

El taller de planificación de la recuperación *Activa't per la salut mental*: una valoración cualitativa

The *Activa't per la Salut Mental* Recovery Planning Workshop: A Qualitative Assessment

Hernán María Sampietro¹; Laura Sicilia²; Juana Gómez-Benito³; J. Emilio Rojo⁴; Georgina Guilera⁵

¹ ActivaMent Catalunya Associació. Universitat de Barcelona; activament@activament.org;  [0000-0002-2315-0656](https://orcid.org/0000-0002-2315-0656)

² ActivaMent Catalunya Associació; laurasiciliam@copc.cat;  [0000-0002-6287-493X](https://orcid.org/0000-0002-6287-493X)

³ Universitat de Barcelona; juanagomez@ub.edu;  [0000-0002-4280-3106](https://orcid.org/0000-0002-4280-3106)

⁴ Universidad Internacional de Cataluña; emiliorojo@uic.es;  [0000-0002-7274-0900](https://orcid.org/0000-0002-7274-0900)

⁵ Universitat de Barcelona; gguilera@ub.edu;  [0000-0002-4941-2511](https://orcid.org/0000-0002-4941-2511)

Historia editorial

Recibido: 06-02-2025

Aceptado: 15-01-2026

Publicado: 24-02-2026

Palabras clave

Salud mental; Evaluación cualitativa; Grupos focales

Resumen

Las herramientas de planificación de la recuperación ayudan a las personas a definir sus objetivos en el proceso de recuperación y a identificar los recursos que pueden usar para alcanzarlos, promoviendo el respeto a la autodeterminación y el derecho a la capacidad jurídica. Existe en Cataluña un taller de planificación de la recuperación adaptado al marco legal y la cartera de servicios local. El objetivo de este estudio fue explorar cómo valoran las personas que participaron del taller su utilidad y aplicabilidad. Se realizaron tres grupos focales y se aplicó un análisis temático de contenido. El principal aprendizaje destacado fue el propio concepto de recuperación personal, por su contraste con la recuperación clínica. Las personas participantes valoraron especialmente que el taller funcionara como un espacio de apoyo mutuo y aprendizaje colectivo, pero recomendaron incluir más historias de vida sobre experiencias de recuperación y ampliar la duración o el número de sesiones.

Abstract

Recovery planning tools help people define their goals in the recovery process and identify the resources to achieve them, promoting respect for self-determination and the right to legal capacity. In Catalonia, there is a recovery planning workshop adapted to the local legal framework and service portfolio. This study aimed to explore how participants in the workshop perceive its usefulness and applicability. Three focus groups were conducted, and a thematic content analysis was carried out. The main learning highlighted was the concept of personal recovery itself, due to its contrast with clinical recovery. Participants especially valued the workshop as a space for mutual support and collective learning, but they recommended including more life stories of recovery experiences and extending either the duration or the number of sessions.

Keywords

Mental health; Qualitative evaluation; Focus groups

Sampietro, Hernán María; Sicilia, Laura; Gómez-Benito, Juana; Rojo, J. Emilio & Guilera, Georgina. (2026). El taller de planificación de la recuperación *Activa't per la salut mental*: una valoración cualitativa. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 26(1), e3811. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3811>

Introducción

Desde 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS; World Health Organization, WHO) está desplegando a nivel internacional la iniciativa *QualityRights* (WHO, 2012) con el objetivo de promover una transformación en los servicios públicos de salud mental para que sean de base comunitaria, centrados en la persona, orientados a la recuperación y basados en derechos (WHO, 2021). Si bien este cambio de paradigma lleva casi dos décadas desplegándose en el mundo anglófono (Davidson et al., 2021) o en el norte de Europa (Slade et al., 2008), su incorporación a la planificación estratégica de los países hispanoparlantes es reciente (Ministerio de Sanidad, 2022; Secretaría de Salud, 2020). Por este motivo, el proceso de transformación de los servicios de salud mental para alinearlos con estas propuestas es aún incipiente (Sampietro et al., 2023).

El concepto de recuperación a partir del cual trabaja la iniciativa *QualityRights* no se refiere a recuperación clínica o funcional, sino a recuperación personal. Recuperarse no significaría estar «curado», sino estar capacitado para «vivir una vida autónoma, autodirigida y autodeterminada, a pesar del malestar emocional que una persona pueda haber vivido o esté experimentando actualmente» (OMS, 2019a, p. 3). En este sentido, la OMS propone pasar de un modelo biomédico, en el cual los problemas de salud mental son vistos como consecuencia de una enfermedad orgánica, a un enfoque que pone el acento en los determinantes sociales y en los factores del entorno que afectan al bienestar (Funk y Drew, 2020; OMS, 2019a). De este modo, la atención y los objetivos del tratamiento ya no se centran en la remisión de síntomas o en corregir una disfuncionalidad. Bajo este paradigma, la recuperación se define como un proceso a través del cual la persona alcanza o recupera un estado de bienestar y satisfacción con su propia vida, más allá de la presencia o ausencia de síntomas (Anthony, 1993). Actualmente, el modelo conceptual que explica la recuperación se conoce como CHIME, por las siglas en inglés de: Conexión con los demás y con la comunidad, Esperanza y optimismo sobre el futuro, sentido positivo de la propia Identidad, Significado y propósito vital, y Empoderamiento para tener control sobre la propia vida (Leamy et al., 2011). Entendida de esta manera, la recuperación requiere que la persona pueda tomar sus propias decisiones. Diversos autores han definido la autodeterminación como una condición de posibilidad para la recuperación (Piltch, 2016). Ahora bien, el concepto de autodeterminación que subyace a la atención orientada a la recuperación no es individualista, sino que responde a una perspectiva social-relacional (Leake, 2014; Wehmeyer et al., 2017). Esta concepción ha sido denominada de diversas maneras: autodeterminación social o compartida (Cook y Jonikas, 2002), enfoque socioecológico de la autodeterminación (Walker et al., 2011) o autodeterminación interdependiente (Leake, 2014). La idea básica es que las relaciones sociales interdependientes son fundamentales para que todas las personas, con y sin discapacidad, puedan tomar sus propias decisiones (Leake, 2014; Revuelta y Hernández, 2021).

En esta línea, Estefania Guerrero et al. (2024) señalan que la implementación de programas comunitarios específicos centrados en la persona y orientados a la recuperación

es uno de los principales facilitadores para que las personas se recuperen. Ahora bien, el concepto de atención centrada en la persona no se reduce a la idea de que la atención debe ser personalizada «para la persona», sino que requiere que esté dirigida «por la persona» (Ellison et al., 2018). Esto implica que los servicios deben respetar las preferencias y valores de la persona y promover su autonomía, haciéndola partícipe de manera informada de las decisiones sobre su tratamiento (WHO, 2021). En palabras de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), «cada individuo define sus propios objetivos de vida y diseña su propio camino para alcanzarlos» (SAMHSA, 2012, p. 4, traducción propia). Además, cuando la OMS habla de atención basada en derechos, se refiere al marco jurídico de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (United Nations, 2006). En concreto, al artículo 12, «Igual reconocimiento como persona ante la ley», el cual establece que las personas con discapacidad, también aquellas a quienes se identifica o atribuye un problema de salud mental, tienen derecho a ejercer su capacidad jurídica y tomar sus propias decisiones en todos los ámbitos, incluidos los tratamientos médicos (Devandas, 2018). Actualmente, los servicios de salud mental son considerados responsables de promover y respetar la autodeterminación de las personas usuarias en las decisiones relativas a preferencias de tratamiento, necesidades de apoyo y objetivos de recuperación (Funk y Drew, 2020; WHO y United Nations, 2023).

Un recurso básico para favorecer la autodeterminación en este ámbito son las herramientas de planificación de la recuperación. Estas herramientas permiten a las personas, en colaboración con su entorno de apoyo o equipo profesional, elaborar su propio plan de recuperación, incluyendo sus estrategias para promover el bienestar, prevenir, identificar o atravesar las crisis de salud mental, construir su proyecto de vida y aprender de su propia experiencia (OMS, 2019b).

Las herramientas de planificación de la recuperación nacieron de la sistematización de la experiencia de quienes habían hecho un proceso de recuperación, y están orientadas a promover el respeto de las preferencias y valores de las personas usuarias de servicios de salud mental (Sampietro, Carmona, et al., 2022). Asimismo, a diferencia de la psicoeducación, que está enfocada en objetivos del modelo biomédico —en concreto, en promover la consciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento farmacológico y la gestión de la cronicidad (Bonsack et al., 2015)—, las herramientas de planificación de la recuperación fueron diseñadas desde una perspectiva salutogénica (Mittelmark y Bauer, 2016), es decir, están centradas en la promoción del bienestar y en la construcción o reconstrucción de un proyecto de vida.

Los materiales llamados *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP, Copeland, 1997) y *Personal Assistance in Community Existence: A Recovery Guide* (PACE, Ahern y Fisher, 1999) fueron las dos primeras herramientas de planificación de la recuperación publicadas. Desde entonces, han surgido diversos recursos con objetivos similares en el mundo angloparlante, por ejemplo, *Mapping our Madness* (Momo, 2015) o *Transformative Mutual Aid Practices* (McNamara y DuBrul, 2018).

Actualmente, a través de la iniciativa *QualityRights*, la OMS está promoviendo la incorporación de las herramientas de planificación de la recuperación en la cartera de servicios de salud mental a nivel global, ya que permiten «adoptar abordajes basados en la recuperación y en derechos humanos» (OMS, 2019b, p. 11). Sin embargo, esta incorporación no se estaba produciendo en los países castellanoparlantes o mediterráneos. Teniendo en cuenta esta necesidad, a través del proyecto *Activa't per la Salut Mental* (Rojo-Rodes et al., 2019) se realizó en Cataluña, España, un proceso participativo que permitió crear una herramienta adaptada al marco legal, la cartera de servicios y los recursos informales de apoyo locales. Esta herramienta incluye: (a) el *Manual para la recuperación y autogestión del bienestar* (Sampietro y Gavalda-Castet, 2018a), en el cual se introduce el concepto de recuperación personal —diferente a la recuperación clínica— y se ofrece información para ayudar a las personas a identificar los recursos, dentro y fuera de la red asistencial, que pueden usar en su proceso de recuperación, (b) el *Cuaderno de trabajo personal: mapeando mi bienestar*, el cual permite organizar los recursos en «cajas» o apartados del plan, en función de los objetivos para los que pueden usarse (Sampietro y Gavalda-Castet, 2018b), facilitando la elaboración del propio plan de recuperación personal; y (c) una *Guía para la implementación de talleres basados en el Manual para la recuperación y autogestión del bienestar* (Sampietro y Gavalda-Castet, 2018c), con la estructura y contenidos de una formación teórica-práctica, que enseña a usar el *Manual* y el *Cuaderno*. En las tres primeras sesiones del taller se explican el concepto de recuperación personal y la importancia de la autodeterminación, y en las siguientes nueve sesiones se acompaña en la elaboración del propio plan. Puede encontrarse una descripción detallada de los materiales —de acceso abierto— y del taller en el protocolo de evaluación de la efectividad del taller (Sampietro, Barrios, et al., 2022). La Figura 1 resume la función de cada uno de estos materiales.

Para evaluar este taller se diseñaron dos estudios complementarios. En el primero de ellos, se evaluó la efectividad del taller para promover la recuperación, el empoderamiento, la esperanza y el apoyo social percibido (Sampietro et al., 2025). El presente estudio complementa el anterior y tiene por objetivo explorar cómo las personas usuarias de servicios de salud mental valoran la utilidad y aplicabilidad del taller de recuperación implementado con la herramienta del programa *Activa't per la salut mental*. En conjunto, ambos estudios presentan la primera implementación evaluada de una herramienta de planificación de la recuperación en un contexto sociocultural castellanoparlante o mediterráneo, y se realizaron con la finalidad de promover la incorporación de este recurso en la cartera de servicios de salud mental de Cataluña.

Método

Para el presente estudio se utilizó un diseño de investigación cualitativa con grupos focales (GF). Un GF consiste en una entrevista grupal dirigida por un/a moderador/a, siguiendo un guion de temas a abordar, en el cual se fomenta la interacción entre las personas participantes como método para generar información (Prieto Rodríguez y March Cer-

Figura 1. Materiales, contenidos y estructura del taller de recuperación

dá, 2002). Es una técnica simple a través de la cual obtener perspectivas diversas y matizadas sobre un mismo tema (Chai et al., 2024).

Participantes

Las personas participantes de los GF fueron una submuestra de quienes formaron parte del estudio de evaluación de la efectividad del taller de recuperación (Sampietro et al., 2025). Todas las personas eran mayores de edad (≥ 18 años), usuarias de servicios de rehabilitación comunitaria (SRC) y habían completado el taller con una asistencia mínima al 75 % de las sesiones.

Inicialmente, se invitó a todas las personas que completaron el taller ($n = 42$), pertenecientes a 6 SRC de 3 territorios de Cataluña. Para el reclutamiento, se seleccionaron servicios de distintas ciudades en función del número de habitantes y de los recursos de salud mental disponibles. Se escogieron servicios de las provincias de Barcelona, Lleida y Tarragona, en los que se había implementado el taller. Finalmente, asistieron 19 personas de 5 SRC. Las características sociodemográficas de la muestra se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes

Grupo focal	1	2	3
Ciudad	Lleida	Amposta - Tor-tosa	Barcelona – Santa Coloma
Edad, <i>M (DE)</i>	47,6 (8,0)	41,2 (12,7)	52,9 (7,4)
Rango de edad	38–61	27–57	44–64
Género, <i>n (%)</i>			
Hombre	2 (18,6)	3 (60,0)	4 (57,1)
Mujer	5 (71,4)	2 (40,0)	3 (42,9)

Grupos Focales

Para la recogida de datos se realizaron tres GF. Partiendo de los objetivos del estudio, se elaboró un guion con un diseño de entrevista grupal semiestructurada (Braun y Clarke, 2006), en el que se preguntó: «¿Qué valoración general del taller hacéis y por qué?»; «¿Qué destacaríais del taller?»; «¿Para qué creéis que os ha servido participar en el taller?»; «¿Qué consideráis que se podría mejorar del taller?»; y «¿Qué consideráis que se debería mantener del taller?», profundizando en el qué, cómo y porqué de los temas.

Procedimiento

El taller de planificación de la recuperación fue implementado por profesionales de SRC, quienes previamente habían recibido una formación de 20,5 horas impartida por una asociación de usuarios/as y supervivientes, excepto las sesiones 5 y 10, que también fueron impartidas por activistas en primera persona.

El estudio se realizó siguiendo los estándares éticos de la Declaración de Helsinki y sus modificaciones posteriores y fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona (Número: IRB00003099). Se informó a las personas participantes, por escrito y verbalmente, de los objetivos de la investigación, en qué consistiría su participación y cuáles eran sus derechos, y del funcionamiento de los GF. Todas firmaron previamente un consentimiento informado. La participación en el estudio fue voluntaria, aunque se ofreció una compensación económica por gastos de transporte y viáticos a quienes debían desplazarse desde otra localidad.

Los GF se realizaron en las ciudades de Barcelona, Lleida y Amposta, entre junio y julio de 2022, y fueron implementados por el equipo de investigación. Las sesiones duraron una media de 60 minutos, fueron grabadas y transcritas textualmente. El anonimato ha sido garantizado otorgando a cada participante un código consistente en el número de participante y el número del GF.

Análisis de datos

De acuerdo con los objetivos de la investigación, se realizó un análisis temático (Clarke y Braun, 2017). Mediante una lógica inductiva, y desde un posicionamiento epistemológico construccionista (Levitt et al., 2021), se identificaron los temas más recurrentes y los subtemas a partir de los cuales las personas organizaron y argumentaron sus relatos, y sus puntos de acuerdo y desacuerdo acerca de las temáticas de entrevista. El análisis, guiado por los datos, permitió la identificación de patrones, así como matices y particularidades de las narrativas emergentes.

Dos miembros del equipo de investigación, de manera independiente, identificaron los temas y subtemas y los posibles fragmentos de los relatos que podían ilustrarlos mejor. En un proceso de triangulación, con una tercera investigadora, se eligieron los fragmentos en función de su inteligibilidad, priorizando los que se entendieran claramente sin necesidad de ampliar el contexto discursivo en el que se expresaron, recogiendo la riqueza y diversidad suficiente para dar respuesta a la pregunta de investigación hasta llegar a la saturación teórica, es decir, hasta el punto en el cual el análisis de los datos no conduce a ningún tema emergente nuevo (Given, 2016). Para la realización de los análisis de datos utilizamos Atlas.ti 23.

Resultados

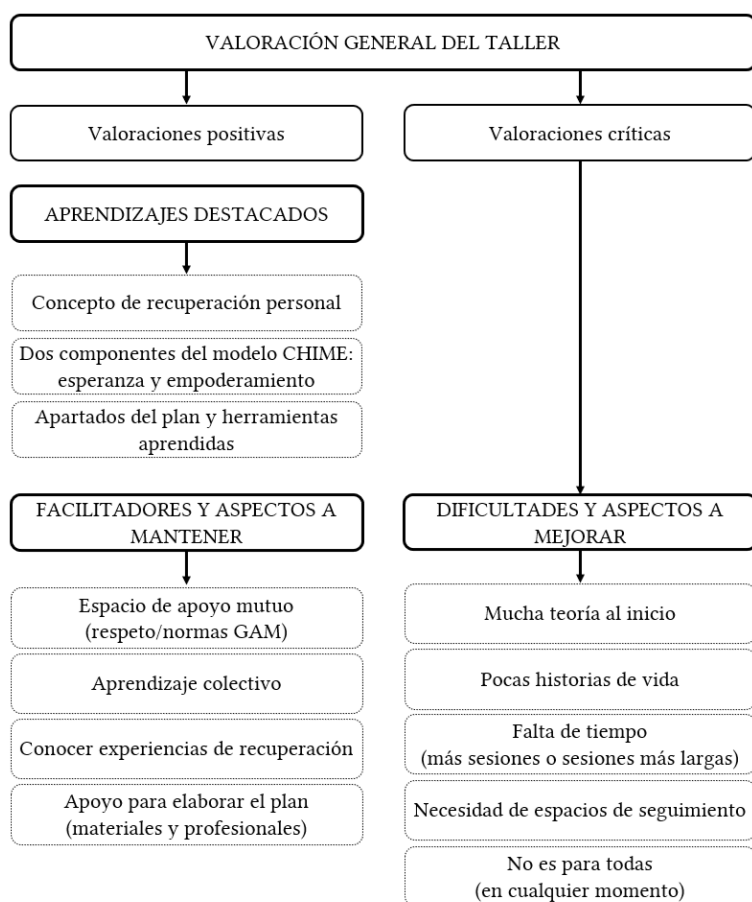
A través del análisis temático de las respuestas de las personas participantes, se identificaron cuatro grandes temas y catorce subtemas con los que expresaron las valoraciones del taller. La Figura 2 resume estos temas y subtemas.

Valoraciones positivas del taller

Las valoraciones generales que las personas hicieron sobre el taller fueron muy positivas. Indicaron estar muy contentas con el taller porque habían aprendido mucho, habían superado expectativas y les había ayudado en su proceso de recuperación: «Yo le daría un diez. Entré pensando que me iba a servir para muy poco y me marché supercontenta» (Participante 1, grupo focal 1, junio de 2022).

Más allá de los contenidos y los aprendizajes de nuevos conocimientos, las personas participantes también hicieron valoraciones positivas sobre cómo se sintieron consigo mismas después de la formación. Algunas señalaron que les dio autoconfianza y autoestima: «Cuando he empezado el curso estaba más insegura y ahora, mediante el trabajo que hemos hecho, las estrategias y todo eso, me siento más segura conmigo misma» (Participante 4, grupo focal 1, junio de 2022).

Figura 2. Temas y subtemas argumentales en la valoración del taller de recuperación



Aprendizajes destacados

Las personas asistentes a los GF resaltaron tres tipos de conocimientos aprendidos en el taller.

— **El concepto de recuperación personal.** En primer lugar, destacaron el concepto de recuperación personal, el cual les ha ayudado a pensar su propio proceso de una manera diferente. Se puso en valor la idea de que la recuperación no es una cuestión dicotómica, recuperado-no recuperado, ni es un proceso lineal, sino que puede suponer avances y retrocesos sin que eso signifique dejar de estar en el proceso de recuperación:

Está muy bien porque dice que no todos los días son fantásticos. Y en lugar de pensar: «No, tengo que ir para arriba», «Ay, que he tenido un retroceso», no pasa nada por el retroceso; lo importante es que tú vayas avanzando desde donde estás y punto (...). Está muy bien porque te conoces mejor y además te puedes perdonar que haya un día que te encuentres mal. (Participante 15, grupo focal 3, julio de 2022)

— **Dos componentes del modelo CHIME: esperanza y empoderamiento.** Asimismo, el aprendizaje que se mencionó con más frecuencia se refiere a la esperanza de que la

recuperación es posible. En todos los GF, las personas participantes resaltaron que el taller les había permitido cuestionar la idea de irrecuperabilidad, promoviendo la confianza en que, si otras personas han podido recuperarse, ellas también pueden: «Nos ha hecho ver que sí que hay esperanza, que podemos ser personas que podemos vivir y que podemos hacer vida, porque a veces con la enfermedad piensas que ya no hay nada» (Participante 5, grupo focal 1, junio de 2022).

Varias personas participantes también resaltaron como un valor del taller la promoción de diversas variables propias del nivel personal del empoderamiento, como la autodeterminación, el autoconocimiento y la autorresponsabilidad. Por ejemplo, destacaron que el taller les había permitido darse cuenta de la necesidad de ser ellos/as mismos/as quienes tomaran las decisiones sobre los objetivos, los recursos y los apoyos en su proceso de recuperación: «Me gustó mucho porque en realidad somos nosotros quienes lo tenemos que hacer. Tenemos que volver a decidir cosas y a ser más autónomos» (Participante 19, grupo focal 3, julio de 2022). En el mismo sentido, las personas participantes mencionaron que el taller favorece el autoconocimiento: «A mí me ha dado herramientas que antes no veía. Herramientas para conocerme mejor» (Participante 9, grupo focal 2, julio de 2022); y la autorresponsabilidad: «Siempre estás esperando que venga una mano de fuera, cuando la mano empieza por ti mismo. Y estas charlas y este curso a mí me han hecho ver esto» (Participante 9, grupo focal 2, julio de 2022).

— **Apartados del plan y herramientas aprendidas.** Por último, las personas resaltaron algunos de los apartados del plan de recuperación personal, que no suelen ser tenidos en cuenta en los abordajes tradicionales de la salud mental. Se destacó especialmente el «Espejo de las recaídas», las reflexiones que ayudan a identificar el inicio de una crisis de salud mental para poder responder antes de que suceda: «Me ha hecho entender que yo, por mí mismo, puedo ver, antes de caer, que ya viene» (Participante 9, grupo focal 2, julio de 2022).

De manera complementaria, en todos los GF se resaltó el cambio de perspectiva con relación a las crisis de salud mental, asumiendo que la mejor estrategia es estar preparado para afrontarlas y no solo intentar evitarlas. Especialmente, dejando constancia —en la propia historia clínica o al entorno de apoyo— de las propias preferencias de atención y acompañamiento para prevenir vulneraciones de derechos e intervenciones involuntarias, elaborando un «Plan de crisis»:

Cuando uno está mal, cuando uno está en el proceso duro, no sabe qué derechos tiene, no sabe nada. Quiero decir, el desconocimiento a mí me ha creado una mayor impotencia durante el proceso, no saber qué derechos tengo, qué puedo hacer. Por eso es importante cuando tú has decidido previamente qué quieres, qué necesitas o qué puedes necesitar. (Participante 2, grupo focal 1, junio de 2022)

Además, se resaltó la idea de que la salud mental es más que ausencia de enfermedad o síntomas. Por el contrario, existe una concepción positiva de la salud mental, entendida como un estado de bienestar emocional. En este sentido, en dos de los GF se destacó la importancia de la «Caja de bienestar», llevar un registro de todas aquellas actividades, relaciones o recursos que las personas pueden utilizar de manera cotidiana o periódica para ayudarles a sentirse bien.

A mí me sirvió mucho lo de la caja del bienestar, que es eso que me hace sentir bien, a lo que puedo recurrir cuando me siento mal (...). Quiero decir, identificar todo aquello que te hace estar bien es importante para la recuperación. (Participante 5, grupo focal 1, junio de 2022)

Además, en algunos GF también emergió como aprendizaje destacado que la recuperación personal va más allá de sentirse bien, dado que también requiere tener objetivos y propósito en la vida, un para qué vivir, un horizonte hacia el cual caminar. En este sentido, las personas participantes valoraron el apartado llamado «Plan de crecimiento personal» por su utilidad para organizar los objetivos vitales:

Pararme a pensar realmente qué quiero hacer de mi vida, porque si no, vas haciendo, vas haciendo, la vida va pasando, pero no tienes un objetivo claro. Entonces, pienso que este taller podría ser una posibilidad para definir mejor cómo quiero que sea mi futuro. (Participante 13, grupo focal 3, julio de 2022)

Finalmente, entre las herramientas concretas para recuperarse aprendidas en el taller de recuperación, las personas participantes destacaron dos. La primera, el «Diario personal», un cuaderno o agenda en el cual las personas pueden ir poniendo por escrito sus vivencias cotidianas, y que se enseña entre los recursos que las personas encuentran en sí mismas:

No cada día, pero me gusta de vez en cuando, depende del día, cómo estoy, ponerme a escribir lo que ha pasado, lo que he vivido, cómo me siento. No sé, me quedo como más tranquila cuando lo escribo. (Participante 3, grupo focal 1, junio de 2022)

La segunda de estas herramientas son los «Grupos de ayuda mutua» (GAM), una actividad realizada de manera colectiva, en encuentros periódicos entre un pequeño número de personas para compartir, desde la reciprocidad, vivencias, experiencias, necesidades, aprendizajes, etc.:

Los grupos de ayuda mutua, eso está muy bien. En lugar de estar concentrado solo en ti, sino ayudar a los demás. Y encontré que era una manera muy buena de salir del hueco y empezar a hacer cosas por otras personas. (Participante 15, grupo focal 3, julio de 2022)

Facilitadores o aspectos a mantener

Emergieron cuatro aspectos o factores del taller que favorecen la vinculación de las personas y el aprendizaje.

— **Espacio de apoyo mutuo.** En primer lugar, las personas participantes destacaron que para ellas el taller había sido un espacio de apoyo mutuo, tanto por las dinámicas como por las normas de funcionamiento, similares a un GAM: «Fuera no tienes nadie más con quien hablar de la enfermedad. Aquí hablas con otra gente que tiene las mismas inquietudes que tú, ¿sabes? (...) Y no tenemos tabúes» (Participante 8, grupo focal 2, julio de 2022). En este sentido, las personas destacaron la importancia de poder interactuar desde el respeto y la horizontalidad, para compartir sus experiencias en primera persona, en un espacio en el cual se sienten validadas y comprendidas.

— **Aprendizaje colectivo.** Las personas también pusieron en valor el hecho de que el taller sea una actividad grupal, favoreciendo que el aprendizaje se produzca de manera colectiva. Por ejemplo, las actividades y dinámicas pensadas en compartir las experiencias, recursos y estrategias para enfrentar las dificultades o lograr objetivos, y que las personas aprenden las unas de las otras: «Estaba muy bien ver lo que los otros habían puesto. Te daba muchas sorpresas y era muy enriquecedor, porque lo que el otro pensaba no tenía nada que ver con lo que pensabas tú» (Participante 16, grupo focal 3, julio de 2022).

— **Conocer experiencias de recuperación.** En todos los GF se valoró como un aspecto fundamental de la formación el poder conocer las experiencias de recuperación de otras personas. El taller está diseñado para que en las sesiones 5 y 10 el grupo reciba la visita de una o más personas que comparten su propio proceso de recuperación. Las personas participantes destacaron que estas historias les sirven como modelo y referencia de que la recuperación es posible: «Es que cuando ves a alguien que ha pasado algo igual o similar, y que ha podido hacerlo, pues te da esperanza, y dices: “Yo también puedo”» (Participante 5, grupo focal 1, junio de 2022).

— **Apoyo para elaborar el plan.** Las personas resaltaron como otro facilitador del aprendizaje el apoyo para la elaboración del plan de recuperación, no solo de los profesionales de los SRC, sino también de los materiales del taller. Poder contar tanto con el *Manual*, que presenta los recursos utilizables para el propio plan, como con el *Cuaderno de trabajo*, que permite organizar esos recursos en función de para qué objetivos pueden usarse, ayudaría a las personas participantes a retener la información y a sacar provecho a sus aprendizajes: «Yo cuando escucho el curso me cuesta entenderlo. Pero una vez cojo el libro y lo leo, digo: “Ah, mira, esto es lo que han dicho”. Y entonces es cuando le veo la utilidad» (Participante 16, grupo focal 3, julio de 2022).

Valoraciones críticas del taller

Aunque ninguna de las personas participantes hizo un balance general negativo del taller, algunas hicieron observaciones críticas a ciertos aspectos de su diseño o implementación, aportando diversas propuestas de mejora.

Dificultades o aspectos a mejorar

— **Mucha teoría al inicio.** Algunas personas participantes señalaron que las primeras tres sesiones del taller, previas a iniciar la elaboración del plan de recuperación, pueden ser aburridas o demasiado teóricas: «Yo la encuentro necesaria a esta parte de la teoría, pero quizás la explicaría de otra manera porque sí que se me ha hecho un poco pesada» (Participante 3, grupo focal 1, junio de 2022). Para resolver esta dificultad, las personas propusieron incluir más dinámicas participativas para hacer estas sesiones más amenas y fáciles de entender: «La teoría me ha parecido un poco tostón, y las dinámicas estas te hacen, no sé, te hacen llevarte cosas positivas y una sonrisa» (Participante 5, grupo focal 1, junio de 2022)

— **Pocas historias de vida.** De manera complementaria a la idea de hacer más dinámicas participativas, otra propuesta de mejora fue la necesidad de incorporar más historias de vida, más sesiones en las que participen otras personas que puedan compartir sus experiencias de recuperación: «Hubiera sido interesante haber visto otras visiones del proceso de recuperación, otros testimonios» (Participante 2, grupo focal 1, junio de 2022). Así, en los grupos se destacó la importancia de contar con una mayor presencia de personas que puedan servir de modelo y ejemplo de recuperación.

— **Falta de tiempo.** Para algunas personas, la cantidad de información que se ofrece en el taller es demasiada para ser aprendida en las 18 horas que dura la formación: «Yo creo que es mucha información en muy poco tiempo» (Participante 8, grupo focal 2, julio de 2022). En este caso, la propuesta que se hizo fue alargar el tiempo de duración del taller: «Creo que deberían haber dejado más tiempo para hacerlo» (Participante 8, grupo focal 2, julio de 2022). En concreto, se propuso que las sesiones fuesen más largas o que se sumase un mayor número de sesiones: «Faltaba tiempo para comentar las cosas. Por pocas o por cortas [las sesiones], no sé» (Participante 16, grupo focal 3, julio de 2022).

— **Necesidad de espacios de seguimiento.** Como propuesta alternativa a alargar las sesiones, algunas personas plantearon la posibilidad de crear encuentros de seguimiento una vez concluido el taller, en los cuales podrían valorar de manera compartida cómo va la implementación de su plan de recuperación: «Aunque sea para contrastar con los profesionales, con otros integrantes del taller, para saber si vas tirando por el buen camino, ¿no?» (Participante 13, grupo focal 3, julio de 2022).

— **No es para todas (en cualquier momento).** Por último, hay quienes consideraron que los temas que se abordan y la manera de tratarlos, compartiendo vivencias propias, hace aflorar emociones y experiencias de vida dolorosas: «A mí también me costaba

mucho, porque es un ejercicio así muy fuerte de introspección, ¿no? O sea, de exponer cosas. Y hay cosas que, al exponerlas, también te remueven todo» (Participante 18, grupo focal 3, julio de 2022). Esto, para algunas personas, podría suponer una dificultad a la continuidad o vinculación debido a la afectación emocional que les genera. En este sentido, en los grupos se destacó que no todas las personas, en cualquier etapa de su proceso de recuperación, pueden sacar provecho del taller porque emocionalmente es intenso y hay quienes pueden no estar en el momento de afrontarlo: «Yo digo que tampoco todo el mundo puede hacerlo, ¿no? Que también hay gente que está más grave y hay gente que quizá no pueda sacarle provecho en ese momento por cómo se encuentra, ¿no?» (Participante 12, grupo focal 2, julio de 2022). Esto llevó a proponer que se explicara a las personas qué encontrarían en el taller para que se prepararan para hacerlo: «Por eso también les diría que se preparen, que se preparen, porque si quieren hacer un buen trabajo, tendrán que abrirse. Y que vale la pena hacerlo» (Participante 2, grupo focal 1, junio de 2022).

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar la valoración que las personas que participaron del taller de planificación de la recuperación del proyecto *Activa't per la salut mental* hicieron sobre su utilidad y aplicabilidad. Usando un análisis temático de contenido, entre las valoraciones positivas del taller se identificaron dos temas principales: «Aprendizajes destacados» y «Facilitadores y aspectos a mantener»; y entre las valoraciones críticas del taller apareció un tema principal: «Dificultades o aspectos a mejorar».

En cuanto a la valoración general, todas las personas participantes hicieron una apreciación muy positiva del taller, tanto por los contenidos aprendidos como por sus efectos psicosociales, por ejemplo, al considerar que les ha ayudado a mejorar la autoconfianza y autoestima. Sin embargo, esta valoración positiva contrasta con la alta tasa de pérdidas que tuvo el taller; un 28 % de las personas que lo iniciaron no completaron las 12 sesiones (Sampietro et al., 2025).

Entre los aprendizajes destacados, el principal se refiere al propio concepto de recuperación personal, descrito como una novedad. Esto hace pensar que, si bien desde el 2017 la planificación estratégica de salud mental y adicciones de Cataluña dice orientarse a la recuperación (Departament de Salut, 2017), en la práctica el cambio conceptual no parece estar llegando a los servicios de salud mental. En este sentido, un estudio reciente realizado en Cataluña sobre el significado que las personas usuarias de estos servicios le otorgaban al concepto de recuperación, encontró que el discurso biomédico sigue siendo hegemónico en este contexto cultural y que solo las personas que participaban en espacios de apoyo mutuo le otorgaban significados propios del paradigma de la recuperación (Sampietro, Carmona, et al., 2022).

Sobre la redefinición del concepto, las personas participantes destacaron especialmente el aprendizaje de que la recuperación es un proceso no lineal, con altibajos, de manera que una recaída no significa que la persona no siga recuperándose. Este cambio en la concepción de la recuperación es común en la literatura que trata este tema. Diversos/as autores/as han señalado la necesidad de que los servicios dejen de centrarse exclusivamente en buscar que las personas se recuperen «de» un problema de salud mental para orientarse a que se recuperen «en» ese problema, es decir, aceptando que las dificultades pueden no desaparecer del todo o para siempre, pero que la persona puede aprender a vivir una vida plena con ellas (Davidson y Roe, 2007).

Asimismo, las personas participantes también remarcaron como un aprendizaje destacado el valor de la esperanza, saber que la recuperación es posible, cuestionando la idea de irrecuperabilidad, la vivencia de que «después de la enfermedad ya no hay nada». Esta idea está implícita en los diagnósticos de trastorno mental severo, los cuales, por definición, son de larga duración o para siempre (Ruggeri et al., 2000). Este aprendizaje concuerda con los resultados de la evaluación de la efectividad del taller de recuperación, en el cual el cambio más significativo observado fue la disminución de personas del grupo experimental que, después de hacer el taller, seguían creyendo que la recuperación no era posible o que se identificaban a sí mismas como irrecuperables (Sampietro et al., 2025).

Las personas también resaltaron entre los aprendizajes algunos componentes del nivel personal del empoderamiento (WHO - Regional Office for Europe, 2010), es decir, aquellos que promueven un cambio subjetivo o que afectan principalmente a la persona que los experimenta. En especial, destacaron que el taller les había permitido reconocer la importancia de la autodeterminación y autorresponsabilidad en el proceso de recuperación, así como experimentar una mejora del autoconocimiento. Por el contrario, en ningún GF se mencionó un aprendizaje relacionado con componentes de nivel social del empoderamiento (WHO - Regional Office for Europe, 2010), es decir, aquellos que promueven cambios colectivos o en el entorno social de las personas. Esto quizás puede explicarse por el hecho de que el *Manual para la recuperación y autogestión del bienestar*, a diferencia de otras herramientas con objetivos similares (McNamara y DuBrul, 2018; Momo, 2015), no incluye un apartado dedicado a reflexionar sobre los ejes de opresión que afectan al bienestar emocional. Esta carencia ya fue señalada por otros estudios orientados a explorar la aplicabilidad de una herramienta de planificación de la recuperación similar, el WRAP, en minorías étnicas, resaltando la necesidad de integrar un análisis crítico de la opresión y una perspectiva de género en los talleres (Gordon y Cassidy, 2009; Matsuoka, 2015).

Asimismo, las personas también destacaron entre los contenidos aprendidos en el taller cuatro apartados del plan de recuperación: la «Caja de bienestar», el «Plan de crecimiento personal», el «Espejo de las recaídas» y el «Plan de crisis». Los dos primeros están directamente relacionadas con características de la atención orientada a la recuperación, entre cuyos objetivos están: (a) promover el bienestar y satisfacción con la propia vida,

cambiando el enfoque de la gestión del sufrimiento a la promoción del bienestar, y del control de lo «patológico» al fortalecimiento de capacidades y recursos para llevar una vida plena (Sampietro y Gavalda-Castet, 2018a), y (b) ganar o recuperar un significado y propósito en la vida, encontrar una motivación por la cual vivir (Anthony, 1993; Leamy et al., 2011). En este sentido, contrasta con los objetivos de la psicoeducación, vinculados al modelo biomédico (Bonsack et al., 2015).

Los dos siguientes permiten: (a) identificar el inicio de una recaída para responder antes de que suceda, y (b) dejar constancia de las propias preferencias de apoyo y atención en caso de que la recaída se produzca, es decir, están orientados a la elaboración de una planificación de decisiones anticipadas (PDA). Actualmente, la PDA es un recurso considerado básico por la OMS y por la ONU para promover una atención basada en derechos (WHO y United Nations, 2023). Sin embargo, pese a que la PDA está reconocida en el marco jurídico de España, no está implementada o desplegada en la cartera de servicios. Estos cuatro apartados resultaron novedosos para las personas participantes porque no suelen estar presentes entre los objetivos de atención de los servicios de salud mental. En cambio, los otros dos apartados del plan no fueron nombrados. Quizá las «Herramientas de mantenimiento», que incluyen los recursos para prevenir las recaídas, no sean algo novedoso y ya se trabaja en los SRC, en especial en lo que se refiere a la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables. Mientras que la «Agenda de aprendizajes», destinada a actualizar el plan o a reflexionar sobre qué ha funcionado o no ha funcionado después de una crisis de salud mental, es un apartado que, si bien se ha enseñado, los participantes aún no han tenido la necesidad de utilizar.

Por último, entre los aprendizajes destacados, las personas también se refirieron a dos recursos básicos para expresar y poner en valor la propia voz: (a) el «Diario personal», un recurso que promueve la introspección y ayuda a las personas a explicarse a sí mismas sus vivencias en sus propias palabras (Sampietro y Gavalda-Castet, 2018a), para dar sentido a la propia experiencia más allá del reduccionismo del discurso biomédico, y (b) los GAM, un espacio horizontal de reciprocidad que ayuda a superar el rol de enfermo y abandonar el lugar de la carencia —del no saber, el no poder y la dependencia—, poniendo en valor la propia experiencia de vida como un bagaje de conocimiento y una fuente de aprendizaje que puede ser útil para uno/a mismo/a y para los/as demás (Sampietro y Sicilia, 2018).

En relación con los facilitadores y aspectos a mantener del taller de recuperación, las personas participantes mencionaron cuatro: el formato grupal favorece el aprendizaje colectivo, funciona como un espacio de apoyo mutuo, permite conocer otras experiencias de recuperación y ofrece recursos de apoyo para elaborar el plan.

Los tres primeros de estos aspectos están interrelacionados y responden al propio diseño del taller, pensado para generar estos efectos. De manera consistente, la literatura previa dedicada a evaluar otras herramientas de planificación de la recuperación resalta como un aspecto crucial de la intervención el hecho de que el material se enseñe a usar

en un formato de taller grupal, promoviendo la identificación mutua, la validación de las propias ideas y experiencias, y el apoyo en el aprendizaje (Ashman et al., 2017; Zhang et al., 2010). Respecto al cuarto, precisamente la creación de un material de apoyo para la elaboración de planes de recuperación y de un taller que enseñase a usarlos fue uno de los objetivos básicos del proyecto *Activa't per la salut mental* (Rojo-Rodes et al., 2019). En buena medida, una de las claves del éxito en la implementación del WRAP fue el hecho de ofrecer un formulario simple y estructurado que ayudase a elaborar el plan de recuperación, modelo que se siguió para el sistema de apartados del *Manual* creado en Cataluña.

Por otra parte, si bien nadie hizo un balance negativo del taller, en los GF aparecieron tres tipos de observaciones críticas, que no estaban dirigidas al contenido de la formación, sino a su diseño o implementación. Se hizo referencia a que el taller es corto para la cantidad de información a transmitir. Esta observación puede verse reforzada si se compara esta intervención con otras similares. Por ejemplo, las implementaciones evaluadas del WRAP más habituales fueron de 8 sesiones de 2,5 horas cada una (Cook et al., 2009; Jonikas et al., 2013) o de 12 sesiones de 2 horas (Fukui et al., 2011; Starnino et al., 2010). Mientras que el taller implementado en Cataluña es significativamente más breve, con 12 sesiones de 1,5 horas. Al respecto, las personas recomendaron ampliar el número de sesiones o hacer las sesiones más largas e incluir sesiones de seguimiento. Esta necesidad de flexibilizar la duración del taller para mejorar su aplicabilidad ya fue señalada en la literatura previa sobre el WRAP (Fukui et al., 2011; Starnino et al., 2010).

Además, algunas personas también señalaron que las primeras tres sesiones de formación conceptual, previas a la elaboración del plan de recuperación, fueron aburridas. Por ello, aunque todas las sesiones del taller incluyen dos espacios de participación o dinámicas grupales, algunas personas participantes recomendaron ampliar la cantidad de estas actividades en las sesiones iniciales previas a la elaboración del plan. En el mismo sentido, también consideraron que el taller se enriquecería incluyendo más historias de vida. En cuanto a este punto y el anterior, es necesario tener en cuenta que el taller del *Manual para la recuperación y autogestión del bienestar* (Sampietro y Gavalda-Castet, 2018a) fue diseñado para ser implementado por agentes de apoyo entre iguales, los cuales aún no se han incorporado a la cartera de servicios de Cataluña. Esta propuesta está respaldada por la evidencia. En este sentido, una revisión sistemática de la literatura dedicada a evaluar la implementación de las herramientas de planificación de la recuperación (Sampietro, Carmona, et al., 2022) observó que el hecho de que el taller fuese impartido por personas expertas por experiencia era un factor crucial para su efectividad y utilidad percibida, fundamentalmente porque mejoraba la esperanza, al poner en evidencia que la recuperación era posible. Futuras implementaciones del taller deberían tener en cuenta este hallazgo y ser ofrecidas por agentes de apoyo entre iguales.

Finalmente, también se resaltó que el taller puede ser emocionalmente difícil para algunas personas porque conlleva recordar y compartir experiencias de vida que pueden ser dolorosas. La observación de que el taller no es para todas las personas en cualquier

momento de su proceso de recuperación concuerda con lo observado en el estudio sobre la eficacia del taller de recuperación (Sampietro et al., 2025), el cual, siguiendo el modelo de etapas de Retta Andresen y colaboradores (Andresen et al., 2003), encontró que en nuestro contexto cultural este recurso solo sería efectivo para quienes se encuentran en las etapas intermedias, en las cuales las personas toman conciencia de que la recuperación es posible y comienzan a prepararse para conseguirlo, pero no para quienes están en la etapa inicial, en la cual la recuperación se piensa como imposible, o en las etapas más avanzadas del proceso, en las cuales las personas están haciendo o ya han alcanzado una redefinición de su identidad, más allá del diagnóstico, y un nuevo proyecto de vida. Al respecto, las personas participantes recomendaron que, además de explicar a las personas que puedan estar interesadas en hacer el taller cuáles son sus contenidos y objetivos, también debería explicarse: a) cómo funciona la formación, de manera participativa, y b) que implica una alta intensidad emocional, para que decidan si están preparadas para afrontarlo en ese momento, lo cual podría ayudar a reducir la tasa de abandono del taller.

Quizás estas tres características señaladas expliquen la alta tasa de pérdidas observada en el estudio de evaluación de la eficacia del taller (Sampietro et al., 2025).

Entre las principales limitaciones de este estudio podemos señalar el proceso de reclutamiento, ya que únicamente se invitó a participar a personas que habían completado el taller de recuperación. Esto puede suponer un sesgo en relación con la valoración positiva que se hace del mismo. Futuros estudios deberían incluir a personas que abandonan el taller para conocer sus motivos. Asimismo, el taller se implementó en SRC, los cuales están orientados a personas usuarias de salud mental consideradas en estabilidad clínica pero que requieren un apoyo para la mejora funcional y social. Próximos estudios deberían explorar la implementación del taller en otros entornos asistenciales o en espacios de apoyo mutuo. Asimismo, futuras investigaciones deberían evaluar el taller de recuperación impartido por personas expertas por experiencia, quienes podrían explicar los apartados conceptuales ejemplificando desde su propia trayectoria vital. Por último, sería relevante que próximos trabajos exploraran posibles resistencias a la implementación de este tipo de recursos, destinados a respetar las voluntades y preferencias de las personas en su proceso de recuperación.

En definitiva, el taller resulta útil para facilitar un cambio de perspectiva en la manera de entender la recuperación, cuestionando la idea de irrecuperabilidad y promoviendo una concepción salutogénica fundamentada en el derecho a la autodeterminación. El formato grupal en el cual se ofrece el taller debería mantenerse, ya que funciona como un espacio de apoyo mutuo y aprendizaje colectivo. Sin embargo, para mejorar su utilidad, el taller debería ser implementado por o con agentes de apoyo entre iguales.

Contribución de autoría

Hernán María Sampietro: redacción del borrador original, metodología, investigación, análisis formal, curación de la base de datos y conceptualización.

Laura Sicilia: redacción del borrador original, metodología, análisis formal y conceptualización.

Georgina Guilera: redacción, revisión y edición, supervisión, administración del proyecto, metodología, y obtención de financiación.

J. Emilio Rojo: redacción, revisión y edición, visualización, y validación.

Juana Gómez-Benito: redacción, revisión y edición, validación, administración del proyecto, y obtención de financiación.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que formaron parte de los grupos focales y a las entidades que colaboraron en su reclutamiento: la Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre, el Grup CHM Salut Mental y Gestió de Serveis Sanitaris - Lleida.

Financiación

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (PID2019-109887GB-I00) y la Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca de la Generalitat de Catalunya (2021SGR01071).

Referencias

- Ahern, Laurie, & Fisher, Daniel. (1999). *Personal assistance in community existence: A recovery guide*. National Empowerment Center, Inc.
- Andresen, Retta; Oades, Lindsay, & Caputi, Peter. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, William A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Ashman, Michael; Halliday, Vanessa, & Cunnane, Joseph G. (2017). Qualitative investigation of the Wellness Recovery Action Plan in a UK NHS crisis care setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 570–577. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1300840>

- Bonsack, Charles; Rexhaj, Shyhrete, & Favrod, Jérôme. (2015). Psychoeducation: Definition, history, interest and limits. *Annales Medico-Psychologiques*, 173(1), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Braun, Virginia, & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chai, Chuen Ann; Barrios, Maite; Gómez-Benito, Juana; Berrío, Ángela I., & Guilera, Georgina. (2024). Information retrieval in face-to-face and online focus groups. A systematic review. *International Journal of Qualitative Methods*, 23. <https://doi.org/10.1177/16094069241286856>
- Clarke, Victoria, & Braun, Virginia. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Cook, Judith A.; Copeland, Mary Ellen; Hamilton, Marie M.; Jonikas, Jessica A.; Razzano, Lisa A.; Floyd, Carol B.; Hudson, Walter B.; Macfarlane, Rachel T., & Grey, Dennis D. (2009). Initial outcomes of a mental illness self-management program based on Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Services*, 60(2), 246–249. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.246>
- Cook, Judith A., & Jonikas, Jessica A. (2002). Self-determination among mental health consumers/survivors: Using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies*, 13(2), 88–96. <https://doi.org/10.1177/10442073020130020401>
- Copeland, Mary Ellen. (1997). *Wellness Recovery Action Plan* (Ed. actualizada). Human Potential Press.
- Davidson, Larry, & Roe, David. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davidson, Larry; Rowe, Michael; Dileo, Paul; Bellamy, Chyrell, & Delphin-Rittmon, Miriam. (2021). Recovery-oriented systems of care: A perspective on the past, present, and future. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1). <https://doi.org/10.35946/ARCR.V41.1.09>
- Departament de Salut. (2017). *Estratègies 2017–2020 Pla director de salut mental i addiccions*. Generalitat de Catalunya. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3986?locale-attribute=es>
- Devandas, C. (2018). *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Consejo de Derechos Humanos; Organización de las Naciones Unidas. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g17/360/35/pdf/g1736035.pdf>
- Ellison, Marsha Langer; Belanger, Lindsay K.; Niles, Barbara L.; Evans, Leigh C., & Bauer, Mark 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>
- Fukui, Sadaaki; Starnino, Vincent R.; Mariscal, Susana; Davidson, Lori J.; Cook, Karen; Rapp, Charles A., & Gowdy, Elizabeth A. (2011). Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(3), 214–222. <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.214.222>

- Funk, Michelle, & Drew, Nathalie. (2020). WHO's QualityRights initiative: Transforming services and promoting rights in mental health. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 69–76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348459/>
- Given, Lisa M. (2016). How do I know when I've reached saturation of themes in my data? En Lisa M. Given (Ed.), *100 questions (and answers) about qualitative research* (pp. 135–136). Sage Publication Inc.
- Gordon, Jacki, & Cassidy, Jan. (2009). *Wellness Recovery Action Plan (WRAP) training for BME women: An evaluation of process, cultural appropriateness and effectiveness*. Scottish Recovery Network. <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/wellness-recovery-action-plan-wrap-training-for-bme-women-an-evaluation-of-process-cultural-appropriateness-and-effectiveness/r/a11G00000017sqfIAA>
- Guerrero, Estefania; Barrios, Maite; Sampietro, Hernán María; Aza, Alba; Guilera, Georgina, & Gómez-Benito, Juana. (2024). Let's talk about recovery: An international Delphi study of users and survivors of psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e41. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000490>
- Jonikas, Jessica A.; Grey, Dennis D.; Copeland, Mary Ellen; Razzano, Lisa A.; Hamilton, Marie M.; Floyd, Carol B.; Hudson, Walter B., & Cook, Judith A. (2013). Improving propensity for patient self-advocacy through wellness recovery action planning: Results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 260–269. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9475-9>
- Leake, David. (2014). Self-determination requires social capital, not just skills and knowledge. *Review of Disability Studies*, 8(1), 34–43. <https://rdsjournal.org/index.php/journal/article/view/107>
- Leamy, Mary; Bird, Victoria; Boutillier, Claire; Williams, Julie, & Slade, Mike. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Levitt, Heidi M.; Morrill, Zenobia; Collins, Kathleen M., & Rizo, Javier L. (2021). The methodological integrity of critical qualitative research: Principles to support design and research review. *Journal of Counseling Psychology*, 68(3), 357–370. <https://doi.org/10.1037/cou0000523>
- Matsuoka, Atsuko Karin. (2015). Ethnic/racial minority older adults and recovery: Integrating stories of resilience and hope in social work. *British Journal of Social Work*, 45(Issue suppl_1), i135–i152. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv120>
- McNamara, Jacks, & DuBrul, Sascha Altman. (2018). *T-MAPs. Transformative mutual aid practices*. TMAPs Community. <https://tmapscommunity.net/>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- Mittelmark, Maurice B., & Bauer, Georg F. (2016). The meanings of salutogenesis. En Maurice B. Mittelmark, Monica Eriksson, Jürgen M. Pelikan, Geir Arild Espnes, Shifra Sagy, Georg F. Bauer, & Bengt Lindström (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 7–13). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_2

- Momo. (2015). *Mapping our madness*. The Icarus Project New York.
<http://nycicarus.org/articles/mapping-our-madness/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Prácticas de recuperación para la salud mental y el bienestar: formación especializada de QualityRights de la OMS: guía del curso*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/items/5dc4a163-c322-4463-9f48-72ab23a2b2e8>
- Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Planificación de la recuperación centrada en la persona para la salud y el bienestar: Herramienta de autoayuda QualityRights de la OMS*. Organización Mundial de la Salud.
<https://iris.who.int/items/1f924716-5a5e-4807-8361-2196f7681976>
- Piltch, Cynthia Ann. (2016). The role of self-determination in mental health recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1), 77–80. <https://doi.org/10.1037/prj0000176>
- Prieto Rodríguez, María Ángeles, & March Cerdá, Joan Carles. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366–373. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70585-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70585-4)
- Revuelta, Beatriz, & Hernández, Raynier. (2021). Critical disability studies: Epistemological contributions from a plural field. *Cinta de Moebio*, 70, 17–33. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2021000100017>
- Rojo-Rodes, Emilio; San Pío Tendero, María Jesús; Eiroa-Orosa, Francisco, & Marcet, Gemma. (2019). Get active for mental health: A project evaluated for active involvement of families and users. *International Journal of Integrated Care*, 19, Artículo 419. <https://ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.s3419/>
- Ruggeri, Mirella; Leese, Morven; Thornicroft, Graham; Bisoffi, Giulia, & Tansella, Michele. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- SAMHSA. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery. 10 guiding principles of recovery*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
https://www.drugsandalcohol.ie/16678/1/SAMHSA_recovery_definition.pdf
- Sampietro, Hernán María; Barrios, Maite; Guilera, Georgina; Rojo, J. Emilio, & Gómez-Benito, Juana. (2022). Effectiveness of a recovery workshop implemented in community mental health services in Catalonia (Spain): Study protocol for a non-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 827. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04350-y>
- Sampietro, Hernán María; Carmona, Viviana R.; Sicilia, Laura; Gavalda-Castet, Carla; Rojo, J. Emilio, & Gómez-Benito, Juana. (2022). What recovery means for mental health services users in Catalonia. *Quaderns de Psicologia*, 24(2), 1–27. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1880>
- Sampietro, Hernán María, & Gavalda-Castet, Carla. (2018a). *Manual per a la recuperació i l'autogestió del benestar*. Activa't per la Salut Mental; Generalitat de Catalunya. <https://activament.org/wp-content/uploads/2021/03/Manual-Recuperació-i-Autogestió-Benestar-R.pdf>
- Sampietro, Hernán María, & Gavalda-Castet, Carla. (2018b). *Quadern de treball personal: mapejant el meu benestar*. Activa't per la Salut Mental; Generalitat de Catalunya.

<https://activament.org/wp-content/uploads/2021/03/Quadern-personal-de-treball-R.pdf>

- Sampietro, Hernán María, & Gavalda-Castet, Carla. (2018c). *Guia per a la implementació de tallers basats en el manual per a la recuperació i autogestió del benestar*. Activa't per la Salut Mental; Generalitat de Catalunya. <https://www.activament.org/wp-content/uploads/2021/11/Guia-actualitzat-des21-1.pdf>
- Sampietro, Hernán María; Guilera, Georgina; Barrios, Maite; Rojo, J. Emilio, & Gómez-Benito, Juana. (2025). A non-randomised controlled trial testing the effectiveness of a recovery planning workshop implemented in community mental health services in Spain. *Social Science and Medicine*, 383, 118483. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118483>
- Sampietro, Hernán María; Rojo, J. Emilio, & Gómez-Benito, Juana. (2023). Recovery-oriented care in public mental health policies in Spain: Opportunities and barriers. *Clínica y Salud*, 34(1), 35–40. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a4>
- Sampietro, Hernán María, & Sicilia, Laura. (2018). *Guía para los grupos de ayuda mutua de salud mental en primera persona*. Activa't per la Salut Mental; Generalitat de Catalunya. <https://www.activament.org/wp-content/uploads/2021/03/Guia-GAM-CAST.pdf>
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa de acción específico. Salud mental y adicciones 2020–2024*. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/720846/PAE_CONASAMA_28_04_22.pdf
- Slade, Mike; Amering, Michaela, & Oades, Lindsay. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128–137. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827>
- Starnino, Vincent R.; Mariscal, Susana; Holter, Mark C.; Davidson, Lori J.; Cook, Karen S.; Fukui, Sadaaki, & Rapp, Charles A. (2010). Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 57–60. <https://doi.org/10.2975/34.1.2010.57.60>
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. United Nations. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Walker, Hill M.; Calkins, Carl; Wehmeyer, Michael L.; Walker, Laura; Bacon, Ansley; Palmer, Susan B.; Jesien, George S.; Nygren, Margaret A.; Heller, Tamar; Gotto, George S.; Abery, Brian H., & Johnson, David R. (2011). A social-ecological approach to promote self-determination. *Exceptionality*, 19(1), 6–18. <https://doi.org/10.1080/09362835.2011.537220>
- Wehmeyer, Michael L.; Shogren, Karrie A.; Little, Todd D., & López, Shane J. (2017). Introduction to the self-determination construct. En Michael L. Wehmeyer, Karrie A. Shogren, Todd D. Little, & Shane J. López (Eds.), *Development of self-determination through the life-course* (pp. 3–16). Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6>
- World Health Organization. (2012). *WHO QualityRights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>

- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organization - Regional Office for Europe. (2010). *User empowerment in mental health – A statement by the WHO Regional Office for Europe*. WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf
- World Health Organization, & United Nations. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. World Health Organization. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation>
- Zhang, Wenli; Wong, Suet Yi; Li, Yanbing; Yeh, Hong-Shiow, & Zhao, Yue. (2010). The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): Effectiveness with Chinese. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 21(4), 94–102. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol21iss4id265>