Framework 2024-2028. Dublin: Health Service Executive; 2024 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).

26. Happell B, O'Donovan A, Sharrock J, Warner T, Gordon S. Understanding the impact of expert by experience roles in mental health education. *Nurse Educ Today*. 2022;111:105324 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105324>).
27. Aylott LME, Tiffin PA, Brown S, Finn GM. Great expectations: views and perceptions of professionalism amongst mental health services staff, patients and carers. *J Ment Health*. 2022;31(1):139–46 (<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818195>).
28. Bajraktarov S, Kalpak G, Jovanovic N. Community mental healthcare: new developments and innovative strategies. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(5):491–500 (<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000629>).
29. Reis G, Bromage B, Rowe M, Restrepo-Toro ME, Bellamy C, Costa M et al. Citizenship, social justice and collective empowerment: living outside mental illness. *Psychiatr Q*. 2022;93(2):537–46 (<https://doi.org/10.1007/s11126-021-09968-x>).
30. Shalaby RAH, Agyapong VIO. Peer support in mental health: literature review. *JMIR Ment Health*. 2020;7(6):e15572 (<https://doi.org/10.2196/15572>).
31. Forchuk C, Martin ML, Sherman D, Corring D, Srivastava R, O'Regan T et al. An ethnographic study of the implementation of a transitional discharge model: peer supporters' perspectives. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):18 (<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00353-y>).
32. Baxter L, Burton A, Fancourt D. Community and cultural engagement for people with lived experience of mental health conditions: what are the barriers and enablers? *BMC Psychol*. 2022;10(1):71 (<https://doi.org/10.1186/s40359-022-00775-y>).
33. Hurley J, Cashin A, Mills J, Hutchinson M, Kozlowski D, Graham I. Qualitative study of peer workers within the 'Partners in Recovery' programme in regional Australia. *Int J Mental Health Nurs*. 2018;27(1):187–95 (<https://doi.org/10.1111/inm.12308>).
34. Gupta V, Golding L, Eames C, Greenhill B, Qi R, Allan S et al. Understanding the identity of lived experience researchers and providers: a conceptual framework and systematic narrative review. *PsyArXiv Preprints*; 2022 (<https://doi.org/10.31234/osf.io/gjh2c>).
35. Lorenz-Artz K, Bierbooms J, Bongers I. Introducing peer-supported open dialogue in changing mental health care. *Front Psychol*. 2023;13:1056071 (<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1056071>).
36. Toolkit to support peer support workers working in the Health Service Executive. Dublin: Health Service Executive; 2019 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).
37. Naughton L, Collins P, Ryan M. Peer support workers: a guidance paper. Dublin: Health Service Executive; 2015 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).

38. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health. Brussels: European Commission; 2023 (COM(2023) 298 final; https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en).
39. Guidance on mental health policy and strategic action plans: module 2: key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380466>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
40. Payne M. Peer support in mental health: a narrative review of its relevance to social work. *Egypt J Soc Work*. 2017;4(1):19–40 (<https://doi.org/10.21608/ejsw.2017.8725>).
41. Van Genk C, Roeg D, Van Vugt M, Van Weeghel J, Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: a scoping review. *Front Psychiatry*. 2023;14:1156235 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1156235>).
42. Mental health systems capacity in European Union Member States, Iceland and Norway. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378308>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
43. Guerrero Z, Kågström A, Aliev A, Tomášková H, Yon Y, Lazzeri L et al. Mental health plans and policies across the WHO European Region. *Glob Ment Health (Camb)*. 2024;11:e110 (<https://doi.org/10.1017/gmh.2024.88>).
44. A National Framework for Recovery in Mental Health. Dublin: Health Service Executive; 2024 (<https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/mental-health-engagement-and-recovery/guidance-and-support-documents/>).
45. Certificate in peer support working in mental health. In: Dublin City University [website]. Dublin City University; 2025 (<https://www.dcu.ie/courses/undergraduate/school-nursing-psychotherapy-and-community-health/certificate-peer-support>).
46. Peer support practice. In: Atlantic Technological University [website]. Atlantic Technological University; 2025 (<https://www.atu.ie/courses/certificate-peer-support-practice>).
47. Ruud T, Friis S. Community-based mental health services in Norway. *Consort Psychiatr*. 2021;2(1):47–54 (<https://doi.org/10.17816/CP43>).
48. Sørly R, Sivertsen K, Stalsberg Mydland T. An exploration of recovery competence among Norwegian peer workers in substance abuse services. *Soc Work Ment Health*. 2022;20(1):44–59 (<https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1968988>).
49. Strifeldt M. About the Norwegian association of peer support workers [website]. Erfaringsentrum; 2021 (<https://erfaringsentrum.no/about-the-norwegian-association-of-peer-support-workers/>).
50. KBT Competence Center for Lived Experience and Service Development [website]. KBT Competence Center for Lived Experience and Service Development; 2025 (<https://kbtkompetans.no/en/offer/vocational-school-for-peer-support/>).

51. Bower P, Roberts C, O'Leary N, Callaghan P, Bee P, Fraser C et al. A cluster randomised controlled trial and process evaluation of a training programme for mental health professionals to enhance user involvement in care planning in service users with severe mental health issues (EQUIP): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):348 (<https://doi.org/10.1186/s13063-015-0896-6>).
52. Kent M. Developing a strategy to embed peer support into mental health systems. *Adm Policy Ment Health*. 2019;46(3):271–6 (<https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8>).
53. Mulvale G, Green J, Robert G, Larkin M, Vackerberg N, Kjellström S et al. Adopting, implementing and assimilating coproduced health and social care innovations involving structurally vulnerable populations: findings from a longitudinal, multiple case study design in Canada, Scotland and Sweden. *Health Res Policy Sys*. 2024;22(1):42 (<https://doi.org/10.1186/s12961-024-01130-w>).
54. Harrison J, Lange A, Chapleua A. Mental health peer career pathways and impact: the results of lived experience on recovery. *Ment Health Hum Resilience Int J*. 2021;5(1):000142 (<https://doi.org/10.23880/mhrij-16000142>).
55. Huber MA, Metze R, Veldboer L, Stam M, Van Regenmortel T, Abma T. The role of a participatory space in the development of citizenship. *J Soc Intervention*. 2019;28(1):39 (<https://doi.org/10.18352/jsi.583>).
56. Scanlan JN, Still M, Radican J, Henkel D, Heffernan T, Farrugia P et al. Workplace experiences of mental health consumer peer workers in New South Wales, Australia: a survey study exploring job satisfaction, burnout and turnover intention. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):270 (<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02688-9>).
57. Gray M, Davies K, Butcher L. Finding the right connections: peer support within a community-based mental health service. *Int J Soc Welfare*. 2017;26(2):188–96 (<https://doi.org/10.1111/ijsw.12222>).
58. Lawn S. Integrating service user participation in mental health care: what will it take? *Int J Integr Care*. 2015;15:e004 (<https://doi.org/10.5334/ijic.1992>).
59. Schlesinger K. Storytelling as a tool to advance awareness of human rights [blog post]. Norwegian Human Rights Fund; [undated] (<https://nhrf.no/blog/storytelling-as-a-tool-to-advance-awareness-of-human-rights>).
60. Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379124>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
61. Nixdorf R, Kotera Y, Baillie D, Garber Epstein P, Hall C, Hiltensperger R et al. Development of the UPSIDES global mental health training programme for peer support workers: perspectives from stakeholders in low, middle and high-income countries. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298315 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298315>).

62. Rebeiro Gruhl KL, LaCarte S, Calixte S. Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. *J Ment Health*. 2016;25(1):78–86 (<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322>).
63. Wall A, Lovheden T, Landgren K, Stjernswärd S. Experiences and challenges in the role as peer support workers in a Swedish mental health context – an interview study. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(4):344–55 (<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1978596>).
64. Nordic and Baltic cooperation for Peer Support Workers [website]. Peer-Partnerskabet; 2025 (<https://peerpartnerskabet.dk/projekter/nordic-and-baltic-cooperation-for-peer-support-workers/>).
65. Shankland M, Ferrand A, Ganache I, Côté MA, Pomey MP. Ethical foundations of the accompanying patient's role for an enhanced patient experience: a scoping review. *J Pers Med*. 2022;13(1):77 (<https://doi.org/10.3390/jpm13010077>).
66. National practice guidelines for peer specialists and supervisors. Washington, DC: National Association of Peer Supporters; 2019 (<https://www.peersupportworks.org/national-practice-guidelines/>).
67. Lequin P, Suter C, Mazallon R, Brodard R, Abrahamyan Empson L, Robalo B et al. Integration of a peer practitioner in a hospital unit for patients with psychotic disorders: an exploratory qualitative study. *Front Psychiatry*. 2023;14:1244433 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1244433>).
68. Gillard S, Holley J, Gibson S, Larsen J, Lucock M, Oborn E et al. Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42(6):682–94 (<https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>).
69. Phipps M, Barnes T, Morrison J. Lived experience of peer-clinician collaboration in a mental health service. *Int J Mental Health Nurs*. 2023;32(2):615–9 (<https://doi.org/10.1111/inm.13101>).
70. Repper J, Perkins R. The team recovery implementation plan: a framework for creating recovery-focused services. Nottingham: Imroc; 2013 (Imroc Briefing Paper No. 6; <https://www.imroc.org/publications/the-team-recovery-implementation-plan-a-framework-for-creating-recovery-focused-services>).
71. Jenkins GT, Shafer MS, Janich N. Critical issues in leadership development for peer support specialists. *Community Ment Health J*. 2020;56(6):1085–94 (<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00569-9>).
72. Nash E, Taplin S, Rust LJ, Percival R. Staff experiences of working alongside peer support workers in forensic mental health community teams: a qualitative study. *J Forensic Pract*. 2022;24(4):354–63 (<https://doi.org/10.1108/JFP-05-2021-0030>).
73. Reeves V, Loughhead M, Halpin MA, Procter N. Organisational actions for improving recognition, integration and acceptance of peer support as identified by a current peer workforce. *Community Ment Health J*. 2024;60(1):169–78 (<https://doi.org/10.1007/s10597-023-01179-x>).

74. Zeng G, McNamara B. Strategies used to support peer provision in mental health: a scoping review. *Adm Policy Ment Health*. 2021;48(6):1034–45 (<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01118-6>).
75. Peer support groups at service centres [website]. Helsinki; 2025 (<https://www.hel.fi/en/health-and-social-services/peer-support-groups-at-service-centres>).
76. Kivistö M, Martin M, Hautala S, Soronen K. Facilitators and challenges of integrating experts by experience activity in mental health services: experiences from Finland. *Community Ment Health J*. 2023;59(3):540–51 (<https://doi.org/10.1007/s10597-022-01039-0>).
77. Peer support [website]. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe; 2025 (<https://www.gamian.eu/peersupport/>).
78. Expert by experience and peer supporter [website]. Kokemustiedon Keskus; 2025 (<https://kokemustiedonkeskus.fi/en/projects-and-training/training/expert-by-experience-and-peer-supporter/>).
79. Al-Adili L, Malmqvist M, Reinius M, Helispää Rodríguez I, Stenfors T, Brommels M. Implementation of a recovery college embedded in a Swedish psychiatry organization: qualitative case study. *J Particip Med*. 2024;16:e55882 (<https://doi.org/10.2196/55882>).
80. Riktlinjer för utbildning, implementering och anställning – Metodhandbok [Guidelines for training, implementation and employment – methodology manual]. Stockholm: Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa; 2019 (<https://nsph.se/butik/informationsmaterial/metodhandbok-peer-support/>) (in Swedish).
81. Klockmo C, Marnetoft SU, Nordenmark M. Moving toward a recovery-oriented approach in the Swedish mental health system – an interview study of Personligt Ombud in Sweden. *Vulnerable Groups & Inclusion*. 2012;3(1):18879 (<https://doi.org/10.3402/vgi.v3i0.18879>).
82. Grim K, Bergmark M, Argentzell E, Rosenberg D. Managing peer support workers in Swedish mental health services – a leadership perspective on implementation and sustainability. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 2023;10(3):313–29 (<https://doi.org/10.1007/s40737-022-00311-6>).
83. Slay J, Stephens L. Co-production in mental health: a literature review. London: New Economics Foundation; 2013 (<https://neweconomics.org/2013/11/co-production-mental-health>).
84. Penney D, Prescott L. The co-optation of survivor knowledge: the danger of substituted values and voice. In: Russo J, Sweeney A, editors. *Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies*. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2016: 35–45.
85. Coproduction in mental health toolkit [website]. Bath: National Development Team for Inclusion; 2025 (<https://www.ndti.org.uk/resources/coproduction-in-mental-health-toolkit>).
86. Norton M. Co-production in mental health: implementing policy into practice, first edition. London: Routledge; 2022 (<https://www.taylorfrancis.com/books/9781003241423>).

87. History of Whānau Ora. In: Horouta Whānau Ora [website]. Horouta Whānau Ora; 2025 (<https://www.horoutawhanauora.com/history-of-whanau-ora/>).
88. Community based intervention for mental health care of asylum-seekers and refugees in Greece [website]. Association for Regional Development and Mental Health; 2023 (<https://www.epapsy.gr/en/cpw-community-based-intervention-for-mental-health-care-of-asylum-seekers-and-refugees-in-greece/>).
89. Otte I, Werning A, Nossek A, Vollmann J, Juckel G, Gather J. Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: results from a qualitative interview study. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(3):263–9 (<https://doi.org/10.1177/0020764020904764>).
90. Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K et al. The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: qualitative analysis and change model. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226201 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226201>).
91. Ben-Dor IA, Kraus E, Goldfarb Y, Grayzman A, Puschner B, Moran GS. Perspectives and experiences of stakeholders on self-disclosure of peers in mental health services. *Community Ment Health J*. 2024;60(7):1308–21 (<https://doi.org/10.1007/s10597-024-01287-2>).
92. Kotera Y, Newby C, Charles A, Ng F, Watson E, Davidson L et al. Typology of mental health peer support work components: systematised review and expert consultation. *Int J Ment Health Addiction*. 2025;23(1):543–59 (<https://doi.org/10.1007/s11469-023-01126-7>).
93. Charles A, Nixdorf R, Ibrahim N, Meir LG, Mpango RS, Ngakongwa F et al. Initial training for mental health peer support workers: systematized review and international Delphi consultation. *JMIR Ment Health*. 2021;8(5):e25528 (<https://doi.org/10.2196/25528>).
94. The competence framework for mental health peer support workers [website]. Royal College of Psychiatrists; 2025 (<https://www.rcpsych.ac.uk/Improving-care/nccmh/competence-framework-for-mental-health-peer-support-workers>).
95. Peer support workers. In: Health Service Executive [website]. Health Service Executive; 2024 (<https://www.hse.ie/eng/staff/jobs/eligibility-criteria/peer-support-workers.html>).
96. Franke CCD, Paton BC, Gassner LAJ. Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Aust J Prim Health*. 2010;16(2):179 (<https://doi.org/10.1071/py09067>).
97. Amering M, Mikus M, Steffen S. Recovery in Austria: mental health dialogue. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(1):11–8 (<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.655713>).
98. Peer to peer: a route to recovery of people with mental illness through peer support training and employment [website]. European Platform for Rehabilitation; 2025 (<https://www.epr.eu/peer-to-peer-a-route-to-recovery-of-people-with-mental-illness-through-peer-support-training-and-employment/>).
99. Klúbburinn Geysir [The Geysir Club] [website]. Klúbburinn Geysir; 2025 (<https://klubburinngeysir.is/>) (in Icelandic).

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida

Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad

100. Rehabilitation at Virkniðús Engagement Center [website] Reykjavík City; 2025 (<https://reykjavik.is/en/engagement-and-rehabilitation/virknihus-engagement-center>).
101. Batamiðað nám um geðheilsu og bætt lífsgæði [Recovery-oriented learning about mental health and improved quality of life] [website]. Bataskóli Íslands; 2025 (<https://www.bataskoli.is>) (in Icelandic).
102. Hvað er Hugarafi? [What is Mindpower?] [website]. Hugarafi; 2025 (<https://hugarafi.is/hvad-er-hugarafi/>) (in Icelandic).
103. Villani M, Kovess-Masféty V. Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France: état de situation et difficultés de mise en place [Peer support programmes in mental health in France: current situation and implementation difficulties]. *L'Encéphale*. 2018;44(5):457–64 (<https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.003>) (in French).
104. The CoFoR Project (Recovery Training Centre) [website]. Transform; 2021 (<https://transform-integratedcommunitycare.com/casesstudyingthecofor-project-recovery-training-centre/>).
105. GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences [GHU Paris Psychiatry & Neurosciences] [website]. GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences; 2024 (<https://www.ghu-paris.fr/fr>) (in French).
106. Gardien E, Laval C. The institutionalisation of peer support in France: development of a social role and roll out of public policies. *Alter*. 2019;13(2):69–82 (<https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.09.002>).
107. WHOCC (Lille – France): World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training In Mental Health (English presentation). Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole; 2024 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/le-ccoms>).
108. Stefancic A, Bochicchio L, Tuda D, Harris Y, DeSomma K, Cabassa LJ. Strategies and lessons learned for supporting and supervising peer specialists. *Psychiatr Serv*. 2021;72(5):606–9 (<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000515>).
109. The supervision of peer support specialists. New York: Peer Support Services Technical Assistance Center; 2018 (https://peertac.org/wp-content/uploads/2024/06/PTAC-030_Supervision_Guide_06.07.24-3.pdf).
110. Klingemann J, Sienkiewicz-Jarosz H, Molenda B, Świtaj P. Peer support workers in mental health services: a qualitative exploration of emotional burden, moral distress and strategies to reduce the risk of mental health crisis. *Community Ment Health J*. 2025;61(4):629–38 (<https://doi.org/10.1007/s10597-024-01370-8>).
111. Castles C, Stewart V, Slattery M, Bradshaw N, Roennfeldt H. Supervision of the mental health lived experience workforce in Australia: a scoping review. *Int J Mental Health Nurs*. 2023;32(6):1654–71 (<https://doi.org/10.1111/inm.13207>).
112. Byrne L, Roennfeldt H, Wolf J, Linfoot A, Foglesong D, Davidson L et al. Effective peer employment within multidisciplinary organizations: model for best practice. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49(2):283–97 (<https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2>).

113. Prat Vigué G, Cano Prieto I, Del Río Sáez R, Vilanova Masana R, Simó Algado S. Training peer support workers in mental health care: a mixed methods study in central Catalonia. *Front Psychiatry*. 2022;13:791724 (<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.791724>).
114. Werken bij Enik [Working at Enik] [website]. Enik Recovery College; 2025 (<https://www.werken-bij-enik.nl/over-ons/werken-bij-enik/>) (in Dutch).
115. CARE Academy [website]. The CARE Network; 2025 (<https://thecare-network.com/care-academy-3/>).
116. Commandeur I. Developing a peer mentoring program to promote mental health in young adults living in rural North-Holland [Master's thesis]. Vrije Universiteit Amsterdam; 2022 (<https://research.vu.nl/en/publications/developing-a-peer-mentoring-program-to-promote-mental-health-in-y>). Licence: CC BY-NC-SA.
117. Netherlands. In: PowerUs [website]. PowerUs; 2025 (<https://powerus.eu/countries/netherlands/>).
118. Rosińska M. Mental Health Buddies Network (Sieć Przyjaciół Zdrowia Psychicznego). In: Humanity in Action [website]. Humanity in Action; 2025 (https://humanityinaction.org/action_project/mental-health-buddies-network-siec-przyjaciol-zdrowia-psychicznego/).
119. Well-Being and Recovery College Estonia [website]. Heaolu ja Taastumise Kool; 2025 (<http://heakool.ee/eng/>).
120. Peer counselling for those with mental illness [website]. Tallinn; 2022 (<https://www.tallinn.ee/en/peer-counselling-those-mental-illness>).
121. Kogemusnõustaja koolituskava [Experience adviser training plan]. In: Riigi Teataja [website]. Riigi Teataja; 2019 (<https://www.riigiteataja.ee/akt/129122015035?leiaKehtiv>) (in Estonian).
122. Mirbahaeddin E, Chreim S. Transcending technology boundaries and maintaining sense of community in virtual mental health peer support: a qualitative study with service providers and users. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):510 (<https://doi.org/10.1186/s12913-024-10943-y>).
123. Fortuna K, Hill J, Chalker S, Ferron J. Certified peer support specialists training in technology and delivery of digital peer support services: cross-sectional study. *JMIR Form Res*. 2022;6(12):e40065 (<https://doi.org/10.2196/40065>).
124. Peer support groups – Autumn 2022 signup [website]. Substance Abuse and Mental Health Association; 2022 (<https://www.samha.fi/en/peer-support-group-signup-2022/>).
125. Research and evidence [website]. Togetherall; 2025 (<https://togetherall.com/en-gb/about-us/evidence/>).
126. Rowlands H, Aylwin-Foster E, Hotopf M, Rayner L, Simpson A, Lavelle G et al. A qualitative exploration of the psychosocial needs of people living with long-term conditions and their perspectives on online peer support. *Health Expect*. 2023;26(5):2075–88 (<https://doi.org/10.1111/hex.13814>).
127. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):285 (<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>).

Anexo:

Herramientas y pautas de salud mental

Herramientas de capacitación y orientación sobre QualityRights de la OMS

Human rights: WHO QualityRights core training - for all services and all people: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329538>). Mental health, disability and human rights: WHO QualityRights core training - for all services and all people: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329546>). Freedom from coercion, violence and abuse: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329582>). Legal capacity and the right to decide: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329539>). Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329577>). Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329605>).

Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights specialized training: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329602>). Supported decision-making and advance planning: WHO QualityRights Specialized training: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329609>). Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329587>). Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329589>). One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329591>). Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329594/9789241516778-eng.pdf>).

Directrices y paquetes técnicos de la OMS sobre servicios comunitarios de salud mental

Orientación general

Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341648>).

Siete paquetes técnicos

Community mental health centres: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341642>). Community outreach mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341644>). Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341646>). Hospital-based mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341647>). Mental health crisis services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341637>). Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341643>).

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida

Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad

Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341645>).

Herramientas de calidad de la OMS para la evaluación y transformación de servicios y la promoción de derechos

WHO QualityRights toolkit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/70927>). Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services: course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329611>).

Directrices de la OMS para la reforma de políticas, planificación y legislación

Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights); 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373126>). Guidance on mental health policy and strategic action plans. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240106796>) WHO Guidance on policy and strategic actions to protect and promote mental health and well-being across government sectors (forthcoming, 2025)

Kit de herramientas Mosaic de la OMS para acabar con el estigma y la discriminación en la salud mental

Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379124>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

La Declaración de Heiloo: Liderazgo entre pares y basado en la experiencia vivida

Heiloo Declaration: peer and lived experience leadership [website]. Global Leadership Exchange; 2024 (<https://gle.world/peer-and-lived-experience-leadership-match-the-netherlands/>).

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania		
Andorra	Greece	Portugal
Armenia	Hungary	Republic of Moldova
Austria	Iceland	Romania
Azerbaijan	Ireland	Russian Federation
Belarus	Israel	San Marino
Belgium	Italy	Serbia
Bosnia and Herzegovina	Kazakhstan	Slovakia
Bulgaria	Kyrgyzstan	Slovenia
Croatia	Latvia	Spain
Cyprus	Lithuania	Sweden
Czechia	Luxembourg	Switzerland
Denmark	Malta	Tajikistan
Estonia	Monaco	Türkiye
Finland	Montenegro	Turkmenistan
France	Netherlands (Kingdom of the)	Ukraine
Georgia	North Macedonia	United Kingdom
Germany	Norway	Uzbekistan
	Poland	

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe

Document number:

WHO/EURO:2025-12307-52079-79927 (PDF)

Transformar la salud mental a través de la experiencia vivida
Hoja de ruta para integrar a los profesionales con experiencia vivida y de vida en las políticas, los servicios y la comunidad