

ESTUDIO PILOTO DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA GRUPAL DE SOPORTE AL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

DAVID GIMÉNEZ DÍEZ¹, RUBÉN MALDONADO ALÍA², LÍDIA TORRENT SOLÀ³, SILVIA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ⁴ Y MARIA DOLORS BERNABEU TAMAYO⁵

¹Enfermero especialista en salud mental. Profesor asociado y miembro del grupo GRIVIS. Departamento de Enfermería. Universitat Autònoma de Barcelona.

²Psicólogo. Terapeuta Stop Sida. Barcelona.

³Enfermera especialista en salud mental. Consorci Corporació Sanitària Hospital Parc Taulí. Centre de Salut Mental. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Sabadell.

⁴Enfermera especialista en salud mental. CPB Serveis de Salut Mental. Hospital de Día TLP. Barcelona.

⁵Directora del Departamento de Enfermería y miembro del grupo GRIVIS. Universitat Autònoma de Barcelona.

RESUMEN

Introducción: se ha diseñado y realizado una intervención enfermera grupal de soporte al proceso de hospitalización psiquiátrica, consistente en facilitar apoyo terapéutico entre iguales y dar herramientas de manejo del sufrimiento psíquico por parte de enfermería de salud mental. Esto se enmarca en el modelo de relaciones interpersonales de Peplau y bajo los preceptos de la salud mental colectiva (SMC), los grupos de ayuda mutua (GAM) y la terapia de aceptación y compromiso (TAC). El objetivo de la investigación es evaluar la efectividad de la intervención grupal.

Material y métodos: estudio cuasiexperimental con posttest único y grupo único, formado por un grupo experimental que recibe la intervención grupal. La población son los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos y Subagudos del Servicio de Salud Mental del Consorci Corporació Sanitària Hospital Parc Taulí y la muestra (n = 18, seleccionada de forma accidental) son los pacientes que estuvieron ingresados en dicha unidad durante el período de investigación. Para medir la efectividad, se utilizó un cuestionario de elaboración propia, siguiendo la literatura de referencia, pues no existe un instrumento validado que explore las variables analizadas (consciencia de enfermedad, soporte social percibido, soporte terapéutico percibido y bienestar en la unidad). Se realizó un análisis descriptivo de los datos con las consiguientes pruebas estadísticas.

Resultados y discusión: las intervenciones basadas en la TAC, los GAM y la SMC son herramientas eficaces para reducir el malestar psíquico y dotar a los pacientes de estrategias de autocuidado y empoderamiento. Todo lo anterior apoya la literatura consultada.



Conclusiones: la intervención diseñada podría mejorar las variables estudiadas. El instrumento diseñado es válido para medir las variables (lo que invita a validarlo). Tales hallazgos proponen abrir nuevas líneas de investigación.

Palabras clave: enfermería, salud mental, grupo de soporte, psiquiatría, empoderamiento, salud mental colectiva.

INTRODUCCIÓN

En comparación con la farmacoterapia, es interesante resaltar que hay estudios que apuntan que la psicoterapia como tratamiento tiene mejores resultados a largo plazo, puesto que la tasa de abandono es menor y resulta igualmente eficaz¹.

Las enfermeras de salud mental son profesionales clave en las unidades de salud mental, puesto que prestan apoyo en el autocuidado, buscando fortalecer las capacidades de las personas atendidas y asegurando una continuidad asistencial^{2,3}. Pueden llevar a cabo determinadas técnicas psicoterapéuticas de carácter grupal, como se ha reflejado en diversos estudios a lo largo de los últimos 30 años⁴.

Estudios recientes han demostrado la efectividad de intervenciones psicoeducativas grupales realizadas por enfermeras en pacientes con clínica de ansiedad y depresión⁴, y en cuidadores con clínica similar⁵.

En el Reino Unido, existe evidencia de la efectividad de las intervenciones grupales enfermeras⁶. En Australia⁷, se ha apuntado que la realización de estas técnicas por enfermeras es eficaz y rentable.

La experiencia de la hospitalización es vivida en un contexto donde el paciente es vulnerable⁸, por lo cual, es necesario promover su bienestar.

La literatura indica que las personas ingresadas en las unidades de salud mental padecen dos clases diferenciadas de crisis⁹: por un lado, aquella que ha

supuesto el ingreso y, por otro lado, la que es consecuencia del proceso de hospitalización.

Las intervenciones grupales en las unidades de hospitalización de salud mental tienen un potencial extraordinario para minimizar el impacto de los estresores asociados al proceso de hospitalización y al momento de crisis vital que supone un ingreso, siendo consideradas estas intervenciones factores protectores que disminuyen el sufrimiento¹⁰.

Las intervenciones grupales en las unidades de hospitalización de salud mental tienen reconocida su importancia en la literatura y son muchos los autores que lo han evidenciado¹¹.

Autores relevantes del trabajo grupal en unidades de hospitalización psiquiátrica, como Yalom¹², describen el escenario del trabajo grupal en el que nos encontramos: importante rotación de usuarios, gran heterogeneidad en la psicopatología, el profesional que dirige la intervención grupal no suele tener tiempo de preparar o seleccionar previamente a los usuarios que participarán en el grupo, y este es visto por los usuarios no solo en el trabajo grupal, sino también en otras funciones propias de su rol profesional.

A través de las modificaciones del trabajo grupal clásico para adaptarlo al medio de las unidades de hospitalización en salud mental, de los factores terapéuticos identificados en la literatura que son intrínsecos al trabajo en grupo¹³ y de los estudios de Vinogradov y Yalom¹⁴ sobre los objetivos que deben perseguir las intervenciones grupales en los medios de hospitalización en salud mental, se ha diseñado

Correspondencia: David Giménez Díez
Correo electrónico: david.gimenez@uab.cat

la intervención que evaluamos en el presente artículo: un grupo de soporte al proceso de hospitalización en salud mental.

En esta intervención, se facilita el apoyo entre iguales y se presentan herramientas de gestión del sufrimiento psíquico por parte de la enfermera especialista en salud mental conductora del grupo.

Consiste en una intervención grupal de doce sesiones, de una hora de duración, con frecuencia, de tres veces por semana durante un mes.

Las sesiones tienen la siguiente estructura:

1. Revisión de lo hablado la sesión anterior, así como de aspectos relacionales que puedan haber sucedido entre los integrantes del grupo en la sesión anterior o de una sesión a la otra. Se pretende, con ello, mejorar las relaciones de los integrantes del grupo, favoreciendo, así, la percepción de apoyo social dentro de la unidad, así como fomentar los principios de la ayuda mutua. Se dedican unos momentos a las quejas, reclamaciones, sugerencias, dudas, etc. entorno a la estancia en la unidad; con esto, se pretende otorgar voz y empoderamiento a los pacientes, que perciban que sus ideas y opiniones son importantes para el equipo y que son escuchadas, fomentando, de este modo, el bienestar percibido en la unidad.
2. La enfermera especialista en salud mental hará una breve presentación didáctica sobre el tema central de la sesión. Los temas abordados en las sesiones son: conciencia de enfermedad, psicoeducación, fomento de la ayuda mutua, empoderamiento y bienestar, asertividad y relaciones interpersonales, y resolución de problemas y conflictos.
3. Debate participativo en torno a la exposición del temario presentado por la enfermera especialista en salud mental.
4. Fomento del empoderamiento, bienestar y apoyo social percibido dentro de la unidad mediante los preceptos y facilitación de la ayuda mutua.
5. Cierre de la sesión.

Cabe destacar que la intervención enfermera que pretendemos evaluar se nutre de la filosofía y los preceptos de la salud mental colectiva (SMC), de los grupos de ayuda mutua (GAM) y de las terapias psicológicas de tercera generación (concretamente, la terapia de aceptación y compromiso o TAC), si bien, solo utiliza la base teórica y filosófica de los GAM y de la TAC.

Para algunos autores¹⁵, la TAC es un giro radical en el foco de la terapia: no se trata de cambiar o reducir los pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos, sino de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. La TAC busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento y pretende potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar consciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados —cualesquiera—, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso¹⁶.

Los GAM nacieron en su mayor parte en el tejido asociativo; actualmente, están integrándose en el sistema sociosanitario con el fin de diseñar políticas eficaces y resolutivas, que han demostrado eficacia en la rehabilitación social y emocional del paciente y de la familia¹⁶.

En una revisión sistemática sobre el tema, se concluyó que los GAM podrían ser igual de efectivos que otras intervenciones profesionales, si bien, era necesario investigar más sobre el tema¹⁷, y que podrían facilitar la recuperación en el trastorno mental grave¹⁸. Otros autores destacan la capacidad de los GAM de reinterpretar los acontecimientos vitales estresantes de los usuarios que participan, de modular la identidad personal, modificar la narrativa y fomentar el enriquecimiento experiencial¹⁹.

En ese sentido, uno de los objetivos de la SMC es descentralizar, más si cabe, la red de salud (como proponía la antipsiquiatría), reconociendo como agentes de salud a entidades, grupos y personas «profanos» igualmente válidos que los grupos de profesionales²⁰. Por profanos, se entiende a sujetos sin



conocimientos científicos, pero con conocimientos empíricos propios provenientes de su experiencia personal con la enfermedad o con la vida; sujetos que, como propone el constructivismo, crean constantemente, de forma consensuada, su propia red de teorías y explicaciones de la realidad con el objetivo de poder entender, predecir y explicar tal realidad.

Bajo el modelo de relaciones interpersonales descrito por Hildegard Peplau, se entiende el cuidado²¹ que brinda la enfermería de salud mental como los intercambios que se dan en la relación terapéutica, entre el profesional del cuidado y el usuario, donde el primero ayuda al segundo a evaluar y elaborar experiencias de carácter interpersonal que ocurren en el momento presente, a fin de desarrollar nuevas habilidades.

Cada sesión grupal de la intervención que se ha realizado se inicia con la presentación del conductor del grupo, de la normativa y de los objetivos del grupo (brindar un espacio formal para abordar todo aquello relacionado con el proceso de hospitalización que les inquiete). Se evalúa un conjunto de 12 sesiones en total.

El objetivo de la investigación es evaluar la efectividad de la intervención grupal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio cuasiexperimental de diseño con posttest único y grupo único.

Población y muestra

La población son los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos y Subagudos del Servicio de Salud Mental del Consorci Corporació Sanitària Hospital Parc Taulí, y la muestra ($n = 18$, seleccionada de forma accidental) son los pacientes que estuvieron ingresados en dicha unidad durante el período de investigación (la duración total de la investigación fue

de tres meses, con inicio en julio de 2016 y fin en septiembre de 2016). Se ha llevado a cabo la selección de los participantes mediante muestreo no probabilístico bajo los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: mínimo de 10 días de hospitalización y asistencia mínima a seis sesiones del grupo.
- Criterios de exclusión: cuadros de agitación o desconexión del medio grave, no querer participar en el grupo y contraindicación médica formulada por psiquiatría.

Procedimiento

Una vez seleccionados todos los participantes ($n = 18$), se recogieron datos sobre variables sociodemográficas, y entraron a formar parte de un grupo de soporte a la hospitalización psiquiátrica. El grupo fue dirigido por una enfermera especialista en salud mental. Al terminar el grupo (la duración del grupo fue de un mes y se realizaron tres sesiones a la semana de una hora de duración cada sesión, resultando en total 12 sesiones), se analizaron las variables de intervención grupal de soporte al proceso de hospitalización en salud mental, la consciencia de enfermedad, el soporte social percibido, el soporte terapéutico percibido y el bienestar en la unidad.

Instrumentos de medida

Se utilizaron un cuestionario de variables sociodemográficas y un cuestionario de elaboración propia realizado por un comité de expertos y a partir de diversos test validados empíricamente.

Actualmente, no existe ningún instrumento que mida de manera conjunta las variables que pretende evaluar este estudio. Por ello, pese a las limitaciones estadísticas que implica, se decidió crear un instrumento propio. Para dotar al instrumento de mayor validez, se decidió usar ítems de diversos test que miden las variables estudiadas, así como añadir algunas que implican evaluar el proceso grupal. Los

ítems de los test seleccionados fueron incluidos en el instrumento según criterios estadísticos, de tal manera que se incluyeron aquellos ítems de mayor validez y sensibilidad. A su vez, los test también fueron seleccionados mediante tal criterio, además de tener en cuenta su eficiencia mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Estos test, a partir de los que se realizó el cuestionario, pero que no se utilizaron en sí mismos, fueron: el cuestionario Duke-UNC para evaluar el apoyo percibido y el soporte terapéutico²², la Escala de Evaluación del Insight para valorar consciencia de enfermedad²³, el DAI (Inventario de Actitudes hacia la Medicación)²⁴ y una adaptación de BEMIB (Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs)²⁵.

El cuestionario de creación propia con el que se ha evaluado la intervención cuenta con 60 preguntas de tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: «totalmente en desacuerdo», «en desacuerdo», «de acuerdo» y «totalmente de acuerdo».

El cuestionario está formado por cuatro escalas: «Apoyo percibido», «Soporte terapéutico», «Consciencia de enfermedad» y «Bienestar», que pretenden medir cada una de las variables dependientes analizadas en este estudio piloto.

Las escalas de tipo Likert suelen tener cinco opciones de respuesta, representando una de las opciones un punto medio, que suele ser «ni de acuerdo ni en desacuerdo». En el presente, se decidió prescindir de tal opción de respuesta, para evitar, así, la tendencia central.

Las opciones de respuesta del cuestionario puntúan -2, -1, +1 y +2 para «totalmente en desacuerdo», «en desacuerdo», «de acuerdo» y «totalmente de acuerdo», respectivamente. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los puntos positivos y negativos de todas las escalas, y va desde -120 a +120. A su vez, se pueden obtener puntuaciones de las diferentes escalas de forma independiente. Así, la escala «Bienestar» comprende una puntuación entre -22 y +22, la escala «Apoyo percibido de los compañeros» va de -28 a +28, la escala «Soporte

terapéutico percibido» también va de -28 a +28 y la escala «Consciencia de enfermedad» comprende una puntuación de -42 a +42.

En este cuestionario de creación propia, no existen puntos de corte definidos. Simplemente, una puntuación total o escalar positiva significa una respuesta subjetiva positiva en torno a las variables cuestionadas, mientras que una puntuación negativa significa una respuesta subjetiva negativa. Así, por ejemplo, a mayor puntuación en la escala «Consciencia de enfermedad», más positivo es el efecto percibido de la medicación, la consciencia de enfermedad, etc.

Aspectos éticos del estudio

Se realizó el estudio de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y las enmiendas posteriores, así como bajo los preceptos de la legislación vigente. Se aprobó su realización por parte del Comité de Ética e Investigación Clínica del Consorci Corporació Sanitària Hospital Parc Taulí y todos los participantes recibieron un documento informativo de la intervención y firmaron el consentimiento informado. Se aseguró la confidencialidad de los datos con los que se trabajó.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS Statistics 17.0.

Se efectuó un análisis descriptivo de los datos con las consiguientes pruebas estadísticas: estadísticos descriptivos de las variables estudiadas, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, pruebas paramétricas (*t* de Student) y correlaciones de Pearson.

RESULTADOS

Una vez terminada la intervención, se administró a los participantes el cuestionario de creación propia, con los siguientes resultados.

Las tablas 1 y 2 nos muestran las variables sociodemográficas de los participantes.



Tabla 1. Sexo y edad de los participantes en el test (n = 18)

Pacientes en UHPASA			
Sexo		Promedio de edad	
Hombres (%)	5 (27,8)	DE (años)	49 (17,15)
Mujeres (%)	13 (72,8)	Intervalo (años)	21-74

DE: desviación estándar; UHPASA: unidad hospitalaria de pacientes agudos y subagudos.

Tabla 2. Variables sociodemográficas de los participantes en el test (n = 18)

	Pareja		Estado civil				
	Sí	No	Casado	Soltero	Vive en pareja	Divorciado/separado	Viudo
Frecuencia (%)	10 (55,6)	8 (44,4)	7 (38,9)	5 (27,8)	1 (5,6)	3 (16,7)	2 (11,1)
Estudios							
	Sin estudios	Primaria	ESO	FP/Bach.	Diplomado	Graduado	Licenciado
Frecuencia (%)	2 (11,1)	8 (44,4)	2 (11,1)	5 (27,8)	3 (16,7)	0 (0)	1 (5,6)
Trabajo							
	Asalariado		Parado		Pensionista		
Frecuencia (%)	3 (16,7)		2 (11,1)		13 (72,2)		

Bach.: Bachillerato; ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria; FP: Formación Profesional.

En la tabla 3, podemos ver los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas en la muestra seleccionada en el presente estudio.

Se decidió investigar si la muestra seleccionada se distribuía con normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 4), si bien, tal distribución de la muestra analizada se sobreentiende que no se correlaciona con la distribución de la población, pues el colectivo estudiado está compuesto por pacientes agudos y/o crónicos, por lo que se considera un colectivo clínico (y, por ello, tiene diferente distribución que la población general de referencia). Dada la gravedad clínica de los pacientes agudos y subagudos,

que es de donde se seleccionaron los pacientes, se pensó que la muestra no se distribuiría con normalidad, pues lo esperable para el investigador era encontrar una distribución no normal.

Los resultados de normalidad contradijeron la idea del investigador sobre la distribución de la muestra, pues se esperaba una distribución extraña, debida a multitud de factores (entre ellos, especialmente, la gravedad), si bien, con los datos encontrados, podemos decir que la muestra seleccionada sí se distribuye con normalidad, aunque asumimos que es muy probable que no se distribuyera de la misma forma en la población de referencia.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas (n = 18)

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Consciencia de enfermedad	13,56	13,174	-17	33
Bienestar	13,00	7,523	-3	22
Soporte	16,50	11,216	-11	28
Soporte terapéutico	12,17	9,660	-3	26
Total de las variables	55,28	35,163	-3	103

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Consciencia de enfermedad	Bienestar	Soporte	Soporte terapéutico	Total de las variables
N		18	18	18	18	18
Parámetros normales ^{a,b}	Media	13,56	13,00	16,50	12,17	55,28
	Desviación típica	13,174	7,523	11,216	9,660	35,163
Diferencias más extremas	Absoluta	0,135	0,173	0,201	0,136	0,157
	Positiva	0,135	0,116	0,153	0,106	0,087
	Negativa	-0,128	-0,173	-0,201	-0,136	-0,157
Z de Kolmogorov-Smirnov		0,574	0,734	0,852	0,577	0,665
Significación asintótica (bilateral)		0,897	0,655	0,462	0,893	0,769

^aLa distribución de contraste es la normal.

^bSe han calculado a partir de los datos.

Con estos resultados, se decidió aplicar pruebas paramétricas; concretamente, la prueba de la *t* de Student (tabla 5) para una muestra. En la *t* de Student, el investigador se planteó como hipótesis que el grupo era eficaz (pese a los problemas metodológicos de demostrarlo) para comportar mejoría en las variables estudiadas.

Los resultados confirman, como podemos ver, la hipótesis del equipo investigador.

Finalmente, se decidió realizar la prueba de correlación de Pearson (tabla 6) para analizar las relaciones entre las variables estudiadas.

Como vemos, existen correlaciones elevadas entre la mayoría de variables analizadas, lo que, por un lado, otorga cierta validez interna y de constructo al inventario de creación propia y, por otro lado, nos permite hipotetizar una relación entre las variables.

Tabla 5. Prueba de la *t* de Student para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	<i>t</i>	Grados de libertad	Significación (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza del 95 % para la diferencia	
					Inferior	Superior
Consciencia de enfermedad	4,366	17	0,000	13,556	7,00	20,11
Bienestar	7,332	17	0,000	13,000	9,26	16,74
Soporte	6,242	17	0,000	16,500	10,92	22,08
Soporte terapéutico	5,343	17	0,000	12,167	7,36	16,97
Total de las variables	6,670	17	0,000	55,278	37,79	72,76

En ese sentido, la mayoría de correlaciones tienen una significación asintótica bilateral de 0,000, y una correlación elevada: tales resultados refieren idoneidad del test y de las variables seleccionadas para estudiar.

Encontramos una correlación elevada entre todas las escalas del test, ofreciendo los datos una clara evidencia que invita a la futura validación del inventario. Por otra parte, encontramos que el bienestar se correlaciona fuertemente con la percepción de soporte por parte de los compañeros de unidad y por parte del equipo terapéutico, así como que se relaciona moderadamente con la consciencia de enfermedad.

Podemos, por lo tanto, afirmar, con una probabilidad de error de 0,001, que existe una correlación en la muestra estudiada entre bienestar en la unidad, consciencia de enfermedad y percepción de soporte por parte de los compañeros y del equipo terapéutico.

DISCUSIÓN

Los datos encontrados en la presente investigación sugieren, como propone la literatura científica, que la TAC y el *mindfulness* son herramientas eficaces

para reducir el malestar que producen los síntomas psicopatológicos, como, por ejemplo, la ansiedad y la depresión, y para tratar los trastornos mentales, como, por ejemplo, la psicosis²⁶ y, asimismo, son útiles para dotar a los pacientes de nuevas estrategias que fomenten su autocuidado, autonomía y empoderamiento²⁶. Los resultados validan lo expuesto por la bibliografía acerca de que las intervenciones grupales pueden ser llevadas a cabo por enfermeras de salud mental con resultados terapéuticos para los usuarios.

Los resultados encontrados en la presente investigación sugieren, a su vez, que los métodos de intervención con unas premisas teóricas de los GAM y la SMC podrían ser efectivos. Tal hallazgo presupone un apoyo implícito a los datos aportados por los teóricos de ambas corrientes²⁰.

Así, con los resultados obtenidos, concluimos —ahora sí— que la protocolización de una intervención enfermera, acompañada de un inventario que permita la investigación y valoración posterior, basada en los preceptos de la SMC, la ayuda mutua y las psicoterapias de tercera generación (como el *mindfulness* y la aceptación y compromiso) podría ayudar a mejorar la estancia de los pacientes en las unidades

Tabla 6. Correlaciones de Pearson

		Consciencia de enfermedad	Bienestar	Soporte	Soporte terapéutico	Total de las variables
Consciencia de enfermedad	Correlación de Pearson	1				
	Significación (bilateral)					
	N	18				
Bienestar	Correlación de Pearson	0,551*	1			
	Significación (bilateral)	0,018				
	N	18	18			
Soporte	Correlación de Pearson	0,385	0,799**	1		
	Significación (bilateral)	0,114	0,000			
	N	18	18	18		
Soporte terapéutico	Correlación de Pearson	0,756**	0,747**	0,660**	1	
	Significación (bilateral)	0,000	0,000	0,003		
	N	18	18	18	18	
Total de las variables	Correlación de Pearson	0,821**	0,876**	0,807**	0,922**	1
	Significación (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	18	18	18	18	18

*La correlación es significativa al nivel de 0,05 (bilateral).

**La correlación es significativa al nivel de 0,01 (bilateral).

de hospitalización de agudos y subagudos en salud mental; concretamente, podría ser efectiva para que el paciente tenga mayor percepción de soporte terapéutico, mayor percepción de soporte por parte de los compañeros de la unidad, mayor bienestar durante la estancia en la unidad y, en última instancia, mayor consciencia de enfermedad¹⁷.

Nota: el presente trabajo fue presentado como tesina del Máster Oficial de Investigación e Innovación en Cuidados de Enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona; asimismo, fue premiado como accésit en el premio de investigación del año 2017 de la Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental (ASCISAM).



BIBLIOGRAFÍA

1. Codony M, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, Fernández A, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(Supl 2):21-8.
2. Balagué L, Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Mosquera I. Los “otros profesionales” en la atención a personas con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. *Index Enferm* [Internet]. 2013;22(1-2):35-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100008
3. López-Cortacans G, Badia Rafecas W, Caballero Alías A, Casaus Samatán P, Piñol Moreso JL, Aragonès E. Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria. *Metas Enferm.* 2012;15(2):28-32.
4. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibáñez Pérez L, Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria.* 2009;41(4):227-8.
5. Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Boqué-Cavallé M, Aparicio-Casals MR, Valdivieso-López A, Lleixà-Fortuño M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Aten Primaria.* 2012;44(12):695-701.
6. Ekers D, Wilson R. Depression case management by practice nurses in primary care: an audit. *Ment Health Fam Med.* 2008;5(2):111-9.
7. Gray J, Haji Ali Afzali H, Beilby J, Holton C, Banham D, Karnon, J. Practice nurse involvement in primary care depression management: an observational cost-effectiveness analysis. *BMC Fam Pract.* 2014;15(1):11.
8. Meneses-Gomes de Amorim A, Kay-Nations M, Socorro-Costa M. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Rev Salud Pública.* 2009;11(5):754-65.
9. Aroian K, Prater M. Transition entry groups: easing new patients' adjustment to psychiatric hospitalization. *Hosp Community Psychiatry.* 1988;39(3):312-3.
10. Agazarian YM. A systems-centered approach to inpatient group psychotherapy. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2001.
11. Fallon A. Models of inpatient group psychotherapy. Washington D. C.: American Psychological Association; 1993.
12. Yalom ID. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona: Paidós; 2000.
13. Brabender VM. Time-limited inpatient group therapy: a developmental model. *Int J Group Psychother.* 1985;35(3):373-90.
14. Vinogradov S, Yalom ID. Terapia de grupo. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds.). *Tratado de psiquiatría.* Washington: American Psychiatric Press; 1988. p. 1197-232.
15. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Nueva York: Springer-Verlag; 2004.
16. Rivera Navarro J. Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas. *Rev Antropol Experiment.* 2005;(5):13.
17. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *Am J Community Psychol.* 2008;42(1-2):110-21.
18. Corrigan PW, Slopen N, Gracia G, Phelan S, Keogh CB, Keck L. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Community Ment Health J.* 2005;41(6):721-35.
19. Rappaport J. Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *J Appl Behav Sci.* 1993;29(2):239-56.
20. Correa Urquiza M. Implicación, complicidad y compromiso en la salud mental. Apuntes posgrado en salud mental colectiva. Barcelona: Universitat Rovira i Virgili; 2013.
21. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.
22. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria.* 1996;18(4):153-63.
23. Abelleira V, Touriño G. Prevención de recaídas: evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. Barcelona: Paidós; 2010.
24. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(3):138-42.
25. Dolder CR, Lacro JP, Warren KA, Golshan S, Perkins DO, Jeste DV. Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24(4):404-9.
26. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M. Fundamentación experimental y primeras aplicaciones clínicas de la terapia de aceptación y compromiso en el campo de los síntomas psicóticos. *Rev Latinoam Psicol.* 2005;37(2):379-93.