



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el proceso de recuperación, de relación terapéutica y de salud mental positiva de usuarios de hospitales de día

Ana Ventosa Ruiz

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

TESIS DOCTORAL

Impacto de los cuidados enfermeros
colaborativos en el proceso de
recuperación, relación terapéutica y salud
mental positiva de usuarios de hospitales
de día

Ana Ventosa Ruiz

2024



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Programa de Doctorado

Enfermería y Salud

Línea de investigación

Infermeria de salut mental i addiccions: instruments d'anàlisi i mesurament

**Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el
proceso de recuperación, relación terapéutica y salud
mental positiva de usuarios de hospitales de día**

Tesis Doctoral

Ana Ventosa Ruiz

Directores

Antonio R Moreno Poyato

Montserrat Puig Llobet

Tutora

Montserrat Puig Llobet

Barcelona, 2024

A los verdaderos protagonistas de esta historia

Agradecimientos

Escribo estas líneas pensando en todo lo que me ha aportado este viaje, que no comienza al inicio de la investigación, si no unos años antes. Mas joven y con más inocencia llegué, marinera en tierra, a Barcelona para emprender una travesía que no sabía a qué puerto me iba a dirigir. El barco me ayudaba a dirigirlo mi eterno compañero de fatigas y de alegrías. Durante este tiempo has aceptado incondicionalmente todas las horas de abandono, sinsabores y frustraciones. Has celebrado como un gol del Barça cada publicación, y me has hecho sentir que valía la pena el esfuerzo. Gracias Alejandro por tu compañía comprensión y por darle un nuevo significado a la palabra familia.

Mamá, Papá, si de algo estoy orgullosa es de ser vuestra hija. Gracias por mostrarme la cara bonita de la vida, la importancia del trabajo y la puntualidad, pero también lo necesario que es disfrutar de los pequeños placeres, las cañas en “el melgo” o un paseo los domingos. Si hay un regalo que unos padres pueden hacer a su hija, es una hermana, gracias, Paula por tu complicidad y horas de escucha activa.

Hay personas que comienzan siendo relaciones laborales, pero se convierten en familia. He tenido la suerte de encontrar una hermana mayor con la que he podido compartir confidencias, preocupaciones y residentes. Si me preguntan que enfermera quiero llegar a ser, esa eres tú Carolina Miguel. Pero mi recibimiento en Barcelona a los pies del Tibidabo me marcó, Antonio Vaquerizo, gracias por compartir tu gran sabiduría, tu calma impertérrita y tu sensibilidad...

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital de día de Sant Boi, donde tuve la suerte de

coincidir en tiempo y espacio con una concentración inédita de profesionales excelentes. Candi, Miguel, Blanca, Jorge, Charo, Amalia. Gracias por aceptar formar parte de esto y por enseñarme tanto en lo profesional y en lo personal.

Si no se hubiese cruzado en mi camino el Dr. Moreno, Toni, seguiría pensando aún si dar el salto a este mundo tan solitario. Cuando la gente piensa en perfiles como el tuyo, piensa en personas elitistas, competitivas y, seguramente trajeadas. Pero no, tú no eres eso. Que suerte tenemos todos aquellos que te rodeamos en el mundo profesional. Ayudas sin esperar nada a cambio, enseñas, inspiras y haces ver que no es necesario actuar como un intelectual para serlo. Durante este camino he tenido la suerte de tener a la Dra Puig como codirectora y tutora. Gracias por tu accesibilidad y tu visión de género. Necesitamos muchas mujeres como tú para que otras mujeres simplemente seamos.

En este mundo de la docencia y la investigación he encontrado muchas más mujeres a las que tengo algo que agradecer, desde pequeñas palabras a reuniones interminables con ruido de fondo. Teresa, Cristina, Lorena y todas las que me dejo por el camino.

Tengo que dar las gracias también a mi familia en Barcelona, mis amigos, aquellos que han sabido comprender mis ausencias. En especial a nuestro pequeño aquelarre, y a María, que me has acompañado mucho antes de que comenzase este camino.

En último lugar, esta tesis la comencé sin llegar a plantearme que mi vida daría un vuelco tan intenso como empoderador. Llegaste tú, Lina, y has llenado mis días de sonrisas y caricias. Maternar me ha hecho aprender a tolerar la incertidumbre, y aceptar que a veces, todo no puede ser. Si algún día lees estas líneas has de saber que uno de los motivos que me han hecho terminar este viaje eres tú.

Índice

<i>Agradecimientos</i>	<i>7</i>
<i>Índice</i>	<i>11</i>
<i>Índice de figuras</i>	<i>17</i>
<i>Índice de tablas</i>	<i>18</i>
<i>Resumen</i>	<i>21</i>
<i>Abstract</i>	<i>27</i>
<i>Resum</i>	<i>33</i>
<i>Relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030</i>	<i>39</i>
1. Introducción	43
El proceso de recuperación en salud mental	46
La Salud Mental Positiva y su complementariedad con el proceso de recuperación	52
La relación terapéutica como vehículo para la recuperación	55
Los cuidados enfermeros colaborativos en salud mental	56
Justificación	58
2. Objetivos	61
2.1 Objetivo principal	63
2.3 Objetivos secundarios	63
3. Metodología	67
3.1 Diseño	69
3.3 Ámbito de estudio	71

3.3.1 Población del Estudio	71
3.3.2 Criterios de Selección y Reclutamiento de Participantes	71
3.3.4 Tamaño de la muestra	72
3.4 Procedimiento, técnicas y análisis para la parte cualitativa o intervención	72
3.4.1 La intervención	72
3.4.2 Técnicas de recogida de datos cualitativos	73
3.4.3 Análisis de datos cualitativos	74
3.5 Medida de los resultados, procedimiento de recogida de datos y análisis de datos para las fases cuantitativas	75
3.5.1 Resultados	75
3.5.2 Procedimiento para la recogida de los datos	77
3.4.3 Análisis de datos cuantitativos	77
3.6 Criterios de rigor y calidad	78
3.7 Consideraciones éticas	79
4. <i>Artículos derivados de la tesis</i>	81
Artículo 1	83
Artículo 2	93
Artículo 3	103
6. <i>Discusión</i>	139
6.1 Recuperación	141
6.2 Salud Mental Positiva	147
6.3 Relación terapéutica	149
6.4 Cuidados Colaborativos	151
7. <i>Fortalezas y Limitaciones</i>	155
8. <i>Implicaciones</i>	159

8.1 Implicaciones para la práctica	161
8.2 Implicaciones para la gestión	161
8.3 Implicaciones para la docencia	161
8.4 Implicaciones para la investigación	162
9. Conclusiones	163
10. Financiación y producción científica derivada de la Tesis	167
10.1 Financiación	169
10.2 Artículos derivados de la Tesis	170
10.3 Comunicaciones y Posters	171
10.4 Conferencias	175
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
ANEXOS	195
ANEXO 1	197
ANEXO 2	198
ANEXO 3	199
ANEXO 4	200
ANEXO 5	202
ANEXO 6.	207
ANEXO 7	208
ANEXO 8	210
ANEXO 9	211

Índice de figuras

Figura 1. Proceso de recuperación según Andresen et al. (2006)	48
Figura 2. Procesos componentes según Andresen et al. (2006)	50
Figura 3. Factores de la Salud Mental Positiva según Lluch (1999)	54
Figura 4. Diseño del estudio	70

Índice de tablas

Tabla 1. Datos bibliométricos del artículo 1	83
Tabla 2. Datos bibliométricos del artículo 2	93
Tabla 3. Datos bibliométricos del artículo 3	103

Resumen

Introducción: Las directrices de las líneas de políticas internacionales de salud mental están centradas en el modelo de recuperación y en la autonomía de las personas con problemas de salud mental. Uno de los aspectos primordiales de este modelo es la participación en salud, presentado como un derecho fundamental del usuario. Existe un acuerdo general de que la colaboración es representativa del cambio del paradigma hacia sistemas de atención centrados en la persona. Bajo este enfoque, el uso de un modelo de atención colaborativa en los cuidados parecer reunir excelentes condiciones.

Objetivo: Este estudio profundiza, por una parte, en el proceso de cambio producido en el proceso de recuperación en usuarios de hospitales de día de salud mental que recibieron la intervención de cuidados colaborativos enfermeros y, por otro lado, evaluar el impacto de la intervención de cuidados colaborativos en cuanto a los cambios producidos en el estado del proceso de recuperación, en el nivel de salud mental positiva y en la calidad de la relación terapéutica con la enfermera.

Diseño: Estudio mixto secuencial y transformativo.

Métodos: Se trata de un estudio de métodos mixtos que consta de tres fases. En la primera fase, se recogieron datos cuantitativos de 144 usuarios de hospitales de día de salud mental. En la segunda fase, un grupo de usuarios recibió una intervención, basada en cuidados de enfermería colaborativos, a través de la metodología investigación-acción participativa, y se recogieron datos cualitativos a través de entrevistas y grupos focales, mientras que a otro grupo se les ofrecieron cuidados de enfermería tradicionales. Por último, en la tercera fase, se volvieron a recoger datos cuantitativos de todos los usuarios a través de instrumentos validados para evaluar los cambios sobre la fase del proceso de recuperación, el nivel de salud mental positiva y la calidad de la relación terapéutica.

Resultados: Los usuarios que participaron en el grupo de intervención mejoraron cuantitativamente en cuanto a la calidad de la relación con la enfermera. También mejoraron en las diferentes etapas del proceso de recuperación, por lo que los resultados cualitativos confirmaron que la atención colaborativa fue un componente esencial en su proceso de recuperación ya que les ayudó a desarrollar un sentido de pertenencia y propósito, fortaleciendo las redes de apoyo y fomentando un ambiente de empatía y comprensión mutua, aspectos cruciales para mejorar los niveles de salud mental positiva que también aumentaron a nivel cuantitativo.

Conclusiones: Este estudio demuestra que los cuidados de enfermería colaborativos en hospitales de día de salud mental mejoran los resultados de salud de los pacientes, aumentando la calidad de la relación con la enfermera y mejorando la fase del proceso de recuperación y la salud mental positiva.

Implicaciones para la profesión y/o la atención al paciente: Las evidencias obtenidas indican que la participación activa de las personas usuarias en la creación de actividades grupales es beneficiosa. Los hospitales de día y otros entornos de tratamiento deberían considerar la implementación de programas de atención colaborativa para mejorar los resultados de salud de los pacientes.

Palabras clave: Enfermería, cuidados colaborativos, proceso de recuperación, salud mental positiva, relación terapéutica.

Abstract

Introduction: The guidelines of international mental health policy lines are centred on the recovery model and the autonomy of people with mental health problems. One of the key aspects of this model is participation in health, presented as a fundamental right of the user. There is general agreement that collaboration is representative of the paradigm shift towards person-centred systems of care. Under this approach, the use of a collaborative care model in care seems to meet excellent conditions.

Objective: This study explores, on the one hand, the process of change produced in the recovery process in users of mental health day hospitals who received the collaborative nursing care intervention and, on the other hand, to evaluate the impact of the collaborative care intervention in terms of the changes produced in the state of the recovery process, in the level of positive mental health and in the quality of the therapeutic relationship with the nurse.

Design: Mixed sequential and transformative study.

Methods: This is a mixed methods study consisting of three phases. In the first phase, quantitative data were collected from 144 mental health day hospital users. In the second phase, one group of users received an intervention, based on collaborative nursing care, through participatory action research methodology, and qualitative data were collected through interviews and focus groups, while another group was offered traditional nursing care. Finally, in the third phase, quantitative data were again collected from all users through validated instruments to assess changes in the stage of recovery process, level of positive mental health and quality of the therapeutic relationship.

Results: Users who participated in the intervention group improved quantitatively in terms of the quality of the relationship with the nurse. They also improved in the different

stages of the recovery process, so the qualitative results confirmed that collaborative care was an essential component in their recovery process as it helped them to develop a sense of belonging and purpose, strengthening support networks and fostering an environment of empathy and mutual understanding, crucial aspects for improving levels of positive mental health that also increased at a quantitative level.

Conclusions: This study demonstrates that collaborative nursing care in mental health day hospitals improves patient health outcomes, increasing the quality of the relationship with the nurse and improving the recovery process phase and positive mental health.

Implications for the profession and/or patient care: Evidence suggests that active involvement of clients in the creation of group activities is beneficial. Day hospitals and other treatment settings should consider implementing collaborative care programmes to improve patient health outcomes.

Keywords: Nursing, collaborative care, recovery process, positive mental health, therapeutic relationship.

Resum

Introducció: Les directrius de les línies de polítiques internacionals de salut mental estan centrades en el model de recuperació i l'autonomia de les persones amb problemes de salut mental. Un dels aspectes primordials d'aquest model és la participació en salut, presentat com un dret fonamental de l'usuari. Hi ha un acord general que la col·laboració és representativa del canvi del paradigma cap a sistemes d'atenció centrats en la persona. Sota aquest enfocament, l'ús d'un model d'atenció col·laborativa en les cures semblar reunir excel·lents condicions.

Objectiu: Aquest estudi aprofundeix, per una banda, en el procés de canvi produït en el procés de recuperació en usuaris d'hospitals de dia de salut mental que van rebre la intervenció de cures col·laboratives infermeres i, per altra banda, avaluar l'impacte de la intervenció de cures col·laboratives quant als canvis produïts a l'estat del procés de recuperació, al nivell de salut mental positiva i en la qualitat de la relació terapèutica amb la infermera.

Disseny: Estudi mixt seqüencial i transformatiu.

Mètodes: És un estudi de mètodes mixtos que consta de tres fases. A la primera fase, es van recollir dades quantitatives de 144 usuaris d'hospitals de dia de salut mental. A la segona fase, un grup d'usuaris va rebre una intervenció, basada en cures d'infermeria col·laboratives, a través de la metodologia investigació-acció participativa, i es van recollir dades qualitatives a través d'entrevistes i grups focals, mentre que a un altre grup se'ls van oferir cures d'infermeria tradicionals. Finalment, a la tercera fase, es van tornar a recollir dades quantitatives de tots els usuaris a través d'instruments validats per avaluar els canvis sobre la fase del procés de recuperació, el nivell de salut mental positiva i la qualitat de la relació terapèutica.

Resultats: Els usuaris que van participar al grup d'intervenció van millorar quantitativament quant a la qualitat de la relació amb la infermera. També van millorar en les diferents etapes del procés de recuperació, per la qual cosa els resultats qualitatius van confirmar que l'atenció col·laborativa va ser un component essencial en el procés de recuperació ja que els va ajudar a desenvolupar un sentit de pertinença i propòsit, enfortint les xarxes de suport i fomentant un ambient d'empatia i comprensió mútua, aspectes crucials per millorar els nivells de salut mental positiva que també van augmentar quantitativament.

Conclusions: Aquest estudi demostra que les cures d'infermeria col·laboratives a hospitals de dia de salut mental milloren els resultats de salut dels pacients, augmentant la qualitat de la relació amb la infermera i millorant la fase del procés de recuperació i la salut mental positiva.

Implicacions per a la professió i/o l'atenció al pacient: Les evidències obtingudes indiquen que la participació activa de les persones usuàries en la creació d'activitats grupals és beneficiosa. Els hospitals de dia i altres entorns de tractament haurien de considerar la implementació de programes d'atenció col·laborativa per millorar els resultats de salut dels pacients.

Paraules clau: Infermeria, cures col·laboratives, procés de recuperació, salut mental positiva, relació terapèutica.

Relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030

Esta tesis doctoral se enmarcaría en los siguientes objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda 2030 (Ministerio de derechos sociales, 2020):

OD3. Bienestar y Salud. Es necesario promover medidas de prevención e intervenciones, reduciendo el impacto sobre la salud de la persona, su calidad de vida y su recuperación y salud mental positiva en las actividades diarias.

OD5. Igualdad de género, puesto que el estudio se ha tenido en cuenta las diferencias por género. Siendo necesario identificar y comprender a colectivos víctimas de discriminación múltiple, muchas veces ocultos hasta ahora, como el de las mujeres y niñas con discapacidad o con trastornos mentales.

1.Introducción

Las directrices de las actuales líneas de políticas internacionales de salud mental están centradas en el modelo de recuperación y en la autonomía de las personas con problemas de salud mental (World Health Organization, 2013, 2022). Durante los últimos años el modelo de atención a la salud mental ha variado desde un modelo rehabilitador, con el foco puesto en el profesional, a un modelo recuperador, donde el principal protagonista debe ser la persona que sufre un problema de salud mental (Davidson et al., 2021). En el marco de este cambio hacia un modelo de recuperación centrado en la persona, uno de los aspectos fundamentales que emerge es la participación en salud uno de los aspectos primordiales de este modelo es la participación en salud, presentado como un derecho fundamental del usuario de los servicios de la red de salud mental y no como una elección (Newman et al., 2015; Smith & Williams, 2016). Es evidente que existe un acuerdo general de que la colaboración es representativa del cambio del paradigma tradicional paternalista hacia sistemas de atención centrados en la persona (Byrne et al., 2020). Este acuerdo general sobre la importancia de la colaboración refuerza la adopción de un modelo de atención colaborativa en los cuidados, ya que este enfoque no solo promueve la autonomía del paciente, sino que también bajo este enfoque, el uso de un modelo de atención colaborativa en los cuidados parecer reunir excelentes condiciones (Ishikawa et al., 2018; Sunderji et al., 2018). En este sentido, no cabe duda de que la enfermera cuenta con una herramienta fundamental como es la Relación Terapéutica (RT) para poder llevar a cabo sus cuidados (Moreno-Poyato et al., 2016a; Peplau, 1988a). La Relación Terapéutica (RT), como herramienta esencial en los cuidados enfermeros, adquiere una relevancia particular en el contexto de los hospitales de día de salud mental, donde las enfermeras deben acompañar a las personas en su proceso de recuperación, dejando que sea liderado por el usuario, y dejando que sea él mismo quien fije su objetivo (Agrest et al., 2018). En este sentido, las enfermeras a través de la RT y el uso de un modelo de

cuidados colaborativo adecuadamente implementado, pueden mejorar con mayor efectividad aspectos importantes en el proceso de recuperación de los usuarios como la educación, los cambios en las rutinas o hábitos y el desarrollo en las tecnologías de información.

El proceso de recuperación en salud mental

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2013, 2022), la prestación de servicios de salud mental debe incluir un enfoque basado en la recuperación, que haga hincapié en el apoyo a las personas con trastornos mentales para que logren sus propias aspiraciones y objetivos.

En las últimas décadas diferentes autores han contribuido en el estudio del fenómeno del proceso de recuperación en el ámbito de la salud mental. Inicialmente, fue Deegan (1988) quién en los años ochenta rompió con modelos anteriores de atención a la salud mental y definió el proceso de recuperación como “la experiencia de la vida vivida o real de las personas a medida que aceptan y superan el desafío de la discapacidad, de manera que experimentan un nuevo sentido de sí mismos dentro y fuera de los límites de la discapacidad”. Posteriormente, Anthony (1993) enunció las bases del modelo de recuperación definiéndolo como “una forma de vivir una vida satisfactoria, llena de esperanza y de contribución, incluso dentro de las limitaciones causadas por la enfermedad”. En este sentido, fue (Andresen et al., 2003) quien describió la recuperación como un proceso en el que la esperanza y la autodeterminación de la persona conducen a una vida significativa y un sentido positivo de uno mismo, independientemente de que el trastorno mental siga presente o no. En su trabajo, describieron cuatro procesos componentes y cinco etapas por las que la persona transita en su proceso de recuperación.

(Andresen et al., 2006): i) la moratoria o primera fase que consiste en la negación, desesperanza, confusión y retraimiento autoprotector de la persona, ii) la conciencia o segunda fase en la que se da la entrada de los primeros momentos de esperanza de que puede haber una vida mejor y que la recuperación es posible, pudiendo ser este un evento interno o provocado por un evento exterior. Esto conlleva la aparición de conciencia de que puede haber un yo capaz de recuperarse y distinto a la “persona enferma”, iii) la preparación o tercera fase, momento en el que la persona comienza a trabajar en su recuperación haciéndose un planteamiento de sus valores, debilidades y fortalezas. Esto lleva a aprender sobre los problemas de salud mental, los servicios disponibles, las habilidades de recuperación, así como participar en grupos y conectarse a la red de usuarios, iv) la reconstrucción o cuarta fase, donde se da el verdadero trabajo de recuperación. Implica establecer metas y trabajar para alcanzar metas. Esto puede suponer la reevaluación de objetivos y valores de la persona. La persona tiene que asumir la responsabilidad de manejar su enfermedad y tomar el control de su propia vida y, finalmente, v) la quinta etapa o de crecimiento, la cual podría considerarse el fruto del proceso de recuperación. Puede ser que la persona no se encuentre totalmente libre de síntomas, pero sabrá convivir con ellos. Es resistente a los contratiempos y reveses, además de creer en su capacidad de resiliencia. La persona tiene una imagen positiva de sí misma (Andresen et al., 2006). Estas etapas son secuenciales, siendo la última, crecimiento, el resultado del proceso de recuperación (Andresen et al., 2006). El proceso se ilustra en la figura 1. En su camino hacia la recuperación y de forma independiente a la etapa por la que se encuentra la persona, para Andresen et al (2006) las personas experimentan diferentes estados psicológicos a los que llamó “procesos componentes”. Estos cuatro procesos son; I encontrar y mantener la esperanza; –creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro; II. Restablecimiento de una

identidad positiva– encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo; III. Encontrar un significado a la vida – entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir; IV. Tomar responsabilidades sobre su propia vida– sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida. Para el autor, dado el sentido altamente personal de la recuperación, el modelo debe considerarse flexible en cuanto al orden y los medios por los cuales la persona se mueve a través de los procesos. Este punto se ilustra en la figura 2.

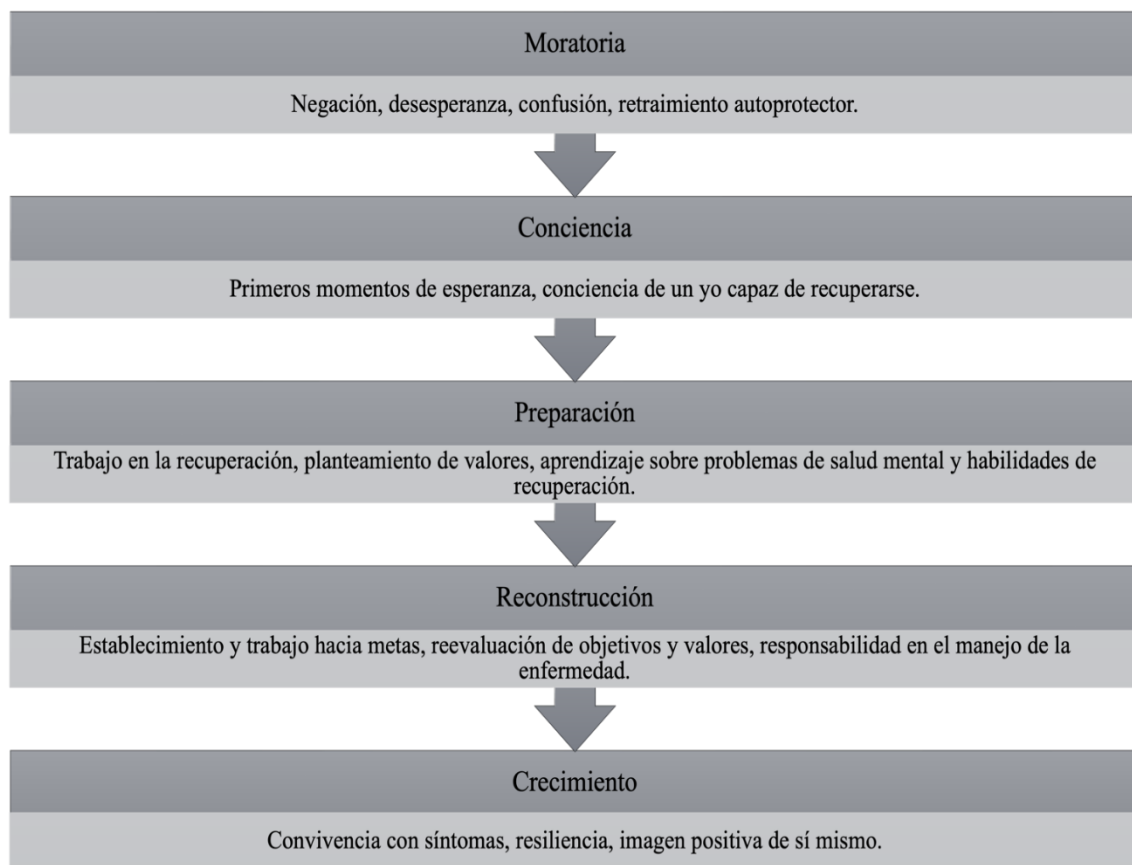


Figura 1. Proceso de recuperación según Andresen et al. (2006)

De forma más reciente, Leamy et al (2011) fruto de una revisión sistemática desarrollaron el modelo CHIME (Leamy et al., 2011), que es un acrónimo que representa los cinco elementos esenciales de la recuperación en salud mental: *Control, Hope, Identity, Meaning y Empowerment* (Control, Esperanza, Identidad, Significado y Empoderamiento). Para Leamy (2011), el control hace referencia a la capacidad de la persona de tener control sobre su vida y su tratamiento, incluyendo la capacidad de tomar decisiones informadas y la capacidad de manejar los síntomas. La Esperanza es la creencia y confianza en la posibilidad de mejorar y recuperarse. La Identidad ilustra a la importancia de mantener y desarrollar una identidad positiva y una autoestima saludable. El Significado apela a la importancia de encontrar propósito y significado en la vida, incluyendo la participación en actividades significativas y en la comunidad. Y finalmente, el Empoderamiento es la capacidad de las personas de obtener el control y la influencia necesarios para mejorar su bienestar y alcanzar sus metas. El modelo CHIME se basa en la idea de que la recuperación en salud mental no solo se trata de manejar los síntomas, sino también de promover el bienestar y el desarrollo a largo plazo de la persona. Este modelo es utilizado en la atención de salud mental como un enfoque centrado en el individuo y enfatiza la importancia de trabajar con cada persona para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que aborde estos cinco elementos esenciales de la recuperación. Además de estos modelos teóricos, las políticas y prácticas actuales también reflejan este enfoque centrado en la recuperación. Los diferentes modelos de recuperación han sugerido la necesidad de alinear el concepto de recuperación entre personas con problemas de salud mental y profesionales, pues las diferencias de entendimiento pueden llevar a frustraciones y abandono del proceso (Andresen et al., 2006; Leamy et al., 2011) , ya que tienen implicaciones profundas en la sensibilidad y la

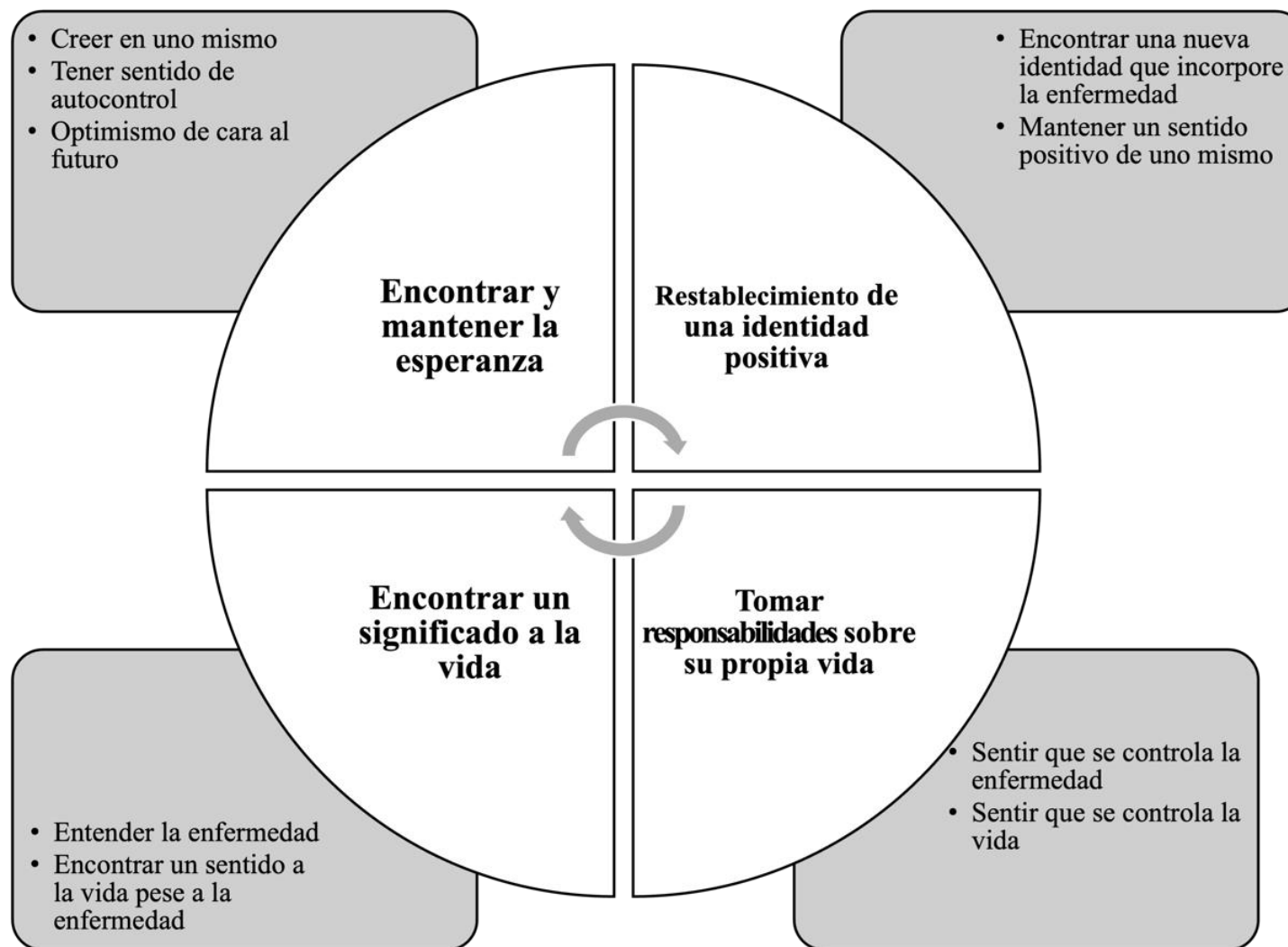


Figura 2. Procesos componentes según Andresen et al. (2006)

adecuación de la comunicación terapéutica (Mccauley et al., 2015). Algunos estudios sugieren que la concepción de los profesionales de la salud del concepto de recuperación en usuarios de servicios de salud mental está fuertemente vinculada al concepto de recuperación médica (Marynowski-Traczyk et al., 2017; Solomon et al., 2021). Sin embargo, la recuperación según las personas que reciben atención de salud mental se entiende como una búsqueda continua en la vida, sustentada por cinco pilares temáticos; 'encontrar significado', 'una discapacidad invisible', 'empoderamiento y agencia', 'conexión' y 'el paso del tiempo' (Kidd et al., 2015). Concretamente, en estudios realizados en personas con diagnóstico de esquizofrenia, la recuperación se percibió no solo como la ausencia de síntomas, si no que se descubrió importante el hecho de poder trabajar, recuperar el funcionamiento, tener una estabilidad emocional adecuada y no estar tomando medicamentos (Mathew et al., 2021). De forma similar, en personas con diagnóstico de trastorno bipolar, se identificó la recuperación con la productividad, el compromiso, la participación en sociedad y la reducción de síntomas (Durgu & Dulgerler, 2021). Desde la perspectiva sociocultural, también existen diferencias entre la concepción del concepto de recuperación entre países desarrollados, y otros de ingresos medios/bajos (Gamieldien et al., 2021). En este segundo grupo los estudios enmarcan la recuperación como un viaje personal que ocurre a lo largo de un continuo, donde se hace hincapié en las relaciones sociales como facilitadoras de la recuperación. La espiritualidad surgió como facilitador y como indicador de recuperación. Estas diferencias en cómo se entendía la recuperación reflejan la importancia de enmarcar el concepto de recuperación personal en relación con las necesidades locales y los problemas contextuales que se encuentran en cada territorio (Gamieldien et al., 2021). Se sabe, asimismo, que muchos factores sociales están relacionados con la recuperación, donde las consecuencias de una enfermedad, la precariedad financiera y la carga de la persona cuidadora, pueden poner a

prueba las necesidades sociales esenciales, convirtiéndolas en barreras para la recuperación (Jain et al., 2022).

En relación con el área de atención, la evidencia señala ciertos matices en la experiencia y significado del proceso de recuperación por parte de las personas con problemas de salud mental. Las personas atendidas en la comunidad dan especial relevancia en su proceso de recuperación a la conexión interpersonal y con uno mismo, a través de la inclusión en la propia comunidad, recibiendo apoyo cuando sea necesario y pudiendo progresar a través de la pérdida (Jay et al., 2022). Sin embargo, en otras áreas más restrictivas, como el caso de la enfermería psiquiátrica forense, los aspectos destacados del proceso de recuperación para las personas con problemas de salud mental fueron la desconexión, la desesperanza, la experiencia de identidad negativa como delincuente, la falta de significado y el desempoderamiento percibido (Johansson & Holmes, 2022; Lutz et al., 2022; Senneseth et al., 2021). Es evidente la importancia para la práctica clínica de la alineación de perspectivas y expectativas, entre enfermeras y personas con problemas de salud mental (Gyamfi et al., 2021), no solo respecto al significado sobre el proceso de recuperación sino también sobre el conocimiento de sus etapas.

La Salud Mental Positiva y su complementariedad con el proceso de recuperación

Asimismo, otro factor que se ha relacionado como un recurso importante para la recuperación de los trastornos mentales es mantener un buen nivel de salud mental positiva (Iasiello et al., 2019a). En este sentido, la literatura señala que es necesario desarrollar intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental positiva en la

recuperación, con el objetivo de mejorar las emociones positivas hacia la vida y la sensación de realización en la vida privada y social (Provencher & Keyes, 2011). La relación entre el concepto de recuperación y salud mental positiva (SMP) es estrecha y significativa. Se define la SMP como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Este concepto no se limita a la ausencia de trastornos mentales, sino que incluye una serie de factores que contribuyen al desarrollo óptimo de la persona y su adaptación positiva a las circunstancias de la vida. Ambos conceptos, recuperación y SMP se complementan y refuerzan mutuamente, y juntos, desempeñan un papel crucial en el bienestar y la mejora de la calidad de vida de las personas que enfrentan desafíos en su salud mental. Ambos se enfocan en el bienestar y la mejora de la calidad de vida de las personas, así como buscar mejorar la experiencia global de las personas y ayudarlas a prosperar en su vida diaria, mediante el énfasis del papel activo del individuo en su propio bienestar (Iasiello et al., 2019b). Este modelo surgió en 1958 a manos de Jahoda con el título “Current concepts of positive mental health” (Jahoda, 1959) donde articula el concepto en 6 criterios generales interrelacionados: las Actitudes hacia sí mismo, el Crecimiento y autoactualización, la Integración, la Autonomía, la Percepción de la realidad y el Dominio del entorno. Posteriormente, Lluch, a partir de los resultados de diferentes análisis del modelo original de Jahoda, planteó un nuevo modelo de SMP, basado en 6 factores explicativos de la SMP ilustrada en la figura 3: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal. Asimismo, para evaluar este modelo, la autora creó el Cuestionario de Salud Mental Positiva (PMHQ) (Lluch Canut, 1999).

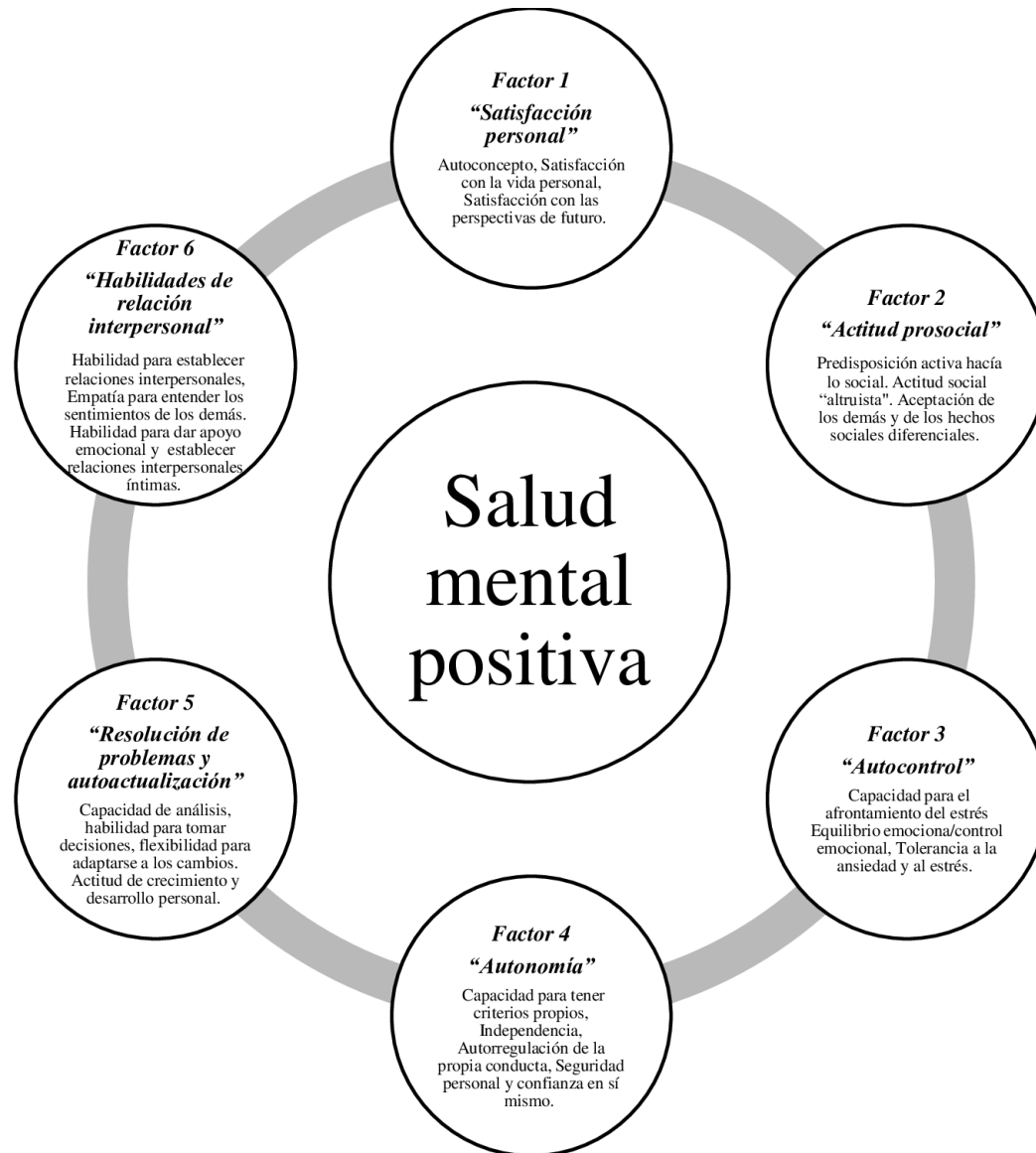


Figura 3. Factores de la Salud Mental Positiva según Lluch (1999)

La relación terapéutica como vehículo para la recuperación

Dado que tanto la recuperación como la SMP son esenciales para un bienestar integral, la Relación Terapéutica (RT) emerge como un elemento central en la práctica de enfermería de salud mental y de forma independiente al método utilizado, es evidente que la RT es la herramienta central para efectuar el cuidado (Peplau, 1988b; Vahidi et al., 2018). En este sentido, la evidencia señala que una adecuada RT se asocia a mejores resultados de salud para los usuarios y también ayuda a mantener el enfoque centrado en la recuperación y permite reducir el estrés experimentado por el profesional (Kelley et al., 2014; Molin et al., 2018). Del mismo modo, la literatura indica que la RT mejora la atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartida (Hamovitch et al., 2018a). La RT promueve el cuidado centrado en la persona y la toma de decisiones compartidas, elementos esenciales para el proceso de recuperación en salud mental (Davidson et al., 2021). Al involucrar activamente al paciente en su propio cuidado, se fomenta la autonomía y el empoderamiento, aspectos fundamentales para la recuperación y la SMP (Corrigan et al., 2019). En este sentido, la enfermera no solo actúa como un proveedor de cuidados, sino también como un facilitador del bienestar integral del paciente, ayudándole a desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades que le permitan manejar mejor su condición y llevar una vida significativa y productiva. La RT proporciona un entorno seguro y de confianza donde las personas pueden expresar sus pensamientos y emociones sin miedo al juicio (Felton et al., 2018). Una RT sólida promueve la colaboración y la participación activa del paciente en su propio proceso de recuperación (Hamovitch et al., 2018b), esencial para empoderarla y promover una sensación de control sobre su propia vida. Una RT empática, comprensiva y de apoyo puede marcar una diferencia significativa en el camino hacia la recuperación y el logro

de una vida emocionalmente satisfactoria y significativa.

Los cuidados enfermeros colaborativos en salud mental

Las políticas sanitarias también han evolucionado para alinearse con este enfoque centrado en la persona (World Health Organization, 2022). Cada vez más, los sistemas de salud mental en todo el mundo están adoptando estrategias y programas que buscan empoderar a las personas en su propio proceso de recuperación y fomentar la participación activa en las decisiones sobre su atención (Corrigan et al., 2019). Es en estas estrategias donde podemos enmarcar los cuidados colaborativos, basados en la toma de decisiones compartidas (Metz et al., 2019; Verwijmeren & Grootens, 2024) abogando por la promoción de la autodeterminación, el respeto a la diversidad cultural y la colaboración entre los profesionales de la salud y las personas usuarias de los servicios. Esta manera de ofrecer cuidados, mediante el empoderamiento ha demostrado crecidamente su eficacia (Castro et al., 2016)

Siguiendo esta recomendación de la OMS para un enfoque basado en la recuperación, el modelo de cuidados colaborativos se presenta como una estrategia eficaz, ya que el modelo de cuidados colaborativos parece muy adecuado puesto que, a través del mismo se alienta al usuario a trabajar en colaboración y asociación con la enfermera, así como a participar en la toma de decisiones en todo el proceso terapéutico (Ishikawa et al., 2018; Sunderji et al., 2018). Esta participación mejora la calidad de vida y proporciona una mayor sensación de empoderamiento de la persona usuaria constatándose además que mejora el manejo de síntomas y da al usuario una mayor sensación de control y autodeterminación (Castro et al., 2016).

De forma más específica, en el ámbito de la salud mental, existe evidencia que demuestra que los cuidados colaborativos mejoran de forma significativa los niveles de depresión y de ansiedad en el corto, medio y largo plazo, así como el uso de medicamentos, la calidad de vida asociada a la salud mental y la satisfacción del usuario (McCloughen et al., 2011). Desde el punto de vista de los usuarios hospitalizados tanto en áreas de agudos como de rehabilitación de salud mental, la colaboración en los cuidados se concibe como un proceso de trabajo conjunto en que los resultados están centrados en el usuario (McCloughen et al., 2011); (Reid et al., 2018). Para las personas usuarias y enfermeras de las áreas de rehabilitación, debe producirse en un marco terapéutico que comprenda una comunicación abierta, honesta y respetuosa. Dónde se valoren y compartan mutuamente el conocimiento y la experiencia profesional y vivida; la capacidad de ser activo, receptivo y flexible dentro de la relación y la disponibilidad de tiempo y recursos adecuados (McCloughen et al., 2011). Para que se produzca el intercambio de poder, es importante que las enfermeras y las personas usuarias reconozcan y estén dispuestos a renunciar a los roles tradicionales dominantes y pasivos para identificar la contribución potencial de los conocimientos y habilidades de los demás, y trabajar activamente en la construcción conjunta del propósito de su relación (McCloughen et al., 2011). Del mismo modo, para los usuarios de unidades de agudos en el contexto de los cuidados colaborativos también es importante poder desarrollar su plan de atención junto a la enfermera como algo útil para su recuperación, identificando la necesidad de establecer un proceso de colaboración, dónde se puedan establecer a través de la RT objetivos y desarrollar estrategias que sean acordados por todos (Reid et al., 2018).

Justificación

A pesar de la importancia y de la evidencia en relación con la efectividad de los cuidados colaborativos en la mejora del proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental, no se ha encontrado literatura publicada que estudie concretamente el impacto sobre el proceso de recuperación o la relación terapéutica entre la enfermera y la persona usuaria desde la disciplina y los cuidados enfermeros en el contexto de hospitales de día de salud mental. En este sentido, se considera importante, explorar los cambios que se producen en el estado de recuperación, la salud mental positiva y el establecimiento de la RT en los usuarios de hospitales de día de salud mental mediante la implementación de cuidados enfermeros colaborativos. Este estudio se justifica en la necesidad de profundizar en el entendimiento de cómo los cuidados colaborativos pueden mejorar significativamente el proceso de recuperación en salud mental, la RT y SMP. A medida que las políticas sanitarias y los modelos de atención evolucionan hacia enfoques más centrados en la persona, es crucial contar con evidencia empírica que respalde estas prácticas (World Health Organization, 2022; Corrigan et al., 2019). Los cuidados colaborativos, fundamentados en la toma de decisiones compartidas y el empoderamiento del paciente, no solo tienen el potencial de mejorar los resultados clínicos, sino también de enriquecer la experiencia global de los individuos en su camino hacia la recuperación (Metz et al., 2019; Verwijmeren & Grootens, 2024). Además, la integración de estos cuidados con los factores de SMP propuestos por Lluch puede ofrecer una visión más completa y holística del bienestar, facilitando intervenciones más efectivas y sostenibles (Lluch Canut, 1999). Por tanto, este estudio no solo busca aportar datos valiosos para la práctica clínica y las políticas sanitarias, sino también promover un cambio cultural en la atención de la salud mental que enfatice la colaboración, la autonomía y el crecimiento

personal.

2. Objetivos

2.1 Objetivo principal

1-Explorar los cambios producidos en el proceso de recuperación de personas usuarias de hospitales de día de salud mental que reciben cuidados enfermeros colaborativos a través del codiseño e implementación de actividades.

2- Evaluar el impacto de los cuidados enfermeros colaborativos a través del codiseño e implementación de actividades, en personas usuarias de hospitales de día de salud mental, en términos de los cambios producidos en el estado del proceso de recuperación, salud mental positiva y en el nivel de relación terapéutica con la enfermera.

2.3 Objetivos secundarios

1.1. Describir el significado del proceso de recuperación para las personas usuarias de hospitales de día de salud mental.

1.2. Identificar la percepción de las personas usuarias de los hospitales de día de salud mental sobre los factores facilitadores y limitadores que pueden intervenir en su proceso de recuperación.

1.3. Identificar actividades para la mejora en el proceso de recuperación de las personas usuarias de hospitales de día de salud mental.

1.4. Evaluar de forma cualitativa la implementación de actividades para la mejora en el proceso de recuperación de las personas usuarias de hospitales de día de salud mental.

2.1. Describir la características sociodemográficas y clínicas, incluyendo el estado en el

proceso de recuperación, el nivel de relación terapéutica y salud mental positiva en las personas usuarias que inician su tratamiento en hospitales de día de salud mental.

2.2. Describir el estado en el proceso de recuperación, el nivel de relación terapéutica y el de salud mental positiva en las personas usuarias que finalizan su tratamiento en hospitales de día de salud mental.

2.3. Analizar los cambios producidos en el proceso de recuperación, el nivel de relación terapéutica y la salud mental positiva en las personas usuarias que han realizado su tratamiento en hospitales de día de salud mental.

2.4. Analizar las diferencias producidas en el proceso de recuperación, el nivel de relación terapéutica y de salud mental positiva en las personas usuarias que han recibido cuidados enfermeros colaborativos a través del codiseño e implementación de actividades, con usuarios que han recibido un tratamiento estándar en hospitales de día de salud mental.

3. Metodología

3.1 Diseño

Para responder a los objetivos principales, se planteó un diseño mediante métodos mixtos de tipo secuencial y transformativo (Teddlie & Tashakkori, 2012) a través de tres fases (Figura 1).

Por un lado, en las fases 1 y 3 se plantea un diseño paralelo de dos brazos, no randomizado. Y en la fase 2, se llevó a cabo la intervención basada en cuidados enfermeros colaborativos mediante el codiseño e implementación de actividades grupales a través del método cualitativo de la Investigación-Acción Participativa (IAP).

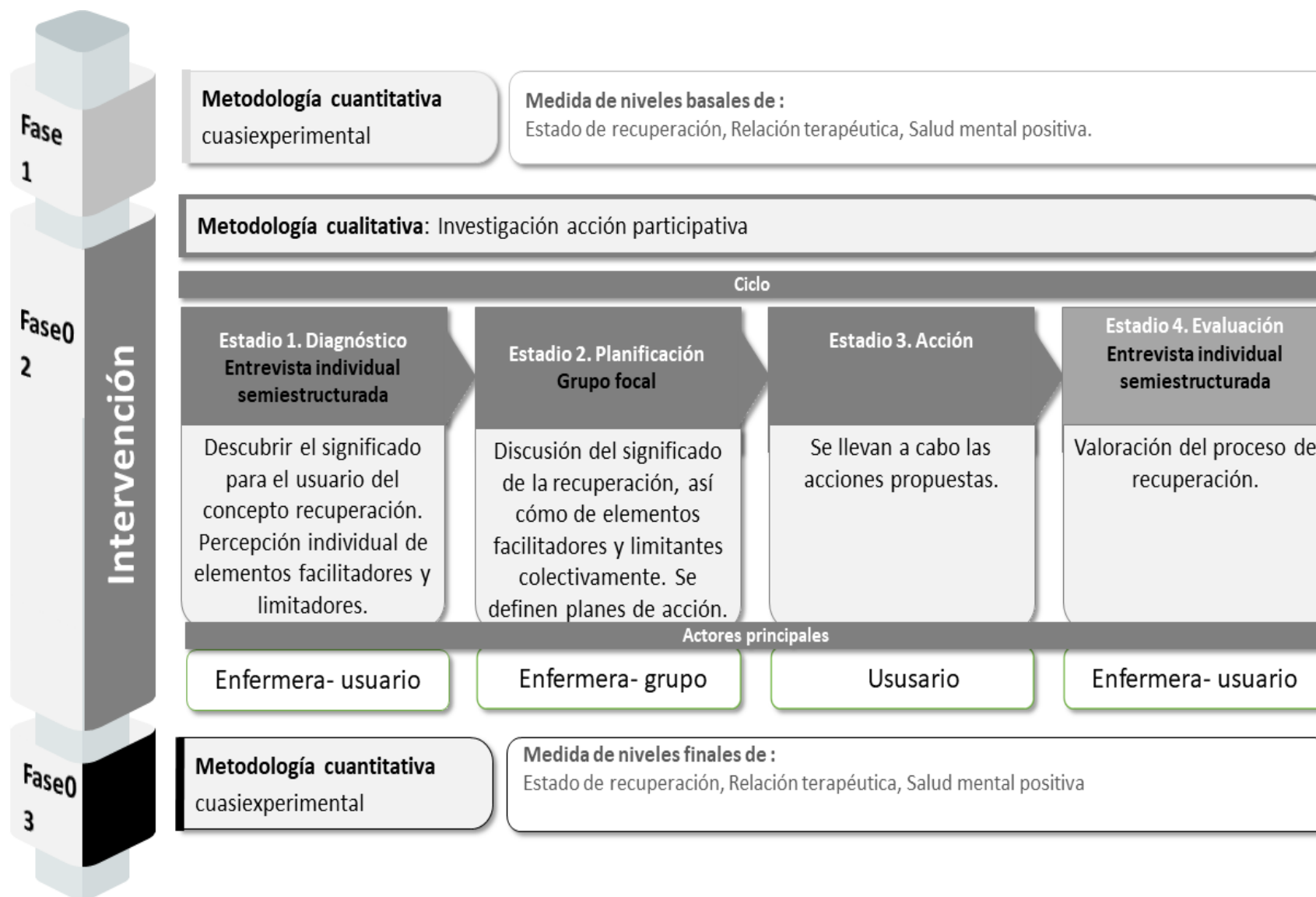


Figura 4. Diseño del estudio

3.3 Ámbito de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en tres hospitales de día de salud mental de adultos en el área metropolitana de Barcelona, España. Estos centros, que pertenecen a la misma institución, forman parte de la red pública de salud mental de Cataluña. Al compartir la misma dirección y estructura organizativa, los tres hospitales desarrollan un programa asistencial homogéneo, lo que garantiza la consistencia en la aplicación del tratamiento y la recolección de datos.

3.3.1 Población del Estudio

La población del estudio estuvo compuesta por 144 pacientes que recibieron tratamiento en los hospitales de día de salud mental mencionados.

3.3.2 Criterios de Selección y Reclutamiento de Participantes

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años ingresados en los hospitales de día seleccionados.
- Aceptación de las condiciones del estudio y firma del consentimiento informado por parte de los participantes.

Criterios de Exclusión:

- Ingresos con una duración inferior a una semana.
- Pacientes con condiciones físicas o psíquicas que impidan participar en cuidados colaborativos mediante el co-diseño de actividades grupales.

Se invitó a participar en el estudio a todas las personas que cumplían con los criterios de inclusión y los de exclusión. Los participantes fueron incorporados de manera consecutiva según su hospitalización en las tres unidades que forman parte del estudio.

3.3.4 Tamaño de la muestra

El estudio se realizó con una muestra total de 144 pacientes, cumpliendo así con el tamaño de muestra necesario para asegurar la potencia estadística en la parte cuantitativa de la investigación. Este número de participantes se determinó basándose en un análisis estadístico previo, que consideraba un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral. Según los resultados de Lemos-Giráldez et al. (2015), era necesario contar con 76 participantes en el grupo de intervención y 76 en el grupo de control para detectar una diferencia significativa igual o superior a 5 unidades, con una desviación estándar común de 11 y un coeficiente de correlación de 0.6 entre las mediciones iniciales y finales. Además, se contempló una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

3.4 Procedimiento, técnicas y análisis para la parte cualitativa o intervención

3.4.1 La intervención

Dadas las condiciones de práctica clínica real del estudio, la intervención se llevó a cabo en el hospital de día de Sant Boi de Llobregat mediante el método de Investigación-Acción Participativa y se ejecutó a través de un ciclo de cuatro etapas bien delimitadas (Susman & Evered, 1978) que se fueron repitiendo de forma continua a lo largo de todo el proceso. De tal forma que para cada usuario que se incorporó al estudio, se realizó un

mínimo de un ciclo completo antes de que fuese dado de alta. El inicio del ciclo comenzará con la etapa 1 o de diagnóstico, se realizó en el momento del ingreso en el hospital de día. La enfermera a través de una entrevista semiestructurada individual exploró el significado para el usuario del concepto recuperación junto a la percepción individual sobre elementos facilitadores y limitadores de dicho proceso. Posteriormente en la segunda etapa o de planificación, a través de un grupo de discusión junto a otros usuarios se discutió el significado de la recuperación, así como de sus limitaciones y facilitadores de forma colectiva, de tal manera que se pusieron en común planes de acción individuales o colectivos por parte de los usuarios para poder trabajar y mejorar su nivel de recuperación en la etapa 3 o de acción. Una vez llevado a cabo el plan de acción acordado por los usuarios y la enfermera, se concluyó el ciclo con la etapa 4 o de evaluación, dónde se volvió a realizar una intervención individual en forma de entrevista semiestructurada para valorar el proceso de recuperación.

3.4.2 Técnicas de recogida de datos cualitativos

Entrevista semiestructurada

Se grabaron las conversaciones con previo consentimiento del participante y posteriormente se realizó una transcripción escrita, la cual fue validada por el usuario para evitar posibles sesgos. La entrevista se llevó a cabo en una sala, a ser posible sin interrupciones y con una duración aproximada de 40 minutos. Dando la posibilidad al usuario de terminar la entrevista en el momento que lo desee. Se utilizó un guion para realizar la entrevista.

Grupos focales

Fueron también grabados, gracias al previo consentimiento otorgado por los usuarios. Se realizó un grupo semanal, en las instalaciones del hospital de día dentro del horario asistencial. Los grupos focales realizados tuvieron una duración aproximada de 45 minutos. Se dio la posibilidad de abandonar el grupo si así lo deseaba el usuario. Para realizar el grupo se siguió un guion de apoyo.

Diario de la investigadora

Como herramienta reflexiva y con la finalidad de monitorizar el proceso de investigación, se realizó un diario de campo redactado por la investigadora principal.

3.4.3 Análisis de datos cualitativos

Se utilizó el método de análisis cualitativo del contenido (Crowe et al., 2015). Los datos obtenidos, tanto de los grupos focales como de las entrevistas fueron transcritos literalmente. A continuación, una vez verificada la autenticidad de las transcripciones por parte de los participantes (validación de contenido), se procedió a fragmentar el texto en códigos descriptivos asignados en base a su contenido puramente semántico. En una segunda etapa, se agruparon tales códigos en subcategorías más analíticas, de tal forma que se agrupen los códigos iniciales atendiendo al significado de las unidades lingüísticas y de sus combinaciones. De este modo se llegó a una tercera etapa jerárquica, dónde teniendo en cuenta el análisis semántico de las subcategorías anteriores, se categorizarán en función de los objetivos del estudio. Cabe mencionar que el análisis de los datos se efectuó por dos investigadores, de forma conjunta en la primera etapa de codificación de los datos, e independientemente durante el posterior proceso analítico y de nuevo reunido

en la comparación de sus resultados. El análisis de estos datos se llevó a cabo a través del programa QRS Nvivo v12. Debe destacarse que se recogieron y analizarán datos en la parte cualitativa hasta el momento en que el equipo consideró que ya que no se encontraban nuevos significados y se consideró que se ha alcanzado la saturación de datos (Jayasekara, 2012; Lincoln & Guba, 1985).

3.5 Medida de los resultados, procedimiento de recogida de datos y análisis de datos para las fases cuantitativas

3.5.1 Resultados

Resultado primario

Se evaluaron los cambios en el proceso de recuperación de los usuarios, con la escala The Stages of Recovery Instrument (STORI: Andresen, Caputi, & Oades, 2006) validada en población española por (Lemos-Giráldez et al., 2015). Se trata de un cuestionario de autoinforme de 50 ítems agrupados en 5 dimensiones de 10 ítems. Cada dimensión está relacionada con uno de los procesos de recuperación (moratoria, conciencia, preparación, reconstrucción y crecimiento). Los ítems son calificados de 0 "no es cierto en absoluto en este momento", a 5 "completamente cierto en este momento ", produciendo una puntuación para cada etapa que va de 0 a 50. Al participante se le asigna a la etapa con la mayor puntuación. El cuestionario ha sido validado en población española obteniendo un alpha de Cronbach de 0.86 (Lemos-Giráldez et al., 2015).

Resultados secundarios

Se evaluó la calidad de la Relación terapéutica entre enfermeras y usuarios, con la escala Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). La versión corta de esta escala contiene 12 ítems, y cada ítem es evaluado por el profesional sanitario en base a una escala que va de 1 (nunca) a 7 (siempre). El rango de puntuación de la WAI-S global es de 12-84 puntos. Cuanto mayor es la puntuación, mejor es la calidad de la relación terapéutica. Este cuestionario tiene tres dimensiones: (i) vínculo: el vínculo entre paciente y enfermera, que incluye aspectos como la empatía, la confianza mutua y la aceptación; (ii) objetivos: el acuerdo entre paciente y enfermera sobre los objetivos de la terapia (es decir, la aceptación mutua de lo que se pretende conseguir con la intervención); y (iii) tareas o actividades: el acuerdo entre paciente y enfermera sobre las tareas o actividades a realizar. La versión española de la WAI-S tiene una buena fiabilidad y validez, con un alfa de Cronbach de 0,93 (Andrade-González & Fernández-Liria, 2016).

Se evaluó el nivel de salud mental positiva con la escala Salud Mental Positiva (SMP) desarrollada y validada por Lluch (Lluch Canut, 1999) que estudia el nivel de salud mental positiva, concepto desarrollado anteriormente por Jahoda (Jahoda, 1959). La escala consta de 39 ítems puntuables, siendo el valor más bajo “siempre o casi siempre” y el más alto “nunca o casi nunca”. Los ítems pertenecen a seis dimensiones, (Satisfacción personal, Actitud prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de problemas y autoactualización y Habilidades de relación interpersonal). El cuestionario ha mostrado adecuados valores de consistencia interna en distintas poblaciones con valores alpha de Cronbach de, 0.89 (Miguel Ruiz, 2014; Roldán-Merino et al., 2017).

Otros resultados

Variables sociodemográficas: edad y sexo

3.5.2 Procedimiento para la recogida de los datos

A los usuarios que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado, tanto para el caso del grupo intervención como del grupo control, una persona del equipo de investigación ajena al cuidado directo de los usuarios, facilitó un formulario que incluía un cuestionario con los datos sociodemográficos, clínicos y los tres instrumentos de evaluación. Los participantes no recibieron ninguna información sobre su inclusión en el grupo de intervención o control. A cada usuario se le asignó un código de participante para garantizar la anonimidad de los usuarios participantes. Al alta del usuario, una persona del equipo de investigación recogió del mismo modo a través de un nuevo formulario los datos de seguimiento.

3.4.3 Análisis de datos cuantitativos

La investigadora principal construyó una base de datos llamada ECPHDSM, los datos obtenidos de los formularios fueron incorporados a la base de datos por dos miembros del equipo de investigación para minimizar el error. En cuanto al análisis cuantitativo, éste básicamente se centra en las diferencias numéricas obtenidas a través de los cuestionarios STORI, WAI-S y SMP antes y después de la intervención, y su comparación con los sujetos del grupo control. Para describir las características de los participantes y las puntuaciones obtenidas en las escalas se ha utilizado la estadística descriptiva, utilizando la media aritmética y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y la frecuencia y el porcentaje para las variables cualitativas. Las diferencias entre las

puntuaciones basales obtenidas y la valoración de seguimiento se estimaron gracias a la aplicación de pruebas paramétricas (t de Student para grupos independientes) en el caso de variables cuantitativas, verificando en primer lugar los supuestos de normalidad y homogeneidad de sus varianzas. Cuando sucedía lo contrario, se utilizaron pruebas no paramétricas, utilizando la prueba de U de Mann Whitney para variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado en el caso de cumplir condiciones de aplicación (frecuencias esperadas mayores a cinco) o prueba exacta de Fisher en el caso de no cumplirla. Finalmente, con el objetivo de analizar si existían diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención teniendo en cuenta al grupo (control o tratamiento) se utilizan modelos de ANOVA mixtos. Se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$ y se estimó el tamaño de efecto para cada uno de los análisis.

3.6 Criterios de rigor y calidad

Para asegurar la validez y el rigor del estudio, se utilizaron las estrategias apropiadas para cada fase de la investigación. En este sentido, para las fases 1 y 3, la selección de los participantes y un tamaño de muestra apropiado, junto a la validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados, garantizaron la validez y fiabilidad del estudio. En la fase 2, se tuvieron en cuenta criterios de confiabilidad, autenticidad y de carácter ético. En el marco de la confiabilidad, la credibilidad del estudio se cimentó en el uso de la triangulación de técnicas e investigadores. Del mismo modo, el criterio de dependencia se obtuvo a través de la auditoría y el traspaso de informes externos de forma constante a lo largo de todo el procedimiento. Asimismo, la dinámica del proceso, que supuso la interacción constante entre las realidades de investigadores y participantes, dotó de autenticidad a los datos

obtenidos. El tratamiento de confidencialidad, privacidad y consentimiento a los participantes tuvo especial consideración para garantizar el criterio de rigor ético del proyecto. Por supuesto, la reflexividad, entendida como un proceso de retorno para poder contrastar de forma crítica lo que sucedía en el desarrollo de la investigación, fue el criterio de calidad central sobre el que se cimentó el proyecto.

3.7 Consideraciones éticas

Se contó con la autorización de la dirección de los centros y se obtuvo la aprobación del proyecto por el Comité de Ética del hospital Benito Menni CASM (Anexo 1), donde se llevó a cabo el estudio. En relación con la ley vigente de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se solicitó la consiguiente autorización de todos los usuarios para la difusión pública que se hará de los datos, preservando siempre la confidencialidad y el anonimato de la identidad de estos. Esto se consiguió anonimizando los nombres o cualquier seña de identidad mediante la asignación de código de usuario. Todos ellos tuvieron la opción de retirarse voluntariamente del estudio, acogiéndose a su derecho, en cualquier momento. Por este motivo se entregó a los usuarios una hoja con toda la información precisa sobre el estudio que se llevaba a cabo y se solicitó el consentimiento de forma escrita (Anexo 3).

4. Artículos

derivados de la tesis

Artículo 1

Este artículo corresponde con el protocolo de investigación. Los datos bibliométricos se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Datos bibliométricos del artículo 1

Autores: Ventosa Ruiz, A., Moreno-Poyato, A., Lluch-Canut, T., Vaquerizo-Cubero, A., Vidal-Pascual, X., Gil-Guiñón, F., Puig-Llobet, M.				
Título: Impact of collaborative nursing care on the recovery process of mental health day hospital users: a mixed-methods study protocol				
Fecha: 30 Marzo 2022		Tipo de publicación: Paper		Revista: BMJ Open
ISSN: 2044-6055 (eISSN 2044-6055)		DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057969		
Volumen: 12		Número: 3		Página: e057969
Citas: 1 (según CrossRef)				
Indicadores de calidad				
Tipo	Área	Factor de impacto	Posición	Cuartil
Web of Science (WOS)	Medicine, general & internal	2.9	80/169	Q2

BMJ Open Impact of collaborative nursing care on the recovery process of mental health day hospital users: a mixed-methods study protocol

Ana Ventosa-Ruiz,^{1,2} Antonio Moreno-Poyato ¹, Teresa Lluch-Canut,¹ Antonio Vaquerizo-Cubero,² Xavier Vidal-Pascual,² Ferran Gil-Guiñón,² Montserrat Puig-Llobet¹

To cite: Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato A, Lluch-Canut T, et al. Impact of collaborative nursing care on the recovery process of mental health day hospital users: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open* 2022;**12**:e057969. doi:10.1136/bmjopen-2021-057969

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057969>).

Received 04 October 2021
Accepted 25 February 2022



© Author(s) (or their employer(s)) 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

¹Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Universitat de Barcelona, Barcelona, Catalunya, Spain

²Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental, Sant Boi de Llobregat, Catalunya, Spain

Correspondence to

Dr Antonio Moreno-Poyato; amorenopoyato@ub.edu

ABSTRACT

Introduction Very few collaborative nursing care interventions have been studied and shown to be effective in the context of the paradigm shift towards recovery in mental health nursing. Understanding the changes produced in the recovery process of people with mental health problems can contribute to the design and implementation of new methodologies to offer effective and person-centred care.

Methods and analysis This is a mixed-methods study, which is structured in three phases. In phase one (baseline) and phase three (follow-up), quantitative data will be collected from patients at a mental health day hospitals based on a two-armed, parallel-design, non-randomised trial. In phase two, two groups will be established: an intervention group in which the intervention based on collaborative nursing care will be carried out through the codesign and implementation of activities through Participatory Action Research, and a control group in which the usual care dynamics will be continued. All the users of three mental health day hospitals who agree to participate in the study will be studied consecutively until the necessary sample size is reached. The outcomes used to evaluate the impact of the intervention will be the stage of the recovery process, the quality of the therapeutic relationship and the patient's level of positive mental health.

Ethics and dissemination This study has been approved by the institutional review board of the reference hospital, FIDMAG Hermanas Hospitalarias (PR-2020-10) in July 2020. All participants will be able to voluntarily withdraw from the study at any time. For this reason, users will be given a sheet with all the precise information about the study to be carried out and written consent will be requested. Preliminary and final results will be published in peer-reviewed journals and presented at national and international congresses.

Trial registration number NCT04814576.

INTRODUCTION

In the context of the care of users at mental health day hospitals, nurses must accompany people in their recovery process, enabling users to lead this process and establish a goal.¹

Strengths and limitations of this study

- The mixed-methods design will allow the relationship with other important factors in the care and recovery process, such as the nurse–patient therapeutic relationship and positive mental health, to be analysed from different perspectives in order to gain knowledge about the influence of these factors in planning future interventions in this area.
- In relation to the quantitative component, the type of intervention prevents the use of a pure experimental design with randomisation of subjects. However, the possibility of using a comparison group with very similar characteristics provides robustness to the design.
- The most important under-reporting that may occur in the qualitative dimension of this study is that, during the data collection phase, some of the participants may not feel comfortable explaining their situation or feelings and, therefore, the interviews may not be as in-depth as possible. This may be more likely to occur in users with paranoid symptomatology.

In this sense, nurses, through the therapeutic relationship and the use of a properly implemented collaborative care model, could more effectively improve important aspects in the recovery process of users such as education, changes in routines or habits and the development of information technologies.

According to the WHO,² the provision of mental health services should include a recovery-based approach that emphasises supporting people with mental disorders to achieve their own aspirations and goals. Thus, the WHO³ describes recovery as a process in which a person's hope and self-determination lead to a meaningful life and a positive sense of self, whether or not the mental disorder is still present. The conceptual framework of this model is a theoretically defensible and

sound synthesis of the recovery experiences of people with mental illness.⁴ Davidson⁵ states that organisations that orient their services to recovery citizenship will play a key role in changing the culture of both the mental health system and society at large. This change will be in the positive direction of embracing the reality of recovery and valuing the contributions that the recovery community makes. Also, Deegan,⁶ one of the great figures who have studied this process, provided recommendations for creating rehabilitation environments that facilitate the recovery process.

This model identifies five phases or stages in the process of recovery of the person with mental health problems:⁷ (i) the moratorium stage or first stage consisting of denial, hopelessness, confusion and self-protective withdrawal of the person, (ii) the awareness stage or second stage in which the first moments of hope that there may be a better life and that recovery is possible, which may be an internal event or caused by an external event. This leads to the emergence of awareness that there may be a self that is capable of recovery and different from the 'sick person', (iii) the preparation stage or third stage, when the person begins to work on their own recovery by considering their values, weaknesses and strengths. This leads to learning about mental health problems, available services, recovery skills, as well as participating in groups and connecting to the network of users, (iv) the rebuilding stage or fourth stage, where there is an active pursuit of personal goals and working to achieve goals. This may involve re-evaluation of the person's goals and values. The person must take responsibility for managing his or her illness and take control of his or her own life and, finally, (v) the fifth or growth stage, which could be considered the fruit of the recovery process. The person may not be totally free of symptoms, but they will know how to live with them. They are resistant to setbacks and mishaps and believes in his/her resilience. The person has a positive self-image of themselves.⁷

In the framework of recovery-based care, the collaborative care model seems very appropriate since, through it, the user is encouraged to work in collaboration and partnership with the nurse, as well as to participate in decision making throughout the therapeutic process.^{8,9} This participation improves quality of life and provides a greater sense of empowerment for the user, and is also found to improve symptom management and give the user a greater sense of control and self-determination.¹⁰

More specifically, in the field of mental health, there is evidence that collaborative care significantly improves levels of depression and anxiety in the short, medium and long terms, as well as the use of medications, quality of life associated with mental health and user satisfaction.¹¹ From the point of view of people attended in health services in both acute and rehabilitation mental health areas, collaborative care is conceived as a joint work process in which outcomes are user-centred.^{11,12} For users and nurses in rehabilitation areas, this should take place in a therapeutic setting that includes open, honest and respectful

communication. Where knowledge and professional and lived experience are mutually valued and shared; the ability to be active, responsive and flexible within the relationship; and the availability of adequate time and resources.¹¹ For collaboration to occur, it is important for nurses and users to recognise and be willing to relinquish traditional dominant and passive roles in order to identify the potential contribution of each other's knowledge and skills, and to work actively in jointly building the purpose of their relationship.¹¹ Similarly, for users of acute units in the context of collaborative care, it is also important to be able to develop their care plan together with the nurse as something useful for their recovery, identifying the need to establish a collaborative process, where objectives can be established through the therapeutic relationship and strategies can be developed and agreed by all.¹²

In any mental health nursing setting and regardless of the method used, it is clear that the therapeutic relationship is the central tool for delivering care.^{13,14} The therapeutic relationship is an interpersonal interaction between the nurse and the patient, based on trust between them and focused on the work of therapeutic help.¹⁵ In this regard, the evidence indicates that an adequate therapeutic relationship is associated with better health outcomes for users and also helps to maintain the focus on recovery and reduces the stress experienced by the professional.^{16,17} Similarly, the literature indicates that the therapeutic relationship enhances person-centred care and shared decision making.¹⁸

Another factor that has been linked as an important resource for recovery from mental disorders is maintaining a good level of positive mental health.¹⁹ Positive mental health is understood as feeling good and functioning well and vital to an individual's positive functioning and psychological well-being, especially as it relates to factors important to living a purposeful life and achieving personal goals.²⁰ In this sense, the literature points out that it is necessary to develop interventions aimed at promoting positive mental health in recovery, with the objective of improving positive emotions towards life and the sense of fulfilment in private and social life.²¹

However, despite the importance and evidence regarding the effectiveness of collaborative care in the recovery of people with mental health problems, no published literature has been found that specifically studies the impact on the recovery process or the therapeutic relationship between the nurse and the user from the discipline and nursing care in the context of mental health day hospitals.

In this sense, it is considered important to explore the changes that occur in the state of recovery, positive mental health and the establishment of the therapeutic relationship in users of mental health day hospitals through the implementation of collaborative nursing care. The results obtained from this research may be important both for the users of mental health day hospitals, and also to improve the clinical practice models of mental health nurses. In addition, new knowledge could be generated

regarding the relationship between the recovery process and the quality of the therapeutic relationship.

METHODS AND ANALYSIS

Aim

This study aims to:

Explore the changes produced in the recovery process of mental health day hospital users who receive collaborative nursing care through the codesign and implementation of group activities.

Evaluate the impact of a collaborative nursing care intervention through the codesign and implementation of group activities, in mental health day hospital users, in terms of the changes produced in the state of the recovery process, in the level of positive mental health and in the quality of therapeutic relationship with the nurse.

The research hypotheses to be tested in this study are:

1. Day hospital users who receive an intervention based on collaborative nursing care through the codesign and implementation of group activities will report improved changes in: (i) recovery status, (ii) level of positive mental health and (iii) quality of the therapeutic relationship at the end of the intervention, than users receiving usual care.
2. The effects of the intervention based on collaborative nursing care through the codesign and implementation of group activities on the changes in the level of recovery are mediated by the changes produced in the quality of the therapeutic relationship and the changes in the positive mental health of the users.

Design

In order to meet the main objectives, a sequential and transformative mixed-methods design is proposed²² through three phases (figure 1). On the one hand, in phases one and three, a two-armed, parallel-design, non-randomised trial is proposed. And in phase two, the intervention will be carried out based on collaborative nursing care through the codesign and implementation of group activities using the qualitative Participatory Action Research (PAR) method.

The participatory action research

In order to carry out the intervention of codesign and implementation of activities through collaborative nursing care, PAR is a method that provides a suitable framework for implementation and evaluation, since it is a method that makes it possible to extract knowledge in a democratic, cooperative, transparent and effective way, as well as to intervene in changes in people's daily lives. It is about unveiling the complexity of problems through dialogue and collaboration, as well as acting as a tool to promote change.^{23 24} The PAR process is considered open, holistic and egalitarian, that is, it equates the researcher with those being researched and requires collaboration between researcher and researched.²⁵ In general, the PAR consists of four stages that follow each other in a cyclical manner. The cycle begins in the first stage, where a situation or problem is analysed, and then in the second stage, the elements that facilitate its resolution and those that hinder it are identified. Once these factors have been identified, a plan of action or change

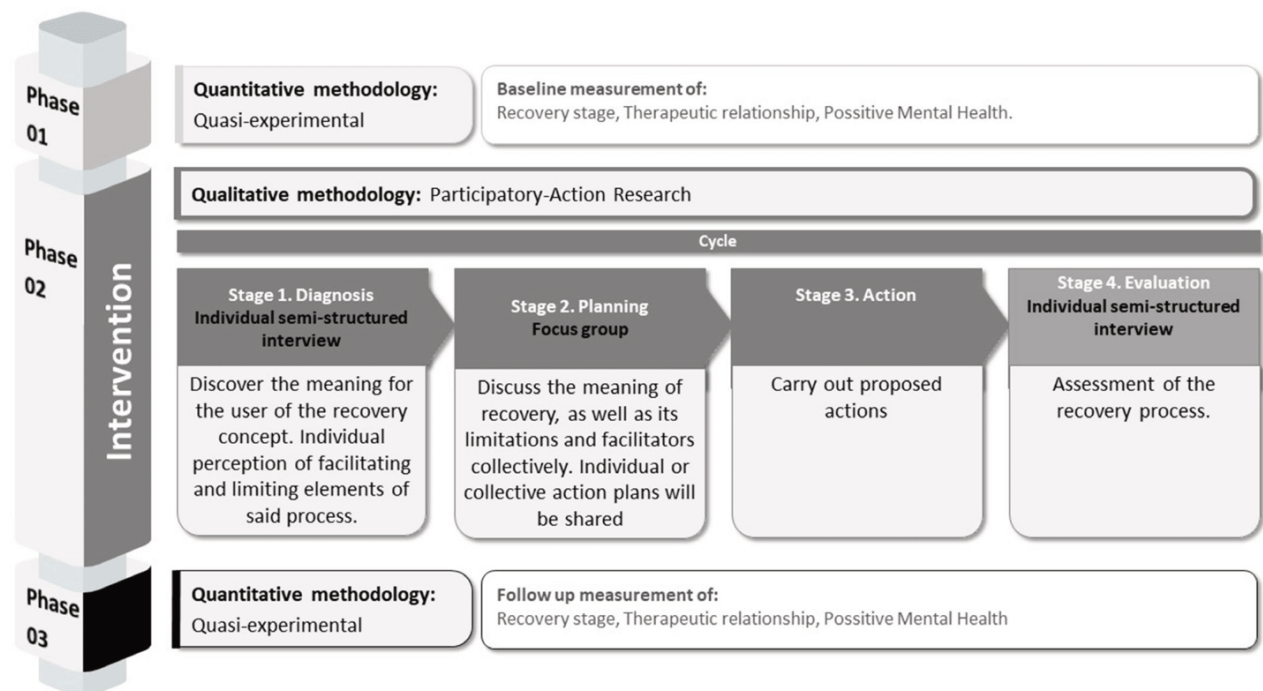


Figure 1 Study design.

is developed and implemented. Finally, the effect of this change will be evaluated, thus completing the cycle. All these stages should be evaluated in a reflective manner to improve the rationality, justification and understanding of the changes that occur in the process.²⁶ In other words, in this PAR process, theory and practice are combined, bringing theoretical constructs into reality and analysing them simultaneously.²⁵ Among the different PAR modalities, we will use the one described by Susman and Evered,²⁷ where a process of constant cycles of action research takes place, since it is the one that best adapts to the actual practice of care in the mental health day hospital.

Study setting and participants

The scope of the study will be three adult mental health day hospitals in the metropolitan area of Barcelona (Spain). The three centres belong to the same institution and are part of the public mental health network of Catalonia. These centres have the same management, and therefore develop the same care programme. The study population will be the users requiring treatment in the mental health day hospitals included in the study.

Criteria for selection and recruitment of participants:

- The criteria for inclusion in the study of participating users will be:
 - Users over 18 years of age of the selected day hospitals.
 - Acceptance of the study conditions and informed consent.

Hospital admission for a period of less than 1 week.

Physical or psychological conditions that do not allow collaborative nursing care through co-design of group activities.

- The exclusion criteria for participating users will be:
 - Hospital admission for a period of less than 1 week.
 - Physical or psychological conditions that do not allow collaborative nursing care through co-design of group activities.

All persons who meet the inclusion and exclusion criteria and who agree to participate in the study will be invited. Users who do not consent to participate in the study will be able to access the benefits of collaborative care, as these will be integrated into the daily practice of the unit. However, their data will not be collected. Participants will be incorporated consecutively as they are hospitalised in the three units that form part of the study. To calculate the sample size necessary to have sufficient statistical power for the quantitative part and based on the results of Lemos-Giráldez,²⁸ accepting an alpha risk of 0.05 and a beta risk of 0.2 in a bilateral contrast, 76 participants would be required in the first group receiving the intervention and 76 in the second group, in order to detect a difference equal to or greater than five units. It is assumed that the common SD is 11 and the correlation coefficient between the initial and final measurement is 0.6. A 20% loss-to-follow-up rate was estimated.

Procedure, techniques and analysis for the qualitative part or intervention

The intervention

Given the clinical practice conditions of the study, the intervention will be carried out in the selected hospital using the PAR method and will be implemented through a cycle of four well-defined stages,²⁷ which will be repeated continuously throughout the process (see TIDier checklist in online supplemental file 1).

In the context in which this study is intended to be carried out, the programme developed in day hospitals is aimed at the care of those people who need mental healthcare, but do not require a complete hospital admission. In this way, the disruption of their family, work and social processes is avoided. In them, individual and group care is provided.

Thus, for each user who joins the study, a minimum of one complete cycle of PAR will be performed before the user is discharged. The start of the cycle will begin with stage one or diagnosis, first stage of the PAR, which will be performed at the time of admission to the day hospital. The nurse, through an individual semistructured interview, will explore the meaning for the user of the concept of recovery together with the individual perception of the facilitating and limiting elements of this process. Subsequently, in the second stage or planning stage, through a discussion group with other users, the meaning of recovery, as well as its limitations and facilitators will be discussed collectively, whereby individual or collective action plans will be shared by the users in order to work and improve their level of recovery in stage three or the action stage. Once the action plan agreed on by the users and the nurse has been carried out, the cycle will conclude with stage four or evaluation, where an individual intervention in the form of a semistructured interview will be carried out again to assess the recovery process. Given that the usual dynamics of the day hospital, the nurse conducts an assessment interview, it will be at this time that the semistructured interview will be conducted. The focus groups will be integrated in the timetable established in the unit. Finally, the closing interview will be conducted at the time of discharge, when the nurse usually conducts a process closing interview.

Qualitative data collection techniques

Semi-structured interview

The conversation will be recorded with the prior consent of the participant and then a written transcript will be prepared, which requires validation by the user to avoid possible biases. The interview should take place in a room, if possible without interruptions and with an approximate duration of 40 min. The user will be given the possibility of ending the interview at any time as desired. A script will be used to conduct the interview.

Focus groups

These will also be recorded, thanks to the prior consent given by the users. A weekly group will be held at the day

hospital's facilities, during the day hospital's hours of operation. It will last approximately 45 min. There will be the possibility of leaving the group if the user wishes to do so. To carry out the group, a support script will be followed.

Researcher's diary

As a reflective tool and in order to monitor the research process, a field diary written by the principal investigator will be kept. This diary will be kept by the unit's referring nurse, who is the principal investigator of the present study.

Qualitative data analysis

The qualitative content analysis method will be used.²⁹ This analysis is a method that focuses on theme and context and emphasises variation, for example, similarities within and differences between parts of the text. It offers the possibility to analyse manifest and descriptive content as well as latent and interpretive content.³⁰ The data obtained from both the focus groups and the interviews will be transcribed verbatim. Then, once the authenticity of the transcripts has been verified by the participants (content validation), the text will be broken down into descriptive codes assigned on the basis of their purely semantic content. In a second stage, such codes will be grouped into more analytical subcategories, in such a way that the initial codes are grouped according to the meaning of the linguistic units and their combinations. This will lead to a third hierarchical stage, where, taking into account the semantic analysis of the previous subcategories, they will be categorised according to the objectives of the study. It is worth mentioning that the data analysis will be performed by two researchers, jointly in the first stage of data coding, and independently during the subsequent analytical process and again together in the comparison of their results. The analysis of these data will be carried out through the QRS Nvivo V.12 programme. It should be noted that data will be collected and analysed qualitatively until the moment when the team considers that no new meanings are found and considers that data saturation has been reached.^{31 32}

Outcome measures, data collection procedure and data analysis for quantitative phases

Outcomes

Primary outcome

Changes in the users' recovery process will be evaluated with The Stages of Recovery Instrument (STORI)⁷ validated in the Spanish population.²⁸ It is a self-report questionnaire of 50 items grouped into 5 dimensions of 10 items. Each dimension is related to one of the recovery processes (moratorium, awareness, preparation, rebuilding and growth). The items are scored from 0 'not true at all at this time' to 5 'completely true at this time', resulting in a score for each stage, ranging from 0 to 50. The participant is assigned to the stage with the highest score. The questionnaire has been validated in

the Spanish population, obtaining a Cronbach's alpha of 0.86.²⁸

Secondary outcomes

The quality of the therapeutic relationship between nurses and users will be evaluated with the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) scale. The short version of this scale contains 12 items, and each item is rated on a scale ranging from 1 (never) to 7 (always).

The scoring range of the overall WAI-S is 12–84 points. The higher the score, the higher the therapeutic relationship. This questionnaire has three dimensions: (i) bond: the bond between patient and nurse, which includes aspects such as empathy, mutual trust and acceptance; (ii) objectives: the agreement between patient and nurse on the goals of therapy (ie, mutual acceptance of what the intervention aims to achieve) and (iii) tasks or activities: the agreement between patient and nurse on the tasks or activities to be carried out. The Spanish version of the WAI-S has good reliability and validity, with a Cronbach alpha of 0.93.³³

The level of positive mental health will be assessed with the Salud Mental Positiva (SMP) scale (Positive Mental Health), developed and validated by Lluch,³⁴ who studies the level of positive mental health, a concept previously developed by Jahoda.³⁵ The scale consists of 39 scorable items, for which the lowest value is 'always or almost always' and the highest value is 'never or almost never'. The items belong to six dimensions (personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem solving and self-actualisation and interpersonal relationship skills). The questionnaire has shown adequate internal consistency values in different populations with Cronbach's alpha values of 0.89.^{36 37}

Other outcomes

Sociodemographic variables will be gathered, including age, sex, educational level, employment status and marital status.

The clinical variables consisted of the main diagnosis described by ICD10 criteria, years of evolution of the disorder, referral unit, number of previous admissions to mental health facilities.

Data collection procedure

Users who agree to participate in the study and have signed the informed consent form, both in the case of the intervention and control groups, will be given a form containing a questionnaire with sociodemographic and clinical data and the three evaluation instruments by a member of the research team who is not directly involved in the care of the users. Participants will not receive any information about their inclusion in the intervention or control group. Each user will be assigned a participant code to ensure the anonymity of the participating users. When the user is discharged, a person from the research team will collect the follow-up data in the same way by means of a new form.

Quantitative data analysis

The principal investigator will construct a database using the IBM SPSS V.25 programme ECPHDSM, the data obtained from the forms will be incorporated into the database by two members of the research team to minimise error. The analysis will focus on the numerical differences obtained through the STORI, WAIS and SMP questionnaires before and after the intervention. In order to describe the characteristics of the participants and the scores obtained on the scales, descriptive statistics will be used, using the arithmetic mean and SD for quantitative variables and the frequency and percentage for qualitative variables. The differences between the baseline scores obtained and the follow-up assessment will be estimated, thanks to the application of parametric tests (Student's t-test in paired data) in the case of quantitative variables, first verifying the assumptions of normality and homogeneity of their variances. When the opposite is true, non-parametric tests will be used, using the Wilcoxon test for quantitative variables and χ^2 tests or Fisher's exact test for qualitative variables. In addition, to analyse the impact of changes on the dependent variable adjusted for the remainder of the secondary outcomes, multiple linear regression models will be used. A significance level of $p < 0.05$ will be considered.

Validity and reliability/rigor

To ensure the validity and rigour of the study, appropriate strategies will be used for each phase of the research. In phases one and three, recruitment of an appropriate sample size together with the validity and reliability of the instruments used will guarantee validity and reliability. For phase two, reliability, authenticity and ethical criteria will be addressed. Within the framework of reliability, the credibility of the study is based on the use of triangulation of techniques and researchers. Likewise, the criterion of dependence will be obtained through the constant auditing and transfer of external reports throughout the procedure. Likewise, the dynamics of the process, which will involve a constant interaction between the realities of researchers and participants, will provide authenticity to the data obtained. The treatment of confidentiality, privacy and participant consent will guarantee the ethical rigour criteria of the project. In addition, reflexivity, understood as a process of critically reflecting on what is taking place during the research study, will be the key quality criterion on which the project will be based.

Patient and public involvement

Patients and/or the public were not involved in the design, or conduct, or reporting or dissemination plans of this research.

ETHICS AND DISSEMINATION

Authorisation has been obtained from the management of the centres and approval for the project has been granted by the Ethics Committee of the institution where

the study will be carried out, FIDMAG Hermanas Hospitalarias (PR-2020-10). In relation to the current law on personal data protection and guarantee of digital rights, the authorisation of all users will be requested for the public dissemination of the data, preserving the confidentiality and anonymity of their identity at all times. This will be achieved by anonymising the names or any sign of identity by assigning a user code. All participants will be able to voluntarily withdraw from the study at any time. For this reason, users will be given a sheet with all the precise information about the study to be carried out and written consent will be requested.

Preliminary and final results will be published in peer-reviewed journals and presented at national and international congresses.

Twitter Xavier Vidal-Pascual @xavidal007

Contributors AV-R and AM-P contributed to conceptualisation design and write the original draft. FG-G, AV-C and XV-P contributed to formal analysis. MP-L and TL-C contributed to conceptualisation, quality assessment and manuscript revision. All authors approved the final manuscript.

Funding This study has received funding after undergoing a rigorous peer-review process by the Research Unit of Nursing and Society Foundation (PR-467/2020).

Competing interests None declared.

Patient and public involvement Patients and/or the public were not involved in the design, or conduct, or reporting or dissemination plans of this research.

Patient consent for publication Not required.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Supplemental material This content has been supplied by the author(s). It has not been vetted by BMJ Publishing Group Limited (BMJ) and may not have been peer-reviewed. Any opinions or recommendations discussed are solely those of the author(s) and are not endorsed by BMJ. BMJ disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on the content. Where the content includes any translated material, BMJ does not warrant the accuracy and reliability of the translations (including but not limited to local regulations, clinical guidelines, terminology, drug names and drug dosages), and is not responsible for any error and/or omissions arising from translation and adaptation or otherwise.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iD

Antonio Moreno-Poyato <http://orcid.org/0000-0002-5700-4315>

REFERENCES

- Agrest M, Barruti S, Gabriel R, et al. Day hospital treatment for people with severe mental illness according to users' perspectives: what helps and what hinders recovery? *J Ment Health* 2018;27:52–8.
- World Health Organization. *Mental health action plan 2013–2020*. World Health Organization, 2013.
- Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586–94 <http://journals.sagepub.com/doi/>
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445–52.
- Davidson L, Rowe M, DiLeo P, et al. Recovery-Oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Res* 2021;41:09.
- Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 1988;11:11–19.

- 7 Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:972–80.
- 8 Sunderji N, Kurdyak PA, Sockalingam S, et al. Can collaborative care cure the mediocrity of usual care for common mental disorders? *Can J Psychiatry* 2018;63:427–31.
- 9 Ishikawa H, Son D, Eto M, et al. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ* 2018;18:20.
- 10 Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* 2016;99:1923–39.
- 11 McCloughen A, Gillies D, O'Brien L. Collaboration between mental health consumers and nurses: shared understandings, dissimilar experiences. *Int J Ment Health Nurs* 2011;20:47–55.
- 12 Reid R, Escott P, Isobel S. Collaboration as a process and an outcome: consumer experiences of collaborating with nurses in care planning in an acute inpatient mental health unit. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:1204–11.
- 13 Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Houndmills: Macmillan, 1988.
- 14 Vahidi M, Ebrahimi H, Areshtanab HN, et al. Therapeutic relationships and safety of care in Iranian psychiatric inpatient units. *Issues Ment Health Nurs* 2018;39:967–76.
- 15 Enfermería Salud Mental E de, MORENO-POYATO Profesor Escola Superior AR. La opinión del experto La relación terapéutica en La enfermería de salud mental del siglo XXI: integrando reflexión teórica Y evidencia empírica. *Rev Enferm Salud Ment* 2019;13:24–8.
- 16 Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, et al. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e94207.
- 17 Molin J, Lindgren B-M, Graneheim UH, et al. Time together: a nursing intervention in psychiatric inpatient care: feasibility and effects. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:1698–708.
- 18 Hamovitch EK, Choy-Brown M, Stanhope V. Person-Centered care and the therapeutic alliance. *Community Ment Health J* 2018;54:951–8.
- 19 Iasiello M, van Agteren J, Keyes CLM. Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *J Affect Disord* 2018;2019:227–30.
- 20 Lluch-Canut T, Alberto C, Sequeira C. 7 Psychometric properties of the self-administered version of the “self-care requisites scale” among carers for the mentally ill 1. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental* 2015;13:53–60.
- 21 Provencher HL, Keyes CLM. Complete mental health recovery: bridging mental illness with positive mental health. *J Public Ment Health* 2011;10:57–69.
- 22 Teddlie C, Tashakkori A. Common “Core” characteristics of mixed methods research: a review of critical issues and call for greater convergence. *Am Behav Sci* 2012;56:774–88.
- 23 Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:854–7.
- 24 Kidd SA, Kral MJ. Practicing participatory action research. *J Couns Psychol* 2005;52:187–95.
- 25 Abad Corpa E, Delgado Hito M, Cabrero García J. La investigación-acción-participativa: Una Forma de investigar en La práctica enfermera. *Invest Educ Enferm* 2010;28:464–74.
- 26 Lavoie L, Laurin P, Marquis D. *La recherche-action : théorie et pratique : manuel d'autoformation*. Presses de l'Université du Québec, 1996: 229.
- 27 Susman GI, Evered RD. An assessment of the scientific merits of action research. *Adm Sci Q* 1978;23:582.
- 28 Lemos-Giráldez S, García-Alvarez L, Paino M, et al. Measuring stages of recovery from psychosis. *Compr Psychiatry* 2015;56:51–8.
- 29 Crowe M, Inder M, Porter R. Conducting qualitative research in mental health: thematic and content analyses. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:616–23.
- 30 Lindgren B-M, Lundman B, Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud* 2020;108:103632.
- 31 Lincoln YS, Guba EG, Pilotta JJ. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1985: 438–9.
- 32 Jayasekara RS. Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nurs Outlook* 2012;60:411–6.
- 33 Andrade-González N, Fernández-Liria A. Spanish adaptation of the working alliance Inventory-Short (WAI-S). *Curr Psychol* 2016;35:169–77.
- 34 Lluch Canut MT. *Construcción de Una Escala para Evaluar La Salud mental Positiva*. Universitat de Barcelona, 1999: 1–308.
- 35 Jahoda M. Current concepts of positive mental health. *Am J Nurs* 1959;59:263.
- 36 Roldán-Merino J, Lluch-Canut MT, Casas I, et al. Reliability and validity of the positive mental health questionnaire in a sample of Spanish university students. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017;24:123–33.
- 37 MaD MR. *Valoración de la salud mental positiva Y de Los requisitos de autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según La teoría de enfermería de Dorothea Orem*. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona, 2014.

Artículo 2

Este artículo corresponde a los resultados de los objetivos específicos 1.1 y 1.2. Los datos bibliométricos se recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Datos bibliométricos del artículo 2

Autores: Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut T, Feria-Raposo I, Puig-Llobet M.				
Título: The meaning of the recovery process and its stages for people attending a mental health day hospital: A qualitative study.				
Fecha: 7 enero 2024				
Tipo de publicación: Paper			Revista: Health Expectations	
ISSN: 2044-6055 (eISSN 1369-7625)			DOI: 10.1111/hex.13965	
Volumen: 27		Número: 1	Página: e13965	
Citas: 0 (según CrossRef)				
Indicadores de calidad				
Tipo	Área	Factor de impacto	Posición	Cuartil
Web of Science	Health care sciences & services	3	51/174	Q2

The meaning of the recovery process and its stages for people attending a mental health day hospital: A qualitative study

Ana Ventosa-Ruiz RN, MHN^{1,2}  | Antonio R. Moreno-Poyato RN, MHN, MSc, PhD^{1,3}  |
Teresa Lluch-Canut RN, MHN, PhD¹  | Isabel Fera-Raposo RN, MHN²  |
Montserrat Puig-Llobet RN, MHN, PhD¹ 

¹Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain

²Benito Menni Centro de Atención a la Salud Mental, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain

³Nursearch Grup de Recerca en Cures Infermeres de Salut Mental, Psicosocials i de Complexitat, Barcelona, Spain

Correspondence

Antonio R. Moreno-Poyato, RN, MHN, MSc, PhD, Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, C Feixa Llarga s/n L'Hospitalet de Llobregat 08907, Spain.
Email: amorenopoyato@ub.edu

Funding information

Infermeria i Societat, Grant/Award Number: PR-467/2020; Research Unit of Nursing and Society Foundation, Grant/Award Number: PR-467/2020

Abstract

Introduction: This study sought to explore the meaning of the recovery process and its stages from the perspective of people attending a mental health day hospital.

Methods: A descriptive exploratory qualitative study was carried out. Semi-structured interviews were conducted with people attending a mental health day hospital. The data were analysed deductively by means of content analysis.

Results: The participants described the recovery process as a process based on three pillars; the attitude towards recovery, hardship, and the effort required throughout the process. Regarding the stages of recovery, for the participants in the first stage of the process (Moratorium), the search for hope was the most important element. In the second stage (Awareness), the reestablishment of their identity, through the acceptance of the consequences derived from the mental health problem, together with being able to feel full and fulfilled, were the most outstanding elements. In the third stage (Preparation), participants highlighted the search for meaning in life, facing their fears and the process with an open mind. Finally, the last two stages (Rebuilding and Growth) were related to taking responsibility and empowerment for recovery.

Conclusions: The results of this study provide insight into the perception of the recovery process and its stages in people attending a mental health day hospital. These findings may contribute to aligning the nurse–patient perspective, helping nurses to understand the key elements of patients according to their stage of recovery, and thus be able to subsequently individualise interventions.

Patient and Public Contribution: This study was based on interviews with 15 patients receiving treatment at an adult mental health day hospital. This study would not have been possible without their participation.

KEYWORDS

day hospital, mental health, nursing, qualitative study, recovery process

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2024 The Authors. *Health Expectations* published by John Wiley & Sons Ltd.

1 | INTRODUCTION

Figures on global mental health, according to the World Health Organization (WHO), in its latest report¹ estimate that one billion people (more than one in eight adults and adolescents) worldwide suffer from a mental health problem. Moreover, these people die 10–20 years earlier than healthy people and generate an avoidable economic burden.

In recent years, the model of mental health care has changed from a rehabilitative model, with the focus on the professional, to a recovery model, where the main protagonist is the person suffering from a mental health problem.² The WHO guidelines support the recovery model,³ recommending the integration of a restorative vision into mental health care policies. In this context, person-centred care acquires great relevance.⁴ Mental health nurses must have an in-depth understanding of the perspective of people with mental health problems on what recovery means to them throughout the various stages of the recovery process and their level of care.

1.1 | Background

In recent decades, different authors have contributed to the study of the phenomenon of the recovery process in the field of mental health. In the 1980s, Deegan⁵ broke away from previous models of mental health care and defined the recovery process as 'the lived or actual life experience of people as they accept and overcome the challenge of disability, so that they experience a new sense of self within and beyond the limits of disability'. Subsequently, Anthony⁶ outlined the basis of the recovery model, defining it as 'a way of living a satisfying life, full of hope and contribution, even within the limitations caused by the disease'. Later, Andresen et al.^{7,8} also studied the phenomenon from the perspective of the processes a person goes through in their recovery process. In their work, they described four component processes and five stages that the person undergoes during the recovery process. The stages identified were: (i) Moratorium: A time of withdrawal characterised by a deep sense of loss and hopelessness, (ii) Awareness: Realising that all is not lost and that a full life is possible, (iii) Preparation: Weighing strengths and weaknesses in relation to recovery and beginning to work on developing recovery skills, (iv) Rebuilding: Actively working towards a positive identity, setting meaningful goals and taking control of one's life and (v) Growth: Living a full and meaningful life, characterised by self-management of illness, resilience and a positive sense of self. These stages are sequential, and therefore, the last stage, growth, constitutes the result of the recovery process.⁸ On the road to recovery, and independently of the stage the person is in, for Andresen et al.⁸ people experience different psychological states which were termed component processes. These four processes are: (i) finding and maintaining hope—believing in oneself, having a sense of self-control and optimism for the future; (ii) re-establishment of a positive identity—finding a new identity that incorporates the illness but maintains a positive sense of self; (iii) finding meaning in life—

understanding the illness; finding meaning in life despite the illness; dedicating oneself to living; (iv) taking responsibility for one's life—feeling in control of the illness and in control of one's life. For Andresen et al.,⁸ given the highly personal sense of recovery, the model should be considered flexible in terms of the order and means by which the person moves through the processes.

More recently, Leamy et al.⁹ developed the CHIME model based on a systematic review,⁹ using an acronym that represents the five essential elements of recovery in mental health: Control, Hope, Identity, Meaning and Empowerment. For Leamy et al.,⁹ control refers to the person's ability to have control over one's life and treatment, including the ability to make informed decisions and to manage symptoms. Hope is the belief and confidence in the possibility of improvement and recovery. Identity illustrates the importance of maintaining and developing a positive identity and healthy self-esteem. Meaning appeals to the importance of finding purpose and meaning in life, including participation in meaningful activities and community. Finally, empowerment is the ability of individuals to gain the necessary control and influence to improve their well-being and achieve their goals. The CHIME model is based on the idea that recovery in mental health is not only about managing symptoms but also about promoting the well-being and long-term development of the individual. This model is used in mental health care as an individual-centred approach and emphasises the importance of working with each person to develop a personalised treatment plan that addresses these five essential elements of recovery.⁹

In any case, different models of recovery have been questioned for their dualism and lack of depth in understanding the complexity inherent to mental health problems. Such models oversimplify recovery processes, ignoring the many individual and contextual variables that influence each person's experience of mental health problems.¹⁰ Different models of recovery have suggested the need to align the concept of recovery between people with mental health problems and professionals, as differences in understanding can lead to frustration and abandonment of the process,^{8,9} understanding that there are profound implications in the sensitivity and appropriateness of therapeutic communication.¹¹ Some studies suggest that health professionals' conception of the concept of recovery in users of mental health services is strongly linked to the concept of medical recovery.^{12,13} However, recovery according to people receiving mental health care is understood as an ongoing quest in life, underpinned by five thematic pillars: 'finding meaning', 'an invisible disability', 'empowerment and agency', 'connection' and 'the passage of time'.¹⁴ Specifically, in studies of people diagnosed with schizophrenia, recovery was perceived not only as the absence of symptoms, rather it was found to be important to be able to work, regain functioning, have adequate emotional stability, and be free of medication.¹⁵ Similarly, in people diagnosed with bipolar disorder, recovery was identified with productivity, engagement, social participation and symptom reduction.¹⁶

From a sociocultural perspective, there are differences in the formulation of the concept of recovery between developed countries and other low/middle-income countries.¹⁷ For the latter, studies frame recovery as a personal journey that occurs along a continuum, where social relationships are emphasised as facilitators of recovery and spirituality is a facilitator and an indicator of recovery. These

differences in how recovery is understood reflect the importance of framing the concept of personal recovery in relation to the local needs and contextual issues of each territory.¹⁷ Likewise, many social factors are known to be related to recovery, where the consequences of illness, financial precariousness and caregiver burden can put a strain on essential social needs, representing barriers to recovery.¹⁸

In relation to the area of care, the evidence points to certain nuances in the experience and meaning of the recovery process on behalf of people with mental health problems. People cared for in the community give special relevance to interpersonal and self-connection in their recovery process, through inclusion in one's own community, receiving support when needed and being able to progress through loss.¹⁹ However, in other more restrictive areas, such as forensic psychiatric nursing, the salient aspects of the recovery process for people with mental health problems were disconnection, hopelessness, negative identity experience as an offender, lack of meaning and perceived disempowerment.^{20–22}

In the context of mental health care in day hospitals, mental health care is offered within the community at times when the person's needs are acute. This care is provided by a multidisciplinary team for a period of no more than 3 months and avoids admission to an acute care unit, which is usually considered detrimental to the lives of people with mental health problems.²³

The importance of aligning the perspectives and expectations between nurses and people with mental health problems²⁴ is evident for clinical practice, not only regarding the meaning of the recovery process but also the knowledge of its stages.

Knowledge gaps have been previously identified in terms of mental health service users' conception of the recovery process.⁹ Specifically, no studies have been found which explore this process in relation to the stage of care of people who are treated in mental health day hospitals.

Considering that there is hardly any evidence that provides knowledge about this phenomenon in specific care contexts such as mental health day hospital care, it is necessary to further explore this matter from the perspective of people with mental health problems and the meaning they assign to the recovery process and its stages.

2 | METHODS

2.1 | Aims

This study sought to explore the meaning of the recovery process and its stages from the perspective of people treated in adult mental health day hospitals.

2.2 | Design

A descriptive-exploratory qualitative study was carried out. This approach was used because it enables us to examine reality and not simply observe it, thus it was identified as the most suitable method

for the purpose of the study.²⁵ This study was guided by the consolidated criteria for reporting qualitative research checklist (COREQ 32).²⁶

2.3 | Sample/participants

The study participants were people with mental health problems who were attended to at an adult mental health day hospital. The inclusion criteria were being over 18 years of age at the time of admission, accepting the conditions of the study and signing the informed consent form. Individuals who had been attended for less than 1 week or whose physical or psychological conditions did not enable them to participate in the study were excluded. However, there were no participants who met these conditions during recruitment. A purposive sampling by maximum variation was carried out considering pre-established profiles. None of those invited to participate in the study refused to do so.

2.4 | Data collection

Data were collected through semi-structured interviews conducted by the principal investigator of the study, a female mental health nurse specialist. These interviews were conducted at the time of the persons' admission to an adult mental health day hospital, and therefore the interviewer had no prior relationship with the interviewees. The document by Kallio et al.²⁷ was used to define an interview script, after a pilot test was carried out to verify its suitability. This pilot interview was conducted with a person with mental health problems who collaborates with the unit in which the study was conducted. After the pilot test, the usefulness of the questionnaire was corroborated, and no changes were made. The questions included in this script were: What do you understand by recovery? What importance do you attach to this process? How would you describe your recovery process? What is your goal that you need to achieve to feel recovered? What can help you to improve and what would not? The interviews were conducted in the mother tongue of the interviewees to eliminate language barriers by the nurse on duty. The interviews took place in a comfortable environment with limited interruptions at the facilities of the day hospital. Only the researcher and the participant were present during the interview. The average duration of the interviews was 25 min. The interviews were recorded, with the consent of the interviewees, using a voice recorder after informing the participants of the objectives of the study. No repeat interviews were necessary. Participants were given the possibility of interrupting the interview at any time without having to give any explanation. The interviews were subsequently transcribed by a professional transcription company, and in a third step the participants confirmed that the content of the transcriptions was correct. In this third step, none of the participants made any corrections to the proposed transcript. To complement the information, field notes were taken after the

interview was conducted. Data collection took place between September and December 2021. The selection of participants took place until the *a priori* thematic saturation was reached²⁸ based on the stages of the recovery process of the Andresen model.

2.5 | Ethical considerations

This study was approved by the Ethics Committee of the institution where the research was carried out, FIDMAG Hermanas Hospitalarias (PR-2020-10). To participate in the study, the subjects had to read and accept the informed consent form. They were also offered the possibility of withdrawing from the study at any time without the need to state a reason. Participants did not receive financial compensation for their participation. To ensure anonymity, each participant was assigned an alphanumeric participant code. Also, the stored data were protected by encryption and password protection. During recruitment, participants were informed of their voluntary participation in the study, explaining that their refusal to participate would have no consequences on the quality of their treatment, and that all the information derived from their participation was confidential and would not have any effect on their treatment.

2.6 | Data analysis

A qualitative content analysis was performed.²⁹ The information derived from the interviews was transcribed verbatim, and in a second step, validated by the participants to verify authenticity. The texts were divided into descriptive codes according to their semantic content. These codes were grouped into analytical subcategories to group the initial codes according to linguistic units. Finally, considering the semantic analysis of the above subcategories, they were grouped into categories deductively according to the stages of the retrieval process of the Andresen model.⁸ These stages were mainly carried out by the first author and were continuously and critically discussed and reflected upon within the research team. The Nvivo 12 software was used for this categorisation.

2.7 | Rigour

To ensure the validity and rigour of the present study, strategies suggested by Lincon and Guba.³⁰ were used based on credibility, transferability and confirmability. The transcriptions of the recorded interviews with subsequent confirmation by the interviewee ensure the veracity of the data obtained and credibility. To ensure confirmability, a field diary was kept by the main researcher to consider the researcher's impressions and emotions, which also helps to achieve neutrality in keeping the experiences far from any possible biases. Concerning transferability, the sampling process and the characteristics of the sample have been scrupulously described.³¹ In terms of reflexivity, the author comes from a health care background

and has experience in mental health research, as well as experience in conducting qualitative interviews. The interviewer established a therapeutic bond with the participants and endeavoured to be neutral throughout the interview, avoiding bias and facilitating the free expression of opinions and positions.³²

3 | FINDINGS

Fifteen people participated in the study. Of these, 73% were women ($n = 11$) and 27% were men ($n = 4$). The mean age was 45 years (min 20–max 58). Regarding the diagnosis, 40% of the participants had an affective disorder ($n = 6$), 27% had an anxiety disorder ($n = 4$), 13% had a psychotic disorder ($n = 3$) and 13% had a personality disorder ($n = 2$). The mean number of years since the diagnosis of the mental health problem was 8.8 years (min 1–max 21). The employment status of participants was as follows: 33% ($n = 5$) were granted temporary incapacity, 13% ($n = 2$) were students, 20% ($n = 3$) were unemployed, and 33% ($n = 5$) were retired. Concerning the country of birth, 73% ($n = 11$) were of Spanish nationality, and 27% ($n = 4$) were of foreign origin.

As a result of the data analysis, a total of 378 minimum units of meaning were identified. After categorising these by meaning, they were grouped into a total of 29 categories, of which seven corresponded to the definition of the process as such and 22 to the different stages of the recovery process, which were finally grouped into four main themes. These themes corresponded to the stages of the recovery process according to Andresen et al.'s⁸ model except in the case of rebuilding and growth which were agglutinated into a single theme (Figure 1).

3.1 | The meaning of the recovery process

For the participants, the meaning of the recovery process was based on three pillars; the attitude towards recovery, hardship and the effort required during the process. In this regard, the recovery process represented a path based on the desire to improve. 'Recovery would mean to be better or completely well, compared to how you are at the beginning of your recovery' (p. 5). Consequently, this process was highly dependent on the attitude towards recovery, which played a decisive role. 'At the moment I give it a lot of importance to it, because I want to recover as much as possible and I have a goal, so I want to fight for it and be able to live again' (p. 10).

In this context, people with a mental health problem also emphasised the rawness and harshness of this process. 'Because you have to do your part, it is very hard, very hard, but you have to try and you have to fight, because it's the only way to do it' (p. 9). In addition, participants verbalised the importance of themselves in this process, as they defended that recovery does not depend on professionals but rather on the person affected by a mental health problem. 'Here you get 20 percent and 80 percent depends on yourself' (p. 4).

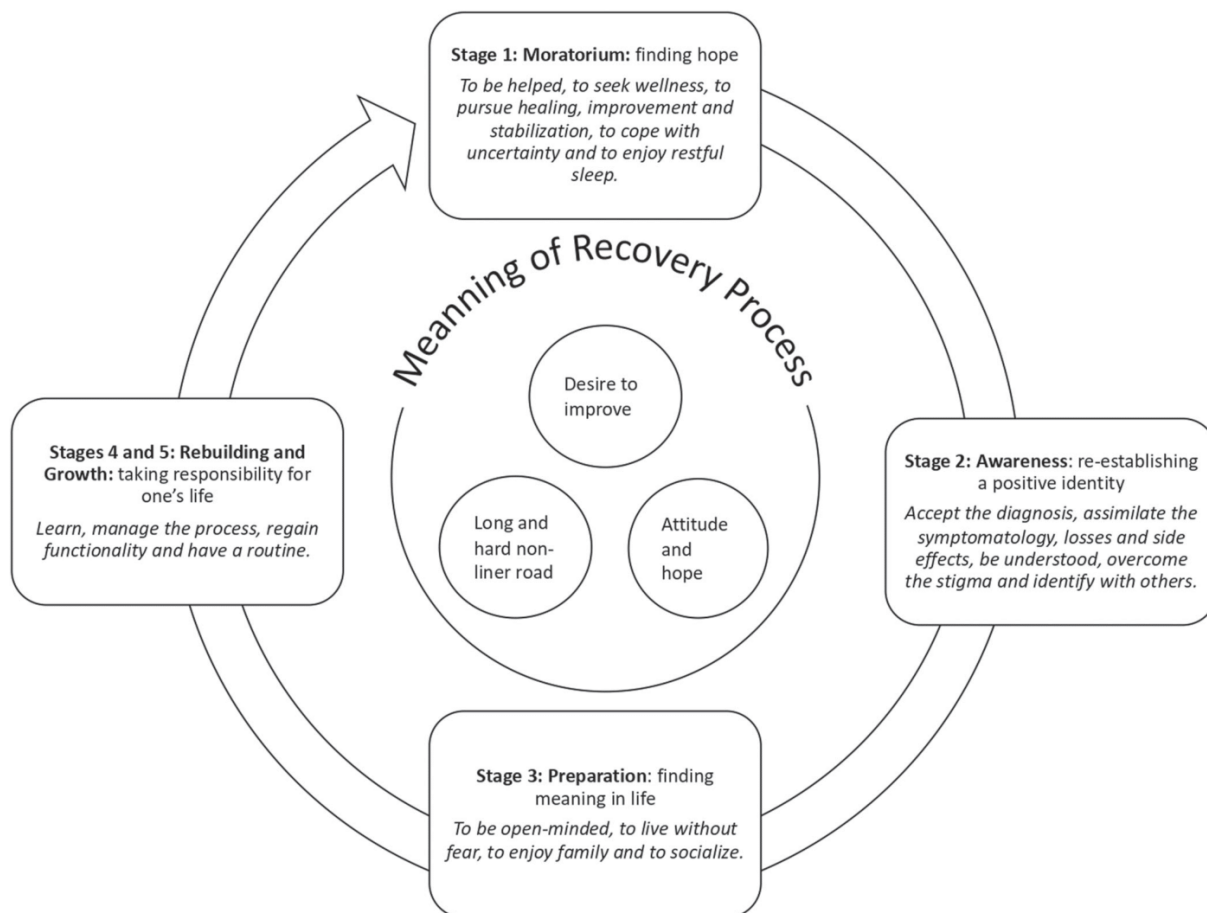


FIGURE 1 The meaning of the recovery process and its stages for people attending a mental health day hospital.

3.2 | Moratorium: Seeking hope

For the participants, hope was seen as a first step in their recovery process. This included aspects related to the recovery of personal well-being, linked to the reestablishment of certain aspects of their life before the onset of the mental health problem. 'To regain my values, my wellbeing, my objectives, my relationship with others, in other words, to have a life, to try to have a life that is as healthy, fulfilling and satisfying as possible' (p. 10). Notably, receiving support from others was a major aspect for them. 'Family and professionals push you to do it, and when you say "I can't do it anymore", they say "no, come on, you can do it"' (p. 8). In addition, one aspect highlighted as a facilitating element at this stage of the process was getting enough rest, emphasising the importance of sleep, in terms of quality and quantity. 'To regain the feeling of being sleepy and say "I'm so sleepy, I'm going to bed", to sleep and wake up rested, I lost that many years ago, I just sleep because I take medication to sleep, otherwise I wouldn't sleep' (p. 3). Conversely, at this stage of recovery, for the participants, the presence of uncertainty was discovered as an element that

conditioned their ability to move forward in the process. 'It's not the same when it happens to you the first time, and you don't know what's happening to you, then when it happens to you and you know that what's happening to you is normal, that it's happening to other people' (p. 12). In fact, those people who were very early in the recovery process thought of the process as an absolute healing process. 'For me, to recover from something is, for example, to be cured of an illness' (p. 3).

3.3 | Awareness: Re-establishing an identity

Participants stated that at this stage it was essential for there to be an acceptance of the consequences of the mental health problem: 'to be able to accept and live my states of loneliness with tranquillity and peace' (p. 10). Together with this acceptance, they also considered the fact of feeling fulfilled despite the symptomatology derived from the mental health problem. 'The disease is there, and it is a disease that cannot be cured, but I do know that it is possible to live with it' (p. 10).

At this stage of the recovery process, the people participating in the study considered the importance of feeling understood by their close environment and by professionals. 'It has helped me to feel the understanding of my family' (p. 14). 'I have felt a very profound understanding on behalf of the professionals' (p. 2).

Being able to overcome the stigma attached to mental health pathologies was a difficult but achievable goal for those interviewed 'even though there are some prejudices about people with problems, if you deal with it in a normal way, you almost forget about it' (p. 13).

Similarly, for the participants, identifying other people with similar problems allowed them to move forward in the recovery process. 'It's not the same when it happens to you the first time, when you don't know what's happening to you, as when it happens to you and you know that what's happening to you is normal, that it happens to other people, what happens is that it happens to you in somehow in a different way' (p. 12). As well as becoming aware of the losses caused by the disease. 'I lost my job, I lost my salary, I lost everything, so I feel guilty. I have lost a lot of things' (p. 14).

However, for the participants, the side effects of the pharmacological plan, as well as the repeated changes in the plan, were an element that made it difficult to face this stage of recovery. 'I feel reluctance towards the pharmacological aspect, at the beginning I didn't want to take so much medication, and every time I have been taken off the medication, I have felt relieved, and every time they have increased it, again I feel down. I see it as a setback, and it doesn't have to be like that' (p. 7).

3.4 | Preparation: Seeking meaning in life

For the participants, in this third stage, it was essential to be able to face the process with an open mind. 'If you open your mind to let yourself be helped, collaborate and use the tools you are given, you will recover; but if you are in denial, everything is a no, and you close your mind, it will be difficult to get out of here' (p. 4). To this end, participants verbalised the importance of overcoming fears. 'My goal to achieve in order to feel recovered? Well, to effectively recover many of the things I have lost, to be able to go out, have fun, have enthusiasm for things, and overcome my fears' (p. 3).

In this phase of the process the participants acknowledged that the family and social network is fundamental. The presence and support of the family was key, understanding that their condition has direct repercussions on the people close to them. 'If I am not well, neither is my family' (p. 14).

Likewise, socialisation became important as a facilitating element of the phase in which people search for a new meaning in life. 'here I have relearned how to talk to people, because I wasn't talking to anyone' (p. 8). 'I've had several friends here who I think understand me and I understand them, because, although each of us has a different disease we understand when the other one isn't well, and that hasn't happened to me anywhere, of course, because nobody understood me; when I've had friends they always said, "we're tired of helping you"' (p. 8).

In addition, the participants stated that this socialisation depended on themselves. 'Well, during the time that I've been here I've started... Well, the most important thing is to get out of the house, and I've managed to do that thanks to coming here, by coming to the day hospital. And I have to make an effort to socialise, even though I am given the tools here; but hey, we are getting there' (p. 4).

3.5 | Rebuilding and growth: Taking responsibility for recovery

Regarding these last stages of the recovery process, the people interviewed clearly felt that the process depends largely on oneself, emphasising both the responsibility they have in the process and the importance of their attitude. 'It mainly depends on oneself. Of course, help is always appreciated' (p. 9).

They also emphasised the need to learn about themselves and their disease when they were at this stage 'My goal is to learn how to cope with the process' (p. 11). 'it is very important to learn how to improve' (p. 11).

Another central focus of the significance of the recovery process was functionality, as a key element of the recovery process. 'being responsible for myself, doing things that I can't do' (p. 14).

Finally, for those interviewed, the need to have a daily routine was important to take responsibility for their own lives. 'now I have the obligation to get up every day, to shower, to get dressed, to come here, to try to make the most of the hours that I'm here' (p. 3).

4 | DISCUSSION

The study aimed to shed light on the meaning of the recovery process and its stages for people attended at an adult mental health day hospitals. The results show that, in relation to the recovery process, the participants agreed that it is a process based on the desire to improve, in which their attitude is key. Thus, recovery is a hard and costly process, which depends on oneself. These findings coincide with those of Kidd et al.¹⁴ based on a participatory action research conducted in a mental health service, involving caregivers, clinicians and people with mental health problems, which illustrated the meaning of the process of recovery with the metaphor 'recovery as an ongoing quest in life'. Along these lines, a study by Leamy et al.⁹ developed a theoretical framework about the recovery process, concluding that it is a personal, active and difficult process. The similarities between the meaning of this process and the Prochaska and DiClemente³³ cycle are striking, as both processes are based on the desire to improve and the motivation to change. However, in the Prochaska and DiClemente cycle a behavioural change is pursued, and in the recovery model more ambitious objectives are covered, which bring more aspects into play and not only a behavioural improvement. According to our study findings, the participants' narratives followed the stages proposed in Andresen et al.'s⁷ model

despite the well-known simplification of the recovery processes in some models.¹⁰

The findings indicate that in the first stage of the recovery process, the most important aspect for the participants was the search for hope. As in other studies, for people treated in day hospitals, returning to how they were before the onset of a mental health problem was a source of hope.^{14,34,35} Nonetheless, for people with mental health problems, the support received from their environment was the most important element in this stage of the process.^{36,37} This included family support but also professional support.³⁴ Another important finding at this stage of the recovery process was the negative experience of uncertainty regarding the problem and the future. This has been found to be relevant and essential in other research, which focuses on the general population's lack of knowledge of mental health problems.^{34,36} At this stage of the recovery process, increased mental health literacy would help those affected to be more confident and able to adopt a more positive outlook on life with a greater degree of empowerment.^{9,38} In fact, for people with mental health problems, regaining basic aspects such as sleep quality was especially important at this stage.

In the second stage of the recovery process, which is characterised by awareness,⁸ the fundamental component was to try to re-establish their identity.^{8,9} To this end, the respondents attached importance to the acceptance of the consequences derived from the mental health problems, in contrast to the previous stage in which recovery was perceived as a complete recovery.³⁹ The understanding of the aforementioned difficulties by the family and professionals as a facilitator of the recovery process has been widely described in several studies.^{13,34,40} This acceptance on behalf of the health professionals is especially important in the case of nurses, since they are an essential component of the nurse-patient therapeutic relationship.^{39,41} At this stage of the recovery process, besides the family and professionals, the importance of support and understanding from peers was also highlighted.⁴² Several studies have shown this type of support to be a cornerstone of the recovery process.^{9,14,36} During this period, the effects of medication and stigma stand out as hindering elements for the recovery process. Thus, stigma represents a great burden during the recovery process, encompassing both third party stigma and self-stigma.^{43,44}

In the preparation stage, the participants emphasised the search for meaning in their lives. To do so, open-mindedness and facing fears were essential. Once the participants had accepted the presence of the mental health problem and felt understood by their family, it was time for them to face new realities, therefore, they needed to be more open-minded than before.^{10,34,36} Indeed, there is evidence that relates the meaning of life and the expression of anger at the change in the person's reality as a positive predictor of the evolution of the recovery process.⁴⁵ For the participants, in addition to the support from family, professionals and peers, as in previous stages, the importance of support from their social network was highlighted to improve their recovery process. Thus, it is known that

there is a significant positive relationship between the size and perceived strength of an individual's social network and certain recovery attitudes.⁴⁶

It is worth noting that, for the participants in our study, the fundamental element for the stages of reconstruction and growth was the importance of the individual's own attitude, taking responsibility for this final part of the process. In fact, no obvious differences were identified in the meaning given by the participants to both reconstruction and growth as a person. This principle was already stated by Anthony in one of the first papers on the concept of recovery which stressed the importance of placing responsibility on the individual and not on professionals.⁶ At this point in the process, establishing routines helped individuals to take responsibility⁴⁷ and recover their functionality.³⁴ To do so, they had to face reality with an appropriate attitude. Indeed, a relationship has been found between more optimistic attitudes about the process and better outcomes in the recovery process.³⁴ In addition, in these later stages, participants expressed the need to learn about themselves and their problem. There is evidence that confirms that when people with mental health problems have a higher level of knowledge regarding their recovery process, they have more positive attitudes towards recovery.⁴⁸

4.1 | Strengths and limitations

This study has several limitations as well as certain strengths. These findings have provided valuable information on the perception of the people attended at mental health day hospitals on the concept of recovery and its stages. By adopting a descriptive qualitative approach, this study allowed participants to remain faithful to their account while ensuring transparency of the researchers' interpretations. Difficulties were encountered in recruiting participants due to the pandemic caused by the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 virus, given that it was necessary to close the facility where the interviews were conducted on several occasions throughout the year 2021. The fact that the respondents came from a single centre could limit the variety of the data. The characteristics of the participants could affect the transferability of the results to another setting. Regarding the participants, the profiles obtained are representative of the reality of the day hospital studied.

5 | CONCLUSION

This study explored the meaning of the recovery process and its stages from the perspective of people attending at adult mental health day hospitals. The results provide new knowledge about the most relevant aspects of the recovery experience of the participants in the recovery process, taking into account the different sequential stages of the process.

The participants described the recovery process as a process based on three pillars; the attitude with which it is faced, its harshness and the effort required to undergo the process. In terms of the stages of the process, in the first stage of the recovery experience, the search for hope is the most important aspect for people with mental health problems. Once hope is restored, it enables people to move on to acceptance and reestablishment of identity as the next stage, and in turn, to search for meaning in life. Preparation was highlighted as fundamental for the search for meaning in life. Finally, in the last stage, it is necessary to assume the responsibility for recovery, where the process is dependent on oneself.

RELEVANCE FOR CLINICAL PRACTICE

This study has implications for the adequacy of nursing interventions in people who are immersed in a recovery process. The findings clarify the perception that people with mental health problems have of the process and its stages, as well as the elements they perceive as facilitators and limiters. This knowledge at the levels of care could help nurses and health care institutions to align the person-professional perspectives to adapt and individualise interventions to the stage of the recovery process in which the person is. To apply this knowledge in clinical practice, it would be advisable to perform an initial assessment carried out by nursing professionals, taking into account the perceptions and specific needs of each person to use the gathered information to adapt nursing interventions, ensuring they align with the individual needs and perceptions of each patient on their path to recovery. However, further studies are needed and with the participation of individuals during the overall study process.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Ana Ventosa-Ruiz: Conceptualisation; investigation; funding acquisition; writing—original draft; methodology; writing—review and editing; formal analysis. **Antonio R. Moreno-Poyato:** Conceptualisation; investigation; funding acquisition; writing—original draft; methodology; validation; writing—review and editing; supervision; resources. **Teresa Lluch-Canut:** Supervision; methodology. **Isabel Fera-Raposo:** Methodology; investigation. **Montserrat Puig-Llobet:** Methodology; supervision.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study has received funding after undergoing a rigorous peer-review process by the Research Unit of Nursing and Society Foundation (PR-467/2020).

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare no conflicts of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

ORCID

Ana Ventosa-Ruiz  <https://orcid.org/0000-0003-3186-5368>

Antonio R. Moreno-Poyato  <http://orcid.org/0000-0002-5700-4315>

Teresa Lluch-Canut  <http://orcid.org/0000-0002-2064-8811>

Isabel Fera-Raposo  <https://orcid.org/0000-0002-3119-4149>

Montserrat Puig-Llobet  <https://orcid.org/0000-0002-3893-4488>

REFERENCES

- World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. 2022.
- Davidson L. Recovery-oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Res Curr Rev*. 2021;41(1):09. doi:10.35946/arcr.v41.1.09
- World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013–2020. 2013.
- Ortiz MR. Patient-centered care: nursing knowledge and policy. *Nurs Sci Q*. 2018;31(3):291–295. doi:10.1177/0894318418774906
- Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*. 1988;11(4):11–19.
- 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. doi:10.1037/h0095655
- Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(5):586–594. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(11–12):972–980. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x
- Leamy M, Bird V, Boutillier CL, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Dell NA, Long C, Mancini MA. Models of mental health recovery: an overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatr Rehabil J*. 2021;44(3):238–253. doi:10.1037/prj0000444
- Mccauley CO, McKenna HP, Keeney S, McLaughlin DF. Concept analysis of recovery in mental illness in young adulthood. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(8):579–589. doi:10.1111/jpm.12245
- Marynowski-Traczyk D, Moxham L, Broadbent M. Emergency department registered nurses' conceptualisation of recovery for people experiencing mental illness. *Australas Emerg Nurs J*. 2017;20(2):75–81. doi:10.1016/j.aen.2017.04.002
- Solomon B, Sutton D, McKenna B. The experience and meaning of recovery-oriented practice for nurses working in acute mental health services. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(4):963–974. doi:10.1111/inm.12851
- Kidd S, Kenny A, McKinstry C. The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *J Adv Nurs*. 2015;71(1):181–192. doi:10.1111/jan.12472
- Mathew ST, Nirmala BP, Kommu JVS. Personal meaning of recovery among persons with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;69(1):78–85. doi:10.1177/00207640211068370
- Durgu N, Dulgerler S. The meaning of recovery: the lived experience of patients with bipolar disorder in Turkey. *Issues Ment Health Nurs*. 2021;42(6):573–580. doi:10.1080/01612840.2020.1818015
- Gamielien F, Galvaan R, Myers B, Syed Z, Sorsdahl K. Exploration of recovery of people living with severe mental illness (SMI) in low/middle-income countries (LMICs): a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(3):e045005. doi:10.1136/bmjopen-2020-045005

18. Jain S, Hauschildt K, Scheunemann LP. Social determinants of recovery. *Curr Opin Crit Care*. 2022;28(5):557-565. doi:10.1097/MCC.0000000000000982
19. Jay E, Patterson C, Fernandez R, Moxham L. Experiences of recovery among adults with a mental illness using visual art methods: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022;30(3):361-374. doi:10.1111/jpm.12882
20. Johansson JA, Holmes D. The use of recovery model in forensic psychiatric settings: a Foucauldian critique. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;31(3):752-760. doi:10.1111/inm.13005
21. Senneseth M, Pollak C, Urheim R, Logan C, Palmstierna T. Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*. 2021;8(1):e17. doi:10.1192/bjpo.2021.1068
22. Lutz M, Zani D, Fritz M, Dudeck M, Franke I. A review and comparative analysis of the risk-needs-responsivity, good lives, and recovery models in forensic psychiatric treatment. *Front Psychiatry*. 2022;13:988905. doi:10.3389/fpsyt.2022.988905
23. Heekeren K, Antoniadis S, Habermeyer B, et al. Psychiatric acute day hospital as an alternative to inpatient treatment. *Front Psychiatry*. 2020;11:471. doi:10.3389/fpsyt.2020.00471
24. Gyamfi N, Bhullar N, Islam MS, Usher K. A systematic review of measures assessing mental health professionals' perspectives of recovery. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(4):847-874. doi:10.1111/inm.12895
25. Hunter DJ, Mccallum J, Howes D. Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. In *Proceedings of Worldwide Nursing Conference 2018. Global Science and Technology Forum*; 2018. <https://researchonline.gcu.ac.uk/en/publications/defining-exploratory-descriptive-qualitative-edq-research-and-con>
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
27. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):2954-2965. doi:10.1111/jan.13031
28. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8
29. Crowe M, Inder M, Porter R. Conducting qualitative research in mental health: thematic and content analyses. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(7):616-623. doi:10.1177/0004867415582053
30. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications; 1985.
31. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ*. 2020;84(1):7120. doi:10.5688/ajpe7120
32. Dempsey L, Dowling M, Larkin P, Murphy K. Sensitive interviewing in qualitative research. *Res Nurs Health*. 2016;39(6):480-490. doi:10.1002/nur.21743
33. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-395. doi:10.1037//0022-006x.51.3.390
34. Jacob S, Munro I, Taylor BJ, Griffiths D. Mental health recovery: a review of the peer-reviewed published literature. *Collegian*. 2017;24(1):53-61. doi:10.1016/j.collegn.2015.08.001
35. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS ONE*. 2012;7(5):e36517. doi:10.1371/journal.pone.0036517
36. Ellison ML, Belanger LK, Niles BL, Evans LC, Bauer MS. Explication and definition of mental health recovery: a systematic review. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45(1):91-102. doi:10.1007/s10488-016-0767-9
37. Corrigan PW, Larson JE, Smelson D, Andra M. Recovery, peer support and confrontation in services for people with mental illness and/or substance use disorder. *Br J Psychiatry*. 2019;214(3):130-132. doi:10.1192/bjp.2018.242
38. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231-243. doi:10.1037/a0025957
39. Felton A, Repper J, Avis M. Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1137-1148. doi:10.1111/inm.12430
40. Ibrahim N, Ghallab E, Ng F, Eweida R, Slade M. Perspectives on mental health recovery from Egyptian mental health professionals: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022;29(3):484-492. doi:10.1111/jpm.12754
41. Aznar-Huerta A, Cardó-Vila G, Vives-Abril T, Valera-Fernández MR, Leyva-Moral JM, Moreno-Poyato AR. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. 2021 (pp. 22-29).
42. Sanchez-Moscona C, Eiroa-Orosa FJ. Training mental health peer support training facilitators: a qualitative, participatory evaluation. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(1):261-273. doi:10.1111/inm.12781
43. Avdibegović E, Hasanović M. The stigma of mental illness and recovery. *Psychiatr Danubina*. 2017;29(suppl 5):900-905. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29283987>
44. Lawrence V, McCombie C, Nikolakopoulos G, Morgan C. Navigating the mental health system: narratives of identity and recovery among people with psychosis across ethnic groups. *Soc Sci Med*. 2021;279:113981. doi:10.1016/j.socscimed.2021.113981
45. Jun WH, Yun SH. Mental health recovery among hospitalized patients with mental disorder: associations with anger expression mode and meaning in life. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(3):134-140. doi:10.1016/j.apnu.2020.03.001
46. Cullen BA, Mojtabai R, Bordbar E, Everett A, Nugent KL, Eaton WW. Social network, recovery attitudes and internal stigma among those with serious mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(5):448-458. doi:10.1177/0020764017712302
47. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, de Micheli A, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;31:33-46. doi:10.1016/j.euroneuro.2019.12.105
48. Mak WWS, Chan RCH, Yau SSW. Brief psychoeducation program to enhance recovery knowledge and attitudes of mental health service providers and users: randomized controlled trials. *Adm Policy Ment Health*. 2019;46(2):200-208. doi:10.1007/s10488-018-0905-7

How to cite this article: Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut T, Fera-Raposo I, Puig-Llobet M. The meaning of the recovery process and its stages for people attending a mental health day hospital: a qualitative study. *Health Expect*. 2024;27:e13965. doi:10.1111/hex.13965

Artículo 3

Este artículo corresponde a los resultados de los objetivos específicos 1.3, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4. En estos momentos el artículo se encuentra aceptado, pendiente de fecha de publicación (Anexo 9). Los datos bibliométricos se recogen en la tabla 3.

Tabla 3. Datos bibliométricos del artículo 3

Autores: Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato AR, Cañete Massé C, Rolduà Ros J, Feria-Raposo I, Campoverde Espinosa K, Puig-Llobet M.				
Título Impact of collaborative nursing care on health outcomes of mental health day hospital users: A mixed methods study.				
Fecha:				
Tipo de publicación: Paper Revista: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing				
ISSN:		DOI:		
Volumen:	Número:	Página:		
Citas: 0 (según CrossRef)				
Indicadores de calidad				
Tipo	Área	Factor de impacto	Posición	Cuartil
Web of Science	Nursing	2.6	27/194	Q1

TITLE

Impact of collaborative nursing care on health outcomes of mental health day hospital users: A mixed methods study.

ABSTRACT

Introduction: Given that recovery-oriented care focuses on empowering individuals with mental health challenges, collaborative care can be an effective tool for nurses in mental health day hospitals.

Aim: To deepen knowledge about the impact of collaborative nursing care for improving health outcomes of mental health day hospital users.

Methods: In the first phase of this mixed methods study, quantitative data were collected from 144 users of mental health day hospitals. In phase two, a group of users underwent an intervention based on collaborative nursing care, through participatory action research, and qualitative data were collected. Finally, quantitative data were again collected from all users.

Results: The users who participated in the intervention group improved quantitatively in terms of the quality of the therapeutic relationship. They also improved at different stages of the recovery process, thus the qualitative results confirmed that collaborative nursing care was an essential component in their recovery process.

Discussion: The findings highlight the critical role of collaborative nursing care in health outcomes. The therapeutic relationship was identified as a key factor in facilitating patient empowerment.

Implications: The study supports implementing collaborative nursing care models in mental health settings to enhance patient outcomes.

KEYWORDS: Collaborative nursing care, mental health recovery, therapeutic relationship, positive mental health, participatory action research, mixed methods.

ACCESSIBLE SUMMARY:

What is known on the subject:

- Recovery-oriented care focuses on empowering individuals with mental health challenges, emphasizing their strengths, autonomy, and personal goals.
- Positive Mental Health is linked to a person's ability to manage stress, maintain meaningful relationships, and contribute to their community.
- Collaborative healthcare involves active collaboration between mental health nurses and patients, with the aim of improving health outcomes by involving patients in decision-making.

Originality:

- The study explores how collaborative nursing care within mental health day hospitals can enhance the therapeutic relationship and support the recovery process.
- It demonstrates that collaborative nursing care improves not only the practical aspects of recovery, but also has a positive impact on positive mental health, offering a holistic approach to mental health nursing care.
- The research provides evidence on how collaborative nursing care practices can lead to better engagement, increased feelings of belonging, and more supportive networks for patients.

Significance:

- The findings suggest that implementing collaborative nursing care models in mental health settings can significantly improve patient outcomes, particularly in recovery and positive mental health.
- Mental health services could benefit from adopting collaborative nursing care approaches to foster stronger therapeutic relationships and enhance overall well-being for service users.
- These insights can guide policy changes and the development of more person-centered care practices in mental health services.

DESCRIPTION:

This study presents a rigorous original research project using a mixed-methods approach to evaluate the impact of collaborative nursing care strategies on mental health recovery. The research is methodologically robust, adhering to ethical standards and providing a theoretical framework that connects collaborative nursing care with improved therapeutic relationships and patient outcomes. By integrating both quantitative and qualitative data, the study advances the field of psychiatric and mental health nursing by offering new insights into the effectiveness of nurse-led interventions in mental health settings. This work aims to inform policy and practice, encouraging the adoption of collaborative nursing care models to enhance patient recovery and overall mental health.

RELEVANCE STATEMENT

This study is highly relevant to mental health nursing practice, providing evidence-based insights into the effectiveness of collaborative nursing care in improving patient outcomes in mental health day hospitals. By focusing on the nurse-patient relationship and the role of nurses in facilitating mental health recovery, the research highlights the critical contribution of nursing practices to holistic patient care. The findings have the potential to influence clinical practice, making collaborative nursing care an essential tool in enhancing the recovery process, positive mental health and the therapeutic relationship.

REPORTING CHECKLIST: the study adhered to CONSORT and COREQ guidelines

INTRODUCTION

In recent decades, the paradigm of mental health care has evolved significantly from an approach focused exclusively on symptom control and disorder management to a perspective that values and promotes the recovery of the whole person. The concept of "recovery process" in mental health has gained recognition worldwide as a philosophy of care that emphasises hope, autonomy and the ability of individuals to overcome the challenges associated with mental disorders (Davidson et al., 2021; Deegan, 1988; Ellison et al., 2018).

The recovery process is based on the belief that, regardless of diagnosis, each individual has the potential to move toward a meaningful and purposeful life. It involves a holistic understanding of the person and their context, considering not only clinical aspects, but also the social, cultural and personal factors that influence the individual's well-being. This approach, supported by empirical evidence, recognises that recovery is not a final destination, but rather a unique and continuous journey for each individual (Dell et al., 2021; Leamy et al., 2011; Whitley et al., 2015).

Health policies have also evolved to align with this person-centred approach (World Health Organization, 2022). Increasingly, mental health systems worldwide are adopting strategies and programs that seek to empower individuals in their own recovery process and encourage active participation in decisions about their care (Corrigan et al., 2019). Collaborative care, based on shared decision making, can be framed within these strategies (Metz et al., 2019; Verwijmeren & Grootens, 2024), advocating the promotion of self-determination, respect for cultural diversity and collaboration between health professionals and service users. This way of delivering care through empowerment has

increasingly demonstrated its effectiveness (Castro et al., 2016).

The relationship between the concept of recovery and positive mental health (PMH) is close and significant. PMH is defined as a state of well-being in which the individual is aware of their own capabilities, can cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to their community. This concept is not limited to the absence of mental disorders. It includes a number of factors that contribute to the optimal development of the individual and their positive adaptation to life circumstances. Both concepts, recovery and PMH, complement and reinforce each other, and together, play a crucial role in the well-being and improved quality of life of people facing mental health challenges. Both focus on well-being and improving people's quality of life, as well as seeking to improve people's overall experience and help them thrive in their daily lives, by emphasizing the active role of the individual in their own well-being (Iasiello et al., 2019). This model was developed in 1958 by Jahoda under the title "Current concepts of positive mental health" (Jahoda, 1959), where the concept is articulated in six interrelated general criteria: Attitudes toward the self, Growth, development and self-actualization, Integration, Autonomy, Perception of reality and Environmental mastery. Later, Lluch, based on the results of different analyses of Jahoda's original model, proposed a new model of PMH, based on six explanatory factors of PMH: personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem solving and self-actualization, and interpersonal relationship skills. To evaluate this model, the author created the Positive Mental Health Questionnaire (PMHQ) (Lluch Canut, 1999).

In parallel, the relationship between mental health recovery and the therapeutic relationship (TR) is fundamental and reciprocal in the process of care and treatment for

people facing mental health challenges. The TR promotes person-centred care and shared decision making, which are essential elements of the mental health recovery process (Davidson et al., 2021). By actively involving the patient in their own care, autonomy and empowerment are fostered, which are fundamental to recovery and PMH (Corrigan et al., 2019). The nurse not only acts as a care provider, but also as a facilitator of the patient's holistic well-being, helping them to develop coping strategies and skills that enable them to better manage their condition and lead a meaningful and productive life. The TR provides a safe and trusting environment where people can express their thoughts and emotions without fear of judgment (Felton et al., 2018). A strong TR promotes collaboration and active participation of the patient in their own recovery process (Hamovitch et al., 2018), which is essential to empower the individual and promote a sense of control over their own life. An empathetic, understanding and supportive TR can make a significant difference on the road to recovery and the achievement of an emotionally satisfying and meaningful life.

This study is justified by the need to deepen the understanding of how collaborative nursing care can significantly improve the recovery process in mental health, the TR, and PMH. As health policies and models of care evolve toward more person-centred approaches, it is crucial to have empirical evidence to support these practices (World Health Organization, 2022; Corrigan et al., 2019). Collaborative care, founded on shared decision making and patient empowerment, not only has the potential to improve clinical outcomes, but also to enrich the overall experience of individuals on their road to recovery (Metz et al., 2019; Verwijmeren & Grootens, 2024). In addition, the integration of this care with the PMH factors proposed by Lluch can offer a more complete and holistic view of well-being, facilitating more effective and sustainable interventions (Lluch Canut, 1999). Therefore, this study not only seeks to provide valuable data for clinical practice

and health policies, but also to promote a cultural change in mental health care that emphasises collaboration, autonomy and personal growth.

Consequently, the objectives of this study were to explore the process of change taking place in the recovery process of mental health day hospital users who received the collaborative nursing care intervention and to evaluate the impact of the collaborative care intervention in terms of the changes produced in the stage of the recovery process, the level of PMH and the quality of the TR with the nurse.

METHODS

Design

To meet the main objectives, a sequential and transformative mixed methods study was designed (Teddlie & Tashakkori, 2012) involving three phases. In phases one and three, quantitative data were collected through a non-randomised, two-arm, parallel design. In phase two, the intervention was carried out, providing collaborative nursing care through the co-design and implementation of group activities using qualitative methodology based on Participatory Action Research (PAR). The COREQ-32 and CONSORT guidelines were followed to conduct this study.

Study setting and participants

The study setting was three adult mental health day hospitals in the metropolitan area of Barcelona (Spain). The three centers belong to the same institution and are part of the public mental health network of Catalonia. These centers have the same management, and therefore the same care program is in place. The study population consisted of the

users requiring treatment in the mental health day hospitals included in the study. The day hospital attends people over 18 years of age, with no maximum age limit, who are in a situation of decompensation of their basic pathology, who do not require admission to an acute unit. They receive care five days a week, where they are attended by a multidisciplinary team.

Participant selection and recruitment criteria:

- The study inclusion criteria for participating users were as follows:

A) Users of the selected day hospitals over the age of 18 years old.

B) Acceptance of the terms of the study and informed consent.

- The exclusion criteria for participating users were:

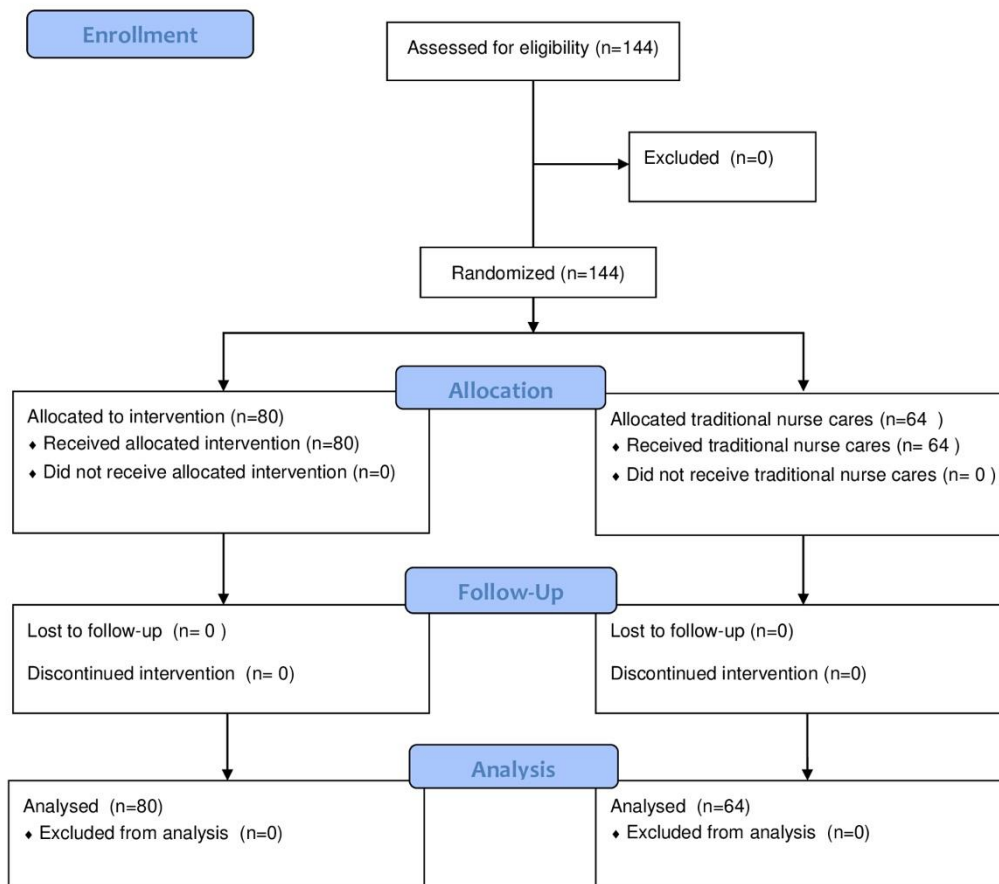
A) Hospital admission for a period of less than one week.

B) Physical or psychological conditions that hinder the application of collaborative nursing care through the co-design of group activities.

All persons who met the inclusion and exclusion criteria and who agreed to participate in the study were invited. No user refused to participate in the study. Participants were incorporated consecutively as they were admitted to the three units that were involved in the study.

Users admitted to the units between January 2021 and December 2022 were invited to participate. Assignment to either the control or intervention group depended on the individual's place of admission (**Figure 1**).

CONSORT 2010 Flow Diagram



[Figure 1. CONSORT Flow diagram]

PHASES I AND III: QUANTITATIVE INQUIRY

Outcome measures

Primary result

Changes in the users' recovery process were evaluated with The Stages of Recovery Instrument (STORI) (Andresen et al., 2006). This is a self-report questionnaire of 50 items grouped into 5 dimensions of 10 items. Each dimension is related to one of the recovery processes (moratorium, sensitization, preparation, reconstruction and growth). The items are scored from 0 "not true at all at this time" to 5 "totally true at this time", resulting in a score for each stage, ranging from 0 to 50. The participant is assigned to the stage with the highest score. The questionnaire has been validated in the Spanish population, obtaining a Cronbach's alpha of 0.86 (Lemos-Giráldez et al., 2015) and therefore presents adequate psychometric properties.

Secondary results

The quality of the TR between nurses and users was assessed using the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S) scale. The short version of this scale contains 12 items, and each item is rated on a scale ranging from 1 (never) to 7 (always).

The overall WAI-S score range is 12 to 84 points. The higher the score, the higher the TR. This questionnaire has three dimensions: (i) bonds: the bond between the patient and the nurse; (ii) goals: the agreement between the patient and the nurse on the goals of therapy and (iii) tasks or activities: the agreement between patient and nurse on the tasks or activities to be performed. The Spanish version of the WAI-S has good reliability and

validity, with a Cronbach's alpha of 0.93 (Andrade-González & Fernández-Liria, 2016).

The level of PMH was assessed using the Positive Mental Health (PMH) scale, developed and validated by Lluch (Lluch Canut, 1999) which studies the level of PMH, a concept previously developed by Jahoda (Jahoda, 1959). The scale consists of 39 scorable items, for which the lowest value is "always or almost always", and the highest value is "never or almost never". The items belong to six dimensions (personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem solving and self-fulfilment, and interpersonal relationship skills). The questionnaire has shown adequate internal consistency values in different populations with Cronbach's alpha values of 0.89 (Roldán-Merino et al., 2017) and therefore adequate psychometric properties.

Quantitative data collection procedure

Users who agreed to participate in the study and signed the informed consent, both in the case of the intervention and control groups, were given a form containing a questionnaire with sociodemographic and clinical data and the three evaluation instruments by a member of the research team not directly involved in the care of the users. Participants did not receive any information about their inclusion in the intervention or control group. Each user was assigned a participant code to ensure the anonymity of the participating users. When the user was discharged, a person from the research team collected follow-up data in the same manner using a new form.

Quantitative data analysis

The quantitative analysis focused on the numerical differences obtained through the STORI, WAI-S and PMH questionnaires before and after the intervention, and their

comparison with the subjects in the control group. Descriptive statistics were used to describe the characteristics of the participants, and the scores obtained on the scales, using the arithmetic mean and standard deviation for quantitative variables, and the frequency and percentage for qualitative variables. The differences between the baseline scores obtained and the follow-up assessment were estimated by applying parametric tests (Student's t test for independent groups) in the case of quantitative variables, first the assumptions of normality and homogeneity of their variances were verified. When the opposite was true, nonparametric tests were used, using the Mann Whitney U test for quantitative variables. In the case of qualitative variables, the Chi-square test was used if the application conditions were met (expected frequencies greater than five) or Fisher's exact test if they were not. Finally, to analyse whether there were statistically significant differences before and after the intervention, taking into account the group (control or treatment), mixed ANOVA models were used. A significance level of $p < 0.05$ was considered and the effect size was estimated for each of the analyses.

PHASE II - QUALITATIVE INQUIRY

Collaborative nursing care intervention

Data collection procedure

The intervention was carried out using the Participatory Action Research methodology developed through a cycle of four well-defined steps (Susman & Evered, 1978), that were continuously repeated throughout the process. PAR is an appropriate methodology for the implementation and evaluation of changes, since it enables the generation of knowledge in a democratic, cooperative, transparent and effective manner, as well as intervening in the changes in people's daily lives (Moreno-Poyato et al., 2023).

For each user who joined the study, at least one complete cycle of PAR was performed before the user was discharged. The beginning of the cycle began with the diagnostic stage, which was performed at the time of admission to the day hospital. The nurse, through an individual semi-structured interview, explored the user's meaning of the concept of recovery along with the individual perception of the facilitating and limiting elements of this process. Subsequently, in the second or planning stage, through a focus group with other users, the meaning of recovery was collectively discussed, as well as its limitations and facilitators, where individual or collective action plans were shared among users to work and improve their level of recovery in stage three or the action stage. Once the action plan agreed upon by the users and the nurse had been carried out, the cycle concluded with the fourth stage or evaluation, where an individual action was again carried out in the form of a semi-structured interview to evaluate the recovery process.

Qualitative data collection techniques

Semi-structured interview

The conversations were recorded with the prior consent of the participant and subsequently a written transcript was produced, which required validation by the user to avoid possible biases. The interviews were conducted in a room, without interruptions and lasted an average duration of 40 minutes (min. 20 max 57). The user was given the possibility of ending the interview at any time they wished without explanation. A script was used to conduct the interview.

Focus groups

Focus groups were also recorded, thanks to the prior consent given by the users. A weekly

group was held at the day hospital facilities, during the operating hours of the day hospital, with an average duration of 45 minutes (Min 38 Max 48). The user was given the possibility of leaving the group if desired. A support script was followed during the focus groups.

Researcher's diary

As a tool for reflection and in order to follow up the research process, a field diary prepared by the principal investigator was kept. This diary was kept by the unit's referring nurse, who was the principal investigator of the present study.

Qualitative data analysis

The qualitative content analysis method was used (Crowe et al., 2015). The data obtained from both the focus groups and the interviews were transcribed verbatim. Then, once the authenticity of the transcripts had been verified by the participants, the text was broken down into descriptive codes assigned according to their purely semantic content. In a second stage, these codes were grouped into more analytical subcategories, so that the initial codes were grouped according to the meaning of the linguistic units and their combinations. This resulted in a third hierarchical stage, where, considering the semantic analysis of the previous subcategories, they were categorised according to the objectives of the study. It should be noted that the data analysis was carried out by two researchers, jointly in the first stage of data coding, and independently during the subsequent analytical process and again together in the comparison of their results. The analysis of these data was performed using the QRS Nvivo v12 program.

Ethical Considerations

Authorization was obtained from the centre's management and project approval was granted by the Ethics Committee of the institution where the study was conducted. All participants were able to voluntarily withdraw from the study at any time. For this reason, users were given a sheet with all the precise information about the study to be carried out and their written consent was requested.

RESULTS

A total of 144 users from three adult mental health day hospitals participated in the study; none withdrew during the data collection process. The distribution was 64 users in the control group and 80 in the intervention group. **Table 1** shows the sociodemographic characteristics of both groups with their corresponding statistical tests. There were no statistically significant differences between the control group and the intervention group in age or sex. The results show some initial differences between the intervention group and the control group, basically at the level of the scores in the Rebuilding and Growth recovery stages, as well as the perception of the TR with the reference nurse, with better scores in the control group than in the intervention group. Therefore, initially the users who were included in the control group scored higher on the quality of their relationship with the nurse and the Rebuilding and Growth stages of the recovery process.

Table 1. Differences in socio demographic characteristics and outcomes of participants in the beginning

Variable	Control n=64	Intervention n=80	T student
Age	42,05 (13,60)	44,71 (15,19)	T=1,095; P=0,25 df=142
Gender (women)	51,56%	53,76%	Chi2=0,068; P=0,794 df=1
Moratorium	26.453 (12.036)	26.725 (12.211)	T=0.134 P=0.894 Df=142
Awareness	26.725 (12.211)	25.863 (10.366)	T=1.660 P=0.099 Df=142
Preparation	28.750 (10.374)	23.175 (11.500)	T=1.964 P=0.051 Df=142
Rebuilding	26.813 (10.441)	22.250 (12.075)	T=2.389 P=0.018 Df=142
Growth	22.172 (11.020)	18.250 (11.491)	T=2.072 P=0.040 Df=142
PMH 1 Personal satisfaction	18.875 (6.477)	17.575 (7.277)	T=1.118 P=0.370 Df=142
PMH 2 Prosocial attitude	15.969 (2.624)	14.488 (3.673)	T=3158.500 P=0.007*
PMH 3 Self-control	11.531 (3.563)	10.387 (3.733)	T=1.864 P=0.881 Df=142
PMH 4 Autonomy	13.391 (3.407)	12.963 (3.644)	T=0.721 P=0.925 Df=142
PMH 5 Problem solving and self-actualization	23.813 (5.603)	21.863 (4.414)	T=2.336 P=0.056 Df=142
PMH 6 Interpersonal relationship skills	17.906 (4.569)	18.038 (4.465)	T=-0.173 P=0.659 Df=142

PMH	101.484 (17.064)	95.313 (20.155)	1.953 P=0.055 Df=142
Therapeutic relationship	67.016 (10.293)	57.112 (13.260)	T=4.907 P=< .001** Df=142
Goals	21.406 (3.923)	19.175 (4.269)	T=3.230 P=0.002 Df=142
Bonds	23.328 (4.543)	18.700 (5.408)	T=5.473 P=< .001** Df=142
Tasks	22.281 (4.177)	19.238 (5.077)	T=3.862 P=< .001** Df=142

* Does not meet homocedasticity, therefore we interpret mann whitney

** Brown-Forsythe test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the equal variance assumption

Stage 1-Diagnosis

In this first stage, a semi-structured individual interview was conducted with the patients who took part in the intervention to explore the meaning that the person interviewed gave to the recovery process. The data revealed that participants experienced a profound perspective on the recovery process. Users highlighted the challenging nature of this journey, characterised by its complexity and demands. They felt that the attitude with which they approached this process was fundamental, and a deep inner desire to overcome and improve was key. Beyond simply facing the challenges, participants emphasised the importance of adopting a resilient and proactive mindset. Emphasis was placed on the fact that the road to recovery involved not only facing adversity, but also actively

embracing the drive to change and move toward personal improvement.

People's willingness to face obstacles, combined with a genuine yearning to make progress, emerged as a crucial factor in the recovery process. Participants emphasised the need for a positive approach and inner commitment as a fundamental foundation for moving toward recovery (Figure 2)

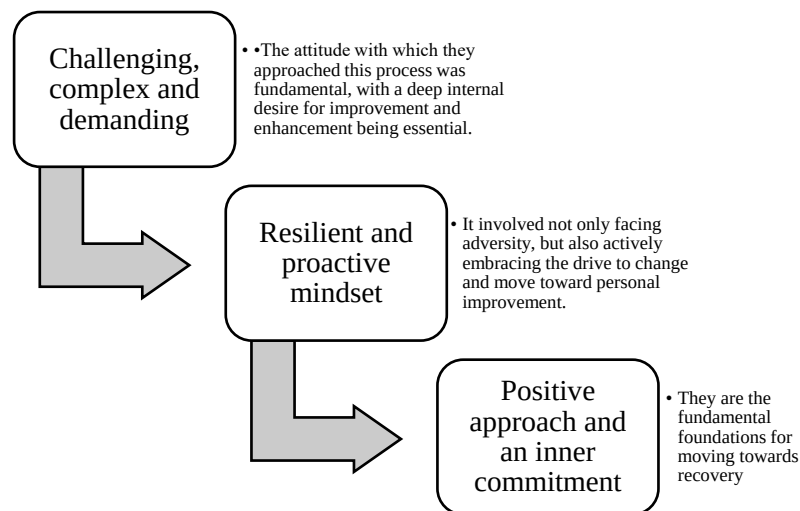


Figure 2. Meaning of the recovery process for participants

“if you don’t have the will to improve, you won’t be able to get out of the ditch you are in.” (p.11)

Different approaches to recovery emerged in the interviews. While some users stated that recovery involved accepting and learning to live with their mental health conditions without hiding them, others expressed the hope of overcoming their problems altogether. These diverse perspectives underscored the complexity and uniqueness of the pathways to mental recovery, highlighting the importance of understanding and respecting different individual visions and goals in this process. *“Look, I hide from my friends when I see them because I have never explained it to them in all the years that I’ve been like this, I’ve never talked about it with them, with any of them, and I hide from my family so as*

not to make them suffer.” P2. Furthermore, the idea that each individual must lead their own path to recovery was emphasised because of the deeply personal nature of this process. One of the participants reflected on this: *“I believe that everyone has in their mind, their objectives, their wellbeing or where the person feels most comfortable and feels good about oneself, it can be mentally or physically or both together.”* P4. This vision emphasised the importance of autonomy and self-reflection in the search for individual well-being, recognizing that this process can manifest itself in diverse and highly personal ways in each individual.

Stage 2-Planning

Focus groups were held periodically on a weekly basis. These meetings provided a space for collective discussion in which participants reflected again on the meaning they attributed to the recovery process, as well as elements that hinder or drive the process (Figure 3)

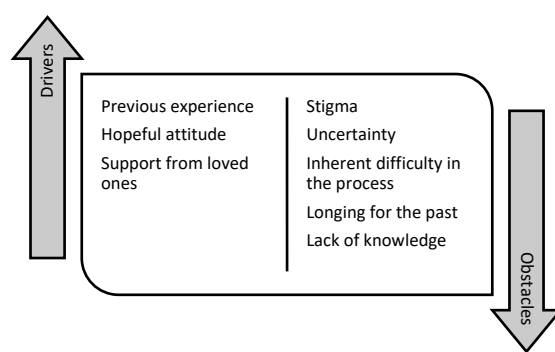


Figure 3. Elements hindering or driving the recovery process from the participants' perspective

Certain obstacles that hinder the approach to mental disorders were revealed. One of the participants eloquently expressed his vision in this regard: *"There are factors that aren't*

helpful. For example, there is a lot of stigma in society about us and our problems." (P6-GF3). This statement strongly underscores the urgency of tackling the stigmas and prejudices associated with mental illness in order to pave the way for the recovery and well-being of those who suffer from mental illness. The affected person's own lack of knowledge about the nature and evolution of the disorder took center stage in the groups conducted, as it was related to uncertainty and distressing feelings of not knowing the future... *"Sometimes I can't put words to what happens to me because I lack knowledge, we need everyone else to be educated from an early age, and ourselves and our families need to be supported."* (P2 – GF1).

Another element that emerged as a significant challenge was identified: the uncertainty inherent to the process. Those users who were facing this journey for the first time were immersed in a completely unfamiliar world, full of disconcerting experiences and challenges. This novelty of the process contrasted markedly with the experience of those participants who had already experienced mental health disorders first hand. Uncertainty manifested itself as a kind of haze, pervading in every step towards recovery. Newcomers faced a series of dilemmas and new situations that generated doubts and anxieties. Conversely, those with previous experience with mental disorders had a more nuanced perception and deeper understanding of what the process entailed, which gave them a perceptible advantage in coping with it. The gap between novelty and previous experience was revealed as a differentiating factor in the perceived difficulty during the recovery process.

"It's not the same when it happens to you the first time, and you don't know what's happening to you, compared to when it happens to you and you know that what's happening to you is normal, that it's happening to other people." (P 2-GF5).

The immense difficulty of the process itself loomed as a major obstacle. Participants recognised that the starkness of confronting their own pre-mental disorder trajectory, and the intense longing for those aspects of their lives prior to its onset, added an additional layer of complexity to the recovery process. Reliving the memories associated with a stage of life marked by the absence of the disorder, and the feeling of longing for that past reality, acted as stones on the path. The contrast between life prior to the disorder and the current reality was presented as a constant challenge, generating intense emotions and a significant emotional burden that interfere with their process of recovery. *“Because you have to do your part, it’s very hard, very hard, but you have to try and you have to fight, because it’s the only way to do it.”* (P9-GF2).

Regarding the factors that help this process, previous experience became relevant in the context of the group discussion, since having been able to experience the partial or absolute recovery from a mental health problem in oneself, means that, in the case of a relapse, the person knows what will come next, the location of the mental health services, the role of each professional... *“The first time I fell into depression everything was new, everything was uncertainty. However, when it happens more times, you know that at some point in the future you will be your old self again.”* (P5, GF4).

During this stage, a fundamental factor was identified, that acted as a facilitator in the process: the attitude with which the participants approached their recovery. The importance of facing this path with a hopeful attitude was emphasised, as it was crucial to promote and favour the recovery process. Beyond the mere individual attitude, the relevance of the backing and support from their close circle was emphasised. The personal and emotional support network was identified as a key element facilitating coping with the recovery process, although a lack of such support was recognised as a possible

shortcoming for some participants. This emotional and practical support from those closest to them was identified as an essential component in facing the challenges inherent in recovery with greater strength and confidence.

“Family and professionals push you to do it, and when you say, ‘I can’t do it anymore’, they say ‘no, come on, you can do it.’” (P8, GF2). “If all this had happened to me when I was far away from my parents and friends, I don’t know what would have become of me.” (P15, GF 6).

As a result of these group dynamics, proposals emerged for specific activities that would be implemented in the subsequent phase of the intervention, thus contributing to the development of collaborative nursing care.

Stage 3-Action

In the third phase of the participatory process, collaboratively created group activities were implemented (**Table 2**). These activities, designed and planned in the previous phase, were carried out with the participation of users and mental health professionals in a community setting and were implemented following a weekly schedule. Among the most outstanding achievements was the creation of a safe and supportive space that facilitated the expression and management of difficult emotions. Most expressed that the sessions allowed them to feel understood and supported by their peers, which was crucial to their recovery process. The participants highlighted that the safe and collaborative environment allowed them to share personal experiences and receive useful advice. Some mentioned that the group activities helped them develop new strategies for managing stress and negative emotions. Group activities promoted greater group cohesion and fostered the development of support networks among participants.

Table 2. Activities co-designed collaboratively with participants

ACTIVITY		SHORT DESCRIPTION
SOCIAL SKILLS WORKSHOPS		Practical sessions to improve communication and interpersonal skills.
CINEFORUM		Screening of a film with a discussion afterwards, where viewers analyse and discuss the themes, messages or highlights of the film.
SEXUALITY EDUCATION		Workshops on sex education and its particularities for people with mental health problems.
MINDFULNESS AND MEDITATION PROGRAMMES		Exercises to improve mindfulness and reduce stress
PHYSICAL ACTIVITY		Group or individual exercises adapted to patients' abilities to improve physical and mental well-being.
HEALTHY COOKING WORKSHOP		Learning culinary techniques that promote a balanced and mentally healthy diet
READING CIRCLE		Discussion of books related to self-improvement, mental health and well-being.
PROBLEM-SOLVING WORKSHOP		Environments where challenges can be discussed and solutions found together.
STRESS MANAGEMENT WORKSHOPS		Techniques and tools for managing stress and anxiety in everyday life.

Stage 4- Evaluation

At the time of discharge of the users of the mental health day hospital who participated in the intervention, a semi-structured interview was carried out, which covered the same

topics as in Stage 1. This time, we inquired about the perception of collaborative nursing care through the joint creation of group activities and its assessment in the recovery process. Also, during discharge, the quantitative follow-up assessment was administered to all users in both the intervention and control groups. The quantitative results are shown in **Table 3**.

Table 3. Changes in participants' health outcomes after the intervention

	Control		Intervention			
	Basal	Follow up	Bbasal	Follow up	Time	Time x
						intervention
Recovery stage 1 Moratorium	26.453 (12.036)	24.188 10.006	26.725 (12.211)	26.400 8.945	$F=2,459$ $DF=1$ $P=0,119$ $\eta=0.004$	$F=1,38$ $DF=1$ $P=0,242$ $\eta=0.002$
Stage 2 Awareness	28.750 10.374	29.406 10.063	25.863 10.366	29.288 9.621	$F=4.436$ $DF=1$ $P=0,037$ $\eta=0.010$	$F=2.042$ $DF=1$ $P=0.155$ $\eta=0.005$
Stage 3 Preparation	26.813 10.441	27.250 9.879	23.175 11.500	29.512 9.590	$F=11.947$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.025$	$F=9.060$ $DF=1$ $P=0.003$ $\eta=0.019$
Stage 4 Rebuilding	26.984 11.480	27.844 10.095	22.250 12.075	29.337 9.519	$F=17.170$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.032$	$F=10.546$ $DF=1$ $P=0.001$ $\eta=0.019$
Stage 5 Growth	22.172 11.020	23.938 10.715	18.250 11.491	27.875 10.966	$F=41.044$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.060$	$F=19.540$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.029$
Therapeutic relationship	67.016 (10.293)	68.578 (12.056)	57.112 (13.260)	67.563 (12.043)	$F=32.332$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.054$	$F=17.698$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.030$
Bonds	23.328 (4.543)	23.609 (4.693)	18.700 (5.408)	22.837 (5.117)	$F=24.484$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.042$	$F=18.647$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.032$
Tasks	22.281 (4.177)	22.828 (4.813)	19.238 (5.077)	22.913 (4.866)	$F=22.821$ $DF=1$	$F=12.528$ $DF=1$

					$P=<0.001$ $\eta=0.045$	$P=<0.001$ $\eta=0.024$
Goals	21.406 (3.923)	22.141 (4.276)	19.175 (4.269)	21.813 (4.003)	$F=27.065$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.039$	$F=8.622$ $DF=1$ $P=0.004$ $\eta=0.012$
F1- Personal Satisfaction	18.875 (6.477)	19.266 (6.373)	17.575 (7.277)	22.650 (6.467)	$F=31.456$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.039$	$F=23.106$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.029$
F2- Prosocial attitude	15.969 (2.624)	15.844 (3.148)	14.488 (3.673)	17.313 (2.504)	$F=24.594$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.045$	$F=29.359$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.053$
F3- Self-control	11.531 (3.563)	12.000 (4.276)	10.387 (3.733)	13.100 (3.699)	$F=31.574$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.041$	$F=15.706$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.020$
F4- Autonomy	13.391 (3.407)	13.625 (3.675)	12.963 (3.644)	14.000 (3.372)	$F=4.249$ $DF=1$ $P=0.041$ $\eta=0.008$	$F=1.694$ $DF=1$ $P=0.195$ $\eta=0.003$
F5- Problem solving and self-actualization	23.813 (5.603)	23.781 (6.497)	21.863 (4.414)	26.188 (5.410)	$F=23.871$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.036$	$F=24.570$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.037$
F6- Interpersonal relationship skills	17.906 (4.569)	18.344 (4.782)	18.038 (4.465)	22.300 (4.591)	$F=48.805$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.057$	$F=32.324$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.037$
TOTAL PMH	101.484 (17.064)	102.859 (21.378)	95.313 (20.155)	115.550 (19.201)	$F=50.853$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.067$	$F=38.735$ $DF=1$ $P=<0.001$ $\eta=0.051$

Regarding the STORI, in the "Moratorium" phase of recovery, there were no significant differences before and after the intervention. However, in the "Awareness" phase, differences are observed before and after the intervention, however, there are no differences by group (intervention/control). In the "Preparation", "Rebuilding" and "Growth" phases, however, statistically significant differences can be observed between before and after and in the intervention groups with a small and medium effect size in some cases. Thus, we can observe that the scores of the intervention group improve more

than those of the control group.

Regarding the total TR, statistically significant differences are observed before and after the intervention with a medium effect size and also by group, with a small effect size. Thus, the scores of the intervention group improve more than those of the control group.

Concerning the factors of the TR, there were statistically significant differences before and after the intervention and also by group in bonding, tasks and objectives, in all cases with a small effect size. Therefore, the intervention group scores improved more than those of the control group.

In the case of PMH, there were statistically significant differences before and after the intervention and also by group in the six phases, in all cases with a small effect size, with the exception of "Autonomy", where there were no differences by group. Thus, the intervention group scores improved more than those of the control group. Finally, regarding the total PMH, statistically significant differences were found before and after the intervention and also between the two groups, with a mean effect size. The scores improved in both cases, with a greater improvement in the intervention group.

Integrating the qualitative and quantitative results in this assessment phase, in terms of the changes produced in the recovery process, the participants highlighted that the co-creation of group activities allowed them to feel more involved. Most felt that the collaborative group activities were an essential component in their recovery process. Many expressed that this active participation helped them develop a sense of belonging and purpose, which was crucial to their emotional well-being. In fact, the quantitative results indicate that the intervention had a significant impact for those users who scored higher in the later stages of the recovery process. In contrast, the intervention did not

show significant changes for those who were in the early stages.

Regarding the level of PMH, users who received the intervention particularly valued the opportunity to share their experiences and learn from others, which strengthened support networks and fostered an atmosphere of empathy and mutual understanding. Participants mentioned that the group activities not only improved their emotional well-being, but also provided them with practical tools to manage stress and daily difficulties. These findings are confirmed from the quantitative perspective, as the intervention showed a significant impact on improving the overall PMH levels of the users who received the collaborative nursing care, increasing personal satisfaction, prosocial attitude, self-control and problem solving. In this regard, participants noted that, thanks to the group activities, they felt more prepared to face life outside the day hospital. The collaboration and mutual support experienced during the sessions were identified as key factors contributing to their progress. These findings also coincide with the increase in the levels of interpersonal skills related to the PMH of the users in the intervention group. Indeed, the quantitative results also indicate that in the intervention group, the TR was significantly improved compared to the control group. Specifically, positive changes were observed in several stages of the recovery process and in PMH factors.

DISCUSSION

The aim of this study was twofold: to explore the process of change produced in the recovery process in mental health day hospital users who received the nursing collaborative care intervention and, secondly, to evaluate the impact of the collaborative care intervention. The results obtained show that the collaborative nursing care intervention in mental health day hospitals had a positive quantitative impact on various

areas of the recovery process and patients' PMH. Likewise, the intervention improved the quality of the TR with the nurse. Also, our qualitative findings showed that users perceived that collaborative group activities were an essential component in their recovery process since they helped them develop a sense of belonging and purpose, strengthening support networks and fostering an environment of empathy and mutual understanding, crucial aspects also for a better PMH.

Regarding the results obtained concerning the stage of the recovery process, the significant improvements observed in the preparation, reconstruction and growth stages of the recovery process suggest that collaborative nursing care facilitates a more effective and sustained recovery. However, the lack of significant change at the moratorium stage indicates that the intervention may not have an immediate impact in the early stages of recovery, possibly due to the severity of the patients' initial condition. However, the progress observed in later stages highlights the importance of an ongoing, collaborative approach to mental health treatment. These results are consistent with the literature which emphasises the need for sustained and personalised interventions to achieve meaningful recovery in patients with severe mental disorders (Hornik-Lurie et al., 2018; Tamayo & Lane, 2022; Winsper et al., 2020).

Relevant findings are significant increases in PMH factors such as personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, and interpersonal relationship skills. These results indicate that collaborative care interventions not only address symptoms of mental disorders, but also promote patients' general well-being and social functioning. The limited improvement in autonomy suggests that, although collaborative care is effective in many ways, additional interventions or different approaches may be needed to strengthen patient autonomy.

An important aspect to highlight from the results for nursing practice is the improvement in the TR, as measured through the components of bonds, tasks, and goals, suggesting that collaborative care strengthens the connection between patients and nurses. This strengthening is crucial, as a strong TR is associated with better outcomes in the recovery of people with mental health problems. The intervention appears to have improved the patients' ability to engage with the therapeutic process and work toward their goals, which is consistent with the literature that stresses the importance of a positive TR for treatment success (Coelho et al., 2024; Marchi et al., 2024).

The results of this study are in line with previous research that has highlighted the benefits of collaborative approaches to mental health care (Boerkoel & Brommels, 2022; Sowers, 2012). Previous studies have shown that active involvement of patients in their own care and collaboration between healthcare professionals lead to better clinical outcomes and increased patient satisfaction. This study contributes to the growing evidence that collaborative care can be an effective strategy for improving both clinical outcomes and the overall well-being of patients with mental health problems.

Strengths and limitations

The sample used in the study was relatively small and limited to the mental health day hospital setting, which may affect the generalisation of the results to other populations and settings. A greater diversity in the sample might have provided a more complete picture of the effects of collaborative nursing care in different settings. Study participants presented with a variety of mental health diagnoses. Although this reflects the diversity of a real clinical population, it also introduces variability that may complicate interpretation of the results. Non-probability sampling was used, meaning that

participants were not randomly selected. Random probability sampling would have increased the representativeness of the sample and improved the generalizability of the findings to the general population of people with mental health problems.

Concerning strengths, the study was designed with a longitudinal analysis that enabled the assessment of the effects of collaborative nursing care at multiple points over time. This provided a dynamic perspective of how patients perceive and benefit from these interventions at different stages of their recovery process.

CONCLUSIONS

This study provides evidence that collaborative nursing care in mental health day hospitals significantly improves the recovery process, TR, and various aspects of users' PMH. Patients reported greater personal satisfaction, a more positive prosocial attitude, improved self-control, greater autonomy, and improved problem solving and interpersonal relationship skills. These findings suggest that collaborative nursing care not only improves clinical outcomes, but also contributes to greater patient well-being and quality of life. Qualitative interviews corroborated these quantitative findings, highlighting the patients' positive perception of collaboration in their recovery process and the importance of feeling empowered and listened to. The therapeutic relationship emerged as a central factor in recovery, facilitating an environment of trust and support that is essential for patients' emotional and psychological well-being.

IMPLICATIONS TO CLINICAL PRACTICE

The results of this study have important implications for both nursing practice and mental health research. The evidence obtained underscores the effectiveness of collaborative and

participatory approaches in patient recovery, suggesting that the active involvement of clients in the creation of group activities is beneficial. Day hospitals and other treatment settings should consider implementing collaborative nursing care programs to improve patient outcomes.

Future research should further explore the specific mechanisms through which collaborative nursing care impacts mental health and evaluate the long-term effectiveness of these approaches. Also, studies could investigate ways to optimise group activities for different populations and contexts, as well as to determine differences by gender.

REFERENCES

- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology*, 35(1), 169–177. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9365-3>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11–12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Boerkoel, A., & Brommels, M. (2022). The processes involved in the establishment of user-provider partnerships in severe psychiatric illnesses: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 22(1), 660. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04303-5>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Coelho, J., Moreno Poyato, A., Roldán Merino, J., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2024). Perspectives of adult patients with mental health disorders on the relationship with nurses: a focus group study. *BMC Nursing*, 23(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01663-5>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Smelson, D., & Andra, M. (2019). Recovery, peer support and confrontation in services for people with mental illness and/or substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 214(3), 130–132. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.242>
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>

- Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. In *Alcohol research: current reviews* (Vol. 41, Issue 1, p. 09). NLM (Medline). <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.09>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.
- Dell, N. A., Long, C., & Mancini, M. A. (2021). Models of mental health recovery: An overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 238–253. <https://doi.org/10.1037/prj0000444>
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Felton, A., Repper, J., & Avis, M. (2018). Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1137–1148. <https://doi.org/10.1111/inm.12430>
- Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., & Stanhope, V. (2018). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 951–958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Garber Epstein, P., Ziedenberg-Rehav, L., & Moran, G. S. (2018). Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(9–10), 569–581. <https://doi.org/10.1111/jpm.12502>
- Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. L. M., & Cochrane, E. M. (2019). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 251, 227–230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.065>
- Jahoda, M. (1959). Current Concepts of Positive Mental Health. *The American Journal of*

Nursing, 59(2), 263. <https://doi.org/10.2307/3417722>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 199, Issue 6, pp. 445–452). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., Fernández-Iglesias, P., Ordóñez-Cambor, N., Solares-Vázquez, J., Mas-Expósito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.021>

Lluch Canut, M. T. (1999). Construcció De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva. In *Construcció De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva*. Universitat de Barcelona.

Marchi, M., Venturi, G., Visentini, C., Pinelli, M., Priebe, S., & Galeazzi, G. M. (2024). The therapeutic relationship in community mental health services: a systematic review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(5), 731–743. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02581-2>

Metz, M. J., Veerbeek, M. A., Elfeddali, I., de Beurs, E., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Beekman, A. T. F. (2019). [Shared decision making in mental health care; evaluation of the added value for patients and clinicians]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 61(7), 487–497.

Moreno-Poyato, A. R., Subias-Miquel, M., Tolosa-Merlos, D., Ventosa-Ruiz, A., Pérez-Toribio, A., El Abidi, K., Navarro-Maldonado, R., Suárez-Pérez, R., Valera-Fernández, R., Romeu-Labayen, M., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J., & Puig-Llobet, M. (2023). A systematic review on the use of action research methods in mental health nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 372–384. <https://doi.org/10.1111/jan.15463>

Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, M. T., Casas, I., Sanromà-Ortíz, M., Ferré-Grau, C., Sequeira, C., Falcó-Peguerols, A., Soares, D., & Puig-Llobet, M. (2017). Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university

- students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2–3), 123–133. <https://doi.org/10.1111/jpm.12358>
- Sowers, W. E. (2012). Recovery and Person-Centered Care: Empowerment, Collaboration, and Integration. In *Handbook of Community Psychiatry* (pp. 79–89). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3149-7_7
- Susman, G. I., & Evered, R. D. (1978). An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*, 23(4), 582. <https://doi.org/10.2307/2392581>
- Tamayo, N., & Lane, A. (2022). Effective Nursing Recovery-Oriented Interventions for Individuals With Substance Use Disorder: A Literature Review. *Journal of Addictions Nursing*, 33(4), 233–246. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000489>
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2012). Common “Core” Characteristics of Mixed Methods Research: A Review of Critical Issues and Call for Greater Convergence. *American Behavioral Scientist*, 56(6), 774–788. <https://doi.org/10.1177/0002764211433795>
- Verwijmeren, D., & Grootens, K. P. (2024). Shifting Perspectives on the Challenges of Shared Decision Making in Mental Health Care. *Community Mental Health Journal*, 60(2), 292–307. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01170-6>
- Whitley, R., Palmer, V., & Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness. *Canadian Medical Association Journal*, 187(13), 951–952. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141558>
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, 76, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.

6. Discusión

Este estudio tenía un doble objetivo, por una parte, explorar el proceso de cambio producido en el proceso de recuperación en usuarios de hospitales de día de salud mental que recibieron la intervención de cuidados colaborativos enfermeros y, por otro lado, evaluar el impacto de la intervención de cuidados colaborativos. Los resultados obtenidos demuestran que la intervención de cuidados colaborativos en hospitales de día de salud mental tiene un impacto cuantitativo positivo en diversas áreas del proceso de recuperación y de la SMP de los pacientes. Así mismo, la intervención mejora la calidad de la RT con la enfermera. Además de forma cualitativa, los usuarios percibieron que las actividades grupales colaborativas fueron un componente esencial en su proceso de recuperación puesto que les ayudaron a desarrollar un sentido de pertenencia y propósito, fortaleciendo las redes de apoyo y fomentando un ambiente de empatía y comprensión mutua, aspectos cruciales también para una mejor SMP.

6.1 Recuperación

Respecto a los resultados obtenidos en el estado del proceso de recuperación, las mejoras significativas observadas en las etapas de preparación, reconstrucción y crecimiento del proceso de recuperación sugieren que los cuidados colaborativos facilitan una recuperación más efectiva para los pacientes en hospitales de día de salud mental. Estas etapas se caracterizan por una mayor conciencia de los pacientes sobre su condición, la capacidad para planificar y tomar medidas concretas hacia la mejora personal, y la consolidación de cambios positivos en la vida diaria, respectivamente. El hecho de que se observen mejoras en estas etapas implica que la intervención colaborativa, que fomenta la participación activa de los pacientes en su propio cuidado y la co-creación de actividades grupales, es particularmente efectiva en promover la autoeficacia, el

empoderamiento y el desarrollo de habilidades prácticas para la vida diaria. Esto subraya el valor de la atención colaborativa como un enfoque terapéutico que va más allá del manejo de síntomas para abordar aspectos más profundos del bienestar emocional y psicológico, como la autopercepción, el sentido de propósito y la integración social.

Sin embargo, la falta de cambios significativos en la etapa de moratoria, que se caracteriza por sentimientos de desesperanza y una baja motivación para el cambio, indica que la intervención puede no tener un impacto inmediato en las fases iniciales de la recuperación. Esta etapa refleja un estado de estancamiento donde los pacientes aún no han aceptado su realidad o no están preparados para avanzar en su proceso de recuperación, lo que puede estar relacionado con la gravedad del estado inicial de los pacientes y la complejidad de los desafíos que enfrentan al comienzo del tratamiento. Es posible que los pacientes en esta etapa requieran un mayor tiempo de adaptación, intervenciones más intensivas, o enfoques personalizados que se centren primero en su estabilización antes de que puedan beneficiarse plenamente de un modelo de cuidado colaborativo. La falta de respuesta en la etapa de moratoria sugiere la necesidad de combinar los cuidados colaborativos con intervenciones terapéuticas que proporcionen un soporte más directo y dirigido en las fases iniciales del proceso de recuperación.

No obstante, el progreso observado en las etapas posteriores de preparación, reconstrucción y crecimiento resalta la importancia de un enfoque continuo y colaborativo en el tratamiento de la salud mental. Esto indica que a medida que los pacientes avanzan en su proceso de recuperación, son más receptivos a las intervenciones que fomentan la autonomía, el empoderamiento y la participación activa en su tratamiento. Este hallazgo destaca la necesidad de una continuidad en el cuidado que permita a los pacientes evolucionar de un estado de vulnerabilidad a uno de autoeficacia y autogestión, apoyados por un entorno terapéutico que valora sus experiencias y

contribuciones. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud mental no solo se centren en la intervención inicial, sino que también mantengan un compromiso a largo plazo con el proceso de recuperación del paciente, proporcionando apoyo, recursos y oportunidades para el crecimiento personal continuo.

Estos resultados son consistentes con la literatura que subraya la necesidad de intervenciones sostenidas y personalizadas para lograr una recuperación significativa en pacientes con trastornos mentales graves (Hornik-Lurie et al., 2018; Tamayo & Lane, 2022; Winsper et al., 2020). Estudios previos han mostrado que los modelos de atención que combinan intervenciones personalizadas con enfoques colaborativos tienden a mejorar no solo los resultados clínicos, sino también los niveles de satisfacción del paciente y su compromiso con el tratamiento a largo plazo. La literatura también sugiere que el desarrollo de una relación terapéutica sólida y una comunicación abierta entre los pacientes y los profesionales de la salud son factores críticos que influyen en la efectividad de las intervenciones enfermeras (McGuire et al., 2022; Tolosa-Merlos et al., 2023). Por tanto, los hallazgos del presente estudio apoyan la creciente evidencia de que los cuidados colaborativos deben ser componentes clave de cualquier estrategia de intervención en salud mental, especialmente para aquellos en etapas avanzadas del proceso de recuperación.

Respecto a los hallazgos cualitativos, Los resultados muestran que, respecto al proceso de recuperación, los entrevistados estuvieron de acuerdo en que es un proceso basado en el deseo de mejorar, en el que su actitud es esencial. Los resultados obtenidos destacan que para los participantes la recuperación es un proceso duro y costoso pero que depende de uno mismo. En este sentido, los resultados coinciden con lo hallado por Kidd et al (2015) en una investigación-acción participativa llevada a cabo en un servicio de salud mental, donde incluyó a cuidadores, clínicos y personas con problemas de salud mental,

en el que ilustró el significado del proceso de recuperación con la metáfora “*la recuperación como una búsqueda permanente en la vida*”. En la misma línea, en el estudio de Leamy et al (2011) en el que desarrolla un marco teórico a cerca del proceso de recuperación, encuentra que es un proceso personal, activo y dificultoso. Son llamativas las similitudes del significado de este proceso y el ciclo de Prochaska y DiClemente (1983) ya que ambos procesos se basan en el deseo de mejorar y la motivación por el cambio, sin embargo, en el ciclo de Prochaska y DiClemente se persigue un cambio de conducta, y en el modelo de recuperación se abarcan objetivos más ambiciosos, que ponen en juego más aspectos y no solo una mejora comportamental.

Los resultados señalan que, en la primera etapa del proceso de recuperación, el aspecto más importante para los participantes era la búsqueda de esperanza. De la misma forma que en otros estudios, para las personas atendidas en hospitales de día, la vuelta a su estado previo a la aparición de un problema de salud mental era algo que les hacía estar esperanzados (Jacob et al., 2017; Katsakou et al., 2012; Kidd et al., 2015). No obstante, para las personas con problemas de salud mental, el apoyo recibido por parte de su entorno fue el elemento más importante en esta etapa del proceso (Corrigan et al., 2019; Ellison et al., 2018) . No solo por parte de la familia, sino también de los profesionales (Jacob et al., 2017). Otro hallazgo destacado en esta etapa del proceso de recuperación fue la experiencia negativa que suponía la incertidumbre sobre el problema y su futuro. Hecho que se ha encontrado relevante y esencial en otras investigaciones, que ponen el foco en la falta de conocimiento de la población en general de los problemas de salud mental (Ellison et al., 2018; Jacob et al., 2017) En esta etapa de proceso de recuperación, una mayor alfabetización en salud mental ayudaría a que las personas afectadas tuvieran más seguridad y pudieran adoptar un sentido de la vida más positivo con un mayor grado de empoderamiento (Jorm, 2012; Leamy et al., 2011). De hecho, para las personas con

problemas de salud mental recobrar aspectos tan básicos como la calidad del sueño eran especialmente importantes en esta etapa.

En la segunda etapa del proceso de recuperación que se caracteriza por la toma de consciencia (Andresen et al., 2006), para los participantes el componente fundamental fue el tratar de reestablecer su identidad (Andresen et al., 2006; Leamy et al., 2011). Para ello, los entrevistados le concedieron importancia a la aceptación de las consecuencias derivadas del trastorno mental, en contraste con la etapa anterior en el que la recuperación se percibía como una recuperación completa (Felton et al., 2018). La comprensión de las dificultades anteriormente mencionadas por parte de la familia y los profesionales como elemento facilitador del proceso de recuperación han sido ampliamente descritas en diversos estudios (Ibrahim et al., 2022; K. S. Jacob, 2017; Solomon et al., 2021). Esta aceptación por parte del personal sanitario tiene especial importancia en el caso de las enfermeras, ya que es un componente esencial de la relación terapéutica, herramienta de trabajo de este colectivo (Aznar-Huerta, 2021; Felton et al., 2018). En esta etapa del proceso de recuperación, al margen de la familia y los profesionales, destacó la relevancia del apoyo y comprensión por parte de sus iguales (Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021) . En diversos estudios se muestra este tipo de soporte como piedra angular del proceso de recuperación (Ellison et al., 2018; Kidd et al., 2015; Leamy et al., 2011). En este momento, destacan como elementos obstaculizadores del proceso de recuperación los efectos derivados de la medicación y el estigma. Respecto al estigma, se ha descrito ampliamente en la literatura científica su peso en el proceso de recuperación englobando tanto el estigma de terceros como el autoestigma (Avdibegović & Hasanović, 2017; Lawrence et al., 2021).

En la etapa de preparación, los participantes destacaron el hecho de buscar significado a

su vida. Para ello, resultó esencial la apertura de miras y el enfrentamiento a los miedos. Una vez asumida la presencia del trastorno, y habiéndose sentido comprendido por la familia, para ellos llegaba el momento de enfrentarse a nuevas realidades, por lo que era necesaria tener una visión más abierta que anteriormente (Dell et al., 2021; Ellison et al., 2018; Jacob et al., 2017). De hecho, existe evidencia que relaciona el sentido de la vida y la expresión del enfado por el cambio producido en la realidad de la persona como factor predictivo positivo de la evolución del proceso de recuperación (Jun & Yun, 2020). Para los participantes, además del apoyo como en etapas anteriores de la familia, los profesionales y los iguales, destacó la importancia del apoyo de su red social para mejorar en su proceso de recuperación. De hecho, es conocido que existe una relación positiva significativa entre el tamaño y la fuerza percibida de la red social de un individuo y algunas actitudes de recuperación (Cullen et al., 2017).

En las etapas finales, los participantes destacaron la importancia que tenía el propio individuo, tomando responsabilidades en su proceso de recuperación. Este principio ya fue enunciado por Anthony en uno de los primeros escritos a cerca del concepto de recuperación donde expresaba la importancia de depositar las responsabilidades en el individuo y no en los profesionales (Anthony, 1993). En estos momentos del proceso, el hecho de establecer rutinas ayudaba a la toma de responsabilidades (Fusar-Poli et al., 2020), para ello debían enfrentarse a la realidad con una actitud adecuada. De hecho, se ha encontrado relación entre actitudes más optimistas acerca del proceso con mejores niveles en el proceso de recuperación (Jacob et al., 2017). Además, en estas últimas etapas los participantes manifestaron la necesidad de aprender sobre ellos mismos y sobre su problema. Existe evidencia que confirma que cuando las personas con problemas de salud mental tienen un mayor nivel de conocimiento sobre su proceso de recuperación tienen actitudes más positivas hacia la recuperación (Mak et al., 2019).

6.2 Salud Mental Positiva

Los hallazgos más relevantes del estudio incluyen los incrementos significativos observados en varios factores de Salud Mental Positiva (SMP) tales como la satisfacción personal, la actitud prosocial, el autocontrol y las habilidades de relación interpersonal. La satisfacción personal, que se refiere al sentido de bienestar y realización que los pacientes experimentan en su vida cotidiana, mostró una mejora notable, lo cual sugiere que los cuidados colaborativos fomentan una percepción más positiva de uno mismo y de la vida en general. Este aspecto es crucial, ya que una mayor satisfacción personal está asociada con mejores resultados a largo plazo en la recuperación de la salud mental (Jaiswal et al., 2020).

Asimismo, la mejora en la actitud prosocial indica que los pacientes se vuelven más dispuestos y capaces de involucrarse en interacciones sociales positivas y de apoyo. Esto es importante en contextos de salud mental, ya que el aislamiento social y la desconfianza interpersonal son problemas comunes que pueden dificultar la recuperación (Brandt et al., 2022). Los cuidados colaborativos, al promover la participación en actividades grupales y el apoyo mutuo entre pares, parecen facilitar un entorno donde los pacientes pueden practicar y mejorar sus habilidades sociales, fortaleciendo así sus redes de apoyo y fomentando una comunidad de cuidado.

El incremento en el autocontrol sugiere que la intervención también ayuda a los pacientes a desarrollar mejores estrategias para manejar sus emociones, comportamientos y reacciones ante situaciones estresantes o desencadenantes. Esta habilidad es fundamental en la gestión de trastornos mentales, ya que el autocontrol efectivo puede reducir la recurrencia de episodios de crisis y mejorar la estabilidad emocional (He et al., 2023). Los cuidados colaborativos, al empoderar a los pacientes para que participen activamente

en su propio proceso de recuperación y tomen decisiones informadas sobre su cuidado, parecen ser efectivos en fortalecer esta capacidad crucial.

Por último, las mejoras en las habilidades de relación interpersonal reflejan un avance en la capacidad de los pacientes para establecer y mantener relaciones significativas. Estas habilidades son esenciales para la reintegración social y la mejora general del bienestar (Fusar-Poli et al., 2020). El cuidado colaborativo, que implica una comunicación abierta, el apoyo empático de los profesionales de salud y el trabajo conjunto en actividades co-creadas, crea un espacio seguro donde los pacientes pueden explorar y mejorar sus habilidades de comunicación y resolución de conflictos.

No obstante, la mejora limitada observada en la autonomía sugiere que, aunque los cuidados colaborativos son efectivos en varios aspectos, podrían ser necesarias intervenciones adicionales o diferentes enfoques para fortalecer este factor específico. La autonomía, entendida como la capacidad del paciente para tomar decisiones independientes y asumir un mayor control sobre su vida y tratamiento, es un componente clave de la recuperación en salud mental. La falta de cambios significativos en este aspecto podría deberse a varios factores, como la severidad de las condiciones de salud mental de los participantes o la estructura misma del entorno hospitalario de día, que puede limitar las oportunidades para tomar decisiones autónomas. Esto indica que para abordar de manera más integral la autonomía de los pacientes, los cuidados colaborativos podrían complementarse con estrategias más específicas, entrenamientos en habilidades de vida independiente, o intervenciones de apoyo en la toma de decisiones que puedan empoderar aún más a los pacientes para asumir un rol más activo en sus propios procesos de recuperación.

En conjunto, estos resultados sugieren que el modelo de cuidados colaborativos no solo es una herramienta eficaz para abordar a las personas con un trastorno mental, sino que

también desempeña un papel crucial en la promoción del bienestar general y la funcionalidad social de los pacientes. Al integrar intervenciones adicionales que aborden áreas específicas como la autonomía, este enfoque tiene el potencial de ofrecer un apoyo aún más robusto y holístico para la recuperación de la salud mental.

6.3 Relación terapéutica

Un aspecto importante que debe destacarse de los resultados para la práctica enfermera es la mejora observada en la RT, medida a través de los componentes de vínculo, tareas y objetivos. Estos resultados sugieren que los cuidados colaborativos fortalecen significativamente la conexión entre pacientes y enfermeras, creando un ambiente de confianza y colaboración mutua. Una RT sólida no solo facilita la comunicación abierta y sincera, sino que también aumenta el compromiso del paciente con su propio proceso de recuperación, lo cual es fundamental en el tratamiento de personas con problemas de salud mental (Marchi et al., 2024; Moreno-Poyato et al., 2016b).

El componente de vínculo se refiere a la conexión emocional y la confianza que se establece entre el paciente y la enfermera. Los resultados muestran que los cuidados colaborativos, al promover un enfoque más participativo y centrado en el paciente, ayudan a desarrollar un vínculo más profundo y significativo. Este vínculo es esencial para que los pacientes se sientan escuchados, comprendidos y apoyados, lo que les permite expresar sus preocupaciones y emociones con mayor libertad. Un vínculo sólido fomenta un entorno terapéutico donde los pacientes pueden sentirse seguros al explorar sus dificultades y desafíos, lo que facilita el progreso en su recuperación.

Por otro lado, el componente de tareas se centra en el acuerdo entre paciente y enfermera sobre las actividades terapéuticas que se deben llevar a cabo. La mejora en este

componente sugiere que la intervención de cuidados colaborativos, que incluye la co-creación de actividades y la toma de decisiones compartida, asegura que las tareas se perciban como relevantes y significativas para los pacientes. Esto no solo aumenta la adherencia a las intervenciones propuestas, sino que también potencia la motivación del paciente para participar activamente en su proceso de recuperación. Cuando los pacientes están involucrados en la planificación y ejecución de las tareas, es más probable que se comprometan y mantengan el esfuerzo necesario para alcanzar los objetivos terapéuticos (Aoki et al., 2022).

Finalmente, el componente de objetivos refleja el grado de acuerdo y alineación entre paciente y enfermera sobre las metas del tratamiento. Los cuidados colaborativos, al centrarse en una toma de decisiones conjunta y en la personalización de los planes de cuidado, parecen haber mejorado la claridad y la concreción de los objetivos terapéuticos. Esto es crucial, ya que cuando los pacientes participan en la planificación de los objetivos de su tratamiento, es más probable que se comprometan plenamente con el proceso terapéutico y perciban el tratamiento como un esfuerzo conjunto. Esta alineación en los objetivos también facilita la evaluación del progreso y la adaptación de los planes de tratamiento según sea necesario, lo cual es fundamental para mantener la motivación y el enfoque durante la recuperación (Huang et al., 2020).

Este fortalecimiento de los tres componentes de la RT es crucial, ya que una relación terapéutica sólida se asocia con mejores resultados en personas con problemas de salud mental (Coelho et al., 2024; Marchi et al., 2024). Una RT sólida permite que los pacientes se sientan valorados como participantes activos en su propio cuidado, lo cual puede reducir la resistencia al tratamiento, aumentar la adherencia a las intervenciones terapéuticas, y mejorar el bienestar general. Además, la intervención de cuidados colaborativos parece haber mejorado la capacidad de los pacientes para comprometerse

de manera más efectiva con el proceso terapéutico y trabajar hacia sus metas personales. Este hallazgo es consistente con la literatura que subraya la importancia de una RT positiva para el éxito del tratamiento en contextos de salud mental, donde el establecimiento de confianza, la empatía y el respeto son fundamentales para promover el cambio y la recuperación (Coelho et al., 2024; Marchi et al., 2024).

6.4 Cuidados Colaborativos

En conclusión, estos resultados sugieren que los modelos de cuidados colaborativos que se centran en la construcción y el mantenimiento de relaciones terapéuticas sólidas pueden ser particularmente efectivos en la atención de salud mental. Los profesionales de enfermería deberían considerar integrar prácticas que refuercen el vínculo, clarifiquen las tareas y alineen los objetivos con los pacientes para mejorar los resultados terapéuticos y fomentar un ambiente de colaboración que potencie la recuperación.

Los resultados de este estudio están en línea con investigaciones previas que han destacado los beneficios de los enfoques colaborativos en la atención de la salud mental (Boerkoel & Brommels, 2022; Sowers, 2012). Numerosos estudios han demostrado que la participación activa de los pacientes en su propio cuidado, junto con una colaboración estrecha entre los profesionales de la salud, no solo conduce a mejores resultados clínicos, sino que también aumenta la satisfacción del paciente y su adherencia a los tratamientos (Huang et al., 2020; Jørgensen et al., 2024). Estos enfoques colaborativos, que incluyen la toma de decisiones compartida, la co-creación de planes de cuidado, y la integración de los pacientes como miembros activos del equipo de atención, permiten que los pacientes se sientan empoderados y valorados, lo cual es esencial para su recuperación y bienestar.

En particular, los estudios han mostrado que cuando los pacientes están involucrados de manera activa en el proceso de toma de decisiones y en la planificación de su tratamiento, se sienten más comprometidos con el mismo y muestran una mayor motivación para seguir los planes de cuidado establecidos (Beyene et al., 2019; Vogel et al., 2023). Este tipo de participación activa fomenta un sentido de control y autonomía, aspectos fundamentales para mejorar la autoeficacia y la confianza del paciente en su capacidad para manejar su condición de salud mental.

Los resultados indican que los cuidados colaborativos no solo abordan los aspectos clínicos de los trastornos mentales, sino que también consideran los factores psicosociales y de calidad de vida que son críticos para una recuperación sostenible y holística.

Además, al incluir una intervención que combina la co-creación de actividades y el soporte mutuo en entornos grupales, este estudio demuestra cómo los enfoques colaborativos pueden fortalecer las redes de apoyo social, reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental y fomentar un sentido de pertenencia entre los pacientes. Estas mejoras en la cohesión social y el apoyo percibido no solo tienen un impacto positivo en la recuperación individual, sino que también pueden contribuir a crear comunidades más solidarias y resilientes.

Los hallazgos de este estudio refuerzan la idea de que la implementación de modelos de cuidados colaborativos debería ser una prioridad en las políticas de salud mental y en la práctica clínica. Al promover la participación activa de los pacientes, los sistemas de salud pueden ofrecer un cuidado más efectivo, empático y sostenible que responda a las necesidades diversas y cambiantes de los pacientes con problemas de salud mental. Esto es consistente con las directrices de los organismos reguladores, como la OMS (World Health Organization, 2022) que abogan por enfoques de atención más centrados en el paciente y menos paternalistas, donde el empoderamiento del paciente y el respeto por

sus decisiones y preferencias se consideran componentes clave del proceso de recuperación

Los resultados de este estudio aportan evidencia valiosa para respaldar la adopción de enfoques colaborativos en la atención de salud mental. Estos enfoques no solo mejoran los resultados clínicos, sino que también promueven una experiencia de atención más satisfactoria y un mayor bienestar general para los pacientes, lo que subraya la importancia de seguir avanzando hacia modelos de atención más participativos y centrados en la persona.

7.Fortalezas y Limitaciones

La muestra utilizada en el estudio fue relativamente pequeña y se limitó al ámbito del hospital de día de salud mental, lo que puede afectar a la generalización de los resultados a otras poblaciones y entornos. Una mayor diversidad en la muestra podría haber proporcionado una imagen más completa de los efectos de los cuidados de enfermería colaborativos en diferentes entornos. Además, incluir participantes de diferentes edades, identidades de género y antecedentes socioeconómicos habría enriquecido los hallazgos y permitido una mejor comprensión de cómo estos factores pueden influir en los resultados de salud.

Los participantes en el estudio presentaban una variedad de diagnósticos de salud mental. Aunque esto refleja la diversidad de una población clínica real, también introduce una variabilidad que puede complicar la interpretación de los resultados.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, lo que significa que los participantes no se seleccionaron al azar. El muestreo probabilístico aleatorio habría aumentado la representatividad de la muestra y mejorado la generalizabilidad de los resultados a la población general de personas con problemas de salud mental. Este tipo de muestreo también habría minimizado el sesgo de selección, asegurando que los resultados sean más aplicables a una población más amplia.

Existen diferencias significativas entre las medidas de referencia de los grupos de control y de intervención, con puntuaciones más bajas en el grupo en el que se llevó a cabo la intervención. No se encontraron razones que causaran esta diferencia en las puntuaciones, lo que sugiere que otros factores no controlados podrían haber influido en los resultados iniciales. Esta disparidad inicial podría haber afectado la interpretación de los efectos de la intervención, subrayando la importancia de equilibrar las características de los grupos

al inicio del estudio.

En cuanto a los puntos fuertes, el estudio se diseñó con un análisis longitudinal que permitió evaluar los efectos de los cuidados de enfermería colaborativos en múltiples momentos a lo largo del tiempo. Esto proporcionó una perspectiva dinámica de cómo los pacientes perciben y se benefician de estas intervenciones en diferentes etapas de su proceso de recuperación. Además, el enfoque longitudinal permite observar cambios y tendencias a lo largo del tiempo, ofreciendo una visión más completa y detallada de la evolución de los pacientes bajo este tipo de cuidado.

8.Implicaciones

8.1 Implicaciones para la práctica

Los resultados obtenidos muestran la importancia de otorgarle a las personas que realizan un ingreso en un hospital de día un papel activo. En este sentido se recomienda la puesta en marcha de programas de cuidados enfermeros colaborativos en hospitales de día, así como el estudio de esta modalidad de cuidados en otras unidades de salud mental.

El conocimiento del significado del proceso de recuperación para usuarios de hospitales de día hace más sencillo para las enfermeras comprender las vivencias de estas personas, y así enfocar mejor los cuidados que se prestan en estas unidades.

8.2 Implicaciones para la gestión

Conocer la repercusión que tienen los cuidados colaborativos debería hacer a las enfermeras gestoras promover una atención más horizontal, dando más protagonismo a los usuarios, y valorar estrategias que promuevan la participación de los usuarios en la creación de programas grupales llevados a cabo por las enfermeras.

8.3 Implicaciones para la docencia

Dadas las consecuencias de aplicar esta modalidad de cuidado enfermero, se debería incorporar en la formación de enfermeras durante su formación de grado y enfermeras especialistas para así asegurar que se da una continuidad en el tiempo de este tipo de intervenciones.

Respecto a los resultados cualitativos, es esencial para las enfermeras comprender de qué

manera viven las personas su proceso de recuperación, para así poder contribuir en él.

8.4 Implicaciones para la investigación

Es necesario dar continuidad a esta línea de investigación. Se ha de comprobar el impacto que tienen los cuidados colaborativos en diferentes momentos de la vida de las personas con problemas de salud mental, e incluso valorar aplicar este tipo de intervención en grupos terapéuticos en otros ámbitos que no sean de salud mental. Futuras investigaciones podrían explorar más a fondo los mecanismos específicos a través de los cuales los cuidados colaborativos impactan la salud mental y evaluar la efectividad de estos enfoques a largo plazo. También se podrían investigar las formas de optimizar las actividades grupales para diferentes poblaciones y contextos, así como determinar diferencias por género.

Sería necesario profundizar, paralelamente, en el conocimiento del proceso de recuperación en personas con problemas de salud mental, no solo en el ámbito comunitario, sino también en otros dispositivos hospitalarios o en familiares de personas con problemas de salud mental.

9. Conclusiones

-El proceso de recuperación en los usuarios de hospitales de día de salud mental experimenta cambios significativos cuando se implementan cuidados colaborativos enfermeros. Estos cuidados, basados en el codiseño y la participación activa de los pacientes, mejoran tanto la actitud hacia la recuperación como la autonomía y la resolución de problemas.

-El impacto de los cuidados colaborativos se evidencia en mejoras notables tanto en el proceso de recuperación como en SMP y la RT. Los usuarios reportaron un mejor autocontrol, una actitud más positiva, y una mayor conexión con los profesionales, destacando la importancia de sentirse empoderados y escuchados, lo que contribuyó al éxito del tratamiento.

-Para los participantes, la recuperación fue descrita como un proceso complejo, sustentado en tres pilares: la actitud con la que se enfrenta, la dureza del proceso y el esfuerzo necesario para afrontarlo. Los factores facilitadores incluyen la experiencia previa, una actitud esperanzadora y el apoyo de los seres queridos. Entre los limitadores, se destacaron el estigma, la incertidumbre, el desconocimiento, la dificultad inherente del proceso o la añoranza del pasado.

-Las actividades centradas en el codiseño de estrategias de autocuidado, el fomento de la autonomía y la promoción de habilidades interpersonales fueron identificadas como esenciales para mejorar el proceso de recuperación. La evaluación cualitativa reveló una percepción positiva por parte de los usuarios hacia las actividades implementadas, destacando la importancia de la colaboración en la creación de estas actividades y su efecto en la motivación y en el empoderamiento personal.

-Al finalizar el tratamiento, los usuarios mostraron una mejoría significativa en todas las

áreas: en el proceso de recuperación (particularmente en la etapa de Reconstrucción y Crecimiento), un mayor nivel de RT y una SMP más alta, reflejada en mayor autonomía, mejor autocontrol y resolución de problemas. Los cambios más relevantes incluyen un proceso de recuperación más autónomo y activo, una mejora en la RT, donde la colaboración y el empoderamiento fueron claves, y un aumento de la SMP, lo que se tradujo en una mayor calidad de vida y satisfacción con el tratamiento.

-Los usuarios que participaron en cuidados enfermeros colaborativos presentaron mejores resultados en todos los aspectos en comparación con aquellos que recibieron tratamiento estándar. Estos pacientes mostraron una mayor satisfacción personal, mejor autocontrol, y una relación terapéutica más fuerte, lo que sugiere que el enfoque colaborativo es más eficaz para fomentar la recuperación y mejorar la salud mental positiva.

10. Financiación y producción científica derivada de la Tesis

10.1 Financiación

Este estudio fue financiado con 5.500€ por el Col·legi Oficial d'Infermeres de Barcelona mediante la fundación Infermeria i Societat con el código PR-467/2020. (Anexo 2)

10.2 Artículos derivados de la Tesis

Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato A, Lluch-Canut T, Vaquerizo-Cubero A, Vidal-Pascual X, Gil-Guiñón F, Puig-Llobet M. Impact of collaborative nursing care on the recovery process of mental health day hospital users: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*. 2022 Mar 30;12(3):e057969. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057969. PMID: 35354640; PMCID: PMC8968539.

Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut T, Feria-Raposo I, Puig-Llobet M. The meaning of the recovery process and its stages for people attending a mental health day hospital: A qualitative study. *Health Expect*. 2024 Feb;27(1):e13965. doi: 10.1111/hex.13965. PMID: 39102677; PMCID: PMC10771802.

Ventosa-Ruiz A, Moreno-Poyato AR, Cañete Massé C, Rolduà Ros J, Feria-Raposo I, Campoverde Espinosa K, Puig-Llobet M. Impact of collaborative nursing care on health outcomes of mental health day hospital users: A mixed methods study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2024

10.3 Comunicaciones y Posters

Autores: Ana Ventosa Ruiz, Montserrat Puig Llobet, Ferrán Gil Guiñón ,Xavier Vidal Pascual, Antonio Rafael Moreno Poyato

Título: Codiseño e implementación de actividades a través del cuidado colaborativo de enfermería en hospitales de día de salud mental. Un estudio de métodos mixtos

Tipo de contribución: Autor Principal

Congreso: XXXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Lugar: Online

Año: 2021

Autores: Ventosa Ruiz A, Puig Llobet M, Lluch Canut T, Vidal Pascual X, Gil Guiñón F, Atienza Rodriguez E, Moreno Poyato A

Título: Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el proceso de recuperación en usuarios de hospitales de día.

Tipo de contribución: Comunicación oral (formato largo)

Congreso: XXV Encuentro Virtual Internacional de Investigación en Cuidados

Lugar: online

Año: 2021

Autores: Ventosa Ruiz A, Vidal Pascual X, Gil Guiñón F, Feria I, Moreno Poyato A

Título: Comprendiendo el significado del proceso de recuperación

Tipo de contribución: Póster

Congreso: IXXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Lugar: Pamplona

Año: 2022

Autores: Ana Ventosa Ruiz, Ferrán Gil Guiñón, Xavier Pascual Vidal, Isabel Feria Raposo,

Carolina Miguel García, Antonio R. Moreno Poyato.

Título: “Un camino duro y largo, al que enfrentarse con esperanza”. Explorando el significado de la recuperación.

Tipo de contribución: Comunicación

Congreso: VI Congrés Català d’Infermeria de Salut Mental

Lugar: Tortosa

Año:2023

Autores: Ana Ventosa Ruiz, Montserrat Puig Llobet, María Álvarez Cano, Isabel Fera Raposo, Antonio R. Moreno Poyato.

Título: " Relación entre el nivel de salud mental positiva y la etapa del proceso de recuperación en hospitales de día."

Tipo de contribución: Póster

Congreso: XL Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Lugar: Torremolinos (Málaga)

Año:2023

Autores: Ana Ventosa Ruiz, Cristina Cañete Massé, Montserrat Puig Llobet, Sara Sánchez Balcells, Antonio Moreno Poyato

Título: Cuidados Colaborativos, una Investigación Acción Participativa sobre el Proceso de Recuperación en Usuarios de Hospitales de Día de Adultos

Tipo de contribución: Comunicación Oral

Congreso: XLI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

Lugar: Mérida

Año: 2024

10.4 Conferencias

Título: Codiseño e implementación de actividades a través del cuidado colaborativo de enfermería en hospitales de día de salud mental

Jornada: Recerca infermera: Qualitativa o quantitativa

Lugar: Universitat de Barcelona

Año: 2023

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrest, M., Barruti, S., Gabriel, R., Zalazar, V., Wikinski, S., & Ardila-Gómez, S. (2018). Day hospital treatment for people with severe mental illness according to users' perspectives: what helps and what hinders recovery? *Journal of Mental Health, 27*(1), 52–58. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276526>
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology, 35*(1), 169–177. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9365-3>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(11–12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aoki, Y., Yaju, Y., Utsumi, T., Sanyaolu, L., Storm, M., Takaesu, Y., Watanabe, K., Watanabe, N., Duncan, E., & Edwards, A. G. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(11), CD007297.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub3>

Avdibegović, E., & Hasanović, M. (2017). The Stigma of Mental Illness and Recovery.

Psychiatria Danubina, 29(Suppl 5), 900–905.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29283987>

Aznar-Huerta, A. (2021). Unconditional acceptance in the nurse-patient therapeutic relationship as a whole: An exploratory qualitative study in the context of mental health services. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 22–29.

<https://doi.org/http://doi.org/1035761>

Beyene, L. S., Severinsson, E., Hansen, B. S., & Rørtveit, K. (2019). Being in a space of sharing decision-making for dignified mental care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(9–10), 368–376. <https://doi.org/10.1111/jpm.12548>

Brandt, L., Liu, S., Heim, C., & Heinz, A. (2022). The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Translational Psychiatry*, 12(1), 398.

<https://doi.org/10.1038/s41398-022-02178-4>

Byrne, A. L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS ONE*, 15(3), 1–21.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>

Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>

- Coelho, J., Moreno Poyato, A., Roldán Merino, J., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2024). Perspectives of adult patients with mental health disorders on the relationship with nurses: a focus group study. *BMC Nursing*, 23(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01663-5>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Smelson, D., & Andra, M. (2019). Recovery, peer support and confrontation in services for people with mental illness and/or substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 214(3), 130–132. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.242>
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>
- Cullen, B. A. M., Mojtabai, R., Bordbar, E., Everett, A., Nugent, K. L., & Eaton, W. W. (2017). Social network, recovery attitudes and internal stigma among those with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(5), 448–458. <https://doi.org/10.1177/0020764017712302>
- Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. In *Alcohol research : current reviews* (Vol. 41, Issue 1, p. 09). NLM (Medline). <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.09>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.

- Dell, N. A., Long, C., & Mancini, M. A. (2021). Models of mental health recovery: An overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(3), 238–253. <https://doi.org/10.1037/prj0000444>
- Durgu, N., & Dulgerler, S. (2021). The Meaning of Recovery: The Lived Experience of Patients with Bipolar Disorder in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 573–580. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1818015>
- Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>
- Felton, A., Repper, J., & Avis, M. (2018). Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1137–1148. <https://doi.org/10.1111/inm.12430>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gamieldeen, F., Galvaan, R., Myers, B., Syed, Z., & Sorsdahl, K. (2021). Exploration of recovery of people living with severe mental illness (SMI) in low/middle-income countries (LMICs): a scoping review. *BMJ Open*, 11(3), e045005.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045005>

- Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2021). A systematic review of measures assessing mental health professionals' perspectives of recovery. In *International Journal of Mental Health Nursing* (Vol. 30, Issue 4, pp. 847–874). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1111/inm.12895>
- Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., & Stanhope, V. (2018a). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 951–958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., & Stanhope, V. (2018b). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 951–958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- He, M., Zhan, X., Liu, C., Li, L., Zhao, X., Ren, L., Li, K., & Luo, X. (2023). The relationship between self-control and mental health problems among Chinese university students. *Frontiers in Public Health*, 11, 1224427. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1224427>
- Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 103–127. <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>
- Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. L. M., & Cochrane, E. M. (2019a). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 251(September 2018), 227–230.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.065>

Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. L. M., & Cochrane, E. M. (2019b). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 251, 227–230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.065>

Ishikawa, H., Son, D., Eto, M., Kitamura, K., & Kiuchi, T. (2018). Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: A longitudinal study of resident physicians. *BMC Medical Education*, 18(1), 20. <https://doi.org/10.1186>

Jacob, S., Munro, I., Taylor, B. J., & Griffiths, D. (2017). Mental health recovery: A review of the peer-reviewed published literature. *Collegian*, 24(1), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.001>

Jahoda, M. (1959). Current Concepts of Positive Mental Health. *The American Journal of Nursing*, 59(2), 263. <https://doi.org/10.2307/3417722>

Jain, S., Hauschildt, K., & Scheunemann, L. P. (2022). Social determinants of recovery. *Current Opinion in Critical Care*, 28(5), 557–565. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000982>

Jaiswal, A., Carmichael, K., Gupta, S., Siemens, T., Crowley, P., Carlsson, A., Unsworth, G., Landry, T., & Brown, N. (2020). Essential Elements That Contribute to the Recovery of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Scoping Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 586230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586230>

- Jay, E., Patterson, C., Fernandez, R., & Moxham, L. (2022). Experiences of recovery among adults with a mental illness using visual art methods: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12882>
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411–416.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Johansson, J. A., & Holmes, D. (2022). The use of recovery model in forensic psychiatric settings: A Foucauldian critique. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.13005>
- Jørgensen, K., Lerbæk, B., Frederiksen, J., Watson, E., & Karlsson, B. (2024). Patient Participation in Mental Health Care - Perspectives of Healthcare Professionals and Patients: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(8), 794–810.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2358931>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jun, W. H., & Yun, S. H. (2020). Mental health recovery among hospitalized patients with mental disorder: Associations with anger expression mode and meaning in life. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 134–140.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.001>

- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *PLoS ONE*, 7(5).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036517>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181–192. <https://doi.org/10.1111/jan.12472>
- Lawrence, V., McCombie, C., Nikolakopoulos, G., & Morgan, C. (2021). Navigating the mental health system: Narratives of identity and recovery among people with psychosis across ethnic groups. *Social Science and Medicine*, 279.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113981>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 199, Issue 6, pp. 445–452).
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., Fernández-Iglesias, P., Ordóñez-Cambor, N., Solares-Vázquez, J., Mas-Expósito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015a).

Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.021>

Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., Fernández-Iglesias, P., Ordóñez-Cambor, N., Solares-Vázquez, J., Mas-Expósito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015b). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.021>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.

Lluch Canut, M. T. (1999). Construcció De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva. In *Construcció De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva*. Universitat de Barcelona.

Lutz, M., Zani, D., Fritz, M., Dudeck, M., & Franke, I. (2022). A review and comparative analysis of the risk-needs-responsivity, good lives, and recovery models in forensic psychiatric treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 988905. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.988905>

Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., & Yau, S. S. W. (2019). Brief Psychoeducation Program to Enhance Recovery Knowledge and Attitudes of Mental Health Service Providers and Users: Randomized Controlled Trials. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(2), 200–208. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0905-7>

Marchi, M., Venturi, G., Visentini, C., Pinelli, M., Priebe, S., & Galeazzi, G. M. (2024).

The therapeutic relationship in community mental health services: a systematic review of the literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(5), 731–743. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02581-2>

Marynowski-Traczyk, D., Moxham, L., & Broadbent, M. (2017). Emergency Department Registered Nurses' conceptualisation of recovery for people experiencing mental illness. *Australasian Emergency Nursing Journal : AENJ*, 20(2), 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.04.002>

Mathew, S. T., Nirmala, B. P., & Kommu, J. V. S. (2021). Personal meaning of recovery among persons with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 002076402110683. <https://doi.org/10.1177/00207640211068370>

Mccauley, C. O., Mckenna, H. P., Keeney, S., & Mclaughlin, D. F. (2015). Concept analysis of recovery in mental illness in young adulthood. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 579–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12245>

McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 47–55. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00708.x>

McGuire, A. B., Flanagan, M. E., Myers, L. J., Kukla, M., Rollins, A. L., Garabrant, J., Henry, N., Eliacin, J., Hunt, M. G., Iwamasa, G. Y., Carter, J. L., & Salyers, M. P. (2022). Recovery-oriented inpatient mental health care and readmission. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/prj0000533>

Metz, M. J., Veerbeek, M. A., Elfeddali, I., de Beurs, E., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Beekman, A. T. F. (2019). [Shared decision making in mental health care; evaluation of the added value for patients and clinicians]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 61(7), 487–497.

Miguel Ruiz, Ma. D. (2014). Valoración de la salud mental positiva y de los requisitos de autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem. In *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. Universitat de Barcelona.

Ministerio de derechos sociales, consumo y A. 2030. (2020). *Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible*.

Molin, J., Lindgren, B.-M., Graneheim, U. H., & Ringnér, A. (2018). Time Together: A nursing intervention in psychiatric inpatient care: Feasibility and effects. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1698–1708.
<https://doi.org/10.1111/inm.12468>

Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (2016a). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>

Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., &

- Roldán-Merino, J. F. (2016b). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 171–182.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12202>
- Peplau, H. E. (1988a). *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Macmillan.
- Peplau, H. E. (1988b). *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Macmillan.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 57–69. <https://doi.org/10.1108/17465721111134556>
- Reid, R., Escott, P., & Isobel, S. (2018). Collaboration as a process and an outcome: Consumer experiences of collaborating with nurses in care planning in an acute inpatient mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*,

27(4), 1204–1211. <https://doi.org/10.1111/inm.12463>

- Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, M. T., Casas, I., Sanromà-Ortíz, M., Ferré-Grau, C., Sequeira, C., Falcó-Pegueroles, A., Soares, D., & Puig-Llobet, M. (2017). Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2–3), 123–133. <https://doi.org/10.1111/jpm.12358>
- Sanchez-Moscona, C., & Eiroa-Orosa, F. J. (2021). Training mental health peer support training facilitators: a qualitative, participatory evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 261–273. <https://doi.org/10.1111/inm.12781>
- Senneseth, M., Pollak, C., Urheim, R., Logan, C., & Palmstierna, T. (2021). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*, 8(1), e17. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1068>
- Smith, G. P., & Williams, T. M. (2016). From providing a service to being of service: Advances in person-centred care in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 292–297. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000264>
- Solomon, B., Sutton, D., & McKenna, B. (2021). The experience and meaning of recovery-oriented practice for nurses working in acute mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 963–974. <https://doi.org/10.1111/inm.12851>
- Sunderji, N., Kurdyak, P. A., Sockalingam, S., & Mulsant, B. H. (2018). Can

Collaborative Care Cure the Mediocrity of Usual Care for Common Mental Disorders? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(7), 427–431.
<https://doi.org/10.1177/0706743717748884>

Susman, G. I., & Evered, R. D. (1978). An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*, 23(4), 582.
<https://doi.org/10.2307/2392581>

Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2012). Common “Core” Characteristics of Mixed Methods Research: A Review of Critical Issues and Call for Greater Convergence. *American Behavioral Scientist*, 56(6), 774–788.
<https://doi.org/10.1177/0002764211433795>

Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME.CAT Working Group. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1–2), 253–263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>

Vahidi, M., Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., Lees, D., Foong, A., & Cleary, M. (2018). Therapeutic Relationships and Safety of Care in Iranian Psychiatric Inpatient Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(11), 967–976.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1485795>

Verwijmeren, D., & Grootens, K. P. (2024). Shifting Perspectives on the Challenges of Shared Decision Making in Mental Health Care. *Community Mental Health Journal*, 60(2), 292–307. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01170-6>

- Vogel, A., Guinemer, C., & Fürstenau, D. (2023). Patients' and healthcare professionals' perceived facilitators and barriers for shared decision-making for frail and elderly patients in perioperative care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09120-4>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.

ANEXOS

ANEXO 1



Referencia CEIC: PR-2020-10

CERTIFICADO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dr Salvador Sarró, como secretario del Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC-CEI) FIDMAG Hermanas Hospitalarias

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 16 de julio de 2020 el

Proyecto de investigación titulado:

Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el proceso de recuperación, relación terapéutica y de salud mental positiva de usuarios de hospitales de día; un estudio de métodos mixtos

IDPromotor: Fundació Infermeria i Societat

Referència: PR-2020-10

por el/la investigador/a **Ana Ventosa Ruiz**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen

para su realización en el/los centro/s:

Benito Menni CASM

Lo que firmo en Barcelona, el 16 de julio de 2020

Dr. Salvador Sarró Maluquer
Secretari
CEIC-CEI FIDMAG Germanes Hospitalàries

ANEXO 2



EVA GAUSACHS CUCALA, SECRETÀRIA DEL PATRONAT DE LA FUNDACIÓ
INFERMERIA I SOCIETAT

Certifica

Que la Fundació Infermeria i Societat, convoca les **Ajudes a projectes de Recerca Infermera** dins del marc Reconeixements i ajudes a la recerca.

Sra. **Ana Ventosa Ruiz**, amb núm. col·legiada **063198**, va presentar a la convocatòria de l'any 2020 el projecte sota el títol *"Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el proceso de recuperación, relación terapéutica y de salud mental positiva de usuarios de hospitales de día; un estudio de métodos mixtos"* com a investigadora principal conjuntament amb el seu equip investigador format per:

Antonio Rafael Moreno Poyato
Montserrat Puig Llobet
Maria Teresa Lluch Canut
Antonio Vaquerizo Cubero
Ferrán Gil Guiñón
Xavier Vidal Pascual

Que l'esmentat projecte va ser enregistrat amb el número: **PR-467/2020**, obtenint l'ajuda de **5.500€** quantia designada pels avaluadors de la Convocatòria d'Ajudes a Projectes de recerca 2020.

I perquè en pregueu coneixement i tingui els efectes que corresponguin, signem el present certificat.

Eva Gausachs Cucala
Secretària

Vistiplau

Montserrat Teixidor i Freixa
Presidenta

Barcelona, 11 de novembre de 2020

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el proceso de recuperación, de relación terapéutica y de salud mental positiva de usuarios de hospitales de día de salud mental: un estudio de métodos mixtos

Código de protocolo: Pendiente

Yo.....

(nombre y apellidos del participante)

☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.

☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.

☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.

☐ He hablado con.....

(nombre y apellidos del investigador)

☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.

☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera.

2º Sin dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mi atención.

Doy libremente mi conformidad para participar en este estudio y mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado. Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre y apellidos del **participante**:

Fecha: __/__/____

Firma

Nombre y apellidos del **investigador**:

Fecha: __/__/____

Firma

Firma del **representante legal, familiar o persona vinculada de hecho** (cuando se obtenga el CI en personas con capacidad modificada para dar su CI):

Fecha: __/__/____ Firma

ANEXO 4

HOJA INFORMATIVA

Título del estudio:

Impacto de los cuidados enfermeros colaborativos en el proceso de recuperación, de relación terapéutica y de salud mental positiva de usuarios de hospitales de día de salud mental: un estudio de métodos mixtos

Investigadores principales: Ana Ventosa Ruiz

Centro: Benito Menni CASM

Versión y fecha: V1, 20/06/2020

Introducción: Se le invita a participar en un estudio aprobado por el Comité de Ética de Hermanas Hospitalarias. Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Previamente a iniciar el estudio, se reunirá con algún miembro del equipo investigador para resolver cualquier duda que tenga, tener un primer contacto y firmar el consentimiento informado. Debido al carácter voluntario de su participación en el presente estudio usted es libre de abandonar la investigación en cualquier momento sin la necesidad de proporcionar ningún tipo de explicación.

Objetivo del estudio: Explorar los cambios producidos en el proceso de recuperación de usuarios de hospitales de día de salud mental que reciben cuidados enfermeros participativos a través del codiseño e implementación de actividades grupales.

Actividades del estudio: Su participación consistirá en realizar una entrevista que se prevé que tenga una duración no inferior a treinta minutos y no superior a una hora. La realizará un miembro del equipo investigador y se le preguntará acerca del objetivo del estudio. La entrevista será grabada en formato audio y posteriormente se le facilitará la transcripción para que de esta manera pueda confirmar que aquello que expresó durante

la entrevista era lo que realmente quería decir o por el contrario decidir si prefiere repetirla o modificar o eliminar los datos registrados. Así mismo, se cumplimentarán tres escalas junto a usted, que no ofrecerán información sobre su proceso de recuperación, relación terapéutica y salud mental positiva. El estudio también incluye la participación en grupos discusión que se llevarán a cabo una vez a la semana en el horario asistencial de la unidad.

Protección de datos personales: Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo que figura en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, i el Reglamento (UE) nº2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Las únicas personas con acceso a sus datos serán los investigadores de este trabajo. En caso de que esta investigación sea publicada, sus datos no se incluirán el documento.

Contacto en caso de dudas: Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con:

Ana Ventosa Ruiz

Benito Menni CASM

C/Dr Pujades s/n

Un cordial saludo de parte del equipo de investigación

ANEXO 5

Cuestionario STORI

STORI

El siguiente cuestionario te hace una serie de preguntas acerca de cómo te sientes sobre tu vida y sobre ti mismo desde que tienes la enfermedad. Algunas de las preguntas son sobre momentos en los que tú no te sientes bien. Otras están referidas a aquellos momentos en los que tú te sientes bien en la vida. Si encuentras alguna de las cuestiones molestas y necesitas hablar con alguien, por favor, tómate un descanso y háblanos de ellas.

.....

Las preguntas están en grupos de 5.

Lee todas las 5 preguntas en conjunto, y luego responde a esas cinco cuestiones.

Marca un número de 0 a 5 indicando cuánto tiene de cierto cada frase para ti en estos momentos.

Luego pasa al siguiente grupo de 5 preguntas

Cuando eliges tu respuesta, piensa sobre **cómo te sientes ahora**, no en cómo te has sentido en algún momento del pasado. Por ejemplo:

El ítem 38 dice “Estoy empezando a aprender sobre la enfermedad mental y sobre cómo puedo ayudarme”

El ítem 39 dice: “Ahora me siento bastante confiado sobre cómo manejar mi enfermedad”

Si tu estas ahora bastante confiado sobre el manejo de la enfermedad, deberías dar una puntuación más alta al ítem 39 que al 38, que dice que estas empezando a aprender

.....

Las preguntas están referidas a cómo te sientes sobre tu vida *en general* en estos días.

STORI

Nombre..... **Fecha**.....

Lee todas las 5 cuestiones del grupo 1 y responde a continuación.
 Marca el número de 0 a 5 que mejor indique cuánto es de cierta cada afirmación para ti.
 A continuación pasa al grupo 2 y así sucesivamente.
 Cuando elijas tu respuesta, piensa en cómo te sientes ahora, no en cómo te sentías en el pasado.

	Grupo 1	Nada cierto		Completamente cierto			
1	No pienso que la gente con una enfermedad mental pueda sentirse bien	0	1	2	3	4	5
2	He descubierto <i>sólo recientemente</i> que la gente con una enfermedad mental puede sentirse bien	0	1	2	3	4	5
3	Estoy <i>empezando</i> a aprender cómo me puedo ayudar a sentirme bien	0	1	2	3	4	5
4	Estoy esforzándome mucho para estar bien, y a largo plazo valdrá la pena	0	1	2	3	4	5
5	Ahora tengo una sensación de “paz interior” sobre la vida con la enfermedad	0	1	2	3	4	5

	Grupo 2	Nada cierto		Completamente cierto			
6	Siento que mi vida ha sido arruinada por esta enfermedad	0	1	2	3	4	5
7	Estoy <i>justo empezando</i> a darme cuenta de que mi vida no tiene que ser siempre horrorosa	0	1	2	3	4	5
8	He empezado <i>recientemente</i> a aprender de personas que viven bien, a pesar de tener una grave enfermedad	0	1	2	3	4	5
9	Estoy empezando a sentir bastante confianza en volver a encarrilar mi vida	0	1	2	3	4	5
10	Mi vida es realmente buena ahora, y el futuro parece brillante	0	1	2	3	4	5

	Grupo 3	Nada cierto		Completamente cierto			
11	Ahora siento que no soy nada mas que una persona enferma	0	1	2	3	4	5
12	Como otros creen en mí, <i>he empezado</i> a pensar que es posible que pueda mejorar	0	1	2	3	4	5
13	Estoy <i>comenzando en estos momentos</i> a darme cuenta que la enfermedad no cambia quien soy como persona	0	1	2	3	4	5
14	Estoy <i>comenzando ahora</i> a aceptar la enfermedad como parte de la persona total que soy	0	1	2	3	4	5
15	Estoy feliz con quien soy como persona	0	1	2	3	4	5

	Grupo 4	Nada cierto		Completamente cierto			
16	Siento como si nunca más sabré quién soy	0	1	2	3	4	5
17	<i>Hace poco que he empezado</i> a reconocer una parte de mí que no está afectada por la enfermedad	0	1	2	3	4	5
18	Estoy <i>empezando a darme cuenta en estos momentos</i> que todavía puedo ser una persona valiosa	0	1	2	3	4	5
19	Estoy aprendiendo nuevas cosas sobre mí mismo a medida que trabajo hacia mi recuperación	0	1	2	3	4	5
20	Pienso que trabajar para superar la enfermedad me ha hecho mejor persona	0	1	2	3	4	5

	Grupo 5	Nada cierto		Completamente cierto			
21	Nunca seré la persona que pienso que podría ser	0	1	2	3	4	5
22	He <i>empezado a aceptar ahora</i> la enfermedad como una parte de mi vida con la que tendré que aprender a vivir	0	1	2	3	4	5
23	Estoy <i>empezando</i> a entender mis virtudes y mis puntos débiles	0	1	2	3	4	5
24	Estoy <i>empezando</i> a sentir que estoy haciendo una valiosa contribución a la vida	0	1	2	3	4	5
25	Estoy consiguiendo cosas satisfactorias y que valen la pena en mi vida	0	1	2	3	4	5

	Grupo 6	Nada cierto		Completamente cierto			
26	Estoy enfadado porque esto me haya ocurrido a mí	0	1	2	3	4	5
27	Estoy <i>empezando ahora</i> a preguntarme si podría salir algo bueno de esto	0	1	2	3	4	5
28	Estoy <i>empezando</i> a pensar sobre lo que son mis cualidades especiales	0	1	2	3	4	5
29	Al tener que tratar con la enfermedad, estoy aprendiendo mucho sobre la vida	0	1	2	3	4	5
30	Superando la enfermedad he ganado nuevos valores en la vida	0	1	2	3	4	5

	Grupo 7	Nada cierto		Completamente cierto			
31	Ahora mi vida parece completamente sin sentido	0	1	2	3	4	5
32	Estoy <i>empezando a pensar ahora</i> que quizás puedo hacer algo con mi vida	0	1	2	3	4	5
33	Estoy <i>intentando</i> pensar de qué maneras puedo ser capaz de aportar cosas a mi vida	0	1	2	3	4	5
34	Estos días estoy trabajando en algunas cosas de la vida que son personalmente importantes para mí	0	1	2	3	4	5
35	Estoy trabajando en importantes proyectos que dan sentido a mi vida	0	1	2	3	4	5

	Grupo 8	Nada cierto		Completamente cierto			
36	No puedo hacer nada con mi situación	0	1	2	3	4	5
37	Estoy <i>empezando</i> a pensar que podría hacer algo para ayudarme a mí mismo	0	1	2	3	4	5
38	Estoy <i>empezando</i> ahora a sentir más confianza sobre aprender a vivir con la enfermedad	0	1	2	3	4	5
39	A veces hay contratiempos, pero me recupero y continuo intentándolo	0	1	2	3	4	5
40	Estoy deseando enfrentarme con nuevos desafíos en mi vida	0	1	2	3	4	5

	Grupo 9	Nada cierto		Completamente cierto			
41	Otros saben mejor que yo lo que es bueno para mí	0	1	2	3	4	5
42	Quiero <i>empezar</i> a aprender cómo cuidar de mí mismo adecuadamente	0	1	2	3	4	5
43	Estoy <i>empezando</i> a aprender sobre la enfermedad mental y qué puedo hacer para ayudarme	0	1	2	3	4	5
44	Ahora me siento <i>razonablemente</i> confiado sobre cómo manejar mi enfermedad	0	1	2	3	4	5
45	Ahora puedo manejar bien la enfermedad	0	1	2	3	4	5

	Grupo 10	Nada cierto		Completamente cierto			
46	Ahora parece que no tengo ningún control sobre mi vida	0	1	2	3	4	5
47	Quiero <i>empezar</i> a aprender cómo enfrentarme con la enfermedad	0	1	2	3	4	5
48	Estoy <i>empezando ahora</i> a trabajar para reconducir mi vida	0	1	2	3	4	5
49	Estoy <i>comenzando</i> a sentirme responsable de mi propia vida	0	1	2	3	4	5
50	Tengo control sobre mi vida	0	1	2	3	4	5

Muchas gracias por completar el STORI

ANEXO 6.

Cuestionario WAI-S

CUESTIONARIO WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI SHORT) (WAI; Adam O. Horvath, 1981, 1984)

Los datos se utilizarán para su análisis y no se hará ningún intento de identificarle personalmente. En esta página hay frases que describen las distintas **opiniones o emociones** que un paciente puede tener **en relación con su enfermera referente**. Si la frase describe lo que usted opina o siente **siempre** acerca de su enfermera, rodee con un círculo el número 7; si por el contrario **nunca opina o siente así** acerca de ella, marque el número 1. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.

Conteste a las preguntas con la mayor sinceridad.

Gracias por su ayuda en completar este cuestionario.

1. Mi enfermera de referencia y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer para mejorar mi situación.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

2. Lo que estoy haciendo junto a mi enfermera de referencia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

3. Creo que a mi enfermera de referencia le caigo bien.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

4. Mi enfermera de referencia no entiende lo que estoy intentando conseguir en la relación con ella.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

5. Confío en la capacidad de mi enfermera de referencia para ayudarme.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

6. Mi enfermera de referencia y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

7. Creo que mi enfermera de referencia me aprecia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

8. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

9. Mi enfermera de referencia y yo confiamos el uno en el otro.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

10. Mi enfermera de referencia y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis verdaderos problemas.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

11. Mi enfermera de referencia y yo entendemos qué tipo de cambios me vendrían bien.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

12. Creo que junto a mi enfermera de referencia estamos trabajando en mi problema de forma adecuada.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

ANEXO 7

Cuestionario SMP

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTAN TE FRECUEN CIA	ALGU NAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
1 A mi, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2 Los problemas me bloquean fácilmente				
3 A mi, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4 ...me gusto como soy				
5 ...soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6 ...me siento a punto de explotar				
7 Para mi, la vida es aburrida y monótona				
8 A mi, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9 ...tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10 .. me preocupa mucho lo que los demás piensan de mi				
11 Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				
12 .. veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 .. me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 .. soy capaz de tomar decisiones por mi misma/o				
16 .. intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 .. intento mejorar como persona				
18 .. me considero "un/a buen/a psicólogo/a"				
19 .. me preocupa que la gente me critique				
20 .. creo que soy una persona sociable				

	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	CON BASTANTE FRECUENCIA	ALGUNAS VECES	NUNCA O CASI NUNCA
21 .. soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 .. soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23. .pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 .. pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables xx soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
28 Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
30 .. tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 .. creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 .. trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 .. me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantesme siento muy insegura/o				
35 .. soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones				
37 .. me gusta ayudar a los demás				
38 .. me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 .. me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

ANEXO 8

Guion entrevista

Fase 1: Introducción.

Presentación de enfermera investigadora: Nombre, apellidos, formación.

Explicación de objetivo del estudio e introducción de conceptos principales.

Remarcar confidencialidad de la información tratada y anonimato.

Aclaración de posibles dudas previas a la siguiente fase.

Fase 2: Preguntas abiertas.

¿Qué entiende usted por recuperación?

¿Qué importancia le otorga usted a este proceso?

¿Cómo describiría usted su proceso de recuperación?

¿Cuál es su meta a alcanzar para sentirse recuperado?

Fase 3: Devolución.

Fase 4: Agradecimiento y despedida.

ANEXO 9

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing - Decision on Manuscript ID JPM-24-0467.R1

MG

Malini Gopinath <onbehalf@manuscriptcentral.com>

viernes, 18 de octubre de 2024, 18:21

Para

Antonio R. Moreno Poyato;

CC:

Ana Ventosa Ruiz;

Antonio R. Moreno Poyato;

+ 5 más

18-Oct-2024

Dear Dr. Moreno-Poyato

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Impact of collaborative nursing care on health outcomes of mental health day hospital users: A mixed methods study" in its current form for publication in the Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

At this stage it is not possible to tell you which issue your paper will be appearing in, but we will contact you in due course.

As part of the Journal's continued commitment to its authors, the Editorial Office and Publisher wish to keep you informed about what will happen next and, as the attached paper/footer contains important information regarding journal publication and services for authors, you may wish to save it for future reference.

First Look NEW: Please note although the manuscript is accepted the files will now be checked to ensure that everything is ready for publication, and you may be contacted if final versions of files for publication are required.

If you wish your paper to be OnlineOpen you are required to complete the OnlineOpen payment form available from our website at: https://authorservices.wiley.com/bauthor/onlineopen_order.asp

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley Online Library as well as deposited in the funding agency's preferred archive.

In addition to publication online via Wiley Online Library, authors of OnlineOpen articles are permitted to post the final, published PDF of their article on a website, institutional repository, or other free public server, immediately on publication.

